MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°569 de fecha 13.05.2025

RESOLUCION EXENTA N° (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTOS:

- Lo dispuesto en la Ley N°18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N°29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley N°19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N°19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo N°118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N°36/2024 de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.722 publicada en el Diario Oficial el 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional para el año 2025; conjuntamentecon los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022 ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de salud Viña del Mar Quillota conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS".**

2. Que, el referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°141 del 07 de febrero de 2025**; asimismo, el Ministerio de Salud ha informado al Servicio los recursos susceptibles de ser utilizados para la ejecución del programa a través de **Resolución Exenta N°212 de fecha 12 de marzo de 2025**, documentos que las partes declaran conocer en todas sus partes con sus respectivas especificaciones

técnicas y componentes.

3. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de Quilpué** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **"PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS".**

4. El Convenio suscrito con fecha 28 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quilpué**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **"PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS".**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 28 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quilpué** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **"PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS".**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución N°36/2024 de la Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En Viña del Mar, a 28 de marzo de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders N°392, Viña del Mar, representado por su Directora **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILPUÉ**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Augusto Carozzi N°841, representada por su Alcaldesa **CAROLINA CORTI BADIA** de ese mismo domicilio, en adelante la **"Municipalidad"**, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigor de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el Artículo 49".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante Minsal y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de salud Viña del Mar Quillota conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"PROGRAMA DE ATENCION**

DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS ".

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°141 del 07 de febrero de 2025;** asimismo, el Ministerio de Salud ha informado al Servicio, los recursos susceptibles de ser utilizados para la ejecución del programa a través de **Resolución Exenta N°212 de fecha 12 de marzo de 2025,** documentos que las partes declaran conocer en todas sus partes con sus respectivas especificaciones técnicas y componentes.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través "del Servicio", conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del **"PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS, AÑO 2025".**

1. **Antecedentes:**

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo de la ONU (CDPD), fue promulgada el año 2006 y ratificada por el Estado de Chile el año 2008, comprometiéndose a los países que lo suscriben a garantizar la igualdad ante la ley de todas las personas y principalmente las pertenecientes a este grupo. Con esto se prohíbe y se pretende erradicar todo tipo de discriminación debido a una posible discapacidad en el territorio chileno. La CDPD forma un elemento jurídico vinculante que obliga al Estado de Chile a promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, asegurando el goce de plena igualdad ante la ley; y también obliga a adaptar el ordenamiento jurídico chileno, para que las personas pertenecientes a este grupo puedan hacer valer sus derechos. Ésta contiene principios fundamentales, como la accesibilidad, la autonomía e independencia, la igualdad y la no discriminación, y la protección a grupos especialmente vulnerables; como también temáticas importantes para las personas con discapacidad, referentes a la salud, a educación, el empleo, a la habilitación y rehabilitación, a la participación en la vida política, entre otros temas de interés[1].

El escenario demográfico y epidemiológico actual en nuestro país implica relevar los cuidados de largo plazo y los servicios de cuidados en domicilio y apoyo a cuidadores. Teniendo en cuenta las determinantes sociales de la salud y la desigualdad existente entre los territorios de nuestro país, la necesidad de cuidado y asistencia en domicilio es diferente entre las comunas. La CASEN de 2017 muestra que la proporción de hogares con al menos una persona mayor con dependencia funcional es diez puntos porcentuales más alta en el quintil de menores ingresos.

Los Cuidados a largo plazo son aquellos que permiten que una persona que no es totalmente capaz de cuidarse a sí misma a largo plazo, pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana[2].

La Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022) informó que el 17,6% de la población adulta se encuentra con algún grado de discapacidad (2 millones 700 mil personas adultas), entre las que un 6,2% presenta discapacidad leve o moderada, y un 11,4% presenta discapacidad severa.

[1] Servicio Nacional de la Discapacidad, 2022. III Estudio Nacional de la Discapacidad III ENDISC.
[2] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024. Informe de Cuidados Observatorio Social.

En lo relativo a la dependencia según la ENDIDE 2022, el 9,8% de la población adulta del país, equivalente a casi 1,5 millones de personas presenta dependencia. Se establece que el 3,4% de la población presenta dependencia leve, 3,6% dependencia moderada y 2,7% dependencia severa. Este último grupo según esta encuesta equivaldría a 420 mil personas, cifra que dista bastante de la población bajo control por el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa en Atención Primaria, que alcanzó las 65.876 personas en el año 2022[3], lo que releva la necesidad de mejorar la integración entre el sector social y sanitario y el diagnóstico de la situación que enfrentan las personas con dependencia y sus familias atendidas en la red pública de salud, considerando por otra parte que el total de población identificada con algún nivel de dependencia y declarada bajo control en el nivel primario alcanza sólo las 141.365 a diciembre de 2024.

Respecto a la caracterización de la dependencia y la discapacidad, se observan mayores prevalencias en las mujeres, en tramos más avanzados de edad y en quintiles de menores ingresos. Además, la ENDIDE revela que un 41,3% de la población con dependencia no tiene una persona cuidadora. Según la Décima Encuesta de Juventudes (INJUV, 2022), en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, aumenta el porcentaje que declara poseer alguna condición permanente o de larga duración, principalmente debido a ceguera o dificultad para ver, como a dificultades psíquicas o psiquiátricas (2015: 6,7%; 2022:15,2%).

Teniendo en consideración que personas mayores, personas con discapacidad y personas cuidadoras son sujetos de atención preferente, todas las atenciones realizadas por los equipos de salud de los diferentes niveles asistenciales para estas personas deben encontrarse contenidas en los protocolos locales para entrega de atención preferente en consultas de salud, prescripción y entrega de fármacos y exámenes y procedimientos más complejos[4].

2. Estrategia:

El programa “Atención domiciliaria a personas con dependencia severa”, comenzó a ejecutarse el año 2006. Constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos promocional, preventivo y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa y su cuidador(a). Depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), y se ejecuta en todos los establecimientos de atención primaria de salud, tanto los que dependen de los municipios, como los que dependen directamente de los Servicios de Salud.

En términos de la identificación de la población a cargo con algún nivel de dependencia, los principales avances se asocian al programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, implementado en los centros de atención primaria desde el año 2006, en los que existen registros asociados en ficha clínica, en el registro estadístico mensual y una representación progresiva contenida en la plataforma de registro de cuidadores y personas con dependencia del Ministerio de Desarrollo Social (RCD-Estipendio)[5].

Se ha visto la necesidad de relevar la temática de cuidados integrales y centrados en

[3] Ministerio de Salud, División de Atención Primaria, 2024. Elaboración propia con datos REM P 3 Sección A, del DEIS MINSAL, año 2022.
[4] https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2022/11/09/43396/01/2212652.pdf

[5] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2024. Ordinario C51 N°3032 de 22 de noviembre de 2024 sobre Registro de Personas con Dependencia y Cuidadores.

las personas como una prioridad para el sector público de salud, para lo que resulta fundamental mejorar la descripción del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores y los procesos de cuidado integral, financiamiento y monitoreo asociados para su desarrollo a través de los Servicios de Salud y los establecimientos de Atención Primaria.

ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la ley 20.422 del año 2010, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, se considerarán las siguientes definiciones:

- **Persona con discapacidad** es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

- **Dependencia** es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.

- **Cuidador** es toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco.

- **Ayudas técnicas** corresponde a los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente.

- **Servicio de apoyo** es toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional.

- **Entorno** es el medio ambiente, social, natural y artificial, en el que las personas desarrollan su participación social, económica, política y cultural, a lo largo de todo su ciclo vital.

La dependencia para el III Estudio Nacional de la Discapacidad, se entiende como una situación específica de discapacidad en la que se presentan dos elementos de manera conjunta, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal. Se estima que un 55.8% de la población adulta con discapacidad presenta dependencia.

De acuerdo con el Informe de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social y Familia[6] se complementan las definiciones anteriores con las expuestas a continuación:

[6] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024. Informe de Cuidados Observatorio Social.

- **Dependencia funcional:** Se define como una situación en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra(s) persona(s).

- **Personas dependientes:** Se trata de personas con discapacidad que requieren de la asistencia de una o más personas de su entorno para mejorar su funcionamiento, realizar actividades y participar en la sociedad.

- **Personas cuidadoras:** Son aquellas que asisten a otra persona a realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad.

Valoración de la dependencia

Actualmente el instrumento utilizado para medir dependencia en los centros de nivel primario, desde los 6 años es el índice de Barthel, el que según los resultados indica diferentes categorías de dependencia.

Resultados (puntaje)	Grado de Dependencia	Clasificación para registro en REM (P03 población bajo control otros programas y para PADDS)
< a 20 puntos	Total	Dependencia Severa
20-35 puntos	Grave	
40-55 puntos	Moderado	Dependencia Moderada
> o = a 60 puntos	Leve	Dependencia Leve
100 puntos	Independiente	Independiente

Dentro de las atenciones realizadas por los equipos de Salud, la valoración de la dependencia mediante el índice de Barthel es realizable en diversas etapas, como parte de la valoración integral de las personas para la planificación del cuidado.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS) incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador o cuidadora. Permite mejorar la oportunidad y continuidad de la atención de las personas con dependencia severa, mediante la atención integral (física, emocional y social) en el domicilio familiar. La atención domiciliaria entrega a los cuidadores, las cuidadoras y las familias las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de los y las pacientes.

El programa adopta una estrategia que comprende la entrega de atención de salud integral a la persona con dependencia severa y su cuidador(a), en el domicilio en forma continua con otras acciones de la red asistencial y centrando el cuidado en las necesidades y requerimientos consensuados con la persona con dependencia severa y/o cuidadores. El PADDS se extiende durante el tiempo en que la persona mantiene la condición de dependencia severa. La estrategia se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la estrategia que hace operativo los principios del

MAIS, denominada Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), en complementariedad con las diferentes prestaciones disponibles en la red de salud para la población a cargo.

2. PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria".

3. OBJETIVO

Objetivo General:

"Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario."

Objetivos Específicos:

1. Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador.
2. Favorecer el acceso a la información y uso de servicios locales y comunitarios para el acompañamiento y apoyo de personas con dependencia severa, cuidadores y familias.
3. Apoyar el cuidado de las personas con dependencia mediante la entrega de pañales.

4. POBLACIÓN OBJETIVO

4.1. Población objetivo:

Para el PADDS se ha establecido que la población objetivo corresponde a aquellas personas inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel, y su cuidador/a. En caso de que la situación de dependencia corresponda a niños y niñas (NN) menores de 6 años y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su etapa de curso de vida y/o curso de las condiciones presentadas no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, pero presentan asistencia en forma continua para la realización de sus actividades de la vida diaria básica, el médico del establecimiento deberá realizar un certificado que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, y solicite el ingreso al programa .

4.2. Criterios de Ingreso:

Los criterios de ingreso al PADDS son:

• **Edad:** sin límite de edad.

• **Previsión:** Fonasa o PRAIS, inscritos en los centros de salud de APS correspondientes.

• **Condición funcional:** Dependencia severa. Índice de Barthel con resultado de 35 puntos o menos. En caso de personas con requerimientos de alta asistencia con mayor puntaje en Barthel (personas con deterioro cognitivo, intelectual o niños menores de 6 años, con

elevada dependencia funcional y necesidad de asistencia de terceros, según descripción previa), se aplicará criterio médico, debiendo existir un certificado médico que acredite esta condición.

• **Cuidador:** La persona con dependencia severa puede o no contar con cuidador, lo que no es un criterio de exclusión para recibir las prestaciones del PADDS.

• **Voluntariedad de Ingreso:** El ingreso al PADDS es voluntario. Se deberá realizar la educación respecto a la atención domiciliaria para promover el ingreso.

Los cuidadores ingresados a PADDS pueden ser cuidadores informales o familiares, como ocurre en la gran mayoría de los casos o cuidadores formales, los que corresponden a cuidadores remunerados que entregan cuidados en el lugar de residencia de la persona con dependencia, como ocurre en los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores (ELEAM). Frente a cuidadores que no forman parte de la población inscrita en el correspondiente centro de salud, el Plan de Cuidados al Cuidador, considerara la orientación para el cuidado de su salud mediante la atención en el prestador respectivo, la identificación, prevención y abordaje de la sobrecarga y la capacitación de cuidadores.

5. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LAS ATENCIONES

Para el proceso programático se precisa conocer el número de personas con dependencia severa y cuidadores bajo control en el programa y la estimación del número de nuevos usuarios que ingresan durante el período, de manera de lograr definir las horas del equipo profesional y técnico destinado a su atención y a las acciones derivadas de ellas (registro en plataforma, gestión de entrega de fármacos y PACAM en domicilio, coordinación intersectorial, capacitación a cuidadores, entre otras).
Se debe resguardar, al menos, en la programación[7] horas para:

- Participación en reuniones de equipo de sector y/o gestor de ECICEP, dependiendo de la fase de implementación.
- Participación en reuniones de equipo intersectorial según planificación local.
- Capacitación de Cuidadores.
- Visitas domiciliarias integrales para ingreso de usuarios nuevos.
- Visitas domiciliarias integrales para usuarios antiguos (según necesidad, como mínimo 2 al año)
- Visitas domiciliarias para tratamiento y/o procedimientos de acuerdo con la planificación del cuidado y otras situaciones que requieran atención en domicilio.
- Visita odontológica domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores.
- Horas administrativas para ingreso de usuarios y cuidadores a plataforma de MDSF, y diversas gestiones del programa.
- Entrega de fármacos y PACAM en domicilio, según nivel de desarrollo local.
- Acciones de monitoreo y seguimiento remoto.
- Tiempos de traslado asociados a las actividades domiciliarias, procurando el acceso y continuidad al cuidado integral y la organización eficiente de los traslados del equipo de salud.
- Prestaciones correspondientes al cuidado de la población beneficiaria según etapa de curso de vida.

[7] https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-N%C2%B018-Criterios-tecnicos-para-programacion-de-actividades-Programa-dependencia-severa-y-cuidadores-en-Atencion-Primaria.pdf

6. COMPONENTES

Para el logro de sus objetivos, el programa se desarrolla mediante los siguientes componentes:

1. ***Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa, cuidadores y familia.***
2. ***Articulación Intersectorial y comunitaria para acceso y gestión de servicios y beneficios.***
3. ***Apoyo a personas con dependencia severa mediante la entrega de pañales.***

6.1. Componente 1: Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa y sus Cuidadores

Se relaciona directamente con la atención de salud en el domicilio de la persona con dependencia severa y cuidador, para realizar prestaciones de salud relacionados con los ámbitos promocional, preventivo, de tratamiento o de seguimiento de la persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador, basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante la visita domiciliaria Integral y otras visitas de tratamiento y seguimiento.

La atención domiciliaria se orienta a la evaluación y atención de la diada persona con dependencia – cuidador, considerando que la situación de dependencia severa y la entrega permanente de apoyos y cuidados por parte de un tercero, influye en el desarrollo de las etapas del curso de vida individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias, afectando la dinámica familiar y provocando eventuales situaciones de salud que, en forma sostenida, conllevan a un deterioro de la salud de ambos y de sus familias. Por lo cual en ambas situaciones se debe considerar las dimensiones biomédica, mental, social y funcional y las necesidades de asistencia.

Para el cuidado de la persona con dependencia severa y persona cuidadora, la calidad y seguridad de la atención debe ser abordada en forma coordinada por la red asistencial, generando los mecanismos de comunicación y coordinación entre APS y nivel secundario.

Es necesario reconocer también las capacidades presentes en las familias y comunidades para enfrentar el desafío del cuidado de una persona con dependencia y promover la información y acceso de las personas con dependencia y cuidadores a las estrategias y otros como activos desarrollados a nivel comunitario.

Actividades:

6.1.1. Actividad de Ingreso

Corresponde a la primera visita domiciliaria integral (VDI) de la diada persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador. De esta VDI, se debe formular el Plan de Cuidado Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado Integral Consensuado de la cuidadora o del cuidador.

El ingreso y las actividades del PADDS forman parte de las acciones del CESFAM, por lo tanto, corresponde planificar junto con el equipo de cada sector, esta actividad y sus resultados, teniendo además consideración de que se trata de las familias con mayor riesgo.

Esta actividad y todas las del programa deben ser comunicadas y acordadas con la persona con dependencia severa y/o cuidador.

Objetivo de la actividad: Reconocer cuales son las necesidades en salud de las personas con dependencia severa y sus cuidadores, para centrar los cuidados en ella e integrar las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, promoviendo la participación y toma de decisiones, resguardando los principios de autonomía y dignidad en la atención de salud.

Pasos previos a la actividad de ingreso:

Solicitud de Ingreso a PADDS: Esta solicitud puede resultar de una atención en el centro de salud, del requerimiento del cuidador, de otro integrante del equipo de salud, del intersector o la comunidad, para lo cual se deben verificar los antecedentes descritos en los criterios de ingreso.

Agendar VDI de ingreso a PADDS: En consenso con persona con dependencia severa, cuidador, familia, director de ELEAM o red de apoyo, en caso de no existir cuidador, se planificará día y horario de la visita. Se debe resguardar la máxima cercanía entre la solicitud de atención y la VDI de ingreso, no debiendo existir lista de espera para ingreso a PADDS.

Preparar la VDI de ingreso a PADDS: revisar antecedentes en ficha clínica, epicrisis, datos básicos de identificación (nombre social, edad, teléfono, domicilio, nacionalidad, pertenencia a pueblo originario, residencia en ELEAM, otro) de la persona con dependencia severa y cuidador. Según disponibilidad de información, revisar si recibe beneficios sociales, lo que podría corroborarse con Plataforma Gestión Social Local (GSL) si es que está disponible en el establecimiento.

6.1.2. Visita de Ingreso a PADDS

En la actividad de ingreso se deberá realizar la anamnesis y valoración integral de la persona con dependencia y el cuidador, para lo cual se orienta que las Visitas Domiciliarias Integrales del PADDS sean realizadas al menos por dos integrantes del equipo de salud a cargo, de modo de poder interactuar en forma alternada con ambos integrantes de la diada. Para la persona con dependencia, esta valoración considerará las expectativas respecto al cuidado de su salud, las condiciones actuales en que se encuentra tanto biomédicas, funcionales, sociales y cognitivas.

En términos comunicacionales y de planificación del cuidado se deberán tomar las medidas para la comunicación con las personas con dependencia y sus cuidadores, resguardando los ajustes necesarios en caso de presentar dificultades asociadas a trastornos de comunicación, afasia, deterioro cognitivo y otros, de modo de promover el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones informadas.

Es altamente relevante considerar en toda acción de evaluación de la persona con dependencia severa, la historia clínica y la valoración integral para conocer el estado en que se encuentran las funciones motoras, cognitivas, visuales, auditivas, nutricionales, psicológicas y comunicacionales, reconociendo las consecuencias que se pueden presentar cuando se pierde la autovalencia en las distintas esferas de la función humana. Se requiere también evaluar las condiciones y problemas sociales. En este último aspecto es altamente relevante considerar que la población con dependencia severa se encuentra más expuesta a situaciones de violencia y maltrato.

Se debe considerar la realización del examen físico completo con especial atención al riesgo presente en esta población de presentación de ciertas condiciones como lesiones por presión, neumonía por aspiración, dermatitis, entre otras. Junto con lo anterior, se debe conocer el estado de compensación respecto a condiciones crónicas y otras condiciones que requieran abordaje por parte del equipo de salud. Respecto a la salud bucal, se integrarán las consultas asociadas a disconfort u otros problemas para la gestión de la atención odontológica domiciliaria.

Considerando los antecedentes recolectados en esta evaluación y la entrevista realizada a la persona con dependencia severa (y/o cuidador) sobre intereses, necesidades y recursos respecto a la atención de salud, se procederá a identificar los hallazgos relevantes que permitan orientar y consensuar la planificación del cuidado.

En el caso de la persona cuidadora, se deberá también realizar la valoración integral del estado de salud de acuerdo con su etapa de curso de vida, conocidos sus antecedentes en forma previa durante la etapa de preparación de la visita. Se orienta en particular, tener especial énfasis a la pesquisa de síntomas asociados a trastornos del ánimo, musculoesqueléticos y pesquisa o descompensaciones de condiciones crónicas.

Se debe además revisar cómo se está gestionando el acceso y continuidad de atenciones por parte de los centros de salud, al tratarse de sujetos de atención preferente. Se incluirá en su evaluación la revisión de vigencia del Examen de Medicina Preventivo según etapa de curso de vida. Si este examen no ha sido aplicado o no se encuentra vigente, el equipo de salud deberá gestionar la pronta atención y aplicación para incorporar estos antecedentes dentro de la planificación del cuidado, al igual que en caso de existir controles u otras atenciones pendientes por parte del equipo de salud. Junto con lo anterior, dentro de esta evaluación integral se deberá incluir la valoración de sobrecarga con la Escala de Zarit.

En lo relativo a las capacidades presentes en la familia y/o el cuidador para asumir el cuidado, se consultará en forma dirigida por aquellas áreas del cuidado y del autocuidado que representan mayores desafíos para el cuidador, para considerarlo en la capacitación de cuidadores.

Integrando los diferentes hallazgos de la anamnesis, valoración integral y entrevista al cuidador, se trabajará en conjunto el diseño del plan de cuidado.

En caso de que en la evaluación integral de cuenta que la persona no presenta dependencia severa y presenta un menor nivel de dependencia (leve o moderada), se deberá orientar de todas formas el cuidado integral y el abordaje por parte del centro de salud como parte de la población a cargo.

6.1.3. Plan de Cuidado Integral Consensuado

El Plan de Cuidado Integral Consensuado tanto para la persona con dependencia como cuidador constituye la hoja de ruta que guía el proceso de cuidado y que integra las diferentes dimensiones relacionadas con los objetivos consensuados entre el equipo de salud y las personas.

Este Plan de Cuidado se formula en la VDI de ingreso y se desarrolla a principalmente a través de las actividades de Visita Domiciliaria de Tratamiento y Procedimientos y Seguimiento remoto. La evaluación del desarrollo del Plan de Cuidado, y actualización asociada a la reevaluación de la persona con dependencia severa y cuidador es realizado en la Segunda Visita Domiciliaria Integral.

Para su diseño se establecen los siguientes pasos[8]:

1. Anamnesis y Valoración Integral
2. Definición Colaborativa de Problema y Priorización de Objetivos
3. Toma de Decisiones Compartidas
4. Registro del Plan de Cuidados

Tanto las personas beneficiarias del PADDS como el equipo de salud deberán estar en acuerdo del Plan de Cuidados y se deberá entregar en forma física como material de apoyo el Plan de Cuidados a la familia, de manera tal de tener registro de los objetivos y acciones comprometidas y apoyar en el monitoreo de las mismas.

6.1.4. Visitas de Tratamiento y/o Procedimientos

Corresponden a las Visitas Domiciliarias realizadas por el equipo de salud para el desarrollo del Plan de Cuidados o para atención de condiciones agudas que se presenten, con la finalidad de desarrollar los procesos diagnósticos y/o terapéuticos requeridos por la persona con dependencia severa y/o su cuidador. Entre ellas se encuentran las visitas domiciliarias realizadas con estos fines por los distintos integrantes del equipo de salud.

6.1.5. Segunda Visita Domiciliaria Integral

Forma parte de las actividades esperadas a desarrollar por el equipo de salud. Tiene por objetivo la reevaluación de la persona con dependencia severa y su cuidador y la actualización del Plan de Cuidados, pudiendo producirse modificación en los objetivos y/o actividades y/o plazos establecidos anteriormente.

6.1.6. Tercera o más Visitas Domiciliarias Integrales

De acuerdo con el desarrollo del Plan de Cuidados y frente a nuevas situaciones que ameriten una evaluación integral de la persona con dependencia y cuidador, se realizarán otras Visitas Domiciliarias Integrales, en que se realizará la reevaluación de la persona con dependencia y cuidador y se actualizará el Plan de Cuidados.

6.1.7. Seguimiento

Actividad establecida de común acuerdo y contenida dentro del Plan de Cuidado. Realizada preferentemente por TENS, en forma de Visitas Domiciliarias o en forma remota. Actividad destinada al acompañamiento y conocimiento del reporte del estado de salud por parte de la persona con dependencia severa y/o cuidador, que puede generar ajustes o nuevos requerimientos asociados al Plan de Cuidados. Se espera con estas actividades la mantención de la comunicación con el equipo de salud y priorización de las atenciones presenciales en población de mayor riesgo (cuidador único, cuidador sobrecargado, complejidad de las situaciones de salud, aislamiento, cuidador con algún nivel de dependencia, entre otras).

6.1.8. Actividades de registro y coordinación de atenciones en la red de salud

Corresponden a aquellas actividades administrativas asociadas al Registro Clínico Electrónico y a las coordinaciones necesarias para la continuidad del cuidado tanto en la APS como en el nivel secundario por parte del equipo de salud.

[8] Ministerio de Salud, 2025. Actualización Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)

6.1.9. Elaboración y ejecución del Plan de Capacitación a Cuidadores y Cuidadoras

Todas las personas cuidadoras ingresadas en el año en curso y en años anteriores al PADDS deberán ser convocadas a participar del Plan de Capacitación. En el caso de cuidadores nuevos, ingresados en el último año, este Plan de Capacitación deberá constar de al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos de duración cada una, desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa, su autocuidado, uso de redes locales de apoyo y/o cuidados de fin de vida y duelo, según la pertinencia y los antecedentes recolectados en la evaluación integral del cuidador u otros incorporados a nivel local (encuestas, entrevistas, otros).

La modalidad de ejecución de este Plan de Capacitación puede ser de forma grupal en el establecimiento u otro espacio comunitario, o bien de forma remota cuando no sea posible la realización de manera presencial. En el caso de cuidadores ingresados en periodos anuales previos la capacitación deberá constar de al menos 4 sesiones. Entendiendo que la mayoría de las personas cuidadoras son cuidadoras únicas y que no cuentan necesariamente con cuidador que les reemplace en su rol, se deberán generar las facilidades para que puedan participar en este Plan de Capacitación.

6.2. Componente 2: Articulación Intersectorial y Comunitaria para Acceso y Gestión de Servicios y Beneficios

En Chile los cuidados a largo plazo han sido asumidos principalmente por las familias. Existen actualmente iniciativas que pretenden articular las distintas estrategias disponibles para el apoyo de familias de personas con dependencia, como el Sistema Nacional de Cuidados. En este escenario y dentro la labor de la APS de promover la acción intersectorial se desarrolla este segundo componente del Programa PADDS, que establece las complementariedades entre las diferentes estrategias presentes a nivel local y las actividades asociadas.

Cada centro de salud tendrá identificados los servicios locales sanitarios y sociales destinados a personas con dependencia y cuidadores, para orientación por una parte del equipo de salud y por otra de cuidadores y personas con dependencia para gestión de beneficio y acceso a estrategias. Esta información podrá estar contenida en un formato de mapa de red y/o guía de servicios para personas con dependencia y cuidadores. Se espera que, en términos de integración sociosanitaria de los cuidados, cada municipio lidere la articulación y de las facilidades a los equipos para la coordinación en pro de rutas de cuidado sociosanitarias eficientes.

En el marco del MAIS y de la planificación eficiente de cuidados y centrada en la persona, se espera que exista una planificación colaborativa y sinérgica de las intervenciones realizadas tanto por equipos del sector sanitario como por el equipo del sector social, apuntando a un único plan de cuidado integral e integrado, que promueva la entrega coordinada de servicios y el cuidado de la familia.

Para lo anterior, se requiere la comunicación entre los equipos vinculados al cuidado de la diada persona con dependencia severa-persona cuidadora, la integración de los equipos sociosanitarios a cargo del cuidado de la población y el acceso a recursos disponibles en ambos sectores para el apoyo de las familias del PADDS, la definición de las distintas rutas del cuidado sociosanitario y la identificación con participación comunitaria de los recursos y activos para el bienestar de las familias con integrantes con personas con dependencia.

Este componente tiene directa relación con la participación del equipo de salud en la red intersectorial de beneficios y servicios destinados a las personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias. Dentro de este componente es el equipo de salud quien evalúa y valida las situaciones de dependencia, apoyos y cuidados que presenta la población beneficiaria del sistema público de salud, que se encuentre inscrita en los servicios de salud de la red pública de salud y que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Para la ejecución de este componente se requiere de la coordinación con el intersector local, principalmente con aquellos servicios involucrados en el área de desarrollo social, con quienes el sector salud debe articularse para dar cuenta y fortalecer la oferta integrada local para personas dependientes, cuidadores (as) y familias.
Por otra parte, se requiere fortalecer los vínculos entre los equipos de las instituciones destinados al cuidado y acompañamiento de las personas con dependencia severa y personas cuidadoras y la comunidad, reconociendo la capacidad y potencialidad existente en ella para el cuidado y apoyo y el refuerzo de los elementos promocionales, preventivos y de participación en salud.

Entre las principales complementariedades entre el sector salud y estrategias sociales se encuentran:

6.2.1. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC)

Se relaciona con las acciones de comunicación, coordinación, colaboración e integración a realizar entre el centro de salud y el PRLAC. Entre ellas destacan los siguientes ámbitos:

Contacto inicial y comunicación continua

En el marco del proceso de instalación del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Chile Cuida, se torna relevante que en aquellas comunas que cuenten con PRLAC exista coordinación con el sector salud y la correspondiente coordinación con el PADDS, desde el momento en que se instala un equipo nuevo en la comuna. Se contemplan entre estas acciones:

Contacto y acuerdo colaborativo: Contempla reunión de coordinación inicial, establecer una metodología de trabajo permanente entre ambos programas, acordar las acciones de coordinación y articulación necesarias para la complementariedad entre programas en el marco de la Red Local Base que contempla el PRLAC, mapear en forma colaborativa y conjunta los recursos de cuidados existentes en el territorio (barrio, comuna, zona, según corresponda), pudiendo incorporar también la técnica de mapeo y recomendación de activos.

Fortalecer nóminas de potenciales personas usuarias: Dada la coincidencia parcial de la población objetivo, en particular, en el caso de personas con dependencia severa, y la complementariedad de los propósitos de ambos programas, debe existir un adecuado y articulado abordaje de casos entre ambos programas. Ambos equipos podrán compartir información general referente a la nómina de personas beneficiarias para favorecer la búsqueda de potenciales personas usuarias. Lo anterior tiene como objetivos:

- Identificar personas usuarias de un programa interesadas o que cumplan con los requisitos para ser usuarias del otro programa.
- Apoyar a PRLAC a complementar la nómina local con potenciales personas usuarias ya identificadas por el programa preexistente, por ejemplo, en lista de espera.

- Favorecer la integralidad de las intervenciones en el marco del Sistema Nacional de Cuidados.

Gestión de casos

Apunta a la coordinación de las intervenciones y planificación del cuidado, potenciando la acción colaborativa entre ambos programas y promoviendo la atención centrada en la persona. Deberá existir una gestión adecuada y articulada de casos entre ambos programas. Entre las actividades se incluyen:

Derivación de casos: Implica el proceso coordinado en el que ambos programas refieren personas usuarias para cubrir necesidades de las diadas de manera complementaria, sin duplicar servicios. La derivación permite que las personas accedan a servicios o apoyos adicionales, garantizando una atención más integral y eficiente. La derivación debe basarse en los criterios de elegibilidad establecidos por cada programa, con flujos de comunicación permanente y el seguimiento a la derivación para asegurar el acceso efectivo al servicio.

La derivación de casos se realiza, preferentemente, a través de la plataforma de Gestión Social Local y está determinada por la existencia de cupos y la respectiva evaluación, según corresponda.

Transferencia de información: Se espera que ante la derivación o frente a atención colaborativa de las personas, los equipos tomen contacto para la transferencia de información diagnóstica y de los planes respectivos con antelación, para evitar la duplicidad de acciones y la sobreintervención. La transferencia de información se debe realizar utilizando los formatos de instrumentos entregados a los equipos ejecutores de cada programa y resguardando la protección de datos regulada por la Ley.

Integración de la oferta de servicios

Se requiere una adecuada articulación, definiendo adecuadamente el foco, alcance, campo de acción de cada programa y posibilidades de integración sociosanitarias, para lo cual se espera:

Coordinación de servicios: Ambos programas realizan atención individual y grupal en materia de salud a personas en dependencia y sus cuidadoras, lo que requiere una importante coordinación para evitar duplicidades o efectos iatrogénicos en la intervención. En el caso de PRLAC, se realiza atención de profesionales de la psicología, kinesiología y terapia ocupacional, en el marco del componente Servicios Especializados (SSEE), y en PADDS aquellas relacionadas al Plan de Cuidado Consensuado, que pudiera incorporar acciones similares. Se espera generar mecanismos de coordinación para promover que ambos programas entreguen servicios teniendo en consideración los objetivos de la persona con dependencia y persona cuidadora, las posibles sinergias entre ambos programas y los vínculos a desarrollar entre ambos equipos y con la familia.

Es importante que los equipos, en particular las y los kinesiólogos/as, establezcan vínculos que permitan el estudio de caso conjunto de manera regular, para aquellas personas que se encuentren en atención personalizada en alguno de los mencionados componentes.

Coordinación de servicios de gestión comunitaria y Consejos de Desarrollo Local de Salud y otros organismos de representación comunitaria: EL PRLAC cuenta con servicios de gestión comunitaria, incluyendo diagnósticos a nivel local y el establecimiento de planes. Lo anterior, puede ser un insumo importante para el trabajo de espacios grupales o capacitación que mantienen ambos equipos técnicos. Al mismo tiempo el centro de salud

desarrolla estrategias relacionadas a diagnósticos participativos, mapeo de activos comunitarios y fortalecimiento de la participación comunitaria, capacitación de Líderes Comunitarios que deben ser considerados para favorecer los espacios de encuentro y los diagnósticos comunitarios que realiza tanto el centro de salud como el PRLAC, tendiendo a realizar estos procesos en forma colaborativa, evitando la sobreintervención de las comunidades y optimizando el trabajo conjunto.

Otras colaboraciones

Surgidas del diagnóstico y necesidades locales. Se propone en este ámbito el desarrollo de formación continua conjunta para la integración sociosanitaria, aprendizaje entre pares y gestiones locales para capacitaciones en forma conjunta. Al mismo tiempo ambos equipos pueden contribuir a la capacitación de cuidadores del PADDS.

6.2.2. Dispositivos como Centros Diurnos y Cuidados Domiciliarios de SENAMA

Se identificará la red disponible a nivel local de servicios para personas con dependencia y cuidadores, procurando identificar mecanismos de acceso y derivación y el desarrollo de acuerdos colaborativos con los centros de salud para facilitar el tránsito y acceso de las personas.

6.2.3. Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM)

Desde el Ministerio de Salud se ha instruido a los Servicios de Salud y a los establecimientos de APS el contar con un encargado[9] de ELEAM para coordinación a nivel territorial, de manera de entre otros organizar las visitas domiciliarias, la entrega de fármacos y productos del Programa de Alimentación Complementaria, según normativa y desarrollo local, coordinación de las actividades de capacitación a cuidadores entre otros.

6.2.4. Registro en plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia RCD-Estipendio y sobre el proceso de asignación del beneficio del Estipendio

De acuerdo con la instrucción del Ministerio de Salud [10] que indica el registro de toda la población con dependencia y sus cuidadores, se incorporará en el registro en la plataforma RCD-Estipendio a toda la población con dependencia severa y sus cuidadores, tanto ingresados al PADDS que serán la mayoría, como aquellas personas no ingresadas al PADDS, que cuenten o no con cuidador y que cumplan o no con los requisitos para postular al estipendio. La postulación al estipendio será realizada en forma automática por la plataforma correspondiendo a función del Ministerio de Desarrollo Social y Familia la asignación del beneficio del estipendio a cuidadores.

Los integrantes del equipo que registren usuarios y cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa tendrán que ser parte activa de éste, pudiendo dar cuenta de los antecedentes entregados en la plataforma, conocida la posible asociación de este registro y la recepción de un beneficio económico por parte del cuidador.

De acuerdo con lo informado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la postulación a estipendio considerará los siguientes criterios copulativos:

1. Que, el causante se encuentre inscrito en el Programa de Atención Domiciliaria a

[9] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2023. Ordinario C51 N°2073 del 13 de junio de 2023.
[10] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2024. Ordinario C51 N°3032 del 22 de noviembre de 2024 sobre Registro de Personas con Dependencia y Cuidadores.

Personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud a través del establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio,
2. Que, el causante tenga un cuidador no remunerado, y
3. Que, el causante no se encuentre institucionalizado en un establecimiento de larga estadía para adulto mayor o en otro establecimiento de larga estadía para personas de menor edad.

Actualmente, el reglamento que regula la postulación y concesión del estipendio solo considera la valoración de dependencia severa del sujeto de cuidado por Índice de Barthel. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales, consolida mensualmente por región las postulaciones informadas conforme a los criterios señalados anteriormente, a efectos de conceder el estipendio mediante la emisión del acto administrativo respectivo y que ordene el pago de este.
Podrá concederse a un mismo(a) cuidador(a) hasta tres estipendios por distintos causantes, si es pariente de éstos por consanguinidad o afinidad, y hasta dos estipendios por distintos causantes, si el o la cuidador(a) no tiene vínculo de parentesco con los causantes.
En el caso que en una determinada región existan más postulantes que cupos regionales disponibles, la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia respectiva, para efectos de conceder el Estipendio, deberá seleccionar las postulaciones aplicando como criterios de prelación en primer orden la severidad en la dependencia del causante, la que se medirá a través del Índice de Barthel, según la información que previa solicitud, proporcione en la postulación el Ministerio de Salud a través de su Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa; en segundo término se preferirá la antigüedad en la postulación del causante comenzando por la de mayor data; y en último término se considerará la calificación socioeconómica del causante según el instrumento del artículo 5º de la Ley N.º 20.379 (Registro Social de Hogares).

6.3. Componente 3: Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de pañales

En la población general mayor de 60 años, un 7,5% presenta algún tipo de incontinencia, aumentando significativamente hasta casi la totalidad del grupo de dependientes severos mayores de 60 años. En adición, este grupo presenta una gran vulnerabilidad con un índice de pobreza multidimensional al año 2017 de 15,7% a 63,5%, y ruralidad desde un 18,3% al 100,0%.

Teniendo esto en consideración, además del gasto que significa la adquisición de pañales para adultos en que deben incurrir las familias con un integrante con dependencia severa ven además disminuidos sus ingresos al tener que cumplir labores de cuidado a tiempo completo, lo que significa, que hay un cuidador que deja de percibir ingresos formales. Se inició en el año 2018 la estrategia de entrega de pañales en apoyo a las personas mayores en condición de dependencia e incontinencia a raíz de la solicitud de la Cámara de Diputados hacia nuestro Ministerio.

Desde ese entonces, desde la Atención Primaria de Salud, se materializa la entrega de este beneficio a las Personas Mayores de 65 años pertenecientes al programa de Atención Domiciliaria para Personas en Condición de Dependencia Severa que se encuentre diagnosticada con algún tipo de incontinencia, priorizando a aquellas con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Este beneficio desde el año 2025 se desarrollará como el componente 3 del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Este componente mejora la oportunidad de la entrega del beneficio a los usuarios y a su

vez, lograr una con mayor pertinencia de acuerdo con la realidad de cada territorio y usuario.

7. PRODUCTOS

Son el fruto concreto, tangible y observable de las acciones del programa. Se trata de los cambios que el programa se compromete a obtener a través de las actividades planificadas de actividades y productos intermedios. Referentes de Servicio de Salud, mediante las acciones de gestión de la red y acompañamiento técnico a los equipos de APS velará por su cumplimiento.

Productos Componente 1:

1. Protocolo de Atención de Personas con Dependencia Severa y Cuidadores en cada Centro de Salud.
2. Plan de Capacitación a Cuidadores diseñado y ejecutado en cada centro de salud.
3. Identificación e incorporación de beneficiarios del PADDS en Protocolos Locales de Atención Preferente.

Productos Componente 2:

1. Planes Intersectoriales con Servicios Sociales (PRLAC, Cuidados Domiciliarios, ELEAM, otros) para coordinación de acciones de los programas.
2. Registro de personas con dependencia severa y cuidadores en Plataforma RCD-Estipendio.
3. Mapa de Red/Guía de Servicios para personas con dependencia severa y cuidadores.

Productos Componente 3:

1. Gestión de compra de pañales para personas con dependencia severa ejecutado al mes de junio y diciembre.
2. Entrega de pañales a personas con dependencia severa ejecutados al mes de junio y diciembre.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través “del Servicio”, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria de este convenio, la suma anual y única de **$8.101.627.- (ocho millones ciento un mil seiscientos veintisiete pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el programa, conforme a los montos que ha asignado el Minsal para ello, según los criterios definidos por ítem en planilla de distribución enviada por referente Minsal del Programa.

Tabla N°1: Detalle por componente

1. ATENCIÓN DOMICILIARIA	2. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	3. ENTREGA DE PAÑALES	Total
Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	**$8.101.627.-**	**$8.101.627.-**

FINANCIAMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

a. **Financiamiento componente 1 y 2:** Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa y sus Cuidadores; Articulación Intersectorial y Comunitaria para Acceso y Gestión de Servicios y Beneficios.

b. **Financiamiento componente 3:** Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de pañales.

Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.
La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.

El componente 3 Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de Pañales, presenta financiamiento tanto para establecimientos dependientes de municipios, de Servicios de Salud u ONG, a través del presente programa de reforzamiento y la correspondiente resolución financiera. La asignación de este beneficio está sujeta a los criterios de vulnerabilidad socioeconómica y ruralidad y a la disponibilidad presupuestaria.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones en los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación descritos en esta resolución.

Los recursos totales para ejecución del Componente 3 **Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de Pañales** se transferirán en una única cuota equivalente al 100% de los recursos destinados para este componente. Al 31 de diciembre los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de los recursos ejecutados y las actividades asociadas a este componente. Ejecuciones menores de recursos y el inadecuado desarrollo de las acciones.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará los recursos a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los cuales serán destinados a financiar las actividades específicas de éste.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa. Finalizado el periodo de vigencia del convenio, la Municipalidad deberá reintegrar al Servicio los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados, observados y/o saldos financieros no rendidos, en los primeros 30 días hábiles posteriores de finalizado el convenio.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N°30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, tanto para establecimientos con dependencia municipal como de Servicio de Salud, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria

según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales detalladas en el presente programa o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

Los recursos asignados consideran apoyar con recurso humano e insumos destinados al cuidado integral de la persona con dependencia severa y su cuidador, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente, su cuidador(a) y familia, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial y comunitaria de servicios.

Ejecuciones menores de recursos y el inadecuado desarrollo de las acciones relacionadas a este componente incidirán en una menor asignación de recursos al año siguiente.

Financiamiento PADDS en establecimientos municipales:

COMPONENTE	FINANCIAMIENTO	EVALUACIÓN	FECHAS CORTES DE EVALUACIÓN	TRANSFERENCIAS RECURSOS	RELIQUIDACIÓN/ REDISTRIBUCIÓN
1 ATENCIÓN DOMICILIARIA	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Auditoría Indicadores Productos	Junio-Diciembre	Decreto Per cápita	No aplica
2 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Auditoría Productos	Junio-Diciembre	Decreto Per cápita	No aplica
3 ENTREGA DE PAÑALES	Financiamiento por Programa de Reforzamiento	Productos Ejecución del gasto	Junio-Diciembre	Subt. 24, 1 cuota contra firma de convenio 100% recursos	Según evaluación a diciembre se redistribuyen recursos del siguiente período

Es importante que se realice la Rendición en SISREC, acorde a la Resolución N°30/2015 de la Contraloría General de la República.

1. **Recursos centralizados por el Servicio de Salud:**
   a. **Capacitación:** estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa.

“La Municipalidad” se obliga a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas, a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento como a mantener los recursos transferidos por “el Servicio” en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de éste.

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del presente convenio, para conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de cada componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad
La I. Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las actividades

y metas del programa:

INDICADORES DEL PROGRAMA

Estos indicadores y sus respectivas metas permiten la evaluación del desarrollo mínimo del PADDS en todos los establecimientos de atención primaria, por lo tanto, corresponde el permanente monitoreo y seguimiento de cada uno de ellos a nivel local y de Servicio de Salud, junto con las gestiones y acompañamiento técnico asociado a su desarrollo. Para los establecimientos que reciben recursos por Programa de Reforzamiento para los Componentes 1 y 2 están asociados a reliquidación de recursos.

Nombre del Indicador	**Fórmula de Cálculo**	**Fuente**	**Meta Corte Junio**	**Meta Corte Diciembre**	**Peso Relativo**
Porcentaje de Planes de Cuidado elaborados a personas con dependencia severa en VDI de ingreso al PADDS	(N° de Planes de Cuidado de Personas con Dependencia Severa elaborados en el período/N° de VDI de Ingresos en el período) x 100	REM	100%	100%	20%
Porcentaje de Cuidadores ingresados a PADDS con Planes de Cuidado elaborado	(N° de Planes de Cuidado al Cuidador elaborados en el período/N° de Cuidadores Ingresados al PADDS en el período) x100	REM	90%	90%	20%
Porcentaje de Personas con Dependencia Severa bajo control en PADDS con lesiones por presión	(N° de personas bajo control en PADDS que presentan lesiones por presión en el período/ N° total de personas bajo control en PADDS en el período) x100	REM	< o = al 8%	< o = al 8%	10%
Promedio de Visitas de Tratamiento y Procedimientos	N° de Visitas de Tratamiento y Procedimiento a personas con dependencia severa de origen oncológico y no oncológico en el período/ Total personas con dependencia severa bajo control en el período	REM	5	10	15%
Porcentaje de Cuidadores Capacitados por PADDS	(N° de Cuidadores Capacitados en el período/ N° total de Cuidadores en el período) x 100	REM	40%	80%	15%
Porcentaje de Cuidadores de PADDS con Examen de Medicina Preventiva Vigente	(N° de Cuidadores con EMP vigente en el período/N° total de Cuidadores en el período) x 100	REM	40%	80%	10%
Porcentaje de Cuidadores de PADDS con evaluación de sobrecarga vigente	(N° de Cuidadores con evaluación de sobrecarga vigente en el período/ N° total de Cuidadores en el período) x 100	REM	50%	100%	10%

SEXTA: Plan de Monitoreo y Evaluación.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El monitoreo del Programa de Atención Domiciliaria, tanto el desarrollo a nivel de establecimientos de Servicios de Salud, como de establecimientos municipales y dependientes de ONG, se desarrollará en tres cortes destinados a evaluar acciones asociadas al cuidado de personas con dependencia y cuidadores, y productos de los 3 componentes. En cada uno de los cortes, desde el nivel central se podrán requerir antecedentes adicionales.

Corte 1: Evaluación del desarrollo al mes de marzo

Implica el envío por parte de los Servicios de Salud con **fecha tope 20 de marzo**, de un informe breve, que contenga el Plan Anual de Trabajo para el desarrollo del PADDS, considerando las acciones de Gestión y Acompañamiento Técnico, Supervisión e Integración con la Red Asistencial por cada Servicio de Salud, basados en el desarrollo del año anterior y la auditoría de fichas clínicas. Debe contener las acciones relativas al desarrollo de los 3 componentes del programa en los centros de salud de su jurisdicción.

Corte 2: Evaluación del desarrollo al mes de junio

Contempla la evaluación de cumplimiento de metas por indicadores que serán evaluadas con fuente REM a nivel central. Considera también la evaluación del desarrollo de los productos y el nivel de avance del Plan Anual del PADDS por Servicio de Salud, los que serán informados a la División de Atención Primaria por parte de los Servicios de Salud, con **fecha tope al 20 de julio**. Para los establecimientos que reciben recursos por Programa de Reforzamiento para los componentes 1 y 2 del PADDS, este corte según el nivel de cumplimiento de metas establecidas para el corte de junio, se asocia a reliquidación de la segunda cuota y eventuales redistribuciones de recursos según evaluación.

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa al Corte de Junio	**Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)**
≥80%	0%
Entre 70,00% y 79,99%	25%
Entre 50,00% y 69,99%	50%
Entre 30,00% y 49,99%	75%
Menos del 30%	100%

Corte 3: Evaluación del desarrollo al mes de diciembre

Contempla la evaluación de cumplimiento de metas por indicadores, la evaluación del desarrollo de los productos descritos por componente y el avance del Plan Anual al 31 de diciembre de cada año. Los indicadores serán evaluados con fuente REM y tanto el desarrollo de los productos como el nivel de avance del Plan Anual del PADDS por Servicio

de Salud serán informados a la División de Atención Primaria por parte de los Servicios de Salud, con **fecha tope 20 de enero del año siguiente**. Para este corte, deben estar cumplidas todas las metas anuales del programa y los productos asociados por componente. Al mismo tiempo se deben haber ejecutado la totalidad de los recursos entregados por Programa de Reforzamiento a establecimientos, lo que será considerado junto con el cumplimiento de metas y productos para eventuales redistribuciones según evaluación.

En forma adicional a las evaluaciones desde la División de Atención Primaria se podrá requerir antecedentes asociados a evaluación del cumplimiento de las actividades del programa y la ejecución del gasto asociado a los componentes, que serán consideradas para evaluar el adecuado desarrollo del programa, cumplimiento de las actividades y objetivos establecidos.
Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

SÉPTIMA: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador a la Enfermera **Katherine Ewoldt Montoya**, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, la cual podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La I. Municipalidad notificara al Servicio de Salud de la persona que actuara como referente técnico local dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envío de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.
La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota al correo electrónico katherine.ewoldt@redsalud.gob.cl.

OCTAVA: “El Servicio” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que “la Municipalidad” se exceda de los fondos destinados por “el Servicio” para la ejecución de este, ella asumirá el mayor gasto resultante.

NOVENA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución N°30 del 2015 de la Contraloría de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría**, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar, además, que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

Además, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio, conforme a lo establecido en la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2025, en concordancia con el DL N°1.263, del año 1975, lo que deberá ser informado oportunamente al Departamento de Finanzas y la Unidad de Rendiciones del SSVQ.

DÉCIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el gasto público para el año 2025.

Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deben ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula novena del presente convenio, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por la Dirección del Servicio.

DÉCIMA PRIMERA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Publico del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.
Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

DÉCIMA SEGUNDA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERIAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N°1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 Y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **CAROLINA CORTI BADIA,** Alcaldesa de la I. Municipalidad de Quilpué, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30 de noviembre de 2024 y en el Decreto Alcaldicio N°5.504 de fecha 06 de diciembre de 2024.

3. **ASÍGNESE,** a la **I. Municipalidad de Quilpué**, recursos por un monto total de **$8.101.627.- (ocho millones ciento un mil seiscientos veintisiete pesos).** Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en una (1) cuota, correspondiente al 100% del total asignado una vez

tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

Los recursos asignados están destinados para la ejecución del Componente 3: Apoyo a Personas con Dependencia Severa, mediante la compra y/o adquisición de Pañales por parte de la comuna.

Al 31 de diciembre de 2025 las comunas beneficiarias deberán tener el 100% de los recursos ejecutados y las actividades asociadas a este componente.

4. **DECLÁRESE**, que el presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025**. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el gasto público para el año 2025.

Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados, ni rendidos u observados en el programa objeto de este instrumento, deben ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula novena del presente convenio, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por la Dirección del Servicio.

5. **DECLÁRESE,** en caso de que la "Municipalidad" se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

6. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

7. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015, de Contraloría General de la República.

8. **ESTABLÉCESE,** como administradora y coordinadora del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, a **Katherine Ewoldt Montoya**, correo electrónico katherine.ewoldt@redsalud.gob.cl, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.

9. **ESTABLÉCESE,** como administradora y coordinadora de la I. Municipalidad de Puchuncaví, a d. Macarena Arán, al correo electrónico: macarena.aran@salud.cmq.cl, quien actuará como referente técnico y deberá ser notificado de dicha designación dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.

10. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

11. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución a los recursos contemplados en la Ley N°21.722 de Presupuesto del Sector Público para

el año 2025, específicamente al subtítulo 24 ítem 03 298 “Reforzamiento Municipal” del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

12. **COMUNÍQUESE,** la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

ANDREA QUIERO GELMI
DIRECTORA
S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

KLGO.RFN/ABG.JST/ING.CHA/EU.KEM/cha.
DISTRIBUCIÓN:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA
Dirección de Atención Primaria

CONVENIO

SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILPUÉ

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES

En Viña del Mar, a 28 de marzo de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders N°392, Viña del Mar, representado por su Directora **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILPUÉ**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Augusto Carozzi N°841, representada por su Alcaldesa **CAROLINA CORTI BADIA** de ese mismo domicilio, en adelante la **"Municipalidad"**, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal aprobado por la Ley Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigor de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el Artículo 49".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, en adelante Minsal y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de salud Viña del Mar Quillota conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS ".**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°141 del 07 de febrero de 2025;** asimismo, el Ministerio de Salud ha informado al Servicio, los recursos susceptibles de ser utilizados para la ejecución del programa a través de **Resolución Exenta N°212 de fecha 12 de marzo de 2025,** documentos que las partes declaran conocer en todas sus partes con sus respectivas especificaciones técnicas y componentes

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través "del Servicio", conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del **"PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES EN APS, AÑO 2025".**

1. **Antecedentes:**

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo de la ONU (CDPD), fue promulgada el año 2006 y ratificada por el Estado de Chile el año 2008, comprometiéndose a los países que lo suscriben a garantizar la igualdad ante la ley de todas las personas y principalmente las pertenecientes a este grupo. Con esto se prohibe y se pretende erradicar todo tipo de discriminación debido a una posible discapacidad en el territorio chileno. La CDPD forma un elemento jurídico vinculante que obliga al Estado de Chile a promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad, asegurando el goce de plena igualdad ante la ley; y también obliga a adaptar el ordenamiento jurídico chileno, para que las personas pertenecientes a este grupo puedan hacer valer sus derechos. Ésta contiene principios fundamentales, como la accesibilidad, la autonomía e independencia, la igualdad y la no discriminación, y la protección a grupos especialmente vulnerables; como también temáticas importantes para las personas con discapacidad, referentes a la salud, a educación, el empleo, a la habilitación y rehabilitación, a la participación en la vida política, entre otros temas de interés[1].

El escenario demográfico y epidemiológico actual en nuestro país implica relevar los cuidados de largo plazo y los servicios de cuidados en domicilio y apoyo a cuidadores. Teniendo en cuenta las determinantes sociales de la salud y la desigualdad existente entre los territorios de nuestro país, la necesidad de cuidado y asistencia en domicilio es diferente entre las comunas. La CASEN de 2017 muestra que la proporción de hogares con al menos una persona mayor con dependencia funcional es diez puntos porcentuales más alta en el quintil de menores ingresos.

Los Cuidados a largo plazo son aquellos que permiten que una persona que no es totalmente capaz de cuidarse a sí misma a largo plazo, pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana[2].

La Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022) informó que el 17,6% de la población adulta se encuentra con algún grado de discapacidad (2 millones 700 mil personas adultas), entre las que un 6,2% presenta discapacidad leve o moderada, y un 11,4% presenta discapacidad severa.

En lo relativo a la dependencia según la ENDIDE 2022, el 9,8% de la población adulta del país, equivalente a casi 1,5 millones de personas presenta dependencia. Se establece que el 3,4% de la población presenta dependencia leve, 3,6% dependencia moderada y 2,7% dependencia severa. Este último grupo según esta encuesta equivaldría a 420 mil personas, cifra que dista bastante de la población bajo control por el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa en Atención Primaria, que alcanzó las 65.876 personas en el año 2022[3], lo que releva la necesidad de mejorar la integración entre el sector social y sanitario y el diagnóstico de

[1] Servicio Nacional de la Discapacidad, 2022. III Estudio Nacional de la Discapacidad III ENDISC.

[2] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024. Informe de Cuidados Observatorio Social.

[3] Ministerio de Salud, División de Atención Primaria, 2024. Elaboración propia con datos REM P 3 Sección A, del DEIS MINSAL, año 2022.

la situación que enfrentan las personas con dependencia y sus familias atendidas en la red pública de salud, considerando por otra parte que el total de población identificada con algún nivel de dependencia y declarada bajo control en el nivel primario alcanza sólo las 141.365 a diciembre de 2024.

Respecto a la caracterización de la dependencia y la discapacidad, se observan mayores prevalencias en las mujeres, en tramos más avanzados de edad y en quintiles de menores ingresos. Además, la ENDIDE revela que un 41,3% de la población con dependencia no tiene una persona cuidadora. Según la Décima Encuesta de Juventudes (INJUV, 2022), en adolescentes y jóvenes de 15 a 29 años, aumenta el porcentaje que declara poseer alguna condición permanente o de larga duración, principalmente debido a ceguera o dificultad para ver, como a dificultades psíquicas o psiquiátricas (2015: 6,7%; 2022:15,2%).

Teniendo en consideración que personas mayores, personas con discapacidad y personas cuidadoras son sujetos de atención preferente, todas las atenciones realizadas por los equipos de salud de los diferentes niveles asistenciales para estas personas deben encontrarse contenidas en los protocolos locales para entrega de atención preferente en consultas de salud, prescripción y entrega de fármacos y exámenes y procedimientos más complejos[4].

2. Estrategia:

El programa "Atención domiciliaria a personas con dependencia severa", comenzó a ejecutarse el año 2006. Constituye una estrategia de atención de salud que incluye los ámbitos promocional, preventivo y curativo, como también el seguimiento y acompañamiento, de personas con dependencia severa y su cuidador(a). Depende de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud (MINSAL), y se ejecuta en todos los establecimientos de atención primaria de salud, tanto los que dependen de los municipios, como los que dependen directamente de los Servicios de Salud.

En términos de la identificación de la población a cargo con algún nivel de dependencia, los principales avances se asocian al programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, implementado en los centros de atención primaria desde el año 2006, en los que existen registros asociados en ficha clínica, en el registro estadístico mensual y una representación progresiva contenida en la plataforma de registro de cuidadores y personas con dependencia del Ministerio de Desarrollo Social (RCD-Estipendio)[5].

Se ha visto la necesidad de relevar la temática de cuidados integrales y centrados en las personas como una prioridad para el sector público de salud, para lo que resulta fundamental mejorar la descripción del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores y los procesos de cuidado integral, financiamiento y monitoreo asociados para su desarrollo a través de los Servicios de Salud y los establecimientos de Atención Primaria.

[4] https://www.diariooficial.interior.gob.cl/publicaciones/2022/11/09/43396/01/2212652.pdf

[5] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2024. Ordinario C51 N°3032 de 22 de noviembre de 2024 sobre Registro de Personas con Dependencia y Cuidadores.

ELEMENTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

De acuerdo con lo establecido en los artículos 5 y 6 de la ley 20.422 del año 2010, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, se considerarán las siguientes definiciones:

- **Persona con discapacidad** es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

- **Dependencia** es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.

- **Cuidador** es toda persona que proporciona asistencia permanente, gratuita o remunerada, para la realización de actividades de la vida diaria, en el entorno del hogar, a personas con discapacidad, estén o no unidas por vínculos de parentesco.

- **Ayudas técnicas** corresponde a los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente.

- **Servicio de apoyo** es toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional.

- **Entorno** es el medio ambiente, social, natural y artificial, en el que las personas desarrollan su participación social, económica, política y cultural, a lo largo de todo su ciclo vital.

La dependencia para el III Estudio Nacional de la Discapacidad, se entiende como una situación específica de discapacidad en la que se presentan dos elementos de manera conjunta, una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores del contexto ambiental, relacionados con la ayuda personal. Se estima que un 55.8% de la población adulta con discapacidad presenta dependencia.

De acuerdo con el Informe de Cuidados del Ministerio de Desarrollo Social y Familia[6] se complementan las definiciones anteriores con las expuestas a continuación:

- **Dependencia funcional:** Se define como una situación en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra(s) persona(s).

[6] Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2024, Informe de Cuidados Observatorio Social.

- **Personas dependientes:** Se trata de personas con discapacidad que requieren de la asistencia de una o más personas de su entorno para mejorar su funcionamiento, realizar actividades y participar en la sociedad.

- **Personas cuidadoras:** Son aquellas que asisten a otra persona a realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad.

Valoración de la dependencia

Actualmente el instrumento utilizado para medir dependencia en los centros de nivel primario, desde los 6 años es el índice de Barthel, el que según los resultados indica diferentes categorías de dependencia.

Resultados (puntaje)	Grado de Dependencia	Clasificación para registro en REM (P03 población bajo control otros programas y para PADDS)
< a 20 puntos	Total	Dependencia Severa
20-35 puntos	Grave	
40-55 puntos	Moderado	Dependencia Moderada
> o = a 60 puntos	Leve	Dependencia Leve
100 puntos	Independiente	Independiente

Dentro de las atenciones realizadas por los equipos de Salud, la valoración de la dependencia mediante el índice de Barthel es realizable en diversas etapas, como parte de la valoración integral de las personas para la planificación del cuidado.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores (PADDS) incorpora los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento centrado en la persona con dependencia severa y su cuidador o cuidadora. Permite mejorar la oportunidad y continuidad de la atención de las personas con dependencia severa, mediante la atención integral (física, emocional y social) en el domicilio familiar. La atención domiciliaria entrega a los cuidadores, las cuidadoras y las familias las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de los y las pacientes.

El programa adopta una estrategia que comprende la entrega de atención de salud integral a la persona con dependencia severa y su cuidador(a), en el domicilio en forma continua con otras acciones de la red asistencial y centrando el cuidado en las necesidades y requerimientos consensuados con la persona con dependencia severa y/o cuidadores. El PADDS se extiende durante el tiempo en que la persona mantiene la condición de dependencia severa. La estrategia se implementa bajo el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) y la estrategia que hace operativo los principios del MAIS, denominada Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), en complementariedad con las diferentes prestaciones disponibles en la red de salud para la población a cargo.

2. PROPÓSITO

Mejorar la calidad de vida de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria".

3. OBJETIVO

Objetivo General:

"Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario."

Objetivos Específicos:

1. Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador.
2. Favorecer el acceso a la información y uso de servicios locales y comunitarios para el acompañamiento y apoyo de personas con dependencia severa, cuidadores y familias.
3. Apoyar el cuidado de las personas con dependencia mediante la entrega de pañales.

4. POBLACIÓN OBJETIVO

4.1. Población objetivo:

Para el PADDS se ha establecido que la población objetivo corresponde a aquellas personas inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel, y su cuidador/a. En caso de que la situación de dependencia corresponda a niños y niñas (NN) menores de 6 años y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su etapa de curso de vida y/o curso de las condiciones presentadas no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, pero presentan asistencia en forma continua para la realización de sus actividades de la vida diaria básica, el médico del establecimiento deberá realizar un certificado que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, y solicite el ingreso al programa .

4.2. Criterios de Ingreso:

Los criterios de ingreso al PADDS son:

• **Edad:** sin límite de edad.

• **Previsión:** Fonasa o PRAIS, inscritos en los centros de salud de APS correspondientes.

• **Condición funcional:** Dependencia severa. Índice de Barthel con resultado de 35 puntos o menos. En caso de personas con requerimientos de alta asistencia con mayor puntaje en Barthel (personas con deterioro cognitivo, intelectual o niños menores de 6 años, con elevada dependencia funcional y necesidad de asistencia de terceros, según descripción previa), se aplicará criterio médico, debiendo existir un certificado médico que acredite esta condición.

• **Cuidador:** La persona con dependencia severa puede o no contar con cuidador, lo que no es un criterio de exclusión para recibir las prestaciones del PADDS.

• **Voluntariedad de Ingreso:** El ingreso al PADDS es voluntario. Se deberá realizar la educación respecto a la atención domiciliaria para promover el ingreso.

Los cuidadores ingresados a PADDS pueden ser cuidadores informales o familiares, como ocurre en la gran mayoría de los casos o cuidadores formales, los que corresponden a cuidadores remunerados que entregan cuidados en el lugar de residencia de la persona con dependencia, como ocurre en los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores (ELEAM). Frente a cuidadores que no forman parte de la población inscrita en el correspondiente centro de salud, el Plan de Cuidados al Cuidador, considerara la orientación para el cuidado de su salud mediante la atención en el prestador respectivo, la identificación, prevención y abordaje de la sobrecarga y la capacitación de cuidadores.

5. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LAS ATENCIONES

Para el proceso programático se precisa conocer el número de personas con dependencia severa y cuidadores bajo control en el programa y la estimación del número de nuevos usuarios que ingresan durante el periodo, de manera de lograr definir las horas del equipo profesional y técnico destinado a su atención y a las acciones derivadas de ellas (registro en plataforma, gestión de entrega de fármacos y PACAM en domicilio, coordinación intersectorial, capacitación a cuidadores, entre otras).
Se debe resguardar, al menos, en la programación[7] horas para:

- Participación en reuniones de equipo de sector y/o gestor de ECICEP, dependiendo de la fase de implementación.
- Participación en reuniones de equipo intersectorial según planificación local.
- Capacitación de Cuidadores.
- Visitas domiciliarias integrales para ingreso de usuarios nuevos.
- Visitas domiciliarias integrales para usuarios antiguos (según necesidad, como mínimo 2 al año)
- Visitas domiciliarias para tratamiento y/o procedimientos de acuerdo con la planificación del cuidado y otras situaciones que requieran atención en domicilio.
- Visita odontológica domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores.
- Horas administrativas para ingreso de usuarios y cuidadores a plataforma de MDSF y diversas gestiones del programa.
- Entrega de fármacos y PACAM en domicilio, según nivel de desarrollo local.
- Acciones de monitoreo y seguimiento remoto.
- Tiempos de traslado asociados a las actividades domiciliarias, procurando el acceso y continuidad al cuidado integral y la organización eficiente de los traslados del equipo de salud.
- Prestaciones correspondientes al cuidado de la población beneficiaria según etapa de curso de vida.

6. COMPONENTES

Para el logro de sus objetivos, el programa se desarrolla mediante los siguientes componentes:

1. ***Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa, cuidadores y familia.***
2. ***Articulación Intersectorial y comunitaria para acceso y gestión de servicios y beneficios.***
3. ***Apoyo a personas con dependencia severa mediante la entrega de pañales.***

[7] https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/RPE-N%C2%B018-Criterios-tecnicos-para-programacion-de-actividades-Programa-dependencia-severa-y-cuidadores-en-Atencion-Primaria.pdf

6.1. Componente 1: Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa y sus Cuidadores

Se relaciona directamente con la atención de salud en el domicilio de la persona con dependencia severa y cuidador, para realizar prestaciones de salud relacionados con los ámbitos promocional, preventivo, de tratamiento o de seguimiento de la persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador, basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante la visita domiciliaria Integral y otras visitas de tratamiento y seguimiento.

La atención domiciliaria se orienta a la evaluación y atención de la diada persona con dependencia – cuidador, considerando que la situación de dependencia severa y la entrega permanente de apoyos y cuidados por parte de un tercero, influye en el desarrollo de las etapas del curso de vida individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias, afectando la dinámica familiar y provocando eventuales situaciones de salud que, en forma sostenida, conllevan a un deterioro de la salud de ambos y de sus familias. Por lo cual en ambas situaciones se debe considerar las dimensiones biomédica, mental, social y funcional y las necesidades de asistencia.

Para el cuidado de la persona con dependencia severa y persona cuidadora, la calidad y seguridad de la atención debe ser abordada en forma coordinada por la red asistencial, generando los mecanismos de comunicación y coordinación entre APS y nivel secundario.

Es necesario reconocer también las capacidades presentes en las familias y comunidades para enfrentar el desafío del cuidado de una persona con dependencia y promover la información y acceso de las personas con dependencia y cuidadores a las estrategias y otros como activos desarrollados a nivel comunitario.

Actividades:

6.1.1. Actividad de Ingreso

Corresponde a la primera visita domiciliaria integral (VDI) de la diada persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador. De esta VDI, se debe formular el Plan de Cuidado Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado Integral Consensuado de la cuidadora o del cuidador.

El ingreso y las actividades del PADDS forman parte de las acciones del CESFAM, por lo tanto, corresponde planificar junto con el equipo de cada sector, esta actividad y sus resultados, teniendo además consideración de que se trata de las familias con mayor riesgo.

Esta actividad y todas las del programa deben ser comunicadas y acordadas con la persona con dependencia severa y/o cuidador.

Objetivo de la actividad: Reconocer cuales son las necesidades en salud de las personas con dependencia severa y sus cuidadores, para centrar los cuidados en ella e integrar las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, promoviendo la participación y toma de decisiones, resguardando los principios de autonomía y dignidad en la atención de salud.

Pasos previos a la actividad de ingreso:

Solicitud de Ingreso a PADDS: Esta solicitud puede resultar de una atención en el centro de salud, del requerimiento del cuidador, de otro integrante del equipo de salud, del intersector o la comunidad, para lo cual se deben verificar los antecedentes descritos en los criterios de ingreso.

Agendar VDI de ingreso a PADDS: En consenso con persona con dependencia severa, cuidador, familia, director de ELEAM o red de apoyo, en caso de no existir cuidador, se planificará día y horario de la visita. Se debe resguardar la máxima cercanía entre la solicitud de atención y la VDI de ingreso, no debiendo existir lista de espera para ingreso a PADDS.

Preparar la VDI de ingreso a PADDS: revisar antecedentes en ficha clínica, epicrisis, datos básicos de identificación (nombre social, edad, teléfono, domicilio, nacionalidad, pertenencia a pueblo originario, residencia en ELEAM, otro) de la persona con dependencia severa y cuidador. Según disponibilidad de información, revisar si recibe beneficios sociales, lo que podría corroborarse con Plataforma Gestión Social Local (GSL) si es que está disponible en el establecimiento.

6.1.2. Visita de Ingreso a PADDS

En la actividad de ingreso se deberá realizar la anamnesis y valoración integral de la persona con dependencia y el cuidador, para lo cual se orienta que las Visitas Domiciliarias Integrales del PADDS sean realizadas al menos por dos integrantes del equipo de salud a cargo, de modo de poder interactuar en forma alternada con ambos integrantes de la diada. Para la persona con dependencia, esta valoración considerará las expectativas respecto al cuidado de su salud, las condiciones actuales en que se encuentra tanto biomédicas, funcionales, sociales y cognitivas.

En términos comunicacionales y de planificación del cuidado se deberán tomar las medidas para la comunicación con las personas con dependencia y sus cuidadores, resguardando los ajustes necesarios en caso de presentar dificultades asociadas a trastornos de comunicación, afasia, deterioro cognitivo y otros, de modo de promover el ejercicio de la autonomía y la toma de decisiones informadas.

Es altamente relevante considerar en toda acción de evaluación de la persona con dependencia severa, la historia clínica y la valoración integral para conocer el estado en que se encuentran las funciones motoras, cognitivas, visuales, auditivas, nutricionales, psicológicas y comunicacionales, reconociendo las consecuencias que se pueden presentar cuando se pierde la autovalencia en las distintas esferas de la función humana. Se requiere también evaluar las condiciones y problemas sociales. En este último aspecto es altamente relevante considerar que la población con dependencia severa se encuentra más expuesta a situaciones de violencia y maltrato.

Se debe considerar la realización del examen físico completo con especial atención al riesgo presente en esta población de presentación de ciertas condiciones como lesiones por presión, neumonía por aspiración, dermatitis, entre otras. Junto con lo anterior, se debe conocer el estado de compensación respecto a condiciones crónicas y otras condiciones que requieran abordaje por parte del equipo de salud. Respecto a la salud bucal, se integrarán las consultas asociadas a disconfort u otros problemas para la gestión de la atención odontológica domiciliaria.

Considerando los antecedentes recolectados en esta evaluación y la entrevista realizada a la persona con dependencia severa (y/o cuidador) sobre intereses, necesidades y recursos

respecto a la atención de salud, se procederá a identificar los hallazgos relevantes que permitan orientar y consensuar la planificación del cuidado.

En el caso de la persona cuidadora, se deberá también realizar la valoración integral del estado de salud de acuerdo con su etapa de curso de vida, conocidos sus antecedentes en forma previa durante la etapa de preparación de la visita. Se orienta en particular, tener especial énfasis a la pesquisa de síntomas asociados a trastornos del ánimo, musculoesqueléticos y pesquisa o descompensaciones de condiciones crónicas.

Se debe además revisar cómo se está gestionando el acceso y continuidad de atenciones por parte de los centros de salud, al tratarse de sujetos de atención preferente. Se incluirá en su evaluación la revisión de vigencia del Examen de Medicina Preventivo según etapa de curso de vida. Si este examen no ha sido aplicado o no se encuentra vigente, el equipo de salud deberá gestionar la pronta atención y aplicación para incorporar estos antecedentes dentro de la planificación del cuidado, al igual que en caso de existir controles u otras atenciones pendientes por parte del equipo de salud. Junto con lo anterior, dentro de esta evaluación integral se deberá incluir la valoración de sobrecarga con la Escala de Zarit.

En lo relativo a las capacidades presentes en la familia y/o el cuidador para asumir el cuidado, se consultará en forma dirigida por aquellas áreas del cuidado y del autocuidado que representan mayores desafíos para el cuidador, para considerarlo en la capacitación de cuidadores.

Integrando los diferentes hallazgos de la anamnesis, valoración integral y entrevista al cuidador, se trabajará en conjunto el diseño del plan de cuidado.

En caso de que en la evaluación integral de cuenta que la persona no presenta dependencia severa y presenta un menor nivel de dependencia (leve o moderada), se deberá orientar de todas formas el cuidado integral y el abordaje por parte del centro de salud como parte de la población a cargo.

6.1.3. Plan de Cuidado Integral Consensuado

El Plan de Cuidado Integral Consensuado tanto para la persona con dependencia como cuidador constituye la hoja de ruta que guía el proceso de cuidado y que integra las diferentes dimensiones relacionadas con los objetivos consensuados entre el equipo de salud y las personas.

Este Plan de Cuidado se formula en la VDI de ingreso y se desarrolla a principalmente a través de las actividades de Visita Domiciliaria de Tratamiento y Procedimientos y Seguimiento remoto. La evaluación del desarrollo del Plan de Cuidado, y actualización asociada a la reevaluación de la persona con dependencia severa y cuidador es realizado en la Segunda Visita Domiciliaria Integral.

Para su diseño se establecen los siguientes pasos[8]:

1. Anamnesis y Valoración Integral
2. Definición Colaborativa de Problema y Priorización de Objetivos
3. Toma de Decisiones Compartidas
4. Registro del Plan de Cuidados

[8] Ministerio de Salud. 2025. Actualización Marco Operativo Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)

Tanto las personas beneficiarias del PADDS como el equipo de salud deberán estar en acuerdo del Plan de Cuidados y se deberá entregar en forma física como material de apoyo el Plan de Cuidados a la familia, de manera tal de tener registro de los objetivos y acciones comprometidas y apoyar en el monitoreo de las mismas.

6.1.4. Visitas de Tratamiento y/o Procedimientos

Corresponden a las Visitas Domiciliarias realizadas por el equipo de salud para el desarrollo del Plan de Cuidados o para atención de condiciones agudas que se presenten, con la finalidad de desarrollar los procesos diagnósticos y/o terapéuticos requeridos por la persona con dependencia severa y/o su cuidador. Entre ellas se encuentran las visitas domiciliarias realizadas con estos fines por los distintos integrantes del equipo de salud.

6.1.5. Segunda Visita Domiciliaria Integral

Forma parte de las actividades esperadas a desarrollar por el equipo de salud. Tiene por objetivo la reevaluación de la persona con dependencia severa y su cuidador y la actualización del Plan de Cuidados, pudiendo producirse modificación en los objetivos y/o actividades y/o plazos establecidos anteriormente.

6.1.6. Tercera o más Visitas Domiciliarias Integrales

De acuerdo con el desarrollo del Plan de Cuidados y frente a nuevas situaciones que ameriten una evaluación integral de la persona con dependencia y cuidador, se realizarán otras Visitas Domiciliarias Integrales, en que se realizará la reevaluación de la persona con dependencia y cuidador y se actualizará el Plan de Cuidados.

6.1.7. Seguimiento

Actividad establecida de común acuerdo y contenida dentro del Plan de Cuidado. Realizada preferentemente por TENS, en forma de Visitas Domiciliarias o en forma remota. Actividad destinada al acompañamiento y conocimiento del reporte del estado de salud por parte de la persona con dependencia severa y/o cuidador, que puede generar ajustes o nuevos requerimientos asociados al Plan de Cuidados. Se espera con estas actividades la mantención de la comunicación con el equipo de salud y priorización de las atenciones presenciales en población de mayor riesgo (cuidador único, cuidador sobrecargado, complejidad de las situaciones de salud, aislamiento, cuidador con algún nivel de dependencia, entre otras).

6.1.8. Actividades de registro y coordinación de atenciones en la red de salud

Corresponden a aquellas actividades administrativas asociadas al Registro Clínico Electrónico y a las coordinaciones necesarias para la continuidad del cuidado tanto en la APS como en el nivel secundario por parte del equipo de salud.

6.1.9. Elaboración y ejecución del Plan de Capacitación a Cuidadores y Cuidadoras

Todas las personas cuidadoras ingresadas en el año en curso y en años anteriores al PADDS deberán ser convocadas a participar del Plan de Capacitación. En el caso de cuidadores nuevos, ingresados en el último año, este Plan de Capacitación deberá constar de al menos 6 sesiones al año, de 45 minutos de duración cada una, desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, que contempla la entrega de herramientas necesarias para asumir los cuidados integrales de personas con dependencia severa, su autocuidado, uso de redes locales de apoyo y/o cuidados de fin de vida y duelo, según la pertinencia y

los antecedentes recolectados en la evaluación integral del cuidador u otros incorporados a nivel local (encuestas, entrevistas, otros).

La modalidad de ejecución de este Plan de Capacitación puede ser de forma grupal en el establecimiento u otro espacio comunitario, o bien de forma remota cuando no sea posible la realización de manera presencial. En el caso de cuidadores ingresados en periodos anuales previos la capacitación deberá constar de al menos 4 sesiones. Entendiendo que la mayoría de las personas cuidadoras son cuidadoras únicas y que no cuentan necesariamente con cuidador que les reemplace en su rol, se deberán generar las facilidades para que puedan participar en este Plan de Capacitación.

6.2. Componente 2: Articulación Intersectorial y Comunitaria para Acceso y Gestión de Servicios y Beneficios

En Chile los cuidados a largo plazo han sido asumidos principalmente por las familias. Existen actualmente iniciativas que pretenden articular las distintas estrategias disponibles para el apoyo de familias de personas con dependencia, como el Sistema Nacional de Cuidados. En este escenario y dentro la labor de la APS de promover la acción intersectorial se desarrolla este segundo componente del Programa PADDS, que establece las complementariedades entre las diferentes estrategias presentes a nivel local y las actividades asociadas.

Cada centro de salud tendrá identificados los servicios locales sanitarios y sociales destinados a personas con dependencia y cuidadores, para orientación por una parte del equipo de salud y por otra de cuidadores y personas con dependencia para gestión de beneficio y acceso a estrategias. Esta información podrá estar contenida en un formato de mapa de red y/o guía de servicios para personas con dependencia y cuidadores. Se espera que, en términos de integración sociosanitaria de los cuidados, cada municipio lidere la articulación y de las facilidades a los equipos para la coordinación en pro de rutas de cuidado sociosanitarias eficientes.

En el marco del MAIS y de la planificación eficiente de cuidados y centrada en la persona, se espera que exista una planificación colaborativa y sinérgica de las intervenciones realizadas tanto por equipos del sector sanitario como por el equipo del sector social, apuntando a un único plan de cuidado integral e integrado, que promueva la entrega coordinada de servicios y el cuidado de la familia.

Para lo anterior, se requiere la comunicación entre los equipos vinculados al cuidado de la diada persona con dependencia severa-persona cuidadora, la integración de los equipos sociosanitarios a cargo del cuidado de la población y el acceso a recursos disponibles en ambos sectores para el apoyo de las familias del PADDS, la definición de las distintas rutas del cuidado sociosanitario y la identificación con participación comunitaria de los recursos y activos para el bienestar de las familias con integrantes con personas con dependencia.

Este componente tiene directa relación con la participación del equipo de salud en la red intersectorial de beneficios y servicios destinados a las personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias. Dentro de este componente es el equipo de salud quien evalúa y valida las situaciones de dependencia, apoyos y cuidados que presenta la población beneficiaria del sistema público de salud, que se encuentre inscrita en los servicios de salud de la red pública de salud y que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Para la ejecución de este componente se requiere de la coordinación con el intersector local, principalmente con aquellos servicios involucrados en el área de desarrollo social,

con quienes el sector salud debe articularse para dar cuenta y fortalecer la oferta integrada local para personas dependientes, cuidadores (as) y familias.
Por otra parte, se requiere fortalecer los vínculos entre los equipos de las instituciones destinados al cuidado y acompañamiento de las personas con dependencia severa y personas cuidadoras y la comunidad, reconociendo la capacidad y potencialidad existente en ella para el cuidado y apoyo y el refuerzo de los elementos promocionales, preventivos y de participación en salud.

Entre las principales complementariedades entre el sector salud y estrategias sociales se encuentran:

6.2.1. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC)

Se relaciona con las acciones de comunicación, coordinación, colaboración e integración a realizar entre el centro de salud y el PRLAC. Entre ellas destacan los siguientes ámbitos:

Contacto inicial y comunicación continua

En el marco del proceso de instalación del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Chile Cuida, se torna relevante que en aquellas comunas que cuenten con PRLAC exista coordinación con el sector salud y la correspondiente coordinación con el PADDS, desde el momento en que se instala un equipo nuevo en la comuna. Se contemplan entre estas acciones:

Contacto y acuerdo colaborativo: Contempla reunión de coordinación inicial, establecer una metodología de trabajo permanente entre ambos programas, acordar las acciones de coordinación y articulación necesarias para la complementariedad entre programas en el marco de la Red Local Base que contempla el PRLAC, mapear en forma colaborativa y conjunta los recursos de cuidados existentes en el territorio (barrio, comuna, zona, según corresponda), pudiendo incorporar también la técnica de mapeo y recomendación de activos.

Fortalecer nóminas de potenciales personas usuarias: Dada la coincidencia parcial de la población objetivo, en particular, en el caso de personas con dependencia severa, y la complementariedad de los propósitos de ambos programas, debe existir un adecuado y articulado abordaje de casos entre ambos programas. Ambos equipos podrán compartir información general referente a la nómina de personas beneficiarias para favorecer la búsqueda de potenciales personas usuarias. Lo anterior tiene como objetivos:

- Identificar personas usuarias de un programa interesadas o que cumplan con los requisitos para ser usuarias del otro programa.
- Apoyar a PRLAC a complementar la nómina local con potenciales personas usuarias ya identificadas por el programa preexistente, por ejemplo, en lista de espera.
- Favorecer la integralidad de las intervenciones en el marco del Sistema Nacional de Cuidados.

Gestión de casos

Apunta a la coordinación de las intervenciones y planificación del cuidado, potenciando la acción colaborativa entre ambos programas y promoviendo la atención centrada en la persona. Deberá existir una gestión adecuada y articulada de casos entre ambos programas. Entre las actividades se incluyen:

Derivación de casos: Implica el proceso coordinado en el que ambos programas refieren personas usuarias para cubrir necesidades de las diadas de manera complementaria, sin duplicar servicios. La derivación permite que las personas accedan a servicios o apoyos adicionales, garantizando una atención más integral y eficiente. La derivación debe basarse en los criterios de elegibilidad establecidos por cada programa, con flujos de comunicación permanente y el seguimiento a la derivación para asegurar el acceso efectivo al servicio.

La derivación de casos se realiza, preferentemente, a través de la plataforma de Gestión Social Local y está determinada por la existencia de cupos y la respectiva evaluación, según corresponda.

Transferencia de información: Se espera que ante la derivación o frente a atención colaborativa de las personas, los equipos tomen contacto para la transferencia de información diagnóstica y de los planes respectivos con antelación, para evitar la duplicidad de acciones y la sobreintervención. La transferencia de información se debe realizar utilizando los formatos de instrumentos entregados a los equipos ejecutores de cada programa y resguardando la protección de datos regulada por la Ley.

Integración de la oferta de servicios

Se requiere una adecuada articulación, definiendo adecuadamente el foco, alcance, campo de acción de cada programa y posibilidades de integración sociosanitarias, para lo cual se espera:

Coordinación de servicios: Ambos programas realizan atención individual y grupal en materia de salud a personas en dependencia y sus cuidadoras, lo que requiere una importante coordinación para evitar duplicidades o efectos iatrogénicos en la intervención. En el caso de PRLAC, se realiza atención de profesionales de la psicología, kinesiología y terapia ocupacional, en el marco del componente Servicios Especializados (SSEE), y en PADDS aquellas relacionadas al Plan de Cuidado Consensuado, que pudiera incorporar acciones similares. Se espera generar mecanismos de coordinación para promover que ambos programas entreguen servicios teniendo en consideración los objetivos de la persona con dependencia y persona cuidadora, las posibles sinergias entre ambos programas y los vínculos a desarrollar entre ambos equipos y con la familia.

Es importante que los equipos, en particular las y los kinesiólogos/as, establezcan vínculos que permitan el estudio de caso conjunto de manera regular, para aquellas personas que se encuentren en atención personalizada en alguno de los mencionados componentes.

Coordinación de servicios de gestión comunitaria y Consejos de Desarrollo Local de Salud y otros organismos de representación comunitaria: EL PRLAC cuenta con servicios de gestión comunitaria, incluyendo diagnósticos a nivel local y el establecimiento de planes. Lo anterior, puede ser un insumo importante para el trabajo de espacios grupales o capacitación que mantienen ambos equipos técnicos. Al mismo tiempo el centro de salud desarrolla estrategias relacionadas a diagnósticos participativos, mapeo de activos comunitarios y fortalecimiento de la participación comunitaria, capacitación de Líderes Comunitarios que deben ser considerados para favorecer los espacios de encuentro y los diagnósticos comunitarios que realiza tanto el centro de salud como el PRLAC, tendiendo a realizar estos procesos en forma colaborativa, evitando la sobreintervención de las comunidades y optimizando el trabajo conjunto.

Otras colaboraciones

Surgidas del diagnóstico y necesidades locales. Se propone en este ámbito el desarrollo de formación continua conjunta para la integración sociosanitaria, aprendizaje entre pares y

gestiones locales para capacitaciones en forma conjunta. Al mismo tiempo ambos equipos pueden contribuir a la capacitación de cuidadores del PADDS.

6.2.2. Dispositivos como Centros Diurnos y Cuidados Domiciliarios de SENAMA

Se identificará la red disponible a nivel local de servicios para personas con dependencia y cuidadores, procurando identificar mecanismos de acceso y derivación y el desarrollo de acuerdos colaborativos con los centros de salud para facilitar el tránsito y acceso de las personas.

6.2.3. Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEAM)

Desde el Ministerio de Salud se ha instruido a los Servicios de Salud y a los establecimientos de APS el contar con un encargado[9] de ELEAM para coordinación a nivel territorial, de manera de entre otros organizar las visitas domiciliarias, la entrega de fármacos y productos del Programa de Alimentación Complementaria, según normativa y desarrollo local, coordinación de las actividades de capacitación a cuidadores entre otros.

6.2.4. Registro en plataforma del Ministerio de Desarrollo Social y Familia RCD-Estipendio y sobre el proceso de asignación del beneficio del Estipendio

De acuerdo con la instrucción del Ministerio de Salud [10] que indica el registro de toda la población con dependencia y sus cuidadores, se incorporará en el registro en la plataforma RCD-Estipendio a toda la población con dependencia severa y sus cuidadores, tanto ingresados al PADDS que serán la mayoría, como aquellas personas no ingresadas al PADDS, que cuenten o no con cuidador y que cumplan o no con los requisitos para postular al estipendio. La postulación al estipendio será realizada en forma automática por la plataforma correspondiendo a función del Ministerio de Desarrollo Social y Familia la asignación del beneficio del estipendio a cuidadores.

Los integrantes del equipo que registren usuarios y cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa tendrán que ser parte activa de éste, pudiendo dar cuenta de los antecedentes entregados en la plataforma, conocida la posible asociación de este registro y la recepción de un beneficio económico por parte del cuidador.

De acuerdo con lo informado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, la postulación a estipendio considerará los siguientes criterios copulativos:

1. Que, el causante se encuentre inscrito en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa del Ministerio de Salud a través del establecimiento de atención primaria correspondiente a su domicilio,
2. Que, el causante tenga un cuidador no remunerado, y
3. Que, el causante no se encuentre institucionalizado en un establecimiento de larga estadía para adulto mayor o en otro establecimiento de larga estadía para personas de menor edad.

Actualmente, el reglamento que regula la postulación y concesión del estipendio solo considera la valoración de dependencia severa del sujeto de cuidado por Índice de Barthel. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales, consolida mensualmente por región las postulaciones informadas

[9] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2023. Ordinario C51 N°2073 del 13 de junio de 2023.

[10] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2024. Ordinario C51 N°3032 del 22 de noviembre de 2024 sobre Registro de Personas con Dependencia y Cuidadores.

conforme a los criterios señalados anteriormente, a efectos de conceder el estipendio mediante la emisión del acto administrativo respectivo y que ordene el pago de este.
Podrá concederse a un mismo(a) cuidador(a) hasta tres estipendios por distintos causantes, si es pariente de éstos por consanguinidad o afinidad, y hasta dos estipendios por distintos causantes, si el o la cuidador(a) no tiene vínculo de parentesco con los causantes.
En el caso que en una determinada región existan más postulantes que cupos regionales disponibles, la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia respectiva, para efectos de conceder el Estipendio, deberá seleccionar las postulaciones aplicando como criterios de prelación en primer orden la severidad en la dependencia del causante, la que se medirá a través del Índice de Barthel, según la información que previa solicitud, proporcione en la postulación el Ministerio de Salud a través de su Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa; en segundo término se preferirá la antigüedad en la postulación del causante comenzando por la de mayor data; y en último término se considerará la calificación socioeconómica del causante según el instrumento del artículo 5º de la Ley N.º 20.379 (Registro Social de Hogares).

6.3. Componente 3: Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de pañales

En la población general mayor de 60 años, un 7,5% presenta algún tipo de incontinencia, aumentando significativamente hasta casi la totalidad del grupo de dependientes severos mayores de 60 años. En adición, este grupo presenta una gran vulnerabilidad con un índice de pobreza multidimensional al año 2017 de 15,7% a 63,5%, y ruralidad desde un 18,3% al 100,0%.

Teniendo esto en consideración, además del gasto que significa la adquisición de pañales para adultos en que deben incurrir las familias con un integrante con dependencia severa ven además disminuidos sus ingresos al tener que cumplir labores de cuidado a tiempo completo, lo que significa, que hay un cuidador que deja de percibir ingresos formales. Se inició en el año 2018 la estrategia de entrega de pañales en apoyo a las personas mayores en condición de dependencia e incontinencia a raíz de la solicitud de la Cámara de Diputados hacia nuestro Ministerio.

Desde ese entonces, desde la Atención Primaria de Salud, se materializa la entrega de este beneficio a las Personas Mayores de 65 años pertenecientes al programa de Atención Domiciliaria para Personas en Condición de Dependencia Severa que se encuentre diagnosticada con algún tipo de incontinencia, priorizando a aquellas con mayor vulnerabilidad socioeconómica. Este beneficio desde el año 2025 se desarrollará como el componente 3 del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Este componente mejora la oportunidad de la entrega del beneficio a los usuarios y a su vez, lograr una con mayor pertinencia de acuerdo con la realidad de cada territorio y usuario.

7. PRODUCTOS

Son el fruto concreto, tangible y observable de las acciones del programa. Se trata de los cambios que el programa se compromete a obtener a través de las actividades planificadas de actividades y productos intermedios. Referentes de Servicio de Salud, mediante las acciones de gestión de la red y acompañamiento técnico a los equipos de APS velará por su cumplimiento.

Productos Componente 1:

1. Protocolo de Atención de Personas con Dependencia Severa y Cuidadores en cada Centro de Salud.
2. Plan de Capacitación a Cuidadores diseñado y ejecutado en cada centro de salud.
3. Identificación e incorporación de beneficiarios del PADDS en Protocolos Locales de Atención Preferente.

Productos Componente 2:

1. Planes Intersectoriales con Servicios Sociales (PRLAC, Cuidados Domiciliarios, ELEAM, otros) para coordinación de acciones de los programas.
2. Registro de personas con dependencia severa y cuidadores en Plataforma RCD-Estipendio.
3. Mapa de Red/Guía de Servicios para personas con dependencia severa y cuidadores.

Productos Componente 3:

1. Gestión de compra de pañales para personas con dependencia severa ejecutado al mes de junio y diciembre.
2. Entrega de pañales a personas con dependencia severa ejecutados al mes de junio y diciembre.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través "del Servicio", conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria de este convenio, la suma anual y única de **$8.101.627.- (ocho millones ciento un mil seiscientos veintisiete pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el programa, conforme a los montos que ha asignado el Minsal para ello, según los criterios definidos por ítem en planilla de distribución enviada por referente Minsal del Programa.

Tabla N°1: Detalle por componente

1. ATENCIÓN DOMICILIARIA	2. ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	3. ENTREGA DE PAÑALES	Total
Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	**$8.101.627.-**	**$8.101.627.-**

FINANCIAMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

a. **Financiamiento componente 1 y 2:** Atención Domiciliaria Integral para Personas con Dependencia Severa y sus Cuidadores; Articulación Intersectorial y Comunitaria para Acceso y Gestión de Servicios y Beneficios.

b. **Financiamiento componente 3:** Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de pañales.

Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.
La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.

El componente 3 Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de Pañales, presenta financiamiento tanto para establecimientos dependientes de municipios, de Servicios de Salud u ONG, a través del presente programa de reforzamiento y la correspondiente resolución financiera. La asignación de este beneficio está sujeta a los criterios de vulnerabilidad socioeconómica y ruralidad y a la disponibilidad presupuestaria.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones en los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación descritos en esta resolución.

Los recursos totales para ejecución del Componente 3 **Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de Pañales** se transferirán en una única cuota equivalente al 100% de los recursos destinados para este componente. Al 31 de diciembre los establecimientos y comunas beneficiarias deberán tener el 100% de los recursos ejecutados y las actividades asociadas a este componente. Ejecuciones menores de recursos y el inadecuado desarrollo de las acciones.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará los recursos a los Municipios participantes del Programa mediante un convenio, los cuales serán destinados a financiar las actividades especificas de éste.

Con el visto bueno de la División Primaria del Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, podrán modificar la distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa. Finalizado el periodo de vigencia del convenio, la Municipalidad deberá reintegrar al Servicio los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados, observados y/o saldos financieros no rendidos, en los primeros 30 días hábiles posteriores de finalizado el convenio.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas señaladas en la Resolución N°30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, tanto para establecimientos con dependencia municipal como de Servicio de Salud, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales detalladas en el presente programa o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

Los recursos asignados consideran apoyar con recurso humano e insumos destinados al cuidado integral de la persona con dependencia severa y su cuidador, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente, su cuidador(a) y familia, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial y comunitaria de servicios.

Ejecuciones menores de recursos y el inadecuado desarrollo de las acciones relacionadas a este componente incidirán en una menor asignación de recursos al año siguiente.

Financiamiento PADDS en establecimientos municipales:

COMPONENTE	FINANCIAMIENTO	EVALUACIÓN	FECHAS CORTES DE EVALUACIÓN	TRANSFERENCIAS RECURSOS	RELIQUIDACIÓN/ REDISTRIBUCIÓN
1 ATENCIÓN DOMICILIARIA	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Auditoría Indicadores Productos	Junio-Diciembre	Decreto Per cápita	No aplica
2 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	Financiamiento por Plan de Salud Familiar	Auditoría Productos	Junio-Diciembre	Decreto Per cápita	No aplica
3 ENTREGA DE PAÑALES	Financiamiento por Programa de Reforzamiento	Productos Ejecución del gasto	Junio-Diciembre	Subt. 24, 1 cuota contra firma de convenio 100% recursos	Según evaluación a diciembre se redistribuyen recursos del siguiente periodo

Es importante que se realice la Rendición en SISREC, acorde a la Resolución N°30/2015 de la Contraloría General de la República.

1. **Recursos centralizados por el Servicio de Salud:**
   a. **Capacitación:** estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa.

"La Municipalidad" se obliga a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas, a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento como a mantener los recursos transferidos por "el Servicio" en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de éste.

<u>QUINTA:</u> El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del presente convenio, para conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de cada componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad
La I. Municipalidad se obliga a utilizar los recursos entregados para financiar las actividades y metas del programa:

INDICADORES DEL PROGRAMA

Estos indicadores y sus respectivas metas permiten la evaluación del desarrollo mínimo del PADDS en todos los establecimientos de atención primaria, por lo tanto, corresponde el permanente monitoreo y seguimiento de cada uno de ellos a nivel local y de Servicio de Salud, junto con las gestiones y acompañamiento técnico asociado a su desarrollo. Para los establecimientos que reciben recursos por Programa de Reforzamiento para los Componentes 1 y 2 están asociados a reliquidación de recursos.

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Fuente	Meta Corte Junio	Meta Corte Diciembre	Peso Relativo
Porcentaje de Planes de Cuidado elaborados a personas con dependencia severa en VDI de ingreso al PADDS	(N° de Planes de Cuidado de Personas con Dependencia Severa elaborados en el periodo/N° de VDI de Ingresos en el periodo) x 100	REM	100%	100%	20%
Porcentaje de Cuidadores ingresados a PADDS con Planes de Cuidado elaborado	(N° de Planes de Cuidado al Cuidador elaborados en el periodo/N° de Cuidadores Ingresados al PADDS en el periodo) x100	REM	90%	90%	20%
Porcentaje de Personas con Dependencia Severa bajo control en PADDS con lesiones por presión	(N° de personas bajo control en PADDS que presentan lesiones por presión en el periodo/ N° total de personas bajo control en PADDS en el periodo) x100	REM	< o = al 8%	< o = al 8%	10%
Promedio de Visitas de Tratamiento y Procedimientos	N° de Visitas de Tratamiento y Procedimiento a personas con dependencia severa de origen oncológico y no oncológico en el periodo/ Total personas con dependencia severa bajo control en el periodo	REM	5	10	15%
Porcentaje de Cuidadores Capacitados por PADDS	(N° de Cuidadores Capacitados en el periodo/ N° total de Cuidadores en el periodo) x 100	REM	40%	80%	15%
Porcentaje de Cuidadores de PADDS con Examen de Medicina Preventiva Vigente	(N° de Cuidadores con EMP vigente en el periodo/N° total de Cuidadores en el periodo) x 100	REM	40%	80%	10%
Porcentaje de Cuidadores de PADDS con evaluación de sobrecarga vigente	(N° de Cuidadores con evaluación de sobrecarga vigente en el periodo/ N° total de Cuidadores en el periodo) x 100	REM	50%	100%	10%

SEXTA: Plan de Monitoreo y Evaluación.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

El monitoreo del Programa de Atención Domiciliaria, tanto el desarrollo a nivel de establecimientos de Servicios de Salud, como de establecimientos municipales y dependientes de ONG, se desarrollará en tres cortes destinados a evaluar acciones asociadas al cuidado de personas con dependencia y cuidadores, y productos de los 3 componentes. En cada uno de los cortes, desde el nivel central se podrán requerir antecedentes adicionales.

Corte 1: Evaluación del desarrollo al mes de marzo

Implica el envío por parte de los Servicios de Salud con **fecha tope 20 de marzo**, de un informe breve, que contenga el Plan Anual de Trabajo para el desarrollo del PADDS, considerando las acciones de Gestión y Acompañamiento Técnico, Supervisión e Integración con la Red Asistencial por cada Servicio de Salud, basados en el desarrollo del año anterior y la auditoría de fichas clínicas. Debe contener las acciones relativas al desarrollo de los 3 componentes del programa en los centros de salud de su jurisdicción.

Corte 2: Evaluación del desarrollo al mes de junio

Contempla la evaluación de cumplimiento de metas por indicadores que serán evaluadas con fuente REM a nivel central. Considera también la evaluación del desarrollo de los productos y el nivel de avance del Plan Anual del PADDS por Servicio de Salud, los que serán informados a la División de Atención Primaria por parte de los Servicios de Salud, con **fecha tope al 20 de julio**. Para los establecimientos que reciben recursos por Programa de Reforzamiento para los componentes 1 y 2 del PADDS, este corte según el nivel de cumplimiento de metas establecidas para el corte de junio, se asocia a reliquidación de la segunda cuota y eventuales redistribuciones de recursos según evaluación.

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa al Corte de Junio	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (20%)
≥80%	0%
Entre 70,00% y 79,99%	25%
Entre 50,00% y 69,99%	50%
Entre 30,00% y 49,99%	75%
Menos del 30%	100%

Corte 3: Evaluación del desarrollo al mes de diciembre

Contempla la evaluación de cumplimiento de metas por indicadores, la evaluación del desarrollo de los productos descritos por componente y el avance del Plan Anual al 31 de diciembre de cada año. Los indicadores serán evaluados con fuente REM y tanto el desarrollo de los productos como el nivel de avance del Plan Anual del PADDS por Servicio de Salud serán informados a la División de Atención Primaria por parte de los Servicios de Salud, con **fecha tope 20 de enero del año siguiente**. Para este corte, deben estar cumplidas todas las metas anuales del programa y los productos asociados por componente. Al mismo tiempo se deben haber ejecutado la totalidad de los recursos entregados por Programa de Reforzamiento a establecimientos, lo que será considerado junto con el cumplimiento de metas y productos para eventuales redistribuciones según evaluación.

En forma adicional a las evaluaciones desde la División de Atención Primaria se podrá requerir antecedentes asociados a evaluación del cumplimiento de las actividades del programa y la ejecución del gasto asociado a los componentes, que serán consideradas para evaluar el adecuado desarrollo del programa, cumplimiento de las actividades y objetivos establecidos.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.

SÉPTIMA: El Servicio de Salud en este acto designa como administrador y coordinador a la Enfermera **Katherine Ewoldt Montoya**, quien tendrá como función principal actuar como referente técnico, la cual podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes especificos en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La I. Municipalidad notificara al Servicio de Salud de la persona que actuara como referente técnico local dentro del plazo de cinco dias contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

Adicionalmente, para el seguimiento, el Servicio de Salud, podrá requerir el envio de informes de avance mensuales del desarrollo del Programa.
La información deberá ser enviada al referente técnico de programa del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota al correo electrónico katherine.ewoldt@redsalud.gob.cl.

OCTAVA: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que "la Municipalidad" se exceda de los fondos destinados por "el Servicio" para la ejecución de este, ella asumirá el mayor gasto resultante.

NOVENA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución N°30 del 2015 de la Contraloria de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros dias hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloria**, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar, además, que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

Además, considerando lo establecido en el articulo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio, conforme a lo establecido en la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2025, en concordancia con el DL N°1.263, del año 1975, lo que deberá ser informado oportunamente al Departamento de Finanzas y la Unidad de Rendiciones del SSVQ.

DÉCIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su

totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el gasto público para el año 2025.

Finalizado el periodo de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deben ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula novena del presente convenio, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por la Dirección del Servicio.

DÉCIMA PRIMERA: Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Publico del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.
Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

DÉCIMA SEGUNDA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio, las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

PERSONERIAS: La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N°1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N°2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 Y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **CAROLINA CORTI BADIA,** Alcaldesa de la I. Municipalidad de Quilpué, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30 de noviembre de 2024 y en el Decreto Alcaldicio N°5.504 de fecha 06 de diciembre de 2024.

CAROLINA CORTI BADIA
ALCALDESA
I. MUNICIPALIDAD DE QUILPUÉ

ANDREA QUIERO GELMI
DIRECTORA
S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

KLGO.RFN/ABG.ECE/MAT.HMP/EU.KEM/scc.

INT. 569-2025 QUILPUÉ

Correlativo: 4252 / 20-05-2025

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Andrea Pilar Quiero Gelmi	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Katherine Andrea Ewoldt Montoya	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera Referente APS Programa Personas Mayores, Cuidados Paliativos Universales, Programa de atención domiciliaria para personas con Dependencia Severa y Apoyo programa Adulto y Cardiovascular.
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Leopoldo Enrique Sanhueza Tobosque	DIRECCIÓN SSVQ	Jefe Departamento Juridico

Verificar: https://verificar.ssvq.cl/

Folio: 1IR-O1G-7NT

Código de verificación: QBB-8XK-OOW

Documento Firmado Digitalmente SSVQ