

NOMBRE DEL PROGRAMA: CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA (EX CENTROS DIURNOS PARA PERSONAS CON DEMENCIA)

**PROGRAMA REFORMULADO - VERSIÓN: 4
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD**

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Entregar un tratamiento de salud integral en el nivel de especialidad a la diada compuesta por persona con demencia y su cuidador(a) principal, usuarios de la red de salud pública

JUSTIFICACIÓN DE LA REFORMULACIÓN

El programa en su diseño original focalizaba su atención a personas con demencia leve y moderada mayores de 60 años y su cuidador, que se implementó en diez centros a nivel país. Durante los años 2018, 2019 y 2020, este programa tuvo continuidad presupuestaria, siendo ejecutado sólo en diez territorios en que se emplazaban los centros, no fue posible una expansión de presupuesto para ampliar la cobertura a la población del país. Asociado al funcionamiento de este programa, se han atendido a 10.618 personas con demencia y cuidadores durante sus cinco años de funcionamiento, en diez centros, aumentando la capacidad de los territorios donde se han implementado estos centros de llevar a cabo diagnósticos, tratamientos integrales, mantención de la funcionalidad, mejorar la preparación de los cuidadores para afrontar el proceso estresante que genera la demencia, para la persona y su entorno y aumentar las competencias de los equipos de atención primaria en el abordaje de esta temática. Del mismo modo, se ha disminuido la sobrecarga de los cuidadores, después de llevar a cabo los procesos de intervención en los centros, disminuyéndose de manera secundaria malos tratos y otros problemas de salud en los cuidadores, según los análisis de indicadores de propósito y componente del programa entre los años 2015 y 2019..

Con la incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias (AOD) como problema de salud N°85 en el nuevo Decreto GES, la cobertura para dicha patología se extiende al 100% de los beneficiarios GES AOD a nivel país. De esta forma, se garantiza que todas las personas con sospecha fundada, accedan a diagnóstico y tratamiento, tanto en la red pública como en los prestadores privados. Es importante mencionar, que el GES brinda garantía de acceso y oportunidad a la persona que padece demencia no para el cuidador.

Con la entrada en vigencia del GES de Alzheimer y Otras Demencias en Octubre de 2019, los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia pasan a ser prestadores del Tratamiento de Alta Complejidad, por lo que se tienen que cambiar los criterios de restricción de edad, pasando de mayores de 60 años con diagnóstico de demencia leve moderada a personas con diagnóstico confirmado de demencia, mayor de 30 años, con criterios de complejidad de intervención, que son necesario de incorporar para homologar los criterios clínicos descritos en esta garantía de salud.

A su vez, se pretende reformular los indicadores de propósito y componente, adecuándolo a los planteamientos de la literatura internacional respecto al tema de intervención de personas con demencia, como también con el nuevo diseño y propósito del programa

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES			
Componente	Gasto estimado 2021 (Miles de \$ (2020))	Producción estimada 2021 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2021 (Miles de \$ (2020))
Atención sociosanitaria de personas con demencia	2.312.411	2.000 (Personas con demencia en tratamiento en Centros de Apoyo Comunitario a Personas con Demencia)	1.156,21
Intervenciones psicosociales con cuidadores de personas con demencia	1.245.145	2.000 (Cuidadores Personas con demencia en tratamiento en Centros de Apoyo Comunitario a Personas con Demencia)	622,57
Gasto Administrativo	35.935		
Total	3.593.491		
Porcentaje gasto administrativo	1,00%		
Porcentaje gasto respecto a presupuesto inicial 2020	101,69%		

POBLACIÓN Y GASTO POR BENEFICIARIO				
Concepto	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	3.600 Personas	4.000	4.000	4.000

Concepto	2021 (Meta)	Población a la que se orienta
Población potencial	113.314 Personas	<p>Diada de Personas con prevalencia de demencia beneficiarios de FONASA, usuarios de la red pública de salud de los dispositivos de los Servicios de Salud del país, y su cuidador, que requieren tratamiento en el nivel de especialidad a los Servicios de Salud. Se estima respecto al análisis del Estudio de Verificación de Costos del GES de Alzheimer y Otras Demencias, que un 35% de las personas con diagnóstico de demencia, ingresaría a tratamiento del nivel de especialidad, población que se caracteriza por los siguientes criterios:</p> <p>Personas con diagnóstico de demencia con su cuidador, con la presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al tratamiento del nivel primario y personas con los siguientes tipos de demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personas con demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. - Personas con demencia por cuerpos de Lewy. - Personas con demencias frontotemporales. - Personas con demencias en la enfermedad de Huntington. - Personas con demencias en la infección por VIH. - Personas con demencias rápidamente progresivas. - Personas con demencias degenerativas en menores de 60 años.
Gasto por Personas (Miles de \$ (2020))	998,19	

Concepto	2021	Comentarios
Cobertura (Objetivo/Potencial)*	3,53%	El programa estima para el año 2021 una baja cobertura.

* Cobertura menor al 10% = Baja; Cobertura entre el 10 y 100% = Suficiente; Cobertura sobre el 100% = Sobre cobertura.

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2021 (Estimado)
Porcentaje de Personas con demencia que reciben tratamiento especializado en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia	$(\text{N}^\circ \text{ de Personas con demencia con tratamiento especializado en los centros de apoyo comunitario para personas con demencia en año t} / \text{N}^\circ \text{ de personas con demencia que se atienden en los centros de apoyo comunitario para personas con demencia en año t.}) \times 100$	Eficacia	90,00%
Porcentaje de cuidadores de personas con demencia atendidos en centros de apoyo comunitario para personas con demencia, que aumentan su percepción de bienestar asociado a la experiencia de cuidar a una persona con demencia	$(\text{N}^\circ \text{ de cuidadores de personas con demencia atendidos en centros de apoyo comunitario para personas con demencia, que aumentan su percepción de bienestar asociado a la experiencia de cuidar a una persona con demencia en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de cuidadores de personas con demencia atendidos en centros de apoyo comunitario para personas con demencia en año t}) \times 100$	Eficacia	75,00%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2021 (Estimado)
Porcentaje de personas con demencia que reciben una intervención integral por equipo multiprofesional	$(\text{N}^\circ \text{ de personas con demencia con intervenciones integrales por equipo multiprofesional de centros de apoyo comunitario para personas con demencia en año t} / \text{N}^\circ \text{ Total de personas con demencia ingresadas a centros de apoyo comunitario para personas con demencia en año t}) \times 100$	Eficacia	75,00%
Porcentaje de cuidadores de personas con demencia atendidos en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia capacitados en estrategias de afrontamiento y cuidado a personas con demencia.	$\text{N}^\circ \text{ de cuidadores de personas con demencia atendidos en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia capacitados en estrategias de afrontamiento y cuidado a personas con demencia en año t} / \text{N}^\circ \text{ total de cuidadores atendidos en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia en año t}) \times 100.$	Eficacia	75,00%

II. EVALUACIÓN

EVALUACIÓN GENERAL

El programa no cumple en términos de atingencia (pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad, en relación con la población que se ve afectada por dicho problema), coherencia (relación o vínculo entre sus objetivos, población a atender y su estrategia de intervención), ni en consistencia (relación entre el diseño planteado y su posterior ejecución, analizada a partir de la definición de indicadores, del sistema de información y los gastos planificados). Se requiere que la institución proponente profundice en la especificación de ciertos elementos que se indican en adelante.

Atingencia: Se evidencia una limitada pertinencia del diseño del programa para resolver el problema o la necesidad identificada en relación con la población que se ve afectada. Se debe trabajar en la formulación del problema. No se presentan antecedentes suficientes que permitan avalar la pertinencia del diseño, falta incorporar mayor evidencia nacional y/o internacional.

Coherencia: Se observa una limitada relación entre los objetivos (fin, propósito y componentes), la población a atender y la estrategia de intervención propuesta. Las variables o criterios utilizados para caracterizar la población potencial no son pertinentes para dimensionar la población afectada. Así como las variables o criterios utilizados para priorizar la población objetivo no están definidos con claridad.

Consistencia: Se observa una limitada relación entre el diseño del programa y su posterior ejecución, analizada a partir de los indicadores, el sistema de información propuesto y los gastos planificados. No se justifican adecuadamente los gastos administrativos del programa. Los indicadores del programa no miden efectivamente el resultado esperado ni los productos provistos por el programa.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Diagnóstico de la Necesidad del Programa: Se debe trabajar en la formulación del problema, para ello se recomienda orientarlo hacia el bajo acceso a prestaciones de la red sanitaria de salud de la diada, en tanto el programa busca darle acceso a la diada a los Centros de apoyo Comunitario. Debe recordar que el problema corresponde a una situación concreta que afecta directa o indirectamente el bienestar de una población.

Si el problema es reformulado, debe hacer los ajustes en la información presentada en el diagnóstico. Además, en el análisis del problema se solicita revisar el siguiente párrafo, en tanto termina de manera abrupta: "Esto se traducía en una red insuficiente para la atención de esta condición y falta de competencias en los equipos para brindar una atención integral y continua en la red a personas con demencia y sus cuidadores, lo que ha aumentado a (sic)".

Cabe señalar que sólo debe dar cuenta de las causas que serán abordadas por este programa y no por el Plan Nacional de Demencia. En ese sentido, es necesario identificar y describir claramente las causas, señalando explícitamente como se relacionan con el problema a intervenir, e indicando cómo las abordará el programa a partir de sus componentes. Esta sección y los efectos deberán ser ajustados dependiendo de los cambios realizados al problema.

Se identifican adecuadamente los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, sin embargo, debe justificar esta respuesta usando datos y evidencia nacional o internacional. Por otro lado, si bien se identifican adecuadamente los costos fiscales asociados a los efectos, cabe señalar que los efectos negativos valorizados no corresponden a lo señalado en la sección anterior, referida a las consecuencias negativas de no intervenir el problema.

Si bien se señalan algunos aspectos para justificar la reformulación del programa vinculados a la ampliación de la población objetivo y modificación de indicadores, no se presentan resultados positivos y negativos que ha logrado la intervención. Asimismo, no se utilizan indicadores de desempeño y/o evaluaciones para dar cuenta de la eficacia del programa, en relación con la solución del problema. Tampoco se mencionan fuentes de información.

Es necesario describir con mayor detalle de los cambios y mejoras a implementar por el programa, justificando su implementación en el nuevo diseño, y contrastándolo con el diseño anterior del programa.

Por último, no se presenta evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc) que permitan justificar el nuevo diseño del programa (reformulación), avalando la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado.

Objetivo del Programa y Población: Es necesario reformular el fin, en tanto debe corresponder a un nivel jerárquico superior al propósito del programa. Recuerde, además, que el fin debe estar en función de la misión de la institución que presenta el programa.

Una vez que se reformule el problema, será posible evaluar la pertinencia del propósito, en términos de si constituye una solución al problema identificado.

Los criterios de priorización descritos no permiten definir la población objetivo a partir de la población potencial. Al respecto, cabe señalar que los criterios señalados respecto a la cobertura GES de Alzheimer y otras demencias se encuentra incorporado en la descripción de ambas poblaciones. Se recomienda incorporarlo sólo en la descripción de la población objetivo. Por otro lado, al inicio de la población objetivo se menciona a "diada de personas con prevalencia de demencia (?) y su cuidador", es preciso corregir este fraseo, en tanto el programa se orienta a la diada 'integrada' por la persona con prevalencia de demencia y su cuidador. Adicionalmente, falta aclarar qué nivel o tipo de demencia deben tener las personas para ser atendidas por el programa, esto está ausente en las poblaciones, pero se aborda en el diagnóstico. Así mismo, no se señalan claramente los criterios de priorización ni los mecanismos o herramientas empleadas para seleccionarlas (regiones que serán abordadas, etc).

Estrategia del Programa: Es necesario que los componentes del programa describan explícita y claramente el bien o servicio, señalando cómo se elabora el plan de tratamiento, tanto para personas con demencia como para cuidadores. También debe señalar más explícitamente en la modalidad de producción y/o entrega del bien o servicio de qué manera se determinará si los beneficiarios reciben intervenciones en los centros, domicilio o su entorno comunitario. O, si bien, todos los beneficiarios reciben intervenciones en los tres ámbitos.

Respecto a la incorporación de enfoques de Derechos Humanos y/o perspectivas en el diseño de la intervención, cabe señalar lo siguiente:

- El programa declara incorporar la condición de género en diseño e intervención, sin embargo, no señala acciones o la forma cómo será abordado. Además, se menciona que esta incorporación está asociada a las "cuidadoras" que son principalmente mujeres, sin embargo, en el diagnóstico se indica que la demencia se manifiesta más en mujeres, por lo que también es relevante incorporarlo en referencia a las personas con demencia.
- El programa declara abordar la ascendencia o pertenencia a pueblos indígenas, respecto a las personas con demencia, sin embargo, esto también debiese ser considerado en el caso de los cuidadores.
- El programa declara abordar la condición migratoria, sin embargo, no señala en qué etapas ni cómo se incorpora.

En la descripción de los mecanismos de participación se señala que, durante la ejecución de los procesos de intervención a la diada con demencia, se realizan entrevistas y encuestas a los beneficiarios "a modo de incorporar los intereses y expectativas de las personas y sus cuidadores en la elaboración de los planes de cuidado integral y en los ajustes que se van requiriendo en el tiempo, producto del curso progresivo de la enfermedad". Sin embargo, esta información debe además incorporarse en la descripción de cada uno de los componentes, pues constituye un servicio de relevancia para el diseño de los programas de intervención. Así mismo, se presentan mecanismos de transparencia pública, pero es necesario señalar qué aspectos del programa son parte de los mecanismos de transparencia utilizados.

Indicadores: Los indicadores de propósito no permiten dar cuenta del logro del resultado u objetivo que se espera alcanzar con el programa, es decir, la entrega de un servicio de salud integral. Se recomienda - como fue mencionado en secciones anteriores - reformular el problema y propósito del programa, orientándolo al acceso.

Si bien se señala que el registro de la información que se utilizará para elaborar los indicadores de propósito se encuentra consolidado a nivel central del programa, es necesario describir más ampliamente los instrumentos utilizados para la recolección y cuantificación de datos que permitan evaluar los indicadores, en tanto sólo menciona "aplicación de instrumentos o actividades registradas". Esto debe ser revisado para indicadores de propósito y de componente.

Respecto a los indicadores de componentes:

- El indicador de componente 1 "Porcentaje de personas con demencia que reciben una intervención integral por equipo multiprofesional" no está midiendo el objetivo del componente, el cual se orienta a "entregar tratamiento especializado a personas con demencia en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia". En este sentido, se sugiere utilizar el actual indicador de propósito 1 como indicador de componente 1, y utilizar el actual indicador de componente 1 como indicador de propósito 1.
- El indicador de componente 2 "Porcentaje de cuidadores de personas con demencia atendidos en Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia capacitados en estrategias de afrontamiento y cuidado a personas con demencia" no está dando cuenta del objetivo al que se orienta el componente, que es "entregar intervenciones de apoyo a cuidadores de personas con demencia que se encuentran en tratamiento en el nivel de especialidad". Además, el indicador presenta problemas de calidad, en tanto no integra el primer paréntesis.

Gastos: Se describen insuficientemente los gastos administrativos asociados al programa, es necesario detallar más claramente que incluye el gasto, indicando si son gastos existentes en la institución o bien, si son gastos adicionales a los actuales.