

# Programa Residencias y Hogares Protegidos

Versión: 4  
Ministerio de Salud  
Subsecretaría de Redes Asistenciales  
Año de inicio: 1998  
Año de término: Permanente

## 1. ANTECEDENTES

**Unidad responsable:** Unidad de Salud Mental DIGERA

**Nombre del encargado:** Daniel Venegas

**Cargo:** Profesional Unidad de Salud Mental, DIGERA

**Teléfono(s):** 240790

**E-mail:** daniel.venegas@minsal.cl

**Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:**

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	2	3	22	09	002
16	02	03	22	05	001
16	02	03	22	05	002
16	02	03	22	05	003
16	02	03	22	05	005
16	02	03	22	05	006
16	02	03	22	05	007
16	02	03	22	03	003
16	02	03	22	08	001
16	02	03	22	06	001
16	02	03	22	04	012
16	02	03	22	01	001
16	02	03	22	04	007
16	02	03	22	12	999
16	02	03	22	11	001
16	02	03	22	12	999

**Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022":** PROGRAMA DE GOBIERNO 2018-2022  
CONSTRUYAMOS TIEMPOS MEJORES PARA CHILE

UNA SOCIEDAD INCLUSIVA CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Revisar y reforzar la Oferta Programática Residencial y Ambulatoria, priorizando garantizar las subvenciones a los adultos con discapacidad que se encuentran en instituciones residenciales. También se desarrollarán estrategias de atención ambulatoria para evitar que este número de personas se incremente. Pág. 120

**¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?:** Ninguno

**Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):**

Regular y supervisar la implementación de las políticas gubernamentales del sector, a través del diseño de estrategias, normas, planes y programas para mejorar la coordinación y articulación de la red asistencial buscando eficiencia y el correcto uso de los recursos fiscales. Centrar la gestión en las personas, implementando acciones de carácter preventivo y promocional, que permita anticiparse al daño y satisfacer las necesidades de la salud de los usuarios durante todo su ciclo vital.

**Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos):** Objetivo Estratégico N° 1

Mejorar la gestión de los Servicios de Salud y sus establecimientos, optimizando sus procesos clínicos y resultados, para la solución de los problemas de salud de la población a cargo.

Objetivo Estratégico N° 5

Optimizar el uso eficiente de los recursos, reconociendo los factores que condicionan mayores gastos en salud, explicitando el déficit estructural del sector para lograr el equilibrio financiero y avanzar en un modelo de financiamiento con mayor equidad.

**Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados:** CONSTITUCION POLITICA DE LA REPUBLICA DE CHILE, 2005

Derecho a la vida y a la integridad física y psíquica (artículo 19 N° 1)

Derecho a la protección de la salud. (artículo 19 N° 9)

Derecho a la seguridad social (artículo 19 N° 18)

Ley 20.422 ESTABLECE NORMAS SOBRE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES E INCLUSIÓN SOCIAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, 2010

Artículo 12.- El Estado promoverá la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o

servicios de apoyo, los que se entregarán considerando el grado de dependencia y el nivel socioeconómico del postulante. La atención de las personas con discapacidad en situación de dependencia, deberá facilitar una existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social.

Artículo 18.- La prevención de las discapacidades y la rehabilitación constituyen una obligación del Estado y, asimismo, un derecho y un deber de las personas con discapacidad, de su familia y de la sociedad en su conjunto.

Artículo 21.- La rehabilitación integral es el conjunto de acciones y medidas que tienen por finalidad que las personas con discapacidad alcancen el mayor grado de participación y capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en consideración a la deficiencia que cause la discapacidad.

Ley 20.584 DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES (JULIO 2012)

Artículo 2º.- Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes.

La atención que se proporcione a las personas con discapacidad física o mental y a aquellas que se encuentren privadas de libertad, deberá regirse por las normas que dicte el Ministerio de Salud, para asegurar que aquella sea oportuna y de igual calidad.

LEY N° 2.763 DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DE SALUD DISPOSICIONES PRELIMINARES

2005.

DE LOS ORGANISMOS PÚBLICOS DE SALUD DISPOSICIONES PRELIMINARES

Decreto con fuerza de ley:

LIBRO I

Artículo 1º.- Al Ministerio de Salud y a los demás organismos que contempla el presente Libro, compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.

Plan Nacional de Salud Mental 2017 - 2025. Resolución Exenta N° 1286 del 24 de octubre de 2017.

"El programa de Hogares y Residencias Protegidas financiadas por el sector salud brinda soporte social, otorgando una alternativa habitacional y servicios y servicios de apoyo a quienes lo requieren.

MODELO DE GESTIÓN DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL, RESOLUCIÓN EXENTA N° 296 de 6 de marzo de 2018.

## 2. DIAGNÓSTICO

**Problema principal que el programa busca resolver:** Las personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica, en situación de dependencia funcional de moderada a severa y redes de apoyo insuficiente, requieren una oferta residencial adecuada que dé respuesta a sus necesidades de vivienda, asistencia personal y cuidados; en un entorno inclusivo.

**Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño.**

**Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros).**

**Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):** El programa se crea en un contexto social marcado por una tendencia generalizada hacia el aumento de la incidencia de enfermedades mentales y también por una creciente preocupación, por parte de la comunidad internacional, respecto a la situación de vulnerabilidad de las personas con enfermedades mentales, en especial de quienes se encontraban institucionalizadas en hospitales psiquiátricos. Ambas tendencias orientan a los países a poner en el centro del debate la garantía de los derechos de las personas con enfermedades mentales, de manera especial instando a los Estados a garantizar el acceso a salud, vivienda y bienestar en general de este grupo poblacional, a través de la ratificación y consagración de Convenios Internacionales y la elaboración de políticas nacionales de salud mental. Antes del año 1990 las personas que presentaban enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia funcional terminaban institucionalizada en hospitales psiquiátricos y otros dispositivos residenciales masivos.

Un porcentaje importante de estas personas, con los apoyos adecuados, podían vivir en un entorno social más inclusivo. En este momento se crean los primeros Hogares Protegidos, orientados des institucionalizar a las personas en situación de dependencia pero que requerían menos apoyos para vivir en la comunidad de manera más o menos independiente. En una segunda etapa, año 2000 en adelante, se implementan estrategias para seguir des institucionalizando a personas con mayores niveles de dependencia y que requerían estrategias residenciales que brindaran mayores niveles de apoyo para vivir en la comunidad, en esto momento se crean las Residencias Protegidas.

De la población en hospitales psiquiátricos y otras instituciones del tipo asilar y/o manicomial, en 2020, todavía queda un grupo de alrededor de 300 personas que, con los apoyos adecuados, podrían vivir en espacios residenciales no masivos y en un entorno comunitario más inclusivo.

Sumado a lo anterior se debe considerar que un 3,3% de la población nacional presenta una prevalencia de enfermedades mentales, de trastorno de tipo severo y del total de personas en situación de discapacidad (20% a nivel nacional), casi un 50% cuenta con niveles de dependencia leve y moderada, mientras que el porcentaje restante presenta niveles de dependencia severa. De hecho, en cuanto a la relación entre trastornos mentales y discapacidad, según las mismas cifras, en Chile, del total de las poblaciones FONASA mayor de 20 años el año 2013 (8.520.758 personas), el 12,93%, es decir 1.101.734 personas, presentan algún tipo de discapacidad. De ese total, el 5,7%, es decir, 62.798 personas presentan discapacidad moderada a severa, requiriendo de cuidados y apoyo integral en las actividades del diario vivir. De este último grupo, el 8% (5.023) presenta discapacidad psíquica. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

**A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Mundial sobre Discapacidad establece una estimación de más de mil millones de personas en la población mundial que vive con algún tipo de discapacidad (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Martínez Ríos afirma que en los países más desarrollados, las personas con discapacidad, tienen riesgo de sufrir la exclusión social, mientras que en los países en vías de desarrollo se encontrarían entre los grupos de población con más riesgo de vivir en una situación de pobreza.

En la misma línea, Palmer et al. exponen que las personas con discapacidad tienen el doble de posibilidades de vivir por debajo del umbral de la pobreza (hogares con ingresos inferiores al 60% de la media en cuanto a renta nacional) que las personas sin discapacidad, las cifras actuales sugieren que alrededor del 16% de la población vive en un estado de pobreza relativa, siendo un 30% en las personas con discapacidad.

La discapacidad es un fenómeno social; no se trata simplemente de un problema médico que afecte de manera aislada a ciertos individuos, sino de un colectivo estructuralmente condenado a la marginación por la incapacidad de adaptación a sus necesidades por parte de la sociedad en la que

viven. En este sentido «...las personas designadas como discapacitadas, sea cual sea la definición que se les dé, experimentarán siempre diversos grados de desventajas económicas, políticas y sociales en unas sociedades articuladas en torno al conjunto central de valores capitalistas del esfuerzo individual, la racionalidad económica y la búsqueda del beneficio. Desde esta perspectiva Sen considera que va a ser más fácil que las personas con discapacidades experimenten situaciones de desigualdad con respecto al acceso a los recursos y a la satisfacción de sus necesidades para su bienestar, puesto que van a requerir de más recursos de acuerdo con esas limitaciones para alcanzar los mismos fines y/o garantizar su bienestar.

**Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:** La mayoría de las personas en situación de discapacidad sobre 18 años con dependencia funcional, se encuentran concentrados en los primeros tres quintiles de ingreso autónomo, es decir, tienen menores ingresos que sus contrapartes. (SENADIS, 2017)

Esto evidencia que la dependencia y la discapacidad tiene mayor prevalencia en los hogares de menores ingresos, poniéndolos en una situación aún más desventajada, por lo que acciones concretas de apoyo a dicho grupo de población por parte del Estado deberían apuntar a aliviar esta carga adicional, considerando la severidad de la dependencia y discapacidad del familiar que requiere de estos cuidados.

La protección de la dependencia, entonces, incluye un aspecto societal relevante: la cobertura de aquellos miembros de la sociedad que ya no pueden valerse por sí mismos. Un Estado que incluye la protección del riesgo social es uno que piensa en la protección de manera solidaria en busca de una sociedad más justa.

Desde esta perspectiva se espera:

Disminuir el número de personas con enfermedad mental o discapacidad psíquica, en situación de dependencia funcional de moderada a severa y redes de apoyo insuficiente, que se encuentran en situación de marginación y pobreza.

Evitar el riesgo de exclusión social en el que se encuentran estas personas.

Disminuir el impacto económico que tiene en las familias el tener que hacerse cargo de un familiar en situación de dependencia.

Evitar la institucionalización en hospitales psiquiátricos o en espacios residenciales masivos y poco inclusivos.

Evitar la vulneración de derechos a las que son susceptibles estas personas debido a las dificultades para sostenerse y autoprotgerse.

**De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados:** Las familias siguen siendo importantes proveedores de servicios de apoyo. En uno de cada tres hogares vive una persona en situación de discapacidad (ENDISC, 2004) la carga que asumen las familias en este aspecto en el país es bastante alta, si se considera además la situación de dependencia.

La asistencia personal a personas adultas con dependencia funcional es mayoritariamente ejercida por mujeres familiares que no reciben remuneración por sus labores, confirmando lo expuesto en la literatura. Las PeSD severa y las personas en situación de dependencia severa utilizan en mayor medida servicio doméstico o asistencia personal de tipo profesional o de salud que, por definición, es remunerado.

De este modo, el 93,6% de los cuidadores de PeSD sobre 18 años no son remunerados y sólo un 6,4% recibe pago por sus labores. Si se desagregan estas cifras por dependencia y discapacidad, se confirma que la mayoría de los cuidadores no reciben remuneración. Sin embargo, el porcentaje de asistencia personal remunerada es mayor para aquellas personas que se encuentran en situación de discapacidad y dependencia funcional y menor para aquellos sólo en situación de discapacidad o dependencia.

Las personas que se encuentran sólo en situación de discapacidad y sólo en situación de dependencia funcional tienen ingresos familiares similares (\$644.810 y \$733.410 respectivamente). Sin embargo, aquellas personas que se encuentran en situación de dependencia y discapacidad tienen menores ingresos que sus contrapartes (\$577.066).

El 99% de los residentes en Hogares y residencias Protegidas recibe una Pensión Básica Solidaria por Invalidez, que a fecha de hoy es de \$147.374, en una estimación considerando 1.800 residentes, corresponde a alrededor de 3.182 millones de pesos anuales, además de los costos del Programa, los que se sitúan entorno los 10.500 millones de pesos anuales. Sin embargo, no se ha determinado un modelo estandarizado para determinar estos costos fiscales.

**Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Entre junio de 2019 y junio de 2020, Programa de Hogares y Residencias Protegidas., fue evaluado por DIPRES en el marco del alcance de las evaluaciones focalizadas del ámbito. Señalando como objetivo general: "Evaluar la modalidad de implementación de los servicios entregados por el programa "Residencias y Hogares Protegidos", del Ministerio de Salud, con foco en cobertura y criterios de focalización y priorización, desempeño global y relaciones con oferta pública existente", señalando:

"En términos agregados, se hace cargo de las necesidades de vivienda, en espacios comunitarios, de personas con trastornos mentales severos que presentan algún tipo de dependencia y que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Dentro de este grupo, conviven personas que estuvieron institucionalizadas por largos periodos en hospitales psiquiátricos y la evidencia da cuenta que este grupo fue preponderante en los primeros años de implementación del programa. Sin embargo, en la actualidad, el programa tiene demanda de servicios de parte de personas que, cumpliendo los requisitos de ingreso, no han estado necesariamente internadas en hospitales psiquiátricos. Como se verá a lo largo del informe, se comienza a generar una necesidad de adaptación por parte del programa".

"existe consenso en actores que los beneficiarios mejoran sus condiciones de vida una vez que ingresan al programa. Sin embargo, dado el promedio de edad e incidencia de enfermedades crónicas, se vislumbra complejización de condiciones de salud, es decir, el aumento del promedio de edad traerá consigo el aumento de enfermedades crónicas en los residentes y, por ende, enfrentará al programa a nuevos problemas., Actualizar los mecanismos de monitoreo y trabajar con oferta pública similar, que permita hacer traspaso de beneficiarios entre programas públicos ya existentes."

A modo de recomendaciones señala:

- El programa debe vincularse de manera directa y concreta con la oferta pública existente, de modo de entregar soluciones más integrales a la población beneficiaria.

- El programa debe actualizar normas técnicas, acordes, al menos, al Plan Nacional de Salud Mental vigente.

- El programa debe revisar mecanismos de compra de cupos y organizar administración de los dispositivos, de modo de asegurar niveles de calidad parejos.

- El programa debe generar mecanismos de monitoreo y aseguramiento de la calidad de la oferta entregada.

- El programa debe solicitar actualización del estudio de canasta a Fonasa, con presupuesto base.

En síntesis, el Programa de Hogares y Residencias Protegidas requiere realizar una reformulación en diferentes niveles a fin de actualizarse a las necesidades de un a población cambiante, ajustar los estándares de calidad y homogeneizar su implementación a nivel país, proceso que debe ser

acompañado de una revisión de los costos de implementación de los nuevos estándares.

**Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.):** Mejorar la estimación de la población potencial y la población objetivo.

Mejorar los mecanismos de recogida de datos y monitoreo de la información.

Mejorar la implementación de sus componentes, homogeneizando la oferta, definiendo estándares de calidad y monitoreando la implementación de estos.

Redefinir e implementar indicadores adecuados para dar cuenta del cumplimiento del propósito del programa.

Definir indicadores de componentes que permitan establecer el estado actual de la implementación (línea base) que permitan el desarrollo de estrategias para avanzar en la superación de las posibles brechas.

**Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados:** Entre junio de 2019 y junio de 2020, Programa de Hogares y Residencias Protegidas., fue evaluado por DIPRES en el marco del alcance de las evaluaciones focalizadas del ámbito. Señalando como objetivo general: "Evaluar la modalidad de implementación de los servicios entregados por el programa "Residencias y Hogares Protegidos", del Ministerio de Salud, con foco en cobertura y criterios de focalización y priorización, desempeño global y relaciones con oferta pública existente"

En el análisis señala:

"La evaluación da cuenta que la experiencia internacional avala la necesidad de evitar la institucionalización de personas con problemas graves de salud mental y concuerda en la importancia de las soluciones habitacionales".

"Se puede concluir que, no existe duplicación del programa con la oferta pública existente". "El programa debe generar mecanismos de monitoreo y aseguramiento de la calidad de la oferta entregada. El programa debe solicitar actualización del estudio de canasta a Fonasa, con presupuesto base. El programa debe vincularse de manera directa y concreta con la oferta pública existente, de modo de entregar soluciones más integrales a la población beneficiaria."

La fuente de información más completa a nivel mundial para observar el nivel de avance de la atención comunitaria en el mundo es WHO World Mental Health Atlas, resume las características claves de los sistemas nacionales de salud mental en todo el mundo, se actualiza periódicamente.

La edición 2017 incluye datos de 177 países sobre el estado de implementación de las políticas y planes en salud mental. De estos, el 97% de los países respondieron positivamente a la pregunta de si considera su política el promover la transición hacia servicios de salud mental basados en la comunidad. Lo cual implica un aumento frente al 92% que respondía positivamente a esta pregunta el año 2014. Respecto a si la política presta atención explícita al respeto por los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, un 89% respondió afirmativamente. Finalmente, respecto a la pregunta si sus planes o políticas entregan un rango de servicios y apoyos que les permiten a las personas vivir independientemente y ser incluidos en la comunidad, el año 2017 el 81% de los países respondía afirmativamente, en comparación con el 76% del año 2014.

La Reforma Psiquiátrica y sus principios son la base del desarrollo del Programa de Hogares y Residencias Protegidas:

Transformación del hospital psiquiátrico tradicional. Desinstitucionalización. Desplazamiento del eje de atención: del hospital a la comunidad. Sistema de atención con un funcionamiento en red de los recursos, con las coordinaciones adecuadas entre los dispositivos. Rehabilitación y continuidad de cuidados. Territorialización.

Madrid, España: Programa de atención social a personas con enfermedad mental crónica, el que dispone de una red de centros especializados en apoyo y Rehabilitación social, cuidados diurnos, Rehabilitación laboral y atención social. Entre estos, se cuentan los Centros Residenciales (alternativas residenciales comunitarias).

Guipúzcoa, España: Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y a Personas con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales. Se enmarca en el enfoque comunitario de proximidad de la atención que favorece la atención de las personas en su entorno habitual. En este modelo, las Viviendas de apoyo se configuran como la fórmula de alojamiento para las personas con discapacidad y para las personas con trastorno mental, por considerar que son la vía más idónea o la más susceptible de favorecer la aplicación efectiva de los principios de normalización e integración en el entorno.

Reino Unido: El apoyo de salud mental para personas en hogares de cuidado se proporciona como parte del despliegue nacional del modelo de Salud Mejorada en Hogares de Cuidado (EHCH), SE implementa a través de enfoques de atención compartida con equipos multidisciplinarios comunitarios relevantes a nivel de la red de atención y de servicios comunitarios de salud mental para garantizar el acceso permanente a la atención de salud mental de las personas mayores.

Vancouver, Canadá: A raíz de la desinstitucionalización, desarrolló la vivienda con apoyo para permitir que las personas con enfermedades mentales graves (SMI, sigla en inglés) vivan en vecindarios tradicionales de la comunidad. Housing First se desarrolló para llegar a las personas sin hogar con enfermedades crónicas, que a menudo experimentan exclusión social y SMI, y son vistos como los "más difíciles de alojar" (Tsemberis y Eisenberg 2000).

### 3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

#### 3.1) Objetivo

**Fin del programa:** Contribuir a abordar integralmente la salud mental, la discapacidad y la dependencia, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a grupos vulnerables.

**Propósito del programa:** Mejorar la calidad de vida de las personas, que presentan enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia y con redes de apoyo insuficiente que requieren una oferta residencial adecuada a sus necesidades, disminuyendo el riesgo de marginación y la exclusión social.

#### 3.2) Población potencial

**Descripción:** El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad. 2005), estableció que en Chile 348.057 personas se encuentran en situación de discapacidad mental, correspondiente a un 2,2% de la población. Así también, señala que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en la infancia y 14 veces más en población adulta mayor. En grupos con condición socioeconómica baja la discapacidad es dos veces más frecuente que en población con condición socioeconómica media alta. Luego, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, 2015) mostró que el 20% de la población adulta se encuentra en situación de discapacidad y un 64,4% son mujeres. Del

total de personas adultas en situación de discapacidad el 5,4% presenta Dificultad Mental o Intelectual como condición permanente y/o de larga duración, mientras que el 4,1 presenta alguna dificultad psiquiátrica.

El 9% de la población total en Chile se encuentra en situación de dependencia funcional (SENADIS, 2017). Del total de las poblaciones FONASA mayor de 20 años el año 2013 (8.520.758 personas), el 12,93%, es decir 1.101.734 personas, presentan algún tipo de discapacidad. De ese total, el 5,7%, es decir, 62.798 personas presentan discapacidad moderada a severa, requiriendo de cuidados y apoyo integral en las actividades del diario vivir. De este último grupo, el 8% (5.023) presenta discapacidad psíquica. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

**Unidad de medida:** Personas

**Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente:** 345600

**Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada:** - Fuente: Censo 2002, Actualizado 2014, Proyección 2018

- VICENTE, Benjamín; SALDIVIA, Sandra y PIHAN, Rolando. Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. Acta bioeth. 2016, vol.22, n.1

- Fuente: Fonasa 2018

- Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. SENADIS, 2015

- CASEN, 2017

### 3.3) Población objetivo

**Descripción:** Población mayor de 18 años, beneficiaria de Fonasa en Situación de Discapacidad con Dependencia Moderada a Severa. La capacidad real de atender a la población objetivo se encuentra determinada por los cupos existentes en el territorio de cada Servicio de Salud, en base al presupuesto disponible en cada Servicio.

Si se genera lista de espera, los criterios de priorización utilizados son:

- El nivel de vulneración de derechos en que se encuentra la persona con discapacidad (desprotección de sus necesidades básicas y de su seguridad física y emocional).

- El tiempo de espera para un cupo en hogar o residencia.

Se debe destacar que debido al proceso participativo con diversos actores de la red asistencial, usuarios y familiares, Ministerio de salud, Mideso, por mencionar algunos, los criterios de focalización están en desarrollo, por lo que los datos referidos a población potencial y objetivo, así como la cobertura, no son datos definitivos.

**¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?:** No

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	2.950	2.950	3.500	4.000

## 4.1) Estrategia

El programa presenta 2 componentes.

Nombre	Descripción
<b>Hogares Protegidos</b> Servicios Generales (Servicio Residencial)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Objetivo: Cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a las necesidades de los residentes.</li> <li>Servicio provisto: Servicios residenciales</li> <li>Población: personas con enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia leve a moderada</li> <li>Modalidad de producción: Vivienda con capacidad para 8 personas</li> <li>Duración de la ejecución: Permanente</li> </ol> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 1.180 Personas</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 5.266.436</p>
<b>Residencias Protegidas</b> Servicios Generales (Servicio Residencial)	<ol style="list-style-type: none"> <li>Objetivo: Cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a las necesidades de los residentes.</li> <li>Servicio provisto: Servicios residenciales</li> <li>Población: personas con enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia severa.</li> <li>Modalidad de producción: Vivienda con capacidad para 12 personas</li> <li>Duración de la ejecución: Permanente</li> </ol> <p><b>Meta de producción año 2021:</b> 830 Personas atendidas</p> <p><b>Gasto por componente 2021(\$miles) :</b> 4.897.040</p>

**Estrategia de intervención:** Desde una perspectiva actual, se entiende la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino como el estado de bienestar general; determinado, además, por factores como el medio ambiente, la vivienda, la educación, la familia y las relaciones sociales. OMS Según Schalock y Verdugo (2007:22), "Calidad de vida es un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene propiedades éticas -universales- y éticas -ligadas a la cultura-; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos y (d) está influenciada por factores personales y ambientales".

Una persona experimenta calidad de vida cuando se cumplen sus necesidades básicas y cuando esta persona tiene las mismas oportunidades que los demás para perseguir y lograr metas en los contextos de vida principales, como son el hogar, la comunidad, la escuela y el trabajo.

Las dimensiones de la calidad de vida son el conjunto de factores que constituyen el bienestar persona. Se han definido ocho dimensiones básicas de la calidad de vida, las que han sido ampliamente validadas en una serie de estudios interculturales (Jenaro et al., 2005; Schalock et al., 2005): bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

Numerosos estudios (Schalock, 2007) han demostrado que existen tres factores que cubren estas ocho dimensiones:

- Independencia: Desarrollo personal, autodeterminación.
- Participación social: Relaciones interpersonales, inclusión social y derechos.
- Bienestar: Bienestar emocional, bienestar físico y bienestar material.

Si se desea mejorar la calidad de vida de las personas, debe hacerse a través de apoyos ajustados a las necesidades de cada persona. La comunidad es el contexto de una vida de calidad: es esencial que las personas puedan participar en su comunidad.

Actualmente se está llevando a la práctica la integración de un marco de calidad de vida "en un proceso de planificación individualizada para alinear la prestación de apoyos con el marco de calidad de vida y, así, enfatizar el papel que los apoyos individualizados desempeñan en la mejora de los resultados personales relacionados con la calidad de vida" (Van Loon, 2008).

El objetivo es que, a través de la prestación de apoyos en las diferentes áreas de la vida, la persona consiga mejorar su grado de independencia, su nivel relacional, su nivel de participación en la comunidad y su bienestar personal.

Desde una perspectiva amplia, la atención a la dependencia debe dirigirse a las personas que no puedan valerse por sí mismas, pudiendo recibir ayudas técnicas, ayuda en domicilio, teleasistencia, centros de día y en el caso de este programa, servicios residenciales que ofrecen apoyos continuos y de larga duración. El acceso a estos servicios residenciales no sólo debe depender de los recursos de la persona en situación de dependencia, sino de la necesidad socio-sanitaria, evaluada por un equipo profesional, a fin de tener un buen diagnóstico biopsicosocial que permita priorizar a las personas que, voluntariamente, deben acceder a estos servicios y definir el componente más adecuado para ellas, en consideración del nivel de autonomía y sus necesidades de apoyo.

A partir de estos antecedentes se propone mejorar la calidad de vida de las personas que presentan enfermedad mental y/o discapacidad psíquica y en situación de dependencia, con redes de apoyo insuficiente y que requieren una oferta residencial adecuada, para cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a sus necesidades; ofreciendo servicios residenciales, entregando cuidados continuos y de larga duración. Estos servicios residenciales se plantean en dos niveles de apoyos, el primer nivel con apoyos más intensos, orientados a la población más dependiente con más necesidades de apoyo en las actividades básicas de la vida diaria y un segundo nivel orientado a personas dependientes que requieren apoyos centrado en mayor medida en las actividades instrumentales de la vida diaria.

Estos servicios se dan de manera paralela ofreciendo mayores apoyos en las Residencias Protegidas y apoyos de menor intensidad en los Hogares Protegidos.

Para abordar estos objetivos se proponen dos componentes:

- Residencias protegidas que ofrecen servicios residenciales adecuados para las personas con enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia moderada a severa y con redes de apoyo insuficiente, a fin de cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a sus necesidades.

- Hogares protegidos que ofrecen servicios residenciales adecuados para las personas con enfermedad mental y/o discapacidad psíquica, en situación de dependencia leve a moderada y con redes de apoyo insuficiente, a fin de cubrir las necesidades básicas de vivienda, alimentación y cuidados ajustados a sus necesidades.

**Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa:** Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 6 años o más

**Criterios de egreso:** En algunos casos se generan egresos a partir de los siguientes criterios evaluados por el equipo de salud mental:

- Desarrollo de habilidades que permitan la vida independiente.
- Desarrollo o recuperación de otras redes de apoyo.
- Voluntad de egresar.

**¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?:** Si, Un residente puede salir del programa por cambios en su situación de salud o cambios sociales, si lo desea puede postular nuevamente al programa y si se cumplen las condiciones requeridas puede volver a entrar.

**Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar):** Atiende un riesgo existente.

Un 3,3% de la población nacional presenta una prevalencia de enfermedades mentales de tipo severo y del total de personas en situación de discapacidad (20% a nivel nacional), casi un 50% cuenta con niveles de dependencia leve y moderada, mientras que el porcentaje restante presenta niveles de dependencia severa. De hecho, en cuanto a la relación entre trastornos mentales y discapacidad, según las mismas cifras, en Chile, del total de las poblaciones FONASA mayor de 20 años el año 2013 (8.520.758 personas), el 12,93%, es decir 1.101.734 personas, presentan algún tipo de discapacidad. De ese total, el 5,7%, es decir, 62.798 personas presentan discapacidad moderada a severa, requiriendo de cuidados y apoyo integral en las actividades del diario vivir. De este último grupo, el 8% (5.023) presenta discapacidad psíquica. (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

Aportando a los antecedentes, el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (Fondo Nacional de la Discapacidad. 2005), estableció que en Chile 348.057 personas se encontraban en situación de discapacidad mental, correspondiente a un 2,2% de la población. Así también, señala que la discapacidad es 4 veces más frecuente en la adultez que en la infancia y 14 veces más en población adulta mayor. En grupos con condición socioeconómica baja la discapacidad es dos veces más frecuente que en población con condición socioeconómica media alta. Luego, el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, 2015) mostró que el 20% de la población adulta se encuentra en situación de discapacidad y un 64,4% son mujeres. Del total de personas adultas en situación de discapacidad el 5,4% presenta Dificultad Mental o Intelectual como condición permanente y/o de larga duración, mientras que el 4,1 presenta alguna dificultad psiquiátrica.

Teniendo en cuenta estos datos, el programa atiende un riesgo existente, a personas que se encuentran en riesgo de exclusión social y marginación debido a la dependencia derivada de la enfermedad y redes de apoyo insuficientes para satisfacer sus necesidades.

**Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa:** Se promueve la recuperación de vínculos familiares a los usuarios que habían sido abandonados y el mantenimiento de estos vínculos para los usuarios que mantienen contacto con sus familias.

## 4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

**Ejecución:** El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Servicios de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Programa	Orientación y coordinación para la implementación. Monitoreo de la implementación y la ejecución del programa.	Licitación, compra directa de plazas residenciales, gestión directa por parte de Servicio de Salud y gestión directa de servicios residenciales externalizados por parte de hospital psiquiátrico.
Otros organismos como ONG, personas naturales, fundaciones u organizaciones familiares	Organismo privado sin fines de lucro	Programa	Son los encargados de entregar los servicios convenidos.	Se adjudican licitaciones, entregando los servicios convenidos según bases técnicas.

**Articulaciones:** El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
--------	---------------------	---------------------------------	--------------------------------

Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Servicio Nacional de Discapacidad SENADIS	A través de coordinaciones entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Programas de SENADIS (Macrogestión) en los territorios a través de los gestores del Servicio de salud y las oficinas regionales de SENADIS (meso gestión). De esta manera se establecen sinergias para el desarrollo de iniciativas complementarias, abordaje de casos que requieren atención complementaria y evaluación de las iniciativas desarrolladas.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A través de coordinaciones entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Programas de SENAMA (Macrogestión) en los territorios a través de los gestores del Servicio de salud y las oficinas regionales de SENAMA (meso gestión). De esta manera se establecen sinergias para el desarrollo de iniciativas complementarias, abordaje de casos que requieren atención complementaria y evaluación de las iniciativas desarrolladas.

**Complementariedades Internas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	A nivel de política pública y gestión	A través de coordinaciones entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Programas de SENAMA (Macrogestión) en los territorios a través de los gestores del Servicio de salud y las oficinas regionales de SENAMA (meso gestión). De esta manera se establecen sinergias para el desarrollo de iniciativas complementarias, abordaje de casos que requieren atención complementaria y evaluación de las iniciativas desarrolladas.

**Complementariedades Externas:** El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
------------------------	----------	-------	-----------------	-------------

Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de la Discapacidad	A nivel de política pública y gestión	Tránsito a la Vida Independiente (Reformulado 2018)	A través de coordinaciones entre el Ministerio de Salud y la Dirección de Programas de SENADIS (Macrogestión) en los territorios a través de los gestores del Servicio de salud y las oficinas regionales de SENADIS (meso gestión). De esta manera se establecen sinergias para el desarrollo de iniciativas complementarias, abordaje de casos que requieren atención complementaria y evaluación de las iniciativas desarrolladas.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de política pública y gestión	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (Reformulado 2018)	Estableciendo de mecanismos para mejorar el acceso a los ELEAM a los residentes de hogares y residencias protegidas que lo requieran.

#### 4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	No		<p>En el abordaje de la discapacidad/ dependencia no debe haber ningún tipo de discriminación por edad y por igualdad (colectivo), y que bien sea en su conceptualización, como en su protección, las situaciones de dependencia deben tener un carácter Universal y evitar realizar agravios comparativos en función de la edad, ni de las particularidades u origen de las deficiencias y cuidados de los colectivos implicados.</p> <p>De todas maneras la pertenencia a grupo específicos que aumenten el riesgo de vulnerabilidad y exclusión, además de la dependencia, se incorporarán como uno de los temas a abordar en el rediseño y la implementación.</p>

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pueblos indígenas	No		<p>En el abordaje de la discapacidad/ dependencia no debe haber ningún tipo de discriminación por edad y por igualdad (colectivo), y que bien sea en su conceptualización, como en su protección, las situaciones de dependencia deben tener un carácter Universal y evitar realizar agravios comparativos en función de la edad, ni de las particularidades u origen de las deficiencias y cuidados de los colectivos implicados.</p> <p>De todas maneras la pertenencia a grupo específicos que aumenten el riesgo de vulnerabilidad y exclusión, además de la dependencia, se incorporarán como uno de los temas a abordar en el rediseño y la implementación.</p>
Pertinencia territorial	Si	<p>En la ejecución, en la fiscalización y en la evaluación.</p> <p>La pertinencia territorial es uno de los ejes rectores del modelo comunitario de salud mental, a la base del programa de hogares y residencias protegidas. En el rediseño del programa la pertinencia territorial se explicitará en el diseño, ejecución (hogares y residencias que consideren los aspectos socioculturales del entorno), fiscalización con indicadores de calidad que evalúen esta pertinencia.</p>	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		<p>El programa está orientado a personas dependientes mayores de edad.</p>
Discapacidad	Si	<p>La situación de discapacidad y dependencia es uno de los requisitos de acceso y eje del programa. Los hogares y residencias brindan alojamiento, alimentación, supervisan la administración de medicamentos, y apoyan las actividades de la vida cotidiana a personas que presentan discapacidad debido a enfermedad mental, que se encuentran en situación de dependencia que no cuentan con un lugar donde vivir. Para el rediseño del programa la discapacidad y el nivel de dependencia, así como la entrega de apoyos ajustados a las necesidades de los usuarios, determinarán el tipo de oferta, las características de la oferta y los estándares de calidad de los servicios residenciales.</p>	
Migrantes	No		<p>En el abordaje de la discapacidad/ dependencia no debe haber ningún tipo de discriminación por edad y por igualdad (colectivo), y que bien sea en su conceptualización, como en su protección, las situaciones de dependencia deben tener un carácter Universal y evitar realizar agravios comparativos en función de la edad, ni de las particularidades u origen de las deficiencias y cuidados de los colectivos implicados. De todas maneras la pertenencia a grupo específicos que aumenten el riesgo de vulnerabilidad y exclusión, además de la dependencia, se incorporarán como uno de los temas a abordar en el rediseño y la implementación.</p>

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Otra condición	No		

#### 4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

**Mecanismos de participación ciudadana:** Si

- Entrevistas a beneficiarios
- Encuestas de satisfacción
- Diagnósticos participativos

**Descripción:** Ejecución, fiscalización y evaluación. El Rediseño del programa de Hogares y Residencias Protegidas requiere de la participación de todos los actores involucrados en esta estrategia, con este fin es que se ha establecido una mesa de trabajo, con participación de usuarios y familiares, profesionales de la red de salud mental, representantes de prestadores de servicios de hogares y residencias, referentes de FONASA, referentes del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y referentes de salud mental del Ministerio de Salud, con el fin de incorporar las perspectivas de todos los actores en la nueva propuesta.

**Mecanismos de participación y transparencia pública:** Si

- Rendición de gastos ejecutados, o de la implementación mensual/trimestral/ semestral o anual del programa
- Documentos y Publicaciones
- Otros

**Descripción:** Se incorporará la implementación, la ejecución y los procesos de reformulación del programa en los mecanismos de transparencia.

### 5. INDICADORES

#### 5.1) Indicadores

**Indicadores a nivel de Propósito:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de personas que residen en un hogar protegido que reciben apoyo en Actividades Instrumentales de la vida Diaria (AIVD)	$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de personas que residen en hogares protegidos con necesidades de apoyo en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en el año t}}{\text{N}^\circ \text{ total de personas que residen en hogares protegidos en el año t}} \right) * 100$ <p><b>Fuente de información:</b> base de datos de usuarios de los residentes de hogares protegidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)</li> </ul> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conllevan un mayor sesgo cultural</li> <li>- Están ligadas al entorno</li> <li>- Son un medio para obtener o realizar otra acción</li> <li>- Suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican la interacción con el medio más inmediato.</li> </ul> <p>Dentro de las AIVD se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar distintos sistemas de comunicación (escribir, hablar por teléfono...)</li> <li>- Movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte)</li> <li>- Mantenimiento de la propia salud</li> <li>- Manejo de dinero (compras)</li> <li>- Establecimiento y cuidado del hogar</li> <li>- Cuidado de otros</li> <li>- Uso de procedimientos de seguridad</li> <li>- Respuesta ante emergencias.</li> </ul> <p>El encargado de una residencia protegida evalúa las necesidades de apoyo que requiere un residente a través del índice de Barthel</p>	59,00%	59,00%	59,00%

<p>Porcentaje de personas que residen en una residencia protegida que requieren apoyo en Actividades Básicas de la vida Diaria (ABVD) se mantienen durante un período de 1 año.</p>	<p>(N° de personas que residen en residencias protegidas con necesidades de apoyo en Actividades Básicas de la Vida Diaria en el año t / N° total de personas que residen en residencias protegidas en el año t) *100</p> <p><b>Fuente de información:</b> base de datos de usuarios de los residentes de residencias protegidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</li> <li>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</li> <li>- Son universales</li> <li>- Están ligadas a la supervivencia y condición humana, a las necesidades básicas de cada individuo.</li> <li>- Están dirigidas a uno mismo</li> <li>- Se realizan cotidianamente y de forma automática</li> </ul> <p>Dentro de las ABVD se incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentación</li> <li>- Aseo</li> <li>- Baño</li> <li>- Control de esfínteres</li> <li>- Vestido</li> <li>- Movilidad personal</li> <li>- Sueño y descanso</li> </ul>	90,00%	90,00%	90,00%
---	--	---	--------	--------	--------

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Información recogida a través de fichas de los usuarios de residencias protegidas del país. El encargado de una residencia protegida evalúa las necesidades de apoyo que requiere un residente a través del índice de Barthel

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** La definición del perfil de residentes de un Hogar Protegido implica niveles de autonomía tales que para su cuidado requieren apoyos en las Actividades Instrumentales de de la Vida Diaria (AIVD), estas necesidades de apoyo deberían mantenerse.

La definición del perfil de residentes de una Residencia Protegida implica niveles de autonomía tales que para su cuidado requieren apoyos en las Actividades Básicas de de la Vida Diaria (ABVD), estas necesidades de apoyo deberían mantenerse.

**Indicadores a nivel de Componentes:**

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
<p>Porcentaje anual de Hogares Protegidos que cumple estándares mínimos de calidad en su implementación.</p>	<p>(N° de hogares protegidos que cumplen estándares mínimos de calidad definidos/ N° total de hogares protegidos en el año t) *100</p> <p><b>Fuente de información:</b> Monitoreo de la implementación de los estándares mínimos de calidad en su implementación en evaluación anual, recogidos en base de datos centralizada. Pauta de cotejo de estándares de calidad de la implementación.</p>	<p>Para determinar el porcentaje de hogares protegidos se ha diseñado una pauta de cotejo de la implementación de los estándares mínimos. La aplicación de esta pauta de cotejo se iniciará el año 2021, se establecerá línea base a nivel nacional, permitiendo definir áreas y prioridades de mejora de la calidad de la atención a nivel país, por servicio de salud y planes de mejora para cada dispositivo.</p>	0,00%	0,00%	0,00%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje anual de Residencias Protegidas que cumple estándares mínimos de calidad en su implementación.	(N° de residencias protegidas que cumplen estándares mínimos de calidad definidos/ N° total de residencias protegidas en el año t) *100  <b>Fuente de información:</b> Monitoreo de la implementación de los estándares mínimos de calidad en su implementación en evaluación anual, recogidos en base de datos centralizada. Pauta de cotejo de estándares de calidad de la implementación.	Para determinar el porcentaje de residencias protegidas se ha diseñado una pauta de cotejo de la implementación de estándares mínimos. La aplicación de esta pauta de cotejo se iniciará el año 2021, estableciendo línea base a nivel nacional, permitiendo definir áreas y prioridades de mejora de la calidad de la atención a nivel país, por servicio de salud y planes de mejora para cada dispositivo.	0,00%	0,00%	0,00%

**Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación:** Para ambos indicadores cada servicio de Salud evaluar los estándares de calidad de la implementación, según pauta de cotejo estandarizada a nivel país.

**Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores:** Debido a las necesidades de actualización de los servicios residenciales para personas dependientes que operan y operarán al amparo del Ministerio de Salud es necesario determinar estándares mínimos de calidad en la implementación, objetivar estos datos y dimensionar las brechas a nivel país por servicio de salud y en cada dispositivo, esto permitirá dimensionar los costos de la homogeneización de la implementación del programa. Dado que no existen datos precisos se requiere el año 2021 para establecer la línea base.

## 5.2) Sistemas de información del programa

**¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos:** Si, se cuenta con una base de datos

La base de datos con la información de hogares y residencias protegidas considera cuatro (4) bases de datos independientes:

- Residentes
- Hogares Protegidos
- Residencias Protegidas
- Programación y Ejecución de presupuesto PPV

Esta información se actualiza cada 6 meses en el marco de la evaluación de Programas Sociales inscritos en la Plataforma de Programas Sociales de MIDESO.

La información de Hogares y Residencias se levanta desde cada Servicio de Salud, es cotejada por el encargado de salud mental, finalmente es enviada a la unidad de Salud Mental de la División de Gestión de Redes Asistenciales de la Sub Secretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en la que se consolidan los datos de todos los residentes, hogares, residencias e información presupuestaria de los veintinueve (29) servicios de salud del país.

La información de los residentes se levanta desde cada hogar o residencia, es cotejada por el encargado de salud mental del servicio de salud para validarla y consolidar los datos de todo el servicio de salud, finalmente es enviada a la unidad de Salud Mental de la División de Gestión de Redes Asistenciales de la Sub Secretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, en la que se consolidan los datos de todos los residentes, hogares, residencias e información presupuestaria de los veintinueve (29) servicios de salud del país.

La información está en formato digital, en ficheros Excel.

Dentro del proceso de rediseño del programa de Hogares y Residencias Protegidas se ha comprometido dentro de los objetivos:

- Mejorar los mecanismos de seguimiento y recolección de datos.

**¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?:** No

## 6. PRESUPUESTO

### 6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
------------	-------------	---------

Hogares Protegidos	5.266.436	"Los hogares consisten en viviendas ubicadas dentro del territorio del Servicio de Salud al que pertenece el hogar. Son administrados directamente por el Servicio de Salud o bien su administración puede ser licitada a privados personas naturales o jurídicas. En estos hogares viven los usuarios que ingresan al programa. La capacidad máxima es de ocho personas. Los hogares brindan alojamiento, alimentación, y apoyo en el desempeño de las actividades de la vida cotidiana de las personas que lo requieren. Para cada hogar se considera personal de apoyo organizados en sistemas de turnos, en horario diurno y/o nocturno, según el nivel de apoyo y supervisión que requieran los usuarios."
Residencias Protegidas	4.897.040	Las residencias protegidas consisten en viviendas ubicadas dentro del territorio del Servicio de Salud. Son administrados directamente por el Servicio de Salud o bien su administración puede ser licitada a privados, personas naturales o jurídicas. En estas residencias viven los usuarios que ingresan al programa La capacidad máxima es de doce personas. Las residencias brindan: alojamiento, alimentación, apoyo de mayor intensidad al desempeño de actividades de la vida diaria de los residentes. La residencia considera apoyos y supervisión más intensivos el cual es entregado por personal de apoyo especializado, constituidos por técnicos paramédicos, auxiliares de enfermería y otros, organizados en sistemas de turnos permanentes (las 24 horas del día) en horarios diurno y nocturno. Las residencias requieren un equipo mínimo permanente para su funcionamiento y equipo complementario de acuerdo a la complejidad de sus usuarios.

**Gastos Administrativos:** 534920

**Detalle gastos administrativos:** Compras, capacitación de personal y control de gestión del Programa de hogares y Residencias Protegidas

**Total Gastos:** 10698396

## 6.2) Gastos de Inversión

**Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$):** 10.698.396

## 6.3) Gastos por Subtítulo

**Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:**

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	2	3	22 Bienes y servicios de consumo	10.698.396	10.698.396

**Gasto Total por Subtítulo (M\$):** 10.698.396