

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON
DEPENDENCIA SEVERA**

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

PANELISTAS:

MARCELA FERRER-LUES (COORDINADORA)

JAIME CAMPOS

VERÓNICA MONREAL

ENERO - JULIO 2017

NOMBRE PROGRAMA: Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa
AÑO DE INICIO: 2006
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2013-2016

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2017: \$ 8.332 millones (pesos 2017)

1. Descripción general del programa

El programa “*Atención domiciliaria a personas con dependencia severa*” constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos de promoción, prevención y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa¹ y su cuidador(a)². Se ejecuta en todos los establecimientos de atención primaria de salud, tanto los que dependen de los municipios, como los que dependen directamente de los servicios de salud.

Fin: “Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria”.

Propósito: “Mantener y/o mejorar la condición de salud³ de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales⁴ en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario”⁵.

Su estrategia comprende la entrega de atención de salud integral a la persona en situación de dependencia severa y su cuidador(a), que se extiende durante el tiempo en que la persona mantiene la

¹ La situación de dependencia severa implica que una persona no puede desarrollar de manera autónoma actividades básicas de la vida cotidiana. La severidad de la dependencia puede medirse mediante el Índice de Barthel, que corresponde a una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria, mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Fuente: Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997). El programa define a la persona con dependencia severa como “aquella persona de cualquier rango etáreo, que según la evaluación por el Índice de Barthel obtiene 35 puntos o menos; o en caso de niños y niñas menores de 6 años de edad, y/o personas con diagnóstico de origen psiquiátrico e intelectual, que por criterio médico requiera ingresar al programa, porque se valida la situación de dependencia y la existencia de un cuidador”. Por su parte, el cuidador se define como “la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc.)”. Fuente: Resolución Exenta N°1361.

² Resolución Exenta N°1361 del 14 de diciembre de 2016, que aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa 2017.

³ El programa define “condición de salud” como el “estado de salud” en que se encuentra una persona, definiendo “salud” como “el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”, que corresponde a la definición que elaboró la OMS en 1948.

⁴ Se entenderá por atención integral: conjunto de acciones que se entrega en un año a una persona con dependencia severa y/o su cuidador, que al menos debe contemplar: Dos visitas domiciliarias Integrales, Seis Visitas domiciliarias de Tratamiento, 6 sesiones de Capacitación al Cuidador, Evaluación Integral y plan de tratamiento para la persona con dependencia severa y su cuidador, y acciones de derivación a la red de servicios intersectoriales.

⁵ El modelo de atención integral de salud familiar y comunitario se define como “Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” Fuente: MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. s.f. (pág. 12-13).

condición de dependencia severa. Se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario.

Para el logro de sus objetivos, el programa cuenta con un componente “Atención integral a personas con dependencia severa”, que comprende los siguientes tres subcomponentes⁶ y sus respectivos objetivos:

Sub Componente 1-Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa: Realizar la evaluación integral, tratamiento y seguimiento de la persona con dependencia en base a las acciones contempladas en el Plan de Atención Consensuado, definido entre el beneficiario(a), el cuidador y el equipo de salud⁷.

Sub componente 2-Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador/a de la persona con dependencia severa: Entregar herramientas para el cuidado de personas con dependencia severa y el autocuidado de los cuidadores y cuidadoras, incluidas las acciones de evaluación y monitoreo del pago de estipendio^{8 9}.

Sub componte 3-Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias: Desarrollar un conjunto de acciones que propenden a formar una red intersectorial de contención, que pueda acompañar a las personas con dependencia severa y sus cuidadores(as)¹⁰.

El programa se inició en 2006, no tiene prevista una fecha de término y está instalado en todas las regiones del país. En su operación interviene desde enero de 2016 el Ministerio de Desarrollo Social

⁶ La Resolución Exenta N°1361 que aprueba el Programa para el año 2017 establece que el programa se compone de dos componentes: “Atención domiciliaria integral”; y “Participación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias”. La definición de un componente y tres subcomponentes ha sido consensuada con el programa para esta evaluación.

⁷ Las actividades comprenden: a) Al menos dos visitas integrales. Primera Visita Integral: proceso de consentimiento informado; evaluación integral; aplicación Barthel; formulación del Plan de Atención Integral Consensuado. Segunda Visita Integral: evaluación de la ejecución del Plan de Atención Integral Consensuado y definición de modificaciones si corresponde; b) Al menos seis visitas domiciliarias de tratamiento/procedimiento o seguimiento. Visitas de Tratamiento/Procedimiento: acciones sociosanitarias diferenciadas de acuerdo a la situación del beneficiario (curación de escaras, toma de exámenes, contención emocional, intervención respiratoria, entre otras). Visitas de Seguimiento: verificar que el beneficiario se mantiene vivo y que el cuidador(a) sigue realizando sus funciones. Se puede realizar en paralelo a la visita de tratamiento, o de manera independiente; y c) Ejecutar actividades de administración y gestión del programa: mantención registro actualizado beneficiarios y cuidadores en cada Servicio; Verificación mensual de sobrevida, y severidad de la dependencia del beneficiario y desempeño del cuidador en página web y registro de personas dependientes del MINSAL.

⁸ Las actividades comprenden: a) Al menos dos visitas integrales. Primera Visita Integral: Formular el Plan de Cuidado del Cuidador; aplicación instrumento Zarit al cuidador(a); realizar inducción a quienes ingresan al Programa como Cuidadores y educar para prevenir el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, tanto para cuidadores nuevos y antiguos; entregar recomendaciones para el cuidador(a). Segunda Visita Integral: evaluación ejecución Plan de Cuidado del Cuidador y definición de modificaciones si corresponde; b) Capacitar a los cuidadores(as): Elaborar Plan Anual de Capacitación a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados y ejecutar el Plan Anual de Capacitación y c) Pago de estipendio: Verificar existencia de cuidador(a) para el pago de estipendio, los requisitos de postulación y la compatibilidad de la cuidadora/y o cuidador. Informar de extinción del beneficio a MIDESO y cambios de cuidador. Informar los resultados de la postulación a la persona con dependencia y su cuidador, una vez obtenidos resultados de la postulación entregados por MIDESO.

⁹ El monto del estipendio para 2017 es de \$26.700 Un cuidador puede recibir hasta tres estipendios por distintas personas a su cargo, si es pariente de éstos por consanguinidad o afinidad, y hasta dos estipendios por distintas personas a su cargo, si no tiene vínculo de parentesco con dichas personas. Fuente: Ministerio de Desarrollo Social. Aprueba reglamento para la ejecución de la asignación “Pago a cuidadores de personas con discapacidad” establecida en la partida 21, capítulo 01, programa 01, subtítulo 24, ítem 03, asignación 352, glosa N°14, de la Ley N° 20.882 de presupuestos del sector público, correspondiente al año 2016. Diario Oficial, 9 de septiembre de 2016 (artículos 4 y 5).

¹⁰ Las actividades comprenden: a) Realizar un catastro de la red local y nacional encargada de la atención de personas dependientes, cuidadoras y familias; b) Establecer y trabajar en red con el intersector en base a objetivos comunes y flujogramas de trabajo con las entidades correspondientes (Oficina de la discapacidad, oficina adulto mayor, ONG, etc); c) Realizar actividades de coordinación y seguimiento para el resguardo de la oportunidad y continuidad de atención de las personas con dependencia y su cuidador(a) en la red asistencial de salud; y d) Informar y educar a la población beneficiaria del programa de los beneficios existentes en la red y los mecanismos de acceso y postulación.

(MIDESO), como encargado de gestionar el estipendio entregado al cuidador(a)¹¹.

Se propende a la acción intersectorial a nivel local, lo que responde a una orientación estratégica del programa, lo cual se manifiesta en la coordinación y activación de la red de apoyo local, que complementa y es necesaria para la atención integral de la persona dependiente.

La población potencial se define como aquella población que, estando en FONASA, tiene discapacidad severa y dependencia funcional según la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC II) de 2015, o es niño/a en situación de discapacidad y presenta necesidad de asistencia personal debido a su estado de salud.

La población objetivo corresponde a aquellas personas inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel, y su cuidador/a. En caso que la situación de dependencia corresponda a niños menores de 6 años de edad y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento deberá realizar un certificado que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, y solicite el ingreso al programa.

El Cuadro 1 presenta la cuantificación de la población potencial y población objetivo.

Cuadro 1: Población Potencial y Objetivo, 2013-2016

Año	Población Potencial ¹²	Población Objetivo (con dependencia severa) ¹³	Cobertura de (Población Objetivo respecto de la Potencial)
2013	682.050	35.315	5,18%
2014	688.651	38.884	5,65%
2015	696.708	41.023	5,89%
2016	701.028	42.663	6,09%
% Variación 2013-2016	2,78%	20,81%	17,57%

Fuente: Elaboración del panel en base a los datos entregados por el programa y la ENDISC 2015

El Cuadro 2 presenta la caracterización de población objetivo según grupo etario. Se observa que, en todos los años considerados, poco más del 70% de las personas tienen 65 o más años. Por lo tanto, la gran mayoría de la población objetivo del programa corresponde a adultos mayores.

Cuadro 2: Población Objetivo según Grupo de Edad, 2013-2016

Grupo de edad	2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - 19	2.626	7,4	2.842	7,3	2.731	6,7	2.899	6,8
20 - 44	3.612	10,2	3.968	10,2	4.187	10,2	4.393	10,3
45 - 64	3.569	10,1	4.037	10,4	4.319	10,5	4.441	10,4
65 - 69	2.240	6,3	5.723	14,7	2.283	5,6	2.289	5,4
70 y más	23.268	65,9	22.314	57,4	27.503	67,0	28.641	67,1
Total	35.315	100,0	38.884	100,0	41.023	100,0	42.663	100,0

Fuente: Elaboración del panel en base a los datos entregados por el programa.

El Programa entrega sus componentes en forma descentralizada. Sin embargo, la forma en que los establecimientos reciben los recursos difiere en función del tipo de dependencia (Servicios de Salud o Municipalidades). Los primeros reciben una asignación específica para la ejecución del Programa,

¹¹ Ministerio de Desarrollo Social. Aprueba reglamento para la ejecución de la asignación "Pago a cuidadores de personas con discapacidad" establecida en la partida 21, capítulo 01, programa 01, subtítulo 24, ítem 03, asignación 352, glosa N°14, de la Ley N° 20.882 de presupuestos del sector público, correspondiente al año 2016. Diario Oficial, 9 de septiembre de 2016.

¹² Para estimar la población potencial de los años 2016, 2014 y 2013, se aplicó la variación porcentual de la población inscrita en FONASA durante esos años entregada por el programa.

¹³ Inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria y clasificadas como dependientes severos.

mientras los segundos reciben recursos a través del sistema per cápita, que financia una canasta de 103 prestaciones que son entregadas por los establecimientos de atención primaria de salud a su población beneficiaria, sin que exista presupuesto inicial para el programa evaluado. A partir de 2016 el pago de estipendio, que era parte de la asignación específica del programa entre 2013 y 2015, es gestionado por MIDESO. Adicionalmente, los gastos de administración necesarios para el funcionamiento de programa son financiados con recursos de los municipios y de los Servicios de Salud.

2. Resultados de la Evaluación

- **Justificación del programa**

La situación de dependencia severa implica que una persona se encuentra en situación de discapacidad y depende de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria. La ENDISC II evidenció que el 20% de la población de 18 y más años presenta algún grado de discapacidad, 8,5% en situación de discapacidad severa (Cuadro 3). En las mujeres, la discapacidad severa representa casi el doble que en los hombres (10,9% versus 5,8%).

Cuadro 3: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según sexo, Chile 2015

Sexo	Sin discapacidad		En situación de discapacidad				Total	
			Leve a moderada		Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hombres	5.362.657	85,2	560.425	8,9	367.993	5,8	6.291.075	100,0
Mujeres	5.058.581	75,1	941.638	14,0	736.858	10,9	6.737.077	100,0
Total	10.421.238	80,0	1.502.063	11,5	1.104.851	8,5	13.028.152	100,0

Fuente: Elaboración del panel con base en SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016.

La prevalencia de la discapacidad aumenta a medida que aumenta la edad¹⁴. La mayor prevalencia se encuentra en las personas de 60 y más años, en los que la discapacidad severa alcanza el 20,8%, seguidas de la población de 45 a 59 años, que presenta un 7,1% (Cuadro 4).

Cuadro 4: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según grupo de edad, Chile 2015

Grupo de edad	Sin discapacidad		En situación de discapacidad				Total	
			Leve a moderada		Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18 - 29	2.836.051	92,9	159.239	5,2	56.112	1,8	3.051.402	100,0
30 - 44	2.613.812	88,7	245.524	8,3	86.553	2,9	2.945.889	100,0
45 - 59	2.991.349	78,3	555.793	14,5	273.068	7,1	3.820.210	100,0
60 y más	1.980.026	61,7	563.393	17,5	667.232	20,8	3.210.651	100,0
Total	10.421.238	80,0	1.523.949	11,7	1.082.965	8,3	13.028.152	100,0

Fuente: Elaboración del panel con base en SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016.

La prevalencia de la discapacidad aumenta a medida que disminuyen los ingresos. Así, según la ENDISC II, la prevalencia de discapacidad severa es de 12,8% en el primer quintil, 11,3% en el segundo, 7,3% en el tercero, 5,8% en el cuarto y 4,2% en el quinto quintil.

Respecto de los cuidadores(as), la ENDISC II reveló que 77% de los cuidadores residen en el hogar de la persona en situación de discapacidad. Se trata de una actividad altamente feminizada, pues el 74% del total de cuidadores(as) son mujeres. En el mismo sentido, la Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores realizada en 2009 evidenció que los cuidadores son mayoritariamente hijas o esposas. Dos tercios no ha tomado vacaciones desde hace más de 5 años, cuidan a su familiar durante más de 12 horas diarias, no comparten el cuidado y se sienten solas, sobrecargadas y sobrepasadas por

¹⁴ Las diferencias en los totales de población con discapacidad leve/moderada y severa entre los cuadros 3 y 4 corresponden a los datos oficiales publicados.

su situación¹⁵. Varias investigaciones realizadas en Chile también dan cuenta de altos niveles de sobrecarga de los cuidadores de personas en dependencia¹⁶.

La situación de los cuidadores del programa es coincidente. Según información entregada por el programa¹⁷, a junio de 2016 se registraba un total de 17.212 cuidadores que recibía estipendio. De estos cuidadores, un 88 % correspondía a mujeres. Los principales son hijos(as) (39%), madres (22%) y cónyuges (14%).

A juicio del panel, la intervención del Estado se justifica dado que aborda un problema de prevalencia significativa y creciente, dado el envejecimiento de la población. La intervención es consistente con un enfoque de derechos humanos, comprometido por Chile al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) en 2008 y la Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1972. Tiene un fundamento de equidad, pues la discapacidad y la dependencia tienen mayor prevalencia en los sectores de menores ingresos. También se justifica por los costos y gastos futuros que la dependencia implica para el país, las familias y los individuos, dados los impactos económicos producidos por los costos del cuidado y la disminución de los ingresos familiares.

Estrategia

Respecto de la estrategia del programa, a juicio del panel, la inclusión de aspectos de promoción, prevención, curativo, seguimiento y acompañamiento de la persona con dependencia severa es adecuada y consistente con la necesidad de aplicar un enfoque integral para atender este problema. Implica mejorar la oportunidad de atención, pues evita que la persona en situación de dependencia deba trasladarse al centro de salud para atenciones que pueden ser cubiertas por el sector primario, solucionando problemas de salud que, de no ser atendidos, pueden llevar a un deterioro progresivo de la salud de la persona en situación de dependencia. A la vez, tiene el potencial de permitir la continuidad de atención con los niveles secundario y terciario¹⁸.

Por otra parte, la estrategia considera la articulación con la red intersectorial a nivel local. A juicio del panel, esto da cuenta de un enfoque de inclusión social, consistente con la CRPD y la Ley 20.244 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010). La articulación puede convertirse en un importante factor para disminuir las barreras que limitan la participación e inclusión social de las personas en dependencia. Supone proveer apoyos para disminuir el impacto socioeconómico en la familia. Por ello, a juicio del panel, la incorporación de la articulación de la red intersectorial es adecuada y pertinente.

El panel estima que incluir la díada persona en situación de dependencia-cuidador(a) es adecuado, ya que la capacitación del cuidador, en la entrega de cuidados y manejo del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, tiene el potencial de afectar positivamente la situación de salud y bienestar general de la persona en situación de dependencia, como también del cuidador(a).

¹⁵ SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Santiago, 2010.

¹⁶ Burgos, P; Figueroa, V; Fuentes, M; Quijada, I, Espinoza, E. Nivel de conocimiento del cuidador informal de usuario con dependencia severa adscrito al Consultorio Violeta Parra de Chillán. *Theoria*, Vol.18 (2):7-14, 2008; Flores, E; Rivas, E; y Seguel, F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería* XVIII(1):29-41, 2012; Beltrán, C; Tirapegui, C. Evaluación del autocuidado y calidad de vida de cuidadores de pacientes con dependencia severa beneficiarios del Programa de Atención Domiciliaria del Centro de Salud Familiar Gil de Castro, Valdivia, durante el período abril-agosto del 2007. Tesis para optar al grado de Licenciada en Enfermería. Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Enfermería. Valdivia, 2007; Eterovic, C; Mendoza, S; Sáez, K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enfermería Global* N°38:235-248, abril 2015.

¹⁷ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Preparación del Marco Lógico", documento elaborado por el programa en base a un formato cuya autoría pertenece a DIPRES. Es uno de los primeros insumos para una evaluación de este tipo.

¹⁸ El nivel secundario actúa por referencia y comprende atención ambulatoria y hospitalización. El nivel terciario tiene mayor complejidad y especialización. Comprende atención ambulatoria y hospitalización, y atiende problemas que sobrepasan la capacidad resolutoria de los niveles previos. Actúa por referencia, cuenta con el personal más especializado y el equipamiento es de la mayor complejidad técnica.

Respecto de las debilidades de la estrategia, el panel estima que las actividades son necesarias, pero no suficientes para el logro de los objetivos. Por una parte, las actividades destinadas al cuidador son insuficientes, pues sólo se considera la prevención del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, pero no se han diseñado actividades de atención o tratamiento de este síndrome. Además, no se contempla algún tipo de atención de salud para el cuidador, en el domicilio. El panel evalúa esto negativamente, debido a que los cuidadores tienen un tiempo escaso para ausentarse de su función y acudir a un centro de salud, como también la labor de cuidado puede tener impactos negativos en su salud, que requieran atención específica.

Otra debilidad identificada por el panel es la articulación con la red intersectorial, pues no se define ninguna actividad concreta de articulación o establecimiento de una relación regular del beneficiario, cuidador(a) y familia con actores o elementos de la red intersectorial.

La estrategia del programa no considera enfoque de género para las acciones dirigidas a los beneficiarios y cuidadores(as), lo que es reconocido por el programa¹⁹. El panel lo evalúa negativamente, puesto que resulta poco coherente con la feminización de las labores de cuidado.

Por último, respecto de la definición de la población potencial, el panel considera que dicha definición es adecuada para abordar el problema que se pretende solucionar. En relación con la definición de la población objetivo, el panel estima que es inadecuada en función de este problema. Si bien esta definición incluye a la población de la cual se tiene certeza que presenta el problema, pues ha recibido un diagnóstico, para recibir dicho diagnóstico el beneficiario debe ponerse en contacto con el programa, o ser derivado por un médico o el equipo de salud. Esto implica que se excluye de la población objetivo a un número significativo de población en situación de discapacidad, que no ha sido diagnosticada como tal porque no ha solicitado dicho diagnóstico, lo que en gran parte puede obedecer a que desconoce la existencia del programa. En otras palabras, se pone en el beneficiario potencial la responsabilidad de convertirse en un beneficiario efectivo, lo que exige como requisito básico que el programa sea conocido por la población potencial.

- ***Eficacia y Calidad***

El panel, con la participación del programa, propuso 18 indicadores para la Matriz de Marco Lógico. Se contó con información para cuantificar 5 de ellos, mientras que los 12 restantes no pudieron ser cuantificados (Tabla 1).

¹⁹ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Preparación del Marco Lógico", documento elaborado por el programa en base a un formato cuya autoría pertenece a DIPRES. Es uno de los primeros insumos para una evaluación de este tipo.

Tabla 1: Indicadores a nivel de Propósito y Componente

	Indicador	Cuantificado
Propósito	1. Eficacia- Producto: Porcentaje de personas con dependencia severa atendidas por el Programa	Sí
	2. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud	No
	3. Eficacia- Resultado Intermedio: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras	Sí
	4. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúa el programa de forma satisfactoria	No
	5. Eficacia- Resultado Final: Tasa de variación en el N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que disminuye su número de hospitalizaciones, durante un año	No
	6. Eficiencia-Producto: Porcentaje de gastos en administración del programa.	No
	7. Eficiencia-Resultado intermedio: Gasto por beneficiario	No
	8. Economía-Resultado Intermedio: Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa	No
Componente		
Sub componente 1	9. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	Sí
	10. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	Sí
	11. Calidad- Resultado Final: N° de cuidador/a que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria	No
	12. Eficiencia/Producto: Gasto total Subcomponente 1 por beneficiario	No
Sub componente 2	13. Eficacia- Resultado Intermedio: Porcentaje de cuidadoras(es) capacitadas(os) ²⁰	Sí
	14. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de cuidadoras(es) de personas con dependencia evaluados con Escala de Zarit, que mejoran su nivel de sobrecarga al final de un año de intervención	No ²¹
	Eficacia- Proceso: Porcentaje de cuidadores que, durante un año, recibe atención integral ²²	No
	15. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de Cuidadores que reciben estipendio	Sí
	16. Eficiencia-Producto: Gasto total Subcomponente 2 por cuidador beneficiario	No
Sub componente 3	17. Eficacia-Producto: Porcentaje de personas con dependencia severa que accede a la red intersectorial de servicios para personas con dependencia severa y sus cuidadoras(es)	No

Fuente: Elaboración del panel.

Respecto de los indicadores cuantificados, el Cuadro 5 presenta el indicador referido a la ausencia de escaras en los beneficiarios.

Cuadro 5: Indicador de ausencia de escaras, 2013-2016

Indicadores cuantificados	2013	2014	2015	2016	META
Eficacia- Resultado Final					
Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras	90,50% 31.961/35.315	90,08% 35.026/38.884	90,54% 37.144/41.023	89,2% 38.057/42.663	92%

Fuente: Elaboración del panel en base a la información entregada por el programa.

²⁰ Cuidador capacitado: corresponde al cuidador que ha recibido la capacitación de al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos, por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa, ya sea de forma grupal en establecimientos de salud u otros lugares accesibles para la población o de forma individual en el domicilio de la persona. En el caso, que el cuidador reciba la capacitación por segundo año consecutivo o más, se entenderá como cuidador capacitado a quien reciba 4 actividades de capacitación de 45 minutos. Para el registro de producción, esto se debe hacer mediante los instrumentos definidos para tal efecto, en la orientación técnica del programa.

²¹ No se ha cuantificado porque la aplicación de la Escala Zarit a los cuidadores se introdujo en 2017.

²² Se entenderá por atención integral: conjunto de acciones que se entrega en un año a una persona con dependencia severa y/o su cuidador, que al menos debe contemplar: Dos visitas domiciliarias Integrales, Seis Visitas domiciliarias de Tratamiento, 6 sesiones de Capacitación al Cuidador, Evaluación Integral y plan de tratamiento para Pc dependencia severa y su cuidador, y acciones de derivación a la red de servicios intersectoriales.

Considerando que el propósito definido por el programa es: “Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y comunitario”, la ausencia de escaras resulta insuficiente para evaluar dicho propósito. Por otra parte, los porcentajes de personas sin escaras son altos, lo que es evaluado positivamente por el panel. Sin embargo, debe considerarse que están por debajo de la meta (92%), lo que se explicaría porque, como es sabido, las personas con dependencia severa que deben ser hospitalizadas tienen alto riesgo de aumentar las escaras y regresar a sus domicilios con mayor cantidad de escaras.

En todos los años considerados la población mayor de 64 años ha representado más del 70% del total de beneficiarios.

Por otra parte, las mujeres representan aproximadamente el 61% del total de beneficiarios durante el período evaluado (Cuadro 6).

Cuadro 6: Distribución por sexo de la población beneficiaria, 2013-2016

	2013		2014		2015		2016	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total país	13.884	21.431	15.352	23.532	16.014	25.009	16.693	25.970
	39,3%	60,7%	39,5%	60,5%	39,0%	61,0%	39,1%	60,9%

Fuente: Elaboración del panel en base a los datos entregados por el programa

Respecto del indicador de cobertura, tal como se aprecia en el Cuadro 7, dado que la población objetivo es la misma que la población beneficiaria, la cobertura alcanzada es del 100% para el período de evaluación. De esta forma, el programa atiende efectivamente al 100% de la población que cumple con los criterios para ingresar al programa (población objetivo). La variación observada es del 20,81%. Muy distinta es la situación cuando se observa el porcentaje de personas atendidas respecto de la población potencial. Aquí los porcentajes bajan al 6% aproximadamente. Se observa una variación del 0,91% en el período.

Cuadro 7: Cobertura 2013-2016

Año	Población Potencial (a)	Población Objetivo (b)	Beneficiarios Efectivos (c)	% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)	% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)
2013	682.050	35.315	35.315	5,18%	100%
2014	688.651	38.884	38.884	5,65%	100%
2015	696.708	41.023	41.023	5,89%	100%
2016	701.028	42.663	42.663	6,09%	100%
%Variación 2013-2016	2,78%	20,81%	20,81%	17,57%	0%

Fuente: Elaboración del panel en base a los datos entregados por el programa y la ENDISC 2015

Dado que la mayoría de los indicadores de propósito no pudieron ser medidos, el panel está imposibilitado de evaluar si la producción es suficiente para lograr el propósito del programa.

La cuantificación de los indicadores a nivel de los subcomponentes 1 y 2 se presenta en el Cuadro 8.

Cuadro 8: Indicadores cuantificados subcomponentes 1 y 2, 2013-2016

Componente 1: Atención integral a personas con dependencia severa			Año				Meta
			2013	2014	2015	2016	
Sub componente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa	Eficacia- Proceso Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa beneficiarias del programa	N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con Dependencia Severa beneficiarias del programa año t / N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa año t.	6,3 (223.936/ 35.315)	6,3 (243.514/ 38.884)	6,5 (264.840/ 41.023)	6,0 (255.926/ 42.663)	Promedio de 2
	Eficacia- Proceso Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa beneficiarias del programa	N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa beneficiarias del programa año t / N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa año t.	14,2 (500.210/ 35.315)	16,2 (631.446/ 38.884)	16,1 (660.596/ 41.023)	14,6 (623.762/ 42.663)	Promedio de 6
Sub componente 2: Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador/a de la persona con dependencia severa	Eficacia- Resultado intermedio Porcentaje de Cuidadoras(es) capacitados	(N° de cuidadoras(es) capacitados por el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa/ N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100	55,8% (19.700/ 35.315)	58,5% (22.748/ 38.884)	61,7% (25.311/ 41.023)	58,5% (24.963/ 42.663)	100%
	Eficacia- Resultado intermedio Porcentaje de Cuidadores que reciben estipendio ²³	(N° de cuidadores que reciben estipendio / N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100	s/i	s/i	51,2% (20.998/ 41.023)	41,7% (17.778/ 42.663)	100%

Fuente: Elaboración del panel en base a la información entregada por el programa.

Tanto el Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales y el Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por las personas beneficiarias del programa exhiben cifras por sobre lo esperado por el programa (al menos 2 y 6, respectivamente). En cuanto a la capacitación de los cuidadores se aprecia un cumplimiento que fluctúa entre el 55,8% y el 61,7% entre los cuatro años observados, lo que es evaluado negativamente. Por su parte, el porcentaje de cuidadores que reciben estipendio corresponde al 51,2% y 41,7% en 2015 y 2016, respectivamente. Teniendo en cuenta que la meta para estos dos indicadores es de 100%, el rendimiento resulta insuficiente para el logro de la eficacia a nivel de componente. A esto se agrega que, según información entregada por el programa²⁴, los cuidadores de las personas beneficiarias del programa muestran grados crecientes de sobrecarga, lo que abre la pregunta respecto del posible vínculo con la ausencia de capacitación.

En conclusión, la cuantificación de los cuatro indicadores en su conjunto no permite dar cuenta de la eficacia del componente.

Calidad

En cuanto a la calidad, el programa no cuenta con evaluaciones sobre el grado de satisfacción de los usuarios. Además, el panel no contó con información que permitiera evaluar la oportunidad de producción y entrega.

²³ Por problemas de registro, no se cuenta con información para los años 2013 y 2014.

²⁴ Información entregada por la Sra. Alison Morales en reunión sostenida con el panel el 7 de marzo de 2017

- **Economía**

Fuentes y uso de recursos financieros

El programa tiene 3 fuentes de financiamiento, consistente en recursos: 1) Asignados directamente al Programa para la ejecución a través de establecimientos de atención primaria dependiente de los Servicios de Salud: financia visita domiciliaria integral dirigida a la persona con dependencia severa (subcomponente 1) entre 2013 y 2017 y pago de estipendio en el período 2013-2015; 2) Provenientes de MIDESO para pago de estipendio en 2016 y 2017; y 3) Asignados a las municipalidades a través del Sistema Per Cápita para visita domiciliaria integral dirigida a la persona con dependencia severa (subcomponente 1) en establecimientos dependientes de las municipalidades. Es importante señalar que los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de evaluar la canasta de prestaciones del Programa de Atención Primaria de Salud. Dicha evaluación es realizada sobre la base de información proporcionada por las entidades administradoras de salud municipal. En consecuencia, el nivel central del MINSAL, y quienes dirigen el programa evaluado en particular, no tienen un rol protagónico en el seguimiento y monitoreo de la canasta per cápita en general, ni de las prestaciones del programa evaluado en particular.

Las primeras dos fuentes son asignadas directamente al programa a través de Ley de Presupuestos. En cambio, para los recursos asignados a través del Sistema Per Cápita no se cuenta con información sobre presupuesto (ni tampoco sobre gasto devengado). Sin embargo, se estimaron²⁵ los recursos utilizados por el programa a través de esta fuente de financiamiento y, adicionalmente, se estimaron los gastos de administración del programa. Todo esto último con el objetivo de tener una aproximación a los recursos totales que utiliza el Programa.

El Cuadro 9 presenta las fuentes de financiamiento del programa, incluyendo las estimaciones señaladas. Se observa que el presupuesto total del programa aumenta 2,9% entre 2013 y 2016, pasando de \$ 15.887 millones a \$ 16.355 millones.

Cuadro9: Presupuesto total del programa 2013-2017 (miles de \$ 2017)

Año	Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)	Presupuesto del Programa proveniente de la Institución Responsable (Programa de Atención Primaria) (a)	Presupuesto del Programa proveniente de MIDESO (c)	Estimación de Recursos Gastados a través del Sistema Per Cápita	(a)+ (c)	Presupuesto Total Institución Responsable (Programa de Atención Primaria) (b)	Participación del programa en el presupuesto de la Institución Responsable (Programa de Atención Primaria) (%) ((a+c)/b)
2013	15.886.958	8.258.325		4.906.294	8.258.325	1.130.498.289	0,73
2014	16.011.456	8.147.353		5.126.158	8.147.353	1.194.487.713	0,68
2015	15.925.166	8.042.076		5.128.098	8.042.076	1.305.774.143	0,62
2016	16.354.607	587.086	7.744.158	5.215.391	8.331.244	1.411.694.312	0,59
2017	8.331.514	587.356	7.744.158	N.D.	8.331.514	1.524.667.712	0,55
Variación 2013-2017	2,9 (2013-2016)	-93	0 (2016-2017)	6,3% (2013-2016)	0,9%	34,9	

Fuente: Información proporcionada en Anexo 5 y cálculos propios.

La asignación específica al programa aumenta 0,9% en el período 2013-2017, mientras que los recursos asignados al Programa de Atención Primaria de Salud, institución responsable, lo hacen en 35%. Como

²⁵ El supuesto básico de la estimación es que el costo promedio de una visita domiciliaria realizada a través de establecimientos dependientes de Servicios de Salud en 2013 es igual que en establecimientos dependientes de Municipalidades. Al multiplicar ese costo unitario por el número de visitas domiciliarias se obtiene la estimación del gasto total en establecimientos financiados a través del Sistema Per Cápita. Para obtener el gasto en los años 2014 a 2016 se supone que el costo promedio se mantiene.

consecuencia de lo anterior, la participación del presupuesto asignado al programa en relación al de la institución responsable disminuye de 0,73% a 0,55%.

Por otro lado, la población bajo control aumentó 20,8% entre 2013 y 2016 y se espera que crezca sostenidamente en los próximos años, dado el envejecimiento de la población. Este aumento podría ser mayor aún si se incrementa la cobertura del programa. Por lo tanto, el panel considera que el crecimiento de los recursos del programa es insuficiente para satisfacer las necesidades de su población objetivo.

Respecto de la asignación específica al programa, el desglose del gasto devengado por Subtítulo muestra un comportamiento muy estable de los diferentes tipos de gasto (Personal, Bienes y Servicios de Consumo más Transferencias), con diferencias máximas de 1 punto porcentual. El componente más relevante, por lejos, es Transferencias, recursos que son entregados a los Servicios de Salud para el pago de estipendio y corresponden, en promedio, a 91,7% del gasto total.

En principio, es posible evaluar la ejecución presupuestaria del programa solo para los recursos que les son asignados específicamente. Formalmente, el gasto del programa es devengado en el momento que los recursos disponibles son transferidos a los Servicios de Salud. Sin embargo, la ejecución se realiza en los establecimientos de atención primaria, los cuales no proporcionan información sobre gasto devengado. En consecuencia, no es posible evaluar la ejecución de los recursos asignados directamente al programa. Luego, las cifras presentadas como gasto devengado en el Cuadro 10, en realidad corresponden a la transferencia de recursos del Programa a los Servicios de Salud. La excepción es el año 2016, en que el estipendio fue traspasado a MIDESO y, por razones administrativas transitorias (el reglamento que autorizó su pago se aprobó en diciembre de 2016 y, por lo tanto, no se pudo reponer los estipendios que se extinguieron), la ejecución fue ligeramente menor a 90%.

Cuadro 10: Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2013-2017 (Miles de \$ 2017)

Año	Presupuesto Inicial del programa (a)	Gasto Devengado (b)	% (b/a)*100
2013	8.258.325	8.256.657	100,0
2014	8.147.353	8.122.953	99,7
2015	8.042.076	8.028.789	99,8
2016	8.331.244	7.283.193	87,4

Fuente: Anexo 5 entregado por Programa.

El panel considera que esta situación es una debilidad importante del programa, ya que no cuenta con información oportuna y relevante para acciones de monitoreo y correcciones en caso de que fuera necesario, dificultando además la disponibilidad de información pertinente para los siguientes procesos presupuestarios. Este problema es más relevante aún si consideramos que el programa no cuenta con información sobre presupuesto ni sobre gasto devengado de los recursos asignados a través del Sistema Per Cápita.

El programa no recibe aportes extrapresupuestarios, ni de instituciones ni de beneficiarios. Sin embargo, hace uso de recursos de las municipalidades en el nivel operativo, tales como instalaciones y transporte, magnitud que no es posible cuantificar en el marco de esta evaluación.

El programa no tiene una política ni gestiona recuperación de gastos, definiciones que el panel evalúa positivamente, ya que la población bajo control está compuesta mayoritariamente por adultos mayores que por su condición de salud no trabajan ni generan ingresos propios. Por otro lado, de implementarse una política de este tipo, por ejemplo, mediante un copago por las visitas domiciliarias, sería muy probable que la cobertura del programa disminuya aún más.

- **Eficiencia**

Analizar la eficiencia del programa requiere cuantificar gastos y niveles de producción de componentes y resultados. Sin embargo, el programa no cuenta con información sobre gasto devengado en ninguno de los subcomponentes. Tampoco sobre gasto devengado total. Estas condiciones no permiten el análisis de eficiencia en la producción de los componentes y hacen difícil el análisis de eficiencia en general.

Se intentó analizar la eficiencia en la prevención de escaras²⁶ en establecimientos dependientes de servicios de salud (SS). Para ello se solicitó al programa las cifras de población bajo control con y sin escaras desagregada por dependencia (SS y Municipalidades). Sin embargo, las cifras proporcionadas, obtenidas de la plataforma de monitoreo de los indicadores de la red asistencial, no fueron validadas por este panel. La razón es que muestran valores poco razonables y que además son inconsistentes con las obtenidas de la base de datos REM. Por ejemplo, en 2014 el número de pacientes atendidos por establecimientos dependientes de SS con escaras, 4.882, es mayor que el número total de pacientes con escaras según REM (3.858)²⁷. Se verificaron inconsistencias en otras variables relevantes tales como visitas domiciliarias de tratamiento. Esto pone de manifiesto que el monitoreo y gestión del programa descansa sobre dos bases de datos que presentan problemas relevantes entre ellas, generando dudas sobre la precisión y validez de los indicadores que el programa entrega con regularidad.

Tal como se señala en la sección Economía, el panel realizó una estimación del gasto realizado con recursos asignados a través del Sistema Per Cápita y de los gastos de administración. Esto permite tener una estimación del gasto total del programa y, por lo tanto, calcular el gasto anual por beneficiario, el cual disminuye de M\$450 a M\$365 en el período evaluado.

Por otro lado, MIDESO contrató en 2016 un estudio con el objetivo de cuantificar los costos reales de servicios sociales de apoyo y cuidados a personas dependientes²⁸, en los cuales se incluyen visitas domiciliarias, además de cómo varían estos costos cuando se cambia la calidad de las prestaciones. La calidad de esta prestación es medida en función la dedicación del personal profesional y técnico, y los gastos en insumos por beneficiario. La calidad aumenta si lo hace la dedicación y los gastos en insumos. Los resultados obtenidos indican que el costo unitario anual promedio de los servicios de visitas domiciliarias por beneficiario alcanza a M\$1.452 en pesos de 2017. Este cálculo supone calidad y costos laborales en la mediana. No contamos con los resultados obtenidos para diferentes estándares de calidad. Sin embargo, observando la variabilidad en los niveles de dedicación se puede inferir que la varianza de costos es bastante alta. Desconocemos la calidad de la prestación entregada por el programa y por lo tanto no son comparables con las del estudio de MIDESO. Sin embargo, se puede observar que el gasto por beneficiario del programa corresponde a 25% del costo estimado en el estudio de MIDESO para una prestación con calidad en la mediana. La diferencia es aún mayor, si consideramos que casi la mitad del gasto por beneficiario del programa corresponde al pago de estipendio.

El gasto en estipendio por cuidador disminuye sostenidamente en 2013-2016, de M\$ 214 a M\$ 157 anuales (27%). Esto refleja que la población bajo control aumentó casi 21% en el período evaluado, mientras que el presupuesto para el pago de estipendio se mantuvo prácticamente constante, implicando que un porcentaje cada vez menor de los cuidadores (menos de 50%) recibe estipendio. El panel evalúa negativamente esta disminución, ya que refleja que los recursos asignados no crecen en forma consistente con el aumento en el número de personas en situación de dependencia severa, lo cual es inconsistente con la justificación de la existencia del subcomponente 2.

Gastos de Administración

Los gastos de administración estimados corresponden en promedio a 17,8% de los recursos totales del programa. La estimación corresponde al costo de los recursos humanos necesarios para gestionar las prestaciones del programa en cada Municipalidad y Servicio de Salud más dos referentes técnicos a nivel central. El panel considera que los gastos de administración son relativamente altos ya que, según la experiencia del panel, los gastos en administración de programas de este tipo corresponden normalmente a alrededor del 10%. La principal razón del costo relativamente alto es que el programa se ejecuta en forma descentralizada en cada Municipalidad, y en cada una de ellas se debe tener un

²⁶ Por supuesto, teniendo claro que la prevalencia de escaras depende también de otros factores parcialmente o fuera del control del programa.

²⁷ Se verificó con el programa que las cifras registradas en la plataforma son efectivamente las que aparecen en las columnas 2 y 3.

²⁸ La información básica para las estimaciones fue obtenida de alrededor de 70 instituciones públicas y privadas que prestan servicios sociales de apoyos y cuidados.

encargado de la gestión. Esto pasa a ser un costo fijo y, por lo tanto, si aumentara, la escala del programa también lo debería hacer el porcentaje de gastos de administración.

- **Desempeño Global**

El programa pretende abordar un problema de alta importancia en el país, como es la atención a personas en situación de dependencia severa. Se trata de un problema de importancia creciente, principalmente por el proceso de envejecimiento de la población chilena.

Respecto el desempeño global del programa, el conjunto de los dos indicadores cuantificados a nivel de propósito no es suficiente para evaluar el cumplimiento de éste. En el mismo sentido, la cuantificación de cuatro indicadores a nivel de componente no permite evaluar la eficacia del componente. Además, aunque los promedios de visitas tanto integrales como de tratamiento/seguimiento son mayores que las metas propuestas, ni la capacitación a cuidadores, ni la entrega de estipendio muestran porcentajes satisfactorios.

El programa carece de evaluación de calidad por parte de la población beneficiaria, por lo que el panel no puede pronunciarse respecto de la calidad de los servicios entregados. Junto a ello, el programa desconoce gran parte de las características de la población que atiende (no hay información al respecto).

El programa muestra deficiencias importantes en su gestión, causadas principalmente por falta de información oportuna y relevante, que le permita monitorear, analizar y evaluar el desempeño del programa, aplicar medidas correctivas en caso de que sea necesario y planificar adecuadamente los recursos presupuestarios requeridos.

A juicio del panel, los principales problemas de información del programa son:

1. El programa desconoce el presupuesto total disponible para su ejecución.
2. El programa es ejecutado de manera descentralizada en los establecimientos de atención primaria de salud, sin que información oportuna y relevante vuelva a quienes lo gestionan a nivel central. Por ejemplo, los gestores del programa no conocen el gasto devengado en los diferentes subcomponentes del programa.
3. Como consecuencia de lo anterior, quienes gestionan el programa a nivel central no saben cuánto de los recursos son gastados efectivamente en la producción de los servicios que ofrece el programa.

Con la información disponible no es posible concluir si el programa tiene costos razonables o si es posible ahorrar recursos mientras se obtiene un mismo nivel de desempeño. Sin embargo, algunos antecedentes sugieren que se requiere un aumento relevante en los recursos del Programa. Estos son: a) Los recursos han crecido 2,9% en el período 2013-2016, mientras que la población bajo control lo hizo en 21%. Por otro lado, existe una demanda latente que puede ser muy relevante si consideramos la cobertura del programa (poco más de 5%); b) La demanda también debería crecer por el aumento sostenido en la población adulto mayor; c) Se observa una disminución sostenida en el gasto en estipendio por cuidador; y d) No se cuenta con información sobre estándares de calidad del programa. Sin embargo, el estudio de MIDESO ya citado muestra que elevar estándares de calidad es muy costoso.

Por último, considerando la magnitud e importancia del problema y su aumento esperado, el panel considera que el programa debe continuar, introduciendo modificaciones en su diseño y mejoras significativas en su gestión.

3. Principales Recomendaciones

A nivel de Diseño

1. Dado que el programa define su propósito como “mejorar o mantener la condición de salud” de la persona beneficiaria, se hace necesaria la construcción y/o validación de un instrumento ad hoc, que permita evaluar la “condición de salud” de los beneficiarios. Sin embargo, se debe considerar que la condición de salud de la persona en situación de dependencia va a sufrir un deterioro progresivo en el tiempo, que en ningún caso puede ser adjudicado de forma determinante a falencias del programa. En particular, se debe considerar que más del 70% de la población beneficiaria tiene 65 o más años, por lo

que su condición de salud enfrentará además un deterioro progresivo, producto del proceso de envejecimiento individual. Por ello, y considerando que todo programa o intervención de salud tiene como fin último impactar (mejorar o mantener) la salud, el panel recomienda que el programa revise su propósito, en la perspectiva de centrarlo en aquello de lo cual puede hacerse responsable, esto es, la entrega de atención de salud integral a la persona con dependencia severa, su cuidador(a) y familia en su domicilio, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios. Esto es consistente con el objetivo general del programa establecido en Resolución Exenta N°1361.

2. La evaluación del subcomponente 2 indica una consideración insuficiente del cuidador(a) Por ello, se recomienda considerar la atención y tratamiento del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, incorporando al menos una actividad orientada al cumplimiento de ese objetivo, como por ejemplo, psicoeducación y atención psicológica. Ambas actividades aportarían al manejo del Síndrome en caso de presentarse. También se recomienda incorporar un mecanismo destinado a asegurar la entrega del estipendio a todos los cuidadores.

3. La evaluación del subcomponente 3 indica una ausencia de mecanismos específicos para la articulación de la red intersectorial. Por ello, se recomienda incorporar con claridad una actividad que asegure que la díada intervenida establece y mantiene contacto regular con algún/os actor/es relevantes de la red intersectorial local, como por ejemplo, el registro de contactos con alguna organización comunitaria o de servicios públicos a nivel local.

4. Definir estrategias diferenciadas según género, tanto para la persona en situación de dependencia severa como para quien ejerce su cuidado. En especial, se deben diseñar medidas para evitar que el cuidado no se convierta en una doble jornada para las mujeres cuidadoras, e incluir actividades específicas en el Plan de Cuidado del Cuidador, dirigidas al conjunto del grupo familiar. Lo anterior, considerando que la prevalencia de la discapacidad severa es mayor en las mujeres y que la gran mayoría de las personas cuidadoras son mujeres. Esto implica potenciar el trabajo intersectorial del programa, definido en el subcomponente 3.

5. Definir e implementar estrategias de difusión del programa en el nivel local, lo que puede hacerse tanto en los establecimientos de salud como a través de entidades municipales (por ejemplo, DIDECO). Lo anterior, debido a que la definición de población objetivo excluye a un número significativo de personas que tienen dependencia severa pero no han sido diagnosticadas, ya sea porque no han sido pesquisadas por los equipos de salud o porque desconocen el programa. A su vez, esto permitiría mantener la definición de la población objetivo (que incluye la población que cuenta con certificación de que efectivamente tiene el problema), ampliando la cobertura a las personas en situación de discapacidad que no solicitan su ingreso al programa por desconocimiento de este.

6. Explorar la posibilidad de incorporar a la población beneficiaria a las personas en situación de discapacidad moderada, como estrategia de prevención. Cabe señalar que los equipos entrevistados en las dos comunas visitadas por el panel manifestaron realizarlo en la práctica, lo que es consistente con el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario en el que se inserta el programa.

A nivel de Gestión

7. Considerando las falencias en la información de que dispone el programa, se recomienda diseñar e implementar un sistema de información que entregue, a quienes gestionan el programa, información oportuna, confiable y relevante, que permita monitorear la ejecución del programa y aplicar medidas correctivas oportunas cuando sea necesario. Para ello se recomienda: a) implementar una plataforma estandarizada para el ingreso de datos al nivel de cada uno de los establecimientos de atención primaria de salud, donde la información sea ingresada por el personal a cargo de las prestaciones. El diseño de la plataforma debería minimizar la probabilidad de variables con datos inconsistentes o inexistentes y, además, proporcionar los datos necesarios para, por ejemplo, conocer una caracterización de la población que está siendo atendida por el programa, los cuales servirán como insumo para construir los indicadores de la Matriz de Marco Lógico; y b) realizar un estudio de costos unitarios para diferentes niveles de calidad de cada uno de los subcomponentes entregados por el programa, o por lo menos para el subcomponente 1. Esta información, junto a la que debería entregar el sistema de información

propuesto, no solo favorecen el monitoreo y seguimiento del programa, sino también entregan información fundamental para los posteriores procesos presupuestarios.

8. Definir metas basadas en criterios técnicos y consistentes con las actividades consideradas.
9. Incorporar un indicador de seguimiento o monitoreo de la capacidad productiva de los equipos, que permita ajustar la programación de la atención a las necesidades de la población, en este caso: N° de técnicos, profesionales y/o especialistas según número de habitantes que presenta el problema.
10. Realizar una evaluación periódica de calidad por parte de la población beneficiaria (por ejemplo, encuesta de satisfacción usuaria destinada a la persona en situación de dependencia y su cuidador(a)).
11. Asignar a quienes gestionan el programa desde el nivel central del MINSAL, un rol protagónico en el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas por el programa, como también de la entrega de las prestaciones que forman parte de la canasta per cápita del Programa de Atención Primaria de Salud

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2017



Gabinete Ministra
Departamento de Control de Gestión Ministerial
GAB/CC/VA/DF/GMS



3085

ORD N°

ANT. : Ordinario 1372 de agosto de 2017 de Dirección de Presupuestos

MAT. : Respuesta Institucional al Informe Final de Evaluación del Programa Atención Integral a Personas con Dependencia Severa.

Fecha 24 AGO 2017

DE: DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

A: SR. SERGIO GRANADOS AGUILAR
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

Junto con saludar, en cumplimiento de lo requerido en el ordinario de referencia, se adjunta documento de respuesta institucional al Informe Final de la Evaluación del Programa de atención Integral a Personas con Dependencia Severa de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, le saluda atentamente




DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

Distribución:

- Dirección de Presupuestos
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Gabinete Sra. Ministra de Salud
- División de Atención Primaria
- Departamento de Control de Gestión Ministerial
- Oficina de Partes MINSAL



Respuesta Institucional a
Informe de Evaluación del
Programa de Atención
Domiciliaria a Personas con
Dependencia Severa.

2017

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

Por parte de esta institución, se releva la importancia del informe de Evaluación del Programa de Atención Domiciliaria a Personas en situación de Dependencia Severa, en el contexto de avanzar en una línea programática que dé respuesta a las necesidades de la población con dependencia severa y sus cuidadoras /es), considerando el aumento significativo de dicha población asociado al cambio sociodemográfico, lo que desde la Atención Primaria y su modelo de abordaje (Modelo de Atención Integral de Salud Familiar con Enfoque Comunitario, "MAIS"), se ha transformado en un desafío importante.

Sin duda, las sociedades modernas, se caracterizan por haber adquirido hábitos de vida poco saludables y sedentarios, que han modificado negativamente la calidad de vida de la población, presentando un alto número de comorbilidades de tipo crónicas no transmisibles, que aumentan la probabilidad de presentar dificultad en la funcionalidad y autovalencia a medida que avanzan los años. Por lo tanto es clave destacar que se coincide con el informe acerca de la importancia de incorporar líneas de trabajo promocional y preventivo (Prevención primaria, secundaria y terciaria).

La postura institucional frente a los resultados del informe, se hace referencia a:

1. En lo referido al cálculo de la población potencial, se menciona que estamos atendiendo desde Atención Primaria sólo un 2.78 % de la población que podría requerir de la atención. Esto representa un gran desafío con respecto a la capacidad de los equipos para responder a esta posible demanda, lo que se debiese incentivar desde los planes de salud comunal, como una prioridad de trabajo.

2. Con respecto al enfoque de derechos, el programa históricamente ha tenido un 100% de la cobertura de la población que solicita la atención. Como bien se refleja en el informe existe un número de personas que por diferentes condicionantes no accede a las prestaciones de salud, por lo tanto se recomienda por parte del panel evaluador *"definir e implementar estrategias de difusión del programa en el nivel local, lo que puede hacerse tanto en los establecimientos de salud como a través de entidades municipales. Lo anterior, debido a que la definición de población objetivo excluye a un número significativo de personas que tienen dependencia severa pero no han sido diagnosticadas, ya sea porque no han sido pesquiasadas por los equipos de salud o porque desconocen el programa"*.

En base a la recomendación citada anteriormente, se debe mencionar que desde la comprensión social de la discapacidad y la generación de la dependencia, esta situación se encuentra influenciada multifactorialmente, por tanto las estrategias de difusión o la "pesquisa de la población objetivo", debe ser una labor compartida con el intersector, ya que, existen otros actores relevantes que pueden aportar a la gestión territorial, por ejemplo en conjunto con los programas sociales y redes de apoyo adquiere gran relevancia.

3. En relación al concepto de participación, el panel refiere que "El programa se dirige a la población FONASA y por tanto no cumple con el criterio de universalidad; además, su diseño no incorpora la exigibilidad ni la participación".

Con respecto a la aseveración realizada por el comité de expertos, es preciso señalar, que no se concuerda con que la inexistencia de mecanismos de participación, ya que dentro del programa se establece diferentes niveles de participación, por ejemplo la entrega de información, consulta al usuario y participación en la elaboración y tratamiento de cada persona, por medio del proceso de atención y visita domiciliaria.

Desde una perspectiva más amplia, las comunas deben diseñar planes de salud comunal participativos, donde se puede posicionar el tema de la discapacidad y las necesidades de éste grupo de personas, para realizar un levantamiento y orientar la gestión territorial, en base a lo priorizados por éstos mismo.

Tabla: Explicación de la incorporación de los niveles de participación en el Programa.

Información	Entrega de la información del programa, derechos y deberes de las personas con dependencia severa y sus cuidadores, firma de consentimiento informado y planes de tratamiento consensuado, entre otros.
Consulta	En las Visitas Domiciliarias Integrales, quienes responden la evaluación y entregan información relevante de la situación de dependencia y su cuidador, con los mismos actores implicados en la diada.
Decisión	Elaboración de planes de tratamiento consensuado, proceso en que la persona con dependencia severa y su cuidador, mediante un proceso de problematización elaboran los objetivos del tratamiento.

4. En relación a la focalización, es clave destacar que desde MINSAL, un criterio de focalización es la clasificación de dependencia severa, ya que no utilizamos criterios socioeconómicos ni territoriales para priorizar a quienes entregamos las prestaciones de salud. Por eso para no realizar discriminación alguna y velar por el derechos de atención a la personas con dependencia severa se describe “La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador (a). En caso que la la situación de dependencia está asociada a niños menores de 6 años de edad y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad, no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento¹, deberá realizar un certificado² que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento”.

5. En lo que respecta al financiamiento, es de suma importancia comprender que el per cápita, se encuentra regido por la ley 19.378 y tiene como objeto contribuir al logro de la equidad en la asignación de recursos, entregándole a los Municipios mayor grado de flexibilidad en la gestión municipal que responda a la realidad local de su población a cargo establecido por el artículo 49, donde se establece que “cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, en base a lo siguiente:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas;
- b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;
- c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna,
- d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

¹ El médico que otorga el certificado, debe ser un médico del establecimiento de APS, donde la persona con dependencia severa, se encuentra inscrito.

² Este certificado debe ser adjuntado a la ficha de la persona con dependencia severa y/o registrado en la ficha clínica del establecimiento.

Por tanto, responde a la lógica del plan de salud familiar de la comuna y no cuenta con financiamientos programáticos para los establecimientos dependientes Municipales, lo cual puede complejizar la evaluación en el ámbito de gestión de recursos.

II. Complemento a Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Ejecutivo Final.

1. A nivel de Diseño

Recomendación dada Informe Ejecutivo Final	Respuesta Institucional
<p>1.1.- Dado que el programa define su propósito como “mejorar o mantener la condición de salud” de la persona beneficiaria, se hace necesaria la construcción y/o validación de un instrumento ad hoc, que permita evaluar la “condición de salud” de los beneficiarios. Sin embargo, se debe considerar que la condición de salud de la persona en situación de dependencia va a sufrir un deterioro progresivo en el tiempo, que en ningún caso puede ser adjudicado de forma determinante a falencias del programa. En particular, se debe considerar que más del 70% de la población beneficiaria durante el período evaluado tiene 65 o más años, por lo que su condición de salud enfrentará además un deterioro progresivo, producto del proceso de envejecimiento individual. Por ello, y considerando que todo programa o intervención de salud tiene como fin último impactar (mejorar o mantener) la salud de la población, el panel recomienda que el programa revise su propósito, en la perspectiva de centrarlo en aquello de lo cual puede hacerse responsable, esto es, la entrega de atención de salud integral a la persona con dependencia severa, su cuidador(a) y familia en su domicilio, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios. Esto es consistente con el objetivo general del programa establecido en Resolución Exenta N°1361.</p>	<p>Con respecto a la discusión planteada entorno al propósito del programa, donde se indica que “Dado que el programa define su propósito como “mejorar o mantener la condición de salud” de la persona beneficiaria, se hace necesaria la construcción y/o validación de un instrumento ad hoc, que permita evaluar la “condición de salud” de los beneficiarios. Sin embargo, se debe considerar que la condición de salud de la persona en situación de dependencia va a sufrir un deterioro progresivo en el tiempo, que en ningún caso puede ser adjudicado de forma determinante a falencias del programa. En particular, se debe considerar que más del 70% de la población beneficiaria durante el período evaluado tiene 65 o más años, por lo que su condición de salud enfrentará además un deterioro progresivo, producto del proceso de envejecimiento individual”.</p> <p>Cuando se plantea como propósito “mejorar o mantener la condición de salud”, coincidimos que 70 % de la población desde la perspectiva funcional puede evolucionar a un deterioro progresivo, pero cuando desde la referencia técnica se sostiene como propósito “mejorar o mantener la condición de salud”, se hace referencia a comprender que “la condición de salud, el estado de salud en que se encuentra una persona, es “ el completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”³, y en este marco el programa de atención domiciliaria para personas</p>

³ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

	<p>con dependencia severa si aporta al cumplimiento del propósito, ya que no se busca una mejora funcional, si no que al bien estar percibido por las personas en situación de dependencia y su cuidador, acorde a la etapa del ciclo vital en que éstos se encuentran. Dado este contexto los instrumentos que se utilicen para la evaluación deben ser acorde a la diversidad de personas atendidas por el programa y sus realidades.</p> <p>En este contexto se propone convocar a una mesa intersectorial con fines de evaluar en conjunto con los diferentes actores vinculados a la temática de dependencia severa y personas con dependencia severa y sus cuidadores, para elaborar un instrumento que dé cuenta de las necesidades de estos.</p>
<p>1.2.- Incorporar en el diseño del programa la atención y tratamiento del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, incluyendo al menos una actividad orientada al cumplimiento de ese objetivo, como por ejemplo, psicoeducación y atención psicológica. Ambas actividades aportarían al manejo del Síndrome en caso de presentarse. También se recomienda incorporar un mecanismo destinado a asegurar la entrega del estipendio a todos los cuidadores.</p>	<p>Es necesario recordar que el acompañamiento dirigido a las cuidadoras y los cuidadores, es una intervención que requiere de la participación intersectorial, por tanto las actividades de apoyo a las personas que ejercen dicho rol deben estar en el marco de un modelo de trabajo intersectorial que otorgue oportunidades de contención, integración social y recreación a los cuidadores.</p> <p>Para esto desde Salud este año, dada la problemática planteada, se optó por incorporar la evaluación de test de Zarit Abreviada para evaluar síndrome de sobrecarga de cuidador, para poder pesquisar y objetivar dicha condición. A la fecha ya se han realizado 11.077 test de Zarit abreviado en todo Chile, de los cuales 58 % tiene sobrecarga intensa y de estos un 51 % son mujeres.</p> <p>Dada esta situación mediante el Ordinario N° 2780 del 31 de Julio de 2017 (Anexo N°1) se convoca a la Conformación de mesa de trabajo, para elaboración de material educativo para cuidadoras de personas con dependencia severa desde una perspectiva de género, una de las líneas de trabajo en conjunto con el equipo de salud mental, es la elaboración de una orientación de abordaje desde APS, para cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa, con sobrecarga.</p> <p>Además se propone, una modificación programática, la que debe ser planificada para la</p>

	<p>evaluación ex antes 2018 y de esta forma incorporar una línea de trabajo de la atención domiciliaria para el cuidador.</p> <p>Respecto a incremento de estipendio a todos los cuidadores se gestionará con MIDESO la solicitud de expansión presupuestaria 2019.</p>
<p>1.3.- Incorporar con claridad en el diseño del programa una actividad que asegure que la diada intervenida establece y mantiene contacto regular con algún/os actor/es relevantes de la red intersectorial local, como por ejemplo, el registro de contactos con alguna organización comunitaria o de servicios públicos a nivel local.</p>	<p>En Orientación Técnica del Programa (Anexo N°2.1/Anexo N°2.2) en elaboración, se está desarrollando las especificaciones del componente N°2 de articulación de la red de servicios vinculados a la diada. En este documento se establecerá los formatos y la instrucción de elaborar por parte de los equipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un catastro de red local - Plan de trabajo intersectorial <p>Con el fin de reconocer y articular las redes a las personas con dependencia severa y sus cuidadores pueden recurrir para dar sustento y contención a las necesidades enfrentadas.</p> <p>Además se realizó una Capsula para “Atención integral de personas con dependencia severa y sus familias en el contexto del MAIS (Anexo N°2.3), la cual está destinada a todos los equipos de APS vinculados a este programa, y se incorporó en el módulo N°4 el autocuidado del cuidador y articulación de la red intersectorial para personas con dependencia severa y su cuidador.</p> <p>Esta capsula se encuentra disponible desde el 29 de Junio de 2017 y se han capacitado 354 profesionales y técnicos en enfermería, en Atención integral de personas con dependencia severa y sus familias en el contexto del MAIS.</p>
<p>1.4.- Definir orientaciones precisas para determinar el momento de la aplicación Escala de Zarit para los cuidadores nuevos, de modo que se transforme en un instrumento útil para la definición del Plan de Cuidado del Cuidador. Esto debido a que el nivel de sobrecarga varía con el tiempo en que el cuidador ha desempeñado esa función, mientras que el programa establece la aplicación de la Escala de Zarit en la primera visita integral. También se recomienda definir una segunda aplicación de este instrumento, para el monitoreo y evaluación de la ejecución de dicho Plan y de la intervención del programa en su conjunto.</p>	<p>Dada esta situación mediante el ordinario N° 2780 del 31 de Julio de 2017 “Conformación de mesa de trabajo” (Anexo N°1) para elaboración de material educativo para cuidadoras de personas con dependencia severa desde una perspectiva de género, uno de las líneas de trabajo en conjunto con el equipo de salud mental, es la elaboración de una orientación de abordaje desde APS, para cuidadores y cuidadoras de personas con dependencia severa, con sobrecarga.</p> <p>En este espacio, se evaluará la pertinencia de este requerimiento y se velará por la incorporación de</p>

	diferentes actores como educación, equipos municipales, SENAMA, SENADIS, entre otros.
<p>1.5.- Definir estrategias diferenciadas según género, tanto para la persona en situación de dependencia severa como para quien ejerce su cuidado. En especial, se deben diseñar medidas para evitar que el cuidado no se convierta en una doble jornada para las mujeres cuidadoras, e incluir actividades específicas en el Plan de Cuidado del Cuidador, dirigidas al conjunto del grupo familiar. Lo anterior, considerando que la prevalencia de la discapacidad severa es diferencial según sexo (mayor en las mujeres) y que la gran mayoría de las personas cuidadoras son mujeres). Esto implica potenciar el trabajo intersectorial del programa, definido en el subcomponente 3.</p>	<p>Mediante el oficio mencionado Ordinario N° 2780 del 31 de Julio de 2017 (Anexo N°1) "Conformación de mesa de trabajo), se convoca a la Subsecretaria de la Mujer y de la Equidad de Género, con fines de solicitar una asesoría en esta temática, ya desde la OOTT programática en enfoque de género se encuentra desarrollado, pero según la retroalimentación de los equipos en las Jornadas Territoriales del Programa, se requieren herramientas operativas en la concepción del enfoque de género en la atención domiciliaria para personas con deprecia severa.</p> <p>Se adjunta OOTT borrador, donde se detalla lo descrito, como medio verificador. Esta Orientación técnica será válida con los referentes nacionales y fue convocada mediante el oficio para las fechas 26 y 27 de septiembre.</p>
<p>1.6.- Definir e implementar estrategias de difusión del programa en el nivel local, lo que puede hacerse tanto en los establecimientos de salud como a través de entidades municipales (por ejemplo, DIDECO). Lo anterior, debido a que la definición de población objetivo excluye a un número significativo de personas que tienen dependencia severa pero no han sido diagnosticadas, ya sea porque no han sido pesquisadas por los equipos de salud o porque desconocen el programa. A su vez, esto permitiría mantener la definición de la población objetivo (que incluye la población que cuenta con certificación de que efectivamente tiene el problema), ampliando la cobertura a las personas en situación de discapacidad que no solicitan su ingreso al programa por desconocimiento de este.</p>	<p>Dentro de la OOTT del programa (Anexo N°2), en el desarrollo del componente N°2, se incentivará a los equipos a ejecutar este trabajo, mediante la articulación intersectorial, pero cabe señalar que esto debe ser una misión en conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social, en la estrategia del Sistema Nacional de Cuidados.</p>
<p>1.7.- Explorar la posibilidad de incorporar a la población beneficiaria a las personas en situación de discapacidad "moderada", como estrategia de prevención. Lo anterior, debido a que la situación de discapacidad severa puede resultar un momento final de difícil recuperación. Cabe señalar que los equipos entrevistados en las dos comunas visitadas por el panel manifestaron realizarlo en la</p>	<p>Esta recomendación requiere de una modificación programática, la que debe ser planificada para la evaluación ex antes 2018 y de esta forma incorporar una línea de trabajo modificando la población objetivo del programa con un fortalecimiento presupuestario del programa para el año 2019, y evaluar una integración con la estrategia de rehabilitación integral con base comunitaria, lo cual</p>

práctica, lo que es consistente con el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitario en el que se inserta el programa.	debe estar antecedido por un fortalecimiento de recursos humanos, insumos y movilización, para que los equipos de rehabilitación puedan responder a este requerimiento de la población.
--	---

2. A nivel de Gestión

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>2.1.- Considerando las falencias en la información de que dispone el programa, se recomienda diseñar e implementar un sistema de información que entregue, a quienes gestionan el programa, información oportuna, confiable y relevante, que les permita monitorear la ejecución del programa y aplicar medidas correctivas oportunas cuando sea necesario. Para ello se recomienda: a) implementar una plataforma estandarizada para el ingreso de datos al nivel de cada uno de los establecimientos de atención primaria de salud, donde la información sea ingresada por el personal a cargo de las prestaciones. El diseño de la plataforma debería minimizar la probabilidad de variables con datos inconsistentes o inexistentes y, además, proporcionar los datos necesarios para, por ejemplo, conocer una caracterización de la población que está siendo atendida por el programa, los cuales servirán como insumo para construir los indicadores de la Matriz de Marco Lógico; y b) realizar un estudio de costos unitarios para diferentes niveles de calidad de cada uno de los subcomponentes entregados por el programa, o por lo menos para el subcomponente 1. Esta información, junto a la que debería entregar el sistema de información propuesto, no solo favorecen el monitoreo y seguimiento del programa, sino también entregan información fundamental para los posteriores procesos presupuestarios.</p>	<p>Para dar cuenta a esta solicitud, se propone dar un uso a la plataforma postrados MINSAL, que respondía a las necesidades de monitoreo del estipendio y dado al traspaso de este reconocimiento a MIDESO, se trabajara con el departamento TIC, para incorporar de forma paulatina un sistema de monitoreo que responda a las recomendaciones. Lo principal de este requerimiento es que no puede significar una sobrecarga de duplicación de tareas de gestión y registro para los equipos de APS.</p>
<p>2.2 Definir metas basadas en criterios técnicos y consistentes con las actividades consideradas.</p>	<p>Las metas establecidas, se encuentran regidas mediante la evidencia tipo III “juicio de expertos en este caso que son los referentes del programa por servicios de salud”, y se consensuan en base a la realidad País, ya que la atención domiciliaria se debe planificar acorde a la necesidades individuales de las personas en situación de dependencia y su</p>

	<p>cuidador”. Al revisar la evidencia, se concuerda con las recomendaciones internacionales de elaborar planes de cuidados con participación activa de la diada.</p> <p>También existe evidencia de tipo III, de prácticas de España con estándares mínimos de atención domiciliaria como “Protocolo Visitas Domiciliarias de Plasencia” (Anexo N°3), que establece visitas domiciliarias de tipo trimestral.</p> <p>A nivel Nacional existe “Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía” (Anexo N°4), “guía atención del paciente domiciliario postrado en cama”, Guía de Operaciones Programa Cuidados Domiciliarios Servicio Nacional del Adulto Mayor – SENAMA, entre otros. Que establecen criterios de calidad en la atención de las personas con dependencia y su cuidador, pero no recomiendan o estableces mínimos y máximos de N° de vistas, % recomendable de escaras, etc.</p> <p>Dada la complejidad de establecer indicadores desde la perspectiva de la medicalización del cuidado y dejar fuera el propósito de “mejorar o mantener la condición de salud”, es que el equipo técnico de este Ministerio mediante la RE N° 1226 del 23 de noviembre de 2016 (Anexo N°5) , licita la compra de una Investigación de Tipo Exploratoria Descriptiva para el levantamiento de brechas de atención en salud para personas en situación de discapacidad (leve-moderada y severa), con fines de identificar con los actores participes, elementos claves a considerar para la evaluación y monitoreo del programa atención domiciliaria integral para personas con dependencia severa en APS.</p>
<p>2.3.- Incorporar un indicador de seguimiento o monitoreo de la capacidad productiva de los equipos, que permita ajustar la programación de la atención a las necesidades de la población, en este caso: N° de técnicos, profesionales y/o especialistas según número de habitantes que presenta el problema.</p>	<p>Se gestionaran recursos para estudio que permita definir una línea de estándares mínimos de atención domiciliaria en APS, con fines de generar este tipo de indicadores como N° de técnicos, profesionales y/o especialistas según número de habitantes que presenta el problema.</p>

<p>2.4.- Realizar una evaluación periódica de calidad por parte de la población beneficiaria (por ejemplo, encuesta de satisfacción usuaria destinada a la persona en situación de dependencia y su cuidador(a)).</p>	<p>Esta recomendación requiere de una modificación programática, la que debe ser planificada para la evaluación ex antes 2018 y de esta forma incorporar un componente que dé cuenta de la satisfacción usuaria, ya que no se cuenta con los recursos para poder ejecutar una evaluación de calidad. Sumado a lo anterior se recomienda que dicha evaluación sea realizada por equipos externos APS, por tanto es necesario contar con recursos para la ejecución.</p>
<p>2.5.- Asignar a quienes gestionan el programa desde el nivel central del MINSAL, un rol protagónico en el monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las metas establecidas por el programa, como también de la entrega de las prestaciones que forman parte de la canasta per cápita del Programa de Atención Primaria de Salud.</p>	<p>Es clave destacar que MINSAL mediante la resolución exenta N°1361 del 14 de diciembre 2016 (Anexo N°6) , establece lo siguiente para el Monitoreo: “El monitoreo del Programa en la red de atención primaria y hospitales comunitarios que lo desarrollan, corresponde ser efectuado en forma permanente por los Servicios de Salud respectivo, con énfasis en la cobertura del programa, los componentes técnicos asociados a la atención de salud de la persona con dependencia severa y el cuidador(a) y la articulación con la red asistencial e intersectorial.</p> <p>Para lo anterior, los encargados de los Servicios de Salud deberán monitorear en forma trimestral el desarrollo del programa, solicitando a las comunas y establecimientos que desarrollan el programa información sobre las necesidades de reforzamiento técnico y de gestión existentes en el desarrollo de la estrategia.</p> <p>Corresponderá a los Servicios de Salud, realizar auditoria al funcionamiento del programa a las comunas y establecimientos participantes, a un 3 % de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria bajo control en el Servicio de Salud. De esta auditoría y de la información recopilada en el monitoreo trimestral con los equipos que desarrollan el programa y/o encargados por establecimiento o comunales, deberá enviarse el mes de marzo del año en curso un Plan de Trabajo por Servicio de Salud.</p> <p>En el mes de diciembre cada Servicio de Salud deberá enviar Informe de Cumplimiento de Plan de Trabajo propuesto y registro de las actividades realizadas con la red.</p> <p>Tanto la Pauta de la Auditoría como de los Planes de Trabajo e Informe de Cumplimiento serán</p>

entregadas en la Orientación Técnica del Programa”.

Además a nivel Ministerial el referente técnico realiza dos evaluaciones en agosto y diciembre para retroalimentar las acciones de los establecimientos de atención primaria, el que fue enviado a la red mediante el **Ordinario N°1289 del 11 de abril de 2017 (Anexo N°7)** y vía mail a los jefes de APS el día lunes 3 de abril de 2017.

Para fortalecer el Monitoreo del Programa por los Establecimientos de APS, y tomar el pulso a los equipos financiados mediante vía per cápita, se incorporó para este año en los Índices de Actividad en Atención Primaria una meta vinculada al Programa, mediante el **Decreto N°35 del 31 de enero de 2017 (Anexo N° 8)**

En base a la necesidad de mejorar los medios de monitoreo se propone para el año 2018, mejorar la meta de capacitación establecida para los cuidadores mediante el IAAPS y transformarla en una meta que resuma el producto de una buena atención como por ejemplo:

- Porcentaje de población libre de escaras.

Cuando se disponga de información runificada en la red, incorporar un indicador como el propuesto por el panel

- Tasa de variación en el N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que disminuye su número de hospitalizaciones, durante un año.

Finalmente esta recomendación requiere además de un fortalecimiento de RRHH a nivel Ministerial, que será planificado para la evaluación ex antes 2018 y de esta forma contar con mayor recurso hora, para mejorar potenciar las estrategias de monitoreo.