

Programa Atención Preferencial

Versión: 3
Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Año de inicio: 2021
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: Departamento Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria

Nombre del encargado: Nanet González Olate

Cargo: Profesional Asesor Referente Técnico área envejecimiento APS

Teléfono(s): 225689393

E-mail: nanet.gonzalez@minsal.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
------------------------	----------	----------	-----------	------	------------

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": Corresponde al compromiso del nuevo trato con personas mayores. Dentro del Plan Adulto Mejor, y el Eje Saludable.

se encuentra el Auge Mayor para facilitar el acceso, oportunidad y calidad de la atención en salud, así como la entrega de medicamentos.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: -1

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): La misión de la Subsecretaría de Redes Asistenciales es regular y supervisar el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas, normas, planes y programas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con calidad y satisfacción usuaria.

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): Posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público, mediante el refuerzo de su resolutivez y de la integralidad de la atención en base al modelo con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria, para dar una respuesta más efectiva a la población bajo control y contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la red asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población.

Señale los productos estratégicos de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): Generar las definiciones de políticas y estrategias que fortalezcan la gestión y por ende, la resolutivez de la red asistencial, con énfasis en listas de espera, fármacos, red de urgencia, rehabilitación, atención médica especializada, telemedicina, medicina transfusional, programas odontológicos, GES y calidad.

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: Con fecha 27 de julio, 2019 se publicó la ley N° 21.168 que modifica la ley N° 20.584, a fin de crear el derecho a la atención preferente a las personas adultas mayores y personas con discapacidad.

Conocida la Ley N°21.168 y reglamento emitido por el Ministerio de Salud (N° de reglamento y fecha de promulgación), desde la División de Atención Primaria se respaldará la implementación progresiva de la atención preferente a Personas Mayores y personas con discapacidad en los establecimientos de salud de Atención Primaria del país.

2. DIAGNÓSTICO

Mencione brevemente el problema o necesidad principal que afecta a la población, y que el programa intenta resolver: Necesidad de entregar una mejor atención de salud a las personas mayores y con discapacidad, priorizando el acceso y la oportunidad de atención en los centros salud de atención primaria.

Presente datos cuantitativos que permitan dimensionar el problema señalado anteriormente, caracterizando a la población afectada por el problema (población potencial), señalando datos relevantes, 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.): En el 2020, las personas de 60 años y más corresponden a 2.850.171 personas que representan un 16,2% respecto de la población total del país . La población de personas de 60 años y más beneficiarios de FONASA alcanza a las 2.640.279 personas quienes reciben atenciones de salud en los establecimientos de atención primaria, representando un 93% lo que releva la necesidad de reforzar en estos establecimientos la atención preferente instruida a través del Reglamento (DIVAP MINSAL).

A 2019 las personas de 65 años y más que se mantienen bajo control en los establecimientos de APS, en un 66% se encuentran bajo control por condición cardiovascular, un 55% se encuentra bajo control por condición de funcionalidad, distribuido en un 85% sin dependencia y un 15% con algún nivel de dependencia, un 15% se encuentra bajo control en el Programa de Salud Mental, un 12% artrosis y un 12% por enfermedades respiratorias crónicas, entre otras, lo que releva la alta vinculación de las personas mayores a los centros de salud de APS y la necesidad de fortalecer los mecanismos de atención preferente (DEIS MINSAL)

Sobre la población con discapacidad, el Estudio Nacional de la Discapacidad del año 2015, establece que la población entre 2 y 17 años se compone de un 5,8% de personas con discapacidad (PcD), cifra que se eleva al 20% para la población de 18 años y más, alcanzando a un 38,3% de la población de 60 años y más. Según tipo de déficit asociado el comportamiento entre población infanto-juvenil y adulta, es diferente teniendo mayor presencia la dificultad mental o intelectual para la población entre 2 y 17 años (27,7%) y la dificultad física para la población de 18 años y más (36,9%).

Las personas con discapacidad tienen una mayor demanda de asistencia sanitaria que quienes no padecen discapacidad, y también tienen más necesidades insatisfechas en esta esfera (OMS).

Se indican, a continuación, los problemas de la equidad en el acceso a la atención, que se concluyen del análisis presentado con los datos de la encuesta CASEN 1998 sobre los AM de 65 y más años de edad¹⁴.

Las esperas para obtener cita con el médico afectaron sobre todo a los beneficiarios de Fondo Nacional de Salud estatal (FONASA) A (estrato de más bajos ingresos), no así a los pertenecientes a FONASA B, C y D, ni los afiliados al sistema de las Fuerzas Armadas (Rev Méd Chile 2004; 132: 865-872).

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: El actual diseño de la atención de salud en los establecimientos de atención primaria no incluye un diseño diferenciado para subpoblaciones de personas mayores y con discapacidad, lo que perjudica su acceso y la oportunidad de atención en los establecimientos de salud de atención primaria, afectando el cuidado de su salud.

Existen obstáculos que limitan y entorpecen el acceso y la oportunidad de atención de las personas mayores y personas con discapacidad.

Se indican, a continuación, los problemas de la equidad en el acceso a la atención, que se concluyen del análisis presentado con los datos de la encuesta CASEN 1998 sobre los AM de 65 y más años de edad.

Desde el punto de vista de la estructura social, el concepto de desigualdad social nos remite a las diferentes maneras que tienen las personas de acceder a los recursos, y que evidencia las diferencias negativas que existen para estos dos grupos de personas, considerando que el acceso a los recursos está relacionado con las condiciones de vida de la gente (salud, hábitat, alimentación...); disponer o no de recursos condiciona su participación plena en la sociedad. Estas dos poblaciones tienen una posición desventajosa respecto al acceso a recursos y al poder que poseen dentro de la estructura social para defender sus propios intereses.

Las personas de edad avanzada o discapacitadas y pobres son más sensibles a estados de salud con deficiencias. Sus condiciones de vida son menos saludables y disponen de menos recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas y se puede afirmar que las clases sociales más desfavorecidas viven en hogares de menor calidad y peores características y servicios, lo que acentúa las consecuencias mencionadas en cuanto a acceso y oportunidad en la atención de salud.

El estado de salud, los pocos recursos económicos y el envejecimiento son tres elementos que se retroalimentan y son un impedimento para poder salir de la situación de pobreza (6-7).

La escasez de recursos económicos limita muchas veces las posibilidades que tienen para afrontar y superar sus limitaciones.

El déficit de recursos económicos unido a pocos recursos sociales conduce a situaciones de aislamiento y soledad que se traduce en una demanda de protección y ayuda para superar situaciones que van más allá de un proceso patológico concreto.

En la síntesis de los principales resultados aparece la edad como la variable más relevante en relación a los hábitos y estilos de vida, en el estado de salud, la utilización de servicios y la satisfacción que manifiestan los usuarios:

- En general los comportamientos poco saludables son menos prevalentes en las edades más avanzadas.
- El estado de salud y la calidad de vida son peores en las poblaciones de más edad.
- Las personas de más edad tienen un índice superior en la utilización de servicios sanitarios.

Se ha revisado el artículo "Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview" -estudio realizado por la Universidad Erasmus de Rotterdam (2003), en Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Gran Bretaña, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y España-, en el cual se evidencian desigualdades socioeconómicas en las personas mayores que no deben ser ignoradas: desigualdades en la salud que están condicionadas por sus características socioeconómicas previas.

En la vejez se produce el efecto sumatorio de toda una vida anterior de diferentes exposiciones a factores de riesgo.

Un deterioro del estatus socioeconómico después de los 55 años se asocia con un aumento de las enfermedades que puede presentarse hasta 20 años más tarde (GEROKOMOS 2007; 18 (1): 30-33).

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: Las personas con discapacidad y las personas mayores tienen peores resultados sanitarios, peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza más altas que el resto de la población. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios que muchos de nosotros consideramos obvios, en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información.

Las desigualdades sociales que tienen un efecto directo en la salud se incrementan con la edad y en personas con discapacidad, lo que las hace más vulnerable y genera consecuencias negativas en el estado de salud y participación social.

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: El costo tiene relación con un mayor número de requerimientos para la atención de salud, sobrecargando al sistema, cuando no se logra resolver en forma pronta y oportuna los requerimientos de cuidado de salud y atención de salud de estas poblaciones que intrínsecamente y extrínsecamente presentan mayor vulnerabilidad y por tanto peores consecuencias que otros grupos. Lo anterior se traduce en costos relacionados con prestaciones de salud, insumos, fármacos y procedimientos, entre otros desde el punto de vista sanitario y desde el punto de vista social se relacionan con la carga asociada al cuidado y la dependencia.

Proporcione evidencia de experiencias nacionales o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar el diseño de este nuevo programa 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: Convención Interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las Personas Mayores (Costa Rica, 2012); La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2005)

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Alcanzar una atención preferente e inclusiva a personas mayores y personas con discapacidad en los centros de salud de Atención Primaria.

Propósito del programa: El Programa de Atención Preferente para Personas Mayores y Personas con Discapacidad, es un programa de reforzamiento de la Atención Primaria, que tiene por propósito el logro de la atención preferente para las poblaciones antes mencionadas.

3.2) Población potencial

Descripción: Personas con discapacidad y personas mayores de 60 años inscritas en los establecimientos de atención primaria.

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 4800000

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Población inscrita válida por FONASA (FONASA, 2020) Estudio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, 2015)

3.3) Población objetivo

Descripción: La población objetivo corresponderá al porcentaje de población potencial de los centros de atención primaria que desarrollarán el programa. Los criterios para priorizar la implementación progresiva, corresponderán a centros con mayor porcentaje de población de personas mayores y personas con discapacidad. El mecanismo utilizado para ordenarlos consiste en un ranking según magnitud de población y representación de población de personas de 60 años y más, población con discapacidad y otras variables como pobreza, prioridad social, accesibilidad de servicios. Los centros beneficiarios estarán sujetos a la disponibilidad presupuestaria para la implementación.

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

Cuantifique la meta de población objetivo que se espera alcanzar en los siguientes años:

	2021	2022	2023	2024
Población objetivo	200.000	300.000	450.000	675.000

4.1) Estrategia

El programa presenta 5 componentes.

Nombre	Descripción
<p>MEDIDAS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD PARA ATENCIÓN PREFERENTE A PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD . Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)</p>	<p>Mediante acciones conjuntas entre los Servicios de Salud, los equipos de Atención Primaria y la comunidad y agrupaciones de personas mayores y personas con discapacidad, según las necesidades o requerimientos de estos, se espera lograr protocolo para la atención preferente de personas mayores y personas con discapacidad en los establecimientos de atención primaria. Identificación de población mayor que por los roles ejercidos requiere un diseño diferenciado en el proceso de entrega de horas y en horarios de citas (personas mayores con dependencia, cuidadores y personas mayores laboralmente activas y otras identificadas a nivel local, personas con discapacidad en actividades laborales o educativas). Se espera que anualmente los protocolos de atención preferente se actualicen considerando las diferentes necesidades que se presentan en la atención de personas mayores y las capacidades locales de establecer mejoras. Este componente contempla las siguientes estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mecanismo de acogida y acompañamiento integral a las personas mayores y personas con discapacidad. Disposición de variedad de mecanismos para obtención de horas con pertinencia cultural y territorial. Entrega de una agenda de salud que identifique en forma clara los días y horarios de atención y que además entregue información relevante sobre la condición de salud de las personas mayores, promoviendo su corresponsabilidad en salud y facilitando el acceso a otros beneficios. Implementación de controles integrados • Horarios preferentes de atención para personas mayores y con discapacidad. Horarios resguardados para entrega de horas de atención de salud para personas mayores. Tiempos limitados para entrega de horas de morbilidad. Resguardo de disponibilidad de agenda para consultas y controles de personas mayores y personas con discapacidad. <p>Meta de producción año 2021: 200 Centros de Salud con Protocolos de Atención Preferente Implementados</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 4.000.000.000</p>
<p>MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y CONFORT DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PREFERENTE Otro (Otro)</p>	<p>Realización de ajustes necesarios para que los centros de salud de APS dispongan de un servicio que pueda ser utilizado en condiciones de comodidad, seguridad, igualdad y autonomía por todas las personas, incluyendo a las personas mayores y con discapacidad.</p> <p>Las estrategias a desarrollar en este componente son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de espacios accesibles funcionalmente adaptados, mobiliario inclusivo, adaptación de espacios físicos y muebles para la atención de personas mayores (altura, luminosidad, información entregada en forma clara, otros), para su desplazamiento seguro al interior de los centros. Espacios adecuados para la atención de personas mayores en zonas de espera, atención y procedimientos, con medidas de accesibilidad universal y medidas para prevención de accidentes. Estructuras libres de obstáculos para el desplazamiento. Se resguarda confort de los lugares en temperatura y ventilación. Considerar además la llegada el acceso • Adaptación de mobiliario y antropométricas y de funcionalidad (altura de camillas, pasa manos, elementos de apoyo físico) • Educación e información accesible e inclusiva señaléticas que faciliten la comunicación usuario y establecimiento de salud. Elementos de apoyo para la atención de salud adaptado a características. Se disponen mecanismos de información apropiados para las personas mayores con pertinencia cultural y territorial, para facilitar el autocuidado y los estilos de vida saludable. Uso de señalética de tamaños, gráficas y contraste apropiado. <p>Meta de producción año 2021: 200 Centros desarrollan ajustes para accesibilidad universal y confort</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.000.000.000</p>

Nombre	Descripción
<p>ENTREGA PREFERENTE DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS Prestaciones de Salud (Prestaciones de Salud)</p>	<p>Consiste en la implementación de estrategias para entrega preferente presencial en el establecimiento y en domicilio a personas sujetas de atención preferente y a sus cuidadores, si corresponde, para facilitar el acceso a estos productos y la continuidad de las intervenciones sanitarias.</p> <p>Establece la entrega de medicamentos y alimentos a domicilio a personas mayores con dificultades para acceder al retiro presencial en los establecimientos de salud de aps</p> <p>Se espera con lo anterior fortalecer la territorialización del cuidado de personas mayores, el trabajo coordinado al interior del equipo de salud entre quienes realizan la atención domiciliaria, el equipo de farmacia y de la unidad de entrega de alimentos.</p> <p>Para ello se dispondrá de un reforzamiento del recurso humano a través de TENS de farmacia, que tendrá entre otras, la labor de despacho en domicilio. Se hará entrega de una nómina inicial a Farmacia, que será actualizada en forma mensual según ingresos y egresos del Programa Atención Domiciliaria.</p> <p>Este componente se desarrollará en todas las comunas o centros de salud beneficiarios de la primera etapa de implementación.</p> <p>Meta de producción año 2021: 200 Centros de Salud con entrega preferente de medicamentos y alimentos de programas alimentarios</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.000.000.000</p>
<p>MEJORAMIENTO COMPETENCIAS EQUIPOS DE SALUD PARA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD Capacitaciones / Cursos / Charlas (Asistencia técnica)</p>	<p>Consiste en identificar y abordar las brechas presentes en el equipo de salud para la atención de la población objetivo, mediante capacitaciones, asesorías técnicas tendientes a mejorar la atención del grupo objetivo durante todo el proceso, incluyendo atención administrativa, prestaciones de salud y seguimiento.</p> <p>Meta de producción año 2021: 3.000 Funcionarios de Atención Primaria capacitados en atención de personas mayores y personas con discapacidad</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 1.000.000.000</p>
<p>REGISTRO Y MONITOREO DE LA ATENCIÓN PREFERENTE Otro (Otro)</p>	<p>Consiste en la implementación de un sistema de registro para conocer los beneficiarios de la atención preferente según establece la ley de atención preferente, recibir los reportes del desarrollo del programa, los protocolos establecidos en el programa, reportes de accesibilidad y de capacitación esperados por el Programa de Atención Preferente. Considera además ser una plataforma para acceso de funcionarios de salud y beneficiarios del Programa para información de salud y atención primaria.</p> <p>Meta de producción año 2021: 200.000 Beneficiarios registrados</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 100.000.000</p>

Estrategia de intervención: El Programa consiste en la implementación de medidas para lograr la atención preferente de la población objetivo compuesta por personas mayores y personas con discapacidad, para lo cual se precisa desarrollar a nivel local mecanismos de gestión de horas de atención clínica, toma de exámenes y entrega de fármacos que resguarden la oportunidad de atención y la calidad de la misma. Para ello se intervienen los centros de salud de atención primaria en los ámbitos de gestión de citas, accesibilidad física y comunicacional, entrega de fármacos y medicamentos a población dependiente, competencias de equipos que atienden a personas mayores y registro y monitoreo de los resultados del programa.

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: El programa es de carácter permanente, la condición de persona mayor requerida para el ingreso no se revierte en el tiempo. La condición de discapacidad, según los mecanismos de acreditación establecidos por el Reglamento de Atención Preferente (pertenecer al Registro Nacional de la Discapacidad) tiene un probabilidad mínima de modificación.

¿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 no es un programa preventivo. Es un programa que establece la preferencia de atención de personas mayores y personas con discapacidad para optimizar la oportunidad y calidad de la atención en salud, referida a atenciones clínicas, entrega de medicamentos y toma de exámenes, según establece la

Ley de Atención Preferente.

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: Dentro de las medidas de gestión y clínicas para la atención preferente se debe considerar la incorporación de la familia, en particular cuidadores de personas mayores con dependencia y cuidadores de personas con discapacidad, según pertinencia.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Servicio de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Regional	Programa	Velar por la implementación y evaluación del Programa. Responsable de los convenios de transferencia de recursos con los municipios. Responsable ante MINSAL del desarrollo del Programa, aporta los referentes técnicos para guiar el programa a nivel local.	Según comunas seleccionadas para la implementación por criterios anteriormente descritos.
Municipalidades	Municipio o Corporación Municipal	Programa	Los municipios suscriben los convenios de ejecución y transferencia de recursos establecidos por los Servicios de Salud. Se encargan de desarrollar el programa, mediante la contratación de recurso humano, compra de servicios, insumos y articulaciones locales.	Según los criterios de selección antes expuestos para los centros de salud en que se implementará en forma progresiva el programa (porcentaje de población de personas mayores, población de personas con discapacidad, prioridad social, acceso a servicios, entre otros)

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	SERVICIO NACIONAL	La articulación se da entre las instituciones para favorecer la difusión y el acceso de las personas mayores al Programa y contar con la participación técnica de SENAMA en la elaboración de los contenidos de capacitación de los equipos para atención de personas mayores.
SERVICIO NACIONAL DE LA DISCAPACIDAD	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	SERVICIO NACIONAL	La articulación se da entre las instituciones para favorecer la difusión y el acceso de las personas con discapacidad al Programa y contar con la participación técnica de SENADIS en la elaboración de los contenidos de capacitación de los equipos para atención de personas con discapacidad.

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

Nombre	Nivel	Descripción
Más Adultos Mayores Autovalentes	A nivel de política pública y gestión	<p>La complementariedad se da a nivel de gestión mediante la articulación de los lineamientos técnicos para la atención integral de las personas mayores emanadas desde el MINSAL. En conjunto existirá la derivación en ambos sentidos entre los programas, pues atienden a la misma población objetivo, lo que facilita el acceso y la oportunidad de atención. El Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, se encarga de la promoción y prevención de salud y el Programa de Atención Preferente se encarga de la preferencia en las atenciones de salud en los CESFAM, lo que resulta muy relevante considerando que al menos un 64% de la población de personas mayores se controla por una enfermedad crónica.</p> <p>Desde el punto de vista de la intervención en familias con personas mayores ambos programas se potencian pues el Más Adultos Mayores Autovalentes, pesquisa situaciones familiares en que existen otras personas mayores o personas con discapacidad que ingresan al Programa de Atención Preferente.</p>
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	A nivel de política pública y gestión	<p>La complementariedad se da a nivel de gestión mediante la articulación de los lineamientos técnicos para la atención integral de las personas mayores y personas con discapacidad emanadas desde el MINSAL. A nivel de gestión territorial y local se complementan las estrategias pues el Programa Atención Preferente mejora la oportunidad de atención y el de Atención Domiciliaria ejecuta las prestaciones en el domicilio para las personas con dependencia severa. A la inversa el Programa de Atención Domiciliaria pesquisará necesidades de la población de personas con discapacidad y personas mayores en domicilio y las gestionará a través del Programa de Atención Preferente, lo que mejora el engranaje de las acciones de salud y la atención de los beneficiarios.</p>
Plan Nacional de Demencia	A nivel de política pública y gestión	<p>La complementariedad se da por la atención de la misma población objetivo para acceso a atención preferente según necesidad y para atención y manejo clínico de la persona con demencia y su cuidador por el Plan de Demencia.</p>

Nombre	Nivel	Descripción
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas No Transmisibles en Atención Primaria (FOFAR)	A nivel de política pública y gestión	La atención preferente supone entre otras el acceso preferente a fármacos, por lo que se deberá trabajar entre ambos programas la propuesta de mecanismos para orientar desde el nivel central los mecanismos de gestión integrados entre el Programa de Atención Preferente y Programa FOFAR para la entrega de medicamentos a personas mayores y personas con discapacidad.

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

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de política pública y gestión	Fondo Subsidio ELEAM (Reformulado 2018)	La complementariedad se da por la atención preferente de personas mayores residentes por parte del programa para entrega de fármacos y alimentos del Programa de Alimentación Complementaria.
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de política pública y gestión	Buen Trato al Adulto Mayor	La complementariedad se genera por la integración de las acciones tendientes a mejorar el trato de las personas mayores en los servicios públicos, compartido por ambos programas y por la colaboración de SENAMA en la entrega de conocimientos para la capacitación de funcionarios de Atención Primaria para la atención de personas mayores y desde el Programa de Atención Preferente para difusión de las nuevas estrategias y facilitación del acceso de las personas mayores.

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional de la Discapacidad	A nivel de política pública y gestión	Accesibilidad en Instituciones Públicas	La complementariedad se genera por la integración de las acciones tendientes a mejorar la accesibilidad física y comunicacional en los servicios públicos, compartido por ambos programas y por la colaboración de SENADIS en la entrega de conocimientos para la capacitación de funcionarios de Atención Primaria para la accesibilidad de personas con discapacidad y desde el Programa de Atención Preferente para difusión de las nuevas estrategias y facilitación del acceso de las personas con discapacidad.

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	El programa no presenta información.		
Pueblos indígenas	El programa no presenta información.		
Pertinencia territorial	El programa no presenta información.		
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	El programa no presenta información.		
Discapacidad	El programa no presenta información.		

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Migrantes	El programa no presenta información.		
Otra condición	El programa no presenta información.		

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: El programa no presenta información.

Mecanismos de participación y transparencia pública: El programa no presenta información.

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)
Implementación Atención Preferente en establecimientos de APS	N° de establecimientos implementan protocolos de atención preferente/N° de establecimientos de atención primaria *100 Fuente de información:				
Atención preferente en establecimientos APS	N° de personas mayores y personas con discapacidad acceden a atención preferente en los establecimientos de APS/N° de personas mayores y personas con discapacidad que acceden a atención en los establecimientos de APS *100 Fuente de información:				

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: El programa no presenta información.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: El programa no presenta información.

Indicadores a nivel de Componentes:

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

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

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: El programa no presenta información.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: El programa no presenta información.

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: El programa no presenta información.

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

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
MEDIDAS DE GESTIÓN Y ATENCIÓN DE SALUD PARA ATENCIÓN PREFERENTE A PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN LOS CENTROS DE SALUD .	4.000.000.000	
MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD UNIVERSAL Y CONFORT DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PREFERENTE	2.000.000.000	
ENTREGA PREFERENTE DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS DE PROGRAMAS ALIMENTARIOS	2.000.000.000	
MEJORAMIENTO COMPETENCIAS EQUIPOS DE SALUD PARA ATENCIÓN DE PERSONAS MAYORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD	1.000.000.000	
REGISTRO Y MONITOREO DE LA ATENCIÓN PREFERENTE	100.000.000	

Gastos Administrativos: El programa no presenta información.

Detalle gastos administrativos: El programa no presenta información.

Total Gastos: 9100000000

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 9.100.000.000

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:

El programa no presenta información.

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 0