

# EVALUACIÓN PROGRAMA CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

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

Agosto, 2021



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS

**EVALUACIÓN PROGRAMA  
CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON  
DEMENCIA**

DIVISIÓN DE CONTROL DE GESTIÓN PÚBLICA

Dirección de Presupuestos – DIPRES © 2021 DIPRES

Directora de Presupuestos: Cristina Torres Delgado  
Jefe de División Control de Gestión Pública: Slaven Razmilic  
Burgos

Equipo a cargo de la publicación: Tania Hernández J., Jimena Federici V. y María José Pérez S., bajo la conducción de Rodrigo Díaz M. (Jefe del Departamento de Evaluación). La evaluación contó con el apoyo de María Josefa Palacios N., como colaboradora externa. Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de Evaluación Focalizada de Ámbito (diseño e implementación) de acuerdo con lo establecido en el Decreto Exento N° 323, del 15 de octubre de 2020, del Ministerio de Hacienda.

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

Se autoriza su reproducción siempre y cuando se haga referencia explícita a la fuente.  
Para referenciar emplear el siguiente formato:  
DIPRES (2021). Evaluación Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. Informe Final. División de Control de Gestión Pública. Santiago, Chile.

Registro de Propiedad Intelectual: Pendiente.

ISBN: Pendiente.

Diseño y Diagramación: Cristian Salas L



# EVALUACIÓN PROGRAMA CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA



# ÍNDICE



## ÍNDICE

|   |    |
|---|----|
| <b>I. INTRODUCCIÓN</b>  | 4  |
| <b>II. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN</b>   | 8  |
| <b>III. METODOLOGÍA</b>   | 10 |
| <b>IV. ANTECEDENTES</b>   | 14 |
| 4.1 Justificación del Programa  | 15 |
| 4.2 Plan Nacional de Demencia y GES Alzheimer y otras Demencias   | 20 |
| 4.3 Descripción del Programa  | 26 |
| 4.4 Población Potencial y Objetivo  | 30 |
| 4.5 Antecedentes Presupuestarios  | 34 |
| <b>V. RESULTADOS</b>  | 38 |
| 5.1 Diseño  | 39 |
| 5.1.1 Análisis de la Estrategia del Programa  | 39 |
| 5.1.2 Relaciones con Oferta pública   | 44 |
| 5.2 Implementación  | 50 |
| 5.2.1 Análisis de Focalización  | 50 |
| 5.2.2 Eficacia a Nivel de Producto  | 54 |
| 5.2.3 Monitoreo y Seguimiento del Servicio Entregado  | 59 |
| <b>VI. CONCLUSIONES</b>   | 62 |
| <b>VII. RECOMENDACIONES</b>   | 66 |
| <b>VIII. BIBLIOGRAFÍA</b>   | 68 |
| <b>IX. ANEXOS</b>   | 72 |
| Anexo 1. Pauta de Entrevistas   | 73 |
| Anexo 2. Flujograma de Atención Plan Nacional de Demencia   | 77 |
| Anexo 3. Listado Específico de Prestaciones GES N°85  | 78 |
| Anexo 4. Flujograma de Atención Centro de Apoyo Comunitario<br>para Personas con Demencia                 | 81 |
| Anexo 5. Programas Complementarios al Programa Centros de Apoyo Comunitario<br>para Personas con Demencia | 82 |
| Anexo 6. Prestaciones Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia                             | 85 |

# I. INTRODUCCIÓN



## I. INTRODUCCIÓN

El presente informe corresponde a la Evaluación Focalizada de Ámbito de Diseño e Implementación del Programa “Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia” de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, que cubre el período 2017 a 2020.

El Programa “Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia”<sup>1</sup> (CACPD) busca atender a las personas que sufren de demencia, enfermedad que se define como un síndrome clínico de deterioro cognitivo adquirido. Para esto, el programa implementa los CACPD, que en su diseño vigente entre los años 2015 y 2019, atendían a personas que presentaban demencia leve-moderada, desarrollando un programa clínico y psicosocial con usuarios que presentaban esta condición, incluyendo a sus familiares/cuidadores y contexto comunitario, con la finalidad de atenuar el deterioro cognitivo, mantener funcionalidad e integración social de estos usuarios. En octubre de 2019, se incorpora al GES la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y los CACPD pasan a ser prestadores públicos del Tratamiento de Alta Complejidad de este problema de salud, por lo que se reformula el programa y se modifica la población objetivo, considerando a la diada de personas con demencia que requieran un tratamiento a nivel de especialidad, y su cuidador.

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

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

Específicamente, esta evaluación corresponde a los ámbitos de diseño e implementación<sup>2</sup>. En relación al ámbito de diseño, la evaluación se enfoca en: i) el análisis de la estrategia, revisando si el programa se hace cargo del problema por el cual fue creado, si la modalidad del servicio es adecuada y si está dirigido a la población afectada por el problema; ii) identificación de otras estrategias o programas que aborden el mismo problema o parte de él, analizando si existen duplicidades o espacios para mayor complementariedad o coordinación. En relación al ámbito de implementación, la evaluación se centra en: i) la focalización, analizando los criterios correspondientes y evaluando si están adecuadamente aplicados (focalización efectiva);

<sup>1</sup> El programa tuvo inicialmente el nombre “Centros Diurnos de Apoyo a Personas con Demencia”.

<sup>2</sup> Se excluye de la presente evaluación, por lo tanto, el ámbito de costos.

ii) el análisis de la implementación, evaluando eventuales brechas entre el diseño teórico y su ejecución.

De este modo, y en el marco del alcance de las evaluaciones focalizadas de ámbito, es que esta evaluación se ha fijado como objetivo general: "Evaluar el diseño e implementación de los servicios entregados por el programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, enfocando el análisis en la estrategia, en la focalización efectiva y en la relación con la oferta pública existente".

Para el cumplimiento de este objetivo, la evaluación utiliza una metodología mixta, en base a fuentes de información primarias y secundarias. En el caso de la información primaria, se analizaron normas y orientaciones técnicas oficiales del Ministerio de Salud y se aplicaron entrevistas cualitativas semi estructuradas a actores clave, mientras que la información secundaria proviene de documentos de antecedentes y bases de datos del programa. El detalle de esta información se entrega más adelante en la sección "Metodología".

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

El tercer capítulo hace referencia a los antecedentes del programa, en el que se proporciona información de contexto y de diseño del programa, extraída principalmente de documentos oficiales entregados por el programa, en el marco de esta evaluación. En este apartado se encuentra información específica sobre: 1) Justificación del programa, 2) Contexto de la política de demencia, 3) Descripción del Programa, 4) Definición, cuantificación y caracterización de la población potencial y objetivo del programa y 5) Antecedentes presupuestarios.

El cuarto capítulo corresponde a los resultados de la evaluación. Estos están organizados en dos subcapítulos. El primero, correspondiente a la evaluación de diseño, ahonda en el análisis de la estrategia del programa y luego en las relaciones con la oferta pública, considerando programas articulados y complementarios con el programa evaluado. En el segundo subcapítulo se evalúa la implementación del programa, con un análisis de la focalización del programa, su eficacia a nivel de producto y un análisis sobre monitoreo y seguimiento del servicio entregado.

El quinto capítulo hace referencia a una síntesis de la evaluación y recomendaciones para ser consideradas por el programa, en base a la información recogida en la presente evaluación.



## II. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN



## II. OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

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

### OBJETIVO GENERAL

Evaluar el diseño e implementación de los servicios entregados por el programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, enfocando el análisis en la estrategia, en la focalización efectiva y en la relación con la oferta pública existente.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la estrategia del programa, considerando los recursos disponibles y la posibilidad de escalamiento.
- Evaluar la pertinencia y relaciones del programa con la oferta pública existente, orientada a una población potencial similar, en el marco de las políticas vigentes.
- Analizar la focalización efectiva del programa, considerando los recursos disponibles y la posibilidad de escalamiento.
- Evaluar la implementación del programa, analizando su eficacia a nivel de producto, las brechas respecto a su diseño y problemas o limitantes operativos que enfrenta.

# III. METODOLOGÍA



### III. METODOLOGÍA

Para cumplir con los objetivos de la evaluación se realizó un levantamiento de información primaria y secundaria.

La información primaria corresponde a normas y orientaciones técnicas oficiales del Ministerio de Salud, así como a reuniones de trabajo y entrevistas cualitativas semiestructuradas a actores involucrados en los 3 niveles de implementación del programa, en las que se recogió información y opiniones que permiten configurar un juicio evaluativo del programa de orden cualitativo. Estos niveles consisten en:

- a) Nivel macro, que corresponde al equipo encargado del Programa en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, responsable del diseño del programa, entrega de orientaciones y realización de seguimiento.
- b) Nivel meso, que corresponde a los Servicios de Salud, encargados de administrar los recursos traspasados por el Ministerio de Salud, monitorear la ejecución de recursos en los establecimientos del nivel secundario<sup>3</sup> y realizar un acompañamiento técnico del quehacer de los centros.
- c) Nivel micro, que corresponde a los encargados de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD), quienes están involucrados directamente en la implementación y prestación de servicios por parte del Programa.

Por otra parte, se analizó información secundaria del programa, la cual corresponde a bases de datos estadísticas disponibles, publicaciones, indicadores de desempeño de los programas, de asignación y ejecución presupuestaria, entre otros.

A partir de la sistematización y estudio de toda esta información se realizó el análisis y se formularon los juicios evaluativos respecto al diseño e implementación del programa para el periodo 2017-2020.

Respecto del levantamiento de información primaria, se realizaron entrevistas al equipo encargado de cinco CACPD, de las comunas de Osorno, El Bosque, Los Andes, Coquimbo y Temuco, abarcando de esta forma, la mitad de los centros en funcionamiento, con un criterio de dispersión geográfica y variedad de fechas de entrada en funcionamiento. Se entrevistaron además a los equipos de salud mental de los Servicios de Salud de Osorno, Metropolitano Sur y Araucanía Sur. Debido a la contingencia sanitaria producto de la pandemia por COVID-19, todas las reuniones y entrevistas fueron realizadas de manera remota, sin tener la posibilidad de visitar presencialmente los centros.

<sup>3</sup> Pertenecen a este nivel los establecimientos que brindan atención ambulatoria como los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) y otros centros de especialidades

Las entrevistas semiestructuradas realizadas, cuya planilla general se encuentra disponible en el Anexo 1, considera los siguientes tópicos generales: 1) Contexto de Contingencia Sanitaria; 2) Contexto General del Programa y Actores; 3) Proceso de Ingreso, Tratamiento y Egreso de Usuarios; 4) Monitoreo y seguimiento del Programa; 5) Evaluación general y futuro del Programa. Toda la información procesada fue tratada confidencialmente.



# IV. ANTECEDENTES



## IV. ANTECEDENTES

En el presente capítulo se abordan algunos ejes asociados al diseño y antecedentes generales del programa Centros de Apoyo Comunitario a Personas con Demencia. El primer acápite hace referencia a la justificación de la existencia del programa, ahondando en algunos antecedentes generales de contexto de la demencia. Luego se analiza cómo se inserta en la política de salud mental vigente durante el período de evaluación. A continuación, se presenta la estrategia del programa, caracterizando su oferta, para finalmente presentar antecedentes sobre su población potencial y objetivo durante el período de evaluación, así como antecedentes presupuestarios.

### 4.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROGRAMA

Chile es un país envejecido, lo cual presenta una serie de retos al Estado y a la sociedad chilena, sobre todo en lo referido a mantener y/o aumentar la calidad de vida de las personas mayores y resolver las situaciones que los afectan, como el aumento de la prevalencia de la demencia entre las personas mayores (Abusleme et al., 2014; OCDE, 2014; en MINSAL 2016).

Al 2015 las personas mayores representaban el 17,5% de la población, equivalente a 3.075.603. Por otra parte, el índice de envejecimiento, que compara la población de niños entre 0 y 14 años con la población de 60 y más años, ha mostrado un aumento progresivo, al punto que las estimaciones indican que ambos grupos etarios se igualarán el año 2023 (CASEN, 2015; INE-CEPAL, 2015; en MINSAL 2016).

Por otra parte, las proyecciones para el año 2050 revelan que porcentualmente las personas mayores (60 años y más) se duplicarán, alcanzando al 32% de la población nacional (6.942.883), (INE, 2017; en DIPRES, 2020) porcentaje superior a las estimaciones del envejecimiento de la población mundial, que alcanzará a un 22% (2.000 millones) a ese año (OMS, 2020). Chile estará dentro del conjunto de países que, al 2050 tendrá un porcentaje superior al 30% de personas mayores, junto con Japón, casi todos los países de Europa, Canadá, China, la Federación de Rusia, República de Corea, República Islámica de Irán, Tailandia y Vietnam (OMS 2015. Cap. 3, en DIPRES, 2020).

Con el avance de la edad aumenta significativamente el riesgo de demencia, asociado al aumento de otros factores de riesgo como la hipertensión, diabetes, menor contacto social, el tabaquismo, la obesidad, el nivel de escolaridad, el sexo y la ruralidad, entre otras variables (Jen-Hau Chen et al., 2009).

La demencia es una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales, acompañada de síntomas cognitivos, psicológicos y cambios conductuales. Estos síntomas repercuten en la capacidad de las personas para realizar actividades habituales, pudiendo requerir apoyo de terceros e incluso comprometer su autonomía y participación familiar y social (Minsal, 2017).

Esta condición puede afectar a mujeres y hombres de todos los niveles socioeconómicos (no afecta a población infantoadolescente), sin embargo, presenta una mayor prevalencia en las personas adultas mayores de 75 años y más (SENAMA, 2009; en Minsal 2016), no siendo necesariamente una consecuencia normal del envejecimiento. Las demencias en las personas más jóvenes presentan una menor prevalencia (alrededor de un 2% de acuerdo a cifras de la OMS), pero una mayor severidad, acrecentándose la complejidad de esta condición, tanto a nivel personal como familiar (OMS, 2013; en Minsal 2016).

En el mundo existen más de 50 millones de personas con demencia, lo que representa un incremento de un 147% en las últimas dos décadas. Con una prevalencia mayor en mujeres para la enfermedad de Alzheimer y mayor prevalencia en hombres en las demencias vasculares, el año 2016 la demencia fue la quinta causa de muerte en el mundo, generando más de 2,4 millones de fallecimientos al año. En los países occidentales, la prevalencia de la enfermedad de Alzheimer aumenta desde el 1-3% entre las personas de 60-64 años hasta el 35% entre los mayores de 85 años (Jen-Hau Chen et al., 2009). A nivel global, las demencias generan 28,8 millones de años de vida perdidos por discapacidad, causando gran impacto social y económico (Nichols, 2016; Universidad de Chile, 2020).

En Chile, la prevalencia de la dependencia en las personas mayores es del 21,5% de la población nacional de 60 años y más; y la fracción de la dependencia atribuible a demencia es de 38,8% (SENAMA, 2011; en MINSAL, 2017). Por otra parte, el año 2010, la prevalencia de la demencia en Chile de la población de 60 años y más fue de 7,1% (7,7% en mujeres y 5,9% en hombres), la que en el tramo 60-64 años alcanzó 4,5%, marcando una clara tendencia al alza desde el tramo 75-79, en el que la prevalencia fue de 13%; la del tramo 80-84, fue de 26,3%, y la de las personas con 85 años o más, de 36,2% (Albala, 2014). Las demencias ocupan el tercer lugar de enfermedades causantes de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en los mayores de 65 años. Entre los años 1990 y 2010, presentaron un incremento, de casi 4 veces, de años de vida perdidos por muerte prematura (MINSAL, 2017). Con 3.432 defunciones anuales, la demencia representa la sexta causa específica de muerte (OPS 2014, en Slachevsky et al., 2016).

En Chile, se estima que el 1,06% de la población (200.000 personas) presenta algún tipo de demencia (Slachevsky et al., 2012, en MINSAL, 2017). Se proyecta que al 2050 el 3,1% de la población (entre 533.000 y 626.000 personas) tendrá Alzheimer u otra demencia (Fuentes 2014; Nitrini et al., 2019; Slachevsky et al., 2012; en Universidad de Chile, 2020). En ese contexto, entre los años 1990 y 2010, la cantidad de años de vida saludable perdidos por presentar una demencia incrementó en más del 200% (Murray et al., 2012; en Universidad de Chile, 2020).

## IMPACTO EN LOS CUIDADORES

A medida que la demencia avanza, la persona que la padece requiere una mayor asistencia y supervisión en las actividades de la vida diaria. Al res-

pecto, la labor de cuidador de la persona mayor dependiente, en la mayoría de los casos, es realizada por un cuidador informal no remunerado, usualmente un familiar, de sexo femenino. El 95% de los cuidadores son parientes, entre los cuales se destacan las hijas(os) (44%), seguido por los cónyuges (23,8%), remarcando el hecho que la mayor parte del cuidado es ejercido por mujeres (89,6%). El 92% no recibe remuneración por el cuidado. En relación a las edades, el 50% tiene 52 años o más y el 30%, 62 años y más (Albala, 2011; en Minsal, 2017).

El 47,4% de los(las) cuidadores(as) lo ha hecho por más de 5 años y casi el 20% de ellos(ellas) ha ejercido esta labor por más de 15 años. El 45% proporciona el cuidado durante todo el día, sin diferencia por género. El 47,2% comparte con otras personas el cuidado del adulto mayor, sin embargo, la situación es diferente entre hombres cuidadores - que reciben ayuda en el cuidado en el 64,8% de los casos- y mujeres cuidadoras que comparten el cuidado solo en el 43,8% de los casos. En cuanto a las vacaciones, casi en la mitad de los casos han transcurrido al menos 6 años desde las últimas vacaciones y en un 25% de los casos han transcurrido 10 o más años desde las últimas vacaciones (Albala, 2011; en Minsal, 2017).

Cuando el cuidado se lleva a cabo en condiciones de pobreza, sin descansos, capacitación ni recursos para la atención, hay un alto riesgo de morbilidad asociada, derivada de incumplimiento de los programas preventivos de salud, aumento de los índices de depresión y disminución de la inmunidad. El riesgo de abandono y malos tratos se incrementa también con un cuidador abrumado.

Los problemas más frecuentes percibidos por los cuidadores corresponden a "la falta de tiempo para ellos/as mismos" (18,6%). Le siguen los "problemas de salud" (12,1%), las "dificultades económicas" (11,1%) y "agotamiento físico y/o psicológico" (10,3%). Para quienes cuidan a postrados, el agotamiento físico y psicológico aumenta hasta en un 20%. (Minsal 2017).

En relación a cómo se ve afectada la salud de los cuidadores, destacan los trastornos de salud mental en 46,7% de ellos y la percepción de alta sobrecarga en un 63%, viendo también mermadas sus capacidades laborales (Slachevsky et al., 2013, en Universidad de Chile, 2019). Respecto de esto último, el estudio CuideMe realizado en Chile en 291 cuidadores informales, mostró que 12.7% de los cuidadores debió dejar de trabajar para asumir su rol de cuidador y 47.3% de los cuidadores con trabajo remunerado tuvo que reducir sus horas de trabajo por su rol de cuidador (Slachevsky, Arriagada, Maturana, & Rojas, 2012; en SENAMA, 2015). En un estudio más reciente, se menciona que en Chile el 72% de las mujeres que cuidan a un familiar adulto mayor no están en el mercado laboral. Las principales razones esgrimidas de ello son: el elevado costo de externalizar el cuidado, dificultades para encontrar un trabajo flexible no precario, un conflicto entre la percepción de feminidad con la combinación del cuidado y trabajo remunerado, y falta de apoyo público y/o social (Palacios et al., 2020).

Cabe destacar que el cuidado y tratamiento de las demencias no sólo impacta a cuidadores informales, sino que también sobrecargan a los equipos sociosanitarios, sobre todo en contextos de escasa formación en el

diagnóstico y manejo de estos pacientes (Spector, Revolta, Orrell, 2016, en Universidad de Chile, 2020).

## **EL COSTO DE LAS DEMENCIAS**

El gasto asociado a las demencias incluye costos directos e indirectos. El costo directo corresponde a los gastos médicos (consultas médicas, medicamentos y exámenes) y los costos sociales (costos de institucionalización, pago de cuidadores profesionales, entre otros). El costo indirecto, en tanto, corresponde al gasto asociado a los cuidados aportados a personas con demencias por cuidadores no remunerados, las que, en su mayoría, son mujeres.

Según un estudio realizado el año 2017, en nuestro país las demencias tienen un costo de 17.559 dólares al año por paciente, donde un 75% corresponde al cuidado informal (costos indirectos), asumido en gran parte de los casos por familiares, que a su vez mayoritariamente son mujeres. Por su parte, los costos médicos directos representan el 20%, mientras que los costos sociales directos representan el 5%. El valor anual es bajo en comparación con el de países de altos ingresos (US\$39.595). Los autores señalan que el nivel socioeconómico (NSE) es un determinante clave en el costo de la demencia. En ausencia de acceso universal al tratamiento, parte del costo social de la demencia puede mantener o aumentar la desigualdad de ingresos y de género (Hojman et al., 2017).

El costo mensual promedio está inversamente relacionado con el nivel socioeconómico (NSE), lo que se debe en gran medida a los costos indirectos. En el caso de las personas de alto NSE, es de 1.083 dólares y de bajo NSE es de 1.588 dólares (Hojman et al., 2017).

Factores como costos, necesidad de cuidado permanente, entre otros, convierten a las demencias en una enfermedad que provoca una importante inequidad.

## **SERVICIOS E INTERVENCIONES PARA LOS DISTINTOS ESTADIOS DE DEMENCIA**

La evidencia internacional da cuenta que el diagnóstico oportuno y un tratamiento integral de la demencia, que incluye intervenciones psicosociales con apoyo de tratamiento farmacológico, ayuda a que las personas que tienen estos problemas y sus entornos puedan reducir los efectos negativos de la enfermedad, pudiendo mantener por mayor tiempo la funcionalidad, disminuyendo síntomas conductuales y disminuyendo la sobrecarga del cuidador (Lancet, 2017; en MDSyF 2020). El diagnóstico precoz puede disminuir mucho los costos médicos y de atención a largo plazo, especialmente si éste se realiza en la fase de deterioro cognitivo leve, en lugar de en la fase de demencia (Marasco, 2020).

Los servicios e intervenciones son diferentes en cada etapa de la demencia. En el caso de los pacientes con demencia severa, se requiere un apoyo más

intensivo para proporcionarles más asistencia en el cuidado personal, la movilidad y la protección, el transporte y las tareas domésticas (Huan et al., 2015). La demencia en su etapa avanzada tiene un profundo impacto en el individuo y su familia. Por otra parte, los cuidados que requieren estas personas y las necesidades de enfermería son complejos (Brown et al., 2019).

En el caso específico de la enfermedad de Alzheimer (EA) severa, los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia son cada vez más frecuentes y graves. Dado esto, la persona necesita cuidados y asistencia a tiempo completo para las actividades básicas de la vida diaria, como bañarse, vestirse e ir al baño. Estos pacientes requieren un estrecho seguimiento por parte de los profesionales de la salud, lo que puede implicar visitas de médicos al menos cada 4 meses, o al menos cada 3 meses, si se utiliza terapia farmacológica (Herrmann, Gauthier, 2008).

Se ha demostrado que algunas modalidades no farmacológicas, que deben iniciarse antes que las farmacológicas, mejoran la cognición en pacientes con EA (Marasco, 2020). Entre las intervenciones no farmacológicas que pueden ser de beneficio para personas con EA severa se cuentan el manejo conductual de la depresión, la terapia psicomotora, los programas de educación para los cuidadores y el personal de la salud, para que aprendan a reconocer los problemas de conducta y enseñarles técnicas de modificación de ésta. La musicoterapia y la estimulación multisensorial controlada son útiles durante las sesiones de tratamiento, pero no se han demostrado beneficios a largo plazo. A pesar de ello, y de la falta de evidencia sólida a su favor, las intervenciones no farmacológicas se recomiendan como terapias de primera línea, dadas las dudas de seguridad asociadas a las terapias farmacológicas (Herrmann, Gauthier, 2008).

Al respecto, los pacientes con EA a menudo ingieren medicamentos que deterioran la cognición y pueden acelerar la trayectoria de la enfermedad, incluyendo benzodiazepinas, anticolinérgicos y otros fármacos psicotrópicos. Dado que el precepto rector en el cuidado de los adultos es "no hacer daño", evitar estos fármacos es una estrategia crucial para preservar la cognición (Marasco, 2020).

En cuanto a los cuidadores familiares de personas con demencia, independiente de la etapa en que se encuentren, es necesario ofrecerles programas de apoyo y consulta, ya que, por lo general, no están preparados de forma óptima para entregar cuidados a este tipo de pacientes (Huei-Ling et al., 2015). Además, especialmente aquellos que cuidan personas con EA severa, debido a la pesada y continua carga de los cuidados, deben ser evaluados periódicamente en cuanto a su estado físico y emocional, en especial el grado de estrés que experimentan (Herrmann, Gauthier, 2008).

Por otra parte, se ha demostrado la eficacia de los programas de educación para el personal salud y cuidadores de pacientes con EA severo, entre otros, para enseñarles a reconocer problemas de conducta y técnicas para su modificación (Herrmann, Gauthier 2008). En el caso específico del personal de salud que trabaja con personas con demencia severa, es importante que aprendan a trabajar con las fortalezas de los pacientes, con las funciones que aún conservan, con sus conexiones emocionales y a ser receptivos a

las expresiones no verbales de sus necesidades, lo cual ayuda a que tanto los pacientes como sus familiares puedan vivir lo mejor posible (Brown et al., 2019).

## OFERTA PÚBLICA PREVIO A LA INSTALACIÓN DEL PROGRAMA

Según lo señalado en Informe de detalle de Programas Sociales, Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en Chile hasta antes de la implementación del Plan Nacional de Demencia, no existía una oferta específica de atención para esta condición en el nivel de especialidad, lo que tenía asociado lista de espera no resuelta, bajo desafío del equipo de salud para su intervención o intervenciones no acordes a las necesidades de progresión de la enfermedad (Minsal, 2017).

Hasta el año 2015, el bajo acceso a la red sanitaria de salud de la díaada compuesta por persona con demencia y su cuidador(a) principal, se reflejaba en que sólo un 5,6% de la población potencial de personas con demencia se atendía en la red pública de salud (8.916 de 160.400 usuarios) (DEIS, 2015; en MDSyF 2020). Esto se traducía en una red insuficiente para la atención de esta condición y falta de competencias en los equipos para brindar una atención integral y continua en la red a personas con demencia y sus cuidadores. Cuando se inicia el programa CACPD en el año 2015 se presentaba una baja cantidad de personas con diagnóstico de demencia en tratamiento en el nivel de especialidad en salud mental, inferior a 4.000 personas (REM Serie P, DEIS Minsal, 2014; en MDSyF 2020), sumado a malos diagnósticos, altas listas de espera para confirmación diagnóstica y personas sin atención para este problema.

## 4.2. PLAN NACIONAL DE DEMENCIA Y GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

En su Programa de Gobierno de 2014-2018, la Presidenta Bachelet comprometió generar un Plan Nacional de Demencias (Alzheimer) y la creación gradual de 15 centros piloto de atención (centros diurnos, uno por región), como dispositivos especializados, con dependencia técnica de los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de las comunas, que trabajaran en red con la atención primaria.

En este contexto, el año 2015 se creó el programa "Centros Diurnos para Personas con Demencia" que posteriormente se llamaría Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. El programa se inició el año 2015 solamente en la Región Metropolitana<sup>4</sup>, para luego ampliar gradualmente su cobertura, hasta llegar a 7 centros funcionando y atendiendo a usuarios en el año 2017.

<sup>4</sup> El programa se basó en experiencia internacional, así como en la experiencia del Centro de Día para la atención de las Demencias Kintún, piloto financiado por SENAMA y con dependencia técnica del COSAM de Peñalolén.

En octubre de 2017, el Ministerio de Salud lanzó el Plan Nacional de Demencia, el cual fue producto de una construcción conjunta de representantes de ambas Subsecretarías del Ministerio de Salud<sup>5</sup>, así como de SENAMA y SENADIS, sociedades de profesionales del área de la salud y universidades, entre otros.

Además de entregar distintos antecedentes que justifican la existencia de un Plan Nacional de Demencia, de orden epidemiológico, de costos, éticos y jurídicos, el Plan Nacional de Demencia presenta una revisión de iniciativas internacionales y nacionales para el abordaje de las demencias y presenta un Plan de Acción que consta de los siguientes objetivos, cada uno de los cuales tiene asociadas acciones, actores y plazos de implementación:

1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias.
2. Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia<sup>6</sup>.
3. Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y de diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno para que sea implementado en las redes locales.
4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia de los actores sociales y sanitarios.
5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan.
6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad.
7. Considerar las demencias y envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.
8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias.
9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno entorno a las demencias.

Cabe observar que, asociado al objetivo 2, se menciona la acción "Creación de clínicas de memoria en atención secundaria, equipos multidisciplinarios con recursos físicos y humanos suficientes para asegurar un adecuado diagnóstico; tratamiento de casos de mayor complejidad; coordinación con otros dispositivos de atención." Además, el objetivo 3 tiene asociadas, entre otras, las acciones de "Implementar centros de apoyo diurno para las personas mayores que viven con demencia y su entorno próximo, para favorecer su participación social, promover habilidades remanentes y el respiro de las familias" e "Implementar equipos transdisciplinarios especializados en el

<sup>5</sup> Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales

<sup>6</sup> Un sistema de referencia y contrarreferencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. (Sistema de Referencia-Contrarreferencia, del Departamento de Gestión de Procesos Clínicos Asistenciales de la División de Gestión de Redes Asistenciales de la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Extraído de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9\\_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/9_NORMA-DE-REFERENCIA-Y-CONTRAREFERENCIA.pdf))

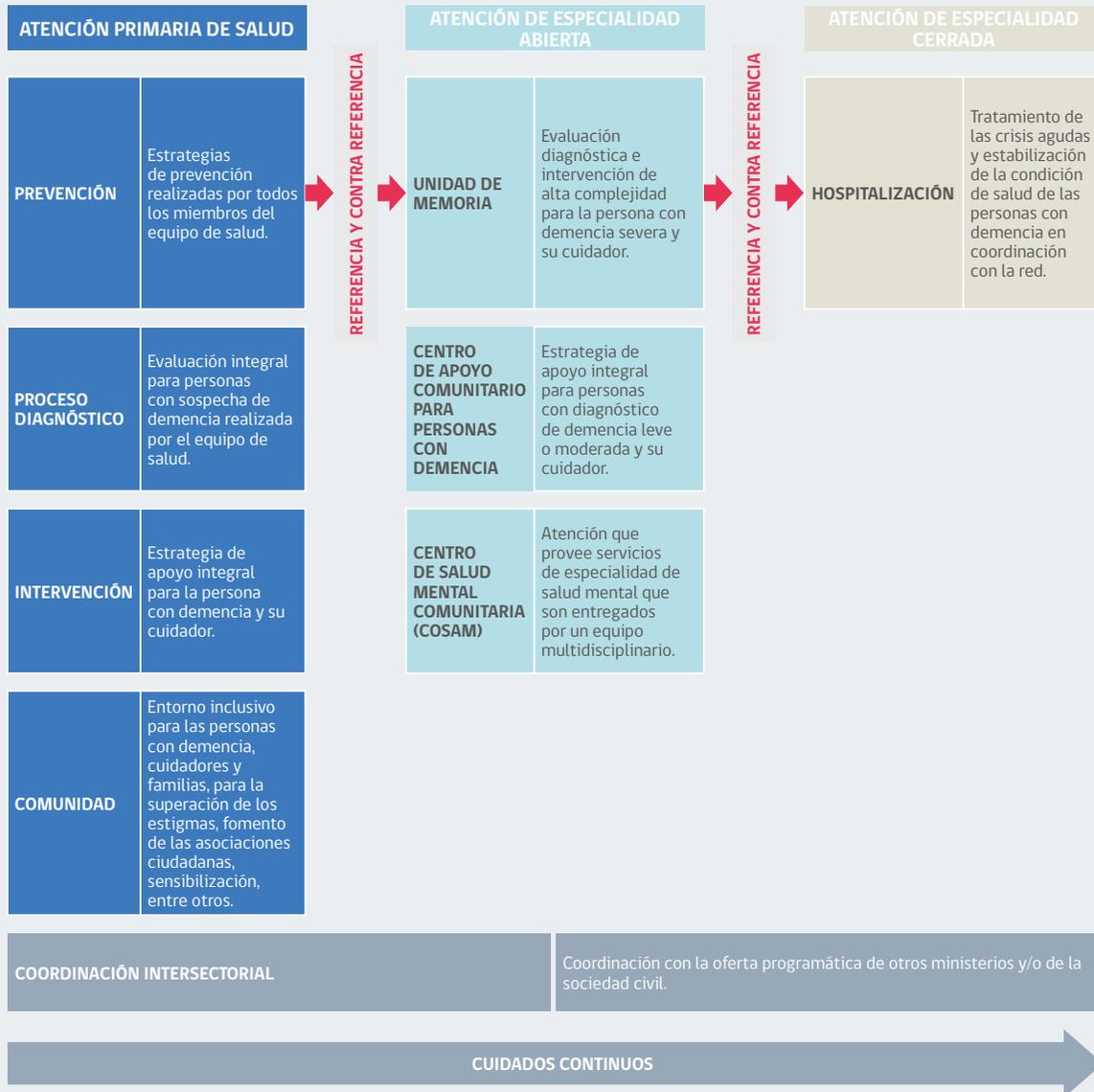
tratamiento de los trastornos de la conducta y psicológicos moderados a severos a nivel secundario y terciario”.

El Plan Nacional de Demencias establece cuatro ejes de acción:

- La atención socio sanitaria para personas con demencia y su entorno en el nivel primario de salud.
- La atención socio sanitaria en el nivel de especialidad, a través de las Unidades de Memoria en los hospitales de mediana y alta complejidad, en complemento con el Programa Centros de Apoyo Comunitario para personas con demencia.
- La sensibilización en la construcción social de las demencias.
- Y las intervenciones psicosociales con familiares y cuidadores.

El modelo de atención socio sanitaria propuesto por el Plan Nacional de Demencial en 2017 se resume en la ilustración a continuación:

### ILUSTRACIÓN 1. DIAGRAMA DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA PARA EL ABORDAJE DE LAS DEMENCIAS, PLAN NACIONAL DE DEMENCIA DE 2017



Fuente: Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Demencia.

El Plan establece que la persona con demencia ingresa por aplicación de Examen de Medicina Preventiva, a nivel de Atención Primaria de Salud (APS), en base al cual se deriva a equipo de especialistas en demencia, que realiza el diagnóstico y evalúa si se puede mantener al usuario en APS o si éste debe ser derivado a atención secundaria, dado un nivel de complejidad mayor y la necesidad de una atención más especializada. De acuerdo al perfil de la persona, ésta podría ingresar a un centro diurno o a una unidad o

clínica de memoria. Este proceso lo acompaña un facilitador intersectorial, quien también se preocupa de acompañar e informar a las familias.

En el Anexo 2 se puede observar el flujograma del modelo de atención del Plan Nacional de Demencia, en que se detallan los distintos niveles de atención de la red, mecanismos de coordinación y etapas del proceso de atención integral de las personas con demencia, de acuerdo a las Orientaciones Técnicas del Plan Nacional de Demencia.

De acuerdo a la información proporcionada en el informe de seguimiento de oferta del Ministerio de Desarrollo Social y Familia del año 2017, respecto del Programa Plan Nacional de Demencia, las comunas en que se implementaría el plan serían las mismas donde se habían implementado los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia en años 2015-2016 y corresponden a “los mismos territorios donde MIDESO implementará el Sistema Nacional de Cuidados, para así brindar una atención sociosanitaria integral”.

Aunque el Plan Nacional de Demencia estableció de esta manera una política de salud mental con miras a instalarse a lo largo del territorio nacional, se encontraban funcionando al 2018 solamente 10 CACPD y 3 Unidades de Memoria en el país.

En su programa de Gobierno 2018-2022, el Presidente Sebastián Piñera comprometió crear la garantía AUGE Adulto Mayor, en función de los requerimientos y necesidades específicas de las personas mayores, dándoles prioridad de acceso, oportunidad y transporte a los servicios, centros y tratamiento. También se comprometió evaluar incorporar la patología de Alzheimer en su fase temprana.

En este contexto, en octubre de 2019 el Decreto N°22 del Ministerio de Salud estableció la incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema de salud N°85 de Garantías Explícitas de Salud (GES). El Decreto garantiza que todas las personas<sup>7</sup> con sospecha fundada de Alzheimer y otras demencias<sup>8</sup>, accedan a diagnóstico y tratamiento, tanto en la red pública como en las redes de prestadores privados.

Las prestaciones garantizadas para las canastas de diagnósticos y tratamientos se resumen en la tabla a continuación<sup>9</sup>. Cabe observar que el GES contempla prestaciones garantizadas solamente para personas con demencia y no para sus familiares o cuidadores.

7 En la práctica, dadas las características propias de este problema de salud, se consideran personas de 30 años o más.

8 Las doce enfermedades incluidas en este problema de salud son: Demencia en la enfermedad de Alzheimer; Demencia vascular; Demencia multifarcto; Otras demencias vasculares; Demencia en la enfermedad de Pick; Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; Demencia por cuerpos de Lewy; Demencias frontotemporales; Demencia en la enfermedad de Huntington; Demencia en la enfermedad de Parkinson; Demencia en la infección por VIH; Demencia en enfermedades específicas clasificadas en otro lugar.

9 El Anexo 3 da cuenta del listado completo de prestaciones garantizadas de este problema de salud.

**TABLA 1. RESUMEN DE PRESTACIONES INCLUIDAS EN GES N°85 ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS**

| CANASTA                         | PRESTACIONES  |
|---------------------------------|---|
| Diagnóstico                     | Psicodiagnóstico (aplicación de test)<br>Consultoría salud mental<br>Consultas o atenciones (médica integral en APS, psicólogo, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental)<br>Exámenes   |
| Diagnóstico diferencial         | Consultas o atenciones (integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental)<br>Ácido fólico o folatos<br>Exámenes  |
| Tratamiento mediana complejidad | Consultas o atenciones (médica integral en APS, psicólogo, enfermera, matrona o nutricionista, kinesiológica integral ambulatoria, terapeuta ocupacional, salud mental otros profesionales, visita integral de salud mental)<br>Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs.) (mínimo 8 pacientes)<br>Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)<br>Exámenes<br>Medicamentos |
| Tratamiento alta complejidad    | Consultas y atenciones (integral de especialidades y subespecialidades, psiquiatría, psicólogo, enfermera, matrona o nutricionista, salud mental por otros profesionales, fonoaudiólogo, kinesiológica integral ambulatoria, terapeuta ocupacional, visita integral de salud mental)<br>Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)<br>Exámenes<br>Medicamentos                            |

Fuente: Elaboración propia en base a Página web AUGÉ, Ministerio de Salud.

De acuerdo a lo informado por el programa, cuando se inicia el proceso de elaboración de canastas del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, se utiliza la cartera de prestaciones de los centros CACPD para la construcción y valorización de este problema de salud, pues sus acciones son la base técnica para la realización de la canasta de Tratamiento de Alta Complejidad en Demencia. En este sentido, los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, serían el prestador que en su definición técnica cuenta con todas las competencias y capacidad operativa para desarrollar el tratamiento de Alta Complejidad dentro del marco del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Con la entrada en vigencia del decreto, se genera, en la práctica, un cambio en la política de salud mental para las demencias: la atención primaria de salud pasa a hacerse cargo de los diagnósticos y tratamientos de leve y mediana complejidad, mientras que los CACPD pasan a ser prestadores públicos del Tratamiento de Alta Complejidad de este problema de salud. Por su parte, en los territorios en que no existen CACPD, o en que ya operan, pero son insuficientes para atender a toda la demanda del GES, son otros centros de la red, como Centros de Referencia de Salud (CRS)-CAE de Hospitales de Alta o Mediana Complejidad y Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), quienes han instaurado una respuesta parcial para llevar a cabo este tratamiento, para cumplir las garantías de oportunidad y continuidad de tratamiento. Asimismo, la entrada en vigencia del GES tuvo

efectos importantes en el diseño del programa CACPD, así como sobre su población objetivo, como se analizará en las secciones siguientes.

Desde el año 2019 en adelante, no se priorizó la asignación de recursos incrementales para la expansión del Plan Nacional de Demencia, manteniéndose una continuidad en los territorios en que se encontraba implementado. En efecto, el Sistema Nacional de Cuidados reporta que en 2020 llega a 62 comunas, mientras que el número de CACPD y Unidades de Memoria se ha mantenido respecto de sus niveles de cobertura del año 2018. Según lo declarado en las entrevistas, no ha habido una comunicación formal a los Servicios de Salud y CACPD respecto de que haya dejado de estar vigente el Plan, informalmente se les ha comunicado que no cuenta con recursos para seguir expandiéndolo.

### 4.3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa “Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia” (CACPD) se inició el año 2015 bajo el nombre “Centros Diurnos para Personas con Demencia”<sup>10</sup>. Según se expresa en los informes de seguimiento de programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, su fin declarado en su primera formulación era “Mejorar la calidad de vida de las personas que viven con demencia, sus cuidadores y/o familias” y su propósito, “Atenuar el impacto de la demencia en las personas adultas mayores de 60 años con demencia leve y moderada y su entorno, mediante el desarrollo de intervenciones con usuarios, cuidadores y red sociosanitaria”. A la fecha existen 10 CACPD en funcionamiento, distribuidos en 9 regiones del país.

Hasta la entrada en vigencia del Decreto N°22 del Ministerio de Salud que incorporó al GES el Alzheimer y Otras Demencias, los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia atendían a personas que presentaban demencia leve o moderada, desarrollando un programa clínico y psicosocial con usuarios que presentaban esta condición, incluyendo a sus familiares/cuidadores y contexto comunitario, con la finalidad de mantener la funcionalidad e inclusión social de estos usuarios. Estas personas ingresaban al programa por orden de llegada, sin definirse criterios de priorización para su atención.

El programa contaba con dos componentes: a) atención sociosanitaria de personas con demencia leve y moderada; y b) intervenciones psicosociales con familiares/cuidadores y contexto comunitario de personas con demencia leve-moderada.

Los servicios entregados por el centro, en el marco de cada componente, se detallan en la tabla siguiente.

<sup>10</sup> La modificación del nombre del programa se realiza el año 2017, bajo el contexto del Plan Nacional de Demencia.

**TABLA 2. COMPONENTES Y ACTIVIDADES CACPD**

| COMPONENTE  | ACTIVIDADES   |
|---|---|
| Atención sociosanitaria de personas con demencia leve y moderada  | Evaluación geriátrica integral  |
|   | Elaboración Plan Individual de Tratamiento Integral   |
|   | Intervenciones Psicosociales y Clínicas Individuales:   |
|   | Consultas de atención de morbilidad   |
|   | Consulta de salud mental  |
|   | Psicodiagnóstico  |
|   | Visitas domiciliarias   |
|   | Intervenciones Psicosociales y Clínicas Grupales:   |
|   | Actividades de la vida diaria   |
|   | Actividades basadas en la cognición   |
|   | Actividades basadas en las habilidades físicas  |
|   | Actividades basadas en la socialización y recreación  |
|   | Actividades de coordinación con red de atención primaria, mediante consultorías de salud mental   |
| Intervenciones psicosociales con familiares/cuidadores y contexto comunitario de personas con demencia leve-moderada. | Intervenciones individuales o grupales con familiares/cuidadores para aumentar estrategias de afrontamiento y cuidado, con el fin de disminuir percepción de sobrecarga en estos. |
|   | Intervenciones comunitarias en psicoeducación acerca de la demencia y desarrollo de estrategias de prevención selectiva con la comunidad en la temática de demencia.              |

Fuente: MDSyF (2017) Informe de Seguimiento Programa CACPD y Orientaciones Técnicas del Programa

En base al análisis de los resultados de la valoración geriátrica integral realizada a la persona con demencia y su familia/cuidador, evaluando factores individuales, familiares y comunitarios, el equipo del centro realiza un Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI), acorde a las necesidades de las personas con demencia y su entorno, que incluye la planificación de acciones a nivel individual, familiar y comunitario.

De acuerdo a las orientaciones técnicas del programa, el Centro también debe contratar servicios de transporte y alimentación para las personas con demencia.

Todas las actividades son guiadas y preparadas por un equipo multiprofesional, conformado por 14 personas, cuyo detalle se observa en la tabla siguiente. Cabe observar que los requisitos mínimos de personal son los mismos para todos los centros, por lo que no varían con el tamaño de la población atendida por el Servicio de Salud correspondiente<sup>11</sup>. Además, en las Orientaciones Técnicas del programa se permite que cada Servicio de Salud realice adecuaciones al equipo según la realidad local o dificultades que puedan generarse en la contratación del personal.

<sup>11</sup> Las comunas en que están instalados los centros son: Peñalolén, El Bosque, Osorno, Rancagua, Los Andes, Hualpén, Punta Arenas, Coquimbo, Talca y Temuco.

**TABLA 3. EQUIPO POR CACPD**

| Nº | CARGO                              | JORNADA            |
|----|------------------------------------|--------------------|
| 1  | Coordinador(a)                     | Completa           |
| 3  | Terapeutas Ocupacionales           | Completa           |
| 1  | Psicólogo(a)                       | Completa           |
| 1  | Kinesiólogo(a)                     | Completa           |
| 1  | Trabajador(a) Social               | Completa           |
| 1  | Médico Geriatra en jornada parcial | 22 horas semanales |
| 1  | Médico Psiquiatra                  | 22 horas semanales |
| 2  | Técnicos Paramédicos               | Completa           |
| 1  | Administrativo                     | Completa           |
| 2  | Auxiliares                         | Completa           |

Fuente: MDSyF (2017) Informe de Seguimiento Programa CACPD

En términos de duración de la intervención, se considera inicialmente un período de seis, con un máximo de nueve meses. Se realizaban reevaluaciones entre el 5° y 7° mes de intervención que permitían identificar necesidades actuales, progresión, ajuste de objetivos, posibilidad de vinculación a otras redes, evaluándose la continuidad de la atención en este dispositivo o la derivación asistida a otros dispositivos de la red sanitaria o sociocomunitaria para la continuidad de cuidados de las personas con demencia.

A este período de 6 a 9 meses, se suma un periodo de seguimiento de tres meses para la evaluación de las condiciones de funcionalidad, deterioro cognitivo, socialización y contextos ambientales de las personas con demencias, analizando su inserción en los programas sociocomunitarios, o la situación de continuidad de tratamiento en red de atención primaria o especialidad. De acuerdo a las orientaciones técnicas del programa, estas acciones pueden ser desarrolladas mediante visitas domiciliarias, entrevistas en el centro o mediante contacto telefónico con el usuario y sus cuidadores, analizando las variables asociadas al cumplimiento de su plan de intervención con éstos.

El alta terapéutica se produce al cumplirse los objetivos de los PITI de los usuarios, existiendo un mejor manejo de su sintomatología, fortaleciéndose estrategias de habilidades básicas diarias, y desarrollando estrategias de afrontamiento y contención con cuidadores. De acuerdo a las entrevistas realizadas a los centros, en general en el período 2017 a 2019 las atenciones duraban entre 9 y 12 meses con cada persona con demencia y su cuidador, y de manera excepcional una misma persona con demencia era atendida más allá de los 12 meses.

Como se menciona en la sección anterior, con la entrada en vigencia del decreto N°22 del Ministerio de Salud, en octubre de 2019, los CACPD pasan a ser prestadores públicos del Tratamiento de Alta Complejidad de la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, por lo que el programa debió ajustar los requisitos de ingreso al programa a esta nueva obliga-

ción. Durante el año 2020, la Subsecretaría de Redes Asistenciales realizó la reformulación del programa acorde a estos ajustes, obteniendo la recomendación favorable por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en diciembre de 2020.

Los objetivos de la reformulación fueron:

- a) 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. Anteriormente el programa solo atendía a mayores de 60 años<sup>12</sup>.
- b) Incorporar también a personas que tengan demencias en fases más avanzadas, y no solo leve o moderada como lo definía el programa anteriormente, sino a 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.
- c) Cambio de los indicadores de propósito, centrándose en el quehacer del programa, en cuanto a su definición de problema y propósito, 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.

Lo anterior significó modificar el fin del programa a "Contribuir a satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria de la red pública de salud" y el propósito del programa a "Aumentar el acceso a la red sanitaria de especialidad en demencia a la díada, de usuarios del sistema de salud pública, compuesta por persona con demencia y su cuidador(a) principal, usuarios de la red de salud pública". Los nuevos componentes son: a) Atención sociosanitaria de personas con demencia y b) Intervenciones psicosociales con cuidadores de personas con demencia.

Las actividades relacionadas con cada componente y las características del equipo a cargo no sufren modificación respecto a la formulación anterior, pese al cambio en perfil de las personas con demencia. Se modifica la duración de la intervención, estimándola en 12 meses, pero dejándola sujeta al logro de los objetivos del plan de intervención, particularmente a la compensación de síntomas neuropsiquiátricos, estabilización de otros síntomas clínicos, aumento de las competencias del cuidador para afrontar su labor, disminución de la sobrecarga asociada al cuidado, evaluándose en este tiempo la continuidad de la atención en este dispositivo o la derivación asistida a otros dispositivos de la red sanitaria para la continuidad de cuidados de las personas con demencia y sus cuidadores. Se establece,

<sup>12</sup> Pese a esta definición del programa, las orientaciones técnicas establecen que según evaluación del equipo, se podrán ingresar personas menores de 60 años que presenten demencia leve y moderada, evaluando si las necesidades del usuario pueden ser cubiertas por la cartera de servicios que tiene el centro.

además, que los beneficiarios pueden volver a ingresar al programa por la presencia de descompensación grave de la sintomatología en las personas con demencia que generen un mayor nivel de complejidad en el abordaje de la demencia o requerimiento de intervenciones específicas de alta intensidad, llevadas a cabo por equipo de especialidad ambulatoria que brinda tratamiento de alta complejidad, que implica un reingreso al centro.

#### 4.4. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO

La población potencial de un programa se define como la población que se encuentra afectada por el problema público o necesidad a abordar por una política pública. En el caso particular del Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, se define la población potencial como la díada de personas con prevalencia de demencia y su cuidador. No se diferencia la población por sistema de salud al que está adscrito, ya que la demencia es un problema de salud que afecta a personas de todos los sistemas de salud (público, privado y dependientes de Fuerzas Armadas), razón por la cual precisamente el GES correspondiente no diferencia por prestador.

Para la estimación de la población potencial se considera información de prevalencia para personas de dos tramos de edad: entre 30 y 59 años y de 60 años o más. Estos datos fueron entregados por el programa<sup>13</sup> y fueron utilizados para las respectivas estimaciones de costos de las canastas GES de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Dichas tasas de prevalencia se aplican a los datos de población por edad y año publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas. Finalmente, se multiplican por 2 los resultados obtenidos, considerando que el programa atiende no solamente a las personas con demencia, sino también a su respectivo(a) cuidador(a).

Respecto al punto anterior, se puede mencionar que, de acuerdo a la literatura revisada en la sección 4.1 del informe, aunque la demencia afecta al grupo familiar, suele existir un(a) cuidador(a) que se lleva la mayor carga. El definir a un solo cuidador en la determinación de las poblaciones potencial y objetivo está, además, acorde con la lógica de otros programas sociales similares, tales como el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa.

El resultado de la estimación de población potencial para el período de evaluación se encuentra en la tabla siguiente. Se observa que ésta se incrementa año a año, producto del progresivo envejecimiento de la población.

<sup>13</sup> En base a SENAMA, 2009 y Rossor et al., 2010.

**TABLA 4. POBLACIÓN POTENCIAL PROGRAMA CACPD 2017-2020**

| POBLACIÓN POTENCIAL                  | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | PREVALENCIA DEMENCIA |
|--------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| Población 30-59 años                 | 7.463.024 | 7.626.779 | 7.820.769 | 8.019.872 | 0,054%               |
| Población 60 años o más              | 2.980.921 | 3.103.713 | 3.224.540 | 3.348.010 | 7,1%                 |
| Población potencial PD 30-59 años    | 4.030     | 4.118     | 4.223     | 4.331     |                      |
| Población potencial PD 60 años o más | 211.645   | 220.364   | 228.942   | 237.709   |                      |
| Población potencial total PD         | 215.675   | 224.482   | 233.166   | 242.039   |                      |
| Población potencial total díadas     | 431.350   | 448.964   | 466.332   | 484.078   |                      |

Nota: PD: Personas con Demencia

Fuente: Elaboración propia en base a prevalencias entregadas por programa y estadísticas de población del Instituto Nacional de Estadísticas.

Al diferenciar por edad, y asumiendo, tal como establece Albala (2014), que la tasa de prevalencia de demencia para el tramo de edad de 60 años o más es de 5,9% para hombres y 7,7% para mujeres, y a modo de simplificación, que la tasa es igual para ambos sexos para edades entre 30 y 59 años, se estima que, en promedio durante el período de evaluación, un 62,0% de la población potencial de personas con demencia corresponde a mujeres.

En la sección 4.1 de este informe se pueden encontrar antecedentes respecto de la población potencial del programa. En resumen, la literatura establece que las tasas de prevalencia de la demencia son mayores para adultos de mayor edad, y en poblaciones que presentan factores de riesgo; por su parte, los cuidadores son principalmente familiares, no remunerados, mayoritariamente de sexo femenino y cerca de la mitad de ellos tiene 52 años o más.

La población objetivo de un programa corresponde a aquella parte de la población potencial que cumple con los criterios de focalización y que, por lo tanto, el programa público ha definido atender en un periodo determinado de tiempo. Para el caso específico del Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, y de acuerdo a los antecedentes entregados en la sección anterior, se puede afirmar que la población objetivo se modificó con la entrada en vigencia del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias.

Previo a la entrada en vigencia del GES, considerando el propósito inicial del Programa CACPD, los criterios de focalización consistían en criterios de edad (60 años o más), estadio de la demencia (leve y moderado) y sistema de salud al que estaban adscritas las personas con demencia (Sistema público de salud). Además, aunque no se formalizaba el criterio de díada, el programa consideraba prestaciones para los cuidadores de las personas con demencia desde su diseño inicial.

Como se analizaba en la sección anterior, por efecto del decreto, el CACPD se vuelve uno de los responsables de desarrollar el tratamiento de alta complejidad de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, lo

cual amplía el tramo de edad de la persona con demencia, así como reemplaza el criterio de estadio leve y moderado, por el de alta complejidad.

Para efectos de la definición y posterior cuantificación de las poblaciones, se puede resumir los criterios de focalización de la siguiente manera:

**TABLA 5. CRITERIOS DE FOCALIZACIÓN CACPD 2017-2020**

| AÑO                       | 2017          | 2018          | 2019          | 2020             |
|---------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------|
| Edad Persona con Demencia | 60 años o más | 60 años o más | 60 años o más | 30 años o más    |
| Estadio/complejidad       | leve-moderada | leve-moderada | leve-moderada | alta complejidad |
| Sistema de Salud          | FONASA        | FONASA        | FONASA        | FONASA           |

Fuente: Elaboración propia

Por lo tanto, para el período 2017-2019, la población objetivo del programa se define como la díada de personas adultas, mayores de 60 años, con demencia leve y moderada beneficiarios de FONASA y usuarios de la red de salud mental de los dispositivos de los Servicios de Salud del país. Para el año 2020, en cambio, se define como la díada de personas con prevalencia de demencia, usuarios de la red pública de salud de los dispositivos de los Servicios de Salud del país, y su cuidador, que requieren tratamiento en el nivel de especialidad<sup>14</sup> en los Servicios de Salud.

Para la estimación de la población objetivo, para los años 2017 a 2019 se considera la información reportada en las respectivas fichas de seguimiento del MDSyF del programa. Cabe observar que en estos cálculos se considera a todas las personas adultas mayores a 60 años beneficiarios de FONASA que cumplen criterios de prevalencia de demencia, sin distinguir su estadio, es decir, sin excluir la demencia severa. Para el presente informe no fue posible obtener información por parte del programa para realizar este ajuste<sup>15</sup>. Para el año 2020, se consideran las mismas tasas de prevalencia por tramo de edad consideradas para la estimación de la población potencial y se aplica un factor de 35%, que representa la estimación del porcentaje de personas con demencia que ingresaría a tratamiento de especialidad<sup>16</sup>. Todas estas estimaciones se multiplican por 2, de manera de tomar en consideración a la díada de beneficiarios.

14 El concepto de requerir tratamiento a nivel de especialidad se utiliza indistintamente con el requerir tratamiento de alta complejidad en la Ficha de Reformulación del programa.

15 Como referencia, de acuerdo a las estadísticas de los Resúmenes Estadísticos Mensuales del Ministerio de Salud, referentes a los Ingresos al Programa de Salud Mental en APS/Especialidad, para los años 2017 y 2018 el porcentaje promedio de personas ingresadas con demencia (incluyendo Alzheimer) en estadio avanzado fue de 13,3%. Por lo tanto, si este factor se considerara válido como factor corrector, la Población objetivo estaría sobreestimada en 15,3%.

16 "Estudio de Verificación de Costos del GES de Alzheimer y Otras Demencias" citado en Informe de detalle de Programas Sociales - Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. MDSyF.

**TABLA 6. POBLACIÓN OBJETIVO PROGRAMA CACPD 2017-2020**

| POBLACIÓN OBJETIVO                  | 2017    | 2018    | 2019    | 2020    |
|-------------------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Población objetivo PD 30-59 años    |         |         |         | 1.021   |
| Población objetivo PD 60 años o más | 167.653 | 173.421 | 179.418 | 62.975  |
| Población objetivo total PD         | 167.653 | 173.421 | 179.418 | 63.996  |
| Población objetivo total díadas     | 335.306 | 346.842 | 358.836 | 127.992 |

Nota: PD: Personas con Demencia

Fuente: Elaboración propia en base a información de seguimiento del programa en MDSyF y estimaciones entregadas por el programa

Producto del cambio en los criterios de focalización del programa, pese a la flexibilización de los requisitos de edad para ingresar a éste, la modificación de la focalización para personas con “demencia leve y moderada” a de “alta complejidad” significa una importante reducción en la población objetivo, que disminuye un 64,3% entre los años 2019 y 2020.

Para el caso de la población objetivo, una vez más asumiendo tasas de prevalencia iguales entre hombres y mujeres para un mismo tramo de edad, el porcentaje de mujeres es algo mayor que en la población potencial, promediando 56,4% en el período, explicado por una mayor proporción de mujeres en el sistema público de salud, relativo a su porcentaje en la población total.

Tomando todo lo anterior en consideración, en la siguiente tabla se observa que la población potencial se incrementó en 12,2% en el período 2017-2020, mientras que la población objetivo disminuyó un 61,8%, producto del cambio en los criterios de focalización del programa. Por consiguiente, el ratio entre la población objetivo respecto de la potencial disminuyó drásticamente de 77,7% a 26,4% en el mismo período.

**TABLA 7. POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO PERÍODO 2017-2020**

| AÑO                   | POBLACIÓN POTENCIAL | POBLACIÓN OBJETIVO | POBLACIÓN OBJETIVO RESPECTO DE LA POTENCIAL (%) |
|-----------------------|---------------------|--------------------|---|
| 2017                  | 431.350             | 335.306            | 77,7%   |
| 2018                  | 448.964             | 346.842            | 77,3%   |
| 2019                  | 466.332             | 358.836            | 76,9%   |
| 2020                  | 484.078             | 127.992            | 26,4%   |
| % Variación 2017-2020 | 12,2%               | -61,8%             |   |

Fuente: Elaboración propia en base a información de seguimiento del programa en MDSyF y estimaciones entregadas por el programa y estadísticas de población del Instituto Nacional de Estadísticas.

#### 4.5. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS

El Programa CACPD se ejecuta a través de los 10 centros que funcionan en el país, los cuales dependen de los Servicios de Salud<sup>17</sup>. Se financia con recursos contemplados en la Ley de Presupuestos del Sector Público, en la Partida 16 del Ministerio de Salud, específicamente en el Capítulo Presupuestario 02 del Fondo Nacional de Salud (FONASA), Programa 04 Programa de Prestaciones Institucionales. El traspaso de recursos es realizado a través de FONASA a los 10 Servicios de Salud de los que dependen los Centros, mediante una transferencia corriente (Subtítulo 24, ítem 02), y desde éstos se transfiere a los ejecutores respectivos.

Estos recursos financian el personal, los bienes y servicios de consumo y activos no financieros de los centros. De acuerdo a lo informado por el programa, el monto del traspaso se determina, para el caso de cálculo de gasto en personal, mediante una planilla de valorización de cargos de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, que contiene la cuantificación de recursos de acuerdo con los grados respectivos para las leyes N°19.964 y N°18.834, y las respectivas asignaciones de zona. Para el subtítulo 22 (Bienes y Servicios de Consumo), se utilizan memorias de cálculo con los gastos de operación por ítem, de acuerdo con la valorización de referencia de otros programas y valores de mercado, mientras que para subtítulo 29 (Adquisición de Activos no Financieros) a través de la Circular 33 de la División de Inversiones de la Subsecretaría, de acuerdo a valores de proveedores y criterios de selección.

Los criterios para el costeo de estos recursos se encuentran asociados a la cantidad de personal, actividades y equipamiento de los centros, que se encuentran en la Orientaciones Técnicas (OOTT) de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Minsal, 2016).

Para determinar los recursos financieros aportados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales al programa, se considera un 10% del presupuesto del programa, reportado por esa Subsecretaría como gasto administrativo, que corresponde al financiamiento de recursos humanos (RRHH) del nivel central que lleva el control de gestión y seguimiento técnico del programa, en la ficha de seguimiento del programa correspondiente al año 2020 ante el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

En base a estos supuestos, las fuentes de financiamiento del programa se pueden observar en la Tabla 8. El año 2021, el programa cuenta con un presupuesto de M\$3.938.122, un 19,2% superior al del año 2017, en términos reales.

<sup>17</sup> El CACPD Kintún, de Peñalolén, presenta una figura especial de gestión compartida, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y la Ilustre Municipalidad de Peñalolén, en que el Servicio de Salud financia los recursos de personal y de bienes y servicios de consumo, y la dependencia física (edificio y equipamiento) corresponde a la municipalidad.

**TABLA 8. FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA, PERÍODO 2017-2021 (EN MILES DE \$ DE 2021)**

| FUENTES DE FINANCIAMIENTO   | 2017      | 2018      | 2019      | 2020      | 2021      | VARIACIÓN 2017-2021 |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------------------|
|   | MONTO     | MONTO     | MONTO     | MONTO     | MONTO     | %                   |
| 1. Presupuestarias  | 3.303.515 | 3.394.617 | 3.569.666 | 3.764.872 | 3.938.122 | 19,2%               |
| 1.1. Asignación específica al Programa                                  | 3.003.195 | 3.086.016 | 3.245.151 | 3.422.611 | 3.580.111 | 19,2%               |
| 1.2. Asignación Subsecretaría de Redes (subt. 21, 22 y 29, entre otros) | 300.320   | 308.602   | 324.515   | 342.261   | 358.011   | 19,2%               |
| 1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas             |           |           |           |           |           | -                   |
| 2. Extrapresupuestarias   | 0         | 0         | 0         | 0         | 0         | -                   |
| 2.1 Otras fuentes   |           |           |           |           |           | -                   |
| Total   | 3.303.515 | 3.394.617 | 3.569.666 | 3.764.872 | 3.938.122 | 19,2%               |

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Los gastos de cada centro se clasifican en distintas categorías, listadas en la tabla siguiente.

**TABLA 9. CLASIFICACIÓN DE GASTOS DE LOS CACPD**

| SUBTÍTULO                                  | CLASIFICACIONES DE GASTO   |
|--|--|
| 21 – Gastos en Personal                    | Contratación y remuneración RRHH   |
|  | Servicios de Alimentación de Usuarios  |
|  | Servicios de Transporte de Usuarios  |
|  | Arriendo de Edificios  |
|  | Materiales para Mantenimiento y Reparaciones de Inmuebles  |
|  | Pago de Servicios (Luz, Agua, Telefonía, Internet, Seguridad)  |
| 22 – Bienes y Servicios de Consumo         | Arriendo de Equipos Informáticos   |
|  | Materiales de Oficina  |
|  | Materiales para intervenciones individuales y grupales con usuarios, familiares/cuidadores y comunidad |
|  | Servicios de Capacitación y Asesoría   |
|  | Compra de fármacos   |
| 29 – Adquisición de Activos no Financieros | Mobiliario y equipamiento clínico para atención de usuarios-cuidadores.                                |

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales.

El gasto de cada centro se encuentra desglosado por subtítulo en la tabla a continuación. Se observa una proporción relativamente estable entre subtítulos, en que el gasto en personal representa cerca de dos tercios del gasto, mientras que los bienes y servicios de consumo, el tercio restante. Se registran gastos relacionados con adquisición de activos no financieros solamente en 2017, posiblemente relacionados con actividades de instalación de los centros más nuevos.

**TABLA 10. DESGLOSE DE GASTOS DE LOS CENTROS POR SUBTÍTULO, PERÍODO 2017-2021 (EN MILES DE \$ DE 2021)**

| GASTO CENTROS                                   | 2017             |             | 2018             |             | 2019             |             | 2020             |             | 2021             |             | VARIACIÓN<br>2017-2021 |
|---|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------|-------------|------------------------|
|   | MONTO            | %           | %                      |
| Subt 21 - Gasto en Personal                     | 1.931.067        | 64,3%       | 2.041.459        | 66,2%       | 2.146.021        | 66,1%       | 2.263.373        | 66,1%       | 2.367.528        | 66,1%       | 22,6%                  |
| Subt 22 - Bienes y Servicios de Consumo         | 989.991          | 33,0%       | 1.044.557        | 33,8%       | 1.099.130        | 33,9%       | 1.159.238        | 33,9%       | 1.212.583        | 33,9%       | 22,5%                  |
| Subt 29 - Adquisición de Activos no Financieros | 82.137           | 2,7%        | 0                | 0,0%        | 0                | 0,0%        | 0                | 0,0%        | 0                | 0,0%        | -100,0%                |
| <b>Total</b>                                    | <b>3.003.195</b> | <b>100%</b> | <b>3.086.016</b> | <b>100%</b> | <b>3.245.151</b> | <b>100%</b> | <b>3.422.611</b> | <b>100%</b> | <b>3.580.111</b> | <b>100%</b> | <b>19,2%</b>           |

Fuente: Subsecretaría de Redes Asistenciales.



# V. RESULTADOS



## V. RESULTADOS

### 5.1. DISEÑO

#### 5.1.1. ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

##### Criterios de Focalización

Como se explicaba en las secciones anteriores, durante el período de evaluación el programa CACPD experimentó importantes cambios en lo que respecta a sus criterios de focalización. Estos refieren a la edad de las personas con demencia y, de manera más importante, a su estadio de demencia (leve y moderado) en su formulación original, y, luego, en su nueva formulación, la necesidad de un abordaje de alta complejidad, lo cual no puede incluir a personas en cualquiera de los estadios de demencia, y no necesariamente los de mayor severidad.

Respecto de la edad de los beneficiarios, aunque hasta el año 2019 el diseño del programa planteaba como requisito que la persona con demencia tuviera 60 años o más, las Orientaciones Técnicas desde un principio establecieron que este requisito se podía flexibilizar, en caso que se derivara al centro una persona de menor edad que presentara demencia<sup>18</sup>.

Las Orientaciones Técnicas del programa establecen instrumentos para evaluar a las personas con sospecha de demencia y así determinar si están en estadio leve o moderado de demencia. Los Centros entrevistados manifiestan haber adaptado los instrumentos de evaluación, por ejemplo, experimentando con distintos instrumentos para cuantificar el deterioro en funcionalidad, o adaptando los instrumentos para evaluar el deterioro cognitivo a las características propias de la población (por ejemplo, población rural con bajo nivel sociocultural). En este sentido, las orientaciones técnicas han sido utilizadas como referencia, pero se les ha dado autonomía a los centros para hacer los ajustes que les parezcan necesarios.

Es importante tener en consideración que, en este proceso de evaluación para el ingreso, los centros evaluaban si las personas con demencia estaban en condiciones de estar gran parte del día en un dispositivo como el centro y si podían participar en talleres grupales. Lo anterior, porque una persona con una demencia avanzada presenta mayores problemas para cambiar de ambiente y movilizarse al centro, y tiene menos posibilidades de beneficiarse de prestaciones grupales como las propuestas.

Una vez que entra en vigencia el GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, como se mencionaba anteriormente, el requisito de ingreso al programa para la persona con demencia es que requiera tratamiento de especialidad, población que se caracteriza por los siguientes criterios: "Personas con diagnóstico de demencia con su cuidador, con la presencia de síntomas psicológicos, conductuales, físicos o motores que sean refractarios al tratamiento del nivel primario y personas con los siguientes tipos de demencia: Personas con demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; Personas con demencia por cuerpos de Lewy; Personas con demencias frontotemporales; Personas con demencias en la enfermedad de Hunting-

<sup>18</sup> En efecto, hay demencias frontotemporales o vasculares que pueden presentarse en personas que no son adultas mayores.

ton; Personas con demencias en la infección por VIH; Personas con demencias rápidamente progresivas; Personas con demencias degenerativas en menores de 60 años.<sup>19</sup>

Los conceptos de “alta complejidad” o ser “refractario al tratamiento del nivel primario” son conceptos que hace falta concretar, y, según los equipos del nivel meso y micro entrevistados, son, en algunos casos, vagos e interpretables. Según éstos, un caso complejo puede serlo desde el punto de vista social, del tratamiento, del diagnóstico, o de los síntomas<sup>20</sup>. En efecto, las Orientaciones Técnicas para la implementación del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias todavía no han sido publicadas, pese a que han pasado más de 18 meses desde su entrada en vigencia. Los Centros han trabajado con un borrador de OOTT que se socializó en el mes de junio de 2020, pero no se ha concretado una versión final. Además, algunos de los centros entrevistados manifestaron estar trabajando con el nivel central en la definición del perfil de usuario de Alta Complejidad. Asimismo, las Orientaciones Técnicas del Programa CACPD tampoco han sido actualizadas, pese a que norman el ingreso de los usuarios según los criterios de focalización originales del programa.

En lo que respecta a la focalización del Programa, la falta de claridad respecto a la definición de la alta complejidad y los instrumentos y criterios a utilizar para determinarlo conlleva a que los equipos de salud en los distintos niveles trabajen en un contexto de incertidumbre respecto de la derivación de personas con demencia, lo que fue manifestado en las entrevistas realizadas. Incluso en lugares en que se han generado protocolos locales de derivación, al no existir un lineamiento central, ello redundaría necesariamente en diferencias de criterios según la localización geográfica, lo cual expone a las personas con demencia a que haya discrecionalidad respecto al acceso a un tratamiento de mediana u alta complejidad, lo cual se evalúa negativamente.

### **Criterios de Priorización**

El programa en ambas versiones de su diseño teórico declara que cuenta con plazas, no cupos, y que éstas son asignadas por orden de llegada. En las entrevistas a los centros entrevistados, se reveló que tres de ellos presentaron lista de espera. Uno de ellos, de alrededor de dos meses, en el año 2017, lo que se manejó a través del mejoramiento de los procesos de ingreso al Centro y la adaptación de las prestaciones, pero se mantuvo el criterio de priorización de las personas según orden de llegada. El segundo, por la falta de horas médicas durante un período de 6 meses del año 2020, posterior a lo cual, se priorizaron a las personas según su necesidad clínica.<sup>21</sup> El

<sup>19</sup> En la norma Técnica del Decreto 22 del Ministerio de Salud se define que estos 7 subtipos listados, al ser considerados más complejos, ingresan al Grupo de Prestaciones Principales de Tratamiento de Alta Complejidad. No obstante, no solo estos subtipos son los que ingresan a esta canasta.

<sup>20</sup> Referidos al manejo de ciertos síntomas de conducta que a veces implican un fármaco de especialidad, o una intensidad o foco de intervención no farmacológico distinto.

<sup>21</sup> En este mismo centro, adicional a este período sin horas médicas, existe una lista de espera por razones administrativas, por cuanto el centro nunca ha tenido horas de especialistas, y por sistema los egresos no pueden ser realizados por médicos de familia.

tercero, consistió en una lista de espera de 8 personas durante el año 2020 producto de la reubicación de parte del personal a labores relacionadas con la pandemia de COVID-19, lo que se regularizó en enero 2021.

Si el programa hubiese mantenido este diseño original, se podría haber planteado la discusión respecto de si es conveniente incorporar criterios de priorización basados en mayores niveles de necesidad de intervención, o alternativamente, en los potenciales beneficios que podrían generar, en términos de la ralentización del avance de la enfermedad. Sin embargo, al entrar en vigencia el GES, existe una garantía de oportunidad para el tratamiento de las personas con demencia que se debe respetar, por lo que legalmente debe utilizarse el criterio de orden de llegada, no pudiendo generarse listas de espera.

### **Tratamiento y Egreso**

Como se explicaba previamente, las Orientaciones Técnicas (OOTT) del Programa CACPD establecen un listado de prestaciones posibles, resumidas en la Tabla 2, y cuyo detalle se puede revisar en el Anexo 4. Como se observa en dicho anexo, con excepción de la Valoración Geriátrica Integral y las reuniones clínicas, técnicas y con redes, no se establece para ninguna de las prestaciones una frecuencia mínima de atención.

Se establece, con relación a las prestaciones, que éstas deben acomodarse a las características y necesidades de los usuarios, y que se privilegiarán las actividades individuales, analizándose las condiciones para que los usuarios puedan incorporarse paulatinamente a las actividades grupales desarrolladas por el equipo profesional del centro. Considerando que las OOTT son del año 2016, éstas están ajustadas al perfil de ingreso original del programa, excluyendo a personas con demencia severa, y sus prestaciones están intencionadas a la población con demencia leve y moderada. En efecto, se describen en profundidad los lineamientos para las actividades grupales, con horarios (de media jornada o jornada completa) y actividades sugeridas.

Existe consenso en la literatura que el cuidado de las personas con demencia debiese ser individualizado acorde a sus necesidades y preferencias específicas y debiese incorporar el apoyo a los cuidadores y familiares. De la misma forma, existe evidencia de que la terapia de estimulación cognitiva es costo efectiva y recomendada para personas con demencia leve y moderada. Asimismo, en experiencias internacionales es común la utilización de modelos de gestión de casos de personas con demencia, por parte de equipos de profesionales de la salud, incluyendo la evaluación, educación del cuidador y la implementación de un plan individual. Sin embargo, dichas experiencias son heterogéneas y aún no se ha acordado un modelo basado en evidencia de mejores prácticas. (Livingston et al., 2017).

Como antecedente adicional, en el período 2017-2019, el programa obtuvo resultados positivos en los indicadores de propósito establecidos en el seguimiento de programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (Tabla 11). En efecto el porcentaje de personas con demencia que

mantuvieron o aumentaron su independencia y/o participación en las actividades de la vida diaria estuvo en niveles cercanos al 80% en el período, mientras que el porcentaje de familiares/cuidadores de usuarios que disminuyeron su percepción de sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia es menor, pero aun así, cercano al 70%. En efecto el porcentaje de personas con demencia que mantuvieron o aumentaron su independencia y/o participación en las actividades de la vida diaria estuvo en niveles cercanos al 80% en el período, mientras que el porcentaje de familiares/cuidadores de usuarios que disminuyeron su percepción de sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia es menor, pero, aun así, cercano al 70%. Cabe observar que la meta del programa para ambos indicadores era de 50% los años 2017 y 2018, y 66% para el año 2019.

**TABLA 11. INDICADORES DE PROPÓSITO PROGRAMA CACPD, AÑOS 2017 A 2019**

| INDICADORES DE PROPÓSITO  | 2017  | 2018  | 2019  |
|---|-------|-------|-------|
| Porcentaje de personas que mantienen o aumentan su independencia y/o participación en las actividades de la vida diaria                 | 83,0% | 77,0% | 77,8% |
| Porcentaje de familiares/cuidadores de usuarios que disminuyen su percepción de sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia | 66,1% | 79,9% | 68,8% |

Fuente: Reportes de los Centros para monitoreo de Programa CACPD ante MDSyF.

Por consiguiente, el diseño del programa en términos de componentes, y sus orientaciones técnicas, están alineados con la experiencia internacional en lo que respecta al cuidado de las personas con demencia en estadios leve y moderado, y el programa presentó resultados positivos en el período 2017 a 2019, bajo este diseño original del programa.

Sin embargo, al incorporar como usuarios a personas con demencia severa que son de alta complejidad, las prestaciones no se han ajustado a esta modificación del perfil de usuario. Aunque la canasta de prestaciones es amplia y puede ajustarse también al cuidado de personas con demencia severa<sup>22</sup>, se espera, por ejemplo, que ellas no puedan acceder a atenciones grupales y necesiten preferentemente atenciones individuales y/o visitas domiciliarias, o que sus cuidadores tengan necesidad de un apoyo de naturaleza distinta al de familiares de personas que están en estadios menos avanzados de demencia. De acuerdo a los antecedentes revisados en la sección 4.1, las prestaciones más adecuadas para las personas con demencia difieren sustantivamente de acuerdo a los distintos estadios. Las Orientaciones Técnicas del programa debiesen dar cuenta de ello.

De la misma forma, como se mencionaba previamente, antes de la entrada en vigencia del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, era muy excepcional que un usuario recibiera una intervención por más de 12

<sup>22</sup> Aunque el estadio de demencia severa no implica necesariamente la necesidad de tratamiento con alta complejidad, el cambio de perfil de beneficiarios del programa implica que al menos una parte de los usuarios que necesite tratamiento de alta complejidad estará en este estadio de demencia.

meses, lo cual era compatible con el diseño del programa y también con el estadio de demencia de los usuarios. Sin embargo, de acuerdo a lo transmitido en las entrevistas a algunos de los actores a nivel micro y meso, la incorporación del GES, dependiendo de cómo se defina el concepto de alta complejidad, puede significar que una porción de los usuarios mantendrá de por vida su condición de alta complejidad, volviéndose una suerte de población cautiva que podría ser alrededor del 20% de la población atendida. Lo anterior tampoco está abordado formalmente en orientaciones técnicas.

Es importante destacar que la falta de claridad respecto de los lineamientos de estrategia para abordar el GES de la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, cómo se insertan los CACPD en ésta y en qué medida seguirá vigente el funcionamiento de los centros bajo la modalidad de centro diurno que tenían en sus orígenes, y para qué usuarios, son la mayor limitante que enfrenta el programa, según lo que identifican tanto los Servicios de Salud como los centros entrevistados.

#### RECUADRO 1 – CONCLUSIONES SOBRE ESTRATEGIA DEL PROGRAMA

##### 1) Formulación Original (Año 2017-2019):

El programa CACPD contaba con criterios de focalización claros, una estrategia respaldada por experiencia internacional, y orientaciones técnicas alineadas con estas definiciones y suficientes para que los Centros tuvieran claridad de cómo funcionar.

El programa superó todos los años sus metas en los indicadores de propósito, formulados en el marco del seguimiento de programas sociales.

##### 2) Nueva Formulación (Año 2019-2020)

La entrada en vigencia del decreto que incorpora al GES la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en octubre de 2019, significa importantes modificaciones al diseño de la estrategia en general del sistema público de salud y al diseño del programa en particular, en lo que refiere a sus criterios de focalización, así como a la estrategia de tratamiento de las personas con demencia de alta complejidad y sus cuidadores.

Se evalúa positivamente que en la respectiva reformulación del programa se haya mantenido a los cuidadores como usuarios, pese a que no tengan una garantía de salud asociada.

No se han emitido formalmente orientaciones técnicas respecto de la implementación del GES en general, ni tampoco se han actualizado las orientaciones técnicas del programa CACPD, incluyendo, por ejemplo, instrumentos y criterios para determinar alta complejidad y el ajuste de la modalidad de funcionamiento de los centros ante el nuevo perfil de usuarios.

Esto ha generado mucha incertidumbre al nivel de algunos de los actores entrevistados en los distintos niveles del sistema y, aunque existan criterios locales de derivación, también incorpora un elemento de discrecionalidad en el acceso a un tratamiento de mediana o alta complejidad de las personas con demencia.

### 5.1.2. RELACIONES CON OFERTA PÚBLICA

En la presente sección se analizará la oferta pública existente de programas para personas con demencia y sus cuidadores, desde distintas perspectivas: por una parte, los programas que se articulan con el programa<sup>23</sup>, y por otra parte los programas que son complementarios a éste<sup>24</sup>.

#### Articulación con la oferta pública

De acuerdo a lo descrito en la Sección 4.2 del presente informe, el Plan Nacional de Demencia establece los distintos actores que se articulaban con los CACPD en la referencia y contrarreferencia de las personas con demencia, a saber:

- Los establecimientos de Atención Primaria de Salud, dependientes de las Municipalidades o Corporaciones Municipales, para la prevención, el diagnóstico y la intervención de nivel primario de las personas con demencia y sus cuidadores.
- Los Centros de Salud Mental Comunitaria (COSAM), que pueden ser de dependencia municipal o de los Servicios de Salud, para la atención de especialidad abierta de personas que presentan una comorbilidad de otro trastorno de salud mental y que requieren del desarrollo de procesos de intervención conjunta entre uno o varios equipos de atención de la red. Ello incluye a los cuidadores, en los casos más complejos, asociados a trastornos de salud mental relacionados o no a la sobrecarga vinculada al cuidado.
- Las Unidades de Memoria, dependientes de hospitales de mediana y alta complejidad, para la evaluación diagnóstica e intervención de alta complejidad para la persona con demencia severa y su cuidador.
- Los Hospitales, para el tratamiento de crisis agudas y estabilización de la condición de personas con demencia, en modalidad de atención de especialidad cerrada.

Al analizar las estadísticas de la vía de ingreso y egreso de las personas con demencia se perciben las articulaciones recién descritas. Estas estadísticas fueron reportadas por los centros para el seguimiento del programa por parte del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, para los años 2018 a 2020 (Tabla 12 y Tabla 13).

<sup>23</sup> Las articulaciones corresponden a las relaciones que deben o deberían establecerse entre este programa y otras entidades, tanto públicas como privadas para apoyar la gestión del programa.

<sup>24</sup> Las complementariedades corresponden a la relación entre programas que apuntan al mismo Fin superior de política pública. Las complementariedades pueden desarrollarse a nivel interno, con otros programas o intervenciones de la misma institución o servicio público, o a nivel externo, con programas o intervenciones de otras instituciones o servicios públicos dentro del mismo Ministerio, o de otros Ministerios, o de municipios u otros organismos.

**TABLA 12. VÍA DE DERIVACIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA INGRESADAS A LOS CACPD EL 1º SEMESTRE DE LOS AÑOS 2018 A 2020**

|                               | 2018 |        | 2019 |        | 2020 |        |
|-------------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                               | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| APS                           | 658  | 71,4%  | 570  | 66,3%  | 251  | 70,3%  |
| COSAM/CRS                     | 49   | 5,3%   | 19   | 2,2%   | 15   | 4,2%   |
| Unidad de Memoria/ Neurología | 144  | 15,6%  | 125  | 14,5%  | 66   | 18,5%  |
| Otras Especialidades          | 70   | 7,6%   | 146  | 17,0%  | 25   | 7,0%   |
| Total                         | 921  | 100,0% | 860  | 100,0% | 357  | 100,0% |

Fuente: Reportes de los Centros para monitoreo de Programa CACPD ante MDSyF.

**TABLA 13. LUGAR DE DERIVACIÓN POBLACIÓN EGRESADA DE CACPD EL 1º SEMESTRE DE LOS AÑOS 2018 A 2020**

|                               | 2018 |        | 2019 |        | 2020 |        |
|-------------------------------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                               | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| APS                           | 425  | 87,8%  | 394  | 81,6%  | 59   | 78,7%  |
| COSAM/CRS                     | 33   | 6,8%   | 52   | 10,8%  | 6    | 8,0%   |
| Unidad de Memoria/ Neurología | 12   | 2,5%   | 21   | 4,3%   | 9    | 12,0%  |
| Otro Dispositivo de Salud     | 14   | 2,9%   | 16   | 3,3%   | 1    | 1,3%   |
| Total                         | 484  | 100,0% | 483  | 100,0% | 75   | 100,0% |

Fuente: Reportes de los Centros para monitoreo de Programa CACPD ante MDSyF.

En su gran mayoría, la derivación de ingresos a CACPD en dichos años ocurrió desde algún establecimiento de la Atención Primaria de Salud. En menor medida las personas con demencia ingresadas son derivadas del nivel de especialidad de Unidades de Memoria o Neurología de los hospitales u otras especialidades y en último lugar, de otros dispositivos, como son los Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) o los Centros de Referencia Secundaria (CRS). Por su parte, los egresos son más concentrados aún hacia la atención primaria, que recibió 4 de 5 pacientes egresados de los CACPD en el período. En segundo lugar, se ubican los COSAM y Centros de Referencia. Todo lo anterior está en concordancia con el diseño del Plan Nacional de Demencia.

De acuerdo al documento de reformulación del Programa correspondiente al año 2020 (MDSyF, 2020), las instituciones que se articulan con el programa, bajo el nuevo diseño del programa, son las que se establecen en la tabla siguiente.

**TABLA 14. INSTITUCIONES ARTICULADAS CON CACPD**

| INSTITUCIÓN   | TIPO DE INSTITUCIÓN                   | DESCRIPCIÓN DE ARTICULACIÓN   |
|---|---------------------------------------|---|
| Direcciones de Salud Municipal o Corporaciones de Salud Municipal | Centros de Salud de Atención Primaria | Encargada de la gestión de salud de una comuna, prestador de tratamiento de demencia de mediana complejidad en el contexto de GES de Alzheimer y Otras Demencias y derivador a tratamiento de demencia en el nivel de especialidad. Así también, es el centro que continúa el tratamiento posterior al egreso de tratamiento del nivel de especialidad. |
| Hospitales de Alta y Mediana Complejidad                          | Hospitales de la Red Pública de Salud | Encargados de la gestión de salud de red secundaria y terciaria, prestador de diagnóstico diferencial en el contexto de GES de Alzheimer y Otras Demencias y derivador a tratamiento de demencia en el nivel de especialidad.   |

Fuente: Documento de reformulación del Programa, MDSyF 2020

Asimismo, el programa declara como oferta complementaria interna el Programa Plan Nacional de Demencia, el cual contempla la implementación de las Unidades de Memoria, como responsables del diagnóstico diferencial de demencia, y el nivel primario de salud, responsable de la atención socio-sanitaria de personas con demencia de mediana complejidad y su entorno. Es opinión de este equipo evaluador que este programa debiese ser considerado a nivel de articulaciones más que de complementariedades, dado que las relaciones con el programa son de la misma naturaleza a las establecidas en la Tabla 14.

Según lo transmitido en las entrevistas realizadas, con la entrada en vigencia del GES, las derivaciones se realizan a través de la lista de espera formal del establecimiento del que dependen, y en su mayoría las personas con demencia ingresan al GES de este problema de salud desde el diagnóstico a nivel de Atención Primaria de Salud. Uno de los centros entrevistados está encargado no sólo del tratamiento de alta complejidad, sino también de realizar los diagnósticos diferenciales bajo el GES.

Es importante destacar que, de acuerdo a lo declarado en las entrevistas, la instalación del Plan de Demencia y de los CACPD a nivel local, significó un importante esfuerzo de coordinación entre los equipos de los Centros y los equipos de salud mental locales, en particular a nivel de Atención Primaria, de manera de acordar criterios para el diagnóstico de personas con demencia y capacitarlos en el tema. Ello redundó en un diagnóstico más certero y oportuno de la población que se derivaba al centro, lo cual se evalúa positivamente.

### Programas complementarios

Para realizar el análisis del presente apartado, se sistematizó la información disponible en el Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en base a una búsqueda de conceptos, definiciones y población objetivo con la finalidad de dar cuenta de la relación del programa con la oferta pública existente en el país, así como determinar si existen duplicidades.

El resultado de este proceso ordena la oferta pública en base a dos categorías: programas complementarios con población objetivo en común, es decir, que, aunque puede ser más amplia, también incluye a personas con demencia y/o sus cuidadores; y programas complementarios para pesquisa precoz de demencia. Esta categorización responde a que el tipo de coordinación debiese ser distinto según cada caso, como se verá más adelante<sup>25</sup>.

Es importante observar que no se encontró evidencia de la existencia de programas públicos que dupliquen los servicios que entrega el programa en evaluación.

**TABLA 15. OFERTA PÚBLICA CON POBLACIÓN OBJETIVO EN COMÚN**

| MINISTERIO                                | SERVICIO                             | NOMBRE  |
|---|--------------------------------------|---|
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (Conapran) |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Cuidados Domiciliarios                                    |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores    |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Fondo Subsidio ELEAM                                      |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Buen Trato al Adulto Mayor                                |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Subsecretaría de Servicios Sociales  | Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad            |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Subsecretaría de Servicios Sociales  | Red Local de Apoyos y Cuidados – SNAC                     |
| Ministerio de Salud                       | Subsecretaría de Redes Asistenciales | Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa     |
| Ministerio de Salud                       | Subsecretaría de Redes Asistenciales | Programa Residencias y Hogares Protegidos                 |

Fuente: Elaboración propia en base a Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, año 2020.

La tabla anterior considera programas cuyos beneficiarios son personas que requieren cuidados, ya sea en residencias o en su domicilio, por razones relacionadas con dependencia o con problemas de salud mental, y sus cuidadores. Estos programas son dependientes de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (complementariedad interna) y también de servicios dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, principalmente el Servicio Nacional del Adulto Mayor (complementariedad externa). Aunque tienen una población objetivo más amplia, todos estos programas pueden eventualmente tener entre sus beneficiarios a personas con demencia y/o a sus cuidadores.

<sup>25</sup> Para mayores antecedentes respecto de la oferta pública levantada, ver el Anexo 5

Al respecto, cabe observar que bajo la formulación original del programa CACPD, los residentes de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) estaban excluidos del programa. Sin embargo, tras la reformulación, esta exclusión ya no está vigente, ya que una persona con demencia residente de ELEAM que necesite una intervención de alta complejidad tiene derecho a recibirla, bajo las garantías del AUGÉ.

La complementariedad implica coordinación programática, es decir, compartir diagnósticos y/o diseñar actividades y procesos articulados que hagan posible que las complementariedades identificadas sean efectivas en maximizar los beneficios, en búsqueda de los objetivos superiores de política<sup>26</sup>. Respecto de las coordinaciones necesarias con estos programas, el equipo evaluador sugiere al menos las siguientes:

- Entrega de información a usuarios (persona con demencia o cuidador) del CACPD respecto de la oferta pública disponible, para que accedan a todas las prestaciones que le correspondan. Orientación para postulación o derivación, cuando corresponda. En el caso específico del Programa Buen Trato al Adulto Mayor, deben existir canales formales de derivación de casos de beneficiarios adultos mayores del programa CACPD al SENAMA, cuando el equipo detecte posibles situaciones de maltrato.
- Capacitación por parte del equipo de CACPD, a personal responsable de la ejecución de los programas complementarios (duplas de atención domiciliaria, personal de residencias y establecimientos de larga estadía) respecto de la detección de la demencia, adaptación de intervenciones entregadas a las características propias de la demencia y orientación a usuarios respecto de sus derechos en el marco del GES de Alzheimer y otras demencias.

Cabe observar que, en una situación en régimen, el personal de atención primaria podría hacerse cargo de la capacitación al personal de los programas complementarios. Sin embargo, de acuerdo a la información levantada en las entrevistas, el personal de atención primaria no cuenta aún con los conocimientos suficientes para desempeñarse en ámbitos de demencia y, en los territorios en que están instalados los CACPD, el equipo de estos centros concentra la especialización respecto de las temáticas de demencia, y por ende sería el más indicado para realizar estas actividades en el mediano plazo.

Respecto de los programas públicos complementarios a los CACPD en el contexto de la pesquisa precoz de personas con demencia, se identifican los programas listados en la tabla siguiente.

26 Instructivo Evaluación Ex Ante Programa Nuevo, Ministerio de Desarrollo Social, 2016

**TABLA 16. OFERTA PÚBLICA COMPLEMENTARIA PARA PESQUISA PRECOZ**

| MINISTERIO                                | SERVICIO                             | NOMBRE   |
|---|--------------------------------------|--|
| Ministerio de Salud                       | Subsecretaría de Redes Asistenciales | Más Adultos Mayores Autovalentes                       |
| Ministerio de Salud                       | Subsecretaría de Redes Asistenciales | Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI) |
| Ministerio de Salud                       | Subsecretaría de Salud Pública       | Salud Responde   |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Servicio Nacional del Adulto Mayor   | Centros Diurnos del Adulto Mayor                       |
| Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Subsecretaría de Servicios Sociales  | Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos – SSyOO        |

Fuente: Elaboración propia en base a Banco Integrado de Programas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, año 2020.

Los programas anteriormente identificados realizan intervenciones a adultos mayores y prestaciones de salud a ciertas poblaciones en que es posible que los usuarios presenten demencia en sus primeros estadios. En este contexto, es importante que los equipos ejecutores estén informados respecto de las señales a observar que pueden sugerir la presencia de la demencia, y puedan orientar al usuario y sus familiares para que puedan confirmar dicho diagnóstico y acceder a las respectivas garantías.

En este caso, el equipo evaluador sugiere las siguientes coordinaciones:

- Capacitación por parte del equipo de CACPD, a personal responsable de la ejecución de los programas complementarios respecto de la detección de la demencia y la orientación a usuarios respecto de sus derechos en el marco del GES de Alzheimer y otras demencias.

Al igual que en el caso anterior, este rol de capacitación debería ser abordado por los equipos de los CACPD, quienes son especialistas en la temática de demencia, en tanto la Atención Primaria de Salud no cuenta con equipos suficientemente fortalecidos para abordarlo.

Es importante recalcar que, en el proceso de reformulación del programa ante el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, de los programas incluidos en las Tablas 15 y 16, el programa identifica solamente el programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa y el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes como programa complementario. Asimismo, en las entrevistas los centros declaran que la coordinación se realiza sólo con algunos de estos programas y de manera esporádica. Por lo tanto, tanto a nivel central como local, se revela la necesidad de contar con una mayor coordinación con estos programas.

Esto es aún más importante en el contexto de la implementación de la Garantía GES para Alzheimer y Otras demencias a lo largo del país, que debiese incrementar la frecuencia de detección de este problema de salud. Además, es de esperar que el cambio de perfil de beneficiarios del programa CACPD, al incorporar a personas con demencia severa, incremente el número de personas beneficiarias de CACPD que sean a su vez beneficiarias de los programas incluidos en la Tabla 15.

## 5.2. IMPLEMENTACIÓN

### 5.2.1. ANÁLISIS DE FOCALIZACIÓN

#### Quantificación de la población beneficiaria

La población beneficiaria del programa se divide en dos grupos, correspondientes a cada componente: personas con demencia atendidas y familiares/cuidadores atendidos. El programa construye esta información a partir de reportes semestrales que hacen los centros, bajo el contexto del seguimiento de programas sociales que realiza el Ministerio de Desarrollo Social y Familia<sup>27</sup>.

Las personas con demencia atendidas se calculan sumando la población bajo control al 31 de diciembre del año anterior más los ingresos durante el primer semestre del año en curso. Este criterio se utiliza tanto para las personas con demencia como sus cuidadores.

Respecto de la información relativa al año 2020, cabe observar que producto de la crisis sanitaria iniciada en marzo de dicho año que conllevó a la reconversión de funciones de los equipos de atención primaria de salud, principales continuadores del tratamiento de alta complejidad, según lo levantado en las entrevistas a los centros se congelaron los egresos del programa durante varios meses. Respecto de los ingresos, se presentaron excepciones de garantía de oportunidad de GES en casos que ello no significara una situación de riesgo para las personas, y según lo declarado por dos centros, en la práctica ello redundó en que se congelaron los ingresos por algunos meses desde marzo de 2020. Asimismo, las prestaciones entregadas fueron fuertemente afectadas. Lo anterior, debido a que los beneficiarios son adultos mayores, población de riesgo ante el virus COVID-19, que, por ende, no podían asistir presencialmente a un centro de estas características. Por lo tanto, las cifras de este año responden no sólo al efecto de la puesta en marcha del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, sino que están significativamente sesgadas por el efecto de la pandemia.

<sup>27</sup> En la sección 5.2.3 se aborda en profundidad los sistemas de información y seguimiento con que cuenta el programa.

**TABLA 17. BENEFICIARIOS EFECTIVOS AÑOS 2017-2020**

|                                 | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  | % VARIACIÓN<br>2017-2020 | % VARIACIÓN<br>2017-2019 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|--------------------------|
| Personas con Demencia Atendidas | 1.330 | 2.035 | 1.838 | 1.284 | -3,5%                    | 38,2%                    |
| Cuidadores Atendidos            | 1.111 | 1.524 | 1.677 | 1.438 | 29,4%                    | 50,9%                    |
| Total                           | 2.441 | 3.559 | 3.515 | 2.722 | 11,5%                    | 44,0%                    |

Fuente: Reportes de los Centros para monitoreo de Programa CACPD ante MDSyF.

De la Tabla 17 se puede observar que el número de beneficiarios efectivos del programa se incrementó un 11,5% en el período 2017 a 2020. Sin embargo, como se observaba previamente, la cifra del año 2020 no es representativa de la cobertura del programa en condiciones de normal funcionamiento. Al observar, en cambio, la variación en el período 2017-2019, se constata un incremento de 44,0%, el que se explica, en parte, por el número de cuidadores de personas con demencia que se atendieron en los centros, que aumentaron un 50,9% en el período. Por su parte, el número de personas con demencia atendidas subió un 38,2% entre 2017 a 2019, pero experimentó una baja entre los años 2018 y 2019. Cabe observar que el año 2017 había todavía 7 centros funcionando, a los que se agregaron 3 más en 2018. En la sección 5.2.2 se ahondará en el análisis de información de productividad por centro.

### Cobertura del Programa

De acuerdo a las poblaciones estimadas en el capítulo anterior y la información de beneficiarios efectivos, es posible determinar la cobertura del programa entre los años 2017 y 2020. La Tabla 18 da cuenta que las coberturas del programa, tanto respecto a la población potencial como a la población objetivo, son considerablemente bajas, no superando el 1% en el período 2017-2019. Aunque la población objetivo se ha reducido en 61,8% tras la entrada en vigencia del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, la cobertura el año 2020 solo llega al 2,1%.

**TABLA 18. COBERTURA PROGRAMA CACPD, PERÍODO 2017 A 2020**

| AÑO                  | POBLACIÓN POTENCIAL (A) | POBLACIÓN OBJETIVO (B) | BENEFICIARIOS EFECTIVOS (C) | % BENEFICIARIOS RESPECTO A POBLACIÓN POTENCIAL (C)/(A) | % BENEFICIARIOS RESPECTO A POBLACIÓN OBJETIVO (C)/(B) |
|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|--|---|
| 2017                 | 431.350                 | 335.306                | 2.441                       | 0,6%   | 0,7%  |
| 2018                 | 448.964                 | 346.842                | 3.559                       | 0,8%   | 1,0%  |
| 2019                 | 466.332                 | 358.836                | 3.515                       | 0,8%   | 1,0%  |
| 2020                 | 484.078                 | 127.992                | 2.722                       | 0,6%   | 2,1%  |
| %Variación 2017-2020 | 12,2%                   | -61,8%                 | 11,5%                       |  |   |

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el Ministerio de Salud e INE

### Caracterización de la Población Beneficiaria y Focalización Efectiva

Las estadísticas que se levantan periódicamente del programa no permiten realizar una caracterización general de los beneficiarios por sexo, edad o estadio de demencia. Las fichas clínicas de los pacientes son manejadas por cada centro y solamente dos de ellos cuentan con un código individualizado para reportar sus prestaciones en los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) del Ministerio de Salud: el Centro Kümelen de Osorno y el Centro Kelluhun de Hualpén/Talcahuano. Los 8 centros restantes no están individualizados como establecimiento independiente, por lo que sus reportes en REM se procesan en conjunto con el establecimiento del cual dependen (Hospital, COSAM).

En el contexto de la presente evaluación, el programa realizó un levantamiento de la información reportada en REM en lo que correspondía específicamente a los centros entre los años 2017 y 2020. Sin embargo, cabe observar que no todos los centros enviaron la misma información, ni tampoco la correspondiente a todos los meses de cada año, lo cual genera algunas consideraciones en la interpretación de los datos, que se expondrán más adelante<sup>28</sup>. En cualquier caso, al analizar las cifras del año 2020 siempre es necesario tener en consideración el contexto sanitario, que afectó de manera importante y exógena el funcionamiento de los centros.

La Tabla 19 da cuenta del tipo de ingreso a los centros al Programa de Salud Mental. Considerando que no se tuvo acceso a la información proveniente de todos los centros, ni todos los meses de funcionamiento, se tomará en consideración el perfil de ingreso al programa en términos porcentuales, sin detenerse en las cifras absolutas entregadas.

De acuerdo a estas estadísticas un 97,1% de las personas ingresadas bajo el Programa de Salud Mental en 2017 tenían el diagnóstico de demencia leve o moderada, es decir, cumplían con el criterio de focalización del programa. En el año 2018, esta cifra disminuye a 76,1%, incorporándose personas con demencia avanzada y otros diagnósticos no incluidos en los requisitos de

<sup>28</sup> Para mayor detalle respecto del sistema de registro por prestación, ver Anexo 6.

ingreso del programa. El porcentaje de personas que no tienen diagnóstico de demencia es particularmente alto el año 2018, lo cual puede ser debido a un error de reporte por parte del Centro Amancay de Coquimbo, que concentra un 92% de dichos individuos. Más allá de este caso, el porcentaje de personas diagnosticadas con demencia avanzada que se incorporan al programa no se incrementa significativamente, pese a la modificación de perfil de beneficiarios producto de la entrada en vigencia del decreto GES.

**TABLA 19. INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR PROBLEMAS DE SALUD, PERÍODO 2017-2020**

| TIPO DE INGRESO   | 2017 |        | 2018 |        | 2019 |        | 2020 |        |
|-------------------|------|--------|------|--------|------|--------|------|--------|
|                   | N    | %      | N    | %      | N    | %      | N    | %      |
| Demencia Leve     | 54   | 39,7%  | 187  | 36,0%  | 290  | 56,9%  | 122  | 59,2%  |
| Demencia Moderada | 78   | 57,4%  | 208  | 40,1%  | 176  | 34,5%  | 64   | 31,1%  |
| Demencia Avanzada | 4    | 2,9%   | 31   | 6,0%   | 20   | 3,9%   | 3    | 1,5%   |
| Otras             | 0    | 0,0%   | 93   | 17,9%  | 24   | 4,7%   | 17   | 8,3%   |
| Total             | 136  | 100,0% | 519  | 100,0% | 510  | 100,0% | 206  | 100,0% |

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales, MINSAL e información entregada por el programa. Formularios A05N.

Nota: Considera Centros Kintun de Peñalolén, Kümelen de Osorno, Quicalcura de Aconcagua, Kelluhun de Talcahuano, Quemanta de Punta Arenas, Amancay de Coquimbo, Amancay de Talca y Kimünche de Temuco. Para algunos centros y algunos años, la información no está disponible para todos los meses.

Al analizar los tramos de edad de los beneficiarios ingresados a ambos centros, bajo el Programa de Salud Mental, se observa que un 35,9% de las personas ingresadas tienen entre 70 y 79 años, un 41,9% tienen 80 años y más, un 11,5% entre 60 y 69 años, y un 10,7% de menos de 60 años (Tabla 20). La presencia, aunque minoritaria, de beneficiarios ingresados menores a 60 años da cuenta de la flexibilidad de edad de ingreso permitida en las Orientaciones Técnicas del programa. Ello también se confirma en las entrevistas realizadas a los centros entrevistados.

**TABLA 20. INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR TRAMO DE EDAD, PERÍODO 2017-2020**

| INGRESOS   | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | % PROMEDIO |
|------------|------|------|------|------|------------|
| < 60 años  | 35   | 92   | 20   | 4    | 10,7%      |
| 60-69 años | 20   | 58   | 63   | 21   | 11,5%      |
| 70-79 años | 49   | 178  | 206  | 74   | 35,9%      |
| 80 y más   | 72   | 191  | 221  | 107  | 41,9%      |
| Total      | 176  | 519  | 510  | 206  | 100,0%     |

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales, MINSAL e información entregada por el programa. Formularios A05N.  
 Nota: Considera Centros Kintun de Peñalolén, Kümelen de Osorno, Quicalcura de Aconcagua, Kelluhun de Talcahuano, Quemanta de Punta Arenas, Amancay de Coquimbo, Amancay de Talca y Kimünche de Temuco. Para algunos centros y algunos años, la información no está disponible para todos los meses.

Adicionalmente, un promedio de 64% de los ingresos bajo el Programa de Salud Mental en los años 2017 a 2020, corresponde a mujeres.

Cabe observar, finalmente, que no se levantan estadísticas de caracterización de los cuidadores de personas con demencia beneficiados por el programa.

### 5.2.2. EFICACIA A NIVEL DE PRODUCTO

Para el análisis de eficacia a nivel de producto, se analizan dos fuentes de información:

- los indicadores de poblaciones que se reportan todos los años en el proceso de seguimiento de programas sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Se cuenta con información de los años 2017 a 2020, para todos los centros.
- Las estadísticas de prestaciones de los centros levantadas en el contexto de la presente evaluación, bajo el formato del sistema de Resúmenes Estadísticos Mensuales de MINSAL, para el período 2017 a 2020. Dado que no todos los centros entregaron información, ni tampoco para todos los meses del período, el análisis se realiza calculando prestaciones promedio por mes, para así lograr algún grado de comparabilidad entre centros.

Es importante recordar que las Orientaciones Técnicas del Programa establecen criterios comunes de los centros, en términos de tamaño de equipo y capacidad de atención, por lo que se esperaría que no hubiera diferencias significativas de productividad entre éstos.

La Tabla 21 da cuenta de las estadísticas de población de personas con demencia ingresada, atendida y egresada, así como los cuidadores atendidos en el período 2017 a 2020.

**TABLA 21. POBLACIÓN INGRESADA, ATENDIDA Y EGRESADA Y CUIDADORES ATENDIDOS EN CACPD, AÑOS 2017 A 2020**

|                                   |            | 2017  | 2018  | 2019  | 2020  |
|-----------------------------------|------------|-------|-------|-------|-------|
| Nº Centros funcionando            |            | 7     | 10    | 10    | 10    |
| Nº Centros nuevos                 |            | 2     | 3     | 0     | 0     |
| Población Ingresada 1º semestre   | Promedio   | 154,9 | 125,8 | 91,5  | 39,2  |
|                                   | Desv. Est. | 124,5 | 69,8  | 27,6  | 29,9  |
| Población Atendida <sup>1</sup>   | Promedio   | 190,0 | 203,5 | 183,8 | 128,4 |
|                                   | Desv. Est. | 137,1 | 74,8  | 67,2  | 76,2  |
| Población Egresada 1º semestre    | Promedio   | 51,3  | 91,5  | 51,9  | 20,2  |
|                                   | Desv. Est. | 10,0  | 27,6  | 35,3  | 23,6  |
| Cuidadores Atendidos <sup>2</sup> | Promedio   | 158,7 | 152,4 | 167,7 | 143,8 |
|                                   | Desv. Est. | 91,4  | 99,7  | 74,1  | 117,1 |

Fuente: Reportes de los Centros para monitoreo de Programa CACPD ante MDSyF.

Notas:

1 Se define como la Población Bajo Control a 31 de diciembre del año anterior más los Ingresos totales 1º Semestre del año en curso.

2 Se define como Cuidadores de personas bajo control a 31 de diciembre del año anterior más los ingresados el 1º Semestre de cada año.

Tal como ocurría en el caso del cálculo de beneficiarios, se produce una importante caída el año 2020 en las cifras de población ingresada, atendida y egresada del programa. Esto no se puede atribuir exclusivamente a la modificación en el diseño del programa, ya que se debe considerar que el funcionamiento de los centros se vio significativamente afectado, primeramente, por la situación social y paralización de los trabajadores de la atención primaria de salud en el segundo semestre de 2019, que disminuyó la derivación de usuarios hacia los centros, y luego, por la pandemia de COVID-19 desde marzo de 2020, por lo tanto, es más adecuado analizar el período previo.

Entre los años 2017 a 2019, se puede observar que el número de personas promedio ingresadas anualmente por centro disminuyó significativamente, casi un 41%. Por su parte, la población atendida por centro se incrementó en 2018, pero descendió el año 2019 por debajo del nivel de 2017<sup>29</sup>. La Población Egresada experimentó una variación similar a la atendida, y los cuidadores atendidos se incrementaron en 5,7% en el período. Estos resultados son opuestos a los esperados, considerando que el año 2019, a diferencia de los años anteriores, todos los centros ya llevaban al menos un año de funcionamiento, por lo que se esperaba que ya se hubieran consolidado, presentando mejores resultados que el año anterior<sup>30</sup>.

Al analizar además la desviación estándar de estos indicadores, se observa una importante variabilidad entre centros, que, pese a que disminuye en el

29 Considerando que estas cifras incluyen datos del primer semestre de 2019, no se puede atribuir estas bajas al efecto de la situación social en el país a partir de octubre de 2019.

30 Cabe observar que los indicadores de ingreso y egreso de la Tabla 19 corresponden al primer semestre de cada año, por lo que las cifras del año 2019 no deberían estar afectadas por el estallido social y paralización de la atención primaria de salud del segundo semestre.

período, se mantiene en niveles altos, considerando que en teoría los centros debiesen tener indicadores relativamente similares entre sí.

Respecto de las prestaciones entregadas, se divide el análisis en distintos grupos de prestaciones. Primeramente, se analizan las consultas y controles, realizados ya sea por personal médico o por otros profesionales del centro (Tabla 22). Se observan realidades muy disímiles entre años, así como entre centros. Las consultas médicas pasan de ser 32,5 mensuales en promedio por centro en 2017 a 24,3 en 2018, un 25,2% inferior. El año 2019, este valor se incrementa a 28,2 el año 2019, para luego disminuir a 21,2 consultas mensuales en 2020, lo cual es esperable, producto de la situación sanitaria. En todo el período la desviación estándar de este indicador varía entre 13,9 y 26,4, lo cual denota una importante variabilidad de atenciones entre centros.

**TABLA 22. CONSULTAS Y CONTROLES REALIZADOS MENSUALES POR CENTRO, AÑOS 2017 A 2020**

|   | 2017  |            | 2018  |            | 2019  |            | 2020  |            |
|---|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|
|   | PROM. | DESV. EST. |
| CONSULTAS MÉDICAS                       | 32,5  | 13,9       | 24,3  | 17,5       | 28,2  | 14,4       | 21,1  | 26,4       |
| Geriatría                               | 8,0   | 9,9        | 4,9   | 10,3       | 8,1   | 10,0       | 0,9   | 1,3        |
| C. Médica salud mental                  | 0,6   | 0,9        | 7,5   | 15,1       | 3,3   | 8,0        | 6,2   | 13,9       |
| Medicina familiar                       | 0,0   | 0,0        | 0,0   | 0,0        | 1,6   | 4,3        | 0,2   | 0,5        |
| Neurología                              | 8,3   | 7,7        | 1,8   | 3,5        | 1,0   | 2,6        | 0,2   | 0,5        |
| Psiquiatría                             | 10,7  | 8,3        | 4,9   | 6,4        | 5,0   | 7,8        | 0,4   | 0,8        |
| Consulta/control médico                 | 4,9   | 6,9        | 5,0   | 7,7        | 9,2   | 12,9       | 13,1  | 26,4       |
| CONSULTAS/CONTROLES OTROS PROFESIONALES | 65,6  | 53,8       | 161,9 | 177,9      | 124,8 | 83,7       | 66,1  | 56,5       |
| Asistente social                        | 15,3  | 16,0       | 23,3  | 20,3       | 16,5  | 10,6       | 10,0  | 9,7        |
| Enfermera/o                             | 1,7   | 2,4        | 33,3  | 70,8       | 35,5  | 67,4       | 7,8   | 11,2       |
| Fonoaudiólogo                           | 0,6   | 0,9        | 1,5   | 2,8        | 0,9   | 2,2        | 0,0   | 0,0        |
| Kinesiólogo                             | 0,6   | 0,8        | 2,5   | 3,9        | 3,7   | 4,1        | 1,3   | 3,0        |
| Matrona                                 | 0,0   | 0,0        | 0,2   | 0,4        | 0,0   | 0,0        | 0,0   | 0,0        |
| Nutricionista                           | 0,0   | 0,0        | 0,4   | 1,2        | 0,2   | 0,5        | 0,0   | 0,0        |
| Psicólogo                               | 16,6  | 10,5       | 31,1  | 21,5       | 19,1  | 14,6       | 12,5  | 13,8       |
| Terapeuta ocupacional                   | 16,6  | 15,2       | 42,3  | 45,9       | 23,4  | 19,9       | 16,1  | 17,7       |
| Psicodiagnóstico psicólogo              | 1,6   | 2,3        | 4,1   | 5,5        | 5,9   | 7,8        | 1,0   | 1,9        |
| Otros profesionales                     | 12,8  | 14,9       | 23,3  | 34,5       | 19,7  | 19,7       | 17,5  | 20,4       |

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales e información entregada por el programa, formularios A04, A06, A07, años 2017 a 2020.

Nota: Considera Centros Aliwen de El Bosque, Kümelen de Osorno, Quicalcura de Los Andes, Kelluhun de Talcahuano, Quemanta de Punta Arenas, Amancay de Coquimbo, Amancay de Talca y Kimünche de Temuco. Para algunos centros y algunos años, la información no está disponible para todos los meses.

Por su parte, las consultas y controles realizados por otros profesionales también experimentan una alta variación, pero con un importante incremento entre el año 2017 (65,6 consultas mensuales) y los años 2018 y 2019 (161,9 y 124,8 consultas mensuales promedio, respectivamente). Al igual que en el caso anterior, los centros presentan una alta desviación estándar en las consultas y controles realizados por otros profesionales.

Respecto de quiénes entregan las prestaciones, se revelan también diferencias en las especialidades de los equipos médicos entre Centros, sin duda asociadas a la especialidad de los profesionales médicos disponibles en cada centro, con mayor frecuencia de horas de especialidad de geriatría y psiquiatría. Cabe recordar que uno de los centros entrevistados nunca ha contado con horas de especialistas, lo cual va en desmedro de la calidad de atención de sus usuarios. Respecto de los demás profesionales, se observa una mayor frecuencia de consultas y controles realizadas por terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermeros y asistentes sociales.

La tabla siguiente da cuenta de otro grupo de prestaciones reportadas por cada centro en el mismo período: las visitas integrales, intervención psicosocial grupal y psicoterapia grupal o familiar. Se observa que las visitas tienen niveles variables según el año, con una disminución entre el año 2017 y los años restantes, y con una creciente desviación estándar, la cual denota un aumento en la variabilidad de estas prestaciones entre centros. Asimismo, el número de participantes de las intervenciones psicosociales grupales y sesiones de psicoterapia grupal o familiar presentan alta variación entre años, así como entre centros en cada año. Lamentablemente, los registros estadísticos no permiten diferenciar las actividades dirigidas a usuarios de las dirigidas a familiares, lo cual es una limitante importante para el seguimiento de la gestión de los centros.

**TABLA 23. VISITAS Y ATENCIONES GRUPALES MENSUALES, AÑOS 2017 A 2020**

|  | 2017  |            | 2018  |            | 2019  |            | 2020  |            |
|--|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|
|  | PROM. | DESV. EST. |
| Visitas Integrales                                 | 46,6  | 7,4        | 30,6  | 16,1       | 32,2  | 20,5       | 32,3  | 31,1       |
| Intervención Psicosocial Grupal (Nº participantes) | 224,4 | 131,8      | 151,4 | 130,1      | 248,7 | 208,4      | 74,8  | 44,7       |
| Psicoterapia Grupal o Familiar (Nº Sesiones)       | 0,0   | 0,0        | 1,1   | 2,9        | 6,6   | 17,5       | 0,0   | 0,0        |

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales e información entregada por el programa, formularios A04, A26, años 2017 a 2020.

Nota: Considera Centros Aliwen de El Bosque, Kümelen de Osorno, Quicalcura de Los Andes, Kelluhun de Talcahuano, Quemanta de Punta Arenas, Amancay de Coquimbo, Amancay de Talca y Kimúnche de Temuco. Para algunos centros y algunos años, la información no está disponible para todos los meses.

En las entrevistas realizadas a los centros, también se levantó una importante heterogeneidad entre éstos, en lo que respecta a las intervenciones grupales realizadas previo a que se gatillara la crisis sanitaria. Para cuidadores, las frecuencias reportadas son de 1 sesión mensual, una sesión cada dos semanas, sesiones semanales y hasta 3 sesiones semanales. Por su parte, las intervenciones grupales para personas con demencia pueden ser de dos medios días a la semana, una o dos jornadas a la semana, e incluso todos los días.

Finalmente, en lo que atañe a las actividades de coordinación sectorial, intersectorial y comunitaria realizadas por cada Centro, también se observan diferencias importantes entre centros, al analizar la desviación estándar del número de participantes mensuales promedio por centro (Tabla 22).

**TABLA 24. NÚMERO DE PARTICIPANTES EN ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN SECTORIAL, INTERSECTORIAL Y COMUNITARIAS REALIZADAS, AÑOS 2017 A 2020**

|  | 2017  |            | 2018  |            | 2019  |            | 2020  |            |
|--|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|
|  | PROM. | DESV. EST. |
| Reuniones Programa Acompañamiento Sicosocial (Sector Salud, Intersector y Organizaciones Comunitarias) | 4,4   | 6,2        | 4,0   | 7,0        | 2,2   | 5,4        | 0,1   | 0,2        |
| Trabajo con Org. de Usuarios y Familiares, Org. Comunitarias de Base y de autoayuda                    | 56,1  | 39,9       | 25,0  | 24,8       | 26,7  | 35,3       | 1,8   | 3,1        |
| Trabajo Intersectorial   | 23,4  | 18,5       | 30,9  | 34,4       | 27,6  | 37,3       | 3,9   | 7,9        |

Fuente: Resúmenes Estadísticos Mensuales e información entregada por el programa, formularios A06, años 2017 a 2020.  
 Nota: Considera Centros Aliwen de El Bosque, Kümelen de Osorno, Quicalcura de Los Andes, Kelluhun de Talcahuano, Quemanta de Punta Arenas, Amancay de Coquimbo, Amancay de Talca y Kimünche de Temuco. Para algunos centros y algunos años, la información no está disponible para todos los meses.

Al ser consultados respecto de las dificultades en el ámbito de implementación del programa, producto de la entrada en vigencia del GES, los centros entrevistados no identifican la necesidad de recursos adicionales, ni de personal, ni de infraestructura, en el plazo más inmediato. Sin embargo, sí avizoran que, al mejorarse la pesquisa de personas con demencia en la red de salud, y dependiendo de lo establecido en las nuevas Orientaciones Técnicas del programa, es posible que sea necesario fortalecer los centros, con la instalación de centros adicionales y/o inyectando recursos a los centros existentes.

**RECUADRO 2 – CONCLUSIONES EFICACIA NIVEL DE PRODUCTO**

Según las estadísticas disponibles, existe una importante variabilidad entre centros, y también entre los distintos años del período de evaluación, en términos de población ingresada y atendida, así como en las prestaciones entregadas. Lo anterior llama la atención porque la capacidad de atención esperada y el perfil y tamaño del equipo de cada centro están establecidos por orientaciones técnicas.

Aunque es esperable y deseable una cierta variabilidad en las prestaciones debido al carácter individualizado de los Planes de Intervención de los usuarios, la magnitud de variación parece responder a decisiones del mismo centro y al hecho que las Orientaciones Técnicas no establecen mínimos de prestaciones a entregar a los usuarios.

Lo anterior se confirma en las entrevistas, en que se revela la autonomía que tienen los centros para decidir cuáles prestaciones se entregan y con qué frecuencia.

**5.2.3. MONITOREO Y SEGUIMIENTO DEL SERVICIO ENTREGADO**

Como se explicaba anteriormente, existen dos instancias de levantamiento de información de la productividad de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, que se pueden resumir en la tabla siguiente.

**TABLA 25. REGISTROS DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA CACPD**

| REGISTRO                                | PERIODICIDAD  | INFORMACIÓN RECOPIADA   |
|---|---|---|
| Seguimiento de Programas Sociales       | Semestral   | <p>Población bajo control 31 diciembre año anterior</p> <p>Población ingresada</p> <p>Población atendida</p> <p>Población egresada</p> <p>Vía de derivación población ingresada (desde 2018)</p> <p>Lugar de derivación población egresada (desde 2018)</p> <p>Nº Familiares/Cuidadores Atendidos</p> <p>Nº de Cuidadores derivados a atención de salud mental (desde 2018)</p> <p>Lugar de derivación de Familiares/Cuidadores para atención de salud mental (desde 2018)</p> <p>Indicadores de Propósito:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de personas que mantienen o aumentan su independencia y/o participación en las actividades de la vida diaria (hasta 2019)</li> <li>Porcentaje de familiares/cuidadores de usuarios que disminuyen su percepción de sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia (hasta 2019)</li> <li>Porcentaje de Personas con demencia que cumplen los objetivos de su plan de intervención en los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (desde 2020)</li> <li>Porcentaje de cuidadores de personas con demencia atendidos en centros de apoyo comunitario para personas con demencia, que aumentan su percepción de bienestar asociado a la experiencia de cuidar a una persona con demencia (desde 2020)</li> </ul> <p>Indicadores de componente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de Usuarios que cumplen con los criterios de aplicación de Valoración Geriátrica integral (VGI), cuenta con su VGI aplicada (hasta 2019)</li> <li>Porcentaje de familiares de usuarios de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia capacitados en estrategias de afrontamiento y cuidado a personas con demencia leve y moderada (hasta 2019)</li> <li>Porcentaje de personas con demencia que reciben una intervención integral por equipo multiprofesional (desde 2020)</li> <li>Porcentaje de familiares de usuarios de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia capacitados en estrategias de afrontamiento y cuidado a personas con demencia (desde 2020)</li> </ul> |
| Resúmenes Estadísticos Mensuales (DEIS) | Mensual salvo población bajo control, que es semestral. | <p>Población bajo control</p> <p>Población ingresada</p> <p>Población egresada</p> <p>Consultas médicas</p> <p>Consultas de salud mental otros profesionales</p> <p>Intervención psicosocial grupal con usuarios o familiares/cuidadores</p> <p>Visitas integrales</p> <p>Reuniones técnicas, con red sanitaria, con red intersectorial</p> <p>Trabajo con organizaciones comunitarias y otras</p> <p>Otras (ver detalle en Anexo 5)</p>  |

Fuente: Elaboración propia.

El equipo encargado del Programa en la Subsecretaría de Redes Asistenciales es quien recopila y revisa la información entregada al Ministerio de Desarrollo Social y Familia, en el marco del Seguimiento de Programas Sociales. En esta instancia el nivel central accede solamente a la información general listada en la tabla anterior, lo que no le permite caracterizar a los usuarios, ni saber a qué prestaciones acceden, ni verificar que efectivamente se cumplan los requisitos de ingreso al programa en todos los centros.

Los CACPD, por su parte, cuentan con los datos de RUT y afiliación a FO-

NASA de los beneficiarios. Los datos de atención se registran en las fichas clínicas de los usuarios según normativa MINSAL, la cual puede ser digital o en papel. Adicionalmente, cada centro reporta las atenciones en la plataforma de registro de información del Departamento de Estadísticas e Información de Salud, las cuales son reportadas en los Resúmenes Estadísticos Mensuales. En dichos registros, como se mencionaba anteriormente, no es posible diferenciar las intervenciones a cuidadores de las intervenciones a personas con demencia, lo cual constituye una importante limitación.

Como se mencionaba previamente, solamente dos centros tienen su propio código de establecimiento, mientras que los ocho centros restantes comparten código con el Hospital u otro establecimiento del que dependen. De esta forma, el nivel central del programa no cuenta con la información suficiente para caracterizar a los usuarios de cada centro, ni determinar qué prestaciones se les entregan, ni por cuánto tiempo son atendidos. Por su parte, de acuerdo a los antecedentes levantados en entrevistas, los Servicios de Salud realizan una labor de seguimiento general del funcionamiento del centro, pero sin acceder a la información específica del servicio entregado.

Cabe observar además que en la presente evaluación se encontraron importantes diferencias entre las estadísticas presentadas en el proceso de seguimiento de programas sociales y los registros del REM de los dos centros analizados. A modo de ejemplo, el CACPD de Osorno el año 2017 registró 27 ingresos al Programa de Salud Mental y 40 por Programa de Rehabilitación, mientras que, en la ficha de monitoreo, se reportan 456 ingresos ese año. Por su parte, el CACPD de Hualpén/Talcahuano reporta para ese mismo año 15 ingresos en REM, mientras que contribuye con 90 ingresos en los resultados reportados en la respectiva ficha de monitoreo.

No es claro el origen de estas diferencias, que pueden deberse a que los ingresos efectivamente ocurrieron, pero se registraron en formularios distintos a los establecidos en las orientaciones técnicas, o que están sobre estimados en el sistema de seguimiento del programa. Cualquiera sea la razón, es muy importante que los encargados del programa levanten sistemáticamente esta información y puedan contrastarla entre las distintas fuentes.

# VI. CONCLUSIONES



## VI. CONCLUSIONES

Del análisis realizado en el presente informe, se pueden destacar los siguientes resultados de evaluación:

- En su diseño original, el programa Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (CACPD) contaba con criterios de focalización claros, una estrategia respaldada por experiencia internacional, y orientaciones técnicas alineadas con estas definiciones y suficientes para que los Centros tuvieran claridad de cómo funcionar. Asimismo, el programa superó todos los años sus metas en los indicadores de propósito, formulados en el marco del seguimiento de programas sociales.
- La entrada en vigencia del decreto que incorpora al GES la Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, en octubre de 2019, no sólo significa importantes modificaciones al diseño de la estrategia en general del sistema público de salud, sino que, al diseño del programa en particular, en lo que refiere a sus criterios de focalización, así como a la estrategia de tratamiento de las personas con demencia de alta complejidad y sus cuidadores. Se evalúa positivamente que en la respectiva reformulación del programa, la cual obtuvo Recomendación Favorable ante el MDSyF, se haya mantenido a los cuidadores como usuarios, pese a que no tengan una garantía de salud asociada. Sin embargo, no se han emitido formalmente orientaciones técnicas respecto de la implementación del GES en general, ni tampoco se han actualizado las orientaciones técnicas del programa CACPD, incluyendo, por ejemplo, instrumentos y criterios para determinar alta complejidad y el ajuste de la modalidad de funcionamiento de los centros ante el nuevo perfil de usuarios. Esto ha generado mucha incertidumbre al nivel de algunos de los actores entrevistados en los distintos niveles del sistema y, aunque existan criterios locales de derivación, también incorpora un elemento de discrecionalidad en el acceso a un tratamiento de mediana o alta complejidad de las personas con demencia.
- La instalación de los CACPD a nivel local significó un importante trabajo de articulación con los demás dispositivos de la red, lo que incluyó capacitar a equipos, acordar criterios respecto del diagnóstico de la demencia y fortalecer los procedimientos de derivaciones, lo cual se evalúa positivamente.
- No se detectó una duplicidad entre el programa evaluado y la oferta programática vigente. Sin embargo, es necesario profundizar en la labor de coordinación, tanto a nivel central como local, con programas complementarios del Ministerio de Salud y de otros ministerios, que tienen una población objetivo en común con el programa y programas complementarios para fines de la pesquisa precoz de la demencia.
- Las coberturas del programa, tanto respecto a la población potencial como a la población objetivo, son considerablemente bajas, no superando el 1% en el período 2017-2019. Aunque la población objetivo se ha reducido en 61,8% tras la entrada en vigencia del GES de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, la cobertura el año 2020 solo llega al 2,1%.

- Existe limitada información respecto de la caracterización de los usuarios del programa, lo que no permite tener claridad respecto de la focalización efectiva de los CACPD. Sin embargo, la información disponible da pie a dudar de que los centros efectivamente se hayan dedicado solamente a personas que cumplieran con los requisitos de tener demencia en estadio leve o moderado, en el período en que estuvo vigente el diseño original del programa, dando cuenta de una leve desfocalización por ingreso de personas con demencia avanzada (hasta 6%). Por otra parte, el porcentaje de personas diagnosticadas con demencia avanzada que se incorporan al programa no incrementa significativamente, pese a la modificación de perfil de beneficiarios producto de la entrada en vigencia del decreto GES.
- La productividad de los centros, en términos de número de personas atendidas y prestaciones entregadas es altamente dispar entre centros, pese a que son relativamente homogéneos en términos de equipo profesional, lo cual puede responder, entre otros factores, a orientaciones técnicas que no fijan un mínimo de servicios a entregar y a diferencias de criterio entre centros.
- En cuanto a seguimiento y monitoreo, las estadísticas disponibles tienen importantes limitaciones, y no son utilizadas por el programa como elemento de gestión para comparar las atenciones entregadas entre centros, explorar mejores prácticas basadas en evidencia o detectar posibles espacios de mejora.



## VII. RECOMENDACIONES



## VII. RECOMENDACIONES

Dados los resultados de la Evaluación Focalizada de Ámbito al Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia del Ministerio de Salud, se sugieren las siguientes recomendaciones en el ámbito de diseño e implementación:

- El Ministerio de Salud debe elaborar y formalizar las Orientaciones Técnicas de implementación a nivel de sistema de la Garantía Explícita de Salud N° 85 de Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias. Estas orientaciones deben fijar claramente los criterios de derivación y tratamiento de las personas con demencia en los distintos dispositivos del sistema. Éstas deben ser ampliamente difundidas entre los distintos actores del sistema.
- El Ministerio de Salud debe modificar las Orientaciones Técnicas del Programa CACPD, en concordancia con las orientaciones técnicas del GES. Estas orientaciones deben incorporar, al menos, los criterios e instrumentos para definir un caso de alta complejidad, y ajustar los lineamientos de tratamiento a la incorporación de personas con demencia severa y sus cuidadores como usuarios de los centros.
- Debe realizarse el levantamiento periódico centralizado de las prestaciones entregadas por cada centro, o idealmente designar un código REM de establecimiento para cada centro, de manera de poder individualizar estos reportes.
- El Programa debe realizar análisis periódicos comparativos entre centros, respecto de, al menos: ingresos, población atendida, egresos, caracterización de usuarios (personas con demencia y cuidadores), prestaciones, distinguiendo las entregadas a personas con demencia de las entregadas a sus cuidadores, cumplimiento de garantías de oportunidad y tratamiento.
- Establecer instancias formales y periódicas de coordinación entre programas complementarios con el programa CACPD a nivel central, y programar actividades periódicas de coordinación y capacitación a nivel local con los responsables y ejecutores de dichos programas.

Cabe observar que es importante cumplir los hitos previos en particular, si se decide escalar el programa ampliando la cobertura ante la implementación del GES.

# VIII. BIBLIOGRAFÍA



## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Albala C., 2014. Epidemiología de las Demencias en Chile (PPT).
- Bachelet, M. (2013). Programa de Gobierno 2014-2015. Santiago de Chile.
- Beam C, Kaneshiro C, Jang JY, Reynolds C, Pedersen N, Gatz M(2018) Differences Between Women and Men in Incidence Rates of Dementia and Alzheimer's Disease. *J Alzheimers Dis.*; 64(4): 1077–1083. doi: 10.3233/JAD-180141 1.
- Brown, M., Tolson, D., & Ritchie, L. (2019). Changing needs in advanced dementia. *Nursing Older People*, 32(4).
- Dirección de Presupuestos (2020), Evaluación de Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Ministerio de Salud.
- Fuentes P, Albala C. An Update on Aging and Dementia in Chile. *Dement Neuropsychol.* 2014 Oct-Dec.
- Herrmann, N., & Gauthier, S. (2008). Diagnosis and treatment of dementia: 6. Management of severe Alzheimer disease. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 179(12), 1279–1287. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070804>
- Hojman DA, Duarte F, Ruiz-Tagle J, Budnich M, Delgado C, Slachevsky A (2017) The cost of dementia in an unequal country: The case of Chile. *PLoS ONE* 12(3): e0172204. doi:10.1371/ journal.pone.0172204
- Huang, H. L., Shyu, Y. I., Chen, M. C., Huang, C. C., Kuo, H. C., Chen, S. T., & Hsu, W. C. (2015). Family caregivers' role implementation at different stages of dementia. *Clinical interventions in aging*, 10, 135–146. <https://doi.org/10.2147/CIA.S60574>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones 1992-2050, país. Obtenido de <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
- Jen-Hau Chen, Kun-Pei Lin, Yen-Ching Chen, (2009), Risk Factors for Dementia. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0929664609604022?via%3Dihub>
- Livingston, Gill, Andrew Sommerlad, Vasiliki Orgeta, Sergi G Costafreda, Jonathan Huntley, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, Alistair Burns, Jiska Cohen-Mansfield, Claudia Cooper, Nick Fox, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Eric B Larson, Karen Ritchie, Kenneth Rockwood, Elizabeth L Sampson, Quincy Samus, Lon S Schneider, Geir Selbæk, Linda Teri, Naaheed Mukadam (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet Commissions*; 390:2673–734. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31363-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31363-6)

Marasco, Richard A. BS Pharm, FASCP, BCGP, HRM Supplements and Featured Publications, Addressing Unmet Needs in Alzheimer Disease: Implications of Delayed Diagnosis and Examining New and Emerging Therapies, Volume 26, Issue 8 Am J Manag Care. 2020;26:S167-S176

Ministerio de Desarrollo Social (2014). Evaluación Ex Ante Programas Nuevos. Proceso Formulación Presupuestaria 2015. Programa Centros Diurnos para Personas con Demencia. Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social (2015). Informe de Descripción de Programas Sociales. Programa Centros Diurnos para Personas con Demencia (Cierre al 31 - Diciembre - 2015). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia) (cierre al 31 - diciembre - 2017). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social. (2017). Informe de Seguimiento de Programas Sociales. Programa Plan Nacional de Demencia (cierre al 30 - junio - 2017). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). Ficha de evaluación proceso de seguimiento. Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). Ficha de evaluación proceso de seguimiento. Plan Nacional de Demencia. Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2019). Ficha de evaluación proceso de seguimiento. Red Local de Apoyos y Cuidados - SNAC. Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (Ex Centros Diurnos para Personas con Demencia). Santiago de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). Informe de detalle de Programas Sociales, Evaluación Ex Ante - Proceso Formulación Presupuestaria 2021. Programa Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia.

Ministerio de Salud (2016) Orientaciones Técnicas para la Implementación de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia.

Ministerio de Salud (2017). Plan Nacional de Demencia. Santiago de Chile.

Nichols, E. et al. (2016). Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet Neurology.

Organización Mundial de la Salud (2020). Envejecimiento y ciclo de vida. <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

Palacios, Josefa; Ramm, Alejandra; Olivi, Alessandra (2020), Constraints that discourage participation in the labour market by female carers of older relatives in Santiago, Chile. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hsc.13250>

Piñera, S. (2017). Programa de Gobierno 2018-2022. Construyamos tiempos mejores para Chile.

Rossor, Martin N, Nick C Fox, Catherine J Mummery, Jonathan M Schott & Jason D Warren (2010). *Lancet Neurol.* August; 9(8): 793–806. doi:10.1016/S1474-4422(10)70159-9.

Servicio Nacional del Adulto Mayor, FLACSO Chile e Instituto Chileno de Terapia Familiar (2015). *La Construcción Social de las Demencias en las Personas Mayores de la Región Metropolitana, Chile.*

Slachevsky, Andrea, Abusleme M<sup>a</sup> Teresa, Arenas, Ángela. Cuidados Paliativos en personas con demencia severa: reflexiones y desafíos, en *Rev. Med Chile* 2016; 144: 94-101.

Universidad de Chile (2019). *Policy Paper Demencias. Prevención y abordaje integral de las demencias. Avances y desafíos para la política pública en materia de trastornos neurocognitivos. Policy Paper N°1 Serie Envejecimiento.* ISBN: 978-956-19-1170-3

# IX. ANEXOS



## IX. ANEXOS

### ANEXO 1. PAUTA DE ENTREVISTAS

Antes de la entrevista:

1. Presentar al equipo evaluador.
2. Explicar a el/la entrevistado(a) el contexto de la evaluación, su objetivo general (Evaluar el diseño e implementación de los servicios entregados por el programa enfocando el análisis en la estrategia, en la focalización efectiva y en la relación con la oferta pública existente) y los principales temas que se abordarán durante la entrevista.
3. Señalar que toda la información es de carácter confidencial.
4. Solicitar permiso para grabar.
5. Preguntar al entrevistado si tiene alguna duda o comentario sobre la conversación.

### PAUTA DE LA ENTREVISTA

#### TEMA 1: CONTEXTO DE CONTINGENCIA SANITARIA

1. Preguntar cómo están viviendo la crisis.
2. Preguntar sobre qué medidas están tomando y escenario de atención que proyectan para el 2021.
3. Preguntar si han recibido orientaciones o apoyos desde SS.SS y/o MINSAL, formales o informales.

#### TEMA 2: CONTEXTO GENERAL DEL PROGRAMA Y ACTORES

1. A su juicio, ¿de qué problema se está haciendo cargo el programa?
2. ¿Qué relación tiene el Centro con el Servicio de Salud que le corresponde?
3. En su opinión, ¿cuáles son los principales actores involucrados en la gestión del programa?
4. ¿Existe coordinación y en qué instancias de este Centro (con MINSAL, con SS, con otros centros, con APS, con hospitales)? ¿Podría mejorar, a su juicio, la coordinación entre los actores involucrados?

### **TEMA 3: INGRESO DE PACIENTES (DIFERENCIAR PREGUNTAS PRE Y POST GES)**

1. ¿Cómo ingresan o desde dónde son derivados los pacientes (ej. Hospitales, APS), y en qué porcentaje se distribuyen entre vías de ingreso?
2. En su opinión, ¿cree que se detecta a los pacientes/cuidadores de manera oportuna? ¿Se hace de manera adecuada?
3. ¿Nos puede describir cómo son, en general, los pacientes que ingresan a su Centro?
4. ¿Conoce usted cómo se definen y/o qué criterios se han definido para determinar si un paciente requiere o puede ingresar al programa?
  - a. ¿Quién ha definido estos criterios? ¿Participaron ustedes de este proceso de definición?
  - b. ¿Qué instrumento se utiliza para determinar el cumplimiento de estos requisitos?
  - c. ¿Está usted informado respecto de la ampliación de edad de las personas con demencia como requisito para los beneficiarios de los centros? ¿Le parece adecuado? ¿Cuáles son los principales desafíos que esta modificación significa?
  - d. ¿Está usted informado respecto de la modificación de estadio de demencia leve y moderada, a alta complejidad como requisitos para los beneficiarios de los centros? ¿Le parece adecuada esta modificación? ¿Cuáles son los principales desafíos que esta modificación significa?
5. ¿Me podría describir cómo es el proceso cuando una persona ingresa al centro? (protocolos de admisión, directrices desde MINSAL)

### **TEMA 4: LISTA DE ESPERA (DIFERENCIAR PREGUNTAS PRE Y POST GES)**

1. ¿Sabe usted si hay lista de espera para ingresar al centro? ¿Cómo se genera, cómo se prioriza una persona que cumple con los requisitos?
2. ¿Considera que el programa atiende a una cantidad suficiente de beneficiarios en relación a las personas que presentan el problema del cual se hace cargo el programa?

## **TEMA 5: IMPLEMENTACIÓN (DIFERENCIAR PREGUNTAS PRE Y POST GES)**

1. ¿En qué consiste en líneas generales la implementación del programa en su Centro?
2. ¿Conoce usted las Orientaciones Técnicas del programa?
  - a. ¿Qué opinión tiene de ellas?
  - b. En su opinión, ¿qué tan factible son de ser cumplidas?
  - c. ¿Le parece que las orientaciones técnicas son suficientes para dar una respuesta adecuada al problema que aborda el programa?
3. ¿Cuál es su opinión general sobre la implementación del programa? En su opinión, ¿qué labores no se llevan a cabo en la implementación del programa y que deberían hacerse?
4. ¿Con qué equipo cuenta el centro para implementar el programa? ¿Sigue esto alguna orientación técnica?
5. Una vez que el beneficiario ingresa al programa, ¿Qué tipo de prestaciones / servicios / atenciones se le entregan? (misma pregunta para el cuidador)
6. ¿Cómo se determina el plan de intervención para cada paciente? ¿Existen tipos de intervenciones que sean comunes para todos los pacientes que compartan alguna característica en particular? (lo mismo para el cuidador). ¿Hay lineamientos de ello en las orientaciones técnicas?
7. ¿Cada cuánto tiempo se miden los avances que tienen el paciente/cuidador?
8. ¿Cuáles considera que son los principales problemas / limitantes que tiene el programa en su implementación?

## **TEMA 6: EGRESO DE PACIENTES**

1. ¿Qué criterios deben cumplir los pacientes para egresar del programa?
2. ¿Qué ocurre una vez que el beneficiario egresa del programa? ¿Existen mecanismos formales de derivación?
3. ¿Qué porcentaje de los beneficiarios se repiten el año siguiente? ¿Es esto producto de que no se cumplió a cabalidad el plan de intervención?
4. ¿Cómo se relaciona el programa con otros programas en el marco del Plan Nacional de Demencia?
5. ¿Se relaciona el programa con programas de SENAMA, Residencias y Hogares Protegidos, programas de salud gestionados por municipios?, ¿u otros?

### **TEMA 7: MONITOREO Y SEGUIMIENTO**

1. ¿Tiene usted que reportar información a los SS.SS? ¿o a MINSAL? ¿Con qué frecuencia, por qué vía, y qué información específica se reporta?
2. ¿Existen mecanismos de monitoreo y sistematización de información sobre beneficiarios?

### **TEMA 8: EVALUACIÓN GENERAL**

1. ¿Qué factores /acciones considera exitosas o destacables del programa?
2. ¿Cuáles considera que son los principales problemas o limitantes que tiene el programa?

### **TEMA 9: FUTURO DEL PROGRAMA**

1. En el contexto de la incorporación de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias al GES, ¿considera que el programa puede dar respuesta a aumentos de demanda? ¿Cuáles serían los principales puntos críticos?
2. En su opinión, ¿existen cambios o ajustes que deban hacerse al programa para mejorar su eficacia o eficiencia?



### ANEXO 3. LISTADO ESPECÍFICO DE PRESTACIONES GES N°85

#### PROBLEMA DE SALUD N°85 ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS.

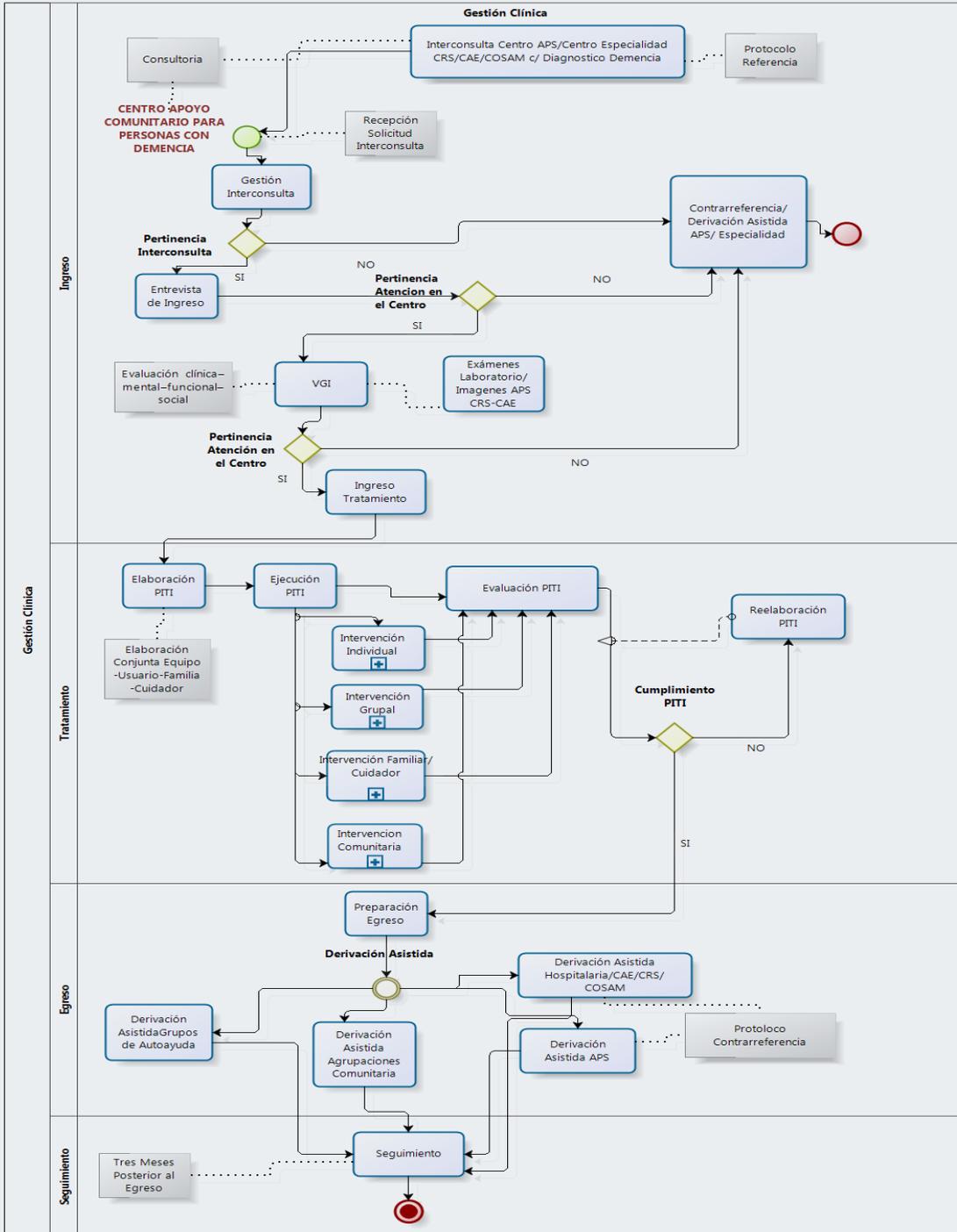
| INTERVENCIÓN | CANASTA                 | GLOSA  | OBSERVACIÓN   |
|--------------|-------------------------|--|---|
|              |                         | Psicodiagnóstico   | Aplicación de test                                  |
|              |                         | Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs.) (mínimo 8 pacientes)  | Puede incluir consultoría con neurólogo o geriatra  |
|              |                         | Consulta o control médico integral en atención primaria  |   |
|              |                         | Consulta o control por psicólogo clínico   |   |
|              |                         | Atención integral por terapeuta ocupacional  |   |
|              |                         | Visita integral de salud mental  |   |
|              |                         | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) |   |
|              |                         | Creatinina en sangre   |   |
|              | Diagnóstico             | Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u   |   |
|              |                         | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)  |   |
|              |                         | Perfil hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)                                       |   |
|              |                         | Vitamina B12 por inmunoensayo  |   |
|              |                         | Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)   |   |
|              |                         | Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)                     |   |
| Diagnóstico  |                         | V.D.R.L  |   |
|              |                         | Anticuerpos virales, determ. de H.I.V.   |   |
|              |                         | Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024)   |   |
|              |                         | Consulta integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, oftalmología, neurología, oncología (en CDT)  | Puede incluir consulta de especialidad en geriatría |
|              |                         | Consulta de psiquiatría  |   |
|              |                         | Consulta o control por psicólogo clínico   |   |
|              |                         | Consulta por fonoaudiólogo   |   |
|              |                         | Atención integral por terapeuta ocupacional  |   |
|              |                         | Psicodiagnóstico   | Aplicación de test                                  |
|              |                         | Visita integral de salud mental  |   |
|              | Diagnóstico diferencial | Ácido fólico o folatos   |   |
|              |                         | Tomografía computarizada de cráneo encefálica  |   |
|              |                         | Resonancia magnética cráneo encefálica u oídos, bilateral  |   |
|              |                         | E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006)   |   |
|              |                         | Homocisteína plasmática total  |   |
|              |                         | Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual)  | LCR   |
|              |                         | Cultivo y tipificación de micobacterias  |   |
|              |                         | Antibiograma corriente (mínimo 10 fármacos)  |   |

| INTERVENCIÓN   | CANASTA                      | GLOSA  | OBSERVACIÓN                     |
|--|------------------------------|--|---------------------------------|
| Diagnóstico  | Diagnóstico diferencial      | Punción medular ósea   |                                 |
|  |                              | Consulta o control médico integral en atención primaria  |                                 |
|  |                              | Consulta o control por psicólogo clínico   |                                 |
|  |                              | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista  |                                 |
|  |                              | Atención kinesiológica integral ambulatoria  |                                 |
|  |                              | Atención integral por terapeuta ocupacional  |                                 |
|  |                              | Consulta de salud mental por otros profesionales   |                                 |
|  |                              | Visita integral de salud mental  |                                 |
|  |                              | Consultoría de salud mental por psiquiatra (sesión 4 hrs.) (mínimo 8 pacientes)  |                                 |
|  |                              | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)   |                                 |
|  |                              | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) |                                 |
|  |                              | Creatinina en sangre   |                                 |
|  |                              | Tratamiento  | Tratamiento mediana complejidad |
| Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)  |                              |  |                                 |
| Perfil hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)                   |                              |  |                                 |
| Vitamina B12 por inmunoensayo  |                              |  |                                 |
| Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)   |                              |  |                                 |
| Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda) |                              |  |                                 |
| E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)   |                              |  |                                 |
| Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024)   |                              |  |                                 |
| Sertralina   |                              |  |                                 |
| Citalopram   |                              |  |                                 |
| Risperidona  |                              |  |                                 |
| Trazodona  |                              |  |                                 |
| Quetiapina   |                              |  |                                 |
| Tratamiento  | Tratamiento alta complejidad | Consulta integral de especialidades en medicina interna y subespecialidades, oftalmología, neurología, oncología (en CDT)  |                                 |
|  |                              | Consulta de psiquiatría  |                                 |
|  |                              | Consulta o control por psicólogo clínico   |                                 |
|  |                              | Consulta o control por enfermera, matrona o nutricionista  |                                 |
|  |                              | Consulta de salud mental por otros profesionales   |                                 |
|  |                              | Consulta por fonoaudiólogo   |                                 |
|  |                              | Atención kinesiológica integral ambulatoria  |                                 |
|  |                              | Atención integral por terapeuta ocupacional  |                                 |
|  |                              | Visita integral de salud mental  |                                 |

| INTERVENCIÓN | CANASTA                      | GLOSA  | OBSERVACIÓN |
|--------------|------------------------------|--|-------------|
| Tratamiento  | Tratamiento alta complejidad | Intervención psicosocial grupal (4 a 8 pacientes, familiares o cuidadores)   |             |
|              |                              | Tomografía computarizada de cráneo encefálica  |             |
|              |                              | Resonancia magnética cráneo encefálica u oídos, bilateral  |             |
|              |                              | E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006)   |             |
|              |                              | E.C.G. de reposo (incluye mínimo 12 derivaciones y 4 complejos por derivación)   |             |
|              |                              | Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)  |             |
|              |                              | Hemograma (incluye recuentos de leucocitos y eritrocitos, hemoglobina, hematocrito, fórmula leucocitaria, características de los elementos figurados y velocidad de eritrosedimentación) |             |
|              |                              | Perfil lipídico (incluye mediciones de colesterol total, HDL-colesterol y triglicéridos con estimaciones por fórmula de LDL-colesterol, VLDL-colesterol y colesterol no-HDL)             |             |
|              |                              | Sertralina   |             |
|              |                              | Risperidona  |             |
|              |                              | Olanzapina   |             |
|              |                              | Quetiapina   |             |
|              |                              | Aripiprazol  |             |
|              |                              | Memantina  |             |
|              |                              | Donepecilo   |             |
| Trazodona    |                              |  |             |
| Citalopram   |                              |  |             |
| Mirtazapina  |                              |  |             |
| Eszopiclona  |                              |  |             |

Fuente: Página web AUGE, Ministerio de Salud.

### ANEXO 4. FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN CENTRO DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA



Fuente: Orientaciones Técnicas Programa Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. Ministerio de Salud. 2016

## ANEXO 5. PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS AL PROGRAMA CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

| OFERTA PÚBLICA CON POBLACIÓN OBJETIVO COMÚN                                     |   |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROGRAMA E INSTITUCIÓN RESPONSABLE                                   | DESCRIPCIÓN   |
| Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (Conapran)                       | Iniciativa orientada a la atención de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, dependientes, física y/o cognitivamente, que requieren cuidados de larga duración y que necesitan institucionalización o que ya se encuentran institucionalizados en CONAPRAN. Para esto, dispone de trece Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) que proveen atención directa de manera integral (integración socio-comunitaria, entre otros) a los adultos mayores, promoviendo la participación de los residentes del ELEAM en la red local y en el barrio. SENAMA entrega anualmente a CONAPRAN recursos y orientaciones para la mejora de la gestión y la calidad de la atención residencial. Es ejecutada por terceros: Organismos privado sin fines de lucro (Fundación, organización social, comunitaria, territorial, deportiva, corporación cultural, educacional, federación, otro).  |
| Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia |   |
| Cuidados Domiciliarios  | El programa entrega servicios de apoyo y cuidado en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) a adultos mayores vulnerables socioeconómicamente, dependientes moderados y severos, que no cuentan con cuidador principal. Estos serán derivados desde la Red Local de Apoyo y Cuidado del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC). El programa puede ser ejecutado por Municipios y/o instituciones privadas sin fines de lucro, quienes seleccionan y contratan asistentes de AVD. Estos son hombres o mujeres, residentes de la comuna, con formación y/o capacitación en la atención y cuidado del adulto mayor, quienes los apoyan en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria dentro y fuera del hogar, además de transmitir herramientas para la correcta realización de AVD a la persona mayor. Cada asistente atiende a 5 personas, a quienes apoyará 2 veces a la semana con una duración de 3 horas por visita, que contemplan tres áreas de atención: atención personal, apoyo en realización de tareas del hogar y relación con el entorno.   |
| Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia |   |
| Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)                  | El programa busca atender a personas mayores vulnerables que requieren servicios de cuidados de larga duración, que sean de calidad y especializados, de acuerdo a sus niveles de dependencia. Para esto, existen residencias donde se provee atención directa a los adultos mayores, tanto en aspectos sociosanitarios como en integración sociocomunitaria, promoviendo la participación de los residentes en la red local y en el barrio. Senama delega la operación de los establecimientos, a través de licitación o convenio directo, a entidades sin fines de lucro con experiencia en trabajo y atención a mayores, las que se comprometen a gestionar la residencia de acuerdo al Modelo de Gestión Senama, que considera áreas de atención usuaria, administración e integración sociocomunitaria. Senama aporta el 100% del equipamiento de las residencias colectivas y traspasa a los operadores un subsidio per cápita que considera factores de cobertura y territorio.  |
| Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia |   |
| Fondo Subsidio ELEAM  | El programa busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Para esto, le entrega un subsidio a los ELEAM públicos o privados sin fines de lucro. El monto del subsidio depende del nivel de dependencia de los adultos mayores. Para seleccionar a quienes se van a beneficiar, los ELEAM deben presentar una nómina con los adultos mayores que cumplen con los criterios de selección del programa y un proyecto que entregue un apoyo directo a éstos. Los proyectos deben abordar alguna de las siguientes áreas: satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos y promoción del envejecimiento activo. Los ELEAM que presenten los mejores proyectos serán quienes se beneficien del subsidio.   |
| Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia |   |
| Buen Trato al Adulto Mayor  | El programa busca prevenir el abuso, violencia y maltrato que afecta a los adultos mayores. Desarrolla acciones de prevención, promoción y sensibilización de la temática, en la misma línea del trabajo intersectorial y de coordinación con los dispositivos locales y territoriales, especialmente con municipios, centros de salud, policías, organismos auxiliares de justicia, universidades, entre otros. También desarrolla acciones de asesoría, articulación y coordinación de casos de maltrato. Al respecto, SENAMA no cuenta con todas las facultades legales y administrativas de intervención directa, de patrocinio y representación legal de adultos/as mayores, por lo cual, se releva la articulación, coordinación y convenios de colaboración con diversos actores, tales como, Corporación de Asistencia Judicial, Clínicas Jurídicas de Universidades u otros, para abordar esta área, además de la articulación y coordinación que realizan los profesionales para dar respuesta.<br>El programa atiende a cualquier persona natural y/o a quien se presente a SENAMA de las 16 regiones del país, ya sea de manera directa o derivadas por los distintos canales de atención del servicio. |
| Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia |   |

| OFERTA PÚBLICA CON POBLACIÓN OBJETIVO COMÚN  |   |
|--|---|
| NOMBRE DEL PROGRAMA E INSTITUCIÓN RESPONSABLE  | DESCRIPCIÓN   |
| Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad<br>Subsecretaría de Servicios Sociales<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia | Consiste en un aporte monetario mensual a cuidadores de personas con discapacidad, conocido como "Estipendio", prestación monetaria de cargo fiscal que no constituye renta, ni es imponible para ningún efecto. El beneficio lo postula el servicio de salud correspondiente al domicilio de la persona dependiente y el pago lo efectúa mensualmente el Instituto de Previsión Social (IPS) a nombre del cuidador o cuidadora, a través de depósito bancario.   |
| Red Local de Apoyos y Cuidados – SNAC<br>Subsecretaría de Servicios Sociales<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia          | El Programa tiene como propósito que la diada disminuya su vulnerabilidad biopsicosocial posterior a la implementación del Programa. Por diada se entiende la persona en situación dependencia funcional-cuidador principal. Los hogares integrados por personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y sus cuidadores/as acceden a la oferta de servicios y prestaciones sociales en apoyos y cuidados de manera organizada y acorde a sus necesidades, tales como la elaboración de un plan de cuidados, servicios de respiro para cuidadores y un conjunto de servicios especializados para PSDF. En su estrategia, el programa integra acciones en el ámbito del hogar, a través de la comunidad o de instituciones públicas o privadas que proveen servicios de cuidados y/o apoyo, constituyendo una contribución al desarrollo de políticas públicas orientadas a los hogares que presenten este tipo de necesidad.  |
| Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa<br>Subsecretaría de Redes Asistenciales<br>Ministerio de Salud               | El programa tiene como propósito otorgar a las personas con dependencia severa, cuidadores y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y autonomía. Para ello, desarrolla atenciones de salud integrales proporcionadas por equipos de salud en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerando su estado de salud; y, por otra parte, se reconoce mediante la entrega de una asignación monetaria el trabajo de quienes realizan la función de "cuidador" de estas personas con dependencia severa.   |
| Programa Residencias y Hogares Protegidos<br>Subsecretaría de Redes Asistenciales<br>Ministerio de Salud                           | El programa busca resolver la situación de personas con discapacidad psiquiátrica que no cuentan con red de apoyo social y no tienen las habilidades necesarias para vivir en forma independiente y presentan dificultades severas para acceder a servicios sociales (vivienda, trabajo, salud, educación, etc.) y para participar en su entorno comunitario, generándose exclusión social y estigmatización. Para esto, la estrategia del programa consiste en habilitar cupos en Hogares y Residencias Protegidas, los cuales son gestionados por cada uno de los Servicios de Salud, a través de un comité a cargo de evaluar la pertinencia del ingreso y priorizar a los postulantes. Las personas ingresadas a Hogares y Residencias Protegidas reciben cobertura de sus necesidades básicas (vivienda y alimentación) y de apoyo social, a través de monitores, quienes, entre otros aspectos, apoyan a los residentes para acceder a las atenciones de salud otorgadas por la red. El programa cuenta con 2 componentes, siendo el primero de atención en Hogares Protegidos; y el segundo de Atención en Residencias Protegidas. |
| OFERTA PÚBLICA PARA PESQUISA PRECOZ  |   |
| NOMBRE DEL PROGRAMA E INSTITUCIÓN RESPONSABLE  | DESCRIPCIÓN   |
| Más Adultos Mayores Autovalentes<br>Subsecretaría de Redes Asistenciales<br>Ministerio de Salud                                    | El programa tiene como propósito mantener o mejorar la condición funcional de la población de 60 años o más beneficiaria de los establecimientos de atención primaria de salud del sector público de salud. Para ello, considera la intervención sociosanitaria promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la condición funcional de los adultos mayores; en el marco de la cual un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional desarrollan talleres con los adultos, en los que se aborda la estimulación de autocuidado o estilos de vida saludable; la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, y la estimulación de funciones cognitivas. Los otros dos servicios entregados por el programa son el fomento del autocuidado y estimulación funcional en las organizaciones sociales y servicios locales, y el desarrollo de un Plan de Formación Continua para los equipos del programa.  |
| Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas (PESPI)<br>Subsecretaría de Redes Asistenciales<br>Ministerio de Salud              | El programa tiene como propósito aumentar la pertinencia cultural de las acciones de salud destinadas a la población perteneciente a los pueblos indígenas de Chile que son atendidos en la red de atención de salud pública. Busca resolver las inequidades en salud para personas pertenecientes a pueblos indígenas, provocadas por barreras culturales (lingüística, identitaria, diferencias en percepción de problemas de salud, entre otras). Se implementa a través de los siguientes componentes: 1) acción de orientación y acompañamiento realizada por un facilitador intercultural, que permite mejorar la adherencia a los tratamientos, al identificarse con la enfermedad y lograr la recuperación o rehabilitación; 2) prestaciones de salud con pertinencia cultural, que permiten reducir la brechas de acceso de la población que no asiste a los centros tradicionales; 3) programa de reparación indígena en derechos humanos; y 4) participación social indígena y salud.  |

| OFERTA PÚBLICA PARA PESQUISA PRECOZ   |   |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROGRAMA E INSTITUCIÓN RESPONSABLE   | DESCRIPCIÓN   |
| Salud Responde<br>Subsecretaría de Salud Pública<br>Ministerio de Salud   | El programa busca resolver que personas residentes en el país, que no cuentan con acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud, cuenten con acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud, mediante asistencia remota. Para ello pone a disposición de toda la población residente en el país, nacional y extranjera, que requiere acceso oportuno a la resolución de problemas primarios de salud, una plataforma de atención multicanal (telefónico y redes sociales) habilitada las 24 horas del día, los 7 días de la semana durante todo el año, atendida por un equipo multidisciplinario (administrativo, enfermeras, matronas, kinesiólogos, médicos, psicólogos, entre otros).  |
| Centros Diurnos del Adulto Mayor<br>Servicio Nacional del Adulto Mayor<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia                 | El programa busca apoyar a las personas mayores vulnerables y con dependencia leve, sin desarraigarlas de su entorno. Para esto, instituciones sin fines de lucro postulan un proyecto de Centro Diurno, según asesoría y orientación técnica por parte de Senama. De ser seleccionadas, deben desarrollar para cada beneficiario un plan de intervención individual que incluya talleres de: adopción de estilos de vida saludable, mantención de la funcionalidad en el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (ABIVD), promoción del envejecimiento activo, desarrollo de habilidades psicosociales, entre otros. Además, se prestan servicios de apoyo a la familia o cuidadores informales.  |
| Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos – SSy00<br>Subsecretaría de Servicios Sociales<br>Ministerio de Desarrollo Social y Familia | El programa se orienta a dar respuesta a las necesidades de las personas mayores de 65 años, que se encuentran en situación de pobreza y que viven solas o acompañadas de otra persona. Para ello busca generar las condiciones para el acceso a la red comunitaria de protección social, conectando a los adultos mayores con los servicios públicos y las redes sociales de su comunidad. Se implementa a través de los siguientes componentes: 1) Eje: a cargo del diagnóstico y elaboración de Plan de Intervención, seguimiento y evaluación de los beneficiarios; 2) Acompañamiento Psicosocial: entrega acompañamiento personalizado que fortalezca los recursos y habilidades del adulto mayor; 3) Acompañamiento Sociolaboral: orientado a desarrollar y/o mantener habilidades y competencias que permita al beneficiario mantenerse activo y mejorar condiciones de empleabilidad; 4) Oferta Programática: coordina la demanda del usuario y la oferta pública y privada a través de la gestión territorial; 5) Transferencias Monetarias Transitorias: entrega prestaciones sociales de cargo fiscal (Bono de Protección, Bono Base Familiar y Bono Aporte Familiar Permanente). Los ejecutores del programa son municipios y gobernaciones. El Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA), actúa como institución orientadora que otorga asistencia técnica al programa y a los ejecutores, con el apoyo y coordinación de la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia respectiva. |

## ANEXO 6. PRESTACIONES CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

| ACTIVIDAD  | PROFESIONAL  | DEFINICIÓN  | RENDIMIENTO   | REGISTRO   |
|--|--|---|---|--|
| Valoración Geriátrica Integral por Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra. | Médico Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra.                             | Atención otorgada por profesional Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra, dentro de la Valoración Geriátrica Integral, realizada a una persona referida y a su familia o cuidadores para evaluación y tratamiento de su enfermedad mental. Incluye anamnesis, examen físico y mental, hipótesis diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas e indicación de tratamientos. Como resultado de esta consulta de ingreso, la persona puede ser contra referida al nivel primario, derivada a otra especialidad o derivada internamente en el dispositivo de SM para su evaluación por otros profesionales con el objetivo de formular un Plan Integral de Tratamiento Individual (PITI) en el nivel especializado de SM. Incluye los registros y llenado de formularios asociados a GES y otros que correspondan. Además, incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo ameriten. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.                           | Una Consulta de ingreso por Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra, tiene una duración de 60 minutos      | La VGI por Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra, se debe registrar en Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección B.1, VGI) Nota: Se puede asimilar a Consulta de Ingreso de Salud Mental por médico especialista |
| Consulta de control por Médico Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra.     | Médico Geriatra, Médico de Familia o Psiquiatra.                             | Atención otorgada por Geriatra, Médico de Familia, o Psiquiatra, a una persona y familia o cuidadores, bajo control, para diagnóstico y tratamiento de su enfermedad mental. Incluye anamnesis, examen físico y mental, actualización diagnóstica, con o sin solicitud de exámenes, solicitud de interconsultas y/o análisis de respuesta a interconsultas solicitadas con anterioridad, indicación de tratamientos, análisis de prescripción de fármacos y/o referencias. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica. Incluye la emisión de licencias médicas en los casos que lo amerite.   | Tiene una duración de 30 minutos/ dos consultas por hora.   | La consulta de Médico Geriatra, de Familia o Psiquiatra, se debe registrar Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A07 Atención de Especialidades, sección A.1).  |
| Valoración Geriátrica Integral por otros profesionales                       | Psicólogo (a), Trabajador (a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo (a) | Atención profesional, otorgada en el contexto de la Valoración Geriátrica Integral por integrantes del equipo de especialidad en salud mental, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, etc.), a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores para diagnóstico y eventual tratamiento de su enfermedad mental. Puede incluir anamnesis, examen físico y aplicación de instrumentos de evaluación, con el objetivo de formular un Plan Individual de Tratamiento Integral (PITI) en el nivel especializado de SM. Incluye los registros y llenado de formularios que correspondan. Dicha atención deberá quedar registrada en una ficha clínica.   | Una Consulta de ingreso por otros profesionales, tiene una duración de 60 minutos cada uno.                 | La VGI por geriatra de familia o Psiquiatra, se debe registrar en Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección B.1) Nota: Se puede asimilar a Consulta de Ingreso de Salud Mental por equipo profesional.              |
| Consulta de Salud Mental.  | Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo.      | Es la intervención ambulatoria individual realizada por cualquiera de los integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría en establecimientos de especialidades, esta intervención es realizada a personas consultantes, a sus familiares y/o cuidadores. Puede incluir anamnesis, examen físico y mental, hipótesis y confirmación diagnóstica, indicación terapéutica, solicitud de exámenes, emisión de informes (excepto forenses) y todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se realicen por indicación del especialista. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del paciente. Las acciones a realizar en esta atención son: evaluación clínica, formulación de diagnóstico psiquiátrico, indicación de tratamiento (incluye diversas modalidades de tratamiento), control y seguimiento de indicaciones y evolución, psicoeducación, respuesta a interconsultas ambulatorias, contra referencia a atención primaria, indicación de derivación y alta. | Una Consulta de Salud Mental tiene una duración de 30 minutos/ dos consultas por hora por cada profesional. | REM A-6 SECCION B.1: CONSULTAS.  |

| ACTIVIDAD   | PROFESIONAL  | DEFINICIÓN   | RENDIMIENTO  | REGISTRO  |
|---|--|--|--|---|
| Psicodiagnóstico  | Psicólogo(a).  | Es la evaluación otorgada por psicólogo clínico, a un usuario referido para complementar evaluación psicológica. Incluye aplicación de test neuropsicológicos, su análisis y elaboración del informe correspondiente. De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del usuario.   | Tiene un rendimiento variable de 1 a 3 horas dependiendo de los test aplicados.            | REM A-6 SECCION B.1: CONSULTAS.   |
| Visita Integral de Salud Mental.  | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Actividad que se realiza en terreno por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialistas en salud mental, a personas en las que se detectan factores de alto riesgo para desarrollar trastorno mental y a personas con diagnóstico de un trastorno mental, esta actividad se realiza en domicilio, lugar de trabajo y establecimientos educacionales.   | Una Visita Integral de Salud Mental, tiene una duración de 2 horas (no incluye traslados). | REM-A.26 Sección B: Otras Visitas Integrales.   |
| Intervención Psicosocial Grupal con Usuarios o Familiares / Cuidadores.     | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Es la intervención terapéutica realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental y psiquiatría, con un grupo. Su objetivo es otorgar apoyo emocional, educación para el auto cuidado, desarrollo de habilidades y capacidades, refuerzo de adhesión al tratamiento, refuerzo de las capacidades de la familia para cuidar del paciente y de sí misma, apoyo para la rehabilitación psicosocial y reinserción social y laboral. Puede ser realizada en establecimientos de salud de atención ambulatoria, en unidades de hospitalización, en dispositivos comunitarios (centros diurnos, casas club, clubes de integración social, otros) o en espacios propios de la comunidad. Incluye: Psicoeducación, Talleres de desarrollo de habilidades (comunicación asertiva, manejo estrés, normas de crianza, desarrollo personal, resolución de conflictos, etc.), Actividades de entrenamiento de habilidades (conciencia de trastorno y adhesión al tratamiento, cognitivas como por ejemplo, atención, concentración, memoria y funciones superiores, para la vida diaria como por ejemplo, auto cuidado e instrumentales, sociales, ocupacionales y laborales, estimulación física y prevención de caídas), Actividades de entrenamiento en comportamientos de autoayuda, Actividades de motivación para la participación social y comunitaria. | Una sesión de intervención psicosocial grupal tiene una duración de 1-2 horas.             | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección B.2 y B3). |
| Reuniones Clínicas y/o Formulación, evaluación y redefinición de P.I.T.I.). | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Reuniones del equipo de especialidad ambulatoria para formular, evaluar y/o redefinir los planes de tratamiento de las personas tratadas en el dispositivo, coordinar las intervenciones terapéuticas de los integrantes del equipo, programar las acciones de coordinación con otras instancias de la red para la continuidad de tratamiento de los usuarios.   | 1 hora por reunión 1 vez a la semana.  | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C5).       |
| Reuniones Técnicas  | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Reuniones del equipo de especialidad ambulatoria en salud mental para planificar, coordinar y evaluar las actividades de gestión comunitaria, de gestión clínica y administrativas del dispositivo.  | 1 hora por reunión 1 vez a la semana.  | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C5).       |

| ACTIVIDAD  | PROFESIONAL  | DEFINICIÓN   | RENDIMIENTO   | REGISTRO   |
|--|--|--|---|--|
| Reuniones de Consejo Técnico de Salud Mental - Consejo Integrado de Red Asistencial. | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | El equipo de especialidad participa en el Consejo Técnico de Salud Mental o Consejo Integrado de la Red Asistencial que convoca y conduce el Servicio de Salud. Esta instancia permite articular la red de sanitaria, proponer y aunar criterios para su mejor desarrollo y solucionar los obstáculos que se presenten en esta articulación.   | 2 horas al menos una vez al mes.  | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C5).                                  |
| Reuniones con red sanitaria.   | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Reuniones con otros equipos de Atención Primaria, especialidad ambulatoria como unidades de hospitalización diurna, de atención cerrada como unidades de hospitalización de corta estadía, con dispositivos residenciales como hogares y residencias protegidas con el propósito de favorecer el tránsito por la red y continuidad de atención del usuario/a.  | 2 horas por reunión al menos una vez al mes.  | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C5).                                  |
| Reuniones de trabajo con red intersectorial.   | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo.                 | Actividad realizada por integrantes del equipo de equipo de especialidad en salud mental, con el propósito de coordinarse con los distintos sectores sociales (MIDESO, SENAMA, SENADIS, Ministerio de Cultura, Ministerio del Deporte, Municipios, etc.), para favorecer la continuidad de cuidados y las condiciones de salud mental de la población y para facilitar la inclusión social de personas con trastornos o problemas de salud mental.   | 2 horas por reunión una vez al mes.   | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C5).                                  |
| Consultorías de salud mental.  | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, otros profesionales de equipo especialidad.                       | Corresponde a la actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad en salud mental y el equipo de salud general de APS, con el propósito de potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contra-referencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud mental o trastornos mentales complejos.<br>El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel especialidad).<br>De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del usuario. | Tiene un rendimiento de una sesión de consultoría en 4 horas, para mínimo 8 usuarios. | REM A07, Sección E. Se registran N° de consultorías realizadas por el equipo de especialidad en salud mental y no por cada integrante de dicho equipo. |
| Gestión de Casos.  | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, otros profesionales de equipo especialidad.                       | Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental, con el propósito de coordinarse con equipos de distintos sectores sociales (MIDESO, SENAMA, SENADIS, Ministerio de Cultura, Ministerio del Deporte, Municipios, etc.), para favorecer la continuidad de cuidados de un usuario del centro.   | Sin rendimiento específico, dependiendo de la cantidad de usuarios por mes.           | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C2).                                  |
| Derivación Asistida.   | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, otros profesionales de equipo especialidad.                       | Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental, con la red sanitaria y comunitaria, con el propósito de realizar una derivación del usuario al momento del egreso del centro, favoreciendo la continuidad de cuidados del usuario.   | Sin rendimiento específico, dependiendo de la cantidad de usuarios por mes.           | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C3).                                  |

| ACTIVIDAD  | PROFESIONAL  | DEFINICIÓN   | RENDIMIENTO                         | REGISTRO  |
|--|--|--|-------------------------------------|---|
| Trabajo con organizaciones comunitarias de base      | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Actividad realizada por integrantes del equipo de especialidad en salud mental con organizaciones comunitarias, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información, capacitar a la comunidad en temas relacionados con el manejo de condiciones asociadas a esta problemática de salud. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de inclusión social. Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud mental y prevención de la demencia.   | 2 horas una vez al mes.             | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C1). |
| Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares. | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Actividad realizada por integrantes del equipo de salud general o por integrantes del equipo de especialidad en salud mental con organizaciones de usuarios y familiares de servicios de atención en salud mental, con el propósito de sensibilizar e intercambiar información, capacitar a usuarios y sus familiares en temas relacionados con el manejo de condiciones asociadas a su problemática de salud. También, para coordinar iniciativas tendientes a potenciar proceso de inclusión social. Además, apoyar la gestión de proyectos específicos de promoción de la salud mental y prevención de la demencia. | 2 horas una vez al mes.             | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C1). |
| Reuniones con grupos de autoayuda.                   | Médico Geriatra, Médico de Familia, Psiquiatra, Psicólogo(a), Trabajador(a) Social, Terapeuta Ocupacional, Kinesiólogo, TENS, otros profesionales y técnicos del equipo de especialidad. | Actividad de apoyo y colaboración a los grupos de autoayuda vinculados al establecimiento con el fin de apoyarlos en su actividad y su continuidad. Se deben registrar las reuniones que se establezcan con el grupo de autoayuda en extenso o con sus monitores. También se debe registrar el número de organizaciones de autoayuda a las que se le brindó colaboración por medio de reunión.   | 2 horas por reunión una vez al mes. | Registro de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia (REM A06 Atención de Especialidades, sección C1). |

Fuente: Orientaciones Técnicas Programa Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. Ministerio de Salud. 2016

