

# EVALUACIÓN PROGRAMA RESIDENCIAS Y HOGARES PROTEGIDOS

DIVISIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
MINISTERIO DE HACIENDA

Junio 2020



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

## **EVALUACIÓN PROGRAMA RESIDENCIAS Y HOGARES PROTEGIDOS**

División de Control de Gestión Pública

Dirección de Presupuestos – DIPRES

© 2020 DIPRES

Director de Presupuestos: Matías Acevedo Ferrer

Jefe de División de Control de Gestión Pública: Slaven

Razmilic Burgos

Equipo a cargo de la publicación: Daniela Ortega y Jimena Federici, bajo la conducción de Rodrigo Díaz (Jefe del Departamento de Evaluación). La evaluación contó con el apoyo de Pablo Celhay, como colaborador externo, y de Josefa Palacios, como encargada del levantamiento de datos primarios.

Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de Evaluación Focalizada del Ámbito (Implementación) de acuerdo con lo establecido en el Decreto Exento N° 06, del 07 de enero de 2016, del Ministerio de Hacienda.

Siempre que es posible se intenta usar un lenguaje no discriminatorio ni sexista. No obstante, para no obstaculizar la lectura, en los casos que sea pertinente, se usa el masculino genérico, que la gramática española entiende que representa a hombres y mujeres en igual medida.

Se autoriza su reproducción, siempre y cuando se haga referencia explícita a la fuente. Para referenciar emplear el siguiente formato:

DIPRES (2020). Evaluación Programa Residencias y Hogares Protegidos. Informe Final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.

Registro de Propiedad Intelectual Pendiente

ISBN: Pendiente

Diseño y Diagramación: Cristian Salas L



# EVALUACIÓN PROGRAMA RESIDENCIAS Y HOGARES PROTEGIDOS



# ÍNDICE



## ÍNDICE

<b>I. Introducción</b>	7
<b>II. Objetivos de la evaluación</b>	11
Objetivo general	11
Objetivos Específicos	11
<b>III. Metodología</b>	13
<b>IV. Antecedentes del programa</b>	17
1. Justificación y Contexto del Programa	17
2. Normativa nacional e internacional en la materia	24
3. Estrategia de la propuesta de solución ofrecida por el Programa	26
4.1. Sobre Hogares protegidos	27
4.2. Sobre Residencias protegidas	30
4. Caracterización de la oferta de Hogares y Residencias que entrega el programa	32
<b>V. Resultados de la evaluación</b>	35
1. Poblaciones y criterios de focalización y priorización	35
1.1. Definición de población potencial y objetivo y cuantificación	35
1.2. Caracterización de la población beneficiaria	41
1.3. Focalización y priorización, desde los actores involucrados en la implementación	43
1.4. Lista de espera del programa	48
2. Implementación: organización y procesos de producción del programa	50
2.1. Modalidades de implementación y motivaciones para participar de la implementación	50
2.2. Origen del programa	51
2.3. Percepciones sobre la implementación del programa	53
2.3.1. Actores involucrados en la implementación	53
2.3.2. Evaluación general de la implementación	56
2.4. Experiencias exitosas y dificultades de la implementación	59
2.5. Monitoreo, seguimiento y fiscalización del servicio entregado	62
3. Experiencia pública comparada	67
3.1. Experiencia internacional	67
3.1.1. Madrid, España	69
3.1.2. Gupuzcoa, España	69
3.1.3. Reino Unido	70
3.1.4. Vancouver, Canadá	72
3.2. Relaciones del programa con la oferta pública nacional	73
3.2.1. Programas complementarios	74
3.2.2. Programas con solución similar pero diferente focalización	76
3.2.3. Programas con soluciones alternativas	77

<b>VI. Conclusiones</b>	80
<b>VII. Recomendaciones</b>	84
<b>Bibliografía</b>	86
<b>Anexo 1:</b> Pauta de entrevistas	89
<b>Anexo 2:</b> Requisitos especiales para Residencias Protegidas	91
<b>Anexo 3:</b> Oferta pública vinculada al Programa	94



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

# INTRODUCCIÓN



## I. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la Evaluación Focalizada del Ámbito de Implementación del Programa “Residencias y Hogares protegidos” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que cubre el período 2015 y 2018.

El año 2016, con la finalidad de abordar áreas no cubiertas por los instrumentos y las distintas metodologías de evaluación ex post y también para hacer frente a la ausencia de focalización de los instrumentos de evaluación y la baja cobertura de programas, Dipres diseñó una nueva línea de evaluación, denominada Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA).

Esta línea analiza programas en ámbitos específicos y se complementa con las otras líneas, al ser un instrumento con una mirada más focalizada en algunos ámbitos que no están siendo priorizados por las otras líneas; además de generar evaluaciones con carácter dinámico, capaces de adaptarse y dar respuesta a las múltiples preguntas requeridas para la toma de decisiones. Los ámbitos en los que profundizan las evaluaciones focalizadas son: Diseño, Implementación y Costos.

Específicamente, esta evaluación corresponde al ámbito de implementación, que se enfoca en 2 dimensiones: la focalización e implementación del programa. En donde, el análisis de la focalización se realiza desde dos puntos de vista: (i) cumplimiento de los criterios formales de focalización y, (ii) focalización efectiva, en términos de si el bien o servicio provisto está llegando a las personas que debiera llegar, según el objetivo declarado por el programa. Por su parte, el análisis de la implementación se enfoca en analizar y evaluar las eventuales brechas existentes entre el diseño teórico del programa y su ejecución.

Todo lo anterior, en base al análisis de la modalidad de producción de los bienes y servicios entregados por los programas, profundizando en la focalización de la población que presenta el problema abordado, y, en la gestión y ejecución de los procesos que son utilizados para su implementación. Es importante señalar que este tipo de evaluación está dirigida a programas/iniciativas:

- En los cuales existan dudas sobre su correcta focalización.
- En los cuales se cuestiona la eficiencia de los mecanismos de provisión.
- En los cuales se desee evaluar la ejecución y no su diseño.

Específicamente, en el análisis de la focalización, este tipo de evaluaciones pone foco en los criterios de focalización y priorización. Por ejemplo, en si éstos permiten identificar correctamente a la población que se pretende atender o si se han aplicado adecuadamente. Mientras que en el análisis de la implementación (pese a que no existe acuerdo sobre una metodología única de análisis), en las EFA se consideran elementos orientados a evaluar la modalidad de bienes y servicios y los procesos de producción por componente, seguimiento y generación de información para la gestión.

Por su parte, el programa “Residencias y Hogares Protegidos” del Ministerio de Salud, según documentos entregados por el Programa, se inicia el año 1998, con el propósito de desinstitucionalizar a las personas que se encontraban en las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos. Surgiendo primero los Hogares Protegidos, que se plantearon como una alternativa de vivienda y soporte social para personas con discapacidad de origen mental e insuficiente o nula red de apoyo. Luego, y atendiendo al perfil de la demanda, se implementan las Residencias Protegidas, con el propósito de responder a las necesidades “de cuidado” de personas con discapacidad severa de origen mental, con mayores niveles de dependencia, diferenciándose de un Hogar Protegido por el mayor grado de complejidad técnica y psicosocial de su atención.

Según se expresa en el Informe de Seguimiento de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), el programa busca resolver la situación de personas con discapacidad psiquiátrica que no cuentan con red de apoyo social, no tienen las habilidades necesarias para vivir en forma independiente y presentan dificultades severas para acceder a servicios sociales (vivienda, trabajo, salud, educación, etc.) y para participar en su entorno comunitario, generándose exclusión social y estigmatización (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

En su diseño actual, el programa determina que su fin es “Contribuir a abordar integralmente la salud mental y la discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a grupos vulnerables” y su propósito lo ha definido como “Personas con discapacidad psiquiátrica severa desarrollan habilidades básicas que les permiten integrarse a la vida en comunidad” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

El cumplimiento de este propósito se hace efectivo a través de la implementación de dos componentes: 1) Atención en Hogares Protegidos: En donde el criterio de elegibilidad es que la persona sea autovalente Y 2) Atención en Residencias Protegidas: En donde el criterio de elegibilidad es que la persona, además de la discapacidad psiquiátrica, requiera cuidados especializados de terceros para la vida diaria.

El programa opera en dos ámbitos de acción, el principal es la vivienda y el secundario, la protección social (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017).

De este modo y en el marco del alcance de las evaluaciones focalizadas del ámbito es que esta evaluación se ha fijado 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” y los siguientes objetivos específicos.

1. Analizar la cobertura y criterios de focalización y priorización del programa, en función de la población que presenta el problema y de la cuantificación de la población potencial, objetivo y beneficiarios.
2. Analizar cualitativamente el nivel de desempeño actual del programa, en términos de implementación, en función del problema que le dio origen, las brechas respecto a su diseño, experiencias exitosas en su gestión, así como problemas/limitantes operativos, en base a la opinión de los actores involucrados en su implementación.
3. Evaluar la pertinencia y relaciones del programa con la oferta pública existente, orientada a una población potencial similar.

Para el cumplimiento de estos objetivos, la evaluación utiliza una metodología mixta, utilizando fuentes de información primarias y secundarias. En el caso de la información primaria se aplicaron entrevistas cualitativas semi estructuradas a actores claves. El detalle de esta información se entrega más adelante en la sección "Metodología".

Finalmente, el presente informe está organizado en seis grandes capítulos. Cada uno de los cuales tiene subcapítulos y apartados conforme fue necesario. El primero corresponde a la presentación de los objetivos de la evaluación, con los respectivos apartados de objetivo general y objetivos específicos y el segundo a la metodología de la evaluación.

El tercer capítulo hace referencia a los Antecedentes del programa. Corresponde en este capítulo información de contexto y de diseño del programa, extraída principalmente de documentos oficiales entregados por la Unidad de Salud Mental de Minsal, en el marco de esta evaluación. En este apartado se encuentra información específica sobre: 1) Justificación y contexto, 2) Normativa nacional e internacional y 3) Estrategia ofrecida por el programa, con subcapítulos sobre Hogares y Residencias y caracterización de la oferta.

El cuarto capítulo corresponde a los Resultados de la evaluación. Los cuales están organizados en tres apartados. El primero corresponde a Poblaciones y criterios de focalización y priorización, en donde se ahonda en las definiciones de las poblaciones, su cuantificación, la focalización y priorización desde los actores involucrados y finalmente, información sobre la lista de espera. El segundo es sobre la implementación en sí misma, y dado que el programa no cuenta con manuales de procesos, la base para este apartado es el análisis de las entrevistas aplicadas a actores claves y descrita en el punto de metodología del presente informe. Y el tercer capítulo corresponde a la experiencia pública comparada y que está, a su vez, subdividido en dos apartados (experiencia internacional y análisis de la oferta pública existente en temas relacionados).

Mientras que el quinto capítulo hace referencia a las conclusiones de la evaluación y el sexto a una sección de recomendaciones para ser consideradas por el programa, dada la información recogida en la presente evaluación.

# OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN



## II. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

En el marco del alcance de las evaluaciones focalizadas del ámbito es que esta evaluación se ha fijado los siguientes objetivos:

### 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.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analizar la cobertura y criterios de focalización y priorización del programa, en función de la población que presenta el problema y de la cuantificación de la población potencial, objetivo y beneficiarios.
2. Analizar cualitativamente el nivel de desempeño actual del programa, en términos de implementación, en función del problema que le dio origen, las brechas respecto a su diseño, experiencias exitosas en su gestión, así como problemas/limitantes operativos, en base a la opinión de los actores involucrados en su implementación.
3. Evaluar la pertinencia y relaciones del programa con la oferta pública existente, orientada a una población potencial similar.

# METODOLOGÍA



### III. METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos mencionados, se realizó un levantamiento de información primaria y secundaria.

- a) Información primaria: Corresponde a reuniones de trabajo y entrevistas semiestructuradas a actores involucrados en los 3 niveles de implementación del programa (ver tabla siguiente), en donde se recogió información, percepción y opiniones que permiten configurar un juicio evaluativo de tipo cualitativo del Programa.
- b) Información secundaria: Corresponde a bases de datos, normas técnicas, informes, publicaciones, datos de cumplimiento de los programas, de asignación y ejecución presupuestaria, entre otros. Toda esta información fue sistematizada y analizada y, desde ésta, el equipo de trabajo formuló juicios evaluativos respecto al diseño e implementación para el periodo 2015-2018.

En términos metodológicos, la unidad de análisis está segregada en 3 niveles, acordes a la implementación del programa; macro, meso y micro. Los cuales se presentan en la siguiente tabla:

**TABLA 1: UNIDAD DE ANÁLISIS SEGREGADA EN 3 NIVELES ACORDES A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Macro	Tomadores de decisión a nivel institucional encargados del diseño el programa, orientación y fiscalización de la implementación. Incluye: Ministerio de Salud (ambas Subsecretarías).
Meso	Implementadores a nivel local. Básicamente corresponde a Servicios de Salud y Hospitales Psiquiátricos, en el caso que corresponda.
Micro	Involucrados directos en la implementación, a nivel de prestadores de servicios (administradores). Entre los prestadores de servicios se incluye Residencias y Hogares Protegidos.

Fuente: Dipres, 2019

Cabe mencionar que, para el levantamiento de esta información primaria, se llevó a cabo un estudio complementario, que tenía como objetivo la aplicación de algunas entrevistas y análisis de la información recolectada. El total de entrevistas fueron aplicadas por el equipo a cargo de la evaluación y el equipo a cargo de este estudio complementario.

Para el caso de los niveles meso se realizó un muestreo intencionado y, en caso del nivel micro, un muestreo aleatorio simple. Los criterios del muestreo a nivel meso son los siguientes:

- a) Servicios de Salud que tengan a cargo el funcionamiento de Hospitales Psiquiátricos. Del total de la muestra se eligieron 2 Servicios de Salud de los cuales depende un Hospital de este tipo.
- b) Servicios de Salud de Región Metropolitana y otros: De total de la muestra, 2 Servicios de Salud corresponden a la Región Metropolitana.
- c) Servicios de Salud que permitan dar cuenta de los diferentes modelos de implementación del programa. Es decir, que externalicen la producción del servicio, que lo administren de manera directa o que no cuenten con Residencias y Hogares y compren plaza a otros Servicios de Salud<sup>1</sup>.

Del ejercicio anterior, resultaron seleccionados los siguientes Servicios de Salud.

**TABLA 2: SERVICIOS DE SALUD QUE COMPONEN LA MUESTRA**

N°	SERVICIO DE SALUD SELECCIONADO	REGIÓN
1	Servicio de Salud Atacama	Región de Atacama
2	Servicio de Salud Aconcagua	Región de Valparaíso
3	Servicio de Salud Metropolitano Oriente	Región Metropolitana
4	Servicio de Salud Metropolitano Norte	Región Metropolitana

Fuente: Dipres, 2019

A nivel micro, se seleccionaron Residencias y Hogares en base a un muestreo aleatorio simple. Resultando seleccionados 5 administradores de residencias y hogares. Es importante mencionar que en pleno proceso de muestreo y aplicación de entrevistas a nivel micro, comenzaron las apariciones de los primeros casos de personas contagiadas con coronavirus (Covid-19) en el país. Acto seguido, se iniciaron las medidas de cuarentenas preventivas y obligatorias. Como la población residente en Residencias y Hogares protegidos corresponde a población de riesgo, las entrevistas debieron realizarse de manera telefónica y se suprimieron todas las visitas agendadas en el marco de la evaluación. A raíz de esto, se pudo entrevistar solo a 5 administradores/as de dispositivos (quienes administraban, a la vez, tanto residencias como hogares). No se pudo realizar visitas en terreno a residentes.

<sup>1</sup> Para más información sobre el diseño y modelo de implementación del programa, revisar Capítulo 2.

Es importante mencionar que la recolección de datos primarios, tanto para el nivel macro, meso y micro, se hizo en base a entrevistas semiestructuradas, cuya planilla general se encuentran disponible en anexo 1 y considera los siguientes tópicos generales (ver tabla siguiente).

Finalmente, se realizaron 16 entrevistas. Seis de estas entrevistas son a nivel macro, cinco corresponden a un nivel Meso y otras cinco a actores involucrados en la implementación directa del programa. Las entrevistas se realizaron entre diciembre 2019 y abril 2020. La mayoría de las entrevistas se realizaron de manera presencial (9 de las 16 entrevistas fueron presenciales) y el resto, tal como ya se mencionó, fueron por teléfono (dada la situación de pandemia mundial por Covid-19). La duración promedio de las entrevistas fue de 50 minutos. Las entrevistas realizadas por teléfono fueron satisfactorias desde el punto de vista metodológico y de la calidad de la información recopilada.

**TABLA 3: TEMÁTICAS GENERALES DE LAS ENTREVISTAS**

1. Contexto general del programa	2. Cobertura y beneficiarios	3. Actores y relaciones	4. Implementación y procesos	5. Futuro del programa
----------------------------------	------------------------------	-------------------------	------------------------------	------------------------

Fuente: Dipres, 2019

Toda la información procesada fue tratada confidencialmente, resguardando, especialmente, información sobre beneficiarios del programa. Para ello, se aplicó consentimientos informados en cada caso.

# ANTECEDENTES DEL PROGRAMA



## IV. ANTECEDENTES DEL PROGRAMA

El programa “Residencias y Hogares Protegidos” del Ministerio de Salud se inicia el año 1998, con el propósito de desinstitucionalizar a las personas que se encontraban en las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos y según se expresa en el Informe de Seguimiento de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), el programa ha definido la siguiente Matriz de Marco Lógico (MML):

**TABLA 4: MATRIZ DE MARCO LÓGICO DEL PROGRAMA**

<b>Fin</b>	Contribuir a abordar integralmente la salud mental y la discapacidad, mediante políticas públicas que mejoren los servicios a grupos vulnerables	
<b>Propósito</b>	Personas con discapacidad psiquiátrica severa desarrollan habilidades básicas que les permiten integrarse a la vida en comunidad	
	<b>Componentes</b>	
	Atención en Hogares Protegidos	Atención en Residencias Protegidas

Fuente: (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017)

En el presente capítulo se abordarán 2 ejes asociados al diseño del programa. El primero hace referencia al contexto y justificación de su existencia, ahondando en el panorama de la salud mental, luego en el marco normativo del programa y, finalmente, el segundo se refiere a su estrategia (diseño).

### 1. JUSTIFICACIÓN Y CONTEXTO DEL PROGRAMA

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. Este escenario implica un cambio en el enfoque de la salud mental a nivel nacional, marcando una nueva etapa en el tratamiento de personas con trastornos mentales severos.

La Organización Mundial de la Salud estima que a nivel mundial el número con personas con trastornos mentales comunes está en aumento, especialmente en los países con bajos ingresos, y que más de 300 millones de personas padecen depresión, lo cual equivale al 4,4% de la población mundial (World Health Organization, 2017).

Esta misma organización, sitúa a Chile entre los países con mayor carga de morbilidad por enfermedades psiquiátricas (23,2%) en el mundo, y estimaciones indican que casi un tercio de la población mayor de 15 años ha sufrido un trastorno psiquiátrico en su vida y un 22,2% ha tenido uno durante el año pasado (Vicente, Saldivia, & Pihán, 2016).

Adicionalmente, la OMS señala que solo el 38,5% de quienes han sido diagnosticados reciben algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria y, aún con estas cifras, según el Ministerio de Salud, las licencias médicas por enfermedad mental ocupan, desde el año 2008, el primer lugar entre las causas de licencia médica a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2017). De acuerdo a FONASA y en base a lo publicado en el Plan Nacional de Salud Mental, las licencias por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizadas y del 30% del gasto total de las licencias médicas, y que, en el sistema ISAPRE, las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo de las licencias (Ministerio de Salud, 2017).

Según el Ministerio de Salud, los problemas y trastornos mentales constituyen en el país la principal fuente de carga de enfermedad. En donde un 23,2% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (AVISA)<sup>2</sup> están determinados por las condiciones neuro-psiquiátricas. MINSAL también indica que, en las mujeres, los trastornos depresivos unipolares y los trastornos ansiosos se encuentran entre las primeras cinco causas de AVISA. En los hombres, son los trastornos por consumo de alcohol, junto a los accidentes y violencia externa. Cuando se consideran los factores de riesgo que subyacen a las diversas enfermedades para ambos sexos, el consumo de alcohol alcanza el 12% de la atribución de peso más determinante de la carga de enfermedad, duplicando el peso de la hipertensión arterial y al sobrepeso (Ministerio de Salud, 2017).

En cuanto a poblaciones específicas, el Plan Nacional de Salud Mental señala que los problemas y trastornos mentales afectan en mayor medida a las personas con menor nivel educacional, a los más jóvenes y a las mujeres, y que impactan de manera particular a personas de pueblos originarios; en donde la pobreza infantil es un factor de riesgo para este tipo de enfermedades a lo largo de la vida. De este modo, las exposiciones a factores de riesgo en etapas previas, sumado las inequidades en salud, frecuentemente se expresan en el deterioro de la condición de salud física y/o mental de los adultos.

Es en este contexto en que el deterioro cognitivo y las demencias van en aumento a medida que aumenta la edad. El MINSAL estima que actualmente en Chile el 1,06% de la población total del país presenta algún tipo de demencia. El 7,1% de las personas de 60 años y más (7,7%

<sup>2</sup> "Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). Los AVISA para una causa específica, corresponden a la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (AVPM), por esa causa específica, más los años de vida vividos con discapacidad (AVD), para los casos incidentes, de la misma causa específica: AVISA = AVPM + AVD. A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones" (Ministerio de Salud, 2017)

en mujeres y 5,9% en hombres) presenta deterioro cognitivo, cifra que a partir de los 75 años muestra un aumento exponencial, alcanzando 13% en las personas entre 75 -79 años y 36,2% en los mayores de 85 años. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud, el 10,4% de personas mayores de 60 años presenta deterioro cognitivo, sin diferencias significativas por sexo, evidenciando también una importante progresión a mayor edad y una prevalencia que es casi 6 veces mayor en personas con bajo nivel educacional, comparadas con aquellas con nivel de educación alto y medio (Ministerio de Salud, 2017).

Según cifras entregadas por el programa, 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).

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.

Es muy importante señalar que según el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, "la interacción con el medio social es un elemento relevante en la generación de discapacidad en las personas. La situación de pobreza se transforma en un factor adicional de vulnerabilidad que incrementa el riesgo de exclusión social tanto de las personas que tienen Discapacidad Mental, como de sus familias. Además, cuando estas personas y sus familias no cuentan con acceso garantizado a los servicios pertinentes y tampoco cuentan con los dispositivos de apoyo social requeridos, participan de un círculo vicioso de doble exclusión que empobrece a la persona y a su grupo familiar" (Ministerio de Salud, 2017, pág. 18)

En cuanto a la atención médica, actualmente, la provisión de servicios de salud mental, son provistos por el Ministerio de Salud a través de una red

de servicios de salud mental y psiquiatría, en la que las distintas unidades ofrecen prestaciones, se coordinen entre sí, definen la dinámica cada área de competencia, el flujo de pacientes y la realización de actividades conjuntas, incluyendo promoción y protección de la salud mental, como el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades. De este modo, en cada Servicio de Salud se constituyen Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, los que operan en modalidad de atención ambulatoria y atención cerrada (hospitalización) a cargo de una población asignada, en un área geográfica definida. En donde, el total de la población beneficiaria debe estar adscrita a uno de estos equipos y cada uno de éstos deben constituirse como centro articulador y coordinador en su localidad. Todo esto, bajo un modelo de atención comunitario, en el que un conjunto de recursos asistenciales disponibles, públicos y privados, abordan en forma coordinada e integrada, los problemas de salud mental y enfermedades psiquiátricas de la población del área determinada.

En términos simples, la Red de salud mental se compone de los siguientes servicios (Ver la siguiente tabla):

**TABLA 5: RED DE SALUD MENTAL Y PSIQUIÁTRICA**

NIVELES	ESTRATEGIA
Nivel primario de resolución (barrio- comuna) <sup>3</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa Nacional de Salud Mental y Psiquiatría</li> <li>- Consultoría de Salud Mental.</li> <li>- Psicólogos en los Centros de Salud Familiar y Consultorios Generales Urbanos.</li> </ul>
Nivel secundario de resolución (Comuna- Provincia)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria.</li> <li>- Centros de Salud Mental Familiar (COSAM)</li> <li>- Equipos de Psiquiatría de Niños y Adolescentes</li> <li>- Hospital de Día</li> <li>- Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía</li> <li>- Servicio de Urgencia</li> <li>- Hogares Protegidos</li> <li>- Agrupaciones de Usuarios y Familiares</li> <li>- Comunidades Terapéuticas</li> </ul>
Nivel terciario de resolución (Provincia – Región)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital de Día para Niños y Adolescentes</li> <li>- Servicio de Psiquiatría de Corta Estadía para Adolescentes</li> <li>- Servicio de Psiquiatría de Mediana Estadía</li> <li>- Unidad de Adicciones Ambulatoria</li> <li>- Unidad de Adicciones con Hospitalización</li> <li>- Programa de Reparación Integral en Salud para Personas Afectadas por Represión Política 1973-1990 (PRAIS)</li> <li>- Unidades de Psiquiatría Forense</li> </ul>

Fuente: Red de Servicios de Salud Mental (documento entregado por MINSAL)

Dado que el programa se inicia con el propósito de desinstitucionalizar a las personas que se encontraban en las unidades de larga estadía de hospitales psiquiátricos, se ahondará brevemente en éstos.

<sup>3</sup> Cabe mencionar que todos los establecimientos correspondientes a este nivel deben realizar tanto promoción y prevención en salud mental, como diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y derivación de enfermedades mentales, de acuerdo con su capacidad de resolución.

En términos de resolución, estos Hospitales, contribuyen tanto en el nivel secundario como terciario:

- **En el nivel secundario**, el objetivo de estos hospitales es responder a las necesidades de la población beneficiaria de sus respectivos Servicios de Salud formando equipos de salud mental y psiquiatría ambulatorios, hospital de día, y hogares protegidos, además de proveer las camas requeridas en servicios de psiquiatría de corta estadía.
- **En el nivel terciario**, pueden proveer a varios Servicios de Salud con camas en servicios de psiquiatría de unidades de hospitalización de corta, mediana y larga estadía para población general. Algunas de estas unidades también asumen el abordaje de los problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol y drogas. Cabe hacer mención a la subred de psiquiatría forense, que tiene su foco en población con problemas graves de salud mental que han cometido algún delito y que dada su condición mental es declarada inimputable.

Actualmente, en el país se encuentran operativos 4 hospitales psiquiátricos que proveen servicios de corta, mediana y larga estadía (ver siguiente tabla). Corta estadía corresponde a hospitalización no superior a 60 días, mediana estadía a internación de 2 a 12 meses y larga estadía, internación superior a 12 meses (MINSAL, s.f.). Es importante mencionar que, tal y como se verá más adelante, la política nacional y orientaciones provenientes de la comunidad internacional están orientadas al desarrollo de un proceso de desinstitucionalización de personas en largas estadías y con ello una mejora en las condiciones de vida y expresión más plena de derechos para los pacientes que permanezcan hospitalizados debido a la severidad de su discapacidad, con el fin último de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por problemas graves de salud mental.

**TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS POR TIPO DE ESTADÍA**

	CORTA ESTADÍA	MEDIANA ESTADÍA	LARGA ESTADÍA
Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak (Recoleta, Región Metropolitana)	X		X
Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel (Putendo, Región de Valparaíso)	X	X	X
Hospital Del Salvador (Valparaíso, Región de Valparaíso)	X	X	
Hospital Psiquiátrico El Peral (Puente Alto, Región Metropolitana)		X	X

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa.

La tabla que se presenta a continuación da cuenta de la ocupación de los hospitales psiquiátricos en promedio por días de estadía (al año 2018), como una forma de conocer la demanda por este tipo de atención, diferenciada por tipo de estadía. La información se realiza en base al censo diario de camas y pacientes hospitalizados, que tiene por objetivo recoger información diaria acerca de las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes ocurridos en el área de hospitalización.

**TABLA 7: OCUPACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN PROMEDIO (DÍAS DE ESTADÍA) (AÑO 2018)**

	CORTA ESTADÍA	MEDIANA ESTADÍA	LARGA ESTADÍA
<b>Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak</b>	40,7		4548,22
<b>Hospital Psiquiátrico Dr. Philippe Pinel</b>	24,42	463,73	661,93
<b>Hospital Del Salvador</b>	28,22	518,1	
<b>Hospital Psiquiátrico El Peral</b>		206,36	2620,25

Fuente: Elaboración propia en base a datos entregados por el programa.

Desde el año 2011, el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH), en su Informe Anual de Derechos Humanos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2011), ha abordado la situación de la salud mental en el país con especial énfasis en el aumento de la incidencia de las enfermedades mentales, el cumplimiento de la normativa internacional y las condiciones de vida en unidades psiquiátricas de larga estadía. En su Informe, correspondiente al año 2017, el INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2017) dio a conocer los resultados de un proceso de observación sobre las condiciones generales de vida y tortura, otros tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes en unidades de larga estadía a establecimientos psiquiátricos y, en base a observaciones y entrevistas, constató en grandes líneas lo siguiente:

- a) **Sobre causas de ingreso, estadía prolongada y egreso:** La información recogida da cuenta que las causas de ingreso son diversas y que los egresos son mínimos. En caso de egresos, generalmente, los pacientes no son derivados a sus casas dado que no existen condiciones para su manejo por parte de sus familiares y cercanos. El informe evidencia que la mayoría de los pacientes no cuentan con redes de apoyo y que cuando existe, éstas son siempre esporádicas, sin un apoyo efectivo que permita la salida de su hospital. En algunos casos se entrega información sobre usuarios que pudiendo estar fuera de las unidades de larga estadía, no pueden salir porque no tienen redes de apoyo o porque no existen cupos en Residencias y Hogares que puedan recibirlos. Además de la ausencia de redes, el informe constata que esta población está en proceso de envejecimiento, lo cual agudiza sus condiciones de salud general. Adicionalmente, el informe precisa que a pesar que desde el año 2000 en adelante las unidades y establecimientos de larga estadía no forman parte del Plan de Salud Mental y Psiquiatría (lo que significa que no se deberían registrar más ingresos a estas unidades), se siguen produciendo ingresos y que dentro de las causales de éstos destacan el abandono de las familias, las complejidades orgánicas y médicas que requieren de cuidados especiales y constantes, y las condiciones económicas precarias de las personas internadas.
- b) **Sobre condiciones de vida:** Respecto a las condiciones de aseo e higiene personal, el INDH no detectó mayores problemas y, de acuerdo con lo observado, en todas se evidenció un trato humano, digno y respetuoso por parte del personal hacia las personas con discapacidad mental. En ninguna de las unidades visitadas se observó a las personas siendo sometidas a algún tipo de abuso o maltrato verbal, físico, psicológico y/o emocional. Tampoco se registró algún tipo de abuso y/o descuido durante la observación.
- c) **Sobre tratos crueles, inhumanos o degradantes:** Respecto a los tratos, el INDH señala que el abandono de las familias y el olvido social son algunos de los elementos que facilitan los abusos y el atropello de la dignidad humana de las personas que residen en hospitales psiquiátricos y que, de acuerdo con lo observado, en todas las unidades de larga estadía se evidenció un trato humano hacia las personas en situación de discapacidad mental. Sin embargo, en la encuesta realizada a las personas internadas, algunas de ellas declaran agresiones y tratos que no cumplen con los estándares establecidos.

## 2. NORMATIVA NACIONAL E INTERNACIONAL EN LA MATERIA

El marco normativo del programa encuentra sustento en al menos 4 tipos de instrumentos nacionales e internacionales: 1) Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos; 2) Constitución Política de la República de Chile; 3) Leyes y Decretos Nacionales, y 4) El Plan Nacional de Salud mental y Psiquiatría 2017-2025.

### ILUSTRACIÓN 1: MARCO NORMATIVO DEL PROGRAMA

#### 1. INSTRUMENTOS INTERNACIONALES EN DERECHOS HUMANOS

Consagran el derecho a la salud y a un nivel de vida adecuado. Además, establece el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

#### 2. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE CHILE

Fija responsabilidades del Estado en términos de Derecho y Deberes, Acciones y Garantías Constitucionales. En temas de Salud determina que el Estado debe proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación.

#### 3. LEYES Y DECRETOS NACIONALES

Entregan atribuciones al Ministerio de Salud sobre el libre e igualitario acceso a la salud, establecen normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, entre otras.

#### 4. PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA 2017-2025

Este Plan señala que el programa ha permitido a centenares de personas salir de los hospitales psiquiátricos y, a otras muchas, acceder a este soporte habitacional estando en la comunidad, por carecer de redes de apoyos (...) brinda soporte social, otorgando una alternativa habitacional y servicios de apoyo a quienes lo requieren".

Fuente: Elaboración propia, en base a información entregada por el Programa

Sobre los Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos, todos éstos consagran los derechos a la salud y a un nivel de vida adecuado. Además de establecer derechos a seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Entre los instrumentos internacionales destacan:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
2. Convención contra la Tortura (1984).
3. Declaración de Caracas, OPS, OMS (1990)
4. Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
5. Convención Interamericana para la eliminación de todas formas de discriminación contra las personas con discapacidad (2002).
6. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007, firmada y ratificada por Chile el año 2008)

Sobre la Constitución Política de la República de Chile, ésta pertenece a la normativa del programa, toda vez que fija responsabilidades del Estado en términos de promover el bien común y derechos esenciales. Además, consagra el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica y el derecho a la protección de la salud y a la seguridad social. Entregando con ello, un marco general de justificación al programa.

En cuanto a Leyes y Decretos Nacionales, destacan los siguientes:

1. Ley N°2763: Entrega atribuciones al Ministerio de Salud sobre el libre e igualitario acceso a la salud. Esta Ley, además de asegurar las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, establece las responsabilidades del Ministerio de Salud.
2. Ley 20.422: Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. De manera específica, determina que el Estado proveerá la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia a través de prestaciones o servicios de apoyo y que ésta debe facilitar la existencia autónoma en su medio habitual y proporcionar un trato digno.
3. Ley 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Esta Ley determina que toda persona tiene derecho a promoción, protección y recuperación de salud y rehabilitación, independiente del ejecutor, y a recibirlas oportunamente y sin discriminación. Además, de asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales.
4. Decreto N°570 del Ministerio de Salud: Aprueba Reglamento para la internación de personas con enfermedades mentales y sobre establecimientos que la proporcionan.

Finalmente, y en relación con el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría 2017-2025, es importante destacar que éste constituye un importante paso normativo a nivel nacional. La historia de las políticas públicas y reformas de salud mental en el país reconoce tres etapas y modelo (Minoletti, Rojas y Sepúlveda, 2011 en (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2011)).

- a) Modelo manicomial.
- b) Modelo hospitalocéntrico.
- C) Modelo ambulatorio / comunitario.

En donde la etapa del modelo manicomial iría desde el inicio de la República al año 1952, que se caracterizaba por grandes instituciones asilares, donde personas con discapacidad mental eran custodiadas y hacinadas en pabellones para pacientes crónicos, con escasas condiciones de higiene, sin derecho y alta morbilidad. Le sigue la etapa del modelo hospitalocéntrico (1952-1990) que está marcado por la transformación de los manicomios en hospitales psiquiátricos, pero que no contempló prioridad para abordar las políticas de salud mental. Actualmente, se estaría en la etapa del modelo ambulatorio / comunitario, que tiene como foco la inclusión de la salud mental en la atención primaria, la descentralización de la atención de especialidad, de preferencia en centros comunitarios y la creación de dispositivos comunitarios que permiten que las personas con problemas de salud mental vivan en comunidades, tales como en residencias y hogares protegidos (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2011).

Es en el marco de este modelo ambulatorio / comunitario que MINSAL, en el año 2000, publica el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Este Plan no contemplaba mantener camas en hospitales psiquiátricos de larga estadía; lo cual fue corroborado por la Organización Mundial de la Salud el año 2006 (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2011).

El año 2017, mediante Resolución Exenta N°1286, MINSAL publica el nuevo Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, que da cuenta de los principales desafíos que el Ministerio enfrenta para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población en el país.

En este Plan, MINSAL da cuenta que el proceso de desinstitucionalización ha implicado la creación de numerosas plazas en dispositivos de apoyo residencial - Hogares Protegidos y Residencias Protegidas - para otorgar soporte social a estas personas en un entorno comunitario, promotor de la inclusión social. De este modo, la oferta en hogares y residencias protegidas aumentó de 103 a 199 dispositivos, subiendo de 974 a 1.544 plazas en el período 2004 - 2012. Al año 2015 las plazas de apoyo residencial ascendían a 1.737, superando con creces la reducción de camas de larga estadía de los hospitales psiquiátricos. Es importante señalar que el mismo plan indica que pese a este aumento, persisten centenares de personas institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y otras muchas en condiciones de institucionalización informal en la comunidad (Ministerio de Salud, 2017).

Respecto a este último punto, el citado plan indica que si bien la solución entregada por el Programa de Residencias y Hogares protegidos ha facilitado la desinstitucionalización y ha permitido una mejora significativa en la calidad de vida para la mayor parte de los beneficiarios, persiste la dificultad para dar una respuesta integral a los diversos ámbitos de necesidades de sus residentes (desenvolvimiento en la vida cotidiana, inclusión laboral, acceso educacional, participación ciudadana, recreación, etc.), por lo que se requiere generar estrategias y planes intersectoriales conjuntos, para que cada sector colabore dentro de sus ámbitos de acción.

### **3. ESTRATEGIA DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN OFRECIDA POR EL PROGRAMA**

En su diseño actual para aportar al fin y al cumplimiento de su propósito, el programa se implementa a través de dos componentes: Atención en Hogares Protegidos y Atención en Residencias Protegidas. A continuación, se ahondará en la estrategia ofrecida por el programa, por separado, respecto a ambos componentes.

#### **3.1 SOBRE HOGARES PROTEGIDOS**

Un Hogar Protegido es “una instancia residencial alternativa, para personas con discapacidad de causa psíquica que no tienen las habilidades para vivir en forma independiente y no cuentan con el apoyo de sus familias” (Ministerio de Salud, 2000). Para ello, se busca que cada hogar garantice una dinámica de funcionamiento lo más similar a las relaciones que se establecen en cualquier grupo humano de adultos autovalentes que habitan una residencia común, y, por lo tanto, se fomenta la participación, respeto, tolerancia y relaciones afectivas.

Según la norma técnica de estos Hogares, su objetivo es integrar las necesidades habitacionales con las necesidades de apoyo y seguridad que requieren las personas con discapacidad psíquica, contribuyendo, además, al proceso de entrenamiento de las habilidades que se relacionan con su desempeño en el hogar. De acuerdo con el grado de cuidados requeridos por los residentes, los cuales se encuentran definidos por su situación de discapacidad de causa psíquica, los Hogares Protegidos pueden contar con los siguientes tipos de apoyo:

- a) Apoyo permanente las 24 horas del día: Un cuidador permanece en el Hogar las 24 horas del día, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.
- b) Apoyo nocturno: Un cuidador permanece en el Hogar durante la noche, apoyando a los residentes en conductas de autocuidado, en la estructuración de su rutina y en la administración de medicamentos.

- c) Apoyo algunas horas al día: Un cuidador apoya aquellos aspectos más débiles de los residentes en horarios establecidos de común acuerdo.
- d) Apoyo algunas horas a la semana: Un cuidador supervisa a los residentes en horarios y aspectos establecidos de común acuerdo.

Un aspecto importante es que la organización está diseñada para que sea de carácter flexible y capaz de adaptarse a las necesidades y cuidados de los residentes, de tal forma que, por ejemplo, un Hogar que comience con apoyo 24 horas al día podrá transformarse en Hogar de cuidado parcial, en la medida que sus residentes vayan adquiriendo las habilidades necesarias.

Cada hogar cuenta con un soporte que está compuesto por, a lo menos, un equipo técnico, administradores y cuidadores, los cuales operan en 3 niveles, que se presentan en el siguiente esquema, y a continuación su descripción:

## ILUSTRACIÓN 2: SOPORTE DE UN HOGAR PROTEGIDO

EQUIPO TÉCNICO DE SALUD MENTAL	ADMINISTRADORES DE LOS HOGARES	CUIDADORES DE LOS RESIDENTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo multidisciplinario, dependiente de la Unidad de Salud Mental de la Dirección del Servicio de Salud.</li> <li>• Encargada de definir lineamientos conceptuales, asesorar y supervisar la implementación de los Hogares y supervisar y monitorear su funcionamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Persona natural o jurídica, pública o privada, responsable de la administración de los Hogares .</li> <li>• Tienen la responsabilidad de administrar y procurar el apoyo y supervisión a los residentes de acuerdo a las necesidades individuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profesional o técnico de la salud que supervisa y apoya a los residentes en áreas tales como: autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de rutina, integración comunitaria con instancias de salud, entre otros.</li> </ul>

Fuente: (Ministerio de Salud, 2006)

**Equipo técnico:** Corresponde a un equipo multidisciplinario, dependiente de la Unidad de Salud Mental de la Dirección del Servicio de Salud. Es una instancia de carácter técnico, encargada de definir lineamientos conceptuales, asesorar y supervisar la implementación de Hogares Protegidos y supervisar y monitorear su funcionamiento. Esto último se debe realizar preferentemente a través y en coordinación con el Equipo de Salud Local y/o Equipo de salud mental y psiquiatría local, cuando exista. Está compuesto por representantes de la Red Asistencial, de la Unidad de Salud Mental, de Agrupaciones de Familiares, de Agrupaciones de Personas discapacitadas de causa psíquica y de Organizaciones Administradoras de Hogares. Entre sus principales funciones destacan:

- a) Promover el desarrollo de los Hogares, difundiendo sus objetivos, características, proyecciones y necesidades.
- b) Formular orientaciones técnicas destinadas a establecer las características y funcionamiento óptimo de los hogares.
- c) Apoyar y supervisar la gestión administrativa.
- d) Supervisar el cumplimiento de las normas y orientaciones técnicas, en coordinación con las instancias de salud existentes según las realidades del nivel local.
- e) Establecer coordinación intersectorial entre los distintos actores que participan en la implementación, desarrollo, operación y evaluación de los hogares.
- f) Realizar trabajo intersectorial que facilite el desarrollo de los hogares.

**Administradores:** Persona natural o jurídica, pública o privada, responsable de la administración de los Hogares Protegidos, a nivel financiero y de gestión, debiendo ocuparse de todos aquellos aspectos relativos a la operación de cada uno de los hogares. Tienen la responsabilidad de administrar y procurar el apoyo y supervisión a los residentes en los hogares, de acuerdo con las necesidades individuales que cada uno de ellos presente, para lo cual contratará cuidadores. Entre sus funciones destacan:

- a) Firma de convenios con instancias respectivas, donde se especifican responsabilidades administrativas.
- b) Asistencia a reuniones de coordinación técnica.
- c) Recepción de fondos.
- d) Control de gastos de acuerdo con ítems preestablecidos.
- e) Procurar lugares de residencia y equipamiento de las viviendas, resguardando los requisitos básicos de seguridad establecidos en la legislación de vivienda y seguridad vigente.
- f) Mantenimiento de la casa-habitación.
- g) Cautelar el buen uso de los bienes adquiridos, de acuerdo con los fines establecidos en los convenios.
- h) Contratación de cuidadores, responsabilizándose tanto de su idoneidad como de los aspectos contractuales y legales.
- i) Procurar apoyo, supervisión y capacitación a los cuidadores contratados.

**Cuidadores:** Corresponde a profesional o técnico de la salud que supervisa y apoya, cuando sea necesario, a los residentes en áreas tales como: autocuidado, autonomía doméstica, interacción social, conductas instrumentales, estructuración de rutina, integración comunitaria con instancias de salud, servicios sociales y organizaciones comunitarias. Entre sus funciones destacan:

- a) Observación activa.
- b) Estimulación para desarrollo de conductas.
- c) Asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad de los residentes.
- d) Velar por la seguridad de los residentes, responsabilizándose, entre otros, que las reparaciones necesarias sean hechas oportunamente.
- e) Reconocimiento del entorno comunitario.
- f) Contacto con instancias o personas, de acuerdo con los intereses y necesidades de los residentes.

Adicionalmente, las normas técnicas de los Hogares determinan que la infraestructura debe dar cuenta de los siguientes requisitos:

- El número de residentes por Hogar debe ser igual o inferior a 8 personas.
- El número máximo de residentes por habitación será de 2 personas.
- En el Hogar se deberá disponer de una sala de baño por cada 4 residentes.
- En la casa - habitación se deberá disponer de los espacios habituales de un hogar (sala de estar, cocina, dormitorios, baños y comedor).
- Los residentes dispondrán de libre acceso a la casa - habitación y a las dependencias de uso común.
- Los residentes podrán salir y entrar del Hogar sin más restricciones que las acordadas por ellos mismos.
- Los residentes podrán tener invitados, respetando los acuerdos establecidos entre los propios residentes.
- La habilitación e implementación de la casa-habitación se hará tomando en cuenta las preferencias de los residentes, garantizando niveles mínimos de comodidad y bienestar.

### 3.2. SOBRE RESIDENCIAS PROTEGIDAS

Una Residencia Protegida es “una instancia residencial para personas con un trastorno mental severo, quienes estando compensados clínicamente muestran un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia, requiriéndose por ello un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería”. De modo que se diferencia de un Hogar Protegido, porque una Residencia tiene un mayor grado de complejidad técnica y psicosocial (Ministerio de Salud, 2006).

Es importante señalar que el carácter de severidad, en este caso, está dado porque su discapacidad les impide tener habilidades para vivir en forma independiente, realizar actividades de auto cuidado básico y de participación, debiendo requerir la asistencia y supervisión permanente de un tercero para ello.

Para cumplir con su objetivo, una residencia protegida debe cumplir con las siguientes funciones:

- a) Garantizar que las actividades de la vida diaria que realicen los residentes propendan a su normalización.
- b) Satisfacer necesidades habitacionales, de confort y de calidad de vida.
- c) Brindar cuidados prolongados, con seguridad y protección, al mismo tiempo que se les da la oportunidad y apoyo para lograr el máximo nivel posible de autovalencia y autonomía.
- d) Resguardar los derechos de los residentes.
- e) Asegurar el acceso a actividades de rehabilitación, recreativas y participación social y/o a actividades comunitarias, e incorporar en el quehacer de la Residencia, la participación de actores y organizaciones de la comunidad donde ésta se encuentra inserta, tales como municipalidades, juntas vecinales, colegios, iglesias, entre otras.
- f) Implementar y dar seguimiento al plan de trabajo<sup>4</sup> diseñado por el equipo de salud mental y psiquiatría tratante, en relación con el fortalecimiento de funciones remanentes y núcleos sanos de los residentes.
- g) Apoyar acciones de sensibilización de la comunidad para la no-discriminación de las personas con discapacidad de causa psíquica en general y los residentes en particular.
- h) Promover estilos de convivencia saludable dentro y fuera de la residencia, a través de rutinas que consideren las diferencias, los intereses y el pleno respeto a los derechos y deberes de las personas.
- i) Utilizar los componentes de la red local que contribuyan al desarrollo y refuerzo de habilidades sociales laborales, de la creatividad y expresión, en talleres, centros diurnos, talleres protegidos, entre otros.

<sup>4</sup> Este Plan de Trabajo corresponde a rutinas y medicamentos de cada residente.

En el funcionamiento de una residencia, al igual que en los hogares, intervienen los siguientes 3 actores: 1) Servicios de Salud, Equipos de Salud Mental y Psiquiatría, equipos de Centros de Atención Primaria y prestadores privados, 2) Actores de carácter administrativo, técnico y regulatorio; y 3) administradores, cuidadores y la familia; en donde, la calidad de la atención que se brinda en estas residencias está dada por la convergencia y coordinación de estos actores.

Las diferencias respecto a los hogares, es que, en el caso de los administradores de las Residencias, éstos deben procurar:

- a) La Evaluación periódica del cumplimiento de los requisitos de la atención (acceso, oportunidad, calidad) requerida para estos residentes.
- b) Dar cuenta de responsabilidades técnicas y administrativas de la entidad prestadora y del Servicio de Salud respectivo.
- c) Evaluación de los procesos de calidad de la atención efectuados por el sistema.
- d) Resguardar y promover los derechos de los residentes.
- e) Dar seguridad a los residentes.
- f) Encargarse de la capacitación continua del personal.
- g) Contratar formalmente al personal bajo las leyes laborales vigentes.
- h) Adicionalmente, debe informar a los Servicios de Salud sobre el funcionamiento administrativo y financiero de las Residencias y sobre las situaciones ocurridas y su forma de solución.

Y en el caso de los cuidadores, sus funciones son establecidas como las siguientes:

- a) Observación activa de los residentes.
- b) Estimulación para desarrollo de conductas.
- c) Asistencia directa en aquellas áreas de mayor discapacidad.
- d) Cuidados básicos de enfermería.
- e) Velar por la seguridad de los residentes.
- f) Reconocimiento del entorno comunitario.
- g) Contacto con instancias o personas de acuerdo con intereses y necesidades de los residentes.
- h) Aplicación de tratamientos específicos, indicados por el equipo tratante de cada residente.
- i) Mantener vínculos con familiares y/o personas relevantes en el bienestar de los residentes.
- f) Mantener a los Residentes con sus controles salud al día.

Al igual que los Hogares Protegidos, las Residencias han sido diseñadas para cumplir con una serie de requisitos de infraestructura. Sin embargo, como el nivel de severidad es mayor para el caso de los pacientes que están en Residencias, se agregan otros requisitos relacionados, los cuales se presentan en la siguiente imagen y son profundizados en el Anexo 2 del presente informe.

### ILUSTRACIÓN 3: REQUISITOS ADICIONALES PARA RESIDENCIAS PROTEGIDAS

Infraestructura	Personal y sus necesidades	Vinculación con el medio	Ubicación	Seguridad y resguardo de residentes
-----------------	----------------------------	--------------------------	-----------	-------------------------------------

Fuente: (Ministerio de Salud, 2006)

Es importante mencionar que un paciente que ingresa a un Hogar/Residencia Protegido lo puede hacer desde: 1) Hospitales psiquiátricos, 2) Servicios de Psiquiatría de Hospital General, 3) Servicios de Psiquiatría Ambulatorios, o bien, 4) Provenir de otros componentes de la red asistencial.

El monto mensual por dispositivo (hogar o residencia) debe cubrir la totalidad de necesidades de las personas: alimentación, vivienda, acompañamientos, traslados, vestimenta, etc.

Fonasa define la metodología de cálculo, los montos (a través de Estudios de Canasta) y es el pagador; los Servicios de Salud son (quienes ejecutan este presupuesto). El mecanismo de transferencia (hasta el año 2019) fue el Programa de Prestaciones Valoradas (PPV<sup>5</sup>), con los montos que se presentan en la siguiente tabla (para año 2019).

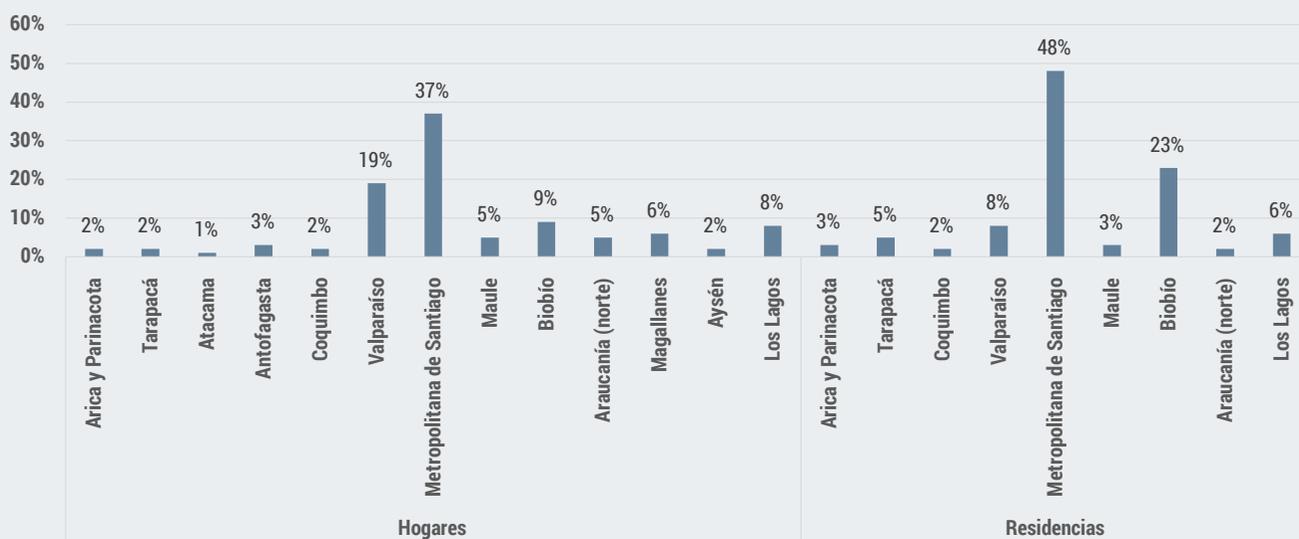
**TABLA 8: PPV PARA RESIDENCIA Y HOGAR PROTEGIDO (2019)**

	Valor PPV (diario)
Valor prestación Residencia protegida	\$18.790
Valor prestación Hogar protegido	\$14.990

Fuente: Información entregada por el programa

#### 4. CARACTERIZACIÓN DE LA OFERTA DE HOGARES Y RESIDENCIAS QUE ENTREGA EL PROGRAMA

Según las estadísticas entregadas por el programa, hay información sobre 173 Hogares y Residencias a nivel nacional. El 37% de los hogares y el 48% de las residencias se encuentran en la Región Metropolitana (ver Gráfico siguiente).



Fuente: Cifras entregadas por el programa

<sup>5</sup> En el caso de los PPV, cada prestación es valorada según un arancel estimado a nivel central que pretende competir con el precio de la prestación.



# RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN



## IV. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

### 1. POBLACIONES Y CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN

#### 1.1. DEFINICIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO Y CUANTIFICACIÓN

Para efectos de la presente evaluación, la definición de población potencial y objetivo se ha ajustado, utilizando las siguientes definiciones (Ver tabla siguiente):

**TABLA 9: DEFINICIONES UTILIZADAS PARA LA EVALUACIÓN**

CONCEPTO	DEFINICIÓN DIPRES
Población potencial	Corresponde a la población que presenta una necesidad o problema público, identificado y definido como tal por una política diseñada para abordarlo.
Criterio de Focalización	Condiciones o características que deben cumplir los beneficiarios potenciales (población potencial), para ser considerados como parte de la población objetivo del programa.
Población objetivo	Es aquella parte de la población potencial que cumple con los criterios de focalización y que, por lo tanto, el programa planifica atender en el mediano y largo plazo.
Criterios de Priorización	Criterios objetivos que permitan ordenar el flujo de beneficiarios dentro de un plazo plurianual, determinando en forma no arbitraria a quiénes se atiende antes y a quiénes después.
Población Beneficiaria	Es aquella parte de la población objetivo que cumple los criterios de priorización y que, por lo tanto, el programa planifica atender.

Fuente: Dipres

De este modo, las definiciones de población potencial, objetivo, beneficiaria se han definido de la siguiente manera:

**TABLA 10: DEFINICIÓN DE POBLACIONES, UTILIZADAS PARA LA EVALUACIÓN**

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<b>Población potencial</b>	Personas con trastornos mentales severos
<b>Criterios de Focalización</b>	Ser beneficiario de FONASA. Mayores de 18 años. Con trastornos mentales severos. Con discapacidad psiquiátrica. Con dependencia funcional (leve, moderada). Que se encuentren compensados clínicamente. En situación de vulnerabilidad social.
<b>Población objetivo</b>	Beneficiarios de FONASA, mayores de 18 años con trastornos mentales severos, discapacidad psiquiátrica y dependencia funcional, que se encuentran compensados clínicamente y en situación de vulnerabilidad social.
<b>Criterios de Priorización</b>	Nivel de vulneración de derechos (desprotección de sus necesidades básicas y de su seguridad física y emocional). Tiempo de espera para un cupo en hogar y residencia.
<b>Población Beneficiaria</b>	Beneficiarios de FONASA, mayores de 18 años con trastornos mentales severos, discapacidad psiquiátrica y dependencia funcional que se encuentran compensados clínicamente y en situación de vulnerabilidad social.

Fuente: Elaboración propia en base a Taller realizado con el programa

Para estos efectos, el programa entiende:

- **Discapacidad mental** como “toda restricción o falta de habilidades en una persona para manejarse en forma independiente, de acuerdo con los patrones considerados como “normales” en un ser humano en una sociedad y cultura dada. Constituye una de las consecuencias de un daño en la estructura y/o funcionamiento cerebral de la persona, puede ser congénito o adquirido y, previsiblemente, de carácter permanente” (Ministerio de Salud, 2000). En donde, de acuerdo con el marco conceptual propuesto desde el año 2001 por la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF), existen tres conceptos necesarios para definir la discapacidad:
  - **Capacidad**, que se entiende como el máximo nivel de funcionamiento que puede alcanzar una persona, considerando solamente su condición de salud.
  - **Desempeño**, que describe lo que las personas hacen o pueden hacer efectivamente en su contexto cotidiano, considerando las ayudas y/o apoyos que utilizan para ello.
  - **Factores Ambientales**, que se entienden como los factores externos que afectan la experiencia de discapacidad vivida por la persona, por ejemplo, los dispositivos de ayuda, apoyo familiar, actitudes de otras personas, el sistema de salud o la accesibilidad de los lugares que transita. Por otro lado, la dependencia, como ya fue mencionado, refiere a la necesidad de supervisión y/o ayuda de terceras personas

para llevar a cabo las variadas actividades diarias que supone una vida autónoma (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2017).

- **Dependencia funcional** hace referencia a “personas que, considerando su capacidad mental, física y/o de movilidad, requieren apoyo de un tercero para realizar ciertas tareas.” (Servicio Nacional de la Discapacidad, 2017).

Cabe mencionar que, durante el proceso de evaluación, no se encontró documentación sobre cuáles serían los criterios para definir: 1. trastornos mentales severos, 2. compensados clínicamente, 3. vulnerabilidad social. Esto es especialmente relevante en el caso de vulnerabilidad social, cuya definición puede tener diferentes focos. En el caso de trastornos mentales severos y compensación, la definición descansa en los especialistas del área de salud mental.

Según cifras entregadas por el programa, la estimación de la población potencial y objetivo es cuantificada en la siguiente tabla.

**TABLA 11: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVOS Y BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA (AÑO 2019)**

Población potencial	Población mayor de 18 años con Trastorno Mental Severo	448.831 personas
Población objetivo	Población mayor de 18 años con Trastorno Mental Severo beneficiaria de Fonasa en Situación de Discapacidad con Dependencia Leve a Moderada	40.435 personas
Población beneficiaria	Cupos Hogares y Residencias	1.905 cupos
	Número de Hogares y Residencias Protegidas en operación	209
	Beneficiarios en Hogares Protegidos	1.138 personas
	Beneficiarios en Residencias Protegidas	729 personas
	Beneficiarios totales	1.867 personas

Fuente: Cifras entregadas por el programa

Es importante mencionar que, para el cálculo de las poblaciones, el programa consideró las siguientes notas técnicas:

1. Sobre la base de la población total de Chile, se utiliza base de datos del CENSO 2002, actualizado 2014, Proyección 2018 que corresponde a una población total de 18.552.218 personas.
2. Según proyecciones INE 2018, la población de Chile con 20 o más años corresponde a un total de 13.600.964 personas.
3. Teniendo como referencia la prevalencia de Trastornos Mentales Severos en Chile que corresponde a un 3,3% de la población (Vicente, 2016) se calcula, sobre la base de población general mayor con 20 o más años, que un total de 448.831 personas podrían presentar Trastorno Mental Severo.

4. La estimación del porcentaje de personas beneficiarias FONASA se calcula sobre la base de la población censal INE (20 o más años), que corresponde a 13.600.964 personas, y en relación con el total de las personas inscritas en FONASA al 2018 (20 o más años), las que corresponden a un total de 10.464.128 personas, es decir, un 77%.
5. Considerando la población general mayor de 20 años con trastorno mental severo, 448.831 personas, el 77% de éstas son beneficiarias de FONASA, es decir, 345.600 personas.
6. De acuerdo con la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (Senadis, 2015), un 11,7% de la población entra en la categoría Personas en Situación de Discapacidad con Dependencia Leve a Moderada. Si se aplica este criterio de focalización a la población mayor de 20 años, con Trastorno Mental Severo, beneficiaria de FONASA, en Situación de Discapacidad con Dependencia de Leve a Moderada, se obtiene un total de 40.435 personas

De este modo, las estimaciones para la población potencial, objetivos y beneficiarios del programa se dan a conocer en la siguiente tabla.

**TABLA 12: ESTIMACIONES DE POBLACIÓN POTENCIAL, OBJETIVOS Y BENEFICIARIOS, CUANTIFICADAS POR EL PROGRAMA (AÑO 2019)**

VARIABLES	
Población Total Chile <sup>6</sup>	18.552.218 personas
Población mayor de 18 años <sup>7</sup>	13.600.964 personas
Prevalencia Trastorno Mental Severo en Chile <sup>8</sup>	3,30%
Población mayor de 18 años con Trastorno Mental Severo	448.831 personas
Porcentaje de la población general beneficiaria de Fonasa <sup>9</sup>	77,00%
Población mayor de 18 años con Trastorno Mental Severo beneficiaria de Fonasa	345.600 personas
Personas en Situación de Discapacidad con Dependencia Leve a Moderada <sup>10</sup>	11,70%
Población mayor de 18 años con Trastorno Mental Severo beneficiarias de Fonasa en Situación de Discapacidad con Dependencia Leve a Moderada	40.435 personas
Personas con Trastorno Mental Severo compensadas	Información no disponible
Personas con Trastorno Mental Severo compensadas y en situación de vulnerabilidad	Información no disponible

Fuente: Cifras entregadas por el programa

6 Fuente: Censo 2002, Actualizado 2014, Proyección 2018

7 Fuente: Censo 2002, Actualizado 2014, Proyección 2018

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

9 Fuente: Fonasa 2018

10 Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad. SENADIS, 2015

Respecto de esta definición y cuantificación de las poblaciones, y en términos de juicios evaluativos, se considera lo siguiente:

- Tal como ya se mencionó, **no se ha encontrado evidencia respecto a las definiciones utilizadas por el programa** para: 1. Trastornos mentales severos, 2. Compensados clínicamente, 3. Vulnerabilidad social. Esto indica que cada Servicio de Salud o cada equipo de Salud Mental, aplica conceptos propios al momento de la focalización y priorización de la población. Pudiendo existir la posibilidad que un potencial residente quedase seleccionado en un Servicio de Salud y no en otro (más allá de la discusión sobre cupos).
- Las **cuantificaciones de la población potencial, objetivo y de beneficiarios se hace sobre la base de estimaciones**, que dada la naturaleza del sector salud, pueden estar subestimadas y cambiar constantemente en el tiempo.
- Se considera que, puntualmente, la **cuantificación de la población objetivo del programa estaría sobreestimada**. Esto, porque el programa establece un número de población objetivo sin conocer el número de Personas con Trastorno Mental Severo compensadas ni el número de Personas con Trastorno Mental Severo compensadas y en situación de vulnerabilidad.
- Pese a lo anterior, **el programa- con su oferta actual- cubriría el 0,41% de la población potencial y el 4,61% de su población objetivo**. Al respecto, llama la atención la brecha en términos de coberturas. Según señala el problema y según lo evidenciado en la evaluación, esto se produce por el número de cupos (1905 cupos, según reporta Minsal) y las posibilidades de expansión y, por ende, de cobertura
- Por otro lado, **se observa una diferencia entre el número de beneficiarios y los cupos** (1905 cupos y 1867 beneficiarios efectivos, reportados por Minsal)<sup>11</sup>. Al respecto, esto podría darse por el desfase de la información, problemas en los reportes (cómo se verá a continuación) o porque corresponde a cupos ocupados que no se han reportado formalmente al momento de la medición. Sin embargo, es un tema aludido por los actores del nivel micro entrevistados en el marco de la evaluación. Este último punto, será abordado más adelante.

<sup>11</sup> Es importante mencionar sobre este último punto, que, desde lo estipulado en el diseño del programa, este programa no tiene egresos y los cupos en Hogares y Residencias Protegidas son gestionados por cada uno de los Servicios de Salud, a través de un Comité Evaluador a cargo de evaluar la pertinencia del ingreso y priorizar a los postulantes. En el caso de las Residencias Protegidas, los requisitos de ingreso son los señalados a continuación: Condición de discapacidad psíquica severa y dependencia y ausencia de habilidades para vivir en forma independiente y para cuidados básicos de sí mismo(a), con insuficiente capacidad de apoyo de sus familias para su condición de discapacidad, y necesidad temporal de un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y/o de cuidados de enfermería. Mientras que, para que un residente egrese de la Residencia Protegida, el Comité evaluador analiza que se cumplan los siguientes requisitos: El residente ha tenido una recuperación de sus habilidades para vivir en un ambiente de mayor independencia y autonomía (familia, hogar protegido o vivienda independiente) y existen las condiciones materiales para que el residente pueda vivir en un ambiente de mayor independencia.

Por otro lado, las cifras publicadas anteriormente para cuantificar poblaciones potenciales, objetivos, cupos y beneficiarios, corresponden a cifras entregadas directamente por el programa. Si bien el programa maneja una base de datos de beneficiarios, lo cual es evaluado positivamente, ésta presenta problemas que no permiten contar con cuantificaciones confiables. **La falta de fuentes de información confiables y oportunas respecto a los beneficiarios es un nudo crítico de la implementación del programa**, qué, cómo se verá a lo largo del presente documento, tiene importantes consecuencias en términos de diseño, implementación y monitoreo y seguimiento de este proceso.

Algunos de los problemas evidenciados en la base de datos del programa que maneja el nivel central del Minsal, cuyo archivo fue entregado al equipo evaluador son:

- Número total de beneficiarios resultante del cálculo de la base de datos es diferente al entregado por el programa. En el marco de la evaluación, el programa entregó información que da cuenta de 1.867 residentes. Sin embargo, la base de datos cuenta con 1.586 residentes a nivel nacional.
- La base no tiene datos respecto a residentes de dispositivos del Servicio de Salud Metropolitano Norte y tiene duplicaciones de información de residentes de la zona sur (Valdivia).
- La información que contiene la base es solicitada por el equipo central de Minsal encargado de la implementación del programa a los equipos de Salud Mental de los Servicios de Salud. No existe reportería instalada, con periodicidad establecida, que permita obtener los datos de manera directa y completar la información solicitada en la base está sujeto a la discrecionalidad de los equipos.
- Sumado a lo anterior, el programa no cuenta con un diccionario de variables de esta base de datos. Por ende, cada equipo completa información de acuerdo con lo que considera son las variables.

Se considera que una manera de suplir este problema es que el programa trabaje con datos extraídos de las bases de datos que maneja Fonasa. Como se verá a lo largo del documento, el programa es implementado por Minsal y los Servicios de Salud, pero el ente pagador del servicio es Fonasa (en el periodo de la presente evaluación, mediante Pago de Prestación Valorada). Es decir, Fonasa tiene información respecto al total de días camas pagado por residente, en el marco del programa e información demográfica de cada paciente que permitiría juntar indicadores de distintas bases de datos que maneja el Estado para caracterizar a la población beneficiaria del programa (ej., el RIS del MDS). Con esto se puede dar un seguimiento cuantitativo de la focalización a costos muy bajos.

En el marco de la presente evaluación, se solicitó información a Fonasa, la que al ser procesada da cuenta de las siguientes cifras a nivel de beneficiarios en el marco del periodo de evaluación.

**TABLA 13: NÚMERO DE PERSONAS ATENDIDAS POR EL PROGRAMA, SEGÚN INFORMACIÓN ENTREGADA POR FONASA (SOBRE CÁLCULO DE DÍAS CAMAS PAGADOS)**

	2015	2016	2017	2018
Días en Residencia Protegida	756	923	847	823
Día en Hogar Protegido	1.187	1.197	1.269	1.186
<b>Total (por año de evaluación)</b>	<b>1.943</b>	<b>2.120</b>	<b>2.116</b>	<b>2.009</b>

Fuente: Datos de SIGGES, Fonasa, 2020.

Al respecto de estos datos deben ser analizados con cautela. Primero porque corresponde a personas beneficiarias en un año, lo cual indica que personas pueden haber estado sujetos a pago de prestación por un día, cómo por un año o haber entrado y salido del programa en el periodo de tiempo. Por ende, este número no debe ser considerado como capacidad del programa.

## 1.2. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA

Con la base de datos de beneficiarios entregada por el Programa, se realizó un análisis de tipo cuantitativo-descriptivo, que permitió caracterizar la población beneficiaria. Cabe mencionar que esta base cuenta con datos de 1.586 residentes a nivel nacional y presenta los problemas mencionados en el apartado anterior. A continuación, se presentan los principales resultados de este análisis:

1. **Del total de beneficiarios (1.568 beneficiarios), el 57,9% corresponde a hombres y el 42,1% a mujeres.** En el caso de los hogares, la distribución por género es de 58.5% hombres y 41.5% mujeres y para Residencias de 57.2% hombres y 42.7% mujeres, manteniéndose la tendencia observada a nivel nacional.
2. **La edad promedio de los beneficiarios es de 53 años, en un rango de edad que va desde los 18 a los 104 años** en donde la distribución por tipo de dispositivo y por género mantiene la tendencia observada a nivel total.
3. **En promedio, los beneficiarios ingresaron al hogar y residencia el año 2011.** En donde, para el caso de los hogares protegidos, es el año 2010 y, para las residencias, el año 2012. Sin embargo, se destaca que hay 2 beneficiarios, específicamente de hogares, que ingresaron el año 1999 y 74 ingresaron el 2000 (62 a un hogar y 12 a una residencia). Por otra parte, 109 personas ingresaron el año 2018 (42 personas a un hogar y 67 a una residencia). Cabe mencionar que los datos con los que cuenta el programa solo permiten conocer el año de ingreso al dispositivo (residencia u hogar) en el cual habita el beneficiario y no el año de ingreso al programa, el cual podría ser anterior a este dato.

4. **La mayoría de los beneficiarios tiene un trastorno mental asociado a la esquizofrenia.** El 40,9% esquizofrenia, el 15% esquizofrenia paranoide y el 12% retraso mental moderado.

Si se analiza la distribución de trastornos mentales por tipo de dispositivo, se puede observar que, en el caso de los Hogares, el 51% de los beneficiarios tiene esquizofrenia, seguido por un 14,4% que tiene esquizofrenia paranoide. Mientras que, en el caso de las residencias, se mantiene concentración de pacientes con esquizofrenia (28%) y esquizofrenia paranoide (14,9%), pero se agrega un porcentaje importante que presenta retrasos mentales moderados, graves y profundos (21,3%), lo cual es concordante con la diferenciación de poblaciones objetivos que tiene cada dispositivo.

5. **El 57% del total de beneficiarios tiene algún problema de salud general crónico.** En donde, a nivel de dispositivos, el porcentaje de beneficiarios con problemas crónicos es mayor en las residencias (60,2%), en comparación con los hogares (55%). Del total de beneficiarios con enfermedades crónicas, la mayoría padece de enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infartos y otros accidentes vasculares), seguido por diabetes, enfermedades endocrinas y respiratorias crónicas. Tendencia que se mantiene si se analiza la información por tipo de dispositivo.
6. **El 39,4% de los beneficiarios presenta necesidades de apoyo tanto para “Actividades básicas de la vida diaria<sup>12</sup>” (ABVD) y para “Actividades instrumentales de la vida diaria<sup>13</sup>” (ABDI).** Un 29% solo para ABDI, 12,7% para ABVD y el 18,4 para ninguna. En un hogar protegido la tendencia se mantiene constante, mientras que, en una residencia, aumenta considerablemente el porcentaje de beneficiarios que requieren apoyo en ambas actividades.
7. **El 70,5% de los beneficiarios necesita supervisión de tipo verbal y gestual.** Seguido por el 23,3% que requiere físico parcial y el 5,3% que requiere físico total. Y como era de esperar, las necesidades de supervisión son menores en el caso de los hogares, en donde el 43% solo requiere supervisión verbal y gestual y el 10% físico parcial. Mientras que, en el caso de las Residencias, el 27% requiere ese tipo de supervisión, el 13,28% físico parcial y el 4% físico total.
8. **Según la información entregada por el programa, según reportan los Servicios de Salud, el 58% de los beneficiarios presenta problemas conductuales<sup>14</sup> dentro del dispositivo que habita, mientras que el 42% no los presenta.** Si bien los problemas son catalogados como aislados, serían más comunes en los hogares que en las residencias.

12 Corresponde a actividades relacionadas con el **autocuidado personal**: Levantarse, Acostarse, Realizar el aseo personal, Vestirse, Comer por sí mismo y Caminar.

13 Corresponde a tareas habituales para **vivir de manera independiente**: Limpiar, Lavar, Cocinar, Hacer las compras, Manejar dinero, Desplazarse por la calle, Utilizar los transportes, Hacer gestiones, Ir al médico y Controlar la medicación.

14 Definición sobre qué se entiende por problemas conductuales no fue reportada por el Programa.

9. **El 31% de los beneficiarios tanto de hogares como de residencias no tiene contacto con sus familias.** El 24% tiene visitas frecuentes, el 22% contacto esporádico y el 22% visitas esporádicas. Tanto en Hogares como en Residencias, se mantiene la tendencia a que la mayoría de los beneficiarios no tiene contacto con sus familias. Solo que a nivel de Hogares es más usual que los beneficiarios tengan visitas frecuentes y en las residencias esporádicas.
10. **El 99,81% de los beneficiarios recibe pensión.** Tendencia que se mantiene al desagregar la información por tipo de dispositivo.

### 1.3. FOCALIZACIÓN Y PRIORIZACIÓN, DESDE LOS ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN

Desde el punto de vista de los actores involucrados en la implementación del programa, la baja cobertura, los problemas en las definiciones de las poblaciones y la focalización y priorización de potenciales residentes corresponden a los nudos críticos del programa. Todos estos se ahondan a continuación.

**1. Baja cobertura:** Entre los entrevistados existe acuerdo respecto a la dificultad para aumentar cupos y/o acceder a éstos, y que no existen recursos para poder atender a toda la población que potencialmente requiere del Programa.

*"... Ustedes ya vieron la cobertura de este programa, es muy pequeña, y las personas con discapacidad sicosocial, es un grupo muchísimo más amplio del que estamos cubriendo hoy. O sea, las posibilidades de cobertura de una oferta de habitabilidad con enfoque de vida en la comunidad en el país, tiene muchas posibilidades de crecer y ojalá así sea" -N. Macro 4*

Sin embargo, existen matices si se analiza por nivel de implementación. A nivel macro<sup>15</sup>, por ejemplo, no existe acuerdo respecto a lo que podría significar la alta demanda de cupos. Por un lado, es visto como un problema (respecto a que es muy difícil ingresar al programa, dada la restricción de cupos y que como el programa no considera egreso de beneficiarios, los residentes están en el programa básicamente hasta que mueren y un grupo muy reducido, hasta que son retirados por sus familias), pero, por otro lado, es visto como una demostración de una buena priorización. Pese a lo anterior, en el nivel micro<sup>16</sup>, la cobertura del Programa no se presentó en las entrevistas como un tema relevante o problemático.

<sup>15</sup> Tal como se señaló en el apartado de metodología del presente informe, como nivel macro se considera a Tomadores de decisión a nivel institucional encargados del diseño del programa, orientación y fiscalización de la implementación. Incluye: Ministerio de Salud (ambas Subsecretarías).

<sup>16</sup> Para efectos de esta evaluación, el nivel micro corresponde a Involucrados directos en la implementación, a nivel de prestadores de servicios (administradores). Entre los prestadores de servicios se incluye Residencias y Hogares Protegidos.

Este tema, sí cobra relevancia a nivel meso<sup>17</sup>. En este nivel, se considera que la cantidad de cupos que ofrece el programa es abiertamente insuficiente, destacando que para que la cobertura sea completa, no debería haber pacientes de larga estadía en ningún hospital psiquiátrico:

*“Yo creo que es insuficiente, lo esperado es que no hubiera pacientes de larga estadía en ningún lado, esa era la meta. Pero eso aún no sucede, estamos bajo la cobertura” -N. Meso 7*

*“Hay muchos usuarios que debiesen estar en este programa y que lamentablemente no tienen posibilidad porque los cupos que se producen son escasos, cuando un paciente fallece o cuando se dan ciertas condiciones[.] La gran mayoría de los cupos que se generan son por muerte de pacientes de edad avanzada. Hay muchos usuarios que podrían beneficiarse si hubiera los cupos necesarios.” - N. Meso 8*

A pesar de las menciones a nivel macro y meso sobre este punto, a nivel micro señalan que, si bien no es común que se genere un cupo, cuando esto sucede éstos se demoran mucho en ser ocupado por algún nuevo residente (lo que podría explicar el número de cupos disponibles). Al respecto, un entrevistado del nivel micro, señala:

*“Bueno eso siempre me ha llamado la atención, porque según lo que yo sé del asunto, pacientes siempre hay, usuarios para los hogares protegidos hay. Siempre faltan hogares. Pero siempre nos demoramos en eso, es decir, cuesta llenar esa vacante no sé por qué.” - N. Micro 14*

Una posible respuesta a esta situación se relaciona con un tema abordado con el nivel meso, en cuanto a que la ubicación de potenciales residentes en cada dispositivo no solo depende del cupo existente, sino de los trastornos mentales que padece cada paciente, de las condiciones de salud en las que se encuentra y en algunos casos, de procesos de adaptación creados por cada Servicio. Sobre este punto, se ahondará más adelante en el presente informe.

## **2. Deficiencias en las definiciones de población objetivo y focalización:**

Tal como se mencionó anteriormente, los criterios de focalización del programa son: ser beneficiario de FONASA, ser mayor de 18 años, tener trastornos mentales severos, discapacidad psiquiátrica, dependencia funcional (leve, moderada), estar compensados clínicamente y en situación de vulnerabilidad social. Al respecto, los actores evidenciaron nudos críticos en cuanto a la focalización y a la necesidad de incorporar nuevos criterios, especialmente en base a: 1. Relación con las familias, 2. Abuso de alcohol y drogas y 3. Autovalencia. Las razones del porqué esto corresponde a nudos críticos, se profundiza a continuación.

Sobre las **relaciones con las familias**, el programa en su diseño establece que las personas para ingresar a los dispositivos (residencias y hogares) requieren estar en situación de vulnerabilidad. Cómo no existe, desde nivel central, una definición sobre qué se entiende por vulnerabilidad, ésta es

<sup>17</sup> Para efectos de esta evaluación, el nivel meso corresponde a Implementadores a nivel local. Básicamente corresponde a Servicios de Salud y Hospitales Psiquiátricos, en el caso que corresponda.

entendida por algunos actores como nula o poca relación con sus familias, vulnerabilidad asociada a satisfacción de necesidades o vulneraciones de derechos.

Para el nivel central, según información recopilada en las entrevistas, la vulnerabilidad social está entendida por los tres puntos antes mencionados, pero es especialmente relevante la situación de “abandono” en que se encuentran los residentes, sobretodo, de aquellos provenientes de hospitales psiquiátricos. En el caso del nivel meso, la vulnerabilidad no siempre está dada por el abandono, sino que, de manera preponderante, por las condiciones materiales y emocionales en que se encuentran los potenciales residentes, lo cual no significa abandono de sus familiares. Como se constató en el apartado “Caracterización de la población beneficiaria”, el 31% de los beneficiarios tanto de hogares como de residencias no tiene contacto con sus familias, el 24% tiene visitas frecuentes, el 22% contacto esporádico y el 22% visitas esporádicas. Esta situación hace que, para los actores de nivel meso y micro, la familia deba ser considerada como parte de la población objetivo y beneficiarios del programa, especialmente, porque es considerado un complemento para el tratamiento de personas con trastornos mentales severos y por los efectos positivos que tiene la vinculación estrecha entre residentes y sus familias, en términos de inclusión, y para prevenir el deterioro de los pacientes.

*“Si vamos a dar algún apoyo tiene que ser a la familia ojalá, para que esta persona nunca llegue a una residencia. En apoyos graduados. Si es que llega a ser necesario porque la persona ya está, desintegrada socialmente y está en situación de calle.” - N. Macro 2*

Respecto al abuso de alcohol y drogas, a nivel meso se considera que, si bien las personas con **antecedentes de alcoholismo o drogadicción** no están consideradas dentro de la población objetivo del programa, este es un tema que se debe abordar, porque comenzarán a hacer presión en el mediano plazo.

*“Tenemos temas emergentes, que yo no sé si se van a resolver. Está cambiando el perfil de los beneficiarios, aparecen personas graves por consumo de alcohol y drogas, y tenemos una demanda increíble ahí y no tenemos un criterio fijo de exclusión. [...] Sería bueno crear un dispositivo especial para personas con problemas de consumo de alcohol y drogas.” - N. Meso 9*

Es importante mencionar que a nivel micro se observan diferentes respuestas sobre este tema. Mientras un grupo importante de entrevistados señala que personas con problemas de abuso de alcohol y drogas no pueden ni deben ingresar al programa (básicamente por lo que significaría al interior de los dispositivos y porque no se encuentran preparados para hacer frente a este problema), otro grupo admite que dentro de los usuarios hay personas con dependencia al alcohol y a las drogas. Se considera que Minsal debiese hacerse cargo de este problema o del surgimiento de este problema, para evitar complejizar la situación dentro de los dispositivos y evitar potenciales y/o posibles errores de focalización.

Un tercer nudo crítico se genera respecto a la **autovalencia**. Tal como se señala en los criterios de focalización, los pacientes que ingresan a los hogares deben tener dependencia funcional (leve, moderada), es decir, ser autovalentes con necesidades de cuidado parcial. Sin embargo, como se constató antes, los usuarios tienen en promedio 53 años, en un rango de edad que va desde los 18 a los 104 años. A nivel meso se plantea la preocupación ante una evidente complejización de las condiciones de salud de los residentes, dado este promedio de edad, especialmente en Residencias. Se menciona el hecho de que el perfil de usuarios se está transformando, lo que implica que en ocasiones las herramientas y mecanismos con los que cuenta el Programa sean insuficientes, especialmente, cuando los residentes pierden la autovalencia y sus necesidades de dependencia aumentan (por ejemplo: pacientes en estado de postración).

*"Hay que repensar todo, porque los pacientes se están complejizando" N. Meso 10.*

**3. Problemas asociados a la priorización y beneficiarios:** Las entrevistas evidenciaron que los entrevistados del nivel macro tienen poco conocimiento respecto a cómo se prioriza beneficiarios a nivel de cada Servicio de Salud, dado que para ellos, los responsables del proceso específico son los Servicios de Salud. En este nivel, si bien existe una percepción de que por lo general la selección es adecuada, no se nombran criterios específicos de priorización que se estén utilizando. Frente a este tema, por un lado, hay entrevistados que dan cuenta de priorización, hay otro grupo que, ante este tema, hacen referencia a las vías de ingreso al programa como adecuadas:

*(Sobre priorización) "Existen elementos técnicos que la verdad yo no me atrevería a pronunciar si es correcto o no la forma en la que se hace el ingreso, porque eso obviamente requiere una expertise técnica que yo como referente contra la gestión no la manejo. [...] Pero, de acuerdo con los informes y a los análisis que nosotros hemos visto, y a los informes de cumplimiento del programa, si nosotros podemos percibir que existe una adecuada vía de ingreso al programa." N. Macro 3*

En la misma línea, otro entrevistado dice:

*"...La priorización es fundamental para poder abarcar a quienes más lo necesitan, ¿quién prioriza? Eso va a depender de cada servicio porque como son autónomos también tienen sus funcionamientos distintos" -N. Macro 6*

Al mismo tiempo, se menciona que, si bien están bastante bien delimitados los perfiles, se tiende a dejar fuera a ciertos grupos, especialmente aquellos que se ubican en los extremos de la funcionalidad:

*"...los servicios en general le achuntan, pero dejan gente por fuera. [...] o sea, dejamos un grupo, de, del más alto nivel de funcionalidad fuera, y dejamos al grupo, con más necesidades, probablemente con mayor situación de dependencia, fuera también" N. Macro 4*

En cambio, a nivel Meso, es posible identificar que cada servicio de salud obedece a diferentes criterios para poder priorizar y seleccionar beneficiarios y, como es de esperar, se cuenta con un mayor manejo de los procesos de

selección que en el nivel macro (dado su rol de implementador), y mencionan en detalle cuáles son los pasos para seguir, dependiendo del Servicio de Salud correspondiente. En algunos casos, priman criterios en torno a características con las que deben cumplir los usuarios para poder acceder a un dispositivo en el programa, por ejemplo, los que están establecidos en el manual de cada Servicio, pero que remiten principalmente a criterios de edad, de diagnóstico y de nivel de funcionalidad.

Al mismo tiempo, en el caso de Hospitales Psiquiátricos, se realiza un proceso de selección en base a las normas técnicas, para ver si el paciente debe ser derivado a una residencia o un hogar, en función de un informe que deben presentar los equipos del hospital y una entrevista de selección que realizan a los postulantes. Además, en este caso prima de manera importante que los potenciales residentes no cuenten con redes de apoyo.

*“Lo que más priman, son los usuarios que no cuentan con redes familiares, o porque están en situación de abandono o porque las familias no se pueden hacer cargo o supervisar” - N. Meso 8*

Es importante mencionar que este último punto es esperable, dado que los Hospitales Psiquiátricos enfrentan cotidianamente situaciones de abandono de pacientes por parte de sus familias. Sobre esta situación, hay acuerdo en todos los actores entrevistados, y constituye una problemática que enfrentan los Hospitales, pues personas que no son autovalentes, son frecuentemente abandonadas, teniendo el Sistema de Salud que hacerse cargo de esta situación.

Por lo mismo, también operan, en estos casos, criterios de selección donde lo más relevante a la hora de priorizar es la gravedad del abandono del postulante, así como su vulnerabilidad, es decir, qué tan solos están:

*“Lo hemos simplificado bastante, lo primero es que esté dentro del Hospital Psiquiátrico. Luego está que el informe médico establezca que no tiene la habilidad para vivir en forma independiente. También un informe social en que se establezca que no cuenta con familia capaz de hacerse cargo del paciente” - N. Meso 9.*

A nivel Micro, por su parte, los criterios de priorización y selección de beneficiarios se abordan principalmente desde una perspectiva del manejo de vacantes en un hogar o residencia.

#### **1.4. LISTA DE ESPERA DEL PROGRAMA**

Según información entregada por el programa, a febrero de 2020, había 2.889 personas en lista de espera, de las cuales en su mayoría (99%) corresponde a personas mayores de 20 años, concentrándose mayoritariamente en los Servicios de Salud de Arica, Metropolitano Norte, Metropolitano Sur, Concepción y Valdivia (Ver siguiente tabla).

**TABLA 14: ESTIMACIÓN DE PERSONAS EN LISTA DE ESPERA – AÑO 2020**

	MENORES DE 20 AÑOS	MAYORES DE 20 AÑOS	TOTAL
Hogar protegido	19	803	822
Residencia protegida	7	2.060	2.067
Total del programa	26	2.863	2.889

Fuente: Cifras entregadas por el programa

A nivel macro, esta lista de espera es reconocida, discursivamente, como una lista grande y que da cuenta de la incapacidad del programa de hacerse cargo de la demanda.

*“Tenemos una lista de espera que supera, 4 veces, las capacidades que tenemos instaladas, pero tampoco mucho interés en aumentar, la capacidad actual, porque el modelo no es el adecuado” - N. Macro 3*

Sin embargo, esta lista de espera constituye un aproximado que maneja el nivel central, cuyo levantamiento varía en cada Servicio de Salud. Por ejemplo, se evidenció que algunos Servicios no tienen lista de espera, simplemente porque no tienen cupos, entonces no se considera necesario contar con una. Esto da cuenta que no es claro el flujo entre estar en una lista de espera, o potencialmente poder estarlo, a ser beneficiario. Esto, deja dudas importantes en términos de si el programa está priorizando bien dentro de su población objetivo o si los criterios son los adecuados, y dando luces respecto a por qué existen cupos disponibles y por qué algunos actores de nivel micro hablan de demoras en el proceso de ingreso de residentes aun cuando hay vacantes.

En algunos Servicios de Salud se reconoció que los pacientes son asignados a los hogares y residencias según una lista de espera, pero que desconocen las decisiones que se toman en torno a ella.

*“No, nosotros nos presentamos a las reuniones y ahí nos informan que nos van a llevar a personas para que conozcan el hogar, y si les gusta se quedan”. N. Micro 15,*

Mientras que, en otros Servicios de Salud, la lista de espera es clave en el proceso de priorización.

*“[...] Habitualmente lo que hacemos es tener una lista de espera y priorizamos por nivel de independencia funcional” N. Meso 11*

## **2. IMPLEMENTACIÓN: ORGANIZACIÓN Y PROCESOS DE PRODUCCIÓN DEL PROGRAMA**

Tal como se mencionó anteriormente, el programa Hogares y Residencias depende de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y se implementa a través de los Servicios de Salud y con los Equipos de Salud Mental y Psiquiatría Ambulatoria, en el nivel secundario de resolución (comuna- provincia).

En este contexto, el programa no cuenta con manuales operativos o de seguimiento que describan su implementación. Los únicos documentos que apuntarían en esta dirección son las Normas Técnicas, tanto de Hogares como de Residencias, operativos desde el año 2000 y 2006, respectivamente, y no actualizadas desde esa fecha. Ante esta ausencia de manuales y de información sobre la implementación, se optó por levantar entrevistas a actores claves de la implementación (ver punto de metodología del presente informe). En base a ellas, en el presente apartado, se da cuenta de cómo los actores involucrados describen y evalúan la implementación del programa. Esto estará acompañado por contrapuntos respecto a lo establecido en las normas técnicas y el juicio evaluativo del equipo - en caso de que corresponda. Está organizado en 5 puntos y está reforzado con citas de actores claves.

### **2.1. MODALIDADES DE IMPLEMENTACIÓN Y MOTIVACIONES PARA PARTICIPAR DE LA IMPLEMENTACIÓN**

En documentos del programa Residencias y Hogares protegidos, se menciona que el programa puede implementarse en dos modalidades:

- 1) Administración directa: Es decir, el mismo Servicio de Salud se hace cargo de la operativa y administración de los hogares y residencias. Esto es contratando personal, pagando proveedores y asumiendo la logística que implica.
- 2) Licitación: Es decir, el Servicio de Salud, través de Licitaciones Públicas de Mercado Público, externaliza la entrega de bienes y servicios y son terceros calificados quienes se hacen cargo de la administración y operativa.

En entrevistas con actores del nivel macro, aparece una tercera modalidad de implementación y que corresponde a la compra de cupos. Como se pudo indagar, esto sucede en dos escenarios. El primero cuando el Servicio de Salud no tiene oferta de Residencias y Hogares Protegidos y el segundo, cuando el Servicio de Salud, aun administrando dispositivos o licitando el servicio, no tiene cupos para algún potencial residente que requiere del servicio con urgencia, entonces, compra cupos en dispositivos privados o cuando el potencial residente requiere de mayores cuidados que los que puedan entregar las residencias u hogares protegidos.

Sobre esta posibilidad, si bien se considera que, con la compra de cupos, el programa da respuesta a las necesidades de su población objetivo y

contribuye a su propósito, si preocupa que, como se conversó con algunos entrevistados, esta compra de cupos no siempre se hace en los mismos territorios en donde el potencial residente recibe su atención médica o reside su red de apoyo. Se constató, por ejemplo, pacientes que son cambiados de región o comuna. Lo cual desvincula aún más al paciente de su red, familia o contexto y en algunos casos, podría implicar que residan en dispositivos que no cumplen las normas técnicas del programa.

Como se ha dicho anteriormente, los Servicios de Salud son los encargados de la implementación. Sin embargo, en el proceso de recolección de información, se evidenció que los Hospitales Psiquiátricos también pueden serlo. Como es el caso del Hospital Psiquiátrico Horwitz, el cual también administra de manera directa y lícita Residencias y Hogares. Ampliando los proveedores de servicios.

Finalmente, y en cuanto a los administradores que prestan servicios, gracias a la adjudicación vía licitación, cabe mencionar que no tienen límites de número de residencias u hogares para administrar. En el listado de prestadores pueden encontrarse Asociaciones de familiares de pacientes con trastornos mentales severos hasta prestadores como Rostros Nuevos del Hogar de Cristo.

Para el caso de los administradores entrevistados en esta evaluación, los administradores señalaron diferentes motivaciones para asumir este desafío. Por ejemplo, estaban vinculados laboralmente a un Hospital psiquiátrico o a la enfermería cuando comenzó a implementarse el Programa, otros vieron una posibilidad de negocio y en otros casos es una empresa familiar, que comenzó su padre y ahora él ha tomado el relevo en la administración de los dispositivos,

*“Esta es una empresa familiar que lleva 35 años. Empezó mi padre un hospital psiquiátrico, dado las nuevas políticas de salud mental esto dio un giro a residencias y hogares protegidos. Esta es una empresa familiar en donde participamos todos los miembros de las familias” N. Macro12*

*“La subdirectora del Instituto Psiquiátrico me pidió que me hiciera cargo de la residencia protegida. El Instituto Psiquiátrico tiene sólo una residencia protegida que depende del Instituto, entonces yo estaba a cargo de un hogar protegido forense. Esta residencia inicialmente se crea para recibir a los pacientes que estaban en los hogares forenses y que estaban cumpliendo con la sentencia de las medidas de seguridad. La idea era poder recibir a estos pacientes que no podían ser derivados a sus familias. Inicialmente esa fue la idea, me ofrecieron esta opción y me pareció un desafío, ya que un hogar tiene un perfil distinto a la de una residencia.” N.*

*Micro 16*

## 2.2. ORIGEN DEL PROGRAMA

A todos los entrevistados se les preguntó sobre el problema que creen o saben le da origen al programa. En este punto, de manera unánime los entrevistados afirmaron que el problema de origen del programa es el cambio de paradigma en relación con la salud mental y la necesidad de desinstitucionalizar a las personas que se encontraban en hospitales psiquiátricos, quienes, habiendo cumplido sus tratamientos y estando compensados, requerían de espacios comunitarios.

*"...En el Hospital Psiquiátrico no pueden haber personadas asiladas ahí. No puede haber personas asiladas en un Hospital Psiquiátrico. En todo el mundo, ya terminaron los hospitales psiquiátricos, tienen que haber dispositivos como estos. Ya están medicados, están tratados, están diagnosticados, están listos para que estén en la comunidad..." -N. Micro 13*

De esta manera, el Programa surge como una alternativa que, con el paso del tiempo, fue buscando una inclusión más integral y social para personas con trastornos mentales severos, entregando condiciones de vida diferentes a las que ofrecían Hospitales Psiquiátricos para personas compensadas, mejorando sus condiciones de vida y entregando un espacio de vida en comunidad. De este modo, el problema no se centra solamente en necesidades de salud, sino también en la exclusión social.

*"...Es como de cierta manera de algunos casos sociales de personas que tienen este tipo de discapacidad, principalmente problemas de habitabilidad y bueno como los objetivos que están en la base del surgimiento de estos dispositivos es también como el tema de aliviar los conflictos al interior de las familias, ser espacio de rehabilitación y si nos vamos más para atrás, es como también atender un poco los cambios del traspaso del modelo más asilar, o sea un modelo más comunitario" -N. Meso 10*

A juicio del equipo evaluador, el programa en la actualidad enfrenta un problema con dos variantes. 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. Por ejemplo, ante la necesidad de asumir la realidad de personas con problemas de abuso de alcohol o drogas o de personas jóvenes, lo cual se evidenció en las entrevistas realizadas a actores claves de la implementación. Por otro lado, y respecto de las personas jóvenes, en la actualidad podrían ingresar a dispositivos donde el promedio de edad es muy superior a la de ellos. La pregunta que se plantea es si esto es positivo para el proceso de adaptación y cotidianidad dentro de los hogares y si podría significar la necesidad del programa de actualizar su diagnóstico

y, en consecuencia, su diseño o plantearse abiertamente cómo mejorar la respuesta que se da a este tipo de población, poniendo foco en sus diversas necesidades.

Desde la perspectiva de los actores, a nivel macro hay consenso respecto a que el inicio del programa y, por ende, su diseño, que no ha cambiado, responde a una demanda de servicios que emergió desde las asociaciones de familiares de pacientes de Hospitales Psiquiátricos, a comienzos de los 90, cuando la necesidad de desinstitucionalización se hizo más fuerte y evidente. Este hecho llevó a Minsal a plantarse la necesidad de dar una respuesta relacionada con el acceso a vivienda, pero que, con el paso del tiempo, estas necesidades se fueron complejizando.

*“Es que fue diseñado para una cosa y fue implementado, y la implementación a la larga ha servido, para que esto sirva, para otra cosa distinta, ¿te fijas? No sé. Entonces, fue diseñado para poder permitir que las personas que estaban en hospitales psiquiátricos de larga estadía [...] Entonces, pero para eso servía este modelo. Pero después, seguir instalando gente, joven, o que con posibilidades de, de reinserción social no, no, no fue diseñado para eso. Y no sirve para eso.” N. Macro 2*

*“Ahora, yo creo que lo que se ha intentado implementar es algo que está bien lejos de lo que debería ser. El programa, en la actualidad, es básicamente un espacio más de resguardo de las personas y no necesariamente genera oportunidades para la inclusión social. Hay tareas pendientes. Yo creo que sí se justifica, pero evidentemente hay brechas que se han mantenido durante mucho tiempo” N. Micro 11*

## **2.3. PERCEPCIONES SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

### **2.3.1. ACTORES INVOLUCRADOS EN LA IMPLEMENTACIÓN**

Tal como se ha mencionado a lo largo del presente informe, desde el punto de vista del diseño e implementación, el programa es parte de la Unidad de Salud Mental de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y se implementa a través de los Servicios de Salud. FONASA es el ente pagador y define el valor de la prestación. A nivel de Servicios de Salud, éstos pueden externalizar los servicios o ser los administradores de las Residencias y Hogares. En ambos casos, existen administradores de los dispositivos y equipos de cuidadores, que establecen relación directa con los beneficiarios.

Desde la perspectiva de los actores, se pueden detectar grandes temáticas respecto a quienes están involucrados o debiesen involucrarse en la implementación del programa: 1. Debate en torno a quién debe hacerse cargo del problema que da origen al programa, 2. Ausencia de un rol activo por parte del Ministerio de Salud y otros actores de la red.

Respecto al debate en torno a quién debe hacerse cargo del problema que da origen al programa, los actores de los niveles macro y meso coincidieron en plantear la interrogante de si es Minsal el actor que debe dar respuestas de vivienda a un grupo de la población que, habiendo recibido sus tratamientos

médicos y encontrándose compensados, enfrentan problemas de acceso a viviendas, vulnerabilidad social y abandono por parte de su entorno y familias. Para estos actores, la temática de salud mental efectivamente se encuentra asociada a la misión del Ministerio, sin embargo, consideran que la respuesta debe ser de carácter intersectorial, destacando el rol que debiese asumir el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través del propio Ministerio, cómo del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). Ante la pregunta, sobre si se relacionan estos actores de nivel micro, las respuestas fueron coincidentes respecto a la ausencia de vinculación.

*"...Yo creo que lo que, si falta, es la mirada del Ministerio de Desarrollo Social, [...], yo siento que si bien es un trabajo que impacta la salud pública de personas de salud mental, sí hay una mirada psico-social, que en el fondo tiene que ver con lo que nosotros llamamos en salud "Determinantes Sociales" –N. Macro 3.*

*"En el caso de la discapacidad psíquica severa yo creo que en parte el ministerio [refiriéndose al MINSAL] y si un poco pudieran colaborar por ejemplo otras áreas que de alguna forma igual compensan. Como por ejemplo el Ministerio de Vivienda y de Urbanismo que igual facilita, por ejemplo, en el caso de las personas que están en hogares se ha trabajado con algunos para que ellos puedan volver a su casa. También con Desarrollo Social porque hay cosas que son temas sociales que afectan mucho a las personas"*

*"Por ejemplo, en este tema de los hogares protegidos, nunca he visto una presencia tan preponderante del Servicio Nacional de la Discapacidad, y uno esperaría que estuvieran mucho más involucrados porque finalmente son dispositivos que están pensados para personas con discapacidad. Tampoco se ve, de parte de las gobernaciones y del Ministerio de Vivienda, por ejemplo, iniciativas concretas respecto al tema de hogares protegidos, que en otros países existen estrategias concretas para que otros ministerios participen del desarrollo de dispositivos residenciales" - N. Meso 11*

Cabe mencionar que como se verá en el apartado de "Experiencia pública comparada" que se presenta en este Informe, la evidencia internacional da cuenta que hace más de 50 años comenzaron las experiencias orientadas a evitar la institucionalización de personas en Hospitales Psiquiátricos y que eso ha permitido levantar evidencia respecto a que los tratamientos de salud mental tienen mejores resultados cuando las personas viven en comunidad y se respeta su derecho a autonomía y autodeterminación. Sin embargo, la experiencia internacional también ha demostrado que la oferta habitacional a este grupo de la población requiere de más actores participantes y no solo de la participación del mundo sanitario. Sobre este punto se ahondará en el capítulo de Evidencia internacional.

En relación con la ausencia de un rol activo por parte del Ministerio de Salud y otros actores de la red, los actores del nivel meso y micro fueron coincidentes respecto a la ausencia del Minsal como actor clave en la implementación. Sobre este punto no hay concordancia con el nivel Macro, cuyos actores destacaron la importancia del Ministerio en sentar las bases para el trabajo micro y asegurar con ello, el éxito en la implementación.

*“Los actores que, bueno además de la gente del ministerio o los encargados referentes nacionales del programa, indudablemente que los equipos de los servicios de salud juegan un rol importante a la hora de implementarlo. Entonces en la medida de que los lineamientos sean súper claros desde el nivel central, los servicios indudablemente que deberían tener las capacidades y la expertise para poder poner en marcha este programa en los servicios de salud, y desde ese punto de vista, el trabajo que han hecho el equipo técnico es un trabajo que les ha permitido a los servicios de salud llevar a cabo con éxito este programa” -N. Macro 3*

Mientras tanto, a nivel Meso, el Minsal no opera como un actor clave, más bien, se pone énfasis en los Servicios de Salud y equipos de nivel micro, nombrando también a distintas redes de actores que dialogan con los Servicios de Salud, como serían los Hospitales Psiquiátricos, redes de salud como, COSAM, CESFAM, y algunas fundaciones que tienen relaciones puntuales con algún servicio. En este sentido, respecto a la falta del Ministerio de Salud, se afirma:

*“Yo siempre he creído que falta algo ahí, porque no hay alguien que nos esté mirando desde el MINSAL. En caso de dificultades, sí hemos tenido a quien acudir. Bueno, desde que llegó (...), que llegó hace dos aproximadamente, porque antes de eso no habíamos tenido un “referente” de hogares”. - N. Meso 10*

*“En el proceso de implementación del hogar lo vemos solamente desde el servicio de salud, y la residencia como le digo también porque estamos haciendo hoy día compra y servicio [...] O sea, el ministerio lo que hace, nos pide las evaluaciones periódicamente. No tengo la impresión de que tengamos como un... de que los acentos estén puestos en la residencia de los hogares. La verdad que no.” – N. Meso 7.*

En la misma línea, a nivel micro, es posible apreciar que los actores que destacan son de carácter local. Se observa una articulación cercana (y bastante más personalizada) y estrecha con los Servicios de Salud y con actores más diversos, según el sector y localidad en el que está ubicado cada hogar o residencia. Sin embargo, el nivel de participación e involucramiento con otros actores e instituciones varía bastante según el hogar o residencia.

*“Por supuesto, participamos en la mesa técnica del Comité de Hogares y Residencias del Servicio de Salud (...) que es todos los meses, los primeros jueves de cada mes, aunque ahora claramente estamos suspendidos<sup>18</sup>. Ahí se analizan los casos que son llevados por las distintas instituciones, COSAM, Hospitales del sector (...) y nosotros derivamos si tienen ingreso a residencias u hogares” N. Micro 12*

<sup>18</sup> Entrevista aplicada en medio de crisis sanitaria producto de coronavirus en marzo del 2020.

*“Antes teníamos reuniones con comisiones del Hospital Psiquiátrico siempre, profesionales, psiquiatra y nosotros, para ir ordenando un poco, pero después se alejaron un poco, y después ya se distanciaron mucho esas reuniones. Ahora, hace como dos años ya, llegó don (...) que se hizo cargo, digamos, de la parte de salud mental del servicio de salud y él ha estado ya más interesado de los trabajos que nosotros hacemos con estos dispositivos comunitarios, así que es importante el apoyo y también ahora quizás esa parte de salud mental del servicio de salud. También hay unas comisiones del Hospital Psiquiátrico...” N. Micro 13*

Sin embargo, este diálogo con otros actores, no se manifiesta de forma transversal a nivel Micro, observándose críticas y necesidad de mayor vinculación con otros actores, especialmente, dada la complejidad del problema que aborda el programa.

*“No, y quizás es una de las falencias que tenemos como Centro protegido. No tenemos contacto directo con otras instancias, ya sea gubernamentales o no, nuestra vinculación es solamente con el Instituto Psiquiátrico. Tenemos sí una relación debido a mi trabajo en la Unidad de Corta Estadía con una agrupación cristiana que desde el año pasado comenzó a trabajar en el área recreacional con los pacientes”. - N. Micro 16*

### 2.3.2. EVALUACIÓN GENERAL DE LA IMPLEMENTACIÓN

Respecto a la implementación del programa, a través de las entrevistas se identificaron diferentes matices en las narrativas, según nivel de análisis. Aunque las respuestas no fueron llamativamente contradictorias entre sí, los actores formularon críticas respecto a la implementación. Los recursos, el contexto del programa, la situación de los residentes y modalidades de provisión del servicio fueron temas centrales en los diferentes actores al momento de ahondar en la implementación del programa.

A nivel Macro, en general, la opinión sobre la implementación del programa se relaciona con los recursos y el contexto en el que se implementa. Si bien existe una valoración positiva del proceso, y de manera especial de la labor que desarrollan los funcionarios involucrados, específicamente del equipo técnico de salud mental, se critica la falta, y consecuente necesidad, de actualización por parte del programa, tanto a nivel de diseño como en términos presupuestarios, que permita mejorar las condiciones de los residentes.

*“Pienso que no puede ser que llevemos 8 años sin mejorar las condiciones, que no se haya tocado nada. Que llevemos 8 años aplicándole al inflactor, me parece... como mínimo irresponsable”. N. Macro 1*

Para los actores de este nivel, la escasez de recursos es considerada un determinante en la falta de actualización de los estándares de mejora, especialmente porque no permite inyectar recursos para ello. Más información sobre este punto, será abordado en apartado sobre normas técnicas.

*"Los fondos llegan para hogares, no para rehabilitación. Y usted mejor que nadie debe saber que las platas que recibe salud mental son insuficientes."*  
-N. Meso 9

Otra crítica que se menciona particularmente desde el nivel macro es que el programa no ha sido pensado como una política pública, por ende, los estándares de exigencia no pueden ser acordes a esta medida, faltando mirada estratégica en diseño e implementación.

*"La implementación no ha sido la adecuada porque no ha tenido tampoco una lógica de política pública ni de dentro del modelo de redes de cada uno de los servicios de salud"* -N. Macro 2

A nivel Meso, si bien existen críticas al proceso de implementación, en general los entrevistados matizan estas críticas y parten reconociendo que los residentes indudablemente se encuentran en mejores condiciones que en las que estarían si siguieran institucionalizados en hospitales psiquiátricos o vivieran en sus propios hogares.

*"... Acá, a través del Servicio de Salud y del Hospital Psiquiátrico que estuvo en todo momento en el proceso de creación de los dispositivos (...) los resultados han sido mejores, los pacientes están en mejores condiciones"*  
-N. Meso 8

Sin embargo, en este grupo, el hecho que los residentes mejoren sus condiciones de vida, no los deja exentos de la necesidad de generar perfeccionamientos en la implementación, apareciendo un tema relevante: la gestión. Los actores manifestaron la necesidad de involucrarse más en la gestión y de mejorarla en sí misma.

*"Respecto a la implementación del programa, tenemos muchos hogares y tenemos muchos logros, pero tenemos muchas más responsabilidades también en relación con que aún no logramos la meta. Tenemos que salir de las largas estadías, hemos tenido ciertas limitaciones en implementarlo en su totalidad"* -N. Meso 9

*"... E identifiqué hartas falencias que tenían que ver principalmente con el control de gestión que hacía el hospital, porque el hospital estaba a cargo de todo lo que tiene que ver con licitaciones, entonces al final el Servicio no participaba de este proceso de licitación, ni de supervisión, ni de nada"* -N. Meso 11

En ambos niveles (macro y meso), la falta de actualización y los problemas de mejora, se relacionan con las modalidades que ofrece el programa. Si bien los entrevistados conocen y están de acuerdo con la necesidad que existan diferentes soluciones (hogares y residencias), consideran que éstas son modalidades insuficientes.

*"...Es una visión antigua, esta de mover digamos, quiero decir, no, no, no, no está a la altura de la visión moderna o actual de la discapacidad"* N. Macro 1

Sumado a lo anterior, los actores coinciden en la necesidad que el programa ofrezca más alternativas de diferenciación, acorde a los distintos tipos de cuidado requeridos y que, para ello, se requiere hacer una revisión de todo

el proceso de implementación, evaluando la posibilidad de diversificar la oferta, para ampliar la cobertura.

*“Uno, diversificar la oferta. O sea, para ampliar la, ampliar la cobertura. Obvio, o sea, ampliar la cobertura de mejores residencias, pero, también con la perspectiva de diversificar y llegar a poblaciones que ya no, no llegamos”*

-N. Macro 2

Otro elemento relevante para analizar tiene que ver con la modalidad de externalización del servicio. Si bien este punto será abordado más adelante, en términos generales frente a esta dimensión, los actores no presentaron ideas concordantes. Un grupo de entrevistados considera que la externalización del servicio no presenta un aspecto negativo, especialmente si se hace en cumplimiento de las normas técnicas.

*“Yo soy partidario de que esto lo pueden administrar otras personas, en términos de implementación, pero siempre y cuando existan mecanismos de control mucho más explícitos, en donde los servicios de salud tengan un mandato (o pueden no ser los Servicios de Salud, podría ser que el Ministerio de Desarrollo Social se hiciera cargo), pero que hubiera una “mesa social” o algo así, que pudiera ir monitoreando y trabajando permanentemente”*

-N. Meso 11

Incluso se plantea que la externalización del servicio debe ser la modalidad en que se debe proveer el servicio, ya que los Servicios de Salud, en opinión de los actores, no cuentan con capacidad suficiente para hacerse cargo del problema.

*“Yo creo que este es un programa donde ese servicio debe ser externalizado, o sea, para empezar, salud no tendría la capacidad, ni técnica de recursos como para hacerse cargo de entregar la solución de los hogares y las residencias de forma directa.”*

-N. Macro 6

Sin embargo, también fue posible identificar entrevistados, pertenecientes a los tres niveles de análisis, que tienen una opinión distinta en cuanto la externalización del servicio, centrándose en cómo esto afecta al servicio entregado.

*“Justamente una de las cosas que ha pasado en servicios sociales es que la compra de servicios externos nos ha permitido mucho mejorar la cobertura, pero a un costo de fragmentación de los servicios muy importante. Y de vulneración de derechos laborales. O de peores condiciones laborales”*

-N. Macro 4

*“Hemos tenido experiencias negativas con la tercerización de la administración. Uso de palos blancos por parte de funcionarios para abrir un hogar, abuso de pacientes, entre otras cosas. Creo que los que mejores funcionan son las organizaciones sin fines de lucro”*

-N. Meso 9

Finalmente, a nivel micro, todos los entrevistados coincidieron en que la principal crítica a la implementación del programa es la falta de apoyo del personal técnico especializado en diversas áreas, tales como terapeutas ocupacionales, técnicos de enfermería, etc. Esto, principalmente por las

complejidades propias de los residentes, la tendencia al envejecimiento y el incremento de la dependencia, en un contexto en que los presupuestos se mantienen constantes y, por ende, en opinión de los actores, el financiamiento y el diseño del programa no permite contar con recursos propios para cubrir estas necesidades.

## 2.4. EXPERIENCIAS EXITOSAS Y DIFICULTADES DE LA IMPLEMENTACIÓN

Una manera de describir la implementación, desde los actores, guarda relación con lo que ellos consideran como experiencias exitosas y dificultades de la implementación.

En cuanto a las primeras, y tal como ya se mencionó anteriormente, los entrevistados coincidieron en que el programa brinda una alternativa a personas que, habiendo pasado por estadías en Hospitales Psiquiátricos y que, estando compensadas, quedaban internadas en dichos recintos o en camas sanitarias en hospitales, dado el abandono de sus familias o situaciones de vulnerabilidad social.

*“el programa permitió algo muy radical, que es, de manera transversal y muy potente, permitió la desmanicomialización, el proceso de desinstitucionalización y eso significó que permitió, que el financiamiento para toda la salud mental saliera de los hospitales y saliera, hacia la atención abierta, la atención primaria, secundaria...” –N. Macro 4*

De la mano con el éxito percibido por lograr la desinstitucionalización de los pacientes, se identifica como una acción exitosa el hecho de brindarle una solución habitacional a los pacientes, permitiéndoles vivir en condiciones decentes.

*“Darle solución habitacional a todos nuestros usuarios que no tienen cómo, o que lo estaban pasando pésimo en su vida anterior, con sus familias, o muchas veces en situación de calle, y que al tener esta discapacidad les era imposible vivir en sociedad.” –N. Micro 12*

Una segunda dimensión considerada exitosa es el hecho que los usuarios puedan formar parte de una comunidad, viviendo con más personas. Ya no es solamente el brindarles la posibilidad de estar desinstitucionalizados, sino de otorgarles una solución, más que solamente habitacional, poniendo énfasis en el objetivo de vida en comunidad de los pacientes.

*“Lo más importante es que ha sido capaz de externalizar pacientes a la comunidad, ya sea a través de hogares o residencias protegidas. Son personas que han podido salir del Hospital, se reincorporan a la sociedad, entre comillas. Les da una vida más normalizada, eso ha sido lo más relevante.” –N. Micro 16*

En esa misma línea, se menciona como logro que los residentes establecen relaciones que les permiten una vida en comunidad y que eso es un paso relevante para la reinserción social.

*“Nuestros usuarios que trabajan, que los hemos recuperado y pueden trabajar, ahora con el 1% de inclusión dentro de las grandes empresas, hay varios chicos que están ya trabajando y hay otros que se están capacitando para poder trabajar, y ahí ya se les crea una independencia que pueden vivir solos”. N. Micro 13.*

En cuanto a los problemas y limitantes operativos del programa, las respuestas refieren a su diseño, presupuesto e implementación. En primer lugar, respecto al diseño, entrevistados coincidieron en la necesidad de rediseñar el programa en su totalidad, partiendo por darle el estatus de programa.

*“Yo pienso que una primera gran limitante es que esto no es un programa. Dos, como no es un programa, no fue diseñado como un programa. Tres, no hubo un diseño, pensando en una estrategia, sino que se diseñó post implementación y entonces evidentemente, hay muchas cosas que no se pensaron y que no se han actualizado” N. Macro 1*

A nivel macro se menciona, también como limitante, la falta de sistematización de la información, lo cual ya fue abordado en el capítulo de poblaciones del presente informe. Para los entrevistados, existe poca continuidad y estandarización respecto a la información que se tiene de los pacientes y el programa, lo que en muchas ocasiones dificulta la toma de decisiones oportunas. En este sentido, si bien se reconoce que la información puede existir a nivel de cada Servicio de Salud, ésta no llega a presentarse de manera centralizada y generalmente, incluye indicadores sanitarios, los cuales son solo una parte del problema al cual reporta este programa.

A nivel meso y micro, una de las principales limitaciones mencionadas se relaciona con la falta de recursos y financiamiento, siendo el nivel micro el que manifiesta este factor con más fuerza. Según señalan los entrevistados, los recursos son muy limitados, no permitiendo que el Programa se pueda desarrollar maximizando sus beneficios.

*“No sé, pienso que sería tener más recursos para otra cuidadora, para que no estuvieran tanto solos, porque en las noches se quedan solos [...] Faltan recursos. También para arreglar cosas, como el techo, el Hospital no da recursos y uno debe hacerlo por sus propios medios. Me exigieron que arreglar los baños y tuve que poner plata de mi bolsillo, pero nunca me devolvieron nada de eso” N. Micro 15*

Esto es especialmente relevante para los actores, en un contexto en el cual, según ellos, la salud mental no es prioridad en términos de política pública.

*“Siempre nos hemos quedado atrás, siempre se preocupan de otro tipo de personas con capacidades distintas, los ciegos, los sordos, pero la salud mental es poco y nada los recursos que se le destinan. Hay que ver el estado de cómo tenemos los sanatorios mentales, en Santiago tenemos el Horwitz y un par más. Si las personas van a pedir ayuda nunca hay cupos, nunca hay camas, siempre está colapsado todo. Verlo como el “patito feo” o el pobre de la película es una verdad. Es una verdad que los recursos de salud mental son poco y nada lo que llega, siempre los restos.” N. Micro 8*

Otra limitante interesante que se observó a nivel micro, se relaciona- además de la escasez de recursos- con cómo éstos son manejados, lo cual se hace especialmente relevante cuando las residencias y los hogares dependen de los Servicios de Salud y de Hospitales Psiquiátricos.

*"...Pero Contraloría cambió el sistema, prohibió todas las compras que no fuesen con facturas, además todos abarrotes, carnes y frutas y verduras debían hacerse mediante ChileCompra, entonces nos coartó radicalmente realizar actividades de la cotidianidad con nuestros residentes. Esa es la gran limitación que tiene, y yo lo he mencionado muchas veces, nosotros somos un servicio más del Hospital, sin ningún tipo de independencia, y se pierde su capacidad más "rehabilitadora" y pasamos a ser una unidad más del Hospital" N. Micro 16*

Al mismo tiempo, otra crítica que emerge de las entrevistas, principalmente a actores de nivel Macro y Meso, está asociada a acciones producidas por el modelo de servicios externalizados, específicamente con la dificultad de contar con un proceso de continuidad de sus actividades, debido a la forma de compra que implementa el Estado. Para ello es necesario tener en cuenta que cuando las residencias y hogares son externalizadas, esto se hace mediante un proceso de licitación, al cual deben postular los oferentes. Generalmente, se hacen bianuales.

*"...Las formas de compra que tiene el Estado, son súper buenas para comprar carreteras y clavos, pero son muy malas para comprar servicios sociales y de salud [...] Entonces, la inestabilidad económica que genera eso, pero también, no puedes pensar a más de un año, cómo, cómo haces planes para mejorar tus servicios si no puedes pensar a más de uno o dos años, cómo, inviertes en formación, si no sabes en dónde vas a estar en 8 meses más. Cómo, e, el servicio tiene que decirte, no es que seas malo, pero tiene que decirte que va a re-licitar y no sabes si vas a ganar tú."-N. Macro 4*

En la misma línea, otra limitante, producto de tener servicios externalizados, se relaciona, por ejemplo, con el actor responsable del arriendo de las viviendas donde operan los hogares/residencias:

*"Alguna vez analizamos que, si no te gusta el administrador, lamentablemente no es el administrador que se va, sino que hay que sacar a los pacientes de la casa. Ya que el que arrendó la casa fue el administrador. Sería diferente si la casa fuera del Estado o arrendada por el servicio. Ahí si una persona no está cumpliendo bien su labor se puede ir, y no los pacientes. Ese sería un buen modelo para desarrollar a futuro." -N. Meso 9*

Finalmente, desde el nivel micro emergió una limitante que fue transversal a las entrevistas y que se relaciona con los tiempos asociados a los pagos. La mayor parte de los entrevistados dio cuenta de retrasos en los días de pago, algunos de los cuales excedían los 15 días desde el inicio del mes, en condición que los acuerdos implican el pago en los primeros días. Tanto en las entrevistas como en las visitas que el equipo evaluador realizó a los dispositivos, los administradores plantearon este tema y fue abordado con el nivel meso. Los cuales han reconocido la existencia de estas dificultades.

## 2.5. MONITOREO, SEGUIMIENTO Y FISCALIZACIÓN DEL SERVICIO ENTREGADO

Un paciente que ingresa a un Hogar/Residencia Protegido lo puede hacer desde Hospitales Psiquiátricos, Servicios de Psiquiatría de un Hospital General, Servicios de Psiquiatría Ambulatorios, o bien, de otros componentes de la red asistencial, cumpliendo, como ya se expuso anteriormente, con una serie de requisitos en, básicamente, dos ámbitos: 1) Asociados a su discapacidad de causa psíquica y 2) Asociados a su situación de vulnerabilidad. Desde que una persona ingresa a un dispositivo, el proceso de pago se realiza a través de Fonasa a los administradores que se han adjudicado las licitaciones o al Servicio de Salud u Hospital Psiquiátrico, en caso de que éstos sean los administradores. Cumplido este proceso, la persona comienza a ser beneficiaria del programa y, por ende, debiese comenzar el proceso de monitoreo y/o seguimiento y fiscalización del servicio.

Sin embargo, los actores coincidieron respecto a la falta de sistematización de información de los residentes del programa y al nulo monitoreo, especialmente, desde el nivel central. Si bien dan cuentas de mejoras en los últimos años, coinciden en que el seguimiento y relación con Minsal a este respecto está más asociada a situaciones excepcionales que a un proceso continuo. En esta línea, se constató en el presente proceso de evaluación que no se realizan reuniones ni encuentros en los que puedan participar los implementadores del programa o donde se entreguen directrices, más allá de las directrices establecidas en las normas técnicas del programa.

Desde Minsal algunos actores no dan cuenta de este problema, mientras que otros sí lo reconocen y mencionan que esto ocurre, básicamente, por el modelo de implementación y la externalización de los servicios.

*“Pero la sistematización desde el equipo técnico y de las unidades estadísticas del ministerio permite recoger, a lo mejor no al día, pero sí con un desfase de uno o dos meses la información confiable y fidedigna que se reporta desde los servicios de salud” - N. Macro 3*

*“No, nadie tiene sistematizado. Porque justamente esto es lo que pasa cuando externalizamos servicios, también uno pierde parte de la información” N. Macro 4:*

Sin embargo, a nivel micro se resiente la necesidad de acompañamiento y supervisión. Un grupo de entrevistados menciona que los contactos con el nivel meso en temas de supervisión se dan por el tipo de relación que se tiene con las personas que forman los equipos (relaciones de cercanía, confianza y reciprocidad), pero que ésta responde a motivaciones personales más que a procesos estandarizados, pero en general valoran las instancias.

*“Las supervisiones son buenas, tienen el fin de que nosotros como prestadores de servicios cumplamos con la licitación y todo el trato con el servicio, que los usuarios estén bien, que los hogares y residencias funcionen bajo la norma.” N. Micro 12*

En general, los entrevistados señalaron que saben que cuentan con el apoyo de los Servicios de Salud o de los Hospitales Psiquiátricos correspondientes, pero en general manifestaron sentirse desamparados. Todos los entrevistados al finalizar la entrevista agradecieron tener un espacio de conversación sobre el programa y haber podido dar cuenta de sus percepciones. En muchos casos esta situación la atribuyen a que, a su juicio, la Salud Mental no es una prioridad dentro del Ministerio de Salud ni de la sociedad en general.

Uno de los instrumentos más mencionados cuando se habla de monitoreo, seguimiento y fiscalización son las normas técnicas del programa, las cuales datan del año 2000 para los hogares y del año 2006 para las residencias. Es decir, tienen una antigüedad mayor a 14 años, lo cual no se considera adecuado, dados los cambios de tipo normativos que se han producido desde que comenzó a ejecutarse el programa y aquellos que dicen relación con los pacientes, como, por ejemplo, la transformación del perfil de los beneficiarios, que se refleja en el promedio de edad de los mismos (53 años, en un rango de los 18 a los 104 años).

Al respecto, si bien los entrevistados tienen opiniones diversas sobre estas normas, todos coinciden en que son muy generales, amplias y especialmente, antiguas y que requieren actualización, especialmente adaptarlas a lo que establece la normativa internacional y el Plan Nacional de Salud Mental.

*“Son pobres, digamos, las existentes son vagas, y escasas, no está bien incorporado el modelo de recuperación, de recovery, digamos, que es lo que ha impulsado la OMS, que es el foco hacia la reinserción social” N. Macro 2*

Ante la antigüedad y amplitud de las normas técnicas, los Servicios de Salud señalaron dos temas que son importantes tener en cuenta. Uno es que si bien las normas técnicas son amplias esto les da un espacio de flexibilidad y, dos, que ellos han debido hacer frente a esto, creando sus propias normativas, reglas y manuales.

*“A mi juicio de repente quedan un poquito amplias en algunos aspectos. Lo que es bueno y es malo porque cuando uno tiene amplitud también te permite moverte, porque cuando muy rígido de algo no muy bien definido te complica mucho. Yo podría decir que a nosotros nos han sido útiles para resolver al menos las cosas más complejas: cuando tenemos que tomar alguna decisión eventualmente, nos orienta.”-N. Meso 7*

*“...Yo te lo puedo mandar porque es un manual de procedimiento [...] lo hicimos nosotros porque la norma técnica nos quedaba muy chica, entonces nos quedaban muchos vacíos y había cosas que escapaban del manejo y no teníamos estándares para manejar eso”. N. Meso 10*

Frente a las normativas, reglas y manuales que se han creado en los Servicios de Salud, vale destacar, por ejemplo, que en algunos de éstos se han generado procesos y normativas asociados al ingreso de los residentes, generando planes de adaptación y reglas a ser implementadas al interior de los dispositivos, que contribuyen de manera especial a la cotidianidad y buena convivencia. Se destacan iniciativas de adaptación en el proceso de ingreso de residentes. Las cuales implican que el residente vaya a conocer el dispositivo, luego, vaya uno o dos días a la semana, luego aloje otros días, de modo que se vaya adaptando paulatinamente, evitando así cambios grandes de rutina que puedan llevar a una descompensación. Por supuesto, este tipo de iniciativas solo son posibles cuando el potencial residente cuenta con una red de apoyo y acceso a la vivienda, mientras dure el proceso. Sin embargo, son iniciativas que dependen de los Servicios de Salud y del prestador y operan sin armonización que establezca mínimos operativos.

Por otra parte, a nivel micro, algunos actores coinciden con la opinión sobre amplitud y antigüedad de las normas técnicas. Algunos entrevistados mencionaron que son simples y posibles de cumplir. Aunque también vislumbraron dos puntos que es necesario tener en cuenta. El primero es que las normas técnicas definen características de la vivienda en donde debe funcionar el dispositivo, por ejemplo, número de baños, dormitorios y áreas comunes y que, dado el actual escenario inmobiliario, es cada día más difícil conseguir viviendas que cumplan estas características. Y el segundo es que, si bien las normas técnicas hay que actualizarlas, eso abre la posibilidad de levantar exigencias que, con el presupuesto actual del programa, pudiera no ser posible cumplir por parte de los servicios de salud.

*“Yo diría que son factibles. No son fáciles, ¿ah? Porque sobre todo las cosas de modelos, de formas de pensar, no son exigentes en lo pragmático, por ejemplo, pero si el cambio, y éstas están escritas del año dos mil, seis. O sea, han pasado más de 10 años, y todavía nosotros en salud mental peleamos contra el modelo institucionalizante”- N. Macro 4*

Mientras que, otros entrevistados reprocharon el estrecho marco de movimiento que permiten las normas y la libertad que se le otorga en ellas a los residentes:

*“Las normas técnicas deberían ser más flexibles con los hogares y residencias en ciertas cosas. Creo que los derechos muchas veces impiden hacer un trabajo como se debe con los muchachos. A veces ven los derechos como que, a ver le pongo un ejemplo, ellos tienen derecho a decir que no a lo que gusten, la norma técnica dice que si no quieren tomar los medicamentos uno no se los puede dar, si no se quieren bañar o hacer la pieza tampoco se les puede obligar” N. Micro 12*

Y otro grupo hizo críticas al carácter centralizado que éstas presentan.

*“Mira la mayoría de las normas técnicas fueron hechas en Santiago, nunca nosotros nos han pedido nunca nada de conformación[.] Hicieron todo para Santiago, pero resulta que en Chile hay muchos hogares y residencias protegidos” -N. Micro 13*

Finalmente, y con respecto a la fiscalización, los actores reconocieron la existencia de problemas que han llevado al cierre de hogares y residencias. Desde el nivel macro reconocen esta situación y mencionan que los cierres se han debido a situaciones excepcionales, que en su mayoría responden a incumplimiento de condiciones laborales. Ante esto, es necesario mencionar que tantos hogares y residencias no tienen la exigencia de contar con resolución sanitaria, por lo tanto, Minsal, desde la Subsecretaría de Salud Pública no está facultado para realizar fiscalización.

### 3. EXPERIENCIA PÚBLICA COMPARADA

El siguiente capítulo tiene como objetivo describir la experiencia pública en temáticas de salud mental, dependencia y acceso a vivienda, tanto a nivel internacional como nacional. Esto en el escenario que hace más de 50 años comenzaron las experiencias orientadas a evitar la institucionalización de personas con programas graves de salud mental.

Como se verá en este capítulo, a nivel internacional, los programas públicos en la materia generalmente parten de la base que los tratamientos de salud mental tienen mejores resultados cuando las personas pueden vivir en espacios donde, además de satisfacer sus necesidades, se les respeta su derecho a autonomía y autodeterminación. De ahí que la oferta de programas públicos que se orienten a este problema es determinante. Sin embargo, esta experiencia también da cuenta que la oferta generalmente no es solo habitacional, sino que en ella deben intervenir otros actores, de modo de generar programas intersectoriales. Por otro lado, y a nivel nacional, la oferta pública existente da cuenta de programas complementarios, con solución similar, pero con diferente focalización y con soluciones alternativas. Y pese a que no se detectaron duplicidades, si se evidencia la necesidad de mayor coordinación. Estos temas serán abordados en el siguiente capítulo.

#### 3.1. EXPERIENCIA INTERNACIONAL

Como señala Maria Pilar Lampert-Grassi en su publicación de agosto 2019 (Lampert-Grassi, 2019), la implementación exitosa de un sistema de cuidado comunitario en salud mental se da en el marco de una serie de principios que se relacionan, por un lado, con la valorización del rol de la comunidad en la vida de las personas, y por otro, con la importancia de la autodeterminación y los derechos de las personas con enfermedades mentales, en tanto seres humanos y ciudadanos. Así, los servicios de salud comunitaria permiten, por una parte, otorgar tratamiento a las personas, a la vez que les posibilitan el seguir viviendo en comunidad, manteniendo su conexión con la familia, amigos y trabajo, en un proceso que reconoce y apoya las metas y fortalezas de las personas, para su futura recuperación<sup>19</sup>.

Un principio fundamental en este modelo es el que las personas tengan facilidad de acceso a servicios en su localidad. Esto, pues se reconoce el hecho de que, a razón de la enfermedad mental, algunas personas se encuentran seriamente debilitadas, por lo que un servicio de salud mental comunitario busca fomentar la autodeterminación de los usuarios y su participación en procesos de toma de decisiones sobre su tratamiento. Del mismo modo, se considera fundamental el apoyo familiar y su participación (con el permiso del usuario) en el proceso de evaluación, planificación y seguimiento del tratamiento<sup>20</sup>.

<sup>19</sup> Fuente citada en (Lampert-Grassi, 2019) Thornicroft G, Alem A, Antunes Dos Santos R et al. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. World Psychiatry 2010; 9:67-77. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2911080/>

<sup>20</sup> Op. Cit.

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, que resume las características claves de los sistemas nacionales de salud mental en todo el mundo y que se actualiza periódicamente.

La edición más reciente (2017)<sup>21</sup> incluye datos de 177 países sobre el estado de implementación (autoevaluado) de las políticas y planes en salud mental<sup>22</sup>. 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 (incluida la atención de salud mental integrada en los hospitales generales y atención primaria). Lo cual implica un aumento frente al 92% que respondía positivamente a esta pregunta el año 2014<sup>23</sup>. 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.

A pesar de todas las diferencias y peculiaridades de las experiencias de reforma llevada a cabo en los diferentes países, se pueden extraer algunos elementos básicos comunes que podrían ser el referente conceptual de lo que genéricamente se entiende por Reforma Psiquiátrica<sup>24</sup>:

- 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.

Para efectos de este informe se revisó la experiencia internacional de programas similares al de residencias y hogares protegidos como una forma de dar cuenta de lo que sucede en otros países y cómo otros Estados han resuelto este problema u otros similares y relacionados. Para ello, se revisó la experiencia de España, el Reino Unido y Canadá.

21 Fuente citada en publicación de (Lampert-Grassi, 2019) WHO World Mental Health Atlas. 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>

22 Cita en publicación de (Lampert-Grassi, 2019) 177 miembros de los 194 respondieron el cuestionario.

23 Fuente citada en publicación de (Lampert-Grassi, 2019): WHO World Mental Health Atlas. 2014. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011\\_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequen](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequen)

24 Fuente citada en publicación de (Lampert-Grassi, 2019): Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. 2003-2007. Comunidad de Madrid. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>

### 3.1.1. MADRID, ESPAÑA

Cuenta con el 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):

**Residencias (MR):** Servicio residencial flexible y polivalente de entre 20 y 30 plazas. Ofrece estancias cortas, transitorias o indefinidas para atender diferentes necesidades, así como atención psicosocial, apoyo rehabilitador y supervisión las 24 horas del día, debido a: ausencia o sobrecarga de la familia para su atención y cuidado; problemas de autonomía y funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte<sup>25</sup>. Estos centros cuentan con el siguiente personal: director (Psicólogo), 1 Psicólogo, 1 Terapeuta Ocupacional, 13-15 Educadores, 1 Auxiliar Administrativo, Personal de Cocina y Limpieza.

**Pisos Supervisados (PS):** Alternativa de alojamiento estable y normalizado en viviendas ordinarias en las que residen 3 o 4 personas con enfermedad mental recibiendo el apoyo y supervisión que en cada momento necesiten y no requieren una supervisión de 24 horas como la que ofrecen las Residencias.

Los pisos supervisados funcionan vinculados a las MR. Al menos hay un educador de apoyo para la supervisión de cada piso.

**Plazas Supervisadas en Pensiones (PC):** A través del concierto de plazas en Pensiones se pretende ofrecer un alojamiento digno y la cobertura de necesidades básicas a personas con enfermedad mental con un buen nivel de autonomía, pero sin apoyo familiar ni recursos económicos, intentado evitar procesos de marginación. Es una alternativa de alojamiento organizada mediante el pago de una habitación y servicios básicos en Pensiones de Huéspedes. Se supervisan los usuarios desde la MR a las que están vinculadas las plazas.

### 3.1.2. GUPUZCOA, ESPAÑA

Cuenta con un Modelo de Atención a Personas con Discapacidad y a Personas con Trastorno Mental en Servicios de Alojamiento, de Día y Ocupacionales<sup>26</sup>. Se enmarca en el enfoque comunitario de proximidad de la atención que favorece la atención de las personas en su entorno habitual, mediante la articulación de las fórmulas de apoyo más acordes con los

<sup>25</sup> Fuente citada en publicación de (Lampert-Grassi, 2019) Cuadros sintéticos de tipología de centros. Enero 2017. Disponible en : [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADRO\\_RESUMEN\\_TIPOLOGIA\\_CENTROS\\_RED\\_ATENCION\\_SOCIAL\\_A\\_EMCM+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352938656689&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DCUADRO_RESUMEN_TIPOLOGIA_CENTROS_RED_ATENCION_SOCIAL_A_EMCM+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352938656689&ssbinary=true)

<sup>26</sup> Modelo de atención a personas con discapacidad y a personas con trastorno mental. Ordenación de la red foral de servicios de alojamiento, de día y ocupacionales en Gipuzkoa, 2015

principios de promoción de la autonomía, de integración en el entorno y de normalización, favoreciendo y promoviendo en todo lo posible la utilización de los servicios comunitarios abiertos al conjunto de la población.

Este modelo se concibe en un contexto mucho más amplio, más global, en el que adquieren gran protagonismo toda una gama de servicios y programas, con frecuencia complementarios a los servicios ofrecidos en el marco de este modelo, orientados a facilitar la normalización y la inserción social, y a promover el derecho a la elección de la propia persona usuaria.

En el marco de este modelo, las viviendas con apoyo se configuran como la fórmula de alojamiento por excelencia 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. Esto significa que se trata de garantizar que todas las personas con discapacidad y las personas con trastorno mental que requieran un servicio de alojamiento – independientemente de que el nivel de apoyo requerido sea limitado, extenso o generalizado, – tengan, de partida, la posibilidad de vivir en una vivienda con apoyo.

Lo anterior, no obstante, queda condicionado a que la persona no requiera, en determinados tipos de apoyo, una intensidad tal que determine su mejor atención en una estructura residencial. En efecto, el segundo tipo de servicio – las Residencias – son estructuras capaces de responder, en sus distintas modalidades, a importantes necesidades de cuidado personal para las actividades básicas de la vida diaria, de atención sanitaria y de atención a trastornos de conducta muy graves. Esta capacidad de respuesta se asocia a una importante dotación de personal, en algunos casos muy especializado.

### 3.1.3. REINO UNIDO

Los intentos iniciales para ayudar a las personas con problemas de salud mental a vivir independientemente, mientras al mismo tiempo se minimizaban los riesgos para su bienestar mental, comenzaron con el cierre de salas psiquiátricas de larga estada. Los primeros modelos de lo que ahora se consideraría como vivienda con apoyo comenzaron a surgir en este contexto.

La vivienda con apoyo surgió también como una respuesta política para satisfacer las necesidades de las personas con problemas de salud mental debido a lo que se describió como el síndrome de "puerta giratoria" (Quilgars, D. (2000) en Pleace with Wallace. 2011). Esto describía una situación en la cual alguien con problemas de salud mental experimentaba una crisis, era hospitalizado y estabilizado, pero luego de ser dado de alta, no podía hacer frente a la vida independiente, experimentaba otra crisis y volvía a ingresar al hospital. Había algo de evidencia de que los servicios de baja intensidad que proporcionaban ayuda y apoyo para mantener una vida independiente podrían contrarrestar los riesgos de que alguien con problemas de salud mental experimentara esta "puerta giratoria" (Pleace & Wallace, A, 2011).

Los servicios comunitarios de salud mental han desempeñado durante mucho tiempo un papel crucial pero poco reconocido en la prestación de atención de salud mental, proporcionando apoyo vital a las personas con problemas de salud mental más cercano a sus hogares y comunidades desde el establecimiento de equipos genéricos de salud mental comunitaria (CMHT) para adultos hace 30 años. Sin embargo, el modelo de atención necesitaba una transformación y modernización fundamentales, alejándose de servicios aislados y de difícil acceso hacia enfoques de atención conjunta y de toda la población, estableciendo un propósito e identidad revitalizados para los servicios comunitarios de salud mental.

Considerando lo anterior, el Reino Unido el 2019 comenzó a implementar un plan a cinco años de revisión de la política de salud mental del sistema de salud público. En lo que dice relación con salud mental de adultos, se propone un "trazado de cuidado seguro". El foco está puesto en reforzar y expandir los servicios comunitarios, con el objeto de lograr un acceso universal, evitando los ingresos a hospitales y buscando que las personas se atiendan y sean cuidadas, en lugares lo más cercano posibles a sus hogares. Ubica los servicios comunitarios de salud mental en el centro de la comunidad, como el pilar central de la atención de salud mental, permitiendo que todos los demás servicios en el sistema de atención de salud mental funcionen de manera más efectiva.

Se propone un servicio básico comunitario de salud mental que reunirá lo que actualmente se brinda en atención primaria para personas con necesidades menos complejas y complejas con lo que proporcionan los Equipos Comunitarios de Salud Mental (CMHT sigla en Inglés) en la atención secundaria y en entornos residenciales (incluyendo el viviendas con apoyo y hogares de cuidado)<sup>27</sup>.

El modelo de atención se basa en la lógica de Stepped Care (Cuidados escalonados), de modo que el tratamiento más efectivo, pero menos intensivo en recursos, sea el primero entregado a los pacientes; solo "intensificando" los servicios especializados según se requiera clínicamente, siempre considerando como base la atención comunitaria y primaria, evitando las internaciones (en el marco de lo posible).

El apoyo de salud mental para personas en hogares de cuidado se proporcionará como parte del despliegue nacional del modelo de Salud Mejorada en Hogares de Cuidado (EHCH). Cuando sea apropiado, esto se realizará a través de enfoques de atención compartida con equipos multidisciplinarios comunitarios relevantes a nivel de la red de atención primaria y / o de servicios comunitarios de salud mental para garantizar el acceso permanente a la atención de salud mental de las personas mayores.

<sup>27</sup> The Community Mental Health Framework for Adults and Older Adults <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/community-mental-health-framework-for-adults-and-older-adults.pdf>

### 3.1.4. VANCOUVER, CANADÁ

A raíz de la desinstitucionalización, se 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 (Vivienda primero) 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). Housing First ofrece a las personas sin hogar con SMI acceso inmediato a apartamentos independientes en varios vecindarios o viviendas colectivas, sin ningún requisito relacionado con el uso de sustancias o el tratamiento psiquiátrico. Las personas tienen acceso a tratamiento y a una variedad de servicios, pero se reservan el derecho de elegir su nivel de participación (Patterson, Moniruzzaman, & Somers, 2014).

Housing First se basa en la idea de que lo que puede haber contribuido a la situación de calle de una persona, como la falta de empleo, la adicción, problemas salud mental o física, pueden abordarse mejor una vez que una persona tiene un hogar estable.

Housing First puede tener éxito utilizando una variedad de opciones de vivienda. Un enfoque es ayudar a los beneficiarios a acceder a un departamento independiente en un edificio privado de alquiler o a un dormitorio secundario en la casa de alguien y recibir un subsidio de alquiler y servicios de apoyo. Esto se conoce como sitio extendido o enfoque de suplemento de alquiler. Los subsidios de alquiler se pueden proporcionar a corto o largo plazo, dependiendo del programa en particular.

Otro enfoque ofrece a los beneficiarios viviendas en edificios (generalmente sin fines de lucro) donde todas las unidades están localizadas hacia una población objetivo en particular. Este enfoque también puede denominarse vivienda colectiva, en particular si los inquilinos comparten algunos de los espacios o instalaciones comunes.

En algunas iniciativas de Housing First, las unidades se alquilan originalmente a una agencia que ofrece la unidad a un beneficiario del programa. Después de un cierto período de tiempo (por ejemplo, el beneficiario ha terminado con éxito un programa), la persona puede asumir la responsabilidad del contrato de arrendamiento y convertirse en un inquilino "permanente". Este enfoque, que puede conocerse como un arrendamiento convertible, puede permitir a los participantes mantener su vivienda y evitar la molestia de mudarse al final de un programa.

Los servicios de apoyo son claves para el éxito del enfoque Housing First. Estos pueden variar en intensidad cuando se consigue alojamiento a una persona para garantizar un arrendamiento exitoso y promover el bienestar económico y social. Los servicios pueden ser a corto plazo (por ejemplo, hasta 12 meses) para ayudar a los beneficiarios a estabilizarse en su vivienda y acceder a recursos comunitarios, o a largo plazo. Los enfoques a largo plazo pueden incluir el Tratamiento Comunitario Asertivo (ACT, por sus siglas en inglés), un modelo de administración de casos en el que un equipo multidisciplinario de profesionales brinda servicios a las personas con un

enfoque de superación, o la Administración Intensiva de Casos (ICM, por sus siglas en inglés), donde un solo administrador de casos brinda servicios y coordina el acceso a los servicios disponibles en la comunidad

### 3.2. RELACIONES DEL PROGRAMA CON LA OFERTA PÚBLICA NACIONAL

El siguiente apartado analiza la relación del programa con la oferta pública existente a nivel nacional. Para construir la sistematización que se presenta a continuación, se analizó la información disponible en el Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, en base a una búsqueda de conceptos, definiciones y población común con la finalidad de dar cuenta de la relación del programa con la oferta pública existente en el país y determinar si existe duplicidad. El resultado de este proceso es un ordenamiento de la oferta pública en base a tres categorías: programas complementarios, programas que entregan solución similar con diferente focalización y programas con soluciones alternativas; no encontrándose evidencia de la existencia de programas públicos que dupliquen los servicios que entrega el programa en evaluación. La ilustración que se presenta a continuación da cuenta de esta sistematización.

#### ILUSTRACIÓN 4: CATEGORÍAS DE ANÁLISIS DE LA OFERTA PÚBLICA EXISTENTE

##### Programas complementarios

- Corresponde a programas que apuntan al mismo fin o ámbito de acción.
- Se entiende que esta complementariedad puede ser interna o externa. Es decir, dentro de la misma institución o entre diferentes instituciones.

##### Programas con solución similar pero diferente focalización

- Corresponde a programas que entregan solución similar, en este caso residencial, pero que están dirigidos a poblaciones objetivos y beneficiarios diferentes.
- Puede ser de la misma o de diferente institución.

##### Programas con soluciones alternativas

- Corresponde a programas que apuntan a un fin o ámbito de acción similar, pero cuyo abordaje y estrategia es diferente, entregando una alternativa al mismo problema.
- También se consideró que puede ser de la misma o de diferente institución.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se ahondará en cada una de estas categorías. Cabe mencionar que información complementaria sobre cada programa se encuentra disponible en el Anexo 3 del presente documento.

#### 3.2.1. PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS

Tal como se mencionó en la ilustración anterior, se considera como Programas complementarios aquellos programas presentes en el Banco Integrado de Programas sociales de MDSyF que apunten al mismo fin o

ámbito de acción. En este caso, se consideró programas que se hacen cargo de problemas públicos en el ámbito de la demencia, la desvinculación con las familias, la atención en salud mental, adultos mayores, discapacidad, acceso a salud mental y centros comunitarios.

La tabla que se presenta a continuación da cuenta de los problemas sistematizados en esta categoría.

**TABLA 15: OFERTA PÚBLICA COMPLEMENTARIA**

NOMBRE DEL PROGRAMA	SERVICIO / SUBSECRETARÍA	MINISTERIO
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia)	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Camas Socio Sanitarias	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Más Adultos Mayores Autovalentes	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental	Subsecretaría de Servicios Sociales	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad	Servicio Nacional de la Discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria	Servicio Nacional de la Discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Ayudas técnicas	Servicio Nacional de la Discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Fuente: Elaboración propia, en base a información disponible del Banco Integrado de Programas Sociales de MDSyF.

Como se observa en la tabla anterior, la oferta pública complementaria al programa es entregada por el mismo Ministerio de Salud y por el Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales y del Servicio Nacional de la Discapacidad. Si bien no todos los programas están orientados a personas con trastornos mentales severos, un beneficiario del programa puede ser beneficiario de estos programas, o bien, estos producir información que sea de utilidad para el programa.

En el caso específico de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia), por ejemplo, información recogida en el trabajo de campo ha dado cuenta que beneficiarios del programa de Residencias y Hogares Protegidos asisten de manera sistemática a estos centros. Asimismo, Hogares y residencias pueden postular al programa de Ayudas Técnicas y un beneficiario de Camas socio sanitarias ser potencial beneficiario de algún Hogar o Residencia.

El programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MINSAL) busca mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años y más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud. Lo anterior, en el entendido que el deterioro funcional de adultos mayores es prevenible con un adecuado manejo de las situaciones de salud y práctica de estilos de vida saludable por parte de las personas mayores.

El Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental (MINSAL) busca reducir las barreras de acceso a la atención de salud mental, brindando diagnóstico y tratamiento integral en la red de salud pública a los niños, niñas y adolescentes con un adulto significativo privado de libertad y/o sus cuidadores, y a personas en situación de calle, participantes del subsistema Chile Seguridades y Oportunidades, y que presenten algún problema o trastorno de salud mental.

El Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad (SENADIS), entre otros, proporciona acceso a los servicios corrientes de asistencia de salud a personas con discapacidad, además de desarrollar acciones de promoción y protección de la salud para estas personas.

Por su parte, el Programa Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria (SENADIS), tiene como objetivo mejorar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias a procesos de rehabilitación integral con calidad y oportunidad, en sus contextos comunitarios y domiciliarios. Lo anterior, a través del fortalecimiento, diversificación y articulación de la oferta de prestaciones de rehabilitación, tanto de la red pública como privada, así como mediante el desarrollo de redes de soporte socio-comunitarios en el marco de una Estrategia de Gestión Local Integrada, que permita la inclusión social de las personas y comunidades.

El Programa Ayudas Técnicas (SENADIS) tiene por objetivo favorecer la inclusión social de las personas en situación de discapacidad, a través del financiamiento de recursos de apoyo de calidad, como son las ayudas técnicas o tecnológicas.

A juicio del equipo evaluativo, todos estos programas son complementarios a las acciones que desarrollan los Hogares y Residencias Protegidas, ninguno de ellos duplica los servicios entregados éste.

### **3.2.2. PROGRAMAS CON SOLUCIÓN SIMILAR PERO DIFERENTE FOCALIZACIÓN**

Un segundo grupo de programas corresponde a aquellos que abordando problemas sociales entregan solución similar, en este caso Residencial, pero que están dirigidos a poblaciones objetivos y beneficiarios diferentes. En este grupo (tal como se observa en la siguiente Tabla), hay programas del Ministerio de Salud, de Senama- MDSyF y del SENAME- Ministerio de Justicia y Derechos humanos.

**TABLA 16: OFERTA PÚBLICA CON SOLUCIÓN SIMILAR PERO DIFERENTE FOCALIZACIÓN**

NOMBRE DEL PROGRAMA	SERVICIO / SUBSECRETARÍA	MINISTERIO
Residencias forenses	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Fondo de Servicios de Apoyo al Adulto Mayor	Servicio Nacional del Adulto Mayor	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Protección - Residencias de Protección para Mayores	Servicio Nacional de Menores	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Fuente: Elaboración propia, en base a información disponible del Banco Integrado de Programas Sociales de MDSyF.

Todos estos programas entregan soluciones residenciales. En el caso de las Residencias Forenses, éstas son parte de la Red de Psiquiatría Forense que, a su vez, son parte de la Red de Salud Mental y Psiquiatría del Sistema Público de Salud, y da respuesta a las medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas inimputables, sobreseídas o absueltas por los Tribunales de Justicia en lo Penal. Están dirigidas a personas que, desde su enfermedad, ya no son un riesgo para sí y terceros, se encuentran estables psicopatológicamente y pueden estar en la comunidad en sistema Residencial, donde reciben los cuidados y vigilancia permanente de 24 horas por parte de personal capacitado.

El Fondo de Servicio de Apoyo al Adulto mayor, provee servicios integrales de vivienda y cuidados sociosanitarios a personas mayores de 60 años. Su objetivo es proteger a personas mayores en condición de vulnerabilidad social- y según nivel de dependencia- a través de servicios integrales de vivienda y cuidado socio sanitario. Entre sus componentes se cuentan los ELEAM (Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores), que corresponden a residencias colectivas donde que viven, en forma permanente o temporal, personas mayores, a los que se brinda servicios y cuidados de largo plazo. Es importante mencionar que el programa no focaliza en dependencia severa por causas psiquiátricas, pero, teóricamente y a la luz de la información de diseño, no habría impedimentos para que un beneficiario de algún Hogar y residencia habite en un ELAM.

Finalmente, el programa Residencias de Protección para Mayores son residencias de SENAME, orientadas a resolver la situación de niños/as que sufren maltrato grave o negligencia al interior de su familia, los que son separados de ésta por resolución de un juez. Su objetivo es realizar acciones, de manera directa o en coordinación con la red local, para la resignificación de experiencias asociadas a las graves vulneraciones de derechos de las cuales ha sido víctima el niño, niña o adolescente, que condujeron a su ingreso al sistema residencial de protección. Para ello brinda atención residencial y cubre las necesidades de alimentación, vestuario, vivienda, salud, educación, recreación; así como intervenciones técnicas especializadas dirigidas al niño/a y a su familia, a través de una red de centros administrados por instituciones colaboradoras del Servicio Nacional de Menores (SENAME), a las que se les entrega una subvención por cada niño, para el funcionamiento de la residencia.

### 3.2.3. PROGRAMAS CON SOLUCIONES ALTERNATIVAS

Un tercer grupo de programas son aquellos que ofrecen soluciones alternativas al ámbito de la dependencia. Según se ha constatado en la revisión de la oferta pública, una estrategia alternativa para resolver este problema es a través de programas orientados a atención domiciliaria y/o facilitación de oferta de viviendas. Es decir, el Estado ofrece dos tipos de soluciones a este problema: 1) Soluciones Residenciales y 2) Red de apoyos para dependientes y su cuidador. Si bien en el segundo grupo se requiere que la persona con dependencia cuente con redes de apoyo, éstas no serían necesariamente sus familias, sino que puede considerarse cuidadores remunerados.

**TABLA 17: OFERTA PÚBLICA CON SOLUCIONES ALTERNATIVAS**

NOMBRE DEL PROGRAMA	SERVICIO / SUBSECRETARÍA	MINISTERIO
Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Ministerio de Salud
Red local de apoyos y cuidados (Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados)	Subsecretaría de Servicios Sociales	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Tránsito a la Vida Independiente	Servicio Nacional de la Discapacidad	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Subsidio vivienda_ Subsidio al arriendo (llamado para personas con discapacidad)	Subsecretaría de Vivienda.	Ministerio de Vivienda y Urbanismo

Fuente: Elaboración propia, en base a información disponible del Banco Integrado de Programas Sociales de MDSyF.

Cabe mencionar que, de los 4 programas categorizados en este apartado, los 3 primeros corresponden a programas de apoyo a la diada dependiente - cuidador. Sin embargo, el programa "Subsidio al arriendo (específicamente el llamado para personas con discapacidad)", ofrece una salida alternativa, toda vez que permite la postulación de personas con discapacidad (acreditada por la COMPIN) a un subsidio que permite mejorar las condiciones de habitación de familias.

# CONCLUSIONES



## VI. CONCLUSIONES

Tal como se ha mencionado en este documento, el objetivo general de esta evaluación era “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”, para ello, se fijaron 3 objetivos, los cuales serán abordados a modo de conclusiones a continuación.

Sobre el objetivo específico 1 “Analizar la cobertura y criterios de focalización y priorización del programa, en función de la población que presenta el problema y de la cuantificación de la población potencial, objetivo y beneficiarios”, los resultados de la evaluación dan cuenta de un desempeño insuficiente en este ámbito. Básicamente, por las siguientes razones.

Primero, el programa no cuenta con definiciones de conceptos básicos que describan sus poblaciones y beneficiarios efectivos. Si bien, en los documentos oficiales, se pueden encontrar algunas definiciones, éstas no se encuentran en documentos unificados y no ha sido posible encontrar evidencia que dé cuenta que estos conceptos sean entendidos y aplicados en los criterios por todos los actores a nivel de Servicios de Salud. Esto se considera especialmente, crítico en el concepto de vulnerabilidad social, el cual- según se ahondó en las entrevistas aplicadas- es entendido de diferente manera por los Servicios de Salud.

Asociado a heterogeneidad en los criterios de priorización y selección, es que se advierte errores de focalización y priorización, toda vez que un potencial residente podría ser seleccionado en un Servicio de Salud y otro no, solo por diferencias en cómo se evalúan los criterios. En el caso de Servicios de Salud que cuentan con residencias y hogares implementados por el propio Servicio y también por Hospitales Psiquiátricos, esto podría agudizarse y en la práctica no ocurre, solo por las voluntades de los funcionarios, pero no por directrices entregadas por el propio Ministerio.

Segundo, el programa presenta serias deficiencias en sus bases de datos, lo cual no permite cuantificaciones exactas. Si bien, se valora la existencia de una base de datos a nivel central, resulta esencial que el programa mejore sus sistemas de información y reporte, por ejemplo, utilizando las bases de datos con las que cuenta Fonasa. Esto permitiría que- por ejemplo- pudiesen adelantarse a cambios en la demanda de servicios y también a generar estudios de trazabilidad de los residentes.

Tercero, el programa desconoce la población objetivo (en términos numéricos), la cual podría estar subestimada, dado que por la falta de definiciones no existen criterios de focalización y por lo tanto su cuantificación se realiza sin conocer número de personas clínicamente compensadas y en situación de vulneración social. Pese a esto, con cifras estimadas, se logró determinar que el programa cubre el 4,6% de la población objetivo y el 0,4% de la potencial.

Por otro lado, la lista de espera del programa corresponde un registro aproximado y su construcción varía entre Servicios de Salud. Según fue evidenciado en las entrevistas, algunos Servicios operan con lista de espera, pero en otros, ante la falta de cupos, no la construyen, por ende, se desconoce el número de la lista de espera real del programa.

Finalmente, 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. Para esto, resulta crucial que el programa trabaje con datos y bases de datos actualizadas, que permitan generar sistemas de alarma ante esta situación y paralelamente, trabajar con oferta pública similar, que permita- por ejemplo- hacer traspaso de beneficiarios entre problemas públicos ya existentes.

El segundo objetivo específico planteado en esta evaluación corresponde a “Analizar cualitativamente el nivel de desempeño actual del programa, en términos de implementación, en función del problema que le dio origen, las brechas respecto a su diseño, experiencias exitosas en su gestión, así como problemas/limitantes operativos, en base a la opinión de los actores involucrados en su implementación.” Para ello y tal como se mencionó en el presente documento, se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores involucrados en la implementación del programa a nivel macro, meso y micro y se consideró que el Ministerio de Salud es responsable de la implementación del programa, no solo los Servicios de Salud o en su defecto las Residencias como Hogares protegidos que se financian.

Del cruce de la información de diseño con la que cuenta el programa y las entrevistas realizadas, se concluye que existe brecha importante entre objetivos e implementación. Si bien existen orientaciones, la provisión del servicio tiene diversas modalidades y estándares, los cuales pueden variar no solo entre Servicios de Salud, sino que también dentro de Servicios de Salud.

Por otro lado, el programa establece dos modalidades de implementación (administración directa y licitación), pero en el proceso de evaluación se detectó una tercera modalidad que es la “compra de cupos”. Al respecto, si bien se valora que, a nivel de Servicios de Salud, se intente dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios, preocupa que esta decisión pueda desvincular aún más a los residentes de sus redes de apoyo e incluso estar en dispositivos que no cumplan normas técnicas establecidas por el propio programa.

También, vale mencionar que además de esta tercera modalidad, las entrevistas dieron cuenta que no solo los Servicios de Salud administran Residencias y Hogares protegidos, sino que también, existe la posibilidad que Hospitales Psiquiátricos implementen de manera directa. Ante esto, se plantea la necesidad que el programa en su nivel central, además, de ordenar manera de implementación, genere mecanismos para asegurar

la calidad de los servicios en todas las modalidades existentes y que se respete norma técnica.

En términos de implementación, el programa no cuenta con mecanismos de monitoreo o fiscalización de la implementación. Especialmente, porque según lo mencionaron algunos actores entrevistados, no requiere y, por ende, no cuenta con Resolución sanitaria y el cierre de dispositivos, se debe generalmente a incumplimiento de condiciones laborales. Se rige según normas técnicas de los años 2000 y 2006, que además de considerarse obsoletas por todos los actores entrevistados, deben actualizarse acorde a los estándares establecidos por el Plan Nacional de Salud Mental, actualmente en vigencia en nuestro país.

Además, se evidenciaron importantes nudos críticos en la implementación. Falta de relaciones entre los actores (especialmente ausencia de Minsal como actor relevante en la implementación), falta de directrices, complejización de las condiciones de salud de la población objetivo y, problemas asociados a oferta y demanda de los dispositivos que son licitados, fueron destacados por los actores como situaciones que el programa debe revisar. Si bien, la implementación a juicio de Minsal, está radicada en los Servicios de Salud, el responsable del programa es el Ministerio de Salud y resulta relevante que tome un rol protagónico en la implementación, revisando procesos y nudos críticos y asegurando oportunidades de acceso igualitarias y oferta de la misma calidad para todos quienes puedan acceder al programa, mientras se vincula de manera más directa con la oferta pública existente.

Finalmente, y respecto al objetivo específico "Evaluar la pertinencia y relaciones del programa con la oferta pública existente, orientada a una población potencial similar", la evaluación da cuenta que la experiencia internacional avala la necesidad de evitar la institucionalización de personas con problemas graves de salud mental, que se encuentran compensadas y concuerda en la importancia de las soluciones habitacionales. Sin embargo, señala que oferta habitacional requiere de más actores participantes, no solo de la participación del mundo sanitario.

Mientras que, del análisis de la oferta pública existente, se pudo identificar tres grupos de programas asociados; 1) Programas complementarios, 2) Programas con solución similar, pero con diferente focalización y 3) Programas con soluciones alternativas. De su análisis, se puede concluir que, en términos de diseño, no existe duplicación del programa con la oferta pública existente. Sin embargo, se requiere mayor coordinación de la oferta pública en la materia, de manera de dar soluciones integrales y evitar posibles duplicaciones en la implementación.

# RECOMENDACIONES



## VII. RECOMENDACIONES

Dado los resultados de la Evaluación Focalizada de Ámbito al Programa de Residencias y Hogares Protegidos de Minsal, se sugieren las siguientes recomendaciones en el ámbito de la implementación:

- El programa requiere desarrollar operativa a nivel ministerial. La relación entre Minsal, específicamente entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales y los Servicios de Salud debe ser más cercana y no solo relacionada a contingencias ni traspaso de información. Por ejemplo, se sugiere fijar reuniones anuales, jornadas de capacitación, entre otras.
- 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.

# BIBLIOGRAFÍA



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

Comunidad de Madrid. (2003). Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica. 2003-2007. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007017.pdf>

Comunidad de Madrid. (2017). Cuadros sintéticos de tipología de centros. Obtenido de [http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadvalue1=filename%3DCUADRO\\_RESUMEN\\_TIPOLOGIA\\_CENTROS\\_RED\\_ATENCION\\_SOCIAL\\_A\\_EMCC+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobw](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadname1=Content-Disposition&blobheadvalue1=filename%3DCUADRO_RESUMEN_TIPOLOGIA_CENTROS_RED_ATENCION_SOCIAL_A_EMCC+ENERO+2017.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobw)

Fondo Nacional de la Discapacidad. . (2005). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile.

Fondo Nacional de Salud (2018). Datos sobre población nacional beneficiaria.

Instituto Nacional de Estadísticas (2018). Proyecciones al 2018, en base a Censo 2002, actualizado al año 2014. Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2017). Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile. Santiago de Chile.

Instituto Nacional de Derechos Humanos. (2011). Informe Anual de Derechos Humanos. Santiago de Chile.

Lampert-Grassi, M. P. (2019). Modelos Comunitarios en Salud Mental: Chile, España e Inglaterra. Asesoría Técnica Parlamentaria, Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Residencias y Hogares Protegidos (cierre al 31 - diciembre - 2017). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Residencias y Hogares Protegidos (cierre al 31 - diciembre - 2017). Santiago de Chile.

Ministerio de Salud. (2000). Norma Técnica sobre Hogares Protegidos. Santiago de Chile: División de salud de las personas. Departamento Programas de las Personas. Unidad de Salud Mental.

Ministerio de Salud. (2006). Norma Técnica Residencias Protegidas (para personas con discapacidad de causa psíquica). Santiago de Chile: Subsecretaría de Salud. División de Prevención y Control de Enfermedades. Departamento de Salud Mental.

Ministerio de Salud. (2017). Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025. Santiago de Chile.

Ministerio de Salud. (s.f.). [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl). Recuperado el 2019 de noviembre de 4, de RED DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y PSIQUIATRÍA :<https://www.minsal.cl/portal/url/item/71e4f2dd2b638460e04001011f01239d.pdf>

Patterson, M. L., Moniruzzaman, A., & Somers, J. M. (2014). Community Participation and Belonging Among Formerly Homeless Adults with Mental Illness After 12 months of Housing First in Vancouver, British Columbia: A Randomized Controlled Trial. *Community Ment Health J*, 50:604–611.

Pleace, N., & Wallace, A. (2011). Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review. The University of York. Obtenido de <https://www.york.ac.uk/media/chp/documents/2011/NHF%20final.pdf>

Quilgars, D. (2000) *Low Intensity Support Services: A systematic review of effectiveness* Bristol: Policy Press

SENADIS, M. d. (2015). Segundo Estudio Nacional de Discapacidad. Servicio Nacional.

Servicio Nacional de la Discapacidad. (2017). II Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago de Chile.

Thornicroft G, A. A. (2010). WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care. *World Psychiatry*.

Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica* 22(1), 51-61.

WHO World Mental Health Atlas. (2014). Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011\\_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequen](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178879/9789241565011_eng.pdf;jsessionid=3200728403E343384A9E1EE0002A3AE2?sequen)

World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders. Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.



# ANEXOS



## ANEXO 1: PAUTA DE ENTREVISTAS

### A. ANTES DE LA ENTREVISTA:

1. Presentar al equipo evaluador.
2. Explicar a el/la entrevistada el contexto de la evaluación.
3. Mencionar objetivo general de la evaluación (Evaluar la modalidad de producción 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)
4. Señalar que toda la información es de carácter confidencial.
5. Señalar los ámbitos que se abordarán en la conversación:

1. Contexto general del programa

2. Cobertura y beneficiarios

3. Actores y relaciones

4. Implementación y procesos

5. Futuro del programa

6. Solicitar permiso para grabar.
7. Preguntar al entrevistado si tiene alguna duda o comentario sobre la conversación.

### B. PAUTA DE LA ENTREVISTA

#### TEMA 1: CONTEXTO GENERAL DEL PROGRAMA

- 1) A su juicio, ¿de qué problema se está haciendo cargo el programa?
- 2) En su opinión, ¿se justifica la existencia de un programa público como éste?
- 3) En su opinión, ¿cree que es Minsal la institución que debe hacerse cargo del problema...?

**TEMA 2: COBERTURA Y BENEFICIARIOS**

- 1) ¿Considera que la respuesta que está entregando el programa es suficiente, en términos de la cantidad de personas beneficiarias respecto de todas las que presentan el problema del cual se hace cargo el programa?
- 2) En su opinión, ¿el programa está llegando a las personas adecuadas considerando el problema que aborda? (o preguntar si se está priorizando bien)
  - ¿Considera que el programa cuenta con los mecanismos para asegurarse de esto?
- 4) Cuando hay un paciente que cumple los criterios de focalización, ¿cómo se prioriza?
- 5) ¿Cuáles son los factores que se consideran claves para definir/determinar si una persona se convierte en beneficiario?
  - ¿Qué se entiende por (ver listado) o si los actores involucrados en la implementación del programa manejan definiciones similares de?
    - Trastorno mental severo
    - Discapacidad psiquiátrica
    - Dependencia
    - Compensado clínicamente
    - Vulnerable (sin redes de apoyo)

**TEMA 3: ACTORES Y RELACIONES**

- 1) A su juicio, ¿cuáles son los actores claves en el proceso de implementación?
- 2) En su opinión, ¿existe coordinación entre los actores involucrados en la implementación?

**TEMA 4: IMPLEMENTACIÓN Y PROCESOS**

- 1) ¿Cuál es su opinión general sobre la implementación del programa?
- 2) ¿Cuál es la principal diferencia entre Residencias y Hogares protegidos?
- 3) ¿Le parece necesaria o adecuada esta diferenciación?
- 4) En su opinión, ¿qué labores no se llevan a cabo en la implementación del programa y que deberían hacerse?

- 5) ¿Qué opinión tiene sobre las diferencias existentes entre lo exigido a nivel de residencias y de hogares?
- 5) ¿Cuál es su opinión de las normas técnicas que tiene el programa?
- 6) En su opinión, ¿qué tan factible son de cumplirlas?
- 7) ¿Le parece que las normas técnicas son suficientes para dar una respuesta adecuada al problema?
- 8) ¿Existen mecanismos de monitoreo y sistematización de información sobre residentes?
  - Si es que existen, ¿son suficientes?
  - Si no existen, ¿cuál la principal limitante?
- 9) ¿Qué opinión tiene sobre la externalización del servicio? Por ejemplo, si considera que las Residencias u Hogares externalizados vía licitación funcionan mejor o no que los que son administrados de manera directa por los Servicios de Salud.
- 10) ¿Qué factores /acciones considera exitosas o destacables del programa?
- 11) ¿Cuáles considera que son los principales problemas o limitantes que tiene el programa en su diseño?
- 12) ¿Cuáles considera que son los principales problemas o limitantes que tiene el programa en su implementación?

## **TEMA 5: FUTURO DEL PROGRAMA**

- 1) De cara al futuro, ¿considera que el programa puede dar respuesta a posibles aumentos de demanda y/o complejización de la salud de los residentes?
- 2) En su opinión, ¿existen cambios o ajustes que deban hacerse al programa para mejorar su eficacia o eficiencia?

## ANEXO 2: REQUISITOS ESPECIALES PARA RESIDENCIAS PROTEGIDAS

Al igual que los Hogares Protegidos, las Residencias han sido diseñadas para cumplir con una serie de requisitos de infraestructura. Sin embargo, como el nivel de severidad es mayor para el caso de los pacientes que están en Residencias, se agregan otros requisitos relacionados. A continuación, se presentan los requisitos por ámbito:

### REQUISITOS DE INFRAESTRUCTURA:

- La Residencia debe ser una casa habitación con espacios para la vida diaria, que debe contar con servicios básicos, tales como, luz, agua potable, alcantarillado, agua caliente, teléfono y otros, en pleno funcionamiento.
- Debe contar con un sistema de calefacción en funcionamiento y seguro, con temperaturas adecuadas al clima (de acuerdo al lugar geográfico de su ubicación) y a las condiciones de salud de los residentes.
- Debe contar con las habitaciones necesarias para albergar a un número máximo de 12 residentes, los que dispondrán de dormitorios que resguarden sus condiciones de privacidad e individualidad.
- Esta casa habitación debe contar con el número de dormitorios que permita un máximo de 3 residentes por dormitorio, con un espacio mínimo de 1,5 metros entre cada borde de cama, con espacio para veladores individuales y closet que garantice una deambulación expedita.
- Una sala de baño completa por cada 5 residentes y adecuada a las necesidades de éstos (barandas en el espacio de la ducha, en las paredes del baño, pisos antideslizantes, puertas adaptadas a sillas de rueda)
- La residencia debe poseer espacios para la recreación y uso del tiempo libre, así como áreas verdes suficientes y contar con espacios para la interacción de todos los residentes y de éstos con visitantes, garantizando el tránsito expedito de los usuarios.
- Disponibilidad de implementos y adaptaciones a la infraestructura que permitan el acceso a todas las dependencias, del mismo modo dispondrá del equipamiento necesario para quienes lo requieran (tirantes, ramplas, catres clínicos, antideslizantes, colchón antidescargas), además de ayudas técnicas para residentes con dificultades en la locomoción y desplazamiento.

**REQUISITOS DE PERSONAL Y SUS NECESIDADES:**

- Debe haber un cuidador por cada 4 residentes, más un cocinero/a (personal calificado para la manipulación y preparación de alimentos).
- Adicionalmente, según las Normas Técnicas de las Residencias, la totalidad del personal, debe recibir capacitación en forma continua, con un mínimo de 30 horas al inicio del contrato y con refuerzo una vez al año, en temáticas como características de las enfermedades mentales y de su tratamiento y rehabilitación, cuidados de personas con discapacidad severa de causa psíquica y/o neurológica, estimulación para las actividades de la vida diaria y entrenamiento en habilidades sociales e instrumentales, entre otros.

**REQUISITOS DE VINCULACIÓN CON EL MEDIO:**

- La residencia debe brindar el acceso permanente a sus residentes actividades de rehabilitación, tanto dentro de las dependencias naturales de la residencia (dormitorio, cocina, comedor, patio, etc.) como en las instancias de la comunidad donde se inserta (calle, plaza, negocio, iglesia, etc.).
- Aun cuando no es un dispositivo clínico, la Residencia debe reunir en su interior, las condiciones de estructura y organización funcional necesarias para la atención inmediata del usuario en situaciones de descompensación (Ejemplo: Sala para procedimientos de enfermería)
- Adicionalmente, en el exterior, la Residencia no tendrá elementos estigmatizadores, como nombre en la puerta de entrada u otro identificador que exponga a sus residentes a situaciones de marginación, discriminación y/o exclusión.

**REQUISITOS DE UBICACIÓN:**

- La Residencia debe estar ubicada a no más de diez cuadras de distancia de los lugares donde se encuentren diversos servicios orientados a la comunidad (centros de salud, servicios públicos, espacios de recreación, organizaciones comunitarias, religiosas y otros), de manera de permitir un mayor acceso a las actividades de la vida cívica y facilitar el desarrollo de la funcionalidad y de integración de los residentes.
- Ubicarse en un territorio donde existan servicios de salud mental organizados en red y que provean los soportes de atención en cuanto a tratamiento y rehabilitación, adecuados a los requerimientos de los usuarios, tales como: Centros de Salud Mental Comunitaria, Centros Diurnos, Clubes de Integración Social, Unidades de hospitalización de Corta Estadía y Hospital de Día.

**REQUISITOS DE SEGURIDAD Y RESGUARDO DE LOS RESIDENTES:**

- En términos de procedimientos y de seguridad, la residencia debe contar con un manual de procedimiento sobre medidas básicas de contención en situaciones de crisis o agitación psicomotora, de pleno conocimiento y manejo del personal de la Residencia, concordado con el equipo de salud mental y psiquiatría comunitaria asesor, y que se ajuste a la normativa vigente y un manual de procedimiento en relación con situaciones de urgencia y catástrofes.
- Debe disponer de documentos regulatorios atinentes a su quehacer, los que serán de pleno conocimiento del personal: Normas Técnicas de Contención, Normas Técnicas para Residencias Protegidas y otras y un sistema de registro de las atenciones que se le brindan al usuario, que incluya la evolución de sus progresos o no y descripción de las acciones orientadas a su rehabilitación según indicaciones del equipo tratante, estos registros acompañan al usuario durante su control con el equipo tratante.
- Específicamente, respecto a la seguridad de los pacientes, la Residencia está diseñada para contar con: a) Vías de evacuación debidamente despejadas y conocidas por los residentes, b) Extintores en número adecuado y vigentes de acuerdo a normativas estandarizadas, c) Normas internas de emergencia (incendio, terremotos u otro), d) Artefactos eléctricos y de gas en buen estado de instalación y mantenimiento y manual de uso práctico de los artefactos que son utilizados por los residentes y e) Aprobación del organismo competente acerca del funcionamiento de las instalaciones eléctricas y de gas de la vivienda.

## ANEXO 3: OFERTA PÚBLICA VINCULADA AL PROGRAMA

NOMBRE DEL PROGRAMA	RELACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN <sup>28</sup>
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia).  Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.	Programa complementario	Busca atender a las personas que sufren de demencia, enfermedad que se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y tiene un impacto relevante en la funcionalidad, lo que genera pérdida progresiva de funcionalidad y capacidades para la realización de actividades cotidianas, dificultades en la relación con el medio social y estigma, generándose mayor aislamiento y fragilidad. Para esto, el programa implementa los Centros Diurnos de Apoyo a Personas con Demencia, que atienden a personas que presentan demencia leve-moderada, desarrollando un programa clínico y psicosocial con usuarios que presentan esta condición, incluyendo a sus familiares/cuidadores y contexto comunitario con la finalidad de atenuar el deterioro cognitivo, mantener funcionalidad e integración social de estos usuarios. A nivel de prestaciones del centro, se realizan prestaciones de salud mental que incluyen evaluación geriátrica integral, consulta de salud mental, intervenciones grupales y familiares, visitas domiciliarias y actividades comunitarias. Dentro de las acciones a realizar, está el desarrollo de actividades de la vida diaria, actividades basadas en las habilidades físicas, actividades basadas en la cognición y actividades basadas en la socialización y recreación. El programa cuenta con 2 componentes: (a) atención clínica y psicosocial, en Centros de Salud Mental de la Red de Especialidad; y (b) desarrollo de estrategias de afrontamiento y formación para los cuidadores y/o familiares de usuarios.
Camas Socio Sanitarias  Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud	Programa complementario	El programa busca atender el problema de pacientes sociosanitarios hospitalizados, es decir, pacientes con red familiar/social disfuncional, lo cual no permite su egreso hospitalario al momento del alta médica. Su estrategia consiste en la implementación de camas sociosanitarias en establecimientos de la red con el objeto aumentar la oferta de camas para los beneficiarios FONASA. El perfil de pacientes que debe acceder a estas camas son denominados pacientes sociosanitarios, es decir, adultos y adultos mayores con patología aguda y/o crónica, que, al momento del egreso, éste no puede concretarse por no contar con red de apoyo familiar y/o social que lo permita, por esta razón permanecen en el hospital. El programa tiene un componente de atención integral y social en pacientes sociosanitarios donde se entregan todos los cuidados médicos necesarios y la asistente social elabora un plan precoz de intervención de acuerdo con su principal objetivo que es la reinserción del usuario en la familia y/o comunidad. Para ello deberá desarrollar todas las estrategias que permitan la reinserción tales como: visitas domiciliarias, entrevistas, articulación con dispositivos sociales, hogares de larga estancia, etc.
Más Adultos Mayores Autovalentes  Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud	Programa complementario	El programa busca mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años y más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud. Lo anterior, en el entendido que el deterioro funcional de adultos mayores es prevenible con un adecuado manejo de las situaciones de salud y práctica de estilos de vida saludable por parte de las personas mayores. Consta de dos componentes: (a) Intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar las funcionalidades y (b) Red local para el envejecimiento activo y positivo funcionante u operativa. La estrategia consiste en que un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional u otro, desarrollan talleres con los adultos evaluados por el examen preventivo del adulto mayor. Estos talleres se realizan en lugares preferentemente comunitarios, ubicados en los sectores geográficos que atiende cada centro de salud. Los talleres a realizar abordan a lo menos los siguientes temas: actividad física y prevención de caídas, taller de estimulación cognitiva y desarrollo de estilos de vida saludable.
Programa Apoyo a la Atención en Salud Mental  Subsecretaría de Servicios Sociales. Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programa complementario	El Programa busca reducir las barreras de acceso a la atención de salud mental, brindando diagnóstico y tratamiento integral en la red de salud pública a los niños, niñas y adolescentes con un adulto significativo privado de libertad y/o sus cuidadores, y a personas en situación de calle, participantes del subsistema Chile Seguridades y Oportunidades, y que presenten algún problema o trastorno de salud mental. Pueden recibir el beneficio los siguientes participantes del Subsistema Chile Seguridades y Oportunidades: (a) Participantes del programa Abriendo Caminos: Niñas, niños y adolescentes, entre 10 y 19 años, con un adulto significativo privado de libertad, y/o sus cuidadores, que requieren atención de salud mental en las comunas de San Joaquín, Maipú y Colina y (b) Participantes del programa Calle: Personas de 18 años o más en situación de calle, que requieren atención de salud mental y que residan en las comunas de Recoleta, Santiago, Quinta Normal, Estación Central y San Bernardo. Las personas acceden al programa a través de derivaciones realizadas por profesionales de los equipos ejecutores de los programas Calle y Abriendo Caminos, quienes pesquisan la presencia de problemas de salud mental y derivan al equipo multiprofesional a cargo del programa en el centro de salud, para diagnóstico y tratamiento. Dependiendo del nivel de complejidad, los usuarios se atenderán en un centro de atención primaria (Cesfam) o de especialidad (Cosam).
Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad  Servicio Nacional de la Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programa complementario	El programa trabaja con las líneas estratégicas: Diseñar programas de prevención, promoción de salud y educación para el desarrollo de la autonomía y la independencia personal de las personas con discapacidad, con un enfoque positivo sobre la discapacidad. Articulación y fortalecimiento de una red de instituciones, programas e iniciativas orientadas a la prevención y detección temprana de la discapacidad en sus distintos niveles (primaria, secundaria, terciaria). Desarrollo de acciones de promoción y protección de la salud, que incluyan el apoyo y orientación del rol de la familia en la asistencia de las personas con discapacidad y sus cuidadores. Impulso de investigaciones que fortalezcan y/o amplíen las medidas de prevención de la discapacidad en todo el ciclo vital, incluida las medidas previas, por ejemplo: cuidados en el embarazo y estimulación temprana.

<sup>28</sup> En base a información disponible del Banco Integrado de Programas Sociales de MDSyF.

NOMBRE DEL PROGRAMA	RELACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN <sup>28</sup>
<p>Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria</p> <p>Servicio Nacional de la Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Social y Familia</p>	Programa complementario	<p>El Programa de Fortalecimiento de la Red de Rehabilitación con Base Comunitaria busca apoyar el proceso de desarrollo y transformación de los Centros Comunitarios de Rehabilitación, CCR, y otros dispositivos de rehabilitación, hacia procesos de rehabilitación más integral y comunitaria, impulsando y desarrollando la Estrategia de Rehabilitación con Base Comunitaria, RBC, en los distintos niveles de atención en salud, y su coordinación con otros ámbitos de la inclusión.</p> <p>De este modo, la RBC es entendida como mucho más que la sola provisión de prestaciones de salud o de acciones de rehabilitación, e incluso va más allá que la extensión de servicios de rehabilitación hacia la comunidad, pues la esencia de esta estrategia sigue siendo la activa participación de los diversos actores de la comunidad, las propias personas con discapacidad, sus familias y organizaciones, para lograr su plena inclusión.</p> <p>Su objetivo es el fortalecimiento, diversificación y articulación de la oferta de prestaciones de rehabilitación, tanto de la red pública como privada, así como el desarrollo de redes de soporte socio-comunitarios en el marco de una Estrategia de Gestión Local Integrado, que permita la inclusión social de las personas y comunidades.</p> <p>De esta forma se espera mejorar el acceso de las personas con discapacidad y sus familias a procesos de rehabilitación integral con calidad y oportunidad, en sus contextos comunitarios y domiciliarios.</p>
<p>Ayudas técnicas</p> <p>Servicio Nacional de la Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Social y Familia</p>	Programa complementario	<p>Iniciativa del Servicio Nacional de la Discapacidad, que de acuerdo con la Ley N°20.422, favorece la inclusión social de las personas en situación de discapacidad, a través del financiamiento de productos de apoyo de calidad como son ayudas técnicas o tecnológicas. La entrega de estas ayudas se realiza a través de 'ventanas de postulación', las cuales son informadas por los medios de comunicación con los que cuenta Senadis, donde las instituciones intermediarias, sean municipios, gobernaciones, intendencias, servicios de salud, u organizaciones de y para personas en situación de discapacidad, apoyan en el proceso de presentación de antecedentes a toda persona que lo requiera.</p> <p>Su propósito es "Favorecer la inclusión social de las personas en situación de discapacidad, a través del financiamiento de recursos de apoyo de calidad, como son las ayudas técnicas o tecnológicas".</p>
<p>Residencias forenses</p> <p>Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud</p>	Programa con solución similar pero diferente focalización	<p>Las Residencias forenses son parte de la Macro Red de Psiquiatría Forense (parte de la Red de Salud Mental y Psiquiatría del Sistema Público de Salud). Se trata de Unidades de Baja Complejidad Forense, para dar respuesta a las medidas de seguridad impuestas a las personas declaradas inimputables, sobreseídas o absueltas por los Tribunales de Justicia en lo Penal. Están dirigidas a personas que ya no son un riesgo para sí y terceros, desde su enfermedad, se encuentran estables psicopatológicamente y pueden estar en la comunidad en sistema Residencial, donde reciben los cuidados y vigilancia permanente de 24 horas por parte de personal capacitado. La atención es mixta, cerrada/abierta. Servicios de salud que cuentan con estos servicios: Metropolitana Norte, Araucanía Sur y Concepción.</p>
<p>Fondo de Servicios de Apoyo al Adulto Mayor</p> <p>Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social y Familia</p>	Programa con solución similar pero diferente focalización	<p>Fondo de Servicios de Apoyo al Adulto Mayor del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, provee servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios a personas mayores de 60 años. Su objetivo es: Personas mayores en condición de vulnerabilidad social y según nivel de dependencia se encuentran protegidas socialmente a través de servicios integrales de vivienda y cuidado socio sanitario. Entre sus componentes se cuentan:</p> <p>(a) Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Son residencias colectivas en que viven, en forma permanente o temporal, personas mayores que se encuentran en condición de vulnerabilidad social y dependencia (leve, moderada o severa), en las cuales se brinda servicios y cuidados de largo plazo. El modelo de atención en estas residencias colectivas se funda en el Enfoque de Derechos y en el Enfoque de Género desde una perspectiva biosicosocial. Se orienta hacia la promoción de la autonomía, a la prevención de la pérdida de la funcionalidad y rehabilitación de ésta, así como a la integración social y familiar de los/as usuarios/as. En el año 2014 existían 12 establecimientos en el país. SENAMA aporta recursos destinados a financiar un Plan de Intervención y un Plan de Equipamiento Básico para el funcionamiento de la residencia, ambos ejecutados por una entidad operadora. El primero considera satisfacer las necesidades de habitación, alimentación, cuidados personales, atención médica, enfermería, medicamentos e insumos clínicos, en función del grado de dependencia de los adultos mayores, así como actividades terapéutico/recreativas. Estas últimas destinadas a beneficiarios en condición de dependencia leve o moderada.</p> <p>(b) Condominio de Viviendas Tuteladas (CVT). Un conjunto habitacional de un promedio de 20 viviendas individuales destinadas a adultos mayores de 60 años, autovalentes, en situación de vulnerabilidad, las que les son entregadas en comodato por SENAMA. En su mayoría son hogares unifamiliares de personas que no disponen de los medios socioeconómicos necesarios para una solución habitacional independiente y se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Son viviendas continuas de un piso, con un área de estar, dormitorio, baño y cocina/logia para ser habitadas por 1 o 2 personas. Cuentan con áreas verdes comunes y con un área para actividades sociales y talleres laborales. En el año 2014 existían 47 establecimientos funcionando en el país. Los convenios establecen que SENAMA asigna recursos para financiar la ejecución de un Plan de Intervención Social desarrollado por un Monitor/a Social contratado por la Entidad Operadora para ese fin, y un Plan de Conservación de las Viviendas, que incluye el pago de los servicios básicos de los espacios comunes, ambos ejecutados por el operador.</p>
<p>Protección - Residencias de Protección para Mayores</p> <p>Servicio Nacional de Menores. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos</p>	Programa con solución similar pero diferente focalización	<p>El programa busca resolver la situación de niños/as que sufren maltrato grave o negligencia al interior de su familia, los que son separados por resolución de un juez.</p> <p>Su objetivo es realizar acciones para la resignificación de experiencias asociadas a las graves vulneraciones de derechos de las cuales ha sido víctima el niño, niña o adolescente, que llevaron a su ingreso al sistema residencial de protección, de manera directa o en coordinación con la red local.</p> <p>Para ello brinda atención residencial y cubre las necesidades de alimentación, vestuario, vivienda, salud, educación, recreación; así como intervenciones técnicas especializada dirigido al niño/a y a su familia, a través de una red de centros administrados por instituciones colaboradoras del Servicio Nacional de Menores (SENAME) a las que se les entrega una subvención por cada niño, para el funcionamiento de la residencia. Existen orientaciones técnicas definidas por SENAME para el funcionamiento de las residencias, las que especifican los recursos humanos, perfiles y requerimientos de infraestructura.</p> <p>Su objetivo es realizar acciones para la resignificación de experiencias asociadas a las graves vulneraciones de derechos de las cuales ha sido víctima el niño, niña o adolescente, que llevaron a su ingreso al sistema residencial de protección, de manera directa o en coordinación con la red local.</p>

NOMBRE DEL PROGRAMA	RELACIÓN	BREVE DESCRIPCIÓN <sup>28</sup>
Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa  Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud	Programas con soluciones alternativas	El programa constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos de promoción, prevención y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa y su cuidador(a). 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. Su estrategia comprende la entrega de atención de salud integral a la persona en situación de dependencia severa y su cuidador(a), que se extiende durante el tiempo en que la persona mantiene la condición de dependencia severa. Se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario. Para el logro de sus objetivos, el programa cuenta con un componente "Atención integral a personas con dependencia severa", que comprende los siguientes tres subcomponentes: 1. Atención Domiciliaria Integral dirigida a la persona con dependencia severa: Realizar la evaluación integral, tratamiento y seguimiento de la persona con dependencia en base a las acciones contempladas en el Plan de Atención Consensuado, definido entre el beneficiario(a), el cuidador y el equipo de salud. 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. 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).
Red local de apoyos y cuidados (Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados)  Subsecretaría de Servicios Sociales. Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programas con soluciones alternativas	El programa tiene objetivo es "Personas en situación de dependencia moderada o severa, mantienen y/o mejoran el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria". La población objetivo es seleccionada en base a los siguientes criterios: 1) Pertenecer al 60% de la calificación socioeconómica declarada en RSH. 2) Puntaje asignado según condición de: Grupos vulnerables: mujeres gestantes, adultos mayores y niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. Tramo Calificación Socioeconómica (CSE): mayor puntaje a menor tramo de la CSE (40%, 50% y 60%). Unidad Vecinal con mayor presencia de personas en situación de dependencia moderada o severa. N° de personas dependientes en el hogar: a mayor n°, mayor puntaje. Número de integrantes no dependientes mayores de edad: a mayor n°, menor puntaje. Ingreso monetario del hogar de los 12 meses de cada uno de sus integrantes: a menor ingreso, mayor puntaje. En su estrategia, el programa integra acciones en el ámbito del hogar, a través de la comunidad o de instituciones públicas o privadas que proveen servicios de cuidados y/o apoyo, constituyendo una contribución al desarrollo de políticas públicas orientadas a los hogares que presenten este tipo de necesidad.
Tránsito a la Vida Independiente  Servicio Nacional de la Discapacidad. Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Programas con soluciones alternativas	El Programa Tránsito a la Vida Independiente tiene por objetivo contribuir al mejoramiento de la calidad de vida, inclusión social y participación en la comunidad local de las personas con discapacidad, dependencia y vulnerabilidad. Los bienes y servicios que provee son: (a) Servicios de apoyo de cuidado y asistencia: son los apoyos que requiere una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, como por ejemplo alimentarse, vestirse o asearse, de forma más autónoma. Dependiendo de las necesidades y preferencias personales, Estos apoyos pueden ser proporcionados a través de un asistente personal o un asistente de traslado, entre otros. (b) Servicios de apoyo de Intermediación: son los apoyos que requiere una persona con discapacidad para participar en el entorno social, laboral, educacional, entre otros. Por ejemplo, intérpretes de lengua de señas, intermediadores laborales, asistentes para la educación entre otros. (c) Adaptaciones del entorno habitual en el que la persona desarrolla sus actividades. Por ejemplo: ensanchamiento de puertas, construcción de rampas, adaptación de baños, entre otros. El Programa está dirigido a personas entre 18 y 59 años, con discapacidad y dependencia en cualquier grado. Según la forma de ejecución podrán incorporarse otros requisitos.
Subsidio al arriendo  Ministerio de Vivienda y Urbanismo	Programas con soluciones alternativas	El programa busca resolver la dificultad en familias calificadas hasta el 70% de mayor vulnerabilidad, para acceder en condiciones formales, a una vivienda que se ajuste a sus requerimientos de flexibilidad, referidos a su trayectoria de vida, edad, nacionalidad, situación laboral e ingreso familiar, a través de un subsidio de arriendo. El objetivo del programa es mejorar las condiciones de habitación de familias, otorgando acceso a una solución habitacional que se adecúe mejor a los requerimientos de flexibilidad y movilidad de las familias integradas por dos o más personas (en caso de adultos mayores pueden ser solos), no propietarios de una vivienda, cuyo jefe de hogar tenga más de 18 años, que tengan como ingreso mensual entre 7 y 25 UF, pertenecientes al 70% más vulnerabilidad según Calificación Socioeconómica del Registro Social de Hogares. La población objetivo corresponde a las familias priorizadas de acuerdo un puntaje que se obtiene de una fórmula hasta completar cupos nacionales. La fórmula incorpora los siguientes criterios que se obtienen del Registro Social de Hogares: número de integrantes del núcleo familiar, familias monoparentales, menores de 5 años, integrantes de entre 6 y 18 años, mayores de 60, personas con discapacidad, estar en el informe Valech, servicio militar al día (Certificado respectivo), funcionario de Gendarmería (Certificado Gendarmería), postulaciones hábiles no seleccionadas, tramo CSE, y puntaje de Vulnerabilidad Habitacional (Valor hacinamiento + Valor tipo de vivienda + Valor Excretas + Valor agua). Todos estos criterios son los factores de puntaje considerados para la selección de los postulantes (solo pueden postular los que cumplen con los requisitos) y el mecanismo utilizado para ordenarlos es por puntaje de evaluación en base a pauta aplicada. El subsidio consistirá en un monto único y total de hasta 170 UF del cual se irá descontando mensualmente el monto que corresponde, de acuerdo a la escala que para estos efectos se establecerá por resolución, según la comuna de la vivienda arrendada. Con el fin de ayudar a financiar los gastos incurridos en la obtención de los documentos necesarios para la aplicación del programa, tales como, el certificado de dominio vigente, el certificado de hipotecas, gravámenes, prohibiciones e interdicciones, entre otros, se otorgará un subsidio de máximo 3 UF por cada contrato activado, el cual también se descuenta del monto inicial.



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS