

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
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

TABLA DE CONTENIDOS

I.	INFORMACIÓN DEL PROGRAMA.....	1
1.	DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA	1
2.	CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.....	5
3.	ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	6
II.	EVALUACION DEL PROGRAMA.....	8
1.	JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA	8
2.	EFICACIA Y CALIDAD.....	20
2.1.	EFICACIA A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES (EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE OBJETIVOS DE PROPÓSITO Y FIN).	20
2.2.	EFICACIA A NIVEL DE COMPONENTES (PRODUCCIÓN DE BIENES O SERVICIOS).....	21
2.3.	COBERTURA Y FOCALIZACIÓN DEL PROGRAMA	23
2.4.	CALIDAD.....	25
3.	ECONOMÍA	25
3.1.	FUENTES Y USO DE RECURSOS FINANCIEROS	25
3.2.	EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA.....	28
3.3.	APORTES DE TERCEROS).....	28
3.4.	RECUPERACIÓN DE GASTOS.....	28
4.	EFICIENCIA.....	28
4.1.	A NIVEL DE RESULTADOS INTERMEDIOS Y FINALES.....	29
4.2.	A NIVEL DE ACTIVIDADES Y/O COMPONENTES. RELACIONA GASTOS CON PRODUCTOS.....	29
4.3.	GASTOS DE ADMINISTRACIÓN	31
III.	CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES	32
1.	CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL	32
2.	RECOMENDACIONES.....	34

IV. BIBLIOGRAFÍA	37
V. ENTREVISTAS REALIZADAS.....	39
VI. ANEXOS DE TRABAJO.....	41
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA. 41	
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	43
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2013-2016.....	47
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DE DISEÑO DEL PROGRAMA	50
A. RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL).....	50
B. SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL).....	51
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	53
A. PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA.	53
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES.	56
C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO.....	62
D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE	63
ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS.....	66
ANEXO 5: FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS.....	67

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Población Potencial y Objetivo, 2013-2016.....	6
Cuadro 2: Población objetivo según grupo de edad, 2013-2016	6
Cuadro 3: Presupuesto total del programa 2013-2017 (miles de \$ 2017)	7
Cuadro 4: Población según situación de discapacidad, Chile 2004.....	12
Cuadro 5: Hogares según situación de discapacidad, Chile 2004.....	12
Cuadro 6: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según área de residencia, Chile 2004	12
Cuadro 7: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo, Chile 2004	12
Cuadro 8: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según grupo de edad, Chile 2004.....	13
Cuadro 9: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según condición socioeconómica, Chile 2004.....	13
Cuadro 10: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según sexo, Chile 2015	14
Cuadro 11: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según grupo de edad, Chile 2015.....	14
Cuadro 12: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según quintil de ingreso autónomo del hogar, Chile 2015	14
Cuadro 13: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad y situación de dependencia funcional, Chile 2015	15
Cuadro 14: Personas de 2 a 17 años en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo, Chile 2004	15
Cuadro 15: Indicador de ausencia de escaras, 2013-2016	21
Cuadro 16: Indicadores de eficacia cuantificados a nivel de subcomponente 1 y 2, 2013-2016	22
Cuadro 17: Número de beneficiarios efectivos, 2013-2016	23
Cuadro 18: Cobertura del programa, 2013-2016	24
Cuadro 19: Distribución por sexo de la población beneficiaria, 2013-2016	24
Cuadro 20: Distribución por Región de la población atendida 2013-2016.....	24
Cuadro 21: Fuentes de Financiamiento del programa 2013-2017 (Miles de \$ 2017)	26
Cuadro 22: Gasto Total del programa 2013-2017 (Miles de \$ 2017).....	27
Cuadro 23: Desglose del Gasto Devengado en Personal,	27
Cuadro 24: Presupuesto del programa y Gasto Devengado 2013-2017 (Miles de \$ 2017).....	28
Cuadro 25: Gasto por beneficiario de establecimientos dependientes de Servicios de Salud sin escaras	29
Cuadro 26: Gasto Total Componentes por Beneficiario y Total Programa por Beneficiario 2012-2015	30
Cuadro 27: Gasto promedio en estipendio por cuidador 2013-2016 (miles de \$ 2017).....	31
Cuadro 28: Gastos de Administración del programa 2013-2016 (miles de \$ 2017).....	31

Índice de Tablas

Tabla 1: Políticas y objetivos estratégicos del programa	2
Tabla 2: Fundamentos legales del programa.....	3
Tabla 3: Objetivos y actividades de los subcomponentes del programa	3
Tabla 4: Indicadores de eficacia a nivel de propósito y su cuantificación	20
Tabla 5: Indicadores de eficacia a nivel de componente y su cuantificación	21
Tabla 6: Instituciones relacionadas con la ejecución del programa y sus funciones	56
Tabla 7: Programas vinculados con el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.....	59
Tabla 8: Indicadores de evaluación considerados por el programa.....	64

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Descripción general del programa

El programa “Atención domiciliaria a personas con dependencia severa”, comenzó a ejecutarse el año 2006. Constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos promocional, preventivo y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa¹ y su cuidador(a)². Depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), y 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. Sus objetivos se definen como³:

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 salud⁴ 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 Comunitario⁵”.

El programa adopta una estrategia que comprende la entrega de atención de salud integral a la persona con dependencia severa y su cuidador(a), que se extiende durante el tiempo en que la persona mantiene la condición de dependencia severa. La estrategia se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

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

- Subcomponente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa
- Subcomponente 2: Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador(a) de la persona con dependencia severa
- Subcomponente 3: Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias

¹ El programa define a la persona con dependencia severa como “aquella persona de cualquier rango etéreo, 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”. Fuente: Resolución Exenta N°1361, 2016

² 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, 2016

³ Matriz de Marco Lógico consensuada con el programa (Anexo 2a y 2b)

⁴ El programa define “condición de salud” como el “estado de salud” en que se encuentra una persona. “Salud” se entiende como “el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones y enfermedades”, de acuerdo a la definición que elaboró la OMS en 1948.

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).

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.

El programa responde a las siguientes políticas y objetivos estratégicos (Tabla 1).

Tabla 1: Políticas y objetivos estratégicos del programa

Políticas	Objetivos estratégicos
MINSAL: “Estrategia Nacional en Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011 -2020”	Objetivo Estratégico N°2: “Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos”. Objetivo Estratégico N°5: “Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud”.
Objetivos Estratégicos del MINSAL ⁽¹⁾	Objetivo Estratégico N°2: Avanzar en la Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2010-2020, para mejorar resultados de indicadores de salud propuestos. Objetivo Estratégico N°3: Fortalecer la Atención Primaria de Salud, para acercar más salud a las personas. Objetivo Estratégico N°5: Avanzar en estrategias comunitarias en el ámbito de las enfermedades crónicas y del adulto mayor. Objetivo Estratégico N°7: Abordar integralmente la salud mental y la discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a los grupos vulnerables
Objetivos Estratégicos de la Subsecretaría de Redes ⁽¹⁾	Objetivo Estratégico N°1: Mejorar la gestión de los Servicios de Salud y sus establecimientos, optimizando sus procesos clínicos y resultados, en el marco de la gestión integrada de redes asistenciales, para lograr una gestión sanitaria centrada en la mejora continua y calidad de la atención, que dé cuenta del enfoque de DSS, equidad en el acceso, incorporación del enfoque de género, respeto a la diversidad y trato digno en la solución de los problemas de salud de la población a cargo Objetivo Estratégico N°2: Optimizar progresivamente el funcionamiento del GES con enfoque de derechos en salud mediante la gestión de brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida por la demanda de prestaciones, derivada de problemas de salud garantizados, fortaleciendo la integración de la red asistencial bajo modelo RISS basada en APS Objetivo Estratégico N°3: Fortalecer la gestión del recurso humano perteneciente a nuestra red asistencial, mediante la generación de una política asociada al desarrollo del talento humano, actual y futuro, con el fin de dar cuenta de sus condiciones de trabajo, suficiencia, formación y retención que permita atender los problemas de salud de la población Objetivo Estratégico N°4: Optimizar el modelo de financiamiento reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud (dispersión geográfica, carga de morbilidad, complejidad, etc.) explicitando el déficit estructural del Sector, para lograr equilibrio financiero y avanzar en equidad Objetivo Estratégico N°5: Invertir en el fortalecimiento de la infraestructura de las redes asistenciales, del equipamiento y tecnología, del nivel primario y hospitalario de los servicios de salud, mediante la gestión del Plan Nacional de Inversiones que permita la incorporación de nuevos hospitales, centros de salud familiar y servicios de atención primaria de alta resolución, con el fin de mejorar la calidad de atención y satisfacción de nuestros usuarios

⁽¹⁾ DIPRES: Ficha de Definiciones Estratégicas Año 2015-2018, Formulario A1.

Fuente: Elaboración del panel.

El programa no tiene prevista una fecha de término y está instalado en todas las regiones del país. Su ejecución recae en el MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (DIVAP), a través de la Red de Centros de Salud de Atención Primaria (APS) de todas las comunas del país.

En la operación del programa interviene desde enero de 2016 el Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO), que es la entidad encargada de gestionar el estipendio que se entrega al cuidador(a), a través del “Programa Pago de Cuidadores de Personas con Discapacidad”⁷. Además, se propende a la acción intersectorial a nivel local, lo que responde a una orientación estratégica del programa y 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.

⁷ 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.

Los fundamentos legales para el período evaluado y a partir de 2017 se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2: Fundamentos legales del programa

Resolución exenta – Fecha	Glosa	Año de ejecución
N° 11 – 4 de enero de 2013 – MINSAL	“Aprueba Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa”.	2013 – 2014
N° 1271 – 12 de diciembre de 2014 – MINSAL	“Aprueba Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa”.	2015 – 2016
N° 1361 – 14 de diciembre de 2016 – MINSAL	“Aprueba Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa”.	2017

Fuente: Elaboración del panel

Los objetivos y principales actividades de cada subcomponente se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3 : Objetivos y actividades de los subcomponentes del programa

Subcomponente	Objetivo	Actividades
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	<p>Realizar al menos 2 visitas integrales⁸</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Primera Visita Integral</u>: realización del proceso de consentimiento informado para la visita integral y firma del consentimiento; evaluación integral considerando dimensión biológica, psicológica, social y espiritual⁹; aplicación instrumento Barthel¹⁰ a la persona en situación de dependencia o realización/verificación de diagnóstico¹¹; formulación del Plan de Atención Integral Consensuado¹² • <u>Segunda Visita Integral</u>¹³: evaluación de la ejecución del Plan de Atención Integral Consensuado y definición de modificaciones si corresponde <p>Realizar al menos 6 visitas domiciliarias de tratamiento/procedimiento o seguimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Visitas de Tratamiento/Procedimiento</u>: incluyen acciones socio-sanitarias diferenciadas de acuerdo a la situación del beneficiario, tales como curación de escaras, toma de exámenes, contención emocional, intervención respiratoria, entre

⁸ La Visita Domiciliaria Integral ha sido introducida en los distintos programas y acciones de los equipos de salud del país desde la década de 1930. Actualmente forma parte del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, que se aplica a todos los programas de atención primaria. Se entiende como “Una estrategia de entrega de servicios de salud Integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria) realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluyendo la promoción de mejores condiciones biológicas ambientales y relacionales, se inserta en un el marco de un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que comandan las acciones correspondientes, los que son expuestos a la familia durante el proceso de atención, y son construidos entre el equipo de salud y la familia y/o cuidadores y realizados por profesionales y/o técnicos con las competencias requeridas”. MINSAL, “Visita domiciliaria integral: Orientaciones técnicas en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, 2017, página 5 (Documento borrador, en preparación por el MINSAL, facilitado al panel por la Referente Técnico del programa).

⁹ Esta evaluación se realiza de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. No existen instrumentos específicos definidos por el programa para esta actividad, pues las situaciones en las que se encuentran las personas beneficiarias son diversas y requieren un tratamiento particular. No obstante, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria define orientaciones técnicas para la Visita Domiciliaria Integral, que son comunes a todos los programas de APS. El documento mencionado en cita anterior comprende dichas orientaciones.

¹⁰ Barthel es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

¹¹ Niños y niñas menores de 6 años o personas con discapacidad psíquica, que no reflejan adecuadamente su situación de dependencia severa mediante el instrumento Barthel

¹² Plan de tratamiento elaborado en conjunto entre el equipo de salud, la persona con dependencia severa y su cuidador, con el cual debe contar toda persona que ingrese al programa. Debe contemplar objetivos, actividades y responsables del equipo de salud, cuidador y familia, para abordar las necesidades de cuidado requeridas por la persona con dependencia y su cuidador, y debe quedar registrado en la ficha clínica de la persona con dependencia. (Resolución Exenta N° 1361, 2016). No obstante, según información entregada por la Referente Técnico del programa (Comentarios al Informe Final entregado por el panel el 1 de junio), debido al deber ético de los equipos de salud, si el equipo de salud constata la situación de una persona sin cuidador, no puede negar la atención. Por ello, deben activar la red intersectorial para velar por el estado general de la salud y entregarle las prestaciones requeridas en el domicilio. Esto significa que, según la Referente Técnico, la existencia del cuidador es condición indispensable para el pago del estipendio.

¹³ Según información entregada por el programa, se espera que esta visita sea realizada a los seis meses de ingreso, pero el momento varía de acuerdo con las condiciones particulares de cada caso. (Reunión del panel con la Referente Técnico del programa, 22 de mayo de 2017)

		<p>otras. Estas acciones son realizadas por cualquier integrante del equipo de salud, en base a la necesidad de la persona definida en Plan de Atención Integral Consensuado</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Visitas de Seguimiento</u>: dirigidas a 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. <p>Ejecutar actividades de administración y gestión del programa¹⁴</p>
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	<p>Realizar al menos dos visitas integrales¹⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Primera Visita Integral</u>: Formular el Plan de Cuidado del Cuidador¹⁶ que incluya objetivos, actividades y responsabilidades definidas entre el cuidador(a), la persona con dependencia severa, su familia y el equipo de salud; aplicación instrumento Zarit¹⁷ al cuidador(a); realizar inducción a quienes ingresan al Programa como Cuidadores • <u>Segunda Visita Integral</u>: evaluación de la ejecución del Plan de Cuidado del Cuidador y definición de modificaciones si corresponde <p>Capacitar a los cuidadores(as):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborar Plan Anual de Capacitación a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados, para entregarle herramientas para mejorar la calidad del cuidado y también para su autocuidado, de manera de optimizar su labor. Incluye educar para prevenir el Síndrome de Sobrecarga del Cuidador, tanto para cuidadores nuevos y antiguos; como también entregar recomendaciones para el cuidador(a) • Ejecutar el Plan Anual de Capacitación¹⁸ <p>Pago de estipendio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar la existencia de cuidador(a), el cumplimiento de los requisitos de postulación al beneficio de pago a cuidadores 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, en forma oportuna, una vez obtenidos los resultados de la postulación entregados por el MIDESO.
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)	<p>Realizar un catastro de la red local y nacional encargada de la atención de personas dependientes, cuidadoras y familias</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>Informar y educar a la población beneficiaria del programa de los beneficios existentes en la red y los mecanismos de acceso y postulación.</p>

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

¹⁴ Mantención de 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.

¹⁵ Corresponden a las mismas dos visitas integrales que se realizan a la persona en situación de dependencia

¹⁶ Según información entregada por el programa, este Plan no tiene un formato establecido. Además, es importante señalar que el programa no cuenta con atenciones domiciliarias financiadas para el cuidador. Por lo tanto, el Plan de Cuidado del Cuidador se basa en la capacitación, autocuidado y activación de la red de atención en los casos en que sea necesario. Por ejemplo, si el equipo detecta que situaciones de riesgo, como por ejemplo obesidad o depresión, el equipo hará el contacto para la atención que se realizará en el establecimiento de atención primaria y no en el domicilio, ya que la prestación domiciliaria no se encuentra financiada (Reunión del panel con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017)

¹⁷ La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit es un instrumento para medir el nivel de carga del cuidador(a) de una persona en situación de dependencia y la necesidad de una eventual intervención (Breinbauer, H et. al, 2009). Según información entregada por el programa, se utiliza la versión abreviada para medir la sobrecarga subjetiva, que cuenta con 7 ítemes, que se puntúan entre 1 y 5, con un máximo de 35 puntos. El resultado es "con sobrecarga intensa" (más de 17 puntos) o "sin sobrecarga intensa" (menos de 17 puntos).

¹⁸ Se considera que un cuidador está capacitado cuando ha recibido al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos cada una, en el caso del primer año en que recibe la capacitación, y 4 visitas si se trata del segundo año. La capacitación es realizada por el equipo de salud y puede ser efectuada de forma grupal en establecimientos de salud u otros lugares accesibles para la población, o de forma individual en el domicilio de la persona. Los elementos básicos de la capacitación incluyen: cuidado de la persona con dependencia severa; prevención del síndrome de sobrecarga del cuidador; y beneficios sociales disponibles para la diada y núcleo familiar y redes de apoyo. Documento de definiciones REM-p, facilitado al panel por el programa.

2. Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

Definición de Población Potencial y Objetivo

Población Potencial: Es la población que, estando en FONASA, tiene discapacidad severa y dependencia funcional según la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2015, o es niño/a en situación de discapacidad y presenta necesidad de asistencia personal debido a su estado de salud.

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 el caso que la situación de dependencia corresponda a niños menores de 6 años de edad¹⁹ 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.

Cuantificación

La población potencial se cuantifica a partir de los datos entregados por la ENDISC 2015, que estimó una prevalencia de discapacidad severa en la población adulta (18 años y más) del 8,3%, equivalente a 1.082.965 personas para el año 2015²⁰. La misma encuesta estima un 69,7% de dependencia funcional en las personas adultas con discapacidad severa²¹, lo que para el 2015 corresponde a 754.827 personas adultas con discapacidad severa y dependencia funcional. A este total de adultos se le agrega 174.118 personas menores (población de 2 años y más) en situación de discapacidad, que declaró tener alguna enfermedad o condición de salud²², lo que da un total de 928.945 personas para el 2015. Siguiendo la definición que el programa entrega para la población potencial, a esta última cifra se le calcula el 75%, que corresponde al porcentaje de población que se estima que está en FONASA²³. Esto entrega un total de 696.708 personas adultas en situación de discapacidad severa con dependencia funcional y perteneciente a FONASA para el año 2015.

La cuantificación de la población objetivo se obtiene de los registros de la población bajo control (que corresponde a la beneficiaria) entregados por el programa. El Cuadro 1 presenta la cuantificación de la población potencial y población objetivo.

¹⁹ Puede incluir, por ejemplo, niños(as) que presenten graves retrasos en el desarrollo evolutivo o que precisen medidas de soporte vital para mantener determinadas funciones fisiológicas básicas, entre otras.

²⁰ SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016, pág. 71.

²¹ SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016, pág. 175.

²² SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016, pág. 165.

²³ El 75% es un dato que se ha usado históricamente. Se calcula en base a la población per cápita en el numerador y la población INE como denominador, multiplicado por 100 (Información entregada por la Referente Técnico del programa, mayo 2017).

Cuadro 1: Población Potencial y Objetivo, 2013-2016

Año	Población Potencial ^(a)	Población Objetivo (personas con dependencia severa ²⁴)	Cobertura (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%

^(a) Para estimar la población potencial de los años 2016, 2014 y 2013, a las cifras de ENDISC 2015 se les aplicó la variación porcentual de la población inscrita en FONASA durante esos años entregada por el programa ²⁵

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.

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.

Se observa que, en el período sujeto a evaluación, la población de 70 años o más corresponde a más del 65% de la población objetivo, con excepción del año 2014, en que ascendió a 57,4%. No obstante, en todos los años considerados, más del 70% de los beneficiarios tiene 65 o más años. Por lo tanto, la gran mayoría de la población atendida por el programa corresponde a adultos mayores.

3. Antecedentes presupuestarios

El Programa se ejecuta en forma descentralizada a través de todos los establecimientos de APS del país, los cuales son dependientes de las Municipalidades o de los Servicios de Salud. Sin embargo, la forma en que los establecimientos reciben los recursos difiere en función del tipo de dependencia. En forma más precisa:

1. Para establecimientos con dependencia de los Servicios de Salud, el Programa se financia con recursos contemplados en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02 (Programa de Atención Primaria), glosa 01. Estos recursos financian exclusivamente actividades del programa y tienen como propósito garantizar su financiamiento entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado. En los años 2013, 2014 y 2015 estos recursos financian atención domiciliaria integral dirigida a la persona con dependencia severa y pago de estipendio a cuidador(a) de la persona con dependencia severa, mientras que en 2016 y 2017 financian solamente la atención domiciliaria integral, ya que el pago de estipendio es canalizado con recursos asignados a través del MIDESO²⁶.
2. Los establecimientos con dependencia municipal reciben recursos estatales a través del sistema per cápita, establecido en la Ley No 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud, la cual norma la Atención Primaria de Salud y, en particular, su forma de financiamiento. Cada comuna recibe un monto

²⁴ Inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria y clasificadas como dependientes severos.

²⁵ Del 2015 al 2016, 0,62%; del 2014 al 2014, 1,17%; y del 2013 al 2014, 0,97%.

²⁶ Glosa sobre pagos de estipendio en Ley de Presupuestos: Partida 21, Capítulo 01, Programa 01, Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 352, glosa 14. Con cargo a estos recursos se financia el componente del Pago a Cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa del MINSAL. Para efectos del pago se suscribió un convenio de transferencia entre el MIDESO y el Instituto de Previsión Social.

global para financiar las más de 100 prestaciones de atención primaria que proporcionan a su población beneficiaria. Una particularidad de este mecanismo es que financia una canasta de prestaciones, sin asignación de presupuesto específico para ninguna de ellas²⁷. Una consecuencia de lo anterior es que el programa evaluado no tiene presupuesto asignado específicamente para las prestaciones entregadas por los establecimientos municipales. Sin embargo, con el objetivo de tener una aproximación a los recursos de los que dispone el programa, se estimó el gasto ejecutado a través del sistema per cápita. La metodología con la que se estimaron esos recursos se explica en la sección Economía.

A continuación se presentan los antecedentes presupuestarios del programa, que comprenden los recursos que le son asignados directamente a través de los Servicios de Salud y son ejecutados por los establecimientos que de ellos dependen, los recursos asignados a través de MIDESO para pago del estipendio en los años 2017 y 2018, la estimación de los recursos gastados²⁸ por los establecimientos municipales a través del sistema per cápita, más una estimación de los gastos de administración, que son incorporados dentro del presupuesto total del programa y que son financiados con recursos de los municipios y de los Servicios de Salud. En resumen, las cifras presentadas en la columna 2 incluyen la suma de los valores en las columnas 3, 4 y 5 más la estimación de los gastos de administración. Los montos involucrados son los siguientes (Cuadro 3):

Cuadro 3: 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	7.774.158	5.215.391	8.331.244	1.411.694.312	0,59
2017	8.331.514	587.356	7.774.158	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.

Respecto de las cifras presentadas en el Cuadro 3 se puede observar que:

1. El presupuesto total del programa aumenta 2,9% entre los años 2013-2016. Por su parte, el presupuesto total asignado al programa a través del Programa de Atención Primaria y de MIDESO aumenta 1,2%, mientras que el presupuesto total del Programa de Atención Primaria aumenta 34,9% en el período 2013-2017. En consecuencia, la participación del programa en el presupuesto total de la institución responsable disminuye de 0,73% a 0,55%.
2. Si consideramos el presupuesto del programa proveniente de la institución responsable, entonces disminuye 93% en el período 2013-2017, pasando de una participación relativa de 0,73% a 0,04%. Esta disminución, tal como se señala más arriba, es consecuencia de que desde 2016 los recursos para pagar el estipendio pasaron a ser gestionados por el MIDESO.

²⁷ Los municipios deben hacer una programación de las prestaciones que entregarán a su población beneficiaria según las características sociodemográficas de los mismos. Sin embargo, una vez que reciben los recursos cuentan con flexibilidad, aunque sujeta a ciertas restricciones, para asignarlos a las 103 prestaciones incluidas en la canasta.

²⁸ Tal como se señala antes, estos valores corresponden a una estimación del gasto a través de esta vía, ya que no se cuenta con cifras presupuestarias.

II. EVALUACION DEL PROGRAMA

1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

La situación de dependencia severa tiene gran impacto en la persona que se encuentra en este estado, así como en su entorno familiar. Implica una redefinición de los roles y funciones de los integrantes de la familia. También implica un impacto económico, ya sea por la disminución o el término del aporte que realizaba la persona que se encuentra en situación de dependencia y quien asume su cuidado, como también por los mayores gastos asociados al cuidado. El Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa se orienta a atender esta situación y tiene como propósito *“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”*²⁹. El programa plantea que los impactos negativos de la dependencia pueden reducirse si la familia cuenta con redes de apoyo accesibles, estables y con capacidad de acompañar a la familia en su proceso de adaptación, superación y/o atención de la dependencia. La Atención Primaria de Salud tiene un rol fundamental para atender esta situación de salud en forma integral, debido a que es el primer contacto de la familia con la red de salud. La intervención del nivel primario implica considerar medidas para la prevención de la discapacidad y dependencia; abordar aspectos curativos y de acompañamiento; facilitar el cuidado de acuerdo a las necesidades de la persona y su familia, mediante la educación en cuidados y asistencia para la persona dependiente y en autocuidado del cuidador; y promover el ejercicio de derechos de las personas y al acceso a beneficios, mediante una adecuada comunicación y coordinación con las familias, la comunidad y el intersector de la red local³⁰.

Concepto de dependencia

El concepto de dependencia alude a la existencia de alguna discapacidad física, psíquica o intelectual³¹, que impide a una persona realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida cotidiana. La noción de “situación de dependencia” se utiliza para dar cuenta de la dimensión interrelacional y dinámica que se produce cuando entran en juego las barreras culturales, económicas, sociales, actitudinales, físicas o arquitectónicas, legales, comunicacionales y otras, que limitan la vida e inserción social de una persona con algún grado de discapacidad física, psíquica o mental. Esta noción se origina en el modelo social de la discapacidad, que se erige frente al modelo médico que limita la discapacidad a una “condición” o rasgo derivado de deficiencias personales, que se deben combatir mediante medidas tendientes a normalizar a las personas que las “padecen”. Para el modelo social, en cambio, las causas que dan origen a la dependencia no son individuales o de la persona, sino que son preponderantemente sociales. Reconoce que el concepto de discapacidad es un constructo cultural, construido en las distintas realidades sociales y culturales. Por ello, desde este modelo se busca que la persona con “diversidad funcional” tenga autonomía para tomar decisiones respecto de su vida, y se centra en la eliminación de cualquier tipo de barreras para propender a la igualdad de oportunidades³². En esta línea, el Informe Mundial sobre la Discapacidad publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2011 señala que los

²⁹ Marco Lógico del Programa, ver Anexo 2a.

³⁰ 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.

³¹ La situación de dependencia también puede originarse en situaciones transitorias como la edad (niños, especialmente la primera infancia), enfermedad o accidente, que implican que una persona requiera asistencia de otros para realizar las actividades básicas de la vida cotidiana. Por ser transitorias, estas situaciones no son contempladas por el programa. En el caso de los niños, por ejemplo, se trata de una dependencia severa, es decir, que excede la dependencia esperada de acuerdo a su etapa desarrollo, y que es definida como tal por el médico tratante.

³² Palacios, C. Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos humanos. Algunas reflexiones a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en Guajardo, A; Alburquerque; D; Díaz, M (compiladores). Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas con situación dependencia. Editorial Universidad de Santiago, Santiago, 2016 (pág. 113-126).

principales obstáculos que enfrentan las personas con discapacidad no consisten en las condiciones de la persona sino en los siguientes factores externos: políticas y normas insuficientes; actitudes negativas; prestación insuficiente de servicios; problemas con la prestación de servicios; financiamiento insuficiente; falta de accesibilidad; falta de consulta y participación; falta de datos rigurosos sobre la discapacidad y pruebas objetivas sobre los programas o intervenciones que funcionan³³.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) publicada por la OMS en 2001 define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. La discapacidad “Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”³⁴. La discapacidad es parte inherente a la condición humana: casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida; quienes lleguen a la senilidad experimentarán de manera creciente dificultades de funcionamiento³⁵.

En el mismo sentido de la definición de la CIF, el Servicio Nacional de la Discapacidad de Chile (SENADIS) define a las personas en situación de discapacidad como aquellas que “en relación a sus condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad”³⁶. Esta definición pone énfasis en la interacción del individuo con el medio, lo que implica que la discapacidad no es una condición independiente del individuo, sino que expresa las condiciones que la sociedad establece para personas con determinadas condiciones de salud/enfermedad, que pueden erigirse como barreras para su plena participación. Esto implica asumir un enfoque integral que favorece las políticas de inclusión social de las personas en situación de discapacidad.

La discapacidad es una condición necesaria pero no suficiente para la situación de dependencia. En otras palabras, no toda persona con discapacidad es a la vez una persona dependiente. La definición del Consejo de Europa de 1998, hasta ahora frecuentemente citada, entiende la dependencia como “el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana”³⁷.

En concordancia con dicha definición, en nuestro país, la ley 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, promulgada en Chile en el año 2010 define la dependencia en su artículo 6(e) como “El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.”³⁸.

Es común asociar la situación de dependencia con falta de autonomía, tal como se expresa en la definición anterior. Sin embargo, la autonomía a la que alude dicha definición puede entenderse como autonomía funcional. Por contraste, como afirman Guajardo y colaboradores³⁹, la dependencia no implica pérdida de autonomía, si ésta se entiende como la facultad de autodeterminación, es decir, de tomar decisiones sobre la propia vida, en concordancia con los propios deseos, intereses y valores. Esta noción de autonomía moral a la que aluden los autores remite a la noción kantiana de dignidad humana, que exige tratar a los individuos como un fin en sí mismo, y que se expresa en el principio de respeto por las personas, formulado como uno de los 4 principios de la bioética norteamericana⁴⁰. La noción se incluye también en los principios generales de la Convención sobre los Derechos de las Personas con

³³ OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

³⁴ OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud: CIF. Organización Mundial de la Salud, 2001. Pág. 206.

³⁵ OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

³⁶ SENADIS. Estudio Nacional de la Discapacidad 2015. Servicio Nacional de Discapacidad, 2016.

³⁷ Consejo de Europa. Recomendación N°(98)9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. 1998.

³⁸ Ley 20.244 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010.

³⁹ Guajardo, A; Alburquerque, D; Díaz, M (compiladores). Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas con situación dependencia. Editorial Universidad de Santiago, Santiago, 2016.

⁴⁰ Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Fifth edition. New York: Oxford University Press, 2001.

Discapacidad (CRPD por sus siglas en inglés), establecidos en el artículo 3: “a) El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;”⁴¹.

Envejecimiento y dependencia

La dependencia es una condición que puede estar presente en cualquier momento de la vida, y afectar por tanto a personas de cualquier edad⁴². Sin embargo, es en la etapa de adultez mayor, es decir, a partir de los 60 años en que comienza a adquirir mayor prevalencia e importancia. La longevidad implica una mayor prevalencia de discapacidad y limitaciones funcionales y cognitivas, que afectan la vida cotidiana de los adultos mayores⁴³.

El envejecimiento implica una limitación progresiva en las capacidades y competencias funcionales del ser humano para la adaptación e interacción con su medio ambiente biológico, físico, psicológico y social⁴⁴. Este proceso no solo obedece al proceso biológico normal e irreversible que afecta a distintos órganos, sino que también a la acción combinada de otros factores interrelacionados, como la pérdida de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas que han afectado a una persona, la marginación social, la pobreza, entre otros. En otras palabras, los factores ambientales, físicos, psicológicos, sociales y culturales son determinantes de la capacidad funcional, del estado de salud o de la discapacidad y enfermedad⁴⁵. Por ello, tal como se señala más adelante, los individuos de los estratos socioeconómicos más desposeídos tienden a presentar menores niveles de funcionalidad y mayor discapacidad que los de estratos medio y alto. Esto expresa una importante desigualdad, puesto que estas poblaciones tienen menos recursos para afrontar el cuidado de un miembro de su familia con dependencia.

Considerando que Chile es un país de transición demográfica avanzada, de no mediar políticas orientadas a la prevención de la discapacidad y la dependencia, como también al mejoramiento de la auto-valencia y el estado de salud de las personas dependientes, el Estado se verá enfrentado a un problema mayor derivado del envejecimiento de la población.

Dependencia y discapacidad desde un enfoque de derechos

Existe consenso en que las políticas y programas para las personas en situación de discapacidad y dependencia deben ser formulados desde un enfoque de derechos humanos. La CRPD, ratificada por Chile en julio de 2008, establece en su artículo cuarto que “Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna por motivos de discapacidad”⁴⁶.

En concordancia con la CRPD, en julio de 2010 se promulgó en Chile la Ley 20.422, que establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad. Su artículo primero establece que “El objeto de esta ley es asegurar el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su plena inclusión social,

⁴¹ Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.

⁴² Ley 20.244 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010.

⁴³ SIS, MINSAL, MIDEPLAN. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo elaborado por Superintendencia de Salud (SIS), División de Estudios y Desarrollo; Ministerio de Salud (MINSAL); Departamento de Economía de la Salud; y Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), División de Planificación Regional. Santiago, 2008.

⁴⁴ Chambres, L. Quality assurance in long-term care policy, research and measurement. OMS, Paris, 1983. Texto citado en SIS, MINSAL, MIDEPLAN. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo elaborado por Superintendencia de Salud (SIS), División de Estudios y Desarrollo; Ministerio de Salud (MINSAL); Departamento de Economía de la Salud; y Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), División de Planificación Regional. Santiago, 2008 (página 12).

⁴⁵ SIS, MINSAL, MIDEPLAN. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo elaborado por Superintendencia de Salud (SIS), División de Estudios y Desarrollo; Ministerio de Salud (MINSAL); Departamento de Economía de la Salud; y Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), División de Planificación Regional. Santiago, 2008.

⁴⁶ Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.

asegurando el disfrute de sus derechos y eliminando cualquier forma de discriminación fundada en la discapacidad.”⁴⁷.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que supervisa el cumplimiento de la Convención por parte de los Estados Parte, señaló respecto del informe presentado por Chile que son áreas de preocupación “la ausencia de una estrategia para la armonización legislativa relativa a personas con discapacidad, así como la persistencia del modelo médico y el uso de terminología peyorativa tales como “invalidez”, “incapaces” y “dementes” en normas vigentes, además de “los pocos avances en el cumplimiento de la ley 20.422 en materia de accesibilidad, así como la inexistencia de mecanismos de queja por la violación a los derechos de las personas con discapacidad relativas a la falta de accesibilidad.”. Por ello, recomendó “adoptar un plan para armonizar plenamente toda su legislación y políticas, incluyendo la Constitución Política de la República y el Código Civil para hacerlo compatible con la Convención y promover el modelo de derechos humanos de la discapacidad”. El informe menciona también la importancia de instalar en Chile mecanismos de participación vinculantes, con respecto a la decisión de las políticas públicas dirigidas a personas en situación de discapacidad⁴⁸.

Con respecto a la salud, en el Informe del Comité se destaca lo siguiente: escasez de información relativa a la salud sexual y reproductiva accesible para personas con discapacidad, particularmente para mujeres, niñas y personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial; predominio de acciones en salud para personas con discapacidad desde el modelo médico e inexistencia de personal médico y terapéutico capacitado en derechos de las personas con discapacidad; limitada cobertura en las acciones del Estado en materia de rehabilitación y preocupación por destinación de fondos públicos para el financiamiento de organizaciones privadas que se dedican a la rehabilitación física de niños con discapacidad en ausencia de fiscalización, y que los servicios ofrecidos por tales organizaciones no sean universales; y carencia de consultas a organizaciones de personas con discapacidad, en particular, con las que representan a mujeres, niñas y niños, indígenas y personas viviendo en zonas rurales y remotas, para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas⁴⁹.

Prevalencia de la dependencia y la discapacidad

Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la OMS (2011), más de mil millones de personas en el mundo (alrededor del 15% de la población mundial de 2010), vive con algún grado de discapacidad. Esta cifra es superior a las estimaciones de 1970, que lo situaban en un 10% de la población mundial⁵⁰. Este aumento obedece al proceso de envejecimiento de la población, como también al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales⁵¹.

La discapacidad afecta en mayor medida las poblaciones vulnerables o de menores recursos. Según la OMS, la prevalencia de la discapacidad es mayor en los países de ingresos bajos que en los países de ingresos más elevados. En el mismo sentido, las personas en el quintil más pobre, las mujeres y los ancianos también presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. Las personas con bajos ingresos, sin trabajo o con poca formación académica tienen mayor riesgo de discapacidad. Además, datos de varios países evidencian que los niños de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás niños⁵².

En Chile, el Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad (ENDISC I) realizado por el entonces Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en el año 2004, reveló que el 13% de la población nacional

⁴⁷ Ley 20.422 Establece establece normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de las personas con discapacidad, julio de 2010.

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

⁵¹ OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

⁵² OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.

presentaba algún grado de discapacidad, lo que ascendía a 2.068.072 personas⁵³ (Cuadro 4). Esto significa que 1 de cada 8 habitantes en Chile estaba en esa situación. En cuanto a los grados de discapacidad, el 7,2% de la población total presentaba discapacidad leve, 3,5% moderada y el 2,5% discapacidad severa.

Cuadro 4: Población según situación de discapacidad, Chile 2004

Situación de discapacidad	Población	%
Sin discapacidad	13.930.801	87,1
Con discapacidad	2.068.072	12,9
Discapacidad leve	1.150.133	7,2
Discapacidad moderada	513.997	3,2
Discapacidad severa	403.942	2,5
Total	15.998.873	100,0

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

El mismo estudio mostró que el 35% de los hogares del país tenían al menos una persona con discapacidad, lo que equivalía 1 de cada 3 hogares (Cuadro 5). Las regiones de mayor prevalencia a nivel de hogar fueron la I, VII y IX, superando el 42% de los hogares.

Cuadro 5: Hogares según situación de discapacidad, Chile 2004

Situación de discapacidad	N° de hogares	%
Hogares sin discapacidad	2.932.049	65,4
Hogares con al menos 1 persona con discapacidad	1.549.342	34,6
Total	4.481.391	100,0

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

Del total, las personas con discapacidad se concentraban en las zonas urbanas (84%), y el 50% de ellas se ubicaban en las regiones Metropolitana y VIII. No obstante, la tasa de prevalencia⁵⁴ en las zonas rurales era de 16%, tres puntos más que la prevalencia nacional y urbana (Cuadro 6).

Cuadro 6: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según área de residencia, Chile 2004

Área	Personas en situación de discapacidad		Prevalencia discapacidad
	N°	%	%
Urbana	1.730.612	83,7	12,5
Rural	337.460	16,3	15,6
Total	2.068.072	100,0	12,9

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

Según la distribución por sexo, la ENDISC 2004 mostró que, del total de personas con discapacidad, 58% eran mujeres (Cuadro 7). Además, la prevalencia de la discapacidad en las mujeres era mayor que la prevalencia nacional (15% versus 13%), mientras que en los hombres era menor (11% versus 13%).

Cuadro 7: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo, Chile 2004

Sexo	Personas en situación de discapacidad		Prevalencia discapacidad
	N°	%	%
Hombres	863.496	41,8	10,9
Mujeres	1.204.576	58,2	14,9
Total	2.068.072	100,0	12,9

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

⁵³ FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005

⁵⁴ La tasa de prevalencia es una medida de frecuencia de la morbilidad que expresa la relación entre el número de personas afectadas por una condición o enfermedad, dividida por la población total, multiplicada por una constante

En cuanto a la distribución por edad, el mismo estudio encontró que la discapacidad tendía a concentrarse en las personas adultas y adultas mayores: el 94% de las personas con discapacidad tenía más de 15 años y 59% en edades económicamente activas (15 a 64 años) (Cuadro 8). En cuanto a la prevalencia según grupos de edad, esta era de 43% en el grupo de 65 o más años, lo que descendía a 12% en el grupo de 15 a 64 años y sólo a 3% en los menores de 15 años.

Cuadro 8: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según grupo de edad, Chile 2004

Grupo de edad	Personas en situación de discapacidad		Prevalencia discapacidad (%)
	N°	%	
0 - 14	117.453	5,7	3,2
15 - 64	1.225.308	59,2	11,5
65 y más	725.311	35,1	43,4
Total	2.068.072	100,0	12,9

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

Respecto de la distribución socioeconómica, la ENDISC 2004 mostró que el 40% de las personas con discapacidad se encuentra en una condición socioeconómica⁵⁵ baja, 55% media y solo 5% alta (Cuadro 9). La prevalencia es de 20% en la condición socioeconómica baja, mientras que de 10% en la condición no baja, es decir, la mitad. Esto muestra una fuerte asociación entre condiciones de vida y discapacidad, lo que expresa la importancia de la acción de los determinantes sociales de la salud⁵⁶. Esta asociación entre discapacidad y condición socioeconómica se expresa también en el impacto socioeconómico de la discapacidad: el 81% de las personas con discapacidad señaló que la discapacidad había afectado económicamente a su familia, en 51% del total este impacto era mucho y en 6% el impacto fue en extremo.

Cuadro 9: Personas en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según condición socioeconómica, Chile 2004

Condición socioeconómica	Personas en situación de discapacidad		Prevalencia discapacidad (%)
	N°	%	
Baja	817.158	39,5	20,0
Media	1.145.836	55,4	11,7
Media alta y alta	105.078	5,1	4,7
Total	2.068.072	100,0	12,9

Fuente: Elaboración del panel con base en FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.

Por su parte, el Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad (ENDISC II) fue realizado por el Servicio Nacional de la Discapacidad en el año 2015. Sus resultados no son comparables con el primero ni con cualquier otro estudio previo realizado en Chile⁵⁷.

Según la ENDISC II, el 20% de la población de 18 y más años a nivel nacional presenta algún grado de discapacidad (12% discapacidad leve a moderada y 8% discapacidad severa) (Cuadro 10). La discapacidad es mayor en las mujeres: 25% de ellas tiene algún grado de discapacidad versus 15% de los hombres.

⁵⁵ La ENDISC 2004 utiliza la variable "condición socioeconómica"

⁵⁶ Wilkinson, R., Marmot, M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Segunda edición. 2003.

⁵⁷ El informe de la ENDISC II señala que "El diseño de la encuesta y la metodología de medición de discapacidad aplicada en el II ENDISC se basaron en la Encuesta Modelo de Discapacidad (Model Disability Survey), proyecto liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial. Esta propuesta reconoce como principal referente conceptual a la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) e incorpora activamente el enfoque de derechos humanos, en línea con lo expresado por la Convención. Por sus características, la medición es diferente a mediciones realizadas con anterioridad, incluyendo el primer estudio nacional (realizado en 2004) y las mediciones realizadas a partir de la Encuesta Casen y el censo de población, entre otros instrumentos". SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016 (pág. 12).

Cuadro 10: 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.

Según la distribución por edad⁵⁸, como es de esperar la prevalencia aumenta a medida que aumenta la edad. Así, la mayor prevalencia se encuentra en las personas de 60 y más años, en los que la discapacidad alcanza el 38% de las personas en ese grupo de edad, seguidas de la población de 45 a 59 años, que presenta un 22% de personas con algún grado de discapacidad (Cuadro 11).

Cuadro 11: 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.

Respecto de la situación socioeconómica, la prevalencia aumenta a medida que disminuyen los ingresos. Así la prevalencia de discapacidad es de 26% en el primer quintil, 24% en el segundo, 20% en el tercero, 18% en el cuarto y de 12% en el quinto quintil (Cuadro 12).

En el mismo sentido, el ingreso promedio mensual por la ocupación principal de la población adulta es de \$435 mil en las personas sin discapacidad, mientras que en la personas con discapacidad leve a moderada desciende a \$304 mil y llega a \$270 mil mensuales en las personas con discapacidad severa. Esto refuerza la asociación entre discapacidad y estrato socioeconómico.

Cuadro 12: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad según quintil de ingreso autónomo del hogar, Chile 2015

Quintil	Sin discapacidad		En situación de discapacidad				Total	
			Leve a moderada		Severa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
I	1.835.355	74,5	312.238	12,7	316.534	12,8	2.464.127	100,0
II	2.055.584	75,6	354.660	13,1	307.456	11,3	2.717.700	100,0
III	2.224.399	80,3	342.008	12,4	202.462	7,3	2.768.869	100,0
IV	2.229.964	82,4	319.679	11,8	156.851	5,8	2.706.494	100,0
V	2.075.936	87,6	195.364	8,2	99.662	4,2	2.370.962	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.

Un dato relevante para este Informe es la condición de dependencia. La ENDISC II (2015) midió la "dependencia funcional", definiendo que se encuentran en esta condición aquellas personas que declaran tener dificultades extremas/imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, o que reciben ayuda con alta frecuencia (muchas veces o siempre). Bajo esta definición, se encontró que el 30% de las personas de 18 años y más presentan esta condición. En el total de personas con discapacidad, el 40% de las personas presentan la condición de dependencia funcional, es decir, aproximadamente un millón cincuenta mil personas adultas se encuentran en situación de discapacidad y dependen de otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria (Cuadro 13). Esa situación

⁵⁸ Las diferencias en los totales de población con discapacidad leve/moderada y severa entre los cuadros 10 y 11 - 12 no corresponden a errores de este informe, sino que corresponden a los datos oficiales publicados.

se eleva a 70% en las personas con dependencia severa. Esto muestra una asociación entre el grado de discapacidad y la situación de dependencia: a medida que aumenta la discapacidad también aumenta la dependencia funcional.

Cuadro 13: Personas de 18 años y más por situación de discapacidad y situación de dependencia funcional, Chile 2015

Situación de dependencia funcional	Sin discapacidad		En situación de discapacidad						Total	
			Leve a moderada		Severa		Total			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No dependiente	10.293.115	98,8	1.225.255	80,4	328.138	30,3	1.553.393	59,6	11.846.508	90,9
Dependiente	128.123	1,2	298.694	19,6	754.827	69,7	1.053.521	40,4	1.181.644	9,1
Total	10.421.238	100,0	1.523.949	100,0	1.082.965	100,0	2.606.914	100,0	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.

En cuanto a los menores de 18 años, la ENDISC II mostró que el 5,8% de la población de 2 a 17 años se encuentra en situación de discapacidad, porcentaje que es mayor en los hombres respecto de las mujeres (7.2% y 4.4% respectivamente, Cuadro 14).

Cuadro 14: Personas de 2 a 17 años en situación de discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo, Chile 2004

Sexo	Sin discapacidad		En situación de discapacidad		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hombres	1.872.606	92,8	144.208	7,2	2.016.814	100,0
Mujeres	1.860.675	95,6	85.696	4,4	1.946.371	100,0
Total	3.733.281	94,2	229.904	5,8	3.963.185	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.

Del total de niños, niñas y adolescentes con discapacidad (229.904), el 54.6% declaró tener algún trastorno mental o del comportamiento, lo que equivale a 124.604 personas.

Por otra parte, 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. Como es de esperar se trata de una actividad altamente feminizada, pues el 74% del total de cuidadores(as) son mujeres. La Encuesta Nacional de Dependencia de las Personas Mayores 2009 evidenció que los cuidadores son mayoritariamente hijas o esposas, dos tercios de ellas no han tomado vacaciones 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 su situación⁵⁹.

Por otra parte, en cuanto a las estadísticas del MINSAL referidas a la población con dependencia, según información entregada por el Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa para esta evaluación⁶⁰, a Junio de 2016 se registraban 116.715 personas con algún grado de dependencia⁶¹, bajo control en establecimientos de atención primaria. La población bajo control del programa ascendía a 42.663 personas. Además, se registraban 17.212 cuidadores que reciben un estipendio como parte del programa. De estos cuidadores, un 88 % correspondía a mujeres. Con respecto al parentesco de los cuidadores, los principales cuidadores corresponden a hijos(as) (39%), seguido de madres (22%) y cónyuges (14%).

⁵⁹ SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Santiago, 2010.

⁶⁰ 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.

⁶¹ Incluye dependencia leve, moderada y severa.

- Los sistemas de cuidado y el rol del cuidador(a)

Tradicionalmente los cuidados han sido entregados por los familiares de manera informal, con una participación mayoritaria de las mujeres como agentes encargadas del cuidado. Sin embargo, el cambio en la estructura y composición de las familias, como también la mayor incorporación de las mujeres al trabajo remunerado, plantearon la necesidad de institucionalizar sistemas de cuidado. Los países desarrollados han abordado esta necesidad implementando sistemas que incluyen servicios comunitarios que proveen actividades de cuidados personales. Estos cuidados han sido sistematizados en los llamados “cuidados de largo plazo”, los cuales, bajo distintas modalidades de servicios y financiamiento, han sido crecientemente desarrollados bajo la responsabilidad del Estado⁶².

El papel del Estado en la entrega de cuidados de largo plazo para las personas en situación de dependencia no ha estado exento de discusión. Básicamente se pueden distinguir dos posiciones. Por una parte están quienes sostienen que el cuidado es responsabilidad exclusiva de las familias y que el Estado solo debe intervenir en los casos de abandono o carencia de una familia que pueda asumir el cuidado; por la otra, quienes reconocen la participación de las familias, pero a la vez consideran que la sociedad tiene también la obligación de responder a esta demanda. Para quienes sostienen esta posición, el cuidado constituye un asunto de interés público, por lo que deben diseñarse políticas sociales para garantizar el cuidado de largo plazo a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su situación socioeconómica. Esto implica que el Estado debe jugar un rol activo para entregar apoyo a los cuidadores de la familia, en particular a las mujeres. Ambas posiciones se relacionan con dos sistemas de cuidado, los informales y los formales. Los primeros corresponden a aquellos que prestan familiares, amigos o vecinos y que implican un compromiso de cierta permanencia o duración. Estos cuidados implican apoyo económico, trabajo doméstico, cuidados personales y organización de un ambiente de cuidado. Por su parte, los cuidados formales corresponden a aquellos entregados por entidades públicas, pero también privadas que pueden tener o no fines de lucro. Comprenden una serie de servicios y centros que entregan cuidado (atención primaria, atención domiciliaria, residencias, centros de atención diurna y otros), como también diversas prestaciones (económicas y/o técnicas, tales como prestaciones profesionales, prótesis, adaptaciones del hogar y otros)⁶³.

Por otra parte, en cuanto al rol y situación de la persona que ejerce el rol de cuidador(a), según información entregada por el programa para esta evaluación⁶⁴, los cuidadores de las personas beneficiarias del programa muestran grados crecientes de sobrecarga, lo que se ha visto acentuado los últimos años. Esto se ratifica en algunas investigaciones realizadas en el país. Así, un estudio realizado en 40 cuidadores adscritos a un consultorio de Chillán, reveló que el 55% de ellos presentaba sobrecarga (medido por la Escala Zarit) y 55% depresión (medida por la Escala de Goldberg)⁶⁵. Otro estudio realizado en 67 cuidadores adscritos al programa en un CESFAM de la comuna de Valdivia encontró que más de la mitad de ellos tenían sobrecarga intensa⁶⁶. Por contraste, otro estudio realizado en 33 cuidadores adscritos a un CESFAM de la misma comuna encontró que el 80% de los cuidadores no tenía sobrecarga, pero se detectó un déficit en el autocuidado que estaba comenzando a afectar su salud⁶⁷. Además, otro estudio realizado en 151 cuidadores de personas con dependencia de la Región de Magallanes encontró una relación significativa entre la habilidad de cuidado y la sobrecarga del cuidador: a mayor habilidad de

⁶² SIS, MINSAL, MIDEPLAN. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo elaborado por Superintendencia de Salud (SIS), División de Estudios y Desarrollo; Ministerio de Salud (MINSAL); Departamento de Economía de la Salud; y Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), División de Planificación Regional. Santiago, 2008 (página 2)

⁶³ Troncoso, D. Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales. Tesis presentada para optar al título de Doctor. Universidad de Salamanca, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología y Comunicación. Salamanca, 2013.

⁶⁴ Información entregada por la Referente Técnico en reunión sostenida con el panel el 7 de marzo de 2017.

⁶⁵ 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.

⁶⁶ 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.

⁶⁷ 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.

cuidado menor es la sobrecarga del cuidador (medido por la Escala Zarit)⁶⁸. Todo esto sugiere que se deben atender las necesidades del cuidador, como un actor fundamental para la atención, protección y bienestar de la persona en situación de dependencia.

- **El Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa: análisis del problema y estrategia**

Problema y justificación

Según información entregada por el programa para esta evaluación⁶⁹, este consiste en una estrategia de atención de salud que incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento, centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

El panel considera que la opción del programa de incluir los 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 las necesidades de salud de las personas en situación de dependencia severa y su cuidador(a). 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 del estado de 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 terciario⁷⁰, en los casos en que sea necesario.

Por otra parte el hecho de considerar la articulación con la red intersectorial de servicios a nivel local, da cuenta de un enfoque de inclusión social, consistente con la CRPD y la Ley 20.244. En la medida en que esta articulación sea efectiva, puede convertirse en un importante factor para disminuir las barreras que limitan la participación e inclusión social de las personas en situación de dependencia. Además, la articulación con la red intersectorial supone proveer un conjunto de apoyos tendientes a disminuir el impacto socioeconómico que en la familia tiene el hecho de que uno de sus integrantes se encuentre en situación de dependencia severa. Por ello, a juicio del panel, la incorporación de la articulación de la red intersectorial es adecuada y pertinente.

Respecto de la persona que asume el cuidado de la persona en situación de dependencia severa, según información entregada por el programa para esta evaluación⁷¹, el programa se orienta a la evaluación y atención de la diada persona en situación de dependencia – cuidador. Considera que tanto la situación de dependencia severa, como la entrega permanente de apoyos y cuidados por parte de un tercero, influyen en el desarrollo de las etapas del ciclo vital individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias. Esto afecta la dinámica familiar y puede llevar a un deterioro de la salud de la persona en situación de dependencia, su cuidador(a) y su familia. Por ello, el programa establece que se debe considerar las dimensiones biomédica, mental, social y funcional y las necesidades de asistencia. También se debe tener presente las implicancias que los apoyos o cuidados han generado en la relación entre la persona en

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ 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.

⁷¹ 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.

situación de dependencia y su cuidador(a) (situación económica familiar, redes de apoyo, redes sociales), las necesidades de apoyo de la red de salud, comunitaria e intersectorial, y la presencia o ausencia de otras personas del núcleo familiar o del entorno comunitario u otras entidades que ejerzan actividades de cuidado o acompañamiento de la diada. Las intervenciones específicas destinadas al cuidador comprenden acciones para el cuidado y autocuidado de su salud, capacitación para el desempeño del rol, activación de la red asistencial en los casos necesarios (atención de salud en los distintos niveles) y entrega de estipendio a una parte de los cuidadores.

El panel considera que la orientación de abordar la diada persona en situación de dependencia-cuidador(a) es adecuada, pues por definición toda persona en situación de dependencia severa requiere de un cuidador(a) para desarrollar sus actividades básicas, como también para cuidar o mantener su estado de salud. Además, tal como se señaló, las estadísticas disponibles muestran que la gran mayoría de los cuidadores(as) de una persona en situación de dependencia residen en el mismo hogar de la persona, lo que implica la necesidad de considerar el grupo familiar. Por ello, el panel considera que la opción del programa por acompañar a las familias en el proceso de adaptación, superación y/o atención de un integrante en situación de dependencia tiene el potencial de afectar positivamente la situación de esta persona, como también la salud y bienestar general de la persona que ejerce el rol de cuidador(a). Esto debido a que comprende acciones específicas para el cuidador ya señaladas, como también la consideración de apoyos para la familia disponibles en la red del intersector, en los casos en que así se estime. Se debe destacar, no obstante, que no se consideran acciones específicas para la atención y tratamiento del síndrome de sobrecarga del cuidador, más allá de las intervenciones de contención y capacitación que puede dar el equipo de salud en las visitas domiciliarias. Esto ocurre porque el programa no contempla presupuesto para realizar intervenciones domiciliarias, incluida la salud mental. Por ejemplo, si el equipo de salud detecta que el cuidador necesita atención psicológica, activará la red para que el cuidador reciba la atención en el establecimiento de salud correspondiente. El panel estima que la no consideración de intervenciones domiciliarias para el cuidador dificulta el cumplimiento de los objetivos de apoyo al cuidador.

Por último, las estadísticas disponibles también muestran que la gran mayoría de los cuidadores(as) son mujeres. Esto implica la necesidad de incorporar un enfoque de género en las intervenciones dirigidas al cuidador, lo cual está ausente en la estrategia del programa. Es importante destacar que la necesidad de incluir un enfoque de género ha sido reconocida por el programa⁷².

A juicio del panel, la intervención del Estado para entregar una atención de salud integral a las personas en situación de dependencia severa se justifica por ser consistente con un enfoque de derechos humanos, que ha sido comprometido por Chile mediante la ratificación de la CRPD, como también con el compromiso de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, que fue asumido por al Chile al ratificar la Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. No obstante, se debe considerar que el programa no constituye, en rigor, una intervención con enfoque de derechos. Esto porque las políticas que pueden definirse propiamente con enfoque de derechos deben cumplir con cuatro principios, derivados del marco internacional de los derechos humanos: universalidad, igualdad y no discriminación (abarcan toda la población); exigibilidad; participación; e integralidad⁷³. 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.

Por otra parte, la intervención del Estado se justifica también por los costos y gastos futuros que la situación de dependencia implica para el país, las familias y los individuos, dados los considerables impactos económicos producidos tanto por los costos que implica el cuidado de una persona en situación

⁷² 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.

⁷³ La exigibilidad implica que las garantías deben tener respaldo jurídico, de modo que pueden ser exigidas por la ciudadanía, incluso por medios judiciales; la participación se refiere a que la política o programa debe ser formulada con participación de los afectados o la población a quienes se dirige; la integralidad remite aplicar un enfoque integral que considere la interdependencia de los derechos económicos, sociales y culturales, civiles y políticos, es decir, considere la multicausalidad. Véase: Cunill N. Las políticas con enfoque de derechos y su influencia en la institucionalidad pública. Reforma y Democracia 2010;46.

de dependencia, como por la disminución de los ingresos generados por la persona en situación de dependencia y su cuidador(a), con la consecuente disminución de los ingresos familiares en su conjunto. Por último, la intervención del Estado tiene también un fundamento de equidad, pues como se señaló tanto la discapacidad como la situación de dependencia no se distribuyen de manera homogénea en la población, sino que son los sectores de menores ingresos quienes presentan las mayores prevalencias y reciben por tanto los mayores impactos.

Población potencial y objetivo

Respecto de la definición de la población potencial, como se detalla en el capítulo I de esta evaluación, el programa define a su población potencial como aquella población que, estando en FONASA, tiene discapacidad severa y dependencia funcional según la Encuesta Nacional de Discapacidad ENDISC 2015 o es niño/a en situación de discapacidad y presenta necesidad de asistencia personal debido a su estado de salud. El panel considera que la definición de población potencial es adecuada para abordar el problema que se pretende solucionar. Además, la ENDISC 2015 constituye la única fuente de información actualizada que entrega una estimación sobre el total de población que presenta discapacidad severa.

En relación con la población objetivo, el programa la define 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, solicitando el ingreso al programa.

El panel estima que la definición de población objetivo es limitada en función del problema que se pretende abordar. Si bien la definición incluye a la población de la cual se tiene certeza que presenta el problema, pues ha recibido un diagnóstico por parte de los equipos de salud, ya sea mediante la aplicación del índice de Barthel o la evaluación de un médico, para recibir este diagnóstico el beneficiario tiene que ponerse en contacto con el programa, o ser derivado por un médico. Esto significa que se excluye un número muy significativo de personas que tienen dependencia severa, pero que no han sido diagnosticadas como tales por los equipos de salud, ya sea porque no han sido detectadas por dichos equipos, o porque desconocen la existencia del programa y por tanto no han solicitado su ingreso. Por ejemplo, para el año 2016 la población potencial es de 701 mil personas, mientras que la objetivo es de 42 mil (sólo 6%). Por otra parte, el programa carece de criterios de focalización, que sirvan a la definición de la población objetivo y, por tanto, sea útil para la identificación de los grupos para los cuales se diseñará la intervención.

Estrategia del programa

Con respecto de la vinculación con otras intervenciones y/o programas, según la información entregada por el programa para esta evaluación⁷⁴, el Programa de Gobierno 2014-2018 plantea como fundamental asegurar derechos a todos los chilenos y chilenas que, frente a vulnerabilidades ven dificultadas sus posibilidades de desarrollo e inclusión social. Por ello, se plantea como eje interministerial avanzar hacia la instalación de un Sistema Interministerial Nacional de Cuidados (SNAC) para las personas con Dependencia, entidad en la que el MINSAL surge como un actor importante del proceso. El panel estima que para el programa es positiva la creación de una instancia que pueda coordinar las distintas políticas orientadas al cuidado originado en distintas situaciones vitales, principalmente porque puede potenciar la articulación de la red intersectorial buscada por el programa.

Respecto de los cambios en la estrategia, según ha informado el programa⁷⁵, el diseño del programa ha contemplado dos cambios principales implementados a partir de 2017. El primero ha sido incorporar a la población objetivo a las personas en situación de dependencia severa con discapacidad psíquica. El panel considera que esta modificación es pertinente, puesto que la discapacidad no sólo comprende la

⁷⁴ Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.

⁷⁵ Reunión sostenida con el equipo del programa y representantes del MINSAL el 26 de enero de 2017.

dimensión física, sino también la psíquica o intelectual. El panel estima que esta incorporación requiere ser monitoreada y evaluada por el programa, incluyendo el registro de la población con discapacidad psíquica que ingresa al programa y las necesidades particulares que pueden surgir de este grupo de población, que por sus características pueden ser distintas de la población atendida hasta ahora.

El segundo cambio ha sido incorporar la aplicación de la escala de Zarit para evaluar sobrecarga del cuidador(a), a partir del año 2017, como una medida de evaluación de sus condiciones de salud e insumo para definir el "Plan de Cuidado del Cuidador". Según establece el programa⁷⁶, esta escala debe ser aplicada en la primera visita integral, a modo de evaluación. A juicio del panel, la incorporación de la aplicación de la Escala Zarit es adecuada, dada la evidencia respecto a la existencia de sobrecarga del cuidador y otros problemas de salud. Por ello, el panel estima que una aplicación adicional de la escala al término de un año constituye un indicador adecuado para evaluar la repercusión del programa en el bienestar del cuidador, medido por su nivel de sobrecarga percibido. Esta segunda aplicación no está considerada en el diseño actual del programa definido en la Resolución Exenta 1361. Además, tal como se señala en el Anexo 3, el momento adecuado para la aplicación de la escala puede variar, debido a que es altamente probable que si el cuidador está comenzando a desempeñar ese rol, el puntaje indique inexistencia de sobrecarga, lo que se explica por el tiempo desempeñando el rol y no por la carga que implica. El programa no ha considerado esta situación, por lo que no existen orientaciones para definir el momento de aplicación, más pertinente y válido, para alcanzar los objetivos del programa. Sin embargo, según información proporcionada por el programa⁷⁷, la mayoría de los cuidadores que ingresan al programa son antiguos, lo que entrega sentido a la aplicación en la primera visita integral. A juicio del panel, si bien la antigüedad puede ser una condición general de los cuidadores que ingresan el programa, se debiera considerar las situaciones en que esto no ocurre, incorporando la indicación de que, en estos casos, el equipo de salud evalúe la pertinencia de aplicar el instrumento en la primera visita integral, estableciendo la posibilidad de realizarse en la segunda visita integral.

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA

2. EFICACIA Y CALIDAD

2.1. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales (evaluación del cumplimiento de objetivos de propósito y fin).

El panel, con la participación del programa, propuso 8 indicadores a nivel de propósito para la Matriz de Marco Lógico. Se contó con información para cuantificar 2 de ellos, mientras que los 6 restantes no pudieron ser cuantificados (Tabla 4).

Tabla 4: Indicadores de eficacia a nivel de propósito y su cuantificación

Indicador a nivel de Propósito	Cuantificado
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

Fuente: Elaboración del panel

⁷⁶ 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.

⁷⁷ Reunión sostenida por el panel con la Referente Técnico el 22 de mayo de 2017

Respecto de los indicadores cuantificados, el Cuadro 15 presenta el indicador referido a la ausencia de escaras en los beneficiarios.

Cuadro 15: Indicador de ausencia de escaras, 2013-2016

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

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

Considerando que el propósito 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” el panel estima que el indicador de Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras no es suficiente para evaluar el cumplimiento del propósito. Si bien la ausencia de escaras es un indicador que da cuenta de una dimensión de la condición de salud, resulta insuficiente para evaluar la condición de salud en su conjunto. Además, es sabido que las personas con dependencia severa que en algún momento deben ser hospitalizadas, presentan alto riesgo de aumentar las escaras. Por lo tanto, el aumento o disminución de las escaras no es un buen indicador de eficacia. Con todo, los porcentajes de personas con dependencia severa sin escaras son altos, lo que es evaluado positivamente por el panel. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que están por debajo de la meta, lo que puede explicarse, en parte, por la razón ya señalada.

Considerando que no es posible evaluar el cumplimiento del propósito, tampoco es posible conocer la contribución del programa al logro del 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”).

2.2. Eficacia a nivel de Componentes (producción de bienes o servicios)

El panel, con la participación del programa, propuso 10 indicadores a nivel de componente para la Matriz de Marco Lógico. Se contó con información para cuantificar 4 de ellos, mientras que los 6 restantes no pudieron ser cuantificados (Tabla 5).

Tabla 5: Indicadores de eficacia a nivel de componente y su cuantificación

Subcomponente	Indicador	Cuantificado
Sub componente 1	1. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	Sí
	2. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	Sí
	3. Calidad- Resultado Final: N° de cuidador/a que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria	No
	4. Eficiencia/Producto: Gasto total Subcomponente 1 por beneficiario	No
Sub componente 2	5. Eficacia- Resultado Intermedio: Porcentaje de cuidadoras(es) capacitadas(os) ⁷⁸	Sí
	6. 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 ⁷⁹
	7. Eficacia- Proceso: Porcentaje de cuidadoras(es) con dependencia severa que, durante un año, recibe atención integral ⁸⁰	No

⁷⁸ 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.

⁷⁹ No se ha cuantificado porque la aplicación de la Escala Zarit a los cuidadores se introdujo en 2017

⁸⁰ 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

	8. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de Cuidadores que reciben estipendio	Sí
	9. Eficiencia-Producto: Gasto total Subcomponente 2 por cuidador beneficiario	No
Sub componente 3	10. Eficacia-Producto: Porcentaje de personas con dependencia severa que accede a la red intersectorial de servicios para personas con dependencia severa y sus cuidadoras	No

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

El Cuadro 16 muestra los indicadores cuantificados a nivel de los subcomponentes 1 y 2:

Cuadro 16: Indicadores de eficacia cuantificados a nivel de subcomponente 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 Cuidadores capacitados	(N° de cuidadores 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 ⁸¹	(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.

En relación con la cuantificación de los indicadores: 1) Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa beneficiarias del programa (5,93; 4,95; 6,46; 6,72); y 2) Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa beneficiarias del programa (11,91; 11,07; 11,12; 12,52), ambos exhiben cifras por sobre las metas esperadas: 2 visitas de atención integral y 6 visitas de tratamiento y seguimiento. El rendimiento observado va en aumento y se evalúa positivamente. No obstante, no se cuenta con información para analizar cómo se distribuye entre los beneficiarios la frecuencia de visitas. Según información entregada por el programa⁸², el número de visitas puede variar de manera importante entre los beneficiarios, pues depende del estado de salud y necesidades particulares de cada beneficiario (por ejemplo, beneficiarios que necesitan una mayor cantidad de curaciones, atención de problemas respiratorios, u otros). A juicio del panel, esta variación es esperable por las mismas razones que entrega el programa.

Si bien los promedios observados, tanto de atenciones integrales como de seguimiento y tratamiento son superiores a lo esperado, no dan cuenta de la mantención ni mejoría de la condición de salud de los

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.

⁸¹ Por problemas de registro, no se cuenta con información para los años 2013 y 2014.

⁸² Información entregada en reunión del panel con la Referente Técnico del programa, 22 de mayo de 2017.

beneficiarios. Por otra parte, la definición del número de visitas mínimas ha sido arbitraria y no se basa en la evidencia, por lo que no es posible señalar si pudiesen ser un proxy de la condición de salud esperada. Por ello, el panel está imposibilitado de evaluar si la producción del componente es suficiente o no para lograr el propósito.

En cuanto a la capacitación de los cuidadores, se aprecia un porcentaje aproximado del 60% en el periodo evaluado. Esto resulta insuficiente para el logro de la eficacia a nivel de componente y se encuentra bastante alejado de la meta definida por el programa (100% de los cuidadores capacitados). Por otra parte, el porcentaje de cuidadores que reciben estipendio en 2015 y 2016 corresponde al 51,2% y 41,7%, respectivamente. Estas cifras están bastante alejadas de la meta fijada por el programa (100%). A juicio del panel es insuficiente para el logro del componente.

Finalmente, el subcomponente 3 (Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias) no tiene indicadores cuantificados.

En base a lo expuesto, se concluye que no es posible evaluar el desempeño del programa.

2.3. Cobertura y focalización del programa

El Cuadro 17 muestra los beneficiarios efectivos del programa que, según la definición población objetivo, son equivalentes. Esto es, la población bajo control correspondiente a las 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 o, en el caso de 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 su situación de dependencia en el instrumento Barthel, y cuentan con un certificado emitido por el médico del establecimiento, que valida la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, y solicita por lo tanto el ingreso al programa.

Cuadro 17: Número de beneficiarios efectivos, 2013-2016

Año	Beneficiarios Efectivos
2013	35.315
2014	38.884
2015	41.023
2016	42.663
% Variación 2013-2016	20,81%

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

Entendiendo que el o los criterios de focalización corresponden a las condiciones o características que deben cumplir los beneficiarios potenciales (población potencial), para ser considerados como parte de la población objetivo del programa⁸³, en este programa la población objetivo es igual a la beneficiaria, considerando la definición señalada en el párrafo anterior.

Dado que la población objetivo es la misma que la población beneficiaria, la cobertura alcanzada es del 100% para el período de evaluación (Cuadro 18). 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 entre 2013 y 2016 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.

⁸³ Dipres. Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías. Santiago: División de Control de Gestión. 2015.

Cuadro 18: Cobertura del programa, 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

La distribución por sexo de la población atendida se muestra en el Cuadro 19. Se observa que las mujeres representan aproximadamente el 61% del total de beneficiarios durante el período evaluado, en tanto los hombres corresponden al 39%.

Cuadro 19: 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

Al observar la variación porcentual de los beneficiarios por región (Cuadro 20), se aprecia una gran variabilidad entre ellas. La Región de Los Ríos presenta una disminución de -5,5% en el período, mientras que, en el otro extremo, la Región de Antofagasta presenta la mayor alza, con un 54,8%. Si bien la mayoría de las regiones (13 de 15) tienden al alza, esos aumentos son dispares entre las regiones, dado que la distribución de la población bajo control depende de la demanda que tengan los establecimientos de APS.

Cuadro 20: Distribución por Región de la población atendida 2013-2016

Región	2014	2016	2015	2016	Variación %
De Arica y Parinacota	364	384	435	466	28,0%
De Tarapacá	442	511	508	582	31,7%
De Antofagasta	659	935	829	1.020	54,8%
De Atacama	265	243	254	313	18,1%
De Coquimbo	1.520	1.762	1.725	1.901	25,1%
De Valparaíso	3.378	3.242	3.155	4.118	21,9%
Metropolitana De Santiago	11.764	13.257	14.669	14.847	26,2%
Del Libertador B. O'Higgins	1.763	2.144	2.447	2.282	29,4%
Del Maule	2.059	2.298	2.674	2.776	34,8%
Del Biobío	5.896	6.411	6.896	6.800	15,3%
De La Araucanía	3.035	3.342	3.292	3.400	12,0%
De Los Ríos	1.059	1.023	921	1.001	-5,5%
De Los Lagos	2.668	2.831	2.771	2.626	-1,6%
De Aisén del General Carlos Ibañez del Campo	164	190	170	224	36,6%
De Magallanes y de La Antártica chilena	279	311	277	307	10,0%
Total país	35.315	38.884	41.023	42.663	20,8%

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

A juicio del panel, el criterio de focalización del programa, esto es: *puntaje Barthel de 35 puntos o menos y criterio médico para el caso de niñas y niños menores de 6 años de edad y/o personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual*, corresponde más bien a un instrumento para validar la condición de dependencia severa. Así entendidos, los instrumentos son adecuados. Sin embargo, su aplicación implica excluir 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.

En conclusión, el programa tiene una adecuada definición de población potencial y adecuados instrumentos para seleccionar la población beneficiaria, pero carece de una adecuada definición de la población objetivo.

2.4. 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 de los servicios.

3. ECONOMÍA

3.1. Fuentes y uso de recursos financieros

El programa tiene tres fuentes de financiamiento principales, consistentes en recursos: 1) asignados directamente al programa para ejecución a través de los establecimientos de atención primaria dependiente de los Servicios de Salud: financia visita domiciliaria integral 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 2017⁸⁴; 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.

Los recursos provenientes de las dos primeras fuentes de financiamiento son asignados directamente al programa a través de la Ley de Presupuestos. En cambio, los recursos asignados a través del Sistema per Cápita no cuentan con información sobre presupuesto (ni tampoco sobre gasto devengado). En el Sistema per Cápita, el Estado entrega recursos directamente a los municipios para que atiendan las necesidades de atención primaria de la población beneficiaria de la comuna. Esos recursos financian una canasta amplia de prestaciones (un total de 103) en el ámbito de la atención primaria de salud, una de las cuales es la atención domiciliaria, dentro de la cual se encuentra la atención domiciliaria para personas con dependencia severa que es ofrecida por el programa. Una consecuencia de lo anterior es que el programa evaluado no tiene presupuesto asignado específicamente para las prestaciones entregadas por establecimientos municipales, que es justamente la modalidad con la que se gasta una parte relevante de los recursos destinados a atención domiciliaria de personas con dependencia severa. Adicionalmente, los Servicios de Salud tienen la responsabilidad de evaluar el Programa de Atención Primaria de Salud según el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS). Este índice se construye a partir de un conjunto de indicadores agrupados en cuatro secciones (De estrategias de redes integradas de servicios de salud; De producción; De cobertura efectiva; y De impacto). 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.

No obstante lo anterior, es importante tener una estimación de los recursos disponibles bajo esta modalidad, para contar con una aproximación a los recursos totales que utiliza el programa. Por lo mismo, hemos estimado el gasto⁸⁵ bajo esta modalidad, utilizando la siguiente metodología:

1. El supuesto central es que el gasto promedio por beneficiario del subcomponente 1 (población bajo control) en 2013 es el mismo, tanto en establecimientos dependientes de los municipios como en aquellos que dependen de los Servicios de Salud. Adicionalmente, se supone que ese gasto promedio se mantiene constante en los establecimientos con dependencia municipal.

⁸⁴ Entre los años 2013 a 2015 los recursos para el pago de estipendio fueron asignados directamente al programa evaluado, y a partir de 2016 esos recursos son asignados a MIDESO. Este pago no constituirá renta ni será imponible para ningún efecto, y se podrá transferir por vía electrónica. Para estos efectos se suscribirá un convenio de transferencia entre el Ministerio de Desarrollo Social con el Instituto de Previsión Social, institución que tendrá que rendir periódicamente los pagos realizados. Por lo tanto, los recursos van directamente a los beneficiarios desde el IPS.

⁸⁵ El programa tampoco cuenta con cifras de gasto devengado de las prestaciones del subcomponente 1 en los establecimientos con dependencia municipal.

2. Se calcula el gasto promedio por beneficiario en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Esto es, se divide el gasto devengado en el subcomponente 1 por la población bajo control en 2013 en los establecimientos correspondientes. El resultado obtenido es M\$ 136,5.
3. Se multiplica en cada año M\$ 136,5 por la cantidad de beneficiarios (población bajo control) en los establecimientos dependiente de los municipios.
4. Las cifras se llevan a pesos de 2017 utilizando los factores proporcionados en el Anexo 5.

Adicionalmente, se estimaron los gastos de administración necesarios para el funcionamiento del programa, los cuales son financiados con recursos de los Servicios de Salud y de las Municipalidades⁸⁶.

La estimación de los recursos que el programa obtiene a través del sistema per cápita más los gastos de administración se presentan en la línea 1.3 Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas del Cuadro 21.

Respecto de los recursos asignados directamente al programa, primero se tiene la asignación específica al programa, cuyo monto ha sido establecido en la Ley de Presupuestos de cada uno de los años de la evaluación. Esos recursos financiaron visitas domiciliarias y pago de estipendio a cuidadores entre 2013 y 2015. A partir del año 2016 solo financia visitas domiciliarias, mientras que el estipendio es gestionado por MIDESO. Por lo tanto, en 2016 y 2017 el programa se financia también con presupuesto proveniente de MIDESO.

Para efectos de la evaluación se considera al Programa de Atención Primaria de Salud como la Institución Responsable, ya que las prestaciones entregadas por el programa a sus beneficiarios corresponden a ese nivel de atención.

El cuadro 21 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 M\$ 15.886.958 a M\$ 16.354.607.

Cuadro 21: Fuentes de Financiamiento del programa 2013-2017 (Miles de \$ 2017)

Fuentes de Financiamiento	2013		2014		2015		2016		2017		Variación 2013-2017
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Presupuestarias	15.886.958	100	16.011.456	100	15.925.166	100	16.354.607	100	8.331.514	100	2,9% (2013-2016)
1.1. Asignación específica al programa	8.258.325	52	8.147.353	51	8.042.076	50	8.331.244	51	8.331.514	100	0,9%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1.3. Sistema Per Cápita de APS + Gastos de Administración (estimaciones)	7.628.633	48	7.864.102	49	7.883.090	50	8.023.363	49	N.D.	ND	5% (2013-2016)
2. Extrapresupuestarias											
Total	15.886.958	100	16.011.456	100	15.925.166	100	16.354.607	100	8.331.514	100	2,9% (2013-2016)

Fuente: Anexo 5 entregado por el programa y Ley de presupuesto de cada año.

Los recursos presupuestarios asignados directamente al programa aumentan 0,9% en el período 2013-2017, mientras que los del Programa de Atención Primaria de Salud lo hacen en 35%. Como consecuencia, la participación del presupuesto total del programa en relación con el de la institución responsable disminuye de 0,73% a 0,55% en el período 2013-2017.

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 incremento podría ser mayor aún si aumenta la cobertura del programa, considerando su bajo nivel de cobertura. Por lo tanto, el

⁸⁶ La metodología para estimar los gastos de administración se presenta en la sección Eficiencia.

panel considera que el crecimiento de los recursos del programa es insuficiente para satisfacer las necesidades de su población objetivo.

El Cuadro 22 presenta el gasto devengado respecto de la asignación específica al programa y el gasto total del mismo. Se puede observar que tanto el gasto devengado de la asignación al programa como el gasto total del programa disminuyeron durante el período de análisis. El gasto total del programa se redujo en M\$ 325.112 en el período 2013-2016, lo cual equivale a 2%. Por otro lado, el gasto devengado del presupuesto asignado al programa disminuye M\$ 973.464 en el mismo período, lo cual equivale al 12%. Es preciso tomar estas cifras con cautela, ya que la mayoría del gasto devengado corresponde a transferencias, con gasto que se devenga al momento de efectuar la transferencia. Sin embargo, el gasto efectivo en los subcomponentes del programa se realiza en los establecimientos de atención primaria, cifras que no son conocidas por los gestores del programa. El panel considera que esta es una deficiencia importante en la gestión de los recursos financieros del programa.

Cuadro 22: Gasto Total del programa 2013-2017 (Miles de \$ 2017)

Año	Gasto Devengado del Presupuesto Asignado al Programa	Gasto Total del Programa
2013	8.256.657	15.885.290
2014	8.122.953	15.987.054
2015	8.028.789	15.911.879
2016	7.283.193	15.560.178
Variación 2013-2016	-973.464 (-12%)	-325.112 (-2%)

Fuente: Anexo 5 entregado por el programa.

El desglose del gasto devengado por subtítulo presupuestario es presentado en el Cuadro 23. Se observa un comportamiento muy estable de los diferentes tipos de gasto (Personal, Bienes y Servicios de Consumo más Transferencias), con diferencias máximas menores a un 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 que corresponden, en promedio, a 91,7% del gasto total.

Cuadro 23: Desglose del Gasto Devengado en Personal, Bienes y Servicios de Consumo, Inversión y otros 2013-2017 (Miles de \$ 2017)

Bienes y servicios	2013		2014		2015		2016		Variación 2013-2016
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Personal	110.594	1,3	109.110	1,3	107.698	1,3	110.622	1,5	28
2. Bienes y Servicios de Consumo	586.477	7,1	567.555	7,0	571.018	7,1	474.743	6,5	-111.734
3. Inversión									
4. Transferencias: financia estipendio	7.559.586	91,6	7.446.288	91,7	7.350.073	91,5	6.697.827	92	-861.759
Total Gasto Devengado	8.256.657	100	8.122.953	100	8.028.789	100	7.283.193	100	-973.464

Fuente: Anexo 5 entregado por el programa

La información disponible no permite obtener el gasto en la producción del subcomponente 1. Al comienzo de esta sección se presentó una estimación que permite una aproximación a los recursos totales a disposición del programa, pero no permite una estimación razonable del gasto en este subcomponente. Por otro lado, la transferencia que aparece en el Cuadro 22 corresponde al gasto en el estipendio y, por lo tanto, corresponde a una medida del gasto en el subcomponente 2. Este gasto, disminuye 10% en el período analizado. Sin embargo, la disminución es causada por una sub-ejecución, a nuestro juicio transitoria, ya que el reglamento que autorizaba el pago del estipendio recién se aprobó en diciembre de 2016. Como consecuencia de lo anterior, no se pudo reponer los estipendios que se extinguían. La estimación de MIDESO es que a partir de este año este subsidio se ejecutará 100%. Independiente de los factores coyunturales de 2016, se observa que el pago de estipendio crece muy lentamente, dejando un porcentaje importante de cuidadores sin acceso a este. El panel evalúa negativamente que el estipendio no cuente con mayores recursos que le permita acceder a un porcentaje creciente de los cuidadores. Por otra parte, no existe información disponible sobre gasto en el subcomponente 3.

3.2. Ejecución presupuestaria del programa

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, las cifras presentadas en el Cuadro 24, que muestran una ejecución de casi 100% en cada uno de los años evaluados, no da cuenta de la ejecución real del programa, información que es desconocida por quienes lo gestionan en el nivel central. La excepción es el año 2016, en que el pago del estipendio fue traspasado al MIDESO y, que por razones administrativas (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), tuvo una ejecución menor a 90%. Se estima, sin embargo, que esta situación es transitoria y en los próximos períodos la ejecución debería ser cercana a 100%.

Cuadro 24: 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	8.361.244	7.283.193	87,4

Fuente: Anexo 5 entregado por el 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 definición de correcciones en el caso que fuera necesario, lo que además dificulta 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 gasto devengado de los recursos asignados a través del Sistema Per Cápita.

3.3. Aportes de Terceros

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, cuya magnitud que no es posible cuantificar en el marco de esta evaluación.

3.4. Recuperación de Gastos

El programa no tiene una política ni gestiona recuperación de gastos. El panel evalúa estas definiciones 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 disminuyera aún más.

4. 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 de 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.

Tal como se señala en la sección Economía, la información sobre gasto devengado en el subcomponente 1 está solo disponible para los recursos asignados a través de los Servicios de Salud. Se realizó una estimación del gasto del programa para aquella parte en la que las prestaciones son proporcionadas por establecimientos municipales, pero solo con el objetivo de tener una aproximación al gasto total. Esas cifras no son pertinentes para evaluar la eficiencia de las prestaciones de esos establecimientos, ya que recordemos que el supuesto básico de esa estimación es que el gasto promedio por beneficiario en establecimientos dependientes de los servicios de salud en el año 2013 es el mismo que en

establecimientos con dependencia municipal. El panel considera que analizar eficiencia utilizando esa estimación de gasto no es válido.

4.1. A nivel de resultados intermedios y finales

El programa no cuenta con indicadores de resultados finales cuantificados y, por lo tanto, no es posible analizar eficiencia de resultados finales.

Por otro lado, el único indicador de resultado intermedio es el porcentaje de población bajo control sin escaras. Por lo tanto, en principio es posible analizar la eficiencia en la prevención de escaras⁸⁷ en establecimientos dependientes de servicios de salud (SS). Se solicitó al programa las cifras de población bajo control con y sin escaras desagregada por dependencia. Las cifras proporcionadas son las siguientes:

Cuadro 25: Gasto por beneficiario de establecimientos dependientes de Servicios de Salud sin escaras (Miles de \$ 2017)

Año	Población bajo control (SS) (a)	Población bajo control con escaras SS (b)	Población bajo control total con escaras (según REM) ⁸⁸
2013	4.387	357	3.354
2014	8.948	4.882	3.858
2015	9.986	878	3.879
2016	5.255	535	4.606

Fuente: Información proporcionada por el programa.

Las columnas dos y tres muestran la población bajo control y la población bajo control con escaras. Las cifras de población bajo control tienen una variabilidad muy alta y la población bajo control con escaras una variabilidad mayor aún. Estas cifras, que fueron obtenidas de la plataforma de monitoreo de los indicadores de la red asistencial, son además inconsistentes con las obtenidas de la base de datos REM. Por ejemplo, en 2014 el número de pacientes con escaras atendidos por establecimientos dependientes de servicios (4.882) es mayor que el número total de pacientes con escaras según REM (3.858)⁸⁹. Las cifras proporcionadas no son validadas por este panel y, en consecuencia, no es posible evaluar eficiencia de resultados intermedios. Se observaron importantes 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.

4.2. A nivel de actividades y/o componentes. Relaciona gastos con productos

A continuación, se presenta una aproximación al análisis de eficiencia del programa a nivel de beneficiarios, teniendo presente las importantes limitaciones de la información sobre gasto y producción.

Tal como se señala en la sección Economía, el panel estimó el 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, separado en gastos en producción de los componentes y gastos de administración y, por lo tanto, calcular el gasto total por beneficiario (población bajo control).

El Cuadro 26 muestra el gasto en componentes y total del programa por beneficiario. Se puede observar que cada uno de estos indicadores disminuye durante el período de evaluación, lo cual es consecuencia lógica de que los recursos totales del programa crecen 2,9% durante el período de evaluación, mientras

⁸⁷ Por supuesto, teniendo claro que la prevalencia de escaras depende también de otros factores parcialmente o fuera del control del programa.

⁸⁸ Cifras proporcionadas en documento "Evaluación del Programa de Atención Integral para Personas con Dependencia Severa en APS Año 2016".

⁸⁹ Se verificó con el programa que las cifras registradas en la plataforma son efectivamente las que aparecen en las columnas 2 y 3.

que los beneficiarios lo hacen a un porcentaje mayor. En pesos, el gasto anual por beneficiario disminuye de M\$450 a M\$365 en el período evaluado.

Cuadro 26: Gasto Total Componentes por Beneficiario y Total Programa por Beneficiario 2012-2015
(miles de \$ 2017)

Año	Gasto Total Producción Componentes por Beneficiario	Gasto Administración por Beneficiario	Gasto Total Programa por Beneficiario
2013	373	77	450
2014	341	70	411
2015	321	67	388
2016	293	72	365
Variación 2013-2016	-80	-5	-85

Fuente: Anexo 5 entregado por el programa y cálculos propios.

Por otro lado, MIDESO contrató en 2016 un estudio⁹⁰ con el objetivo de cuantificar los costos reales de servicios sociales de apoyo y cuidados a personas dependientes⁹¹ (lo que incluye visitas domiciliarias), como también determinar cómo varían estos costos cuando se cambia la calidad de las prestaciones. La calidad fue medida en función la dedicación del personal profesional y técnico, y los gastos en insumos por beneficiario, lo que implica que 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 sus costos no son comparables con el estudio de MIDESO. Sin embargo, se puede observar que el gasto por beneficiario del programa corresponde al 25% del costo estimado en el estudio de MIDESO para una prestación con calidad en la mediana. Si consideramos que casi la mitad del gasto por beneficiario del programa corresponde al pago de estipendio, la diferencia es aún mayor.

Con la información disponible no es posible concluir si la reducción en el gasto por beneficiario presentado en el Cuadro 26 refleja una ganancia en eficiencia, o una disminución en la calidad de las prestaciones. La información disponible no permite evaluar la eficiencia en la entrega de los componentes del programa. Sin embargo, los resultados sugieren que la cantidad de recursos disponibles por beneficiario son insuficientes para proporcionar una atención con estándares adecuados de calidad⁹².

No es posible analizar la eficiencia en la provisión de los subcomponentes 1 y 3. El primero por las razones ya señaladas y el segundo debido a que el programa no tiene información sobre indicadores ni tampoco sobre gasto.

A continuación, se presenta el gasto promedio en estipendio por cuidador.

⁹⁰ Zagreb Consultores Limitada (2016). Costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes, Informe final. Estudio contratado por MIDESO.

⁹¹ La información básica para las estimaciones fue obtenida de alrededor de 70 instituciones públicas y privadas que prestan servicios sociales de apoyos y cuidados.

⁹² Esta conclusión es reforzada con las visitas a los CESFAM de las comunas de Peñalolén y Paine, donde se señala que no disponen de personal ni insumos suficientes para prestar una atención de mediana calidad. Por ejemplo, en Paine no cuentan con los servicios de un kinesiólogo para visita domiciliaria.

Cuadro 27: Gasto promedio en estipendio por cuidador 2013-2016 (miles de \$ 2017)

Año	Gasto en estipendio	Número de cuidadores	Gasto promedio
2013	7.559.586	35315	214
2014	7.446.288	38884	192
2015	7.350.073	41023	179
2016 ⁹³	6.697.827	42663	157

Fuente: Anexo 5.

El gasto en estipendio por cuidador disminuye sostenidamente en el período 2013-2016, cayendo 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.

4.3. Gastos de Administración

A continuación, se presenta una estimación de los gastos de administración⁹⁴ del programa para cada uno de los años de la evaluación, así como su participación en el gasto total⁹⁵. La metodología utilizada para estimar los gastos de administración del año 2016 fue replicada para obtener las cifras de los años 2013, 2014 y 2015.

El gasto de administración, así como su participación en el gasto total del programa se presentan en el Cuadro 28.

Cuadro 28: Gastos de Administración del programa 2013-2016 (miles de \$ 2017)

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del programa	% (Gastos Adm / Gasto Total del programa)*100
2013	2.722.338	13.162.952	17,14%
2014	2.737.944	13.249.110	17,13%
2015	2.754.993	13.156.887	17,31%
2016 ⁹⁶	3.061.595	12.498.583	19,68%

Fuente: Anexo 5.

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 en cada Servicio de Salud, más dos referentes técnicos a nivel central. El panel considera que los gastos de administración son relativamente altos ya que, según su experiencia, los gastos en administración de programas de este tipo alcanzan normalmente alrededor del 10%. La razón principal del costo relativamente alto es que el programa se ejecuta en forma descentralizada en cada Municipalidad, por lo que en cada una de ellas se debe tener un 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.

⁹³ El gasto de administración del año 2016 incluye el gasto de administración efectivo de MIDESO en la gestión del estipendio.

⁹⁴ La estimación fue elaborada considerando 1 funcionario (referente) dedicado a la gestión del programa en cada uno de los Servicios de Salud (29) y en cada uno de los establecimientos atención primaria de salud (1.748) más dos referentes del MINSAL. Los referentes del MINSAL corresponden a un profesional encargado de la gestión financiera del programa y una profesional encargada de la gestión técnica del programa, esto es: escribir orientaciones técnicas y programáticas del programa, monitorear y evaluar el cumplimiento del programa, entre otras tareas. Para cada uno de los funcionarios se estimó la cantidad de horas mensuales promedio que dedican al programa. A continuación se determinó la remuneración por hora para un referente promedio y, finalmente, con todos esos insumos se obtuvo la estimación del gasto de administración del programa para el año 2016.

⁹⁵ El detalle con la metodología y las cifras se puede revisar al final del Anexo 5.

⁹⁶ El gasto de administración del año 2016 incluye el gasto de administración efectivo de MIDESO en la gestión del estipendio.

III. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL

El programa aborda 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. La intervención del Estado se justifica por los compromisos adquiridos por Chile al ratificar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD) en 2008, como también por el compromiso de respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud, asumido en 1972 mediante la ratificación de la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. También se justifica por los costos y gastos futuros que la situación de dependencia implica para el país, las familias y los individuos, dados los impactos económicos producidos por los costos que implica el cuidado y la disminución de los ingresos familiares en su conjunto. Por último, la intervención del Estado tiene un fundamento de equidad, pues tanto la discapacidad como la dependencia tienen mayor prevalencia en los sectores de menores ingresos.

Estrategia

La estrategia del programa incorpora aspectos de promoción, prevención, curativo, seguimiento y acompañamiento de la persona en situación de dependencia severa y su cuidador(a). Esto resulta adecuado, ya que es 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 del estado de 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 terciario.

El hecho de considerar la articulación con la red intersectorial de servicios a nivel local, da cuenta de un enfoque tendiente a la inclusión social de las personas en situación de discapacidad en todos los sectores de la sociedad. Esto es consistente con la CRPD y la Ley 20.244 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, promulgada en 2010.

La consideración de la díada persona en situación de dependencia-cuidador(a) es adecuada, pues por definición toda persona en situación de dependencia severa requiere de un cuidador(a) para desarrollar sus actividades básicas, y cuidar o mantener su salud. Lo mismo puede señalarse respecto del acompañamiento al grupo familiar como un todo y la activación de los apoyos disponibles en la oferta pública sectorial, para los casos en que el equipo de salud detecte la necesidad.

Respecto de los cambios en la estrategia, la incorporación de la discapacidad psíquica desde 2017 es pertinente. Esta incorporación requiere ser monitoreada y evaluada por el programa, precisando los requerimientos de atención y apoyos específicos que pudiera necesitar esta población y la manera en que son abordados por el programa.

También se considera positiva la incorporación, desde 2017, de la aplicación de la Escala Zarit para medir sobrecarga del cuidador y constituir un insumo para definir el Plan de Cuidado del Cuidador. Sin embargo, el programa define una aplicación uniforme en la primera visita integral, sin considerar las distintas situaciones iniciales de los cuidadores (cuidador nuevo/antiguo), lo que incide en la sobrecarga. Además, no se contempla una segunda intervención, la que se considera necesaria para evaluar la repercusión del programa en la sobrecarga del cuidador(a).

La situación de dependencia severa afecta en mayor proporción a las mujeres, y los cuidadores(as) son en su mayoría mujeres (88% de los cuidadores(as) beneficiarios del programa que reciben estipendio). Sin embargo, el programa no ha definido un enfoque de género, lo que se evalúa en forma negativa. La ausencia de enfoque de género y la necesidad de desarrollarlo es reconocida por el programa.

Para el subcomponente 2: *Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador/a de la persona con dependencia severa*, resulta insuficiente la sola prevención del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador,

pues debe suponerse que, en muchos casos, es posible la existencia del síndrome sobre cual ya no se previno, sino que corresponde tratarsele.

Para el subcomponente 3: *Participación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias*, no queda claro cómo se logrará que la díada se articule o entre en relación de manera regular y concreta con actores o elementos de la red local (Organizaciones sociales e institucionales).

En conclusión, el programa tiene una adecuada definición de población potencial y adecuados instrumentos para seleccionar la población beneficiaria, pero carece de una adecuada definición de la población objetivo. Esta definición implica excluir 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. Esto significa que se pone en el beneficiario potencial la responsabilidad de convertirse en un beneficiario efectivo, siendo un requisito básico que el programa sea conocido por la población potencial.

Eficacia

Respecto del análisis del cumplimiento del objetivo del programa, el conjunto de los dos indicadores cuantificados (porcentaje de personas con dependencia severa atendidas por el programa y porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras) no es suficiente para evaluar el cumplimiento del propósito. Por otra parte, 12 de los 18 indicadores de la matriz de Marco Lógico no pudieron ser medidos, porque la información no está disponible.

El rendimiento observado respecto de las visitas domiciliarias integrales (promedios: 2013=5,93; 2014=4,95; 2015=6,46; 2016=6,72) y las de tratamiento y de seguimiento (promedio: 2013=11,91; 2014=11,07; 2015=11,12; 2016=12,52) va en aumento, lo que se evalúa positivamente. Sin embargo, estos indicadores resultan insuficientes para evaluar logro de la eficacia a nivel de componente. A esto se suma la disminución de los porcentajes de capacitación a cuidadores, durante los tres últimos años del periodo evaluado. La cuantificación de los tres indicadores en su conjunto no permite al panel evaluar si la producción del componente es suficiente o no para lograr el propósito.

Gestión

La asignación específica al programa aumentó 0,9% durante el período 2013-2017, mientras que los recursos asignados al Programa de Atención Primaria de Salud, institución responsable, lo hicieron en 35%. En consecuencia, la participación del programa en el presupuesto total de la institución responsable disminuye de 0,73% a 0,55%.

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 requeridos.

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

1. El programa desconoce el presupuesto total disponible para su ejecución.
2. El programa es ejecutado de manera descentraliza en los establecimientos de atención primaria de salud, sin que información oportuna y relevante retorne 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 desconocen cuántos 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 importante en los recursos del programa. Estos son: a) Los recursos

han crecido 2,9% mientras que la población bajo control lo hizo en 21%. Por otro lado, existe una demanda latente que puede ser muy relevante si consideramos que la cobertura del programa es poco más de 5%; b) La demanda también debería por el aumento sostenido en la población adulto mayor; c) Se observa una disminución sostenida en el gasto en estipendio por cuidador, con una cobertura ligeramente superior a 50%; y d) No se cuenta con información sobre estándares de calidad del programa. Sin embargo, el estudio de MIDESO muestra que elevar estándares de calidad es muy costoso.

El programa carece de evaluación de calidad por parte de la población beneficiaria

El programa ha definido seis indicadores de evaluación, con sus correspondientes metas. Ninguna de estas metas ha sido justificada técnicamente y al menos dos de ellas (6 visitas de tratamiento/seguimiento y 60% de los cuidadores(as) con test de Zarit) son inconsistentes con las actividades esperadas. Esta carencia de fundamentos para la definición de las metas es evaluada en forma negativa por el panel.

Los seis indicadores de evaluación no forman parte de un sistema mayor de monitoreo y evaluación. La información que se registra actualmente en el REM sólo permite cuantificar 5 de los 17 indicadores considerados en la matriz de marco lógico propuesta en esta evaluación. Todas estas cuestiones son evaluadas en forma negativa por el panel, pues se concluye que el programa carece de un sistema de monitoreo que incluya el análisis de la información para retroalimentar la toma de decisiones en cuestiones como ajustar prioridades, asignar recursos, establecer criterios de focalización o su mejora, planificación, desempeño, entre otras.

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 en su gestión asociadas a los problemas detectados en la presente evaluación.

2. 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 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.

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.

3. Incorporar con claridad en el diseño del programa 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 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.

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.

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.

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 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

8. 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.

9. Definir metas basadas en criterios técnicos y consistentes con las actividades consideradas.

10. 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.

11. 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)).

12. 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.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. Fifth edition. New York: Oxford University Press, 2001.
- 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.
- Breinbauer, H, Vásquez H, Mayanz S, Guerra C, Millán, T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. Rev. méd. Chile v.137 n.5 Santiago mayo 2009.
- 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.
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Revista española de salud pública, 71(2), 127-137.
- Consejo de Europa. Recomendación N°(98)9 Del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. 1998.
- Cunill N. Las políticas con enfoque de derechos y su influencia en la institucionalidad pública. Reforma y Democracia 2010.
- Dipres. Evaluación Ex-Post: Conceptos y Metodologías. Santiago: División de Control de Gestión. 2015.
- 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.
- 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.
- FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.
- Guajardo, A; Alburquerque; D; Díaz, M (compiladores). Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas con situación dependencia. Editorial Universidad de Santiago, Santiago, 2016.
- Ley 20.244 Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. 2010.
- MIDESO. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad 2015. Un nuevo enfoque para la inclusión. Presentación de Resultados. Ministerio de Desarrollo Social (MIDESO) Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). Santiago 2015.
- MINSAL. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa 2014.

- MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. s.f.
- Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.
- OMS. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Organización Mundial de la Salud, 2011.
- OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud: CIF. Organización Mundial de la Salud, 2001.
- Palacios, C. Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos humanos. Algunas reflexiones a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en Guajardo, A; Alburquerque, D; Díaz, M (compiladores). Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas con situación dependencia. Editorial Universidad de Santiago, Santiago, 2016.
- Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.
- Resolución Exenta N°11. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 4 de enero de 2013.
- Resolución Exenta N°1271. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 12 de diciembre de 2014.
- SENAMA. Estudio Nacional de la Dependencia en Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Santiago, 2010.
- SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016.
- SIS, MINSAL, MIDEPLAN. Dependencia de los adultos mayores en Chile. Documento de Trabajo elaborado por Superintendencia de Salud (SIS), División de Estudios y Desarrollo; Ministerio de Salud (MINSAL); Departamento de Economía de la Salud; y Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), División de Planificación Regional. Santiago, 2008.
- Troncoso, D. Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales. Tesis presentada para optar al título de Doctor. Universidad de Salamanca, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología y Comunicación. Salamanca, 2013.
- Wilkinson, R., Marmot, M. Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados. Segunda edición. 2003.
- Zagreb Consultores Limitada (2016). Costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes, Informe final.

V. ENTREVISTAS REALIZADAS

Personas / Instituciones	Fecha
<ul style="list-style-type: none"> • María Isabel de Ferrari, Asesora Gabinete, MINSAL • Irma Vargas, DIVAP, MINSAL • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Patricio Román, Asesor, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Mónica Barraza, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL • Carolina Méndez, Analista de Dpto. Control de Gestión Ministerial, MINSAL • Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (Coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador 	26 de enero 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Irma Vargas, DIVAP, MINSAL • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador 	30 de enero 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador • Jaime Campos, Panel Evaluador 	7 de marzo 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Víctor Rodríguez, Departamento de Programación Financiera APS • Jaime Campos, Panel Evaluador 	17 de marzo de 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Jaime Campos, Panel Evaluador 	23 de marzo de 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Profesional, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Andrea Peralta De la Roa, Asesor Técnico Servicio de Salud Metropolitano Oriente • Alejandra Salinas, Subdirectora CESFAM Padre Geraldo Whelan • José Villavicencio, Director CESFAM La Faena • Miriam Donoso, profesional CESFAM Lo Hermida • Pablo Escobar, profesional CESFAM Lo Hermida • José Silva, profesional, CESFAM La Faena • Lucía Salvo, Subdirectora de Salud, Peñalolén • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador • Jaime Campos, Panel Evaluador 	24 de marzo 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Mónica Barraza, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL • Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador • Jaime Campos, Panel Evaluador 	10 de abril 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Equipo del Programa Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, CESFAM Dr. Miguel Solar, Paine • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) • Verónica Monreal, Panel Evaluador • Jaime Campos, Panel Evaluador 	31 de marzo 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Mónica Barraza, Jefa de Dpto. Control de Gestión Ministerial, Coordinadora de Evaluaciones, MINSAL • Jimena Federici, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Marcela Ferrer, Panel Evaluador (coordinadora) 	10 de abril 2017

Personas / Instituciones	Fecha
<ul style="list-style-type: none"> • Verónica Monreal, Panel Evaluador • Jaime Campos, Panel Evaluador 	
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Víctor Rodríguez, Departamento de Programación Financiera APS • Juan Pablo Leiva, Analista Dpto. de Evaluación, DIPRES • Jaime Campos, Panel Evaluador 	20 de abril 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Marcela Ferrer, Panel Evaluador 	22 de mayo de 2017
<ul style="list-style-type: none"> • Alison Morales, Referente Técnico del Programa, Dpto. Modelo de Atención Primaria, DIVAP, MINSAL • Jaime Campos, Panel Evaluador 	23 de mayo de 2017

VI. ANEXOS DE TRABAJO

Anexo 1: Reporte sobre el estado y calidad de la información disponible para evaluar el programa.

Nombre	Datos plataforma estipendio
Descripción	Es una base de datos presentada en formato Excel que contiene los datos de la persona en situación de dependencia y de la que ejerce el cuidado que ha recibido el estipendio
Período de vigencia	2016
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Las variables medidas corresponden a todo el universo de beneficiarios y cuidadores que reciben estipendio
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	Beneficiario/a: Fecha de Nacimiento; Fecha Ingreso; Dirección; Pob/Villa; Autonomía; Postrados; Acreditación; Sexo; FPS; Pago; Escolaridad Especial; Previsión; Tipo Autonomía; Quien Acredita; Estado Civil; Comuna; Establecimiento; Servicio de Salud Cuidador/a: Fecha Nacimiento; Sexo; Estado Civil; Previsión
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información es útil para caracterizar al universo atendido que recibe estipendio por el programa. Sin embargo, no presenta utilidad para medir los indicadores acordados a nivel de propósito. En especial, ninguna variable permite medir condición de salud.

Nombre	1. Población en control según programa de salud, Por Región y Servicio de Salud 2013 - 2016 2. Cuidadores de Pacientes por dependencia Severa, por Región y Servicio de salud 2013 - 2016 3. Visitas domiciliarias: 3.a.) integrales y 3.b. de tratamiento y procedimientos 2013 – 2016
Descripción	Los tres registros son presentados en formato Excel y tal como lo señalan sus nombres, refieren tanto a la población en control, como a sus cuidadores y las visitas realizadas por el programa.
Período de vigencia	2013 – 2014 – 2015 – 2016
Universo de medición de las variables (censo/muestra)	Las variables medidas corresponden a todo el universo de beneficiarios y cuidadores que están bajo control, y a todas las visitas realizadas por el programa en el período.
Frecuencia de medición	Anual
Campos / Variables	1. Sexo y grupo de edad, con espirometría vigente 2. Total de Cuidadores del Programa, Capacitados por el Programa; Que reciben estipendio 3.a. Un profesional; Dos o Más Profesionales; Un profesional y un técnico paramédico 3.b. Profesional; Técnico paramédico
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	La información es útil para caracterizar al universo atendido que recibe estipendio por el programa. Sin embargo, no presenta utilidad para medir los indicadores acordados a nivel de propósito. En especial, ninguna variable permite medir condición de salud.

a. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa que fueron útiles para identificar la situación problema que dio origen al programa.

Identificación de los documentos aportados por el programa	Breve descripción del contenido
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.	Los documentos contienen antecedentes diagnósticos, teóricos-conceptuales, empíricos y aspectos normativos, del problema. Estos documentos permitieron al panel un conocimiento más detallado del programa y del problema.
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.	
Eterovic, C; Mendoza, S; Sáez, K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es	

<p>informales de personas dependientes. Enfermería Global N°38:235-248, abril 2015.</p> <p>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.</p> <p>FONADI. Primer Estudio Nacional sobre la Discapacidad. Fondo Nacional de la Discapacidad, Santiago 2005.</p> <p>Guajardo, A; Alburquerque; D; Díaz, M (compiladores). Derechos humanos y discapacidad: Diálogos colectivos en torno a la autonomía de personas con situación dependencia. Editorial Universidad de Santiago, Santiago, 2016.</p> <p>MINSAL. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa 2014</p> <p>Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.</p> <p>Resolución Exenta N°11. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 4 de enero de 2013.</p> <p>Resolución Exenta N°1271. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 12 de diciembre de 2014.</p> <p>Troncoso, D. Cuidadores informales de personas dependientes en Chile. Aspectos psicosociales y culturales. Tesis presentada para optar al título de Doctor. Universidad de Salamanca, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología y Comunicación. Salamanca, 2013.</p>	
---	--

b. Identificar la necesidad de estudio complementario

Coherente con el indicador acordado (Reunión con el programa realizada el 30 de enero) para evaluar el programa a nivel de propósito: *Porcentaje de personas con dependencia severa que mantienen o mejoran su condición de salud según aplicación de instrumento*, y considerando que las bases de datos del programa no cuentan con datos que permitan medir la condición de salud, se propuso un estudio complementario que realice esta medición, en una muestra de beneficiarios del programa residentes en la Región Metropolitana, que hubieran completado un año de intervención.

Se propuso que el constructo “condición de salud” sea medido a través de tres dimensiones:

- 1) Autopercepción de Salud (Instrumento aplicado a beneficiario/a y cuidador/a). Según información entregada por el Programa en reunión del 30 de enero, el MINSAL cuenta con escalas validadas para medir esta dimensión
- 2) Sobrecarga (instrumento aplicado a cuidador/a; Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit)
- 3) Satisfacción usuaria (Instrumento aplicado a beneficiario/a y cuidador/a)

Una vez analizadas entre el panel y Dipres las posibilidades reales de realizar este estudio, se decidió no hacerlo debido a la escasa factibilidad técnica y financiera de realizarlo en un mes. En especial respecto de la factibilidad técnica, no se cuenta con una línea base que permita evaluar condición de salud y sobrecarga del cuidador.

Anexo 2(a): Matriz de Evaluación del programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa atención domiciliaria a personas con dependencia severa AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2006. MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud. SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
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 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	1. Eficacia- Producto Porcentaje de personas con dependencia severa atendidas por el Programa	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa/ N° de personas con dependencia severa, beneficiarios del sistema público e inscritos en los establecimientos de atención primaria) *100	REM	<ul style="list-style-type: none"> - Una planificación programática de los establecimientos que contemple las acciones del programa en domicilio por parte de los equipos de APS. - Contar con la movilización disponible para los equipos. - Contar con los insumos y equipamientos para realizar curaciones, tratamiento y rehabilitación en domicilio. - N° de personas con dependencia severa por sector, acorde con la capacidad productiva de los equipos. - Contar con equipos de APS, con las herramientas técnicas para responder a las necesidades de las personas con dependencia severa. - Disminuir los tiempos y números de hospitalizaciones prolongadas en los hospitales.
	2. Eficacia- Resultado Final Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa) *100	No disponible	
	3. Eficacia- Resultado Intermedio Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa sin escaras) /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa)*100	REM	
	4. Eficacia- Resultado Final Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúa el programa de forma satisfactoria	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa)*100	No disponible	
	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	N° de hospitalizaciones en nivel secundario de personas con dependencia severa bajo control en el programa / N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa	No disponible	
	6. Eficiencia-Producto Porcentaje de gastos en administración del programa.	(Gasto en administración del Programa/Gasto devengado total del programa) *100	No disponible	

	7. Eficiencia-Resultado intermedio Gasto por beneficiario	Gasto devengado total del Programa/Número de beneficiarios	No disponible	
	8. Economía-Resultado Intermedio Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa	(Presupuesto inicial del Programa/Gasto devengado total del programa) *100	No disponible	
<p>COMPONENTE 1: ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA</p> <p>Sub componente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa</p>	9. Eficacia- Proceso Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con Dependencia Severa bajo control en el programa)/N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	REM	
	10. Eficacia- Proceso Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	(N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa) / N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa	REM	
	11. Calidad- Resultado Final N° de cuidador/a que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria	N° de cuidadores de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria / N° de cuidadores de personas con dependencia severa bajo control en el programa*100	No disponible	
	12. Eficiencia/Producto Gasto total Subcomponente 1 por beneficiario	Gasto devengado total subcomponente 1 / Número de beneficiarios de subcomponente 1	No disponible	
<p>Sub componente 2: Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidadora/o de la persona con dependencia severa</p>	13. Eficacia- Resultado intermedio Porcentaje de Cuidadoras(es) capacitadas(os) ⁹⁷	(N° de cuidadoras(es) capacitadas(os) por el programa / N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa bajo control por el programa) *100	REM	
	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	(N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia que mejoran puntaje en Escala de Zarit al final de un año de intervención/ N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100	No disponible	

⁹⁷ 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.

	15. Eficacia- Proceso Porcentaje de cuidadoras(es) con dependencia severa que durante un año, recibe atención integral ⁹⁸	N° cuidadoras(es) que recibe durante un año, recibe atención integral/ N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100	No disponible	
	16. Eficiencia-Producto Gasto total Subcomponente 2 por cuidador beneficiario	Gasto devengado total subcomponente 2/Número de cuidadores beneficiarios de subcomponente 2	No disponible	
	17. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de Cuidadores que reciben estipendio	N° de cuidadores que reciben estipendio durante año t/ N° de cuidadores durante año t	No disponible	
Sub componte 3: Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias.	18. Eficacia-Producto Porcentaje de personas con dependencia severa que accede a la red intersectorial de servicios para personas con dependencia severa y sus cuidadoras	N° de personas con dependencia severa que accede a la red de servicios intersectoriales pata personas con dependencia severa + N° de cuidadores de personas con dependencia severa que acceden a la red de servicios intersectoriales pata personas con dependencia severa/N° de personas con dependencia severa bajo control*100	No disponible	

⁹⁸ Se entenderá por atención integral: Al 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 al red de servicios intersectoriales.

Actividades

Sub componente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa

1. Evaluación Integral de la situación de dependencia de la persona y de su cuidador. (Barthel /Zarit)
2. Formulación y ejecución del Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa que incluya objetivos, actividades y responsabilidades definidas entre la persona con dependencia severa, su cuidador(a), su familia y el equipo de salud.
3. Realizar al menos 2 visitas integrales anuales en el domicilio de la persona con dependencia severa donde se evalúe integralmente a la persona con dependencia severa y su cuidador(a).
4. Atención de salud de la persona dependiente en domicilio según el Plan de Atención Consensuado y/o de acuerdo a otras necesidades surgidas: realizar visitas domiciliarias de tratamiento o seguimiento con una recomendación de periodicidad mensual para realizar el plan de atención eficaz y a lo menos 6 al año.
5. Mantener un registro actualizado de las personas que presenten Dependencia Severa y sus cuidadores, en cada establecimiento de salud.
6. Verificar mensualmente que la persona con dependencia severa mantenga sobriedad y el nivel de severidad de la dependencia y que el cuidador entregue los apoyos y cuidados pertinentes, mediante la evaluación realizada en las visitas domiciliarias y cumplimiento de acuerdos del Plan de Atención Integral Consensuado.
7. Validar la situación de dependencia y su severidad en forma mensual en el registro de personas dependientes del MINSAL.
8. Validar que la persona con dependencia reciba los apoyos y cuidados necesarios por parte del cuidador,
9. Mantener el registro actualizado de las personas con dependencia severa y sus cuidadores en página web del MINSAL, para un adecuado seguimiento a nivel local y central (<http://discapacidad-severa.minsal.cl>)

Sub componente 2 : Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidadora/o de la persona con dependencia severa

1. Realizar al menos 2 visitas integrales anuales en el domicilio de la persona con dependencia severa donde se evalúe integralmente a la persona con dependencia severa y su cuidador(a).
2. Realizar visitas domiciliarias de tratamiento o seguimiento con una recomendación de periodicidad mensual para realizar el plan de atención eficaz y a lo menos 6 al año.
3. Formulación y ejecución de Plan de Cuidado del Cuidador⁹⁹ que incluya objetivos, actividades y responsabilidades definidas entre el cuidador(a), la persona con dependencia severa, su familia y el equipo de salud.
4. 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.
5. Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, de acuerdo a las necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y también para su autocuidado y así, optimizar su labor. Esta capacitación puede efectuarse en el domicilio, establecimientos de salud u otros lugares cercanos y accesibles para la población. Esta actividad debe ser registrada, de acuerdo a los instrumentos definidos para tal efecto.
6. Verificar el cumplimiento de los requisitos de postulación al beneficio de pago a cuidadores, verificar la compatibilidad de la cuidadora/y o cuidador, Informar de extinción del beneficio a MIDESO y cambios de cuidador.
7. Informar los resultados de la postulación a la persona con dependencia y su cuidador, en forma oportuna, una vez obtenidos los resultados de la postulación entregados por MIDESO

Sub componente 3: Activación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias.

1. Realizar un catastro de la red local y nacional encargada de la atención de personas dependientes, cuidadoras y familias a incorporar
2. 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).
3. 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.
4. Informar y educar a la población beneficiaria del programa de los beneficios existentes en la red y los mecanismos de acceso y postulación.

⁹⁹ Para la ejecución del plan, se recomienda programar en forma participativa las actividades para los cuidadores, reconociendo las implicancias de su rol en el cuidado de las personas con dependencia severa y la disponibilidad de tiempo para asistir a encuentros o reuniones

Anexo 2(b): Medición de indicadores Matriz de Evaluación del programa, período 2013-2016

NOMBRE DEL PROGRAMA: Programa atención domiciliaria a personas con dependencia severa AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2006. MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Salud. SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. OBJETIVO ESTRATÉGICO AL QUE SE VINCULA EL PROGRAMA: Objetivos de la Estrategia Nacional de Salud: Objetivo 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos; y Objetivo 5: Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos de la salud						
Evolución de Indicadores						
Enunciado del objetivo	Indicadores					
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	Cuantificación ¹⁰⁰			
			2013	2014	2015	2016
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	1. Eficacia- Producto Porcentaje de personas con dependencia severa atendidas por el Programa	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa/ N° de personas con dependencia severa, beneficiarios del sistema público e inscritos en los establecimientos de atención primaria) *100	100%	100%	100%	100%
	2. Eficacia- Resultado Final Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa) *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	3. Eficacia- Resultado Intermedio Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa sin escaras) /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa)*100	91,12	90,66	84,6	89,2
	4. Eficacia- Resultado Final Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúa el programa de forma satisfactoria	(N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria /N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa)*100	s/i	s/i	s/i	s/i
	5. Eficacia- Resultado Final Disminución en el N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa que disminuye su número de hospitalizaciones, durante un año	N° de hospitalizaciones en nivel secundario de personas con dependencia severa bajo control en el programa / N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa	s/i	s/i	s/i	s/i
	6. Eficiencia-Producto Porcentaje de gastos en administración del programa.	(Gasto en administración del Programa/Gasto devengado total del programa) *100	s/i	s/i	s/i	s/i
	7. Eficiencia-Resultado intermedio Gasto por beneficiario	Gasto devengado total del Programa/Número de beneficiarios	s/i	s/i	s/i	s/i
	8. Economía-Resultado Intermedio Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa	(Presupuesto inicial del Programa/Gasto devengado total del programa) *100	s/i	s/i	s/i	s/i

¹⁰⁰ Los indicadores sin información (s/i) han sido propuestos tanto por el panel como por el programa y el panel

COMPONENTE 1: ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA						
Sub componente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa	9. Eficacia- Proceso Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con Dependencia Severa bajo control en el programa)/N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	5,93	4,95	6,46	6,72
	10. Eficacia- Proceso Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa	(N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa) / N° de personas con dependencia severa bajo control en el programa	11,91	11,07	11,12	12,52
	11. Calidad- Resultado Final N° de cuidador/a que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria	N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria /N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa bajo control en el programa*100	s/i	s/i	s/i	s/i
	12. Eficiencia/Producto Gasto total Subcomponente 1 por beneficiario	Gasto devengado total subcomponente 1/Número de beneficiarios de subcomponente 1	s/i	s/i	s/i	s/i
Sub componente 2: Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador(a) de la persona con dependencia severa	13. Eficacia- Resultado intermedio Porcentaje de cuidadoras(es) capacitadas(os) ¹⁰¹	(N° de cuidadoras(es) capacitadas(os) por el programa / N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa bajo control por el programa) *100	102,71%	61,62%	60,73%	60,37%
	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	(N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia que mejoran puntaje en Escala de Zarit al final de un año de intervención/ N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa) *100	s/i ¹⁰²	s/i	s/i	s/i
	15. Eficacia- Proceso Porcentaje de cuidadoras(es) que durante un año, recibe atención integral ¹⁰³	N° cuidadoras(es) que durante un año recibe atención integral/ N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	s/i	s/i	s/i	s/i
	16. Eficiencia-Producto Gasto total Subcomponente 2 por cuidador beneficiario	Gasto devengado total subcomponente 2/Número de cuidadores beneficiarios de subcomponente 2	s/i	s/i	s/i	s/i
	17. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de cuidadoras(es) que reciben estipendio	N° de cuidadoras(es) que reciben estipendio durante año t/ N° de cuidadoras(es) durante año t	s/i	s/i	51,2% (20.998/ 41.023)	41,7% (17.778/ 42.663)

¹⁰¹ 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.

¹⁰² No se ha cuantificado porque la aplicación de la Escala Zarit a los cuidadores se introdujo en 2017.

¹⁰³ Se entenderá por atención integral: Al 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 al red de servicios intersectoriales.

Sub componente 3:Activación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias	18. Eficacia- Producto Porcentaje de personas con dependencia severa que accede a la red intersectorial de servicios para personas con dependencia severa y sus cuidadoras	N° de personas con dependencia severa que accede a la red de servicios intersectoriales para personas con dependencia severa + N° de cuidadores de personas con dependencia severa que acceden a la red de servicios intersectoriales para personas con dependencia severa/N° de personas con dependencia severa bajo control*100	s/i	s/i	s/i	s/i
---	--	---	-----	-----	-----	-----

Anexo 2(c): Análisis de diseño del programa

a. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

Teniendo en cuenta que el fin y el propósito del programa son los siguientes:

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 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

Tanto el propósito como el fin dan respuesta a la necesidad que es mejorar o mantener la condición de salud de las personas con dependencia severa.

Por otra parte, el propósito está relacionado con el servicio ofrecido, esto es: *entregar una atención de salud integral a personas con dependencia severa y su cuidador*. A su vez, el fin se relaciona con el resultado final esperado en la ejecución del programa, que es *Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador*.

Este programa consta de un componente con tres subcomponentes. En relación, con los tres subcomponentes, el panel los evalúa como necesarios y suficientes para el logro del propósito, pues cada uno aporta fundamentalmente a un aspecto central del problema, esto es: atención a la persona en situación de discapacidad severa (beneficiario), atención y capacitación al cuidador/a (parte de la díada) y activación de la red intersectorial (soporte social), que en su conjunto dan cuenta de la integralidad del programa.

En relación con las actividades diseñadas para producir los subcomponentes:

Para el subcomponente 1: *Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa*, se han diseñado nueve actividades, ninguna de las cuales se considera prescindible para el logro del resultado intermedio.

En el caso del subcomponente 2: *Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador/a de la persona con dependencia severa*, se han diseñado siete actividades, de las cuales todas resultan necesarias, pero no suficientes, dado que en relación al Síndrome de Sobrecarga del Cuidador sólo es referida una actividad de prevención (Educación para la prevención del Síndrome de Sobrecarga), pero no se han diseñado actividades de atención o tratamiento del Síndrome. Esto resulta fundamental, dado que la discapacidad severa puede ir en aumento, generando mayor desgaste a quien está a cargo.

Finalmente, para el subcomponente 3: *Activación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias*, se han diseñado cuatro actividades las que, siendo necesarias, no dejan claro cómo se logrará que la díada (beneficiario/a-cuidador/a) se articule o relacione de manera regular y concreta con actores o elementos de la red local (Organizaciones sociales e institucionales)

Es posible suponer un mejoramiento de la eficacia del programa si se considera la incorporación de actividades relacionadas con la asistencia psicosocial al cuidador, como también la incorporación de un monitoreo a la red de contactos formales e informales de la red local de la díada. El panel no identifica componentes o actividades prescindibles o posibles de sustituir por otras más eficaces. Tampoco se identifican componentes o actividades que pueden ser provistas o ejecutadas por el sector privado, con financiamiento público.

Respecto del análisis de los supuestos, estos son considerados como pertinentes por el panel. No se identifican medidas para minimizar el riesgo. En relación con la validez del siguiente supuesto: *N° de personas con dependencia severa por sector, acorde con la capacidad productiva de los equipos*, el panel considera que la relación entre ambos elementos (Personas con discapacidad severa y Equipos) es

inversa, esto es, el supuesto está dado por la existencia programada de la capacidad productiva de los equipos en base al dimensionamiento del problema (discapacidad severa). Este supuesto requiere de algún indicador de seguimiento o monitoreo, 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.*

Si bien, en gran medida el diseño del programa es el apropiado para abordar el problema/necesidad central, aún resulta insuficiente para dar respuesta integral al problema, dada la ausencia de atención de tratamiento al Síndrome de Sobrecarga, la inexistencia de mecanismos de seguimiento a los contactos de la díada con la red local y la falta de algún indicador que asegure la provisión programada de los servicios técnicos y profesionales para que la población que presenta el problema sea atendida. Por otra parte, en las visitas realizadas por el panel a los equipos de Peñalolén y Paine que trabajan en el programa, se constata la necesidad de adelantarse a las situaciones de dependencia severa. Los equipos manifestaron que, en la práctica, ellos realizaban esas atenciones a la dependencia leve y moderada pues las diagnosticaban como necesarias para prevenir o anticiparse a la severidad de la situación. Esto se entiende dentro del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, que tiene como uno de sus principios la continuidad del cuidado¹⁰⁴.

Fundamentado en lo anteriormente señalado, el panel evalúa que las relaciones causa-efecto no operan adecuadamente entre el nivel actividad/componente, por lo que no se valida la lógica vertical del diseño de los objetivos del programa.

b. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

Teniendo en cuenta que los indicadores a nivel de propósito son los siguientes:

1. Eficacia- Producto: Porcentaje de personas con dependencia severa atendidas por el programa
2. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que mantienen o mejoran su condición de salud
3. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras
4. Eficacia- Resultado Final: Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa que evalúa el programa de forma satisfactoria
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
6. Eficiencia-Producto: Porcentaje de gastos en administración del programa.
7. Eficiencia-Resultado intermedio: Gasto por beneficiario
8. Economía-Resultado Intermedio: Porcentaje de ejecución presupuestaria del programa

Es necesario señalar que de la Matriz original entregada al panel durante el mes de enero, solo el indicador N°3 estaba en esa primera versión. Luego, a propósito de reuniones entre el panel y el programa, y elaboraciones del mismo panel, fueron propuestos los otros siete indicadores que ya fueron revisados tanto por Dipres como por el programa en el Informe de Avance. De allí que, en su mayoría estos indicadores no tienen cuantificación, pues constituyen propuestas a desarrollar para un momento futuro del programa. La factibilidad técnica de realizar las mediciones hasta ahora no realizadas, está dada básicamente por el mejoramiento de los sistemas de registro del programa que hasta ahora son precarios y por la aplicación instrumentos ad hoc al constructo a evaluar, esto es: "Condición de salud".

Dado que el indicador: *Porcentaje de personas con dependencia severa bajo control en el programa sin escaras*, resultaba insuficiente para la evaluación de dimensiones tales como: eficacia, eficiencia y economía, en los ámbitos de resultados finales, intermedios y productos, se propusieron los otros siete que, siendo necesarios, estaban ausentes.

De esta manera, el conjunto de los ocho indicadores definidos para la evaluación del programa a nivel de propósito es de calidad y pertinencia adecuada, y sus fórmulas de cálculo son correctas.

¹⁰⁴ MINSAL, Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. s.f.

En relación con los indicadores para evaluar el desempeño del programa a nivel de componente y subcomponentes, en la matriz han sido exhibidos los siguientes:

9. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa
10. Eficacia- Proceso: Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con dependencia severa bajo control en el programa
11. Calidad- Resultado Final: N° de cuidador/a que evalúan las acciones del programa de forma satisfactoria
12. Eficiencia/Producto: Gasto total Subcomponente 1 por beneficiario
13. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de Cuidadores capacitados
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
15. Eficacia- Proceso: Porcentaje de personas con dependencia severa que durante un año, recibe atención integral
16. Eficiencia-Producto: Gasto total Subcomponente 2 por cuidador beneficiario
17. Eficacia- Resultado intermedio: Porcentaje de Cuidadores que reciben estipendio
18. Eficacia- Producto: Porcentaje de personas con dependencia severa que accede a la red intersectorial de servicios para personas con dependencia severa y sus cuidadoras

En relación con estos nuevos indicadores, también vale la pena precisar que en la versión original de enero sólo estaban presentes el N°9: *Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa beneficiarias del programa* y N°13: *Porcentaje de Cuidadores capacitados*. Tal como ocurrió con los indicadores a nivel de propósito, los otros siete fueron propuestos en reuniones con el programa y elaboraciones del panel para cubrir la evaluación de las dimensiones de eficiencia y calidad, en los ámbitos de resultados y producto, y ya fueron revisados tanto por Dipres como por el programa en el Informe de Avance.

En relación con la factibilidad técnica de realizar las mediciones hasta ahora ausentes, está dada básicamente por el mejoramiento de los sistemas de registro del programa, que hasta ahora son precarios.

De esta manera, el conjunto de los diez indicadores definidos para la evaluación del programa a nivel de componente tiene calidad y pertinencia adecuada, y sus fórmulas de cálculo son correctas.

Respecto de las metas definidas por el programa (indicadores 1, 3, 9, 10 y 13), el panel evalúa que el nivel de exigencia y adaptación a la realidad de los indicadores 1, 3 y 13 son adecuados. No obstante, las metas de los indicadores 9 y 10 no tienen fundamento técnico. Además, la meta de 6 visitas de tratamiento o seguimiento al año es inconsistente con el requisito de verificación mensual de la condición de dependencia y la existencia del cuidador, que según el programa debe realizarse mensualmente en la visita de seguimiento.

Finalmente, los indicadores propuestos junto con los de la primera versión de enero, son validados por el panel.

En conclusión, se valida la lógica horizontal del programa.

Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa

A. Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa.

El programa produce un componente “Atención Integral a Personas con Dependencia Severa”, desagregado en tres Subcomponentes:

- Subcomponente 1: Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa.
- Subcomponente 2: Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador(a) de la persona con dependencia severa.
- Subcomponente 3: Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias

La Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa es definida como “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender sus problemas de salud. Estas actividades son realizadas por el Equipo de Salud de los Centros de Salud de APS (Atención Primaria de Salud), debiendo estar inscritos en él y ser beneficiarios del Sistema Público de Salud. Estas prestaciones son entregadas en forma independiente de la edad de la persona afectada y que necesariamente debe incorporar a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores; entendiéndose como “Cuidador(a)” a la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo (vecino, amigo, etc.). La metodología utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención con Enfoque Familiar. Es preciso coordinar entre el nivel Primario y Secundario la periodicidad de atención y definir responsable de esta actividad; y otras prestaciones que el Equipo de Salud considere necesario.”

Los subcomponentes 1 y 2 son centrales al programa, es decir, cada beneficiario los recibe y son realizadas en forma paralela. En cambio, el subcomponente 3 no es necesariamente entregado a todos los beneficiarios, ya sea porque las actividades se definen y ejecutan en el nivel local y por tanto varían entre las comunas, o porque se refieren a los cuidadores que reciben estipendio, que son una parte de todos los cuidadores. Las actividades desarrolladas para la provisión de cada uno de los subcomponentes son las siguientes (Figura 1):

Figura 1: Subcomponentes del programa

Subcomponente 1 Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa

Al menos 2 visitas integrales

Primera Visita Integral: realización del proceso de consentimiento informado y firma del consentimiento; evaluación integral considerando dimensión biológica, psicológica, social y espiritual; aplicación Barthel a la persona en situación de dependencia y Zarit a su cuidador(a); 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

Realizar al menos 6 visitas domiciliarias de tratamiento/procedimiento o seguimiento:

Visitas de Tratamiento/Procedimiento: incluyen acciones sociosanitarias diferenciadas de acuerdo a la situación del beneficiario, tales como curación de escaras, toma de exámenes, contención emocional, intervención respiratoria, entre otras

Visitas de Seguimiento: dirigidas a 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.

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

Validar que el beneficiario reciba los apoyos y cuidados necesarios por parte del Cuidador, mediante la evaluación realizada en visitas domiciliarias y cumplimiento de acuerdos del Plan de Atención Integral Consensuado

Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa y sus cuidadores en página web del MINSAL

Subcomponente 2 Atención Domiciliaria Integral dirigida al cuidador(a) de la persona con dependencia severa

Al menos dos visitas integrales:

Primera Visita Integral: Formular el Plan de Cuidado del Cuidador que incluya objetivos, actividades y responsabilidades definidas entre el cuidador(a), la persona con dependencia severa, su familia y el equipo de salud; 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 de la ejecución del Plan de Cuidado del Cuidador y definición de modificaciones si corresponde

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, para entregarle herramientas para mejorar la calidad del cuidado y también para su autocuidado, de manera de optimizar su labor.

Ejecutar el Plan Anual de Capacitación

Verificar existencia de cuidador(a) para el pago de estipendio:

Verificar el cumplimiento de los requisitos de postulación al beneficio de pago a cuidadores, verificar 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, en forma oportuna, una vez obtenidos los resultados de la postulación entregados por el Ministerio de Desarrollo Social

Subcomponente 3 Activación de la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias

Realizar un catastro de la red local y nacional encargada de la atención de personas dependientes, cuidadoras y familias a incorporar

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).

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.

Informar y educar a la población beneficiaria del programa de los beneficios existentes en la red y los mecanismos de acceso y postulación

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

Las actividades incluidas en el subcomponente 1 comprenden tanto las atenciones a la persona en situación de dependencia como de registro de estas actividades y de la situación de dicha persona. Se contemplan al menos dos visitas integrales. La visita inicial comprende la realización del proceso de

consentimiento informado para la visita integral y firma del consentimiento; evaluación integral considerando dimensión biológica, psicológica, social y espiritual; aplicación instrumentos Barthel a la persona en situación de dependencia y Zarit a su cuidador(a); formulación del Plan de Atención Integral Consensuado. La segunda visita integral comprende la evaluación de la ejecución del Plan de Atención Integral Consensuado y definición de modificaciones si corresponde. Considerando la Resolución Exenta N°1361 que aprueba el programa para 2017, el programa no ha definido el momento en que se debe realizar esta segunda visita, aunque según el programa se espera que sea realizada transcurridos seis meses desde la primera visita¹⁰⁵. Tampoco se establecen los criterios para definir la necesidad de visitas integrales adicionales a las dos que se establecen como mínimo, y su periodicidad. A juicio del panel, la ausencia de estas definiciones puede impactar negativamente tanto en la ejecución de la visita integral según lo esperado por el programa, como también en las posibilidades de realizar un monitoreo efectivo de la situación de los beneficiarios y sus avances.

Respecto de las visitas de tratamiento o procedimiento, estas se definen como “la atención entregada por integrantes del equipo de salud a la persona con dependencia severa en su propio hogar, con el fin de brindar atención de salud promocional, preventiva, de apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación”¹⁰⁶. Por su parte, las visitas de seguimiento tienen el objetivo de “constatar el estado de salud de ambos integrantes de la diada, verificar el cumplimiento de los acuerdos y actividades establecidas en el Plan de Atención Consensuado, y generar los ajustes necesarios para la entrega de apoyos y cuidados a la persona con dependencia severa”¹⁰⁷. El programa ha definido un mínimo de 6 visitas de tratamiento o seguimiento al año. En los documentos entregados por el programa no se presenta la justificación técnica para la definición de 6 visitas.

En cuanto a las actividades de validación y registro de los beneficiarios del programa, estas suponen una actualización mensual. Dado que esta verificación debe ser realizada en el hogar del beneficiario, a juicio del panel existe una inconsistencia entre la actualización mensual y el mínimo de 6 visitas anuales definido por el programa. También, surge la pregunta respecto de los medios de verificación de la sobrecarga y severidad de la dependencia del beneficiario y el desempeño del cuidador que el programa utiliza actualmente para asegurar que esta actualización mensual sea válida.

Respecto de las actividades del subcomponente 2, estas se dirigen a la capacitación y cuidado de la persona que ejerce el rol de cuidador. También incluyen las actividades de información para el pago del estipendio, que realiza MIDESO. A juicio del panel, las actividades vinculadas al pago del estipendio están definidas claramente.

Una actividad incluida en este subcomponente, que fue incorporada para la ejecución del programa en 2017, es la aplicación de la Escala Zarit, que debe realizarse en la visita integral inicial. Sin embargo, la sobrecarga del cuidador variará según el tiempo en que el cuidador haya ejercido este rol, siendo altamente probable que aquellos cuidadores que comienzan a desempeñar este rol no muestren sobrecarga. El programa no considera esta situación, ni entrega orientaciones al respecto¹⁰⁸. Sin embargo, según información proporcionada por el programa¹⁰⁹, la mayoría de los cuidadores que ingresan al programa lleva un tiempo desempeñando el rol y por lo mismo piden ayuda, lo que entrega sentido a la aplicación en la primera visita integral. A juicio del panel, si bien la antigüedad puede ser una condición general de los cuidadores que ingresan al programa, es necesario considerar las situaciones en que esto no ocurre, incorporando la indicación de que, en estos casos, se hace necesario que el equipo de salud evalúe la pertinencia de aplicar el instrumento en la primera visita integral, estableciendo la posibilidad de realizarse en la segunda visita integral.

¹⁰⁵ Reunión sostenida por el panel con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2015.

¹⁰⁶ Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.

¹⁰⁷ Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.

¹⁰⁸ En la visita realizada por el panel a la comuna de Paine, el equipo de salud manifestó que el momento de aplicación de la Escala de Zarit no se realizaba en todos los casos en la primera visita integral.

¹⁰⁹ Reunión sostenida por el panel con la Referente Técnico el 22 de mayo de 2017.

Las actividades del subcomponente 3 incluyen trabajo intersectorial en el nivel local, para activar la red de servicios intersectoriales disponibles para la persona en situación de dependencia y su cuidador, como también al interior de la red de salud. Sin embargo, el resto de las actividades tienen definiciones genéricas. En particular, el trabajo con la red intersectorial deja un amplio margen respecto de lo que se espera concretamente, en especial lo referido al catastro de servicios disponibles para la persona en situación de dependencia, su cuidador(a) y familia (periodicidad de actualización, extensión, utilización, difusión y otros) así como como del trabajo en red con el intersector (mecanismos de coordinación, responsables y otros). Es importante consignar que el programa ha señalado la necesidad de “avanzar hacia mejores acciones intersectoriales, con otros ministerios, debido a que la situación de dependencia severa y la condición general en las que viven las familias, requieren de un acompañamiento multiinstitucional.”¹¹⁰. Se desprende que el programa reconoce la necesidad de mejorar el trabajo intersectorial.

B. Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones.

Según información entregada por el programa¹¹¹ las instituciones relacionadas con la ejecución del programa son el MINSAL, los Servicios de Salud, el Departamento de Salud Comunal y los Establecimientos de Atención Primaria de Salud. A esto se debe agregar la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria. Las funciones de cada organización son las siguientes:

Tabla 6: Instituciones relacionadas con la ejecución del programa y sus funciones

Institución	Funciones
MINSAL	Regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, en el marco de los objetivos sanitarios y que dé cuenta de la epidemiología, cronicidad y multi-morbilidad de la población chilena, con enfoque de ciclo vital y de derechos en salud, preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria.
Subsecretaría de Redes Asistenciales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollar políticas públicas que fomenten estilos y hábitos de vida saludables, a través del fortalecimiento de los programas de prevención y promoción a nivel nacional y regional, para fomentar en la población competencias de autocuidado y protección de estilos de vida y entornos saludables, y mejorar la capacidad de detección temprana de enfermedades que puedan ocasionar discapacidades. 2. Proteger la salud de las personas frente a riesgos sanitarios, a través del diagnóstico y mapeo de riesgos, el fortalecimiento de la capacidad nacional y local de emergencia, fiscalización efectiva y eficiente y definición de planes de acción, tomando medidas adecuadas en los casos ya identificados, para prevenir y mitigar los efectos en la salud de las personas y estar preparados para enfrentar situaciones de emergencias y catástrofes. 3. Fortalecer las actuales Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez (COMPIN), a través de mejoras en su gestión y la penalización efectiva del mal uso de las licencias, para hacerlas más eficientes y mejorar el acceso oportuno y adecuado a este derecho. 4. Optimizar el funcionamiento de la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales, a través del diseño e implementación de modelos de gestión modernos y basados en evidencia, generación de sistemas de información confiables y efectivos, y el desarrollo y estandarización de las capacidades y procesos críticos, para orientar el desarrollo de políticas ministeriales y decisiones de gestión, y agregar valor a los usuarios y usuarias finales, maximizando el impacto y la eficacia de los procesos. 5. Optimizar la implementación del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), a través de la definición de garantías, elaboración técnica de guías clínicas, protocolos y canastas de prestaciones asociadas al GES, para lograr acciones efectivas de prevención del daño en salud y favorecer el ejercicio de los Derechos y Garantías estipulados en el AUGE. 6. Fortalecer las políticas de salud pública orientadas a la reducción de inequidades de los grupos en situación de riesgo, mediante la efectiva ejecución de acciones y programas focalizados, para mejorar la calidad de vida de adultos mayores, mujeres, y niños en situación de riesgo.
División de	Coordinar la Red Nacional de Atención Primaria, en el nivel comunal, fortaleciendo un Modelo de Salud

¹¹⁰ 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.

¹¹¹ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", 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.

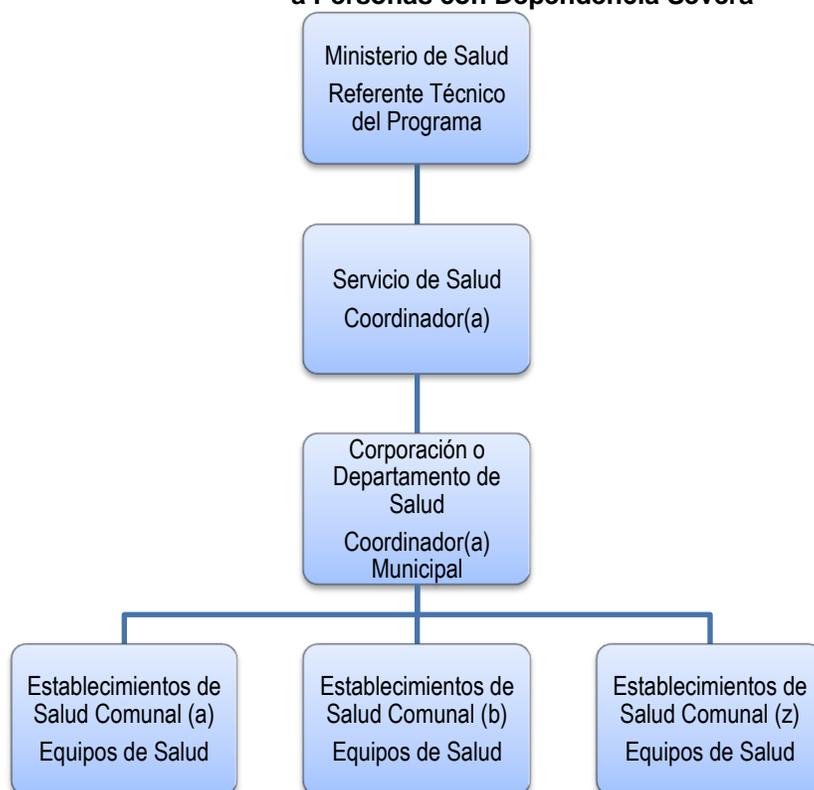
Institución	Funciones
Atención Primaria	Integral con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural que contribuya al desarrollo de un sistema de salud centrado en las personas, y en los determinantes sociales que afectan la salud de la población y que promueve la participación de las comunidades en el ejercicio de sus derechos y deberes
Servicio de Salud	Articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.
Departamento de Salud Comunal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Otorgar las prestaciones de los Programas de Salud en acuerdo con las normas técnicas y orientaciones impartidas por el MINSAL, debiendo disponer de los recursos necesarios en el marco presupuestario dispuesto para ello, respetando las normas y orientaciones técnicas establecidas por la autoridad pertinente. 2. Ejecutar cabal y oportunamente las acciones de salud convenidas con el Servicio de Salud, destinadas preferentemente al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas; así como aquellas prestaciones o acciones que, en el marco de sus atribuciones, la Municipalidad estime necesario desarrollar en beneficio de la salud de los habitantes de la comuna. 3. Elaborar y presentar informes estadísticos de las acciones y prestaciones que realice en la forma y condiciones que se encuentren convenidas o sean definidas por el Servicio de Salud o por la Autoridad Sanitaria en el uso de sus atribuciones. 4. Salvaguardar y optimizar, los bienes que se encuentren bajo su dependencia y mantenerlos en condiciones de permitir el normal desarrollo de las funciones para las que fueron destinados, en pos de atender, en el marco de sus competencias, las necesidades de salud de la población identificada como beneficiaria del servicio. 5. Elaborar propuestas de mejoramiento de la gestión, utilizando como base el marco regulatorio de la atención primaria de salud, en especial el Plan Anual de Salud, la Dotación y el presupuesto; así como también de la implementación, supervisión y evaluación de los mismos. 6. Elaborar propuestas de inversión en el área de su competencia para ser sometidas a consideración de las instancias pertinentes.
Establecimientos de Atención Primaria de Salud	Entregar atención de Salud Primaria en un Modelo de Atención que se compromete con la familia de las personas inscritas

Fuente: Información entregada por el programa

Según información entregada por el programa¹¹², éste tiene un representante en el MINSAL (Referente Técnico del Programa); Servicio de Salud (Coordinador del Servicio); Corporación o Departamento de Salud (Coordinador municipal); y en los Establecimientos de Salud Comunales se encuentran los equipos de salud que entregan los servicios del programa a los beneficiarios. Ver Figura 2.

¹¹² Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", 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.

Figura 2: Organigrama del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa



Fuente: Elaboración del panel.

Según información entregada por el programa¹¹³, este no cuenta con una dotación de personal exclusiva, debido a que quienes ejecutan el programa son los funcionarios de establecimientos de atención primaria. Esto debido a que el programa está percapitado, debe estar presente como estrategia en todas las instituciones de APS, como también ser ejecutado por todos los integrantes de los equipos de los establecimientos de APS, en base a la planificación que surge desde la primera vista domiciliaria integral¹¹⁴. Además, la ausencia de dotación de personal exclusiva es consistente con el Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario que se aplica en la atención primaria del país.

Al respecto, en las visitas a terreno realizadas por el panel a dos comunas de la Región Metropolitana¹¹⁵, se constató que el equipo de salud que ejecuta el programa en el CESFAM visitado, desarrolla a la vez otros programas. Lo mismo ocurre con la Referente Técnico, que tiene a su cargo otro programa (adulto mayor en general) y además apoya a otros 6 programas del MINSAL. El panel considera que el hecho de que la Referente Técnico tenga a su cargo otros programas, implica limitaciones de tiempo que dificultan el buen desempeño de sus funciones.

Por otra parte, respecto de los mecanismos de coordinación entre las distintas instancias al interior del MINSAL, según información entregada por el programa¹¹⁶, cuentan con los siguientes mecanismos:

- Una Jornada Nacional Anual para Referentes Técnicos de Servicios, que se realiza en un mes del año que no está definido, sino que se establece de acuerdo a cuestiones coyunturales. Incluye encargados del Ministerio de Desarrollo Social como también otros encargados de programas vinculados, entre ellos el Encargado Regional de la Oficina de discapacidad y el Encargado Regional de SENAMA

¹¹³ Reunión del panel con la Referente Técnico el 22 de mayo de 2015

¹¹⁴ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", 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.

¹¹⁵ Visita a las comunas de Peñalolén (24 de marzo) y Paine (31 de marzo)

¹¹⁶ Reunión sostenida por el panel con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017

- Una video conferencia mensual con los referentes técnicos de los servicios y los coordinadores de las comunas, que se realiza en la segunda quincena de cada mes
- Jornadas Regionales: sesión de trabajo que en general se extiende durante dos días. Reúne a los encargados comunales y el referente de servicios de salud, como también a referentes de otras instituciones o sectores que se vinculan a la ejecución del programa. Esto último incluye, por ejemplo, las Seremis del Ministerio de Desarrollo Social, Salud, Encargado Regional de la oficina de discapacidad, Encargado Regional de SENAMA. Se realiza a nivel de los servicios una vez al año en cada servicio, en momento a definir.

También se contempla la participación en mesas de trabajo intersectorial, en temáticas de discapacidad y dependencia, a las que el programa es invitado.

A juicio del panel, los mecanismos de coordinación al interior del MINSAL parecen suficientes y adecuados para cumplir con los objetivos del programa, pues consideran instancias de revisión y comunicación en los niveles nacional, regional y comunal, incluyendo los responsables directos en cada nivel. Además, se incluyen responsables de otros programas o instituciones, lo que contribuye a reforzar el trabajo intersectorial, cuestión que el programa ha identificado como prioritaria. Sin embargo, el hecho de que estos mecanismos no estén descritos en un protocolo (periodicidad, participantes, objetivos, estructura y modalidad trabajo, sistematización y seguimiento), pone en riesgo tanto su realización como la pertinencia y utilidad de sus resultados.

Por otra parte, los programas que se orientan a la misma población objetivo y están vinculados con los objetivos del programa se presentan en la Tabla 6¹¹⁷:

Tabla 7: Programas vinculados con el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa

Programa	Descripción	Dependencia
Programa Chile Cuida	Está destinado a ofrecer el servicio de cuidados domiciliarios dos veces por semana a personas mayores con dependencia moderada y severa, lo que les permite permanecer en sus casas y en las mejores condiciones de vida. A su vez, entrega un respiro a la cuidadora o cuidador, a quien además, se le ofrece la opción de participar una vez por semana en grupos de autoayuda dirigidos por profesionales de salud mental, talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral y actividades educativas-recreativas. Para poder brindar esta asistencia, se capacita y entrega trabajo como Cuidadoras Formales a mujeres de la comuna que están sin empleo o que buscan incrementar sus ingresos. Con esto, se pretende generar un círculo virtuoso dentro del territorio. Comenzó con su fase piloto en 2015 para un total de 100 familias de Peñalolén, de los macro sectores de La Faena y Lo Hermida. Para su diseño participaron más de 40 representantes de diversos programas públicos y de organizaciones de la sociedad civil. Durante 2016 comenzó la etapa de implementación del programa en Recoleta, Independencia, Santiago y Rancagua. En total, se han beneficiado 800 familias desde el año 2015 hasta marzo de 2017 ¹¹⁸ .	Dirección sociocultural de la Presidencia
Sistema Nacional de Cuidados	Apunta a una concepción más amplia de las personas que requieren cuidado y a hacerse cargo de los modelos culturales que instalan en las mujeres la responsabilidad del cuidado familiar. Población objetivo: hogares (con dependientes y su red de apoyo) y Adultos de 60 años y más con dependencia (leve, moderada y severa). Personas en situación y/o condición de discapacidad. Por medio de este sistema se pretende articular todas las acciones a nivel territorial, con fines de entregar un sustento a las personas con dependencia sus cuidadores y familias. Durante 2017 está en proceso de implementación ¹¹⁹	MIDESO

¹¹⁷ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", 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.

¹¹⁸ Comunicado de la Presidencia de la República sobre lanzamiento del Programa Chile Cuida en la comuna de Santiago, marzo de 2017 <https://prensa.presidencia.cl/comunicado.aspx?id=50347>

¹¹⁹ Cuenta Pública Participativa MIDESO, abril de 2017

Programa	Descripción	Dependencia
Promoción de la autonomía y Atención a la Dependencia	<p>Busca promover la autonomía de las personas en situación de discapacidad y dependencia, como principio orientador del cuidado, buscando la inserción en su contexto social y comunitario, y su vinculación con las redes de rehabilitación, educación y trabajo, entre otras. Esto se desarrolla mediante proyectos que beneficien a personas en situación de dependencia, sus familiares y cuidadores a través de las siguientes acciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de cuidados: prestaciones de apoyo personal en actividades de la vida diaria directas con la persona o relacionadas con la mantención del hogar. • Entrega de apoyo psicosocial: acciones educativas, acciones para fomentar la participación social y apoyo a familias y cuidadores. • Realización de adaptaciones a la vivienda y orientación respecto a ayudas técnicas y otras modificaciones ambientales. <p>Estas acciones se concretan a través de dos estrategias:</p> <p>Programas de apoyo domiciliario: Orientados a solucionar o mejorar situaciones de dependencia en el domicilio de la persona, permitiéndoles desarrollar su autonomía y prevenir la aparición o el agravamiento de las situaciones de dependencia, permaneciendo en su entorno familiar.</p> <p>Programas ambulatorios: Dirigidos a apoyar a las personas en situación de discapacidad y dependencia, permitiendo la alternancia con el sistema familiar o residencial, asegurando el acceso a actividades de rehabilitación y fortalecimiento de la autonomía, y a actividades recreativas, laborales y de participación social y comunitaria, en relación con la red local de servicios.</p> <p>El Programa está dirigido a personas en situación de discapacidad inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad, con grados de dependencia gran o severo, priorizando a aquellos que tengan entre 18 y 59 años de edad y presenten un nivel socioeconómico bajo.</p>	SENADIS
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	<p>Consiste en la entrega de prestaciones socio-sanitarias de apoyo a las personas mayores con dependencia leve y situación de vulnerabilidad, sin desarraigarlas de su entorno. Para esto, instituciones sin fines de lucro postulan un proyecto, según asesoría y orientación técnica por parte de SENAMA. De ser seleccionadas, realizarán una valoración de la persona adulta mayor y elaboran un plan de intervención individual con el adulto mayor para participar en talleres que buscan mejorar su condición física y cognitiva, además de promover la participación e integración en la comunidad. También, se realizan servicios de apoyo a la familia o cuidadores informales, charlas con temáticas psico-gerontológicas y trabajo intersectorial con organismos de salud.</p>	SENAMA
Cuidados Domiciliarios	<p>Entrega un conjunto de servicios de apoyo socio-sanitarios a los/as adultos mayores en situación de dependencia moderada o severa en su domicilio. Estos servicios son otorgados por un/a asistente domiciliario/a capacitado/a para tal efecto. Cabe señalar, que los servicios que el asistente domiciliario entrega a la persona mayor en su hogar responden a un plan de intervención, que ha sido elaborado y revisado en conjunto con el adulto mayor, como con su cuidador principal cuando corresponda, todo esto, a fin de dar respuestas reales a las necesidades de cuidado de la persona mayor, y de esa forma contribuir a mejorar su calidad de vida, como la de su cuidador principal. Algunas de las prestaciones son confort e higiene, ayuda en la alimentación, estimulación física, cognitiva, signos vitales entre otras.</p> <p>Este programa permite que el adulto mayor permanezca mayor tiempo en su hogar, junto a su familia y sus redes, como también retrasa la institucionalización o internación de la persona en un establecimiento de salud o de larga estadía, además de otorgar un respiro al cuidador.</p> <p>Todo esto se logra a través del financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios, a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro, que cuentan con experiencia de trabajo con adultos mayores dependientes.</p>	SENAMA
Garantías Explícitas en Salud (GES)	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial, consultas de morbilidad de crónicos para personas de 15 años y más, en programa de adulto mayor. • Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2, Consultas de Morbilidad y controles de crónicos en Programa de Adulto Mayor. • Acceso y diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y 	MINSAL

Programa	Descripción	Dependencia
	<p>kinésicas del programa de adulto mayor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a diagnóstico y tratamiento de Depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico. • Acceso a diagnóstico y tratamiento de enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos, atención kinésica en programa de adulto mayor. • Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en menores de 65 años y más: consultas de morbilidad, controles de salud y controles del programa adulto mayor. • Acceso a tratamiento en personas mayores de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada. • Acceso a diagnóstico y tratamiento a Urgencia Odontológica Ambulatoria. • Acceso y entrega de ayudas técnicas (bastón, colchón antiescara. Silla de ruedas, etc.) para personas de 65 años o más 	
Programa Cuidados Paliativos	Entrega atención de las personas en su integridad: biológica, psicosocial y espiritual a lo largo de todas las fases de la enfermedad oncológica: desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida. Dado que se orientan a brindar respuestas integrales a las personas afectadas por patologías oncológicas, los cuidados paliativos requieren la conformación de equipos multidisciplinarios (integrados por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales), cuya labor esté basada en la garantía de derechos humanos esenciales: el alivio del dolor y del sufrimiento y la dignidad de las personas.	MINSAL
Programa de Asistencia Ventilatoria Invasiva en atención primaria	Propone soluciones para que las necesidades de niños y adultos con insuficiencia respiratoria crónica sean cubiertas transfiriendo tecnología, prestaciones derivada, capacitación y supervisión en sus domicilios, por equipos regionales especializados de profesionales de la Atención Primaria de Salud (modalidad 1), o por un diseño de externalización de servicios equivalentes y con una estrategia similar a la utilizada en otros Programa Nacionales como el de Oxigenoterapia Ambulatoria y Asistencia Ventilatoria No invasiva en Domicilio (modalidad 2).	MINSAL

Fuente: Elaboración del panel e información proporcionada por el programa.

El panel considera que estos programas se relacionan y pueden complementarse con el programa Dependencia Severa, para potenciar su intervención y resultados. En particular destacan los programas de Promoción de la autonomía y Atención a la Dependencia (SENADIS) y Cuidados Domiciliarios (SENAMA), por incluir a adultos mayores en situación de dependencia severa. Más relevantes son el Programa Chile Cuida y el Sistema Nacional de Cuidados, este último como una intervención de más largo plazo que se encuentra en etapa de implementación y que articula los ministerios de vivienda, salud, deportes, mujer y equidad de género, trabajo y desarrollo social.

No existen mecanismos establecidos de coordinación regulares entre el programa y los programas mencionados. No obstante, el programa señala que el sistema de cuidados plantea un flujo de articulación que podrá implementarse en el futuro¹²⁰. Además, según ha informado el programa¹²¹, dado que el programa se implementa bajo el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria, se espera que los equipos de salud detecten la necesidad y establezcan la coordinación con el programa para proveer la atención y su continuidad. Los dispositivos de Atención Primaria deben facilitar que las personas que están bajo control por el programa, accedan a todas las prestaciones entregadas por los establecimientos de APS, que están contemplados en el Plan de Salud Familiar, Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el establecimiento, y las prestaciones contempladas en los programas de reforzamiento, como por ejemplo: programas asociados al ámbito respiratorio, de salud cardiovascular, odontológicos, rehabilitación Integral, salud mental y otros.

A juicio del panel, este supuesto, que implica que el modelo de salud familiar funciona adecuadamente, puede ser aplicado a la coordinación del programa con otros programas del MINSAL ya señalados. Sin embargo, el programa no ha establecido ni definido un protocolo de coordinación con los programas a cargo de otras entidades (Dirección Sociocultural de la Presidencia, MIDESO, SENAMA y SENADIS). Esto significa que no existen instancias regulares de coordinación, sino convocatorias específicas en las que

¹²⁰ Reunión del panel con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017

¹²¹ Información proporcionada en reunión del panel con la Referente Técnico, 10 de abril de 2017

participa el programa. A juicio del panel, esta ausencia puede afectar negativamente el desarrollo del trabajo intersectorial que el programa define como necesario para sus resultados.

C. Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago

El Programa de Atención Domiciliaria es ejecutado en establecimientos de atención primaria dependientes de los Municipios y de los Servicios de Salud. Respecto de los criterios de asignación de recursos, en el caso de establecimientos dependientes de los municipios dichos criterios están fuera del ámbito de decisión de los gestores del programa. El aporte fiscal a la Municipalidades para el financiamiento de salud primaria¹²² es entregado a cada Municipalidad, en base a un mecanismo denominado *Sistema Per Cápita* y su monto es determinado sobre la base de la población inscrita validada Fonasa, ajustando por criterios tales como grado de pobreza comunal, comunas rurales, cantidad de beneficiarios mayores a 65 de años, entre otros¹²³.

Según información entregada por el programa¹²⁴, la transferencia de recursos varía de acuerdo a la dependencia del establecimiento. En el caso de aquellos que dependen de los municipios, los recursos contemplados en el per cápita se transfieren a los Servicios de Salud y estos a los departamentos de salud municipales. El monto dependerá de la población inscrita validada Fonasa en cada comuna, más los indexadores propios del Sistema Per Cápita (pobreza, zona, ruralidad y adulto mayor). Las Municipalidades tienen como rol la administración de los recursos, ejecutar el programa, monitorear cumplimiento de objetivos y entregar información mensual respecto de las atenciones de salud y de los pagos.

Para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, los recursos se transfieren mediante protocolo de acuerdo entre el Director(a) del Servicio de Salud y el Director(a) del establecimiento. Los Servicios de Salud monitorean, evalúan y transfieren los recursos. El panel no cuenta con información precisa sobre estos mecanismos.

Si los establecimientos de atención primaria dependientes de los Servicios de Salud no alcanzan a cumplir con las prestaciones programadas al 31 de agosto (segunda evaluación anual), entonces el excedente de recursos podrá distribuirse a otras comunas con recursos insuficientes para satisfacer la demanda enfrentada.

El programa incluye el pago de un estipendio a los cuidadores de la persona beneficiaria, que corresponde al 10.4% del ingreso mínimo mensual (\$26.000 y \$26.700 para los años 2016 y 2017, respectivamente). Para postular al beneficio, el cuidador debe cumplir con los siguientes requisitos¹²⁵:

1. Que la persona en situación de dependencia severa esté inscrita en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del MINSAL a través del establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio,
2. Que dicha persona tenga un cuidador no remunerado, y
3. Que dicha persona no se encuentre institucionalizada en un establecimiento de larga estadía para adulto mayor o en otro establecimiento de larga estadía para personas de menor edad¹²⁶.

El MINSAL debe informar mediante la Plataforma de Subsidios al Ministerio de Desarrollo Social las postulaciones que califican, según dichos requisitos, como potenciales beneficiarios del pago del subsidio señalado. En el caso que en una región existan más postulaciones que cupos disponibles, la Secretaría

¹²² El Sistema de Salud Primaria considera 103 prestaciones, dentro de las cuales se encuentra Visita Domiciliaria Integral.

¹²³ Véase Eje Gestión de Recursos Financieros APS – MINSAL http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf

¹²⁴ Texto perteneciente a la "Ficha de Antecedentes del Programa, Información Complementaria", 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.

¹²⁵ 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).

¹²⁶ Las condiciones 2 y 3 se constataron en la visita de seguimiento

Regional Ministerial de Desarrollo Social respectiva, deberá seleccionar las postulaciones aplicando como criterios de prelación en primer orden la severidad en la dependencia (medida a través del Índice de Barthel); en segundo término la antigüedad en la postulación, comenzando por la de mayor data; y en último término considerará la calificación socioeconómica de la persona en situación de dependencia severa. 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.

A juicio del panel, las condiciones establecidas para que un cuidador reciba el estipendio son adecuadas y no parece razonable agregar requisitos adicionales. Además, si no existen recursos suficientes para pagar un estipendio a todos los postulantes, entonces los criterios utilizados para ordenar los postulantes incorporan de forma conveniente los intereses de las personas con dependencia severa y sus cuidadores.

D. Funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable

Según consta en el decreto del programa correspondiente al año 2017¹²⁷, el monitoreo del programa en la red de atención primaria y hospitales comunitarios que lo desarrollan, corresponde ser efectuado en forma permanente por el Servicio de Salud respectivo, con énfasis en la cobertura del programa, el desarrollo de los subcomponentes¹²⁸ y la articulación con la red asistencial e intersectorial.

Para lo anterior, los encargados de los Servicios de Salud deben 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 estrategia¹²⁹. Según información entregada por el programa, el recurso humano con que cuentan los servicios, comunas y establecimientos no permite cumplir adecuadamente con la labor de monitorear la totalidad de la población bajo control. Sólo se realiza un porcentaje que corresponde a las auditorías, que son descritas en el siguiente párrafo. A juicio del panel, la imposibilidad de monitorear a la totalidad o a un porcentaje significativo por falta de recursos humanos es una debilidad del programa, pues en la práctica no se puede monitorear para evaluar el desempeño y establecer las mejoras necesarias.

Corresponde a los Servicios de Salud realizar la auditoría al funcionamiento del programa en las comunas y establecimientos participantes, a un 3% de la población bajo control en el programa. Sobre la base de esta auditoría y la información recopilada en el monitoreo trimestral con los equipos que desarrollan el programa y/o encargados por establecimiento o comunales, se elabora un Plan de Trabajo por Servicio de Salud, que debe ser enviado a la Referente Técnico Nacional en el mes de marzo de cada año. En el mes de diciembre de cada año, cada uno de los Servicios de Salud debe enviar un Informe de Cumplimiento de Plan de Trabajo propuesto y registro de las actividades realizadas con la red a la Referente Técnico Nacional. Según información del programa, la Referente Técnico Nacional no cuenta con el tiempo necesario para sistematizar, analizar y monitorear la ejecución de estos planes de trabajo¹³⁰, lo que el panel evalúa en forma negativa.

El formulario de Pauta de Auditoría se encuentra presente en la Orientación Técnica de 2014¹³¹. Sin embargo, el formato tanto de los Planes de Trabajo como del Informe de Cumplimiento no están presentes en dicha orientación, lo que el panel evalúa en forma negativa. No obstante, la Resolución Exenta N°1361¹³² establece que tanto la Pauta Auditoría, como la de los Planes de Trabajo e Informe de Auditoría serán entregadas en la Orientación Técnica del programa, lo que en el futuro resolverá esta deficiencia. Al

¹²⁷ Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.

¹²⁸ El decreto se refiere a los “componentes técnicos”, que han sido redefinidos como “subcomponentes” en esta evaluación, en acuerdo entre el programa y el panel

¹²⁹ En la visita realizada por el panel a Peñalolén, la encargada del Servicio de Salud Oriente señaló que realizaba trimestralmente dicho monitoreo.

¹³⁰ Reunión del panel con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017.

¹³¹ MINSAL. Orientación Técnica Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa 2014

¹³² Resolución Exenta N°1361. Aprueba Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. 14 de diciembre de 2016.

respecto es importante consignar que el programa se encuentra elaborando la orientación técnica para este año 2017¹³³.

Por otra parte, la evaluación asociada a indicadores se realiza en los meses de junio y diciembre según la siguiente tabla^{134/135}:

Tabla 8: Indicadores de evaluación considerados por el programa

Componente	Nombre Indicador	Numerador	Denominador	Medio de Verificación	Meta
Componente 1: Atención Domiciliaria	Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con dependencia severa	N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas con Dependencia Severa	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.	REM	Promedio de 2
	Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa	N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.	REM	Promedio de 6
	Porcentaje de cuidadoras(es) de personas con dependencia evaluados con Escala de Zarit	N° de Porcentaje de cuidadoras(es) de personas con dependencia evaluados con Escala de Zarit	N° de cuidadoras/es de personas con dependencia severa	REM	60%
	Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras	N° de personas con dependencia severa sin escaras	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	REM	92%
Componente 2: Articulación De la Red Intersectorial para personas Dependientes, sus Cuidadores(as) y Familias.	Porcentaje de Cuidadores capacitados	N° de cuidadores capacitados por el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa	N° de cuidadoras/es de personas con dependencia severa	REM	100%

Fuente: Información entregada por el programa.

El programa no ha explicitado la base técnica para fijar las metas de 2 visitas integrales y 6 de tratamiento y seguimiento. Además, el mínimo de 6 visitas de tratamiento y seguimiento resulta incoherente con la especificación del programa de que la verificación mensual de la situación de la persona dependiente y existencia de cuidador se debe realizar mensualmente, en la visita de seguimiento. Por otra parte, no se especifica la razón de que la aplicación del test de Zarit tenga una meta del 60% de los cuidadores, pues la aplicación de este instrumento es necesaria para definir el Plan de Cuidado del Cuidador, que es parte indispensable del programa y que por tanto debe ser desarrollado por el 100% de los cuidadores. Por último, no se plantea el fundamento técnico de la meta de personas sin escaras en 92%. Esta carencia de fundamentos para la definición de las metas es evaluada en forma negativa por el panel. No obstante, según información entregada por la Referente Técnico¹³⁶, todas las metas han sido definidas considerando los promedios del país y tensionando a su mejoramiento año a año, de acuerdo al consenso

¹³³ Información entregada al panel en reunión sostenida con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017.

¹³⁴ Ficha de antecedentes del programa, Información complementaria

¹³⁵ Esta tabla considera la definición de componentes realizada por el programa, previa a esta evaluación.

¹³⁶ Comentarios realizados al Informe Final entregado por este panel el 1 de junio de 2017.

alcanzado con los referentes técnicos de todo el país. A juicio del panel este criterio es inadecuado, pues fija las metas en función del rendimiento de los equipos y no de los resultados que se debieran esperar de acuerdo a criterios técnicos. A lo más podría utilizarse como una medida de avances, pero no de metas a alcanzar por el programa.

Por otra parte, los indicadores no forman parte de un sistema mayor de monitoreo y evaluación del programa. El panel no ha constado la existencia de análisis periódicos de estos u otros indicadores de seguimiento incluidos en el REM. Además, la información que se registra actualmente en el REM no permite cuantificar la mayoría de los indicadores de la matriz de marco lógico propuesta en esta evaluación, pues sólo es posible cuantificar 5 de los 17 indicadores considerados. Todas estas cuestiones son evaluadas en forma negativa por el panel, pues se concluye que el programa carece de un sistema de monitoreo que incluya el análisis de la información para retroalimentar la toma de decisiones en cuestiones como ajustar prioridades, asignar recursos, establecer criterios de focalización o su mejora, planificación, desempeño, entre las principales.

Por otra parte, el programa no cuenta con información sobre presupuesto ni gasto devengado en las comunas donde los recursos son proporcionados a través del sistema per cápita. En consecuencia, no cuenta con información oportuna que permita monitorear y analizar la eficiencia en el uso de los recursos y, consecuentemente, retroalimentar las decisiones en caso que sea necesario ajustar aspectos relevantes en el funcionamiento del programa.

El programa no cuenta con línea base, ni tampoco es posible contar con información que permita establecerla, pues la información referida a cada beneficiario se va actualizando periódicamente, eliminando la anterior. Esto es evaluado en forma negativa por el panel, pues no permite realizar una evaluación de los resultados y logros del programa.

El programa dispone de un documento que define como de evaluación cuyo título sugiere que comprende el año 2016¹³⁷. El documento carece de una explicación sobre el período evaluado y el tipo de evaluación que se propone. Incluye antecedentes de fundamentación del programa, estadísticas sobre la población en situación de dependencia, caracterización de la población bajo control a diciembre de 2016, revisión de los indicadores de monitoreo desde 2006 a 2016 (salvo porcentaje de cuidadores capacitados que incluye de 2011 a 2016); gestión financiera (2013 a 2017). No se entrega una conclusión sobre el desempeño del programa basada en el comportamiento de los indicadores de monitoreo que se describen. En la última sección se incluyen observaciones y desafíos que, se señala, se realizan, “En base a la información observada por los referentes de servicios de salud en sus informes de auditoría, jornadas nacionales de trabajo y los registros estadísticos”¹³⁸. Por todo lo descrito, el panel considera que este documento no cumple con la rigurosidad ni requerimientos técnicos para ser considerado propiamente como una evaluación del programa.

Por último, cabe consignar que el programa no cuenta con manuales o documentos de orientaciones técnicas que fundamenten su existencia, entreguen elementos de diagnóstico y evolución de la población objetivo, describan la intervención y las particularidades de su aplicación en el nivel local. El único documento de orientaciones técnicas corresponde a uno fechado el año 2014, cuyo texto casi en su totalidad corresponde a los decretos de aprobación del programa para los años 2013 y 2014. No obstante, es importante consignar que los decretos contienen argumentos para la fundamentación, datos de diagnóstico de la población objetivo, como también la descripción de la intervención. Es importante consignar que, como se señaló, el programa se encuentra elaborando la orientación técnica para este año 2017¹³⁹, lo que el panel evalúa en forma positiva.

¹³⁷ “Evaluación del Programa de Atención Integral para Personas con Dependencia Severa en APS. Año 2016”. Referente Técnico: Alison Carolina Morales San Martín.

¹³⁸ “Evaluación del Programa de Atención Integral para Personas con Dependencia Severa en APS. Año 2016”. Referente Técnico: Alison Carolina Morales San Martín (página 21).

¹³⁹ Información entregada al panel en reunión sostenida con la Referente Técnico, 22 de mayo de 2017.

Anexo 4: Análisis de Género de programas Evaluados

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO								
INFORMACIÓN DEL PROGRAMA			EVALUACIÓN DEL PROGRAMA					RECOMENDACIONES
Nombre Programa	Producto Estratégico Asociado ¿Aplica Enfoque de Género? (PMG)	Objetivo del Programa	¿Corresponde incorporación Enfoque de Género en el Programa según evaluación? ¿Por qué?	¿Se debió incorporar en definición de población objetivo? Si/No	¿Se debió incorporar en definición de propósito o componente? Si/No	¿Se debió incorporar en provisión del servicio? Si/No	¿Se debió incorporar en la formulación de indicadores? Si/No	
				¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	¿Se incorpora? Si/No	
				Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	Satisfactoriamente / Insatisfactoriamente	
Programa atención domiciliaria a personas con dependencia severa	Sí	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	Corresponde en las estrategias de detección de beneficiarios potenciales, en la planificación de las actividades y prestaciones entregadas y en el enfoque de intervención, con estrategias de sensibilización pertinentes y diferenciadas según género	No	No	Sí	Sí	Definir intervenciones diferenciados por sexo para la persona en situación de dependencia severa y su cuidador
				No	No	No	No	
				n/a	n/a	n/a	n/a	

Con respecto a la identificación del problema, la situación de discapacidad severa afecta a hombres y mujeres, pero tiene mayor prevalencia en estas últimas. En efecto, según la ENDISC 2015¹⁴⁰ el 5,8% de los hombres se encuentra en situación de discapacidad severa, porcentaje que asciende al 10,9% de las mujeres. Además, del total de personas en situación de discapacidad severa, el 66,6% corresponde a mujeres. El panel considera que la definición de población objetivo del programa es adecuada en términos de género, pues incluye a hombres y mujeres.

La mayor parte de los beneficiarios del programa son mujeres, las que han representado en promedio el 60% del total de beneficiarios entre los años 2013 y 2016. El panel estima que esta participación es coherente con la mayor prevalencia presentada por las mujeres. Además, la gran mayoría de las personas que ejercen como cuidadoras son mujeres. Según información entregada por el programa¹⁴¹, a junio de 2016 se registraban 17.212 cuidadores que recibían un estipendio como parte del programa. De estos cuidadores, un 88 % correspondía a mujeres. Por ello, el panel considera que el programa debiera definir estrategias diferenciadas según género, tanto para la persona en situación de dependencia 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. Es importante señalar que la necesidad de aplicar enfoque de género ha sido reconocida por el programa.

Anexo 5: Ficha de Presentación de Antecedentes Presupuestarios y de Gastos.

El detalle se presenta a continuación:

¹⁴⁰ SENADIS. Segundo Estudio Nacional sobre la Discapacidad en Chile 2015. Servicio Nacional de la Discapacidad, Santiago 2016.

¹⁴¹ 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.

Dirección de Presupuestos

NOMBRE DEL PROGRAMA:

ANEXO 5

FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS DEL PROGRAMA

Instrucciones generales

A efectos de comparar presupuestos y gastos, todas las cifras contenidas en este anexo deben ser expresadas en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar por los correspondientes factores señalados en la siguiente tabla:

Año	Factor
2013	1,1670
2014	1,1178
2015	1,0712
2016	1,0300
2017	1,0000

(*) NOTA: Los factores de actualización de moneda podrían variar o sufrir modificaciones durante el transcurso de la evaluación

I. Fuentes de financiamiento del Programa, periodo 2013-2017.

Corresponde incluir las fuentes de financiamiento del programa, sus montos (presupuesto) y porcentajes respectivos. Si no se cuenta con información de presupuesto para alguno de los ítems, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro. Las fuentes a considerar son las que se describen a continuación:

1. Fuentes presupuestarias:

1.1. Asignación Específica al Programa: Corresponde al presupuesto asignado al programa en la Ley de Presupuestos de los respectivos años.

1.2. Asignación institución responsable: Son los recursos financieros aportados al Programa por la institución responsable del mismo y que están consignados en la Ley de Presupuestos en los respectivos subítems: 21 "Gastos en Personal", 22 "Bienes y Servicios de Consumo", 29 "Adquisición de Activos No Financieros" u otros. Ver clasificadores presupuestarios en documento "Instrucciones para Ejecución del Presupuesto del Sector Público" en http://www.dipres.gob.cl/594/articulos-134517_doc_pdf.pdf

1.3. Aportes en Presupuesto de otras instituciones públicas: Son los recursos financieros incorporados en el presupuesto de otros organismos públicos (Ministerios, Servicios y otros), diferentes de la institución responsable del programa y que no ingresan a su presupuesto. Corresponderá incluir el detalle de dichos montos identificando los organismos públicos que aportan.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en tabla de la hoja "Portada".

2. Fuentes Extrapresupuestarias:

Son los recursos financieros que **no provienen** del Presupuesto del Sector Público, tales como: aportes de Municipios, organizaciones comunitarias, los propios beneficiarios de un programa, sector privado o de la cooperación internacional. Corresponderá elaborar las categorías necesarias e incluir el detalle de los montos provenientes de otras fuentes de financiamiento, identificando cada una de ellas. Si no se cuenta con información de presupuesto para este ítem, incluir información de gastos, explicitando esto en una nota al pie del cuadro.

Cuadro Nº1
Fuentes de financiamiento del Programa, periodo 2013-2017 (en miles de pesos año 2017)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría, pues los totales, porcentajes y variaciones se calcularán automáticamente.

Fuentes de Financiamiento	2013		2014		2015		2016		2017		Variación 2013-2017
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Presupuestarias	\$ 15.886.958	100%	\$ 16.011.456	100%	\$ 15.925.166	100%	\$ 16.354.607	100%	\$ 8.331.514	100%	3%
1.1. Asignación específica al Programa	\$ 8.258.325	52%	\$ 8.147.354	51%	\$ 8.042.076	50%	\$ 8.331.244	51%	\$ 8.331.514	100%	1%
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	\$ 7.628.633	48%	\$ 7.864.102	49%	\$ 7.883.090	50%	\$ 8.023.363	49%	\$ 0	0%	5%
2. Extrapresupuestarias	\$ 0	0%	\$ 0	0%							
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	\$ 0	0%	
Total	\$ 15.886.958		\$ 16.011.456		\$ 15.925.166		\$ 16.354.607		\$ 8.331.514		3%

Fuente:

2. Información presupuestaria del Programa respecto del presupuesto de la Institución Responsable

En la primera columna de la matriz de datos, se incluyen los montos del presupuesto inicial de la Institución Responsable, considerando la totalidad de los recursos institucionales. La cifra corresponde al presupuesto inicial aprobado en la Ley de Presupuestos del año respectivo.

En la segunda columna de la matriz de datos, se incluyen los montos del presupuesto inicial del Programa, sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable. **Las cifras coinciden con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1 "Fuentes de Financiamiento del Programa".**

Cuadro N°2
Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2013-2017

NOTA: Sólo debe completarse la columna "presupuesto inicial de la Institución responsable" ya que el resto del cuadro se completa y calcula automáticamente con información proveniente del cuadro 1.

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2013	\$ 1.130.498.289	\$ 8.258.325	0,73%
2014	\$ 1.194.487.713	\$ 8.147.354	0,68%
2015	\$ 1.305.774.143	\$ 8.042.076	0,62%
2016	\$ 1.411.694.312	\$ 8.331.244	0,59%
2017	\$ 1.524.667.712	\$ 8.331.514	0,55%

Fuente:

3. Ejecución presupuestaria del programa

Se debe señalar el total de presupuesto y gasto del programa en evaluación, desagregado en los subtítulos presupuestarios de: (i) personal, (ii) bienes y servicios de consumo, (iii) transferencias, (iv) inversión, y (v) otros, los que se pide identificar. Cuando los recursos que provienen de la Institución Responsable (1.2 Cuadro 1) no tengan una desagregación directa según su aporte al programa, se debe realizar la estimación correspondiente, asumiendo el programa respectivo como un Centro de Costos (adjuntar anexo de cálculo y supuestos de dicha estimación en el punto 7. Metodología). A continuación se especifican los Subtítulos presupuestarios a considerar :

Personal	Subtítulo 21
Bienes y Servicios de Consumo	Subtítulo 22
Transferencias	Subtítulos 24 y 33
Inversión	Subtítulos 31 y 29
Otros	Otros Subtítulos

Nota: (1) Fuente: Normativa del Sistema de Contabilidad General de la Nación - Oficio C.G.R. N° 60.820, de 2005.

En la primera columna de la matriz de datos, corresponde incluir los montos del presupuesto inicial del Programa (A), sólo provenientes de la asignación específica al programa y de la asignación de la institución responsable (**Las cifras deben coincidir con la suma de los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1**).

En la segunda columna de la matriz de datos, se ingresa el Presupuesto Vigente (B), que se encuentra disponible en los reportes de ejecución elaborados por DIPRES. Ver Informes de Ejecución por Programa al Cuarto trimestre, disponible en www.dipres.gob.cl

El gasto devengado (C) corresponde a todos los recursos y obligaciones del programa que se generen, independientemente de que éstas hayan sido o no percibidas o pagadas. La información contenida en este punto debe ser consistente con la del Cuadro N°4 "Gasto Total del Programa", en lo que se refiere a la columna de gasto devengado del presupuesto inicial.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada":

Cuadro N°3
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2013-2016
(en miles de pesos año 2017)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría de presupuesto y gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

AÑO 2013	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 110.594	\$ 0	\$ 110.594	#DIV/0!	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 588.143	\$ 0	\$ 586.477	#DIV/0!	99,7%
Transferencias	\$ 7.559.587	\$ 0	\$ 7.559.586	#DIV/0!	100,0%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Total	\$ 8.258.325	\$ 0	\$ 8.256.657	#DIV/0!	100,0%

Fuente:

AÑO 2014	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 109.110	\$ 0	\$ 109.110	#DIV/0!	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 591.957	\$ 0	\$ 567.555	#DIV/0!	95,9%
Transferencias	\$ 7.446.287	\$ 0	\$ 7.446.287	#DIV/0!	100,0%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Total	\$ 8.147.354	\$ 0	\$ 8.122.952	#DIV/0!	99,7%

Fuente:

AÑO 2015	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 107.698	\$ 0	\$ 107.698	#DIV/0!	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 584.305	\$ 0	\$ 571.018	#DIV/0!	97,7%
Transferencias	\$ 7.350.072	\$ 0	\$ 7.350.072	#DIV/0!	100,0%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Total	\$ 8.042.076	\$ 0	\$ 8.028.789	#DIV/0!	99,8%

Fuente:

AÑO 2016	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	\$ 110.622	\$ 0	\$ 110.622	#DIV/0!	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 476.464	\$ 0	\$ 474.743	#DIV/0!	99,6%
Transferencias	\$ 7.744.158	\$ 0	\$ 6.697.827	#DIV/0!	86,5%
Inversión	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Otros (Identificar)	\$ 0	\$ 0	\$ 0	#DIV/0!	#DIV/0!
Total	\$ 8.331.244	\$ 0	\$ 7.283.193	#DIV/0!	87,4%

Fuente:

AÑO 2017	Presupuesto Inicial
Personal	\$ 110.892
Bienes y Servicios de Consumo	\$ 476.464
Transferencias	\$ 7.744.158
Inversión	\$ 0
Otros (Identificar)	\$ 0
Total	\$ 0

4. Gasto Total del Programa

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluidos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas (1.3) o provenientes de "Fuentes Extrapresupuestarias" (2.1. otras fuentes), señaladas en el cuadro N° 1.

En la primera columna de la matriz de datos, corresponde incluir el **gasto devengado del presupuesto asignado** en la Ley de Presupuestos. En otras palabras, este gasto es el financiado con los recursos consignados en los puntos 1.1. y 1.2. del Cuadro N°1 "Fuentes de Financiamiento del Programa" y presentado en la cuarta columna del Cuadro 3 "Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)".

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2017, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada".

En la última columna, el monto **total de gasto del programa** para cada año deberá ser igual al monto total del Cuadro N°5 "Gastos Total del Programa según uso" del respectivo año.

Cuadro N°4
Gasto Total del Programa, período 2013-2016
(en miles de pesos año 2017)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo las celdas de la segunda columna "Otros gastos". La columna "Gasto Devengado del Presupuesto" se completa automáticamente con la información del cuadro N° 3. El total se calculará automáticamente.

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2013	\$ 8.256.657	\$ 7.628.633	\$ 15.885.290
2014	\$ 8.122.952	\$ 7.864.102	\$ 15.987.054
2015	\$ 8.028.789	\$ 7.883.090	\$ 15.911.879
2016	\$ 7.283.193	\$ 8.276.985	\$ 15.560.178

Fuente:

5. Gasto Total del Programa, desagregado según uso

En este cuadro se debe incluir el total de gasto por año del Programa, incluidos aquellos con cargo a los recursos aportados por otras instituciones públicas o provenientes de las otras fuentes señaladas en el cuadro N° 1 (ingresos obtenidos, aportes privados, etc.) y presentado en la última columna del Cuadro 4.

Corresponde señalar el desglose del gasto total del programa (incluidas todas las fuentes de financiamiento) en: (i) gastos de administración y (ii) gastos de producción de los componentes del programa.

Los **gastos de administración** se definen como todos aquellos desembolsos financieros que están relacionados con la generación de los servicios de apoyo a la producción de los componentes, tales como contabilidad, finanzas, secretaría, papelería, servicios de luz, agua, etc..

Los **gastos de producción** corresponden a aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de subsidios, becas, prestaciones de salud, etc..

Los gastos de administración y producción deben ser desagregados según su uso, considerando recursos destinados a: (i) Recursos Humanos y (ii) Otros Gastos. Los recursos efectivamente destinados a la contratación de personal (Recursos Humanos) pueden ser independientes de su fuente de financiamiento y de si éstos son dedicados a la producción de los componentes o para la gestión/administración del programa. En los Otros Gastos se deben incorporar todos los gastos que no corresponden a contratación de personal y pueden desagregarse en la medida en que la evaluación lo requiera y la información así lo permita.

A efectos de comparar presupuestos y gastos, éstos deben ser expresados en moneda de igual valor. Para actualizar los valores en pesos nominales a valores en pesos reales del año 2016, deberá multiplicar los primeros por los correspondientes factores señalados en la tabla de la hoja "Portada":

NOTA: 1) Para aclarar la definición de "Gastos de Administración" y "Gastos de Producción" se sugiere revisar el capítulo XV de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías",
2) Para completar el Cuadro ingrese sólo cada categoría de gasto, pues los totales y porcentajes se calcularán automáticamente.

Cuadro N°5
Gastos Total del Programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción, período 2013-2016
(en miles de pesos año 2017)

AÑO 2013	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 110.594	\$ 2.722.338	\$ 2.832.932	17,8%
Otros Gastos	\$ 13.052.358	\$ 0	\$ 13.052.358	82,2%
Total	\$ 13.162.952	\$ 2.722.338	\$ 15.885.290	-----
%(Gasto Produc. Vs Admin)	82,9%	0,171374766	-----	-----

Fuente:

AÑO 2014	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 109.110	\$ 2.737.944	\$ 2.847.053	17,8%
Otros Gastos	\$ 13.140.001	\$ 0	\$ 13.140.001	82,2%
Total	\$ 13.249.110	\$ 2.737.944	\$ 15.987.053,93	-----
%(Gasto Produc. Vs Admin)	82,9%	0,171260058	-----	-----

Fuente:

AÑO 2015	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 107.698	\$ 2.754.993	\$ 2.862.691	18,0%
Otros Gastos	\$ 13.049.188	\$ 0	\$ 13.049.188	82,0%
Total	\$ 13.156.887	\$ 2.754.993	\$ 15.911.879	-----
%(Gasto Produc. Vs Admin)	0,826859386	0,173140614	-----	-----

Fuente:

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	\$ 110.622	\$ 2.807.973	\$ 2.918.595	18,8%
Otros Gastos	\$ 12.387.961	\$ 253.622	\$ 12.641.583	81,2%
Total	\$ 12.498.583	\$ 3.061.595	\$ 15.560.178	-----
%(Gasto Produc. Vs Admin)	80,3%	0,196758331	-----	-----

Fuente:

6. Gasto de producción de los Componentes del Programa

Se debe señalar el monto total de gastos involucrados en la producción de cada componente del programa (1). En los casos que corresponda se debe hacer la desagregación por región, considerando el gasto efectivo realizado en cada región.

Los gastos de producción de los componentes del programa son aquellos directamente asociados a la producción de los bienes y/o servicios (componentes) del programa, tales como pago de El total de gasto de producción de cada año, debe ser coincidente con el total anual de Gasto de Producción del Cuadro 5.

Nota:

(1) Ver Anexo II de documento "Evaluación Ex-post: Conceptos y Metodologías", División de Control de Gestión, DIPRES, 2015; en http://www.dipres.gob.cl/594/articles-135135_doc_pdf.pdf

Cuadro N°6
Gasto de producción de los Componentes del Programa, período 2013-2016
(en miles de pesos año 2017)

NOTA: Para completar el Cuadro ingrese sólo las celdas con los montos de gastos de cada componente por región, pues los totales se calcularán automáticamente

AÑO 2013	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 43.194	\$ 95.950	\$ 136.506	\$ 71.220	\$ 241.028	\$ 658.459	\$ 339.946	\$ 511.072	\$ 1.507.169	\$ 802.219	\$ 293.455	\$ 833.213	\$ 50.778	\$ 81.772	\$ 1.991.534	\$ 7.657.514
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.507.106	\$ 5.507.106
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 43.194	\$ 95.950	\$ 136.506	\$ 71.220	\$ 241.028	\$ 658.459	\$ 339.946	\$ 511.072	\$ 1.507.169	\$ 802.219	\$ 293.455	\$ 833.213	\$ 50.778	\$ 81.772	\$ 7.498.640	\$ 13.164.620

Fuente:

AÑO 2014	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 67.986	\$ 103.118	\$ 153.213	\$ 69.287	\$ 241.693	\$ 657.418	\$ 367.581	\$ 505.831	\$ 1.431.290	\$ 784.282	\$ 284.957	\$ 787.210	\$ 52.698	\$ 82.299	\$ 1.957.940	\$ 7.546.803
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.726.708	\$ 5.726.708
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 67.986	\$ 103.118	\$ 153.213	\$ 69.287	\$ 241.693	\$ 657.418	\$ 367.581	\$ 505.831	\$ 1.431.290	\$ 784.282	\$ 284.957	\$ 787.210	\$ 52.698	\$ 82.299	\$ 7.684.648	\$ 13.273.511

Fuente:

AÑO 2015	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 67.108	\$ 101.786	\$ 151.233	\$ 78.025	\$ 238.570	\$ 639.611	\$ 362.832	\$ 499.295	\$ 1.406.374	\$ 780.249	\$ 281.275	\$ 772.543	\$ 52.017	\$ 81.236	\$ 1.937.136	\$ 7.449.289
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.720.884	\$ 5.720.884
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 67.108	\$ 101.786	\$ 151.233	\$ 78.025	\$ 238.570	\$ 639.611	\$ 362.832	\$ 499.295	\$ 1.406.374	\$ 780.249	\$ 281.275	\$ 772.543	\$ 52.017	\$ 81.236	\$ 7.658.020	\$ 0

Fuente:

AÑO 2016	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 6.839.406	\$ 6.839.406
Componente 2	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 5.802.476	\$ 5.802.476
Componente ...	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
Total	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.641.882	\$ 12.641.882

Fuente:

ESTIMACIÓN GASTOS DE ADMINISTRACIÓN PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA

I)- SUELDOS PARA CADA NIVEL DE ADMINISTRACIÓN

NIVEL	ASIGNACIÓN MENSUAL 2017 \$	FUENTE
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	1.158.133	CRL 2016 - 2017, Categoría B (Enfermera Universitaria), Nivel 8 (16 años de experiencia)
SERVICIO DE SALUD	1.706.500	DIGEDEP 2017, Profesional (Enfermera Universitaria), Ley 18.834 , Cálculo promedio considerando a los 29 Servicios de Salud.
MINSAL	2.544.798	Depto RRHH, MINSAL, remuneración promedio entre grado Profesional 5 y 6, de la tabla de sueldos Ley 18.834

II)- ESTIMACIÓN GASTOS DE ADMINISTRACIÓN PROGRAMA

NIVEL	TIEMPO MENSUAL DESTINADO AL PROGRAMA	N°	REMUNERACIÓN POR HORA \$ (3)	GASTO MENSUAL \$	GASTO ANUAL 2017 \$	1,041	1,06	1,05
						GASTO ANUAL 2016 \$	GASTO ANUAL 2015 \$	GASTO ANUAL 2014 \$
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD (1)	20	1.748	6.580	230.047.328	2.760.567.933	2.651.842.395	2.501.738.108	2.382.607.722
SERVICIO DE SALUD	18	29	9.696	5.061.324	60.735.886	58.343.791	55.041.312	52.420.297
MINSAL (2)	96	1	14.459	1.388.071	16.656.856	16.000.823	15.095.116	14.376.301
TOTAL \$				236.496.723	2.837.960.675	2.726.187.008	2.571.874.536	2.449.404.320

NOTAS:

(1) CONSULTORIO URBANO RURAL, CONSULTORIO GENERAL RURAL Y POSTAS RURALES, TOTAL 1748

(2) MINSAL, 8 HRS GESTION TECNICO FINANCIERA Y 88 HRS GESTIÓN TÉCNICA SANITARIA

(3) EL VALOR DE LA REMUNERACIÓN HORA, SE CALCULÓ EN BASE A LA REMUNERACIÓN TOTAL MENSUAL DIVIDIDO POR EL NUMERO DE HORAS MENSUALES (176 HRS)

(4) PARA ESTIMAR LOS AÑOS 2016 AL 2013, SE ASUMIO EL MISMO TIEMPO DEDICADO AL PROGRAMA Y LOS MISMOS ESTABLECIMIENTOS DEL AÑO 2017, SOLO SE DEFLACTO EL VALOR INFLACTOR DEL SUBT. 21; 4,1% (2016), 6% (2015), 5% (2014) Y 5% (2013).

