

Plan Nacional de Demencia

Versión: 4
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Año de inicio: 2017
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: DIVAP (Depto Modelo APS), DIGERA (Depto Gestión Procesos Clínicos Integrados), DIPRECE (Depto. Salud Mental)

Nombre del encargado: Verónica Veliz - Felipe Salinas Gallegos - Rodrigo Zárate Soriano

Cargo: Asesora de Salud Mental DIVAP- Asesor Salud Mental DIGERA - Asesor de Salud Mental DIPRECE

Teléfono(s): 2256893-225740110-225740775

E-mail: veronica.veliz@minsal.cl - felipe.salinas@minsal.cl - rodrigo.zarate@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
16	02	02	21-22		
16	10	01	22		
16	9	1	22	9	999
16	10	1	21-22		138570

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": El concepto envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales de los '90 para transmitir un mensaje más completo acerca del envejecimiento saludable, reconociendo otros factores más allá de la atención sanitaria, como sociales, económicos y culturales, que afectan al envejecimiento de las personas y poblaciones.

En esta línea, el Estado, consciente de los desafíos y responsabilidades que el país enfrenta y el carácter mundial del fenómeno, ha impulsado el Plan de Envejecimiento Positivo, promoviendo políticas públicas de envejecimiento positivo, desde un enfoque de derechos, vivido con calidad y autonomía.

El plan de gobierno 2018-2022 considera medidas específicas para el trabajo con esta población, como incorporar la patología de Alzheimer en el AUGE, implementar un mecanismo de apoyo para los cuidadores, participación activa en la sociedad, aumentar los factores protectores de su salud y retrasar la institucionalización de las personas mayores en situación de dependencia.

También se asocia al Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del MINSAL (Res. 1286 del 24.10.2017), cuyo fin es mejorar la salud mental de la población, mediante estrategias sectoriales e intersectoriales, para la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, garantizar atención de salud mental e inclusión social, en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario. Considera líneas de acción, siendo relevantes para esta población, la provisión de servicios, recursos humanos y formación, participación e intersectorialidad. Éste se operacionaliza en un Plan de Acción de Salud Mental, con acciones concretas hacia las personas con demencia y sus cuidadores.

Dado el contexto de pandemia por COVID-19, este Plan se vincula con la iniciativa presidencial "SaludableMente" a fin de abordar las problemáticas de salud mental de la población.

El Decreto N°22 del 01.10.2019 incorpora el problema de salud N°85 de Alzheimer y otras demencias en el AUGE

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

¿Cuál?: La Ley N°19.966 establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES o AUGE), son garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus beneficiarios, pues constituye un beneficio legal

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

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

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): 1. Apoyar la optimización en la gestión a los Servicios de Salud y sus Establecimientos dependientes, para mejorar sus procesos clínicos y sus resultados, en el marco de las redes asistenciales integradas, que permita una mejora continua en el acceso y oportunidad, dando solución a los problemas de salud de la población a su cargo.

2. Desarrollar estrategias en los Servicios de Salud que permitan optimizar la operación para entregar las prestaciones GES y No GES, mediante la gestión de las brechas operacionales necesarias para generar la oferta requerida.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: La Constitución garantiza el Derecho al acceso a la Salud para todas las personas, "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo" (Art.196). La salud es reconocida en la Constitución de la República de Chile, en la Declaración de Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ratificados por el Estado.

La Estrategia Nacional de Salud definió lineamientos y contenidos específicos a desarrollar en el período 2011-2020 basado principalmente en afrontar el envejecimiento, reducir la discapacidad asociada a estilos de vida, mejorar el bienestar psicosocial, atender a grupos sociales con necesidades no cubiertas y mejorar las condiciones ambientales. De esta forma, se conformaron cuatro grandes objetivos sanitarios: 1. Mejorar la salud de la población. 2. Disminuir las desigualdades en salud. 3. Aumentar la satisfacción de las personas frente a los servicios de salud. 4.

Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias.

Desde un enfoque de derechos y de acuerdo a lo que plantean los organismos internacionales (OMS, 2012; OEA, 2015; OPS, 2013; ONU, 2006; ADI, 2012), las personas con algún tipo de demencia y sus familias deben tener acceso a un apoyo personalizado, continuo y coordinado, que involucre servicios sociales y atención de salud, respetando su dignidad, promoviendo su participación y su calidad de vida.

El Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 del Ministerio de Salud (Res. 1286 del 24.10.2017) y el Plan de Acción de Salud Mental, consideran acciones específicas dirigidas a las personas con demencia y sus cuidadores.

El marco normativo particular que regula el programa es el Plan Nacional de Demencia, desarrollado por el Ministerio de Salud, publicado el año 2018 (Res. N°147 del 02.02.2018), cuyo objetivo es dar respuesta a las nuevas necesidades que presentan las personas mayores en el país, a fin de entregar un cuidado continuo, eficiente y eficaz, que involucre no sólo a la persona que vive con demencia, sino también a su cuidador y entorno próximo.

Además, se suma una orientación específica para el funcionamiento e implementación de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, desarrollada por el Ministerio de Salud en el año 2016.

Por último, el Decreto GES N°22 del 01.10.2019 incorpora como problema de salud N°85 la enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Además, actualmente la Norma Técnica del GES del Decreto N°22 que está en Contraloría y paralelamente se está trabajando en una Orientación Técnica Específica de este Problema de Salud GES

2. DIAGNÓSTICO

Problema principal que el programa busca resolver: Baja integración de las prestaciones de la red sanitaria de salud destinadas a atender a la diada compuesta por la persona con demencia y su cuidador/a principal

Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.): La diada con demencia no cuenta con un proceso de atención integral en la red pública que involucre otras áreas, como, programas respiratorio, cardiovascular, odontológico, rehabilitación integral, salud mental y otros; son más bien acciones fragmentadas. La Atención Primaria no diagnostica tempranamente, sólo deriva a especialidad, donde no existe priorización para la evaluación diferencial. Sin un diagnóstico oportuno, aumenta la probabilidad de mayor deterioro y pérdida de funcionalidad, síntomas conductuales, peor calidad de vida de la persona con demencia y sobrecarga del cuidador.

La prevalencia de la demencia se estima en alrededor de 190.448 personas usuarias del sistema público. Al inicio del programa, en el 2017, implementado sólo en 4 comunas de 4 Servicios de Salud y con una Unidad de Memoria, se lograron atender a 2.309 usuarios (1.535 personas con demencia y 774 cuidadores) en un trimestre de funcionamiento. Esta cifra aumenta a 9.873 usuarios en el año 2018 (4.767 personas con demencia y 5.106 cuidadores). El 2019 se logró una cobertura de 8.831 usuarios (5.558 personas con demencia y 2.773 cuidadores) con el programa implementado en las mismas comunas y con un total de 3 Unidades de Memoria. Para disminuir la brecha de atención integral, ha sido fundamental la vinculación y coordinación entre los equipos de APS y las Unidades de Memoria, en términos de realizar diagnósticos oportunos, tratamientos integrales y continuos en el tiempo y aumentar las competencias de los equipos de salud en APS para el abordaje de la diada (persona con demencia y su cuidador familiar o formal). Asimismo, se han realizado acciones dirigidas a la comunidad, coordinadas entre SEREMI, Servicio de Salud, equipos de APS y las Unidades de Memoria, en torno a fortalecer la dimensión comunitaria para el cuidado de la diada, las que están relacionadas con el componente de sensibilización a cargo de la SEREMI.

Durante los años de implementación del programa no hubo expansión presupuestaria para contar con la cobertura nacional, lo cual genera inequidad de acceso y tratamiento integral a la diada. No obstante, el 01.10.2019, entra en vigor el Decreto N°22 del GES, que incluye el Alzheimer y Otras Demencias en los problemas de salud, garantizando el diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia en el país, en establecimientos de APS con dependencia municipal, contribuyendo a reducir la brecha de acceso de este programa, el cual se implementa en 4 Servicios de Salud (de 29). Es importante mencionar que el GES considera prestaciones sólo a la persona con demencia y no a la población afectada adscrita en establecimientos de APS dependientes de Servicios de Salud, siendo necesario una reformulación del programa.

Dentro de las características de la población con demencia se encuentran personas afectadas sin distinción de sexo y situación económica, incluso puede manifestarse en personas jóvenes (0.054% en personas mayores de 30 años. Rossor et al, 2014), aunque a medida que aumenta el envejecimiento poblacional, las demencias son más habituales en personas mayores. Como la demencia es una condición adquirida y crónica, las personas con demencia tienen deterioro de diversas funciones cerebrales, presentan síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales. Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para llevar a cabo sus actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación sociofamiliar. La población potencial de este programa corresponde a personas con demencia adscritas a los establecimientos de APS dependientes de Servicio de Salud, la cual se estima en 3.224 diadas con demencia más las personas con demencia que se atienden en las Unidades de Memoria y sus familias (diada), que se estima en 3.000 usuarios y los cuidadores que acceden a tratamiento de salud mental en el nivel de especialidad por un trastorno de salud mental, que se estima en 200 usuarios

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

-No hay un diagnóstico temprano de la demencia, dado que en Atención Primaria de Salud no se pesquisa oportunamente, sólo se analiza el riesgo y se deriva al nivel de especialidad para confirmación diagnóstica (Minsal, 2017, Plan Nacional de Demencia).

-Inexistencia de una priorización de diagnósticos diferenciales en el nivel de especialidad, ya que las personas con demencia no eran priorizadas para la realización de procesos evaluativos que culminan con la confirmación diagnóstica. Esto se traducía en una permanencia prolongada en lista de espera para atención de especialista, tiempo en el cual, las personas con demencia progresan en su deterioro sin ningún tipo de intervención (Ministerio de Salud, 2017).

-No hay intervención con cuidadores, generando desconocimiento acerca de qué acciones hacer al respecto. Esto se traduce en problemas de salud para los cuidadores, dinámicas de estrés y violencia a las personas, junto con la aparición de nuevos trastornos y enfermedades en el cuidador y su entorno (Ibañez, Slachevski y Serrano, 2020).

-Presencia de estigma y bajo nivel de priorización de las personas con demencia en la red de salud así como en la comunidad (Custodio et al., 2017, Kalaria et al., 2008, en Ibañez, Slachevski y Serrano, 2020).

-Inexistencia de un tratamiento integral especializados para las personas con demencia y su cuidador (Minsal, 2017, Plan Nacional de Demencia).

Es importante mencionar que el aumento en la prevalencia de demencias se asocia con el proceso de envejecimiento de la población y con

frecuencia afecta a las personas mayores de 65 años de edad. Sin embargo, no constituye una condición propia de la edad avanzada y progresivamente aumenta también el número de personas más jóvenes con el diagnóstico, pudiendo presentarse en personas mayores de 18 años (Gajardo & Abusleme, 2016), quienes también se atenderán en la red de salud pública

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional: La demencia es uno de los síndromes más incapacitantes que afecta a la población adulta a nivel mundial. Ésta se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido, cuyos pilares fundamentales son los trastornos cognitivos, los trastornos conductuales y un impacto relevante en la funcionalidad. Por ello, los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar con el programa son:

-Deterioro progresivo a nivel cognitivo y conductual, los cuales se expresan en recurrencia de los siguientes síntomas: desorientación, trastornos del ciclo sueño-vigilia, auto y heteroagresión; generando peor calidad de vida para sí mismo y su entorno sociofamiliar (corto y mediano plazo)

-Pérdida progresiva de funcionalidad y capacidades para la realización de actividades cotidianas que van desde problemas de memoria, pasando por la pérdida de habilidades básicas e instrumentales de la vida diaria, como por ejemplo, comer, control de esfínter, vestirse, higiene, manejo al interior de hogar u otras, requiriendo apoyo permanente de cuidados por parte de un cuidador familiar o formal y mayor intensidad de atención por parte del equipo de salud de la red pública (corto y mediano plazo)

-Sobrecarga del cuidador al asumir el cuidado de la persona con demencia, el cual requiere apoyo en múltiples áreas del tratamiento como por ejemplo, cuidados asistenciales de enfermería, organización de rutinas y actividades de la vida diaria y actividades psicosociales (corto y mediano plazo)

-Mayor estigma y discriminación de los equipos de salud hacia la diada con demencia, producto prejuicios con respecto al envejecimiento y la falta de herramientas para el abordaje integral (mediano y largo plazo)

-Prejuicio, estigma y discriminación en la comunidad, lo cual influye la construcción social de las demencias y en los apoyos que la comunidad puede entregar a la diada con demencia durante la progresión de la enfermedad, generando mayor aislamiento y fragilidad (mediano y largo plazo)

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: La demencia involucra costos directos e indirectos. Los directos son gastos médicos como consultas médicas, medicamentos y exámenes; y también costos sociales como institucionalización, remuneraciones de cuidadores, profesionales y otros. Los indirectos son gastos asociados a cuidados brindados por cuidadores no remunerados, como familiares (Wimo, Winblad, & Jonsson, 2010).

En 2010, se estimó que el costo mundial fue de US\$604.000 millones, correspondiente a 1,0% del PIB agregado a nivel mundial. Basado en el PIB (Wimo et al., 2010) se estima que en países latinoamericanos el costo directo anual por persona con demencia es de 4.943 dólares, el costo indirecto de 8.974 dólares y el costo total de 13.917 dólares anuales por persona. En Chile, el estudio "Cuideme" (cohorte de cuidadores informales) mostró un costo anual de 10.980 dólares (11.472 si se incluyen los gastos médicos del cuidador), 20% de los gastos corresponden a costo directo, 5% a costo social directo y 75% a costo social indirecto (Hojman D., Duarte F., Ruiz-Tagle, J. Nuñez-HuasafJ., Budinich M., Slachevsky A. sometido como abstract al World Congress of Neurology 2015)

La evidencia internacional muestra que el diagnóstico oportuno y tratamiento integral de la demencia, incluyendo intervenciones psicosociales con apoyo de tratamiento farmacológico, ayuda a que las personas con demencia y sus entornos reduzcan los efectos negativos de la enfermedad, mantener por mayor tiempo la funcionalidad, disminuir síntomas conductuales y la sobrecarga del cuidador (Lancet, 2017)

En Chile, los programas dirigidos a esta población han sido insuficientes, dado que el país no cuenta con apoyos diferenciados según el avance de la enfermedad. Además, la persona con demencia siempre necesitará un cuidador que lo acompañe y apoye en la progresión de la enfermedad.

Estos factores (costos, falta de programas, necesidad de cuidado permanente, etc) convierten a las demencias en una enfermedad que provoca una importante inequidad

Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: 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

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

-Ampliar la población objetivo a personas con demencia menores de 60 años y sus cuidadores, asimilando los criterios definidos por el GES de Alzheimer y Otras Demencias, que no tiene restricciones de tramo etario.

-Re-focalizar la cobertura del programa a los establecimientos de atención primaria, dependientes del Servicio de Salud para entregar la atención sociosanitaria a personas con demencia adscritas a estos establecimientos.

-Incorporar también a personas que tengan demencias en fases más avanzadas, y no solo leve o moderadas, sino aquellas personas con demencia que requieran un tratamiento de alta complejidad, caracterizados por una intervención multicomponente realizada por el equipo multidisciplinario de especialidad, que incluya médicos especialistas, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, kinesiólogos, fonoaudiólogos, que implica una mayor intensidad de intervención, que hayan sido refractarias a un tratamiento de nivel primario y que requieran una intervención de mayor complejidad en su abordaje.

-Cambio de los indicadores de propósito, centrándose en el quehacer del programa, más que en los constructos teóricos de logro de la intervención, junto con una adecuación de los indicadores de componente, pasando a dar cuenta de resultados, más que solo indicadores de proceso

Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: El programa se basa en la experiencia previa y en las recomendaciones de Alzheimer Disease International (ADI) y la OMS desde 2012 (<https://www.alz.co.uk/WHO-dementia-report>). Los objetivos principales de los planes internacionales para la demencia, están orientados en:

- Hacer de las demencias una prioridad de salud pública
- Promover una sociedad solidaria, reducir el estigma y disminuir su exclusión social, a fin de lograr un trato basado en la dignidad y respeto
- Mejorar la atención y cuidado de las personas con demencia en las diferentes etapas de la enfermedad (desde la prevención hasta la muerte), invirtiendo en servicios sociales y salud, con el fin de mejorar la oferta de atención socio-sanitaria para las personas con demencia y sus cuidadores e introduciendo un modelo de gestión de casos
- Fortalecer la formación de recursos humanos e investigación
- Promover la prevención de las demencias

La OMS y ADI sostienen que para que una intervención sea exitosa debe incluir:

1. Mejorar la toma de conciencia y educación sobre las demencias
2. Mejorar el diagnóstico y tratamiento temprano
3. Mejorar el apoyo a domicilio
4. Fortalecer el apoyo a cuidadores familiares
5. Mejorar el cuidado residencial y en domicilio
6. Mejorar la integración de los programas de atención y coordinación de los cuidados
7. Mejorar la capacitación de los profesionales en todas las áreas afines
8. Monitorear y evaluar el avance de las acciones implementadas
9. Generar un compromiso con la investigación
10. Reconocer el rol de las tecnologías de la innovación

La implementación de un sistema exitoso, de acuerdo a la experiencia internacional, debe considerar dentro de su formulación:

- 1) estigma asociado a las demencias
- 2) negación de la enfermedad
- 3) insuficiencia de recursos financieros

The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, de octubre de 2018 incluye dentro de sus principales recomendaciones, el abordaje de las demencias bajo estos mismos principios. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

La AARP. FP Analytics en su reporte 2018 sobre pequeñas economías (2018 Aging Readiness & Competitiveness Report, <https://arc2018.aarpinternational.org/home>), describe el caso de Chile con su plan de demencia como una destacable iniciativa, desde sus grandes lineamientos hasta la implementación de dispositivos y planes individuales de intervención, como un modelo a imitar.

Dentro de los OECD Health Policy Studies, el informe "Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia" de 2018, también incorpora el plan chileno como parte de las iniciativas con una estructura equilibrada entre sus distintos componentes. <https://www.oecd.org/publications/care-needed-9789264085107-en.htm>

La evidencia internacional da cuenta que el diagnóstico oportuno y tratamiento integral de la demencia, que incluye intervenciones psicosociales con apoyo de tratamiento farmacológico, ayuda a que las personas con demencia y su entornos, puedan reducir los efectos negativos de la enfermedad, mantener por mayor tiempo la funcionalidad, disminuir síntomas conductuales y la sobrecarga del cuidador (Lancet, 2017)

Por último, la incorporación del GES de Alzheimer y Otras Demencias contribuirá al bienestar de las personas que viven con demencia, mejorando la calidad de vida de estas personas y su entorno. Su funcionamiento considera principalmente dos niveles de salud, atención primaria y de especialidad. Ambos estarán permanentemente relacionados a través de referencias y contrarreferencias de las personas que viven con demencia, la atención al cuidador y las consultorías para revisar diagnósticos y tratamientos

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Contribuir a la mantención de la salud de las personas beneficiarias del sistema público de salud que son diagnosticadas con demencia

Propósito del programa: 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

3.2) Población potencial

Descripción: 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.

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

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 380897

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Base de datos Población FONASA país 2020: Población mayor 60 multiplicada por prevalencia demencia (7.1%) (SENAMA, 2009). A esto se adiciona la población menor de 60 años, multiplicado por 0.054% (Rossor et al, 2010). A este resultado se le suma un cuidador o cuidadora

3.3) Población objetivo

Descripción: Personas diagnosticadas con demencia y sus cuidadores/as, adscritos en establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. En relación a la priorización y elección de los casos, se atenderá sin diferencia de sexo y edad, siendo los criterios que vivan en las comunas o territorios donde se ubiquen los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud o donde se ubiquen las Unidades de Memoria, y ser beneficiarios de FONASA, tanto las personas con demencia y su cuidador o cuidadora. El orden de postulación será por orden de llegada hasta agotar los recursos disponibles

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

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	5.733	7.200	8.000	9.648

4.1) Estrategia

El programa presenta 4 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Atención sociosanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)</p>	<p>La atención sociosanitaria tiene el objetivo de entregar atención integral a las personas con demencia que se atienden en los establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud.</p> <p>Las personas con demencia ingresan al programa a través de la Atención Primaria de Salud, en donde el equipo de sector realiza un diagnóstico integral, que permite definir si el tratamiento se entrega en este nivel o se deriva al nivel de especialidad disponible en cada territorio. Las prestaciones de APS para las personas con demencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médica. - Consulta psicólogo/a. - Batería de exámenes para el diagnóstico. - Atención integral con terapeuta ocupacional. - Consulta psicoeducativa por profesional. - Intervención comunitaria - Visita a domicilio por enfermera, matrona, nutricionista, trabajador social kinesiólogo y/o terapeuta ocupacional según necesidad. - Tratamiento farmacológico - Intervenciones grupales - Acciones de capacitación a los equipos de atención, en las comunas y servicios que implementen en el programa <p>La intervención se realiza con una lógica de diada, por la tanto las acciones de los equipos de la red, incluyen tanto a la persona con demencia como a un cuidador o cuidadora que pueda mantener y apoyar los cuidados de esa persona, debido a la progresión de la enfermedad y las necesidades de apoyo que van surgiendo, en modalidad de atención individual y/o grupal (control de salud, visita domiciliaria, consultoría, talleres preventivos y educativos). El tiempo de duración es permanente hasta que la persona fallece.</p> <p>Meta de producción año 2021: 7.200 Personas atendidas</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 6.459.567</p>
<p>Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)</p>	<p>La atención sociosanitaria en unidades de memoria que se realiza en los Servicios de Neurología de Hospitales de Mediana o Alta Complejidad financiados por el Plan Nacional de Demencia, tiene por objetivo desarrollar un diagnóstico diferencial a las personas con demencia, mediante una evaluación integral de la personas con sospecha de demencia y sus cuidadores/as; quienes son derivadas desde la Atención Primaria. Esta evaluación es realizada por un equipo multidisciplinario y contempla las siguientes prestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones médicas (incluye neuroimágenes scanner y/o EEG y otros exámenes de laboratorio) - Evaluaciones neurocognitivas, funcionales, sociales, de deglución y lenguaje, - Coordinación y derivación asistida mediante protocolos de referencia y contrarreferencia de usuarios a otros establecimientos de la red de atención primaria, y especialidad, como Centros para Personas con Demencia u otros, para la continuidad de atención - Consultoría a los equipos de APS para un diagnóstico y derivación de los pacientes y familias. <p>La duración de este proceso debería ser entre 3 a 6 meses, para luego ser derivado a tratamiento en APS o en otros centros de tratamiento de especialidad.</p> <p>Meta de producción año 2021: 2.000 Personas atendidas</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 829.193</p>

Nombre	Descripción
<p>Sensibilización en la construcción social de las demencias Materiales y Campañas de Difusión (Materiales y Campañas de Difusión)</p>	<p>Desarrollar acciones de sensibilización a la comunidad en temáticas de demencia, a fin de reducir el estigma y los estereotipos negativos sobre esta condición, lo cual es fundamental para propiciar una comunidad inclusiva para las personas con demencia y sus cuidadores/as y velar también por el pleno derecho de las personas con demencia y su familia. Las actividades y servicios entregados corresponden a campañas de información, cápsulas educativas, jornadas de información y capacitación; dirigidas a la población en general. Los productos específicos son piezas comunicacionales y campañas de difusión acerca de la temática dirigidas a la población general, lo que aporta a la sensibilización de las personas y comunidad en torno a esta condición.</p> <p>Este trabajo implica una acción coordinada de los equipos de salud y SEREMI con la red intersectorial pública y privada, ejecutando el componente durante 5-6 meses.</p> <p>El componente está asociado a la causa "Presencia de estigma y bajo nivel de priorización de las personas con demencia en la red de salud así como en la comunidad (Custodio et al., 2017, Kalaria et al., 2008, en Ibañez, Slachevski y Serrano, 2020)"</p> <p>Meta de producción año 2021: 16 Piezas comunicacionales</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 32.000</p>
<p>Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad Prestaciones de Salud (Prestación de salud o sociosanitaria)</p>	<p>El objetivo de este componente es entregar tratamiento de salud mental del nivel de especialidad a cuidadores que presenten un trastorno de salud mental con mayor complejidad. Para ellos, se llevarán a cabo intervenciones de tratamiento realizadas por equipo de salud mental especializado, conformado por médico psiquiatra, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional.</p> <p>Estas prestaciones clínicas serán desarrolladas en centros de salud mental y corresponden a las siguientes prestaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consulta médico psiquiatra. - Consulta psicoeducativa con profesional - Psicoterapia y Tratamiento farmacológico en caso que sea necesario - Talleres educativos para cuidadores. <p>La duración de esta intervención es de 9 meses en promedio, lo cual será variable de acuerdo a la complejidad clínica de cada cuidador o cuidadora.</p> <p>Meta de producción año 2021: 200 Familiares y/o cuidadores atendidos</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 196.156</p>

Estrategia de intervención: El Programa para su funcionamiento considera principalmente dos niveles de salud, APS y atención de especialidad. Ambos estarán permanentemente relacionados por medio de la realización de referencias y contrarreferencias de las personas que viven con demencia, la atención al cuidador y las consultorías para revisar diagnósticos y tratamientos.

Detección y diagnóstico: Las personas que presenten síntomas de demencia, como quejas de memoria, alteración en Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) y/o pesquisa en otros programas de salud de APS, serán derivados a evaluación y confirmación diagnóstica, donde serán evaluadas integralmente por el equipo de salud correspondiente, realizándose el diagnóstico de esta condición.

En aquellos casos de mayor complejidad o duda diagnóstica se realizará la derivación a las Unidades de Memoria, para así realizar una evaluación diagnóstica diferencial por un equipo especialista. Se estima que el 30% de personas con demencia requieren este tipo de prestación. Estas unidades contarán con profesionales como Neurólogo, Psiquiatra y/o Geriatra, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionales, Asistentes Sociales, Fonoaudiólogos y Enfermera, para una evaluación integral y realizar diagnóstico de los usuarios, en coordinación con la atención primaria.

Tratamiento: Se estima que un 5-10% de personas con demencias podrán ser derivados a tratamiento de alta complejidad en centros de especialidad, como los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia.

De no ser necesaria la derivación, se diseñará en la APS un plan de cuidado (plan de cuidado integral) centrado en la persona con demencia, que implica la entrega de prestaciones sociosanitarias integrales realizadas por los profesionales del equipo de salud, que incluye intervenciones psicosociales y tratamiento farmacológico. A su vez, los usuarios podrán acceder a los otros programas existentes en APS, como Alimentación Complementaria, Inmunizaciones, Programa Cardiovascular, Programa Más Adultos Mayores Autovalentes u otros.

Durante el curso de la enfermedad, la persona estará en tratamiento en APS, y en caso que surjan necesidades de abordaje de mayor complejidad, serán derivadas al nivel de especialidad hasta lograr la estabilización del cuadro. Una vez que esto ocurre, la persona nuevamente regresa a la APS.

Atención al cuidador: Si el familiar o cuidador de la persona con demencia es detectada/o por el equipo de salud con alguna problemática o trastornos de salud mental, es derivada para evaluación y confirmación diagnóstica, y si efectivamente el médico junto algún integrante del equipo de salud, determinan la necesidad de ingreso a tratamiento, deberá ser ingresado/a al tratamiento de salud mental en APS o derivada a especialidad de salud mental (según necesidad).

Al ingresar a tratamiento, el cuidador recibirá diversas prestaciones psicosociales que pueden abarcar los niveles de atención primaria y de especialidad (Unidades de Memoria), lo cual incluye consultas psiquiátricas, consulta psicoeducativa, intervenciones comunitarias, acompañamiento, talleres educativos, psicoterapia y tratamiento farmacológico en caso de ser necesario, con la finalidad de disminuir sobrecarga y/o intervenir aspectos para mejorar su situación de salud física y mental.

Con estas acciones, las personas que viven con demencia y sus cuidadores accederán a cuidados que les permitan sobrellevar mejor la enfermedad, mejorar su calidad de vida, reducir los síntomas y aliviar a las familias. Las mediciones de calidad de vida para personas con demencia serán realizadas anualmente, a través de instrumentos nacionales e internacionales, tales como Escala ADQL, Escala NPI, Escala de

Cambio Percibido, sumado a la evaluación del cuidador a través del instrumento de medición de apoyo recibido por el cuidador.

Actividades comunitarias de sensibilización de las demencias: Son acciones de sensibilización a la población general en torno a la temática, siendo fundamental para propiciar una comunidad inclusiva, reducir el estigma y los estereotipos sobre la demencia, velar por el pleno derecho de las personas con demencia y su familia e incentivar la prevención y el diagnóstico oportuno. Se consideran acciones de: elaboración de material educativo, campañas radiales, spot publicitario y diagnóstico ciudadano y/o foro regional.

Por lo tanto, con la integración de estos cuatro componentes, se asegurará la continuidad de la atención y cuidados en la red de salud, la promoción de la autovalencia, la disminución de la discapacidad asociada a la dependencia, como también avanzar en la inclusión y calidad de vida de esta población.

Es importante mencionar que la persona siempre estará en tratamiento, porque dado el curso de la enfermedad (no existe recuperación porque es una enfermedad progresiva) la persona nunca mejorará su diagnóstico. Por lo tanto, estará en un flujo constante de atención entre atención primaria y las unidades de memoria

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

Criterios de egreso: No cuenta con criterios de egreso, porque las demencias son enfermedades crónicas y progresivas en el tiempo. Sólo es posible mitigar sus síntomas y trabajar con las capacidades remanentes de la persona con demencia, a modo de retrasar su avance. Por ello, la causa de egreso es el fallecimiento de la persona con demencia

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: No

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): El programa atiende permanentemente un riesgo potencial porque su principal característica es otorgar tratamiento e intervención integral a la diada con demencia, en una patología crónica y progresiva, por lo tanto es de carácter preventivo, para mantener la funcionalidad de la persona con demencia y brindar apoyo a esta diada, frente a las nuevas necesidades que van surgiendo, producto del avance y severidad de la enfermedad. En este sentido, la persona con demencia puede cursar con varios episodios de descompensación conductual, que requerirán un flujo permanente entre los equipos de salud del nivel de Atención Primaria y de Especialidad para realizar la estabilización del cuadro y los ajustes al tratamiento que sean necesarios

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: El programa si considera acciones con los cuidadores y cuidadoras de la persona con demencia. El modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y comunitario y el modelo de salud mental comunitario, consideran el abordaje de salud para cualquier persona en situación de dependencia o que requiere el cuidado de otra, con la participación de algún familiar, persona significativa o cuidador formal, entendiendo que la persona con demencia se comprende como una diada (persona con demencia y su cuidador familiar o formal). En este sentido, la relación de esta diada con se da en un contexto familiar, social y comunitario habitual, al cual pertenecen, donde se desarrolla la vida cotidiana, siendo necesario aprovechar los recursos disponibles, porque es posible potenciar apoyos para los cuidadores y acompañar las diferentes etapas de la enfermedad.

En APS los cuidadores serán abordados e intervenidos de acuerdo a su necesidad particular. Es decir, cuando algún integrante del equipo de salud detecta alguna problemática o trastornos de salud mental en el cuidador, éste será derivado a evaluación y confirmación diagnóstica, y si efectivamente el médico (junto a otro integrante del equipo de salud), diagnóstica algún trastorno, el cuidador será derivado para ingreso a tratamiento, de salud general o salud mental en APS o a especialidad de salud mental (si lo requiere).

En las Unidades de Memoria se considera el trabajo con el familiar por lo que recibirán atenciones psicosociales grupales e individuales específicas.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Servicios de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Componente	El Servicio de Salud es un organismo estatal descentralizado, que tiene el rol de articular y gestionar la red asistencial de su territorio, para ejecutar acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud. En el contexto de este programa debe: -Administrar los recursos traspasados por el Minsal - Monitorear la ejecución de recursos en los establecimientos de salud de nivel primario dependientes de Servicio de Salud y en el nivel secundario.	Para la selección de los Servicios de Salud donde se implementa el programa, se realiza en base a los siguientes criterios: -Que posean en su territorio establecimientos de Atención Primaria cuya dependencia es del propio Servicio de Salud -Existencia de Unidades de Memoria en el territorio.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Seremi de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Componente	Liderar campañas de difusión dirigidas a la comunidad, acerca de la construcción social de las demencias, que permitan disminuir el estigma y los estereotipos hacia las personas con demencia, incluyendo temáticas representativas de la manifestación del fenómeno en el territorio	Asignación de recursos financieros desde el Ministerio de Salud a las SEREMI, los cuales deber ser destinados a la difusión local del Plan Nacional de Demencia

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Dirección/Departamento de salud municipal	Municipio o Corporación Municipal	Centros de salud de la red de Atención Primaria	Su rol es velar por atención integral, de calidad, centrada en la diada con demencia y la comunidad. Actor relevante en la articulación de equipos de la red, difusión a la comunidad sobre la construcción social de las demencias, difusión y capacitación. También, se coordina con el nivel de especialidad y las Unidades de Memoria para la adecuada referencia y contrarreferencia de la población objetivo, facilitando el acceso oportuno a los dispositivos que requiere la diada con demencia. Para efectos de este programa, las Unidades de Memoria y los COSAM se articularán con los centros de salud de atención primaria para la referencia y contrarreferencia de la diada con demencia a fin de responder a las necesidades de salud mental, de acuerdo a la agudización o estabilización del cuadro.

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

Nombre	Nivel	Descripción
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	A nivel de gestión	Los equipos de Atención Primaria deben facilitar que la diada con demencia, acceda a todas las prestaciones entregadas por el centro de salud, contempladas en el Plan de Salud Familiar, Garantías Explícitas en Salud y articular las prestaciones contempladas en los Programas de Reforzamiento y capacitar a los cuidadores en herramientas para el cuidado y autocuidado de sí mismos, los cuales son complementarios al abordaje de la demencia

Nombre	Nivel	Descripción
Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia)	A nivel de gestión	El equipo del Centro Comunitario se coordina con el resto de los establecimientos de la red sanitaria, para que las personas con demencia accedan oportunamente a las atenciones de salud física. Esto considerando que las intervenciones son transitorias e intensivas cuyo fin es cambiar favorablemente el impacto de la demencia en la vida, siendo necesario mantener la integralidad y continuidad de la personas con demencia durante su tránsito en los dispositivos sanitarios
Más Adultos Mayores Autovalentes	A nivel de política pública y gestión	El Programa pesquisa precozmente la disminución de funcionalidad y riesgo de dependencia en personas mayores de 65 años y más, mejora y/o mantiene la condición funcional, a través de participación en actividades grupales de estimulación funcional, educación para la salud y autocuidado. El uso de metodologías participativas, genera un conocimiento colectivo para potenciar capacidades en la comunidad; siendo complementario al abordaje de personas con demencia en etapas iniciales de la enfermedad

Complementariedades Externas: El programa no se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	La familia constituye la primera institución que genera cuidados en situaciones de dependencia, donde es la mujer la que asume y proporciona cuidados en forma invisible y continua. El programa considera la transversalización de la perspectiva de género en todas sus etapas, dado la feminización en el cuidado informal como un paradigma de desventajas, esfuerzos, sacrificios relativos al género que conllevan a desigualdades innecesarias, evitables e injustas. Por ello, el programa se ve en la necesidad emergente de implementar estrategias de autocuidado en relación al riesgo en la salud de la cuidadora, dada la sobrecarga de cuidar y la importancia del saber hacer en el cuidado	
Pueblos indígenas	No		No, dado que la demencia es una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, sin distinción de sexo, pertenencia a pueblo indígena y situación socioeconómica.
Pertinencia territorial	Si	La variable territorial se considera en el diseño, ejecución y evaluación del programa, ya que éste se implementa en los establecimientos de Atención Primaria dependientes de Servicio de Salud del país, en las 3 Unidades de Memoria y 3 Centros Comunitarios de Salud Mental	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		No aplica a esta población, porque la demencia no se presenta en niños, niñas y adolescentes
Discapacidad	Si	Sí, porque las personas con demencia presentan discapacidad expresada en distintos niveles de dependencia, lo cual implica la necesidad de apoyo de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria (cuidador familiar o formal). Este Plan fortalecerá la red de apoyos y cuidados diferenciados y adecuados a cada persona, a fin de retardar o atenuar el impacto de la discapacidad y dependencia, por medio de intervención de los equipos de salud, quienes entregarán orientaciones a los familiares y/o cuidadores respecto de los cuidados que requiere la persona con demencia según su nivel de dependencia. Adicionalmente, los agentes comunitarios realizarán acciones de acompañamiento para apoyar a los cuidadores. Es importante considerar que, a medida que transcurren los años con demencia, se va produciendo un deterioro progresivo en la persona, pasando el individuo de una dependencia leve a una dependencia severa, lo cual genera mayores requerimientos de atenciones socio-sanitarias.	
Migrantes	No		La demencia, y la intervención en demencia, no aborda la condición migratoria, porque la enfermedad no se relaciona con factores de migración.
Otra condición	No		

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Entrevistas a beneficiarios
- Encuestas de satisfacción

Descripción: Se realiza durante la ejecución de los procesos de intervención a la diada con demencia, 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.

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

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

Descripción: Dentro de los mecanismos de transparencia utilizado en el programa se encuentran, la rendición de gastos ejecutados, la entrega de información solicitada por Ley de Transparencia y de Acceso a la Información de la Administración del Estado (Ley N°20.285), OIRS, consultas desde la Cámara de Diputados, Cámara de Senadores y otras instituciones del sector público.

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)

Porcentaje de personas con demencia atendidos por el programa que aumentan su bienestar en un año t	(N° de personas con demencia atendidas por el programa que aumentan su bienestar en año t/ N° total de personas con demencia atendidas por el programa en año t)*100 Fuente de información: Sistema de registro local del programa, disponible a nivel central centralizada para efectos de monitoreo.	Se utiliza la Escala de Cambio Percibido, la cual se aplica a cuidadores y es sistematizada por establecimientos e informada a Salud. Este instrumento breve, evalúa el bienestar asociado a la experiencia de cuidar a una persona con demencia. Este instrumento es útil para monitorear la intervención realizada la diada y detectar nuevas necesidades, el cual debe aplicarse dos veces al año.	66,00%	66,00%	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	(N° de cuidadores de personas con demencia atendidas por el programa que aumentan su bienestar en año t/ N° total de cuidadores de personas con demencia atendidas por el programa en año t)*100 Fuente de información: Sistema de registro local del programa, disponible a nivel central centralizada para efectos de monitoreo.	Escala de evaluación aplicada a cuidadores, sistematizada por establecimientos e informada a Salud. La Escala de Cambio Percibido (ECP), es un instrumento breve desarrollado para cuidadores de personas con deterioro cognitivo, que busca evaluar la apreciación de mejoría o deterioro que tiene el cuidador en relación a diversas áreas de bienestar asociadas a la experiencia cotidiana de cuidar). Esto puesto la experiencia de cuidar a una Persona con Demencia, por lo general implica un considerable cambio en las situaciones del día a día y en toda la trayectoria de la enfermedad, por lo que es de especial importancia considerar en este tipo de cuidadores, el efecto que tienen los cambios de circunstancias en su percepción de bienestar. Se aplica 2 veces en el año.	66,00%	66,00%	66,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Si bien la información de los indicadores se encuentra contenida en las fichas clínicas de cada persona con demencia atendida en el programa (los equipos de salud deben registrar la información en la ficha clínica), dicha información es registrada por los equipos de salud y se reporta al nivel central, a través de planillas excell, las cuales son consolidadas por DIVAP y DIGERA. Las SEREMIs también reportan la información local al nivel central respectivo (DIPRECE). Aun no existe un sistema de reportería centralizado por rut

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Literatura internacional en la evaluación de programas de intervención de personas con demencia, basada en la experiencia de los centros de atención de personas con demencias de estos años.

En la medida que visualiza el rol y aporte en el cuidado de la persona con demencia del cuidador, a través de la entrega de herramientas para el cuidado y el autocuidado de ellos mismos, es posible impactar en la calidad de vida de la diada, en particular la percepción de bienestar al cuidar a otro y el apoyo recibido. Se espera articular la oferta disponible en el centro de salud de establecimientos dependientes de Servicios de Salud, como los programas asociados al ámbito respiratorio, de salud cardiovascular, odontológicos, rehabilitación integral, salud mental u otros que sean pertinentes a la situación y necesidad de cada diada con demencia en tratamiento.

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de personas con demencia con Plan de Cuidado Integral en APS (Componente 1)	(N° de personas con demencia con Plan de Cuidado Integral en APS en el año t/ N° total de personas con demencia ingresadas en APS en t)*100 Fuente de información: Sistema de registro local del programa, el cual es consolidado en el nivel central.	Se define situación actual con base a progresión de la enfermedad y tiempo de intervención de persona con demencia y sus cuidadores, más los contenidos en orientaciones técnicas del programa.	70,00%	70,00%	90,00%

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de personas con demencia con diagnóstico diferencial realizado en una evaluación integral (componente 2)	(N° de personas con demencia atendidos en unidad con diagnóstico diferencial realizado mediante evaluación integral /N° de personas ingresadas para realización de diagnóstico diferencial en unidad de memoria en t)*100 Fuente de información: Sistema de registro local del programa, el cual es consolidado en el nivel central .	Se define situación actual con base al análisis de progresión de la enfermedad, evaluación de funcionalidad, dominios cognitivos, sociales y fonaudiológicos, plasmados en orientaciones técnicas del programa	75,00%	90,00%	90,00%
Realización de piezas comunicacionales en t (Componente 3)	(N° de piezas comunicacionales realizadas en t /N° de piezas comunicacionales programadas en t)*100 Fuente de información: Informe local con medios de verificación	Se define situación actual con base a progresión de la enfermedad y tiempo de intervención de persona con demencia y sus cuidadores, más los contenidos en orientaciones técnicas del programa.	80,00%	80,00%	80,00%
Cobertura de cuidadores capacitados en t (Componente 4)	(N° de cuidadores con al menos 4 prestaciones en t / N° total de cuidadores en el programa pacientes con demencia en t)*100 Fuente de información: Sistema de registro local del programa, el cual es consolidado en el nivel central	Se define situación actual con base a progresión de la enfermedad y tiempo de intervención de persona con demencia y sus cuidadores, más los contenidos en orientaciones técnicas del programa.	75,00%	75,00%	75,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: En todos los indicadores de componente se realizará registro local, el cual será monitoreado desde el nivel central. La información será captada desde la aplicación de instrumentos a los cuidadores, actividades dirigidas a la diada con demencia que son registradas por los equipos de cada centro y la realización de actividades comunitarias de sensibilización, la cual permitirá su cuantificación.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Literatura internacional en la evaluación de programas de intervención de personas con demencia, junto con la experiencia de los centros de atención de personas con demencias de estos años de implementación, permitieron definir la situación actual (Alzheimer Disease International (ADI) 2012. OMS 2012. Lancet 2017 y 2018).

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: A nivel local, los equipos de salud cuentan con los datos de RUT y afiliación a FONASA de la diada con demencia. Los datos de atención se registran en las fichas clínicas de las personas con demencia según la normativa MINSAL. Toda esta información se utiliza para reportar al nivel central y así conocer el resultado de los indicadores de propósito y de componentes.

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

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

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

Atención sociosanitaria de personas con demencia en el nivel primario de salud	6.459.567	Recurso humano a contrata en los establecimientos de APS dependiente de Servicios de Salud, para asegurar el acceso a diagnóstico y tratamiento de las personas con demencia. Se considera una dupla por Servicio de Salud, integrada por Médico y Terapeuta Ocupacional. Compra de medicamentos, materiales, exámenes, servicios de capacitación u otro insumo que permita la implementación del programa en los establecimientos de APS dependientes de Servicio, acorde a los fines y objetivos del mismo. El gasto considera gastos existentes y también adicionales a los actuales.
Atención sociosanitaria en Unidades de Memoria	829.193	Remuneración de RRHH a contrata de las Unidades de Memoria (Médico especialista, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, fonaudiólogo, enfermera) y gastos operacionales de exámenes, medicamentos, materiales de oficina, movilización, capacitación, servicios básicos, arriendo de equipos computacionales entre otros. El gasto corresponde a financiamiento actual.
Sensibilización en la construcción social de las demencias	32.000	Piezas comunicacionales y campañas de sensibilización realizadas por las SEREMI. El gasto corresponde a la continuidad del financiamiento actual.
Tratamiento de salud mental para familiares/cuidadores en el nivel de especialidad	196.156	Remuneración de RRHH a contrata de equipos de salud mental del nivel de especialidad ambulatoria. El gasto corresponde a la continuidad del financiamiento actual.

Gastos Administrativos: 156824

Detalle gastos administrativos: Remuneraciones de RRHH contratado actualmente a contrata en Subsecretaría de Redes Asistenciales y Subsecretaría de Salud Pública. El gasto corresponde a la continuidad del financiamiento actual.

Total Gastos: 7673740

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 7.673.740

6.3) Gastos por Subtítulo

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

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
16	02	02	21 Gastos en personal	5.177.064	5.177.064
16	02	02	22 Bienes y servicios de consumo	1.282.503	1.282.503
16	10	01	21 Gastos en personal		715.899
16	10	01	22 Bienes y servicios de consumo		309.450
16	9	1	22 Bienes y servicios de consumo	32.000	32.000
16	10	1	21 Gastos en personal	96.089	96.089
16	10	1	22 Bienes y servicios de consumo	60.735	60.735

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 7.673.740