

NOMBRE DEL PROGRAMA: PLAN NACIONAL DE DEMENCIA

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

CALIFICACIÓN

Objetado técnicamente

I. ANTECEDENTES

PROPÓSITO

Entregar una atención de salud integral a la diada compuesta por la 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 reforzaba los establecimientos de Atención Primaria de sólo 4 comunas del país: Osorno, Punta Arenas, Peñalolén y El Bosque; que corresponden a los Servicios de Salud Osorno, Magallanes, Metropolitano Sur y Metropolitano Oriente. También 3 Unidades de Memoria; implementando estrategias de intervención para la atención directa de la persona con demencia, tanto en APS como en especialidad, intervenciones de apoyo para su cuidador y acciones de carácter comunitario, con el objetivo de mejorar el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento de diada con demencia, generando acciones de promoción, prevención, atención y cuidado, mediante un abordaje sociocomunitario. Durante los años 2018 y 2019, este programa tuvo continuidad presupuestaria, siendo ejecutado sólo en las cuatro comunas ya mencionadas, no fue posible una expansión de presupuesto para ampliar la cobertura a la población del país. En este contexto, los principales resultados del programa implementado entre los años 2017 y 2019 son (Fuente de registro local, consolidadas en MINSAL):

7.252 personas atendidas en APS

4.608 personas atendidas en las Unidades de Memoria

8.653 cuidadores con atención dirigida a ellos

5.830 personas que participan en estrategias de sensibilización y capacitación

3 Unidades de memoria habilitadas en el SS Metropolitano Oriente, SS Osorno y SS Magallanes.

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.

Por ello, es necesario reformular el programa a modo de evitar la duplicidad de financiamiento en estas cuatro comunas y también dar acceso y atención de salud de aquellas personas que padecen demencia y sus cuidadores, en los establecimientos de APS que dependen de los Servicios de Salud del país, quienes no estaban considerados en este abordaje integral y sociocomunitario

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 en el nivel primario de salud	6.459.567	7.200 (Personas atendidas)	897,16
Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria	829.193	2.000 (Personas atendidas)	414,60
Sensibilización en la construcción social de las demencias	32.000	16 (Piezas comunicacionales)	2.000,00
Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad	196.156	200 (Familiares y/o cuidadores atendidos)	980,78
Gasto Administrativo	156.824		
Total	7.673.740		
Porcentaje gasto administrativo	2,04%		
Porcentaje gasto respecto a presupuesto inicial 2020	401,84%		

POBLACIÓN Y GASTO POR BENEFICIARIO				
Concepto	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	5.733 Personas	7.200	8.000	9.648

Concepto	2021 (Meta)	Población a la que se orienta
Población potencial	380.897 Personas	Personas con prevalencia de demencia beneficiarios de FONASA y usuarios de la red de salud de los dispositivos de los Servicios de Salud del país, a la cual se le adiciona un cuidador o cuidadora, de acuerdo al nivel de atención: en Atención Primaria corresponderá a las personas adscritas a establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, y en el nivel de especialidad a los Servicios de Salud que cuentan con Unidades de Memoria.
Gasto por Personas (Miles de \$ (2020))	1.338,52	Como la demencia es una condición de salud que se da en personas mayores de edad y no afecta a menores de 18 años, para los cálculos metodológicos de la cuantificación de la población, se considera dentro del cálculo de la prevalencia a los mayores de 30 años, producto de que en menores de esa edad, el proceso de deterioro cognitivo se debería a otros factores distintos a las demencia

Concepto	2021	Comentarios
Cobertura (Objetivo/Potencial)*	1,89%	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 atendidos por el programa que aumentan su bienestar en un año t	$(\text{N}^\circ \text{ de personas con demencia atendidas por el programa que aumentan su bienestar en año } t / \text{N}^\circ \text{ total de personas con demencia atendidas por el programa en año } t) * 100$	Eficacia	66,00%
Porcentaje de cuidadores de personas con demencia atendidos por el programa que aumentan su percepción de bienestar asociado a la experiencia de cuidar a una persona con demencia en un año t	$(\text{N}^\circ \text{ de cuidadores de personas con demencia atendidas por el programa que aumentan su bienestar en año } t / \text{N}^\circ \text{ total de cuidadores de personas con demencia atendidas por el programa en año } t) * 100$	Eficacia	66,00%

INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Dimensión	2021 (Estimado)
Porcentaje de personas con demencia con Plan de Cuidado Integral en APS (Componente 1)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas con demencia con Plan de Cuidado Integral en APS en el año } t / \text{N}^\circ \text{ total de personas con demencia ingresadas en APS en } t) * 100$	Calidad	70,00%
Porcentaje de personas con demencia con diagnóstico diferencial realizado en una evaluación integral (componente 2)	$(\text{N}^\circ \text{ de personas con demencia atendidos en unidad con diagnóstico diferencial realizado mediante evaluación integral } / \text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas para realización de diagnóstico diferencial en unidad de memoria en } t) * 100$	Eficiencia	90,00%
Realización de piezas comunicacionales en t (Componente 3)	$(\text{N}^\circ \text{ de piezas comunicacionales realizadas en } t / \text{N}^\circ \text{ de piezas comunicacionales programadas en } t) * 100$	Eficiencia	80,00%
Cobertura de cuidadores capacitados en t (Componente 4)	$(\text{N}^\circ \text{ de cuidadores con al menos 4 prestaciones en } t / \text{N}^\circ \text{ total de cuidadores en el programa pacientes con demencia en } t) * 100$	Calidad	75,00%

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 el análisis 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. No se establece con claridad cuál es el objetivo de política pública a que se espera contribuya la intervención. Las variables o criterios utilizados para la priorización y prelación de 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. Se sugiere reformular los indicadores del programa.

EVALUACIÓN POR ÁMBITO

Antecedentes del Programa: El programa presenta tres unidades responsables, el Servicio debe priorizar una de ellas. Además, es necesario que los programas presupuestarios incorporen el número de subtítulo, ítem y asignación.

Diagnóstico de la Necesidad del Programa: Se describe adecuadamente el problema o necesidad.

El análisis del problema debe incorporar la definición de "integración de prestaciones" de red sanitaria de salud, y señalar los criterios que permiten señalar que esta es baja o alta. Esto es relevante, pues son conceptos centrales en el diseño del programa, tanto en términos del propósito como de los indicadores elaborados para medirlo. Por último, recuerde incorporar la fecha y fuente de información para cada uno de los datos presentados.

El programa debe identificar y describir las causas del problema que lo originan y que serán abordadas con la implementación de los componentes. Cabe señalar que en la información presentada no queda claro de qué manera las causas presentadas ("no hay un diagnóstico temprano de la demencia", "inexistencia de una priorización de diagnósticos diferenciales...", "presencia de estigma y bajo nivel de priorización de las personas con demencia") constituyen aspectos que originan el problema abordado por el programa ("Baja integración de las prestaciones de la red sanitaria de salud?"). Por otro lado, la última causa parece una descripción más detallada del problema declarado, pues justamente lo que el programa releva es que las personas con demencia y sus cuidadores "no cuentan con una oferta de atención integral en la red pública de salud".

Cabe señalar que si bien identifica al menos 5 efectos negativos que se esperan evitar producto de la implementación del programa, no se entiende de qué manera el primer y segundo efecto difieren, en tanto parecen estar apuntando a temáticas similares. Lo mismo se ocurre entre el cuarto y quinto efecto señalado. Además, debe incorporar datos y/o evidencia empírica nacional o internacional.

Si bien identifica algunos costos, éstos no se relacionan con los efectos negativos identificados en la sección anterior. Además, tampoco distingue la temporalidad de dichos costos (corto y largo plazo).

Si bien se señalan algunos aspectos para justificar la reformulación del programa, esta información resulta insuficiente, ya que el programa no presenta su evolución a partir de los resultados positivos y negativos que ha logrado con su intervención. Asimismo, no se utilizan indicadores de desempeño y/o evaluaciones para dar cuenta de los logros del programa, en relación con la solución del problema. Al respecto, cabe señalar que el programa presenta como resultados los siguientes datos: "10.618 personas atendidas en APS. 5.580 personas atendidas en las Unidades de Memoria. 8.653 cuidadores con atención dirigida a ellos (?)", sin embargo, no da cuenta de si estos son resultados positivos/negativos, ni en qué ámbitos.

Respecto de los cambios que se implementarán en el programa reformulado, si bien identifica algunos elementos, éstos no son comparados con el diseño anterior del programa. Además, se menciona que se incorporará a personas que tengan demencias en fases "más avanzadas" o no sólo leves o moderadas, sin embargo, esto no se incluye en la descripción de la población potencial, ni población objetivo, y tampoco en el diagnóstico.

Por último, no se presenta evidencia de experiencias nacionales e internacionales que avalen el diseño, sino sólo una serie de recomendaciones de organismos internacionales, sin establecer cuantificaciones ni dar cuenta de cómo esas estrategias impactan en el diseño propuesto. Por otra parte, se solicita revisar las fuentes de información, en tanto se insertan los enlaces web, pero no se escribe la referencia de manera adecuada.

Objetivo del Programa y Población: El programa debe reformular el fin propuesto, por uno que se encuentre en un nivel jerárquico superior al propósito del programa.

El propósito constituye una solución del problema identificado, describiendo adecuadamente cuál es el resultado directo para lograr en la población.

La caracterización de la población potencial y los criterios de focalización identificados son pertinentes y suficientes en función del problema identificado en el diagnóstico. Sin embargo, los criterios de priorización no permiten establecer que la población objetivo sea un subconjunto de la población potencial. De hecho, los criterios señalados en la población potencial se contradicen con lo planteado en la población objetivo, en tanto la primera estipula que aborda a mayores de 30 años, mientras que la segunda señala que se "atenderá sin diferencia de sexo y edad". Además, es preciso velar por la coherencia en los términos utilizados, en tanto en la población potencial se habla de "Personas con prevalencia de diagnóstico de demencia", y en la población objetivo se refieren a "Personas diagnosticadas con demencia".

Por último, en la población objetivo se señala que la postulación será "por orden de llegada hasta agotar los recursos disponibles", sin embargo, es importante consignar si es que se consideran cupos de acuerdo con el tipo de demencia que presenten los beneficiarios (leve, moderada, avanzada). Y, de ser así, si se realiza algún tipo de test de diagnóstico inicial, o la persona debe venir con un diagnóstico confirmado de demencia (leve, moderada y/o avanzada).

Estrategia del Programa: Es necesario que los componentes del programa describan explícitamente los siguientes elementos que no están presentes en la formulación actual: modalidad de producción y/o entrega del bien o servicio, y tiempo o duración de la ejecución del componente. Más específicamente:

El componente 1 "Atención sociosanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud" presenta una unidad de medida que no expresa con claridad si atiende al entorno de las personas con demencia, esto tampoco queda claro en la descripción del componente. Además, el componente debe señalar cómo se define qué prestaciones se realizan a cada persona, es decir, estipular si se realiza un plan de intervención en relación con un diagnóstico inicial de la persona con demencia.

El componente 2 "Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria" debe caracterizar con mayor profundidad el bien o servicio, en tanto no queda claro a qué se refiere con "consultoría a los equipos de APS para diagnóstico y derivación de pacientes y familias". Además, debe detallar más claramente la modalidad de producción, indicando la forma en que se produce y entrega el bien o servicio.

El componente 3 "Sensibilización en la construcción social de las demencias" debe precisar a qué población se orienta, describir con mayor detalle el contenido las estrategias comunicacionales, y explicar claramente la modalidad de producción para cada uno de las "piezas comunicacionales". Además, se solicita revisar la meta de producción del componente, que hace referencia a piezas comunicacionales y no a la población que se ve beneficiada por el servicio informativo que realiza el programa.

Por último, el componente 4 "Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad" debe señalar cómo se define qué prestaciones se realizan a cada cuidador, es decir, estipular si se realiza un plan de intervención en relación con un diagnóstico inicial. En este sentido, es necesario que el componente señale cómo se establece la magnitud de la carga asociada al rol del cuidador, pues en el objetivo se señala que se entregará tratamiento a cuidadores que presenten un "trastorno de salud mental con mayor complejidad".

La estrategia de intervención del programa permite saber en qué consistirá el programa y cómo contribuirá al logro de los objetivos. Sin embargo, cabe señalar que se mencionan elementos que no son abordados en la descripción de los componentes, como el diseño de un Plan de Cuidado Integral centrado en la persona con demencia, o la derivación a otros programas como Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, Programa Cardiovascular, Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, entre otros. Por otra parte, se menciona que "si el familiar o cuidador de la persona con demencia es detectado/a con alguna problemática", será derivado a evaluación y confirmación diagnóstica, sin embargo, no señala de qué manera si realiza esa detección (¿test diagnóstico?) y esto tampoco se encuentra descrito en el componente. Además, considerando que es un programa que busca abordar a la diada, teniendo cuenta la sobrecarga para el cuidador, es relevante considerar en los componentes, acciones para apoyar al cuidador, independiente de si se detecta alguna problemática. Por último, también señala que se harán mediciones anuales para personas con demencia y sus cuidadores, a través de instrumentos nacionales e internacionales (Escala ADQL, Escala NPI, Escala de Cambio Percibido, entre otros), no obstante, esto no es mencionado en los componentes.

En el tiempo de duración del ciclo de intervención del programa debe precisar el promedio de años en que egresarán los beneficiarios. Por otra parte, para poder evaluar el tiempo de duración estipulado para la intervención del programa, es necesario que este punto sea abordado en la descripción de todos los componentes del programa.

Se requiere explicitar si es que el programa no considera los criterios de egreso sólo para la persona demencia, o también para los cuidadores.

Se identifican adecuadamente a los ejecutores, las articulaciones y complementariedades del programa y se explica de manera adecuada cómo se implementarán. Sin embargo, en la estrategia de intervención se mencionan otros programas como Programa Cardiovascular, Alimentación Complementaria, entre otros, sin embargo, éstos no son declarados complementariedades.

Respecto a los enfoques de Derechos Humanos, específicamente el enfoque de discapacidad se debe profundizar en la estrategia de incorporación del entorno de la persona con demencia, especialmente describiendo en qué consisten las intervenciones y en que fases o etapas del programa se implementan.

Se especifica adecuadamente cómo operarán los mecanismos de participación. Sin embargo, se mencionan elementos que no están presentes en la descripción de la estrategia de intervención (encuestas de satisfacción y entrevistas a beneficiarios). Así mismo, es necesario señalar qué aspectos del programa son parte de los mecanismos de transparencia utilizados.

Indicadores: Los indicadores de propósito están adecuadamente descritos, tanto en términos de calidad como de pertinencia. Sin embargo, es preciso señalar -en la sección de Metodología y definiciones conceptuales- de qué manera el aumento de bienestar de las personas con demencia y sus cuidadores da cuenta del cumplimiento del propósito, es decir, de que se está "entregando una atención de salud integral a la diada". Además, es necesario complementar la información presentada en dicha sección, en tanto lo que actualmente se expone no permite

validar las definiciones conceptuales incorporadas en la fórmula de cálculo de los indicadores a nivel de propósito. Por ejemplo, es necesario aclarar qué se entiende por bienestar de la diada en el marco de la acción del programa. Además, cabe señalar en la metodología de ambos indicadores se describe la Escala de Cambio Percibido (ECP), sin embargo, los indicadores no declaran utilizar dicha escala para evaluar el bienestar de la diada. Además, se solicita revisar las faltas ortográficas en el texto presentado en el segundo indicador de propósito: "la experiencia de cuidar a una Persona con Demencia (sic)". Por último, recuerde que en esta sección debe señalar cuáles son las variables y criterios utilizados para dar cuenta del "aumento de bienestar".

Por otra parte, la evidencia no permite validar la situación actual y proyectada de los indicadores. Sólo se menciona "literatura internacional", pero no se señala a qué corresponde esta literatura, cómo se determinan los valores entregados a partir de dicha información, ni fuentes de información. Esto debe ser revisado para indicadores de propósito y componentes.

Se sugiere reformular los indicadores de componentes propuestos, debido a que los cuatro indicadores se orientan a medir coberturas o aspectos de planificación, sin dar cuenta de los resultados u objetivos que se espera alcanzar a través de la implementación de los componentes del programa. Específicamente:

- El indicador del componente 1 se orienta a medir el porcentaje atendidos con APS. Además, cabe señalar que la descripción del componente no hace referencia al Plan de Cuidado Integral, por lo que debe ser incorporado. Además, en la sección Metodología y definiciones conceptuales se está abordando cómo se define la situación actual del componente, lo que no corresponde con lo solicitado.
- El indicador del componente 2, orientado a cuantificar a las personas con diagnóstico diferencial realizado, del total de personas ingresadas, presenta una inconsistencia en la fórmula de cálculo, en tanto en el numerador se mide "diagnóstico diferencial realizado mediante evaluación integral" y en el denominador se menciona "realización de diagnóstico diferencia en unidad de memoria". Así mismo, en el numerador no se establece la temporalidad.
- Respecto al indicador del componente 3, cabe señalar que su nombre no precisa qué es lo que se está midiendo (porcentaje). Además, está orientado a medir la cantidad de piezas comunicacionales realizadas del total de programadas (planificación), por lo que debe evaluar su reformulación, orientándolo a medir algún resultado de dichas campañas. Además, cabe señalar que la información presentada en la sección Metodología y definiciones conceptuales no corresponde con lo mide el indicador. Por otra parte, debe describir más claramente la fuente de información.
- Por último, el indicador del componente 4 está orientado a cuantificar a los cuidadores atendidos durante la ejecución del programa (cobertura), por lo que debe ser reformulado. Además, el nombre del indicador no señala lo que mide la fórmula de cálculo (porcentaje). También se solicita revisar la información contenida en la sección Metodología y definiciones conceptuales.

Si bien se señala que el servicio cuenta con sistemas de información que permiten identificar beneficiarios, es necesario aclarar si la información se encuentra digitalizada y centralizada en alguna base de datos.

Gastos: Se describen insuficientemente el gasto del componente 3 asociados al programa, es necesario detallar más claramente qué incluye el gasto para cada uno de los ítems. Del mismo modo, se solicita mejorar la descripción del detalle de gastos administrativos.

Por último, el programa debe completar los gastos por subtítulo, pues en las asignaciones reitera el monto del gasto y no el código de asignación.