



MINISTERIO DE SALUD  
GABINETE DEL MINISTRO  
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES  
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA  
DIVISIÓN JURÍDICA



LC/PPG / NDC / ATC / GSL / JHG / PGG

**APRUEBA PROGRAMA ATENCIÓN  
DOMICILIARIA PARA PERSONAS  
CON DEPENDENCIA SEVERA**

EXENTA N°

1281

SANTIAGO, 28 DIC 2018

**VISTO:** Memorando C51 N° 291 de 28 de noviembre de 2018, de la Jefa de División de Atención Primaria; lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; en la resolución N° 30, de 2015 y en la resolución N° 1.600, de 2008, ambas de la Contraloría General de la República, y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, el artículo 4° del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud establece que a esta cartera de Estado le corresponderá formular, fijar y controlar las políticas de salud. En este sentido, el N°1 del citado artículo 4° dispone en su letra a) que el Ministro de Salud tendrá entre sus funciones, ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias, la formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
2. Que, un programa de salud tiene por objeto la realización de una serie de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, en una determinada región o país en forma integral y sostenible.
3. Que, el programa que se aprueba por el presente acto, denominado **Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa**, tiene por finalidad mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores beneficiarios del sistema público de salud e inscrito en los establecimientos de Atención Primaria
4. Que, en este contexto, su creación apunta a entregar acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.
5. Se espera que el presente Programa entregue una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, 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 de servicios.

6. Que, en mérito de lo razonado precedentemente, dicto la siguiente:

## RESOLUCION:

1. **APRUÉBASE el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa**, cuyo texto es el siguiente:

### I. ANTECEDENTES:

#### A. Del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa<sup>1</sup>

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud. Este programa, propende la expansión de una red de cobertura estatal hacia las personas dependientes severas y sus familias que reciben atención en los establecimientos de Salud Primaria a lo largo del país.

Durante el año 2008, fue incorporado al Aporte Estatal mediante el mecanismo Per Cápita, para las Comunas con Salud Municipal. Para las comunas de Costo Fijo a partir del 2011, fue incorporado a través del incremento de su financiamiento histórico definido en el Decreto Supremo Per Cápita. Sólo los establecimientos dependientes de Servicios de Salud reciben aporte directo por este programa.

Con respecto a la población bajo control a diciembre de 2016, específicamente del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa, se registran 43.578 personas con éste grado de dependencia, con la consiguiente repercusión en los cuidadores, la familia y la red de salud.

Se registran 43.576 cuidadoras/es, de los cuales 16.856 reciben pago de estipendio. De estos cuidadores un 88 % corresponde a mujeres y un 12% a hombres. Con respecto al parentesco de los cuidadores, los principales cuidadores corresponden a hijos(as) con un 39%, seguido de las madres con un 22% y los(as) cónyuges con un 14%.

#### A. De la situación de la dependencia a nivel nacional

La ley 20.422 de nuestro país, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad, define en su artículo 6 a la dependencia como **"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."**

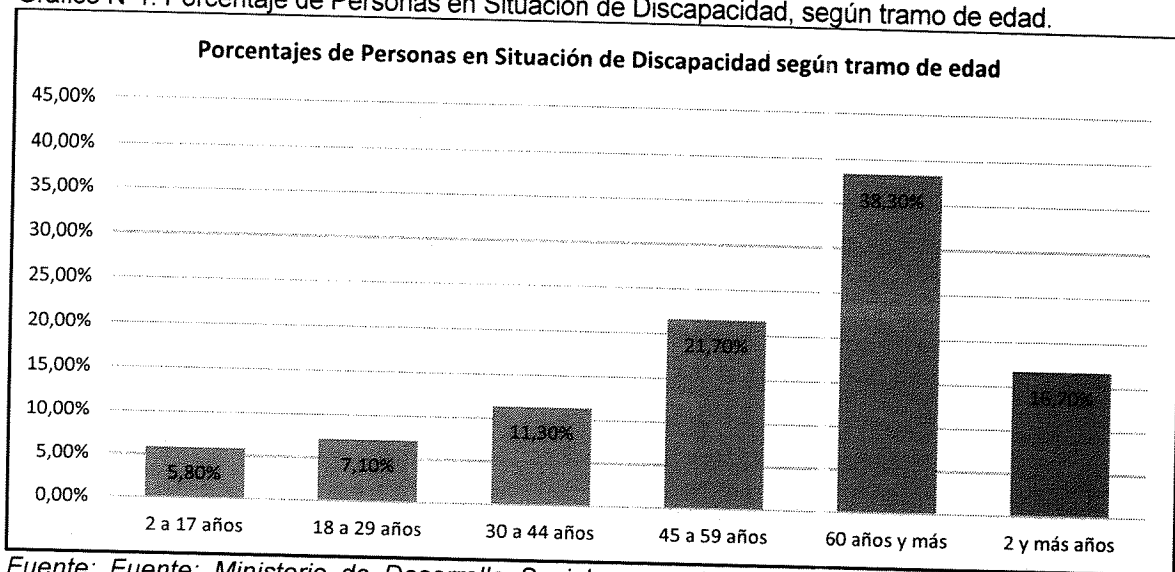
La independencia funcional se ha definido como **"el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa"**. Por su parte, en 1998 el Consejo de Europa definió la dependencia como "el estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayuda importantes para realizar las actividades de la vida cotidiana". Según ese mismo organismo, la dependencia no es una situación exclusiva de las personas mayores, si bien es cierto que su incidencia aumenta con la edad. La Organización Mundial de la Salud definió en 1980 la Dependencia como "la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales"

En base a la información obtenida en el Segundo Estudio de Discapacidad, realizado por SENADIS en el año 2014, se obtiene que un 16,7 % de población mayor de dos años se encuentra

<sup>1</sup> Se entenderá como Dependencia: Ley 20.422. 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.

en condición de discapacidad y se concluye que la Discapacidad se encuentra en mayor proporción en la población mayor de 18 años, alcanzando un 20 % de población, representando 2.606.914 de personas. De este segmento, alrededor el 11,7% (1.523.949) está en situación de discapacidad leve a moderada y un 8.3 % (1.082.965) presenta se encuentra en situación de discapacidad severa<sup>2</sup>.

Gráfico N°1: Porcentaje de Personas en Situación de Discapacidad, según tramo de edad.

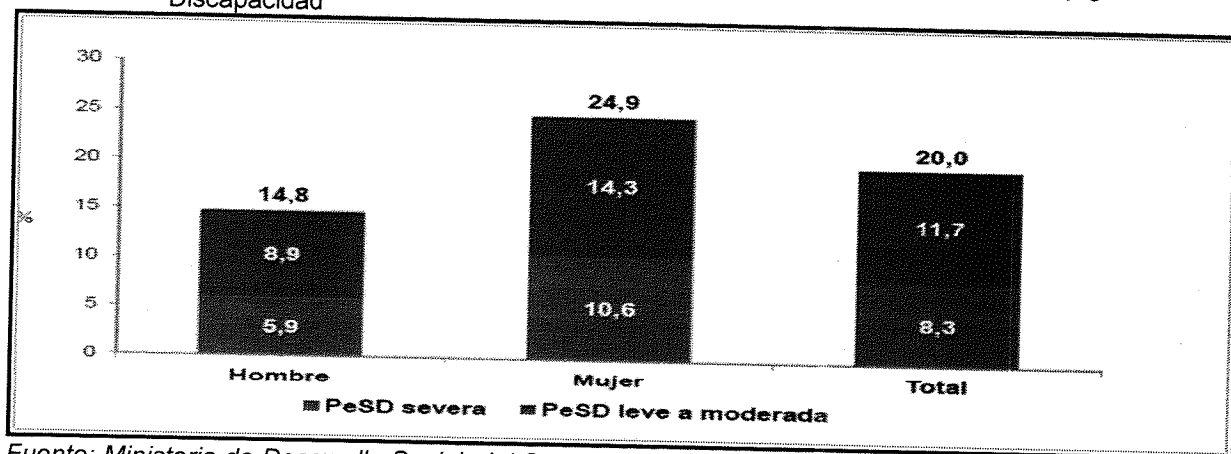


Fuente: Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, encuesta del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015.

En relación a la población de niños entre 2 y 17 años se obtuvo, que alrededor de un 5.8 % de la se encuentra en situación de Discapacidad<sup>3</sup>, el cual representa un numero de 229.904 de NNA. De este segmento, alrededor el 62,7% representa al sexo masculino y un 37.7 % es de sexo femenino.

Con respecto a sexo, se sigue afirmando que la situación de discapacidad es más frecuente en la población femenina que en la población masculina. Caracterizándose que aproximadamente un 25 % de la población adulta que está en situación de discapacidad es mujer.

Gráfico N°2: Personas en Situación de Discapacidad con más de 18 años, según sexo y grado de Discapacidad



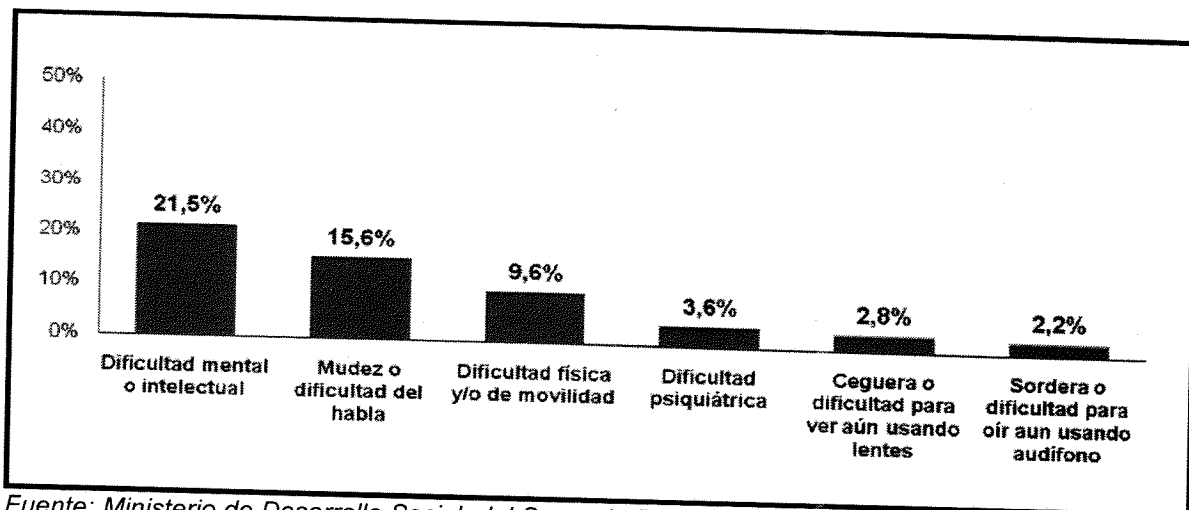
Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015

Vinculado a las condiciones permanentes presentes en este grupo de la población, cabe relevar que alrededor de un 35.78 % presenta alguna de éstas condiciones, ya sea de tipo mental o intelectual, mudez o dificultad del habla, dificultad física y/o movilidad, dificultad psiquiátrica, ceguera o dificultad para ver aun usando lentes y sordera o dificultad para escuchar aun usando audífonos.

Gráfico N°3: Porcentaje de personas en situación de discapacidad según condición de funcionalidad.

<sup>2</sup> Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, encuesta del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015

<sup>3</sup> Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, encuesta del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015.



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, del Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad, 2015

Finalmente respecto a la situación socioeconómica en las que viven las personas en situación de Discapacidad, este estudio confirma la aseveración planteada por el Primer Estudio Nacional de Discapacidad, donde se manifiesta que la Discapacidad tiene una relación directa con las condiciones socioeconómicas, reflejándose que alrededor del 70 % de las PsD se encuentra entre los quintiles<sup>4</sup> 1, 2 y 3. Estos quintiles tienen una fluctuación de ingresos según los antecedentes 2015, que van desde \$0 pesos hasta los \$193.000 pesos por familia.

B. De la situación de la dependencia reflejada en el último informe realizado por la Comisión de Discapacidad de las Naciones Unidas

Las Naciones Unidas durante abril del año 2016, elaboró un informe acerca de cómo Chile había incorporado acciones para hacer efectiva la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, manifestando observaciones generales y específicas, donde salud tuvo un recomendaciones que son una desafío a nivel institucional y territorial.

El Comité refiere que en Chile existe una ausencia de una "estrategia para la armonización legislativa relativa a personas con discapacidad, así como la persistencia del modelo médico y el uso de terminología peyorativa tales como "invalidez", "incapaces" y "dementes" en normas vigentes incluido el Código Civil y la ley 20.422 de 2010", además "El Comité recomienda al Estado parte adoptar un plan para armonizar plenamente toda su legislación y políticas, incluyendo la Constitución Política de la República y el Código Civil para hacerlo compatible con la Convención y promover el modelo de derechos humanos de la discapacidad"<sup>5</sup>, además en este informe se menciona la importancia de instalar en Chile mecanismos de participación vinculantes, con respecto a la decisión de las políticas públicas dirigidas a personas con discapacidad.

Con respecto a Salud, se destaca lo siguiente:

- ✓ Escasez de información relativa a la salud sexual y reproductiva accesible para personas con discapacidad, particularmente para mujeres y niñas y personas con discapacidad intelectual y/o psicosocial.
- ✓ Predominio de acciones en salud para personas con discapacidad desde el modelo médico e inexistencia de personal médico y terapéutico capacitado en derechos de las personas con discapacidad.
- ✓ Limitada cobertura en las acciones del Estado en materia de rehabilitación y preocupación por destinación de fondos públicos para el financiamiento de organizaciones privadas que se dedican a la rehabilitación física de niños con discapacidad en ausencia de fiscalización, y que los servicios ofrecidos por tales organizaciones no sean universales.
- ✓ Carencia de consultas a organizaciones de personas con discapacidad, en particular, con las que representan a mujeres, niñas y niños, indígenas y personas viviendo en zonas rurales y remotas, para el diseño, ejecución y evaluación de políticas públicas.

## II. FUNDAMENTACIÓN

La situación de dependencia de un integrante de la familia, trae consigo un impacto en la salud familiar al modificar las relaciones familiares, las tareas habitualmente desarrolladas para el cuidado personal y de otros y el cambio en los roles normalmente ejercidos según la etapa del ciclo vital en

<sup>4</sup> Total de dinero que aporta el o los sostenedores del hogar dividido por el número de miembros del mismo (ingresos per cápita familiar)

<sup>5</sup> Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile, Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Naciones Unidas, 2016.

que se encuentre tanto la persona dependiente como su cuidador. En forma simultánea a los cambios de la dinámica familiar, muchas veces se producen cambios en la situación socioeconómica de la familia, debido a que el principal proveedor(a) de la familia se encuentra en situación de dependencia y/o porque la situación de dependencia acarrea mayores costos principalmente en lo concerniente a gastos en salud y elementos de apoyo.

Las diferentes etapas que atravesará la familia para adaptarse a la dependencia de uno de sus integrantes pueden tener mejor resolución si se cuenta con redes de apoyo accesibles, estables y con capacidad de acompañar a la familia en su proceso de adaptación, superación y o atención de la dependencia. En este escenario el rol de la Atención Primaria de Salud resulta fundamental como el sector de primer y más continuo y cercano contacto con la familia, para atender la situación de salud de la persona en forma integral, considerando las medidas iniciales de prevención de la discapacidad y dependencia y aquellas relacionadas con aspectos curativos y de acompañamiento, facilitar el cuidado de acuerdo a las necesidades de la persona y su familia mediante la educación en cuidados y asistencia para la persona dependiente y en autocuidado del cuidador y promover el ejercicio de derechos de las personas y al acceso a beneficios, mediante una adecuada comunicación y coordinación con las familias, la comunidad y el intersector de la red local.

Avanzar en salud, hacia una perspectiva de abordaje situacional<sup>6</sup>, representa un desafío para los equipos, por corresponder muchas veces la atención domiciliaria como única alternativa de atención y por la complejidad de problemáticas sociales involucradas, como determinantes en muchas ocasiones de la discapacidad, la sobrecarga asociada y el impacto a nivel familiar y comunitario. Es así que las situaciones de salud abordadas requerirán del abordaje integral por parte del equipo de salud y la necesaria integración dentro de la red local.

A nivel de APS, la atención de salud debe considerar un abordaje situacional, que contemple un acompañamiento de la personas con dependencia, su cuidador y familia mediante un enfoque biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitario, considerando las medidas para prevenir discapacidad y dependencia, para acompañar a las familias en este proceso, apoyarlos con rehabilitación en aquellas situaciones que lo ameriten y para otorgar los cuidados sanitarios correspondientes a la persona dependiente y al cuidador, considerando el impacto multidimensional que acarrea la dependencia en un miembro de la familia, con las consiguientes crisis normativas/no normativas, la repercusión en el ejercicio de los roles, el impacto a nivel biológico, funcional, emocional, social y económico y la probable sobrecarga del cuidador. Asimismo resulta necesario incorporar el cuidado de la salud y acompañamiento de quienes sobreviven a la persona con dependencia severa fallecida o en caso de fallecimiento del cuidador.

### III. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Este programa corresponde a una estrategia de atención de salud que 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. Pretende mejorar la oportunidad de atención de las personas con dependencia severa y su cuidador(a), realizando la atención de salud correspondiente a la Atención Primaria de Salud en el domicilio familiar, resguardando la continuidad de la atención con los otros niveles de salud y el acceso a servicios locales y nacionales disponibles, mediante una adecuada articulación de la red intersectorial de servicios para personas con dependencia y sus familias.

A partir del año 2019 se propone dentro de las acciones realizadas a las personas con dependencia severa la visita del profesional nutricionista. Lo anterior en el contexto de la Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) que garantiza la entrega de alimentos (fórmulas enterales) y dispositivos de uso médico a los beneficiarios cuya condición de salud imposibilita la alimentación por vía oral, a través de la Ley 20.850 -Ricarte Soto (LRS). Se espera que en el corto plazo, la Atención Primaria de Salud se acredite para realizar entrega de tratamiento a las personas con indicación de NED desde el nivel secundario de salud.

Una segunda acción que va en directo beneficio de la población con dependencia severa, que es emanada desde el Programa Odontológico Integral 2019, específicamente en su Componente de

<sup>6</sup> El Abordaje Situacional es una práctica en salud que se inicia con la problematización de la atención en salud, a nivel comunitario. El sujeto de intervención, sin obviar a la persona que presenta el problema de salud, es en realidad la comunidad a la que pertenece, entendida ésta como "un grupo social dinámico, histórico y culturalmente construido y desarrollado, en constante transformación y que en su interrelación genera un sentido de pertenencia e identidad así como la capacidad de organizarse como unidad social y como potencialidad, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines". Esta forma de intervención es a través de un equipo transdisciplinario que se sitúa en el contexto real del sujeto de intervención y basa su accionar en el Trabajo comunitario, en el cual existe una organización de los miembros, desde una perspectiva participativa. Se espera el fortalecimiento de los individuos y grupos para que logren por sí mismos transformaciones que mejoren su calidad de vida y el acceso a bienes y servicios dentro de la sociedad a la que pertenecen. En <http://cetram.org/wp/abordaje-situacional/>.

Atención Odontológica en Domicilio es la atención odontológica a personas con dependencia severa ingresadas al programa en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios. La investigación clínica ha demostrado que una mejor función cognitiva se relaciona con un mejor estado de salud oral; de la misma manera, las personas mayores con deterioro cognitivo presentan una salud oral deficiente con mayor número de dientes ausentes, caries, acúmulo de placa y enfermedad periodontal. El diagnóstico precoz de la persona con deterioro cognitivo es fundamental para mejorar el pronóstico de la enfermedad y poder plantear un tratamiento odontológico preventivo que pueda mejorar su salud bucal y contribuya a mejorar su calidad de vida.

El odontólogo, al ser parte del equipo de sector en el establecimiento de salud, está facultado para realizar atención domiciliaria a pacientes con dependencia severa y/o cuidadores que pertenecen a este programa.

El propósito de incorporar a la APS en la entrega del tratamiento de las personas con indicación de NED y la atención odontológica domiciliaria, se basa principalmente en dar respuesta al requerimiento de las personas que presentan esta condición de salud, que son parte del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, y que son atendidos por el equipo multidisciplinario de APS mediante la visita domiciliaria integral.

### **III. PROPÓSITO**

El propósito del Programa de Atención Domiciliaria a Personas con dependencia severa es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas con dependencia severa, sus familias y cuidadores beneficiarios del sistema público de salud e inscrito en los establecimientos de Atención Primaria, mediante acciones de salud integrales, cercanas y centradas en las personas dependientes y sus familias, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario.

### **IV. OBJETIVOS**

#### **V. OBJETIVO GENERAL**

Entregar una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, 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 de servicios.

#### **VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa y su cuidador(a), considerando sus necesidades biopsicosociales y las de su familia.
2. Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.
3. Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones y seguimiento pertinente en caso de referencia y contra referencia con otros niveles de atención de salud y con la red intersectorial.
4. Favorecer el cuidado y la atención de salud del cuidador.
5. Validar la situación de dependencia en forma continua y permanente en el registro de personas dependientes del MINSAL.
6. Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web.
7. Reconocer el rol de los y las cuidadoras de las personas con dependencia severa, entregándoles capacitación y desarrollando parte del proceso de entrega de apoyo monetario.

#### **VII. POBLACIÓN BENEFICIARIA DEL PROGRAMA**

La población beneficiaria corresponde a aquellas personas inscritas validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador (a). En caso que la situación de dependencia está asociada a niños menores de 6 años de edad y a personas con diagnósticos de origen psiquiátrico e intelectual, que por motivos de las características de su ciclo vital y/o curso de la enfermedad, no reflejan en el instrumento Barthel la necesidad de apoyo, el médico del establecimiento<sup>7</sup>, deberá realizar un certificado<sup>8</sup> que valide la dependencia y la necesidad de apoyo de un cuidador, por tanto se solicita el Ingreso al Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa del Establecimiento.

<sup>7</sup> El médico que otorga el certificado, debe ser un médico del establecimiento de APS, donde la persona con dependencia severa, se encuentra inscrito.

<sup>8</sup> Este certificado debe ser adjuntado a la ficha de la persona con dependencia severa y/o registrado en la ficha clínica del establecimiento.

En el caso de que el equipo de salud pesquise una persona con dependencia severa, beneficiaria de FONASA y que no esté inscrita en el centro de salud o se encuentre inscrita en un centro de salud de otra comuna o territorio, el equipo debe incentivar la inscripción en el centro de salud más cercano a su domicilio, para facilitar las actividades domiciliarias del centro de salud.

Las personas que se encuentren Institucionalizadas (en establecimientos de larga estadía públicos o privados) inscritos en los Centros de Salud y por tanto beneficiarias del Sistema Público o de algún Programa Gubernamental, deben recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

**Cuidador(a)** es la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo a la familia (vecino(a), amigo(a), etc).<sup>9</sup>

### VIII. COMPONENTES

#### 1. COMPONENTE 1: ATENCIÓN DOMICILIARIA INTEGRAL<sup>10</sup>

**Este componente se relaciona directamente con la atención de salud en el domicilio de la persona con dependencia, 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<sup>11</sup>**

En este programa, 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 ciclo vital 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 conlleven 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.

Además se deberá considerar las implicancias que los apoyos o cuidados han generado en la relación entre ambas personas (situación económica familiar, redes de apoyo, redes sociales), las necesidades de apoyo de la red de salud, comunitaria e intersectorial, y la presencia o ausencia de otras personas del núcleo familiar o del entorno comunitario u otras entidades que ejerzan actividades de cuidado o acompañamiento de la diada.

Es clave destacar que los dispositivos de Atención Primaria, deben facilitar que las personas que están bajo control por el programa, accedan a todas las prestaciones entregadas por los establecimientos de APS, que están contemplados en el Plan de Salud Familiar, Garantías Explícitas en Salud otorgadas por el establecimiento y las prestaciones contempladas en los Programas de Reforzamiento, como por ejemplo: programas asociados al ámbito respiratorio, de salud cardiovascular, odontológicos, rehabilitación integral, salud mental y otros, ya que la atención domiciliaria es responsabilidad de todos los funcionarios que componen el equipo de atención primaria.

Respecto a la atención odontológica domiciliaria, su medición y evaluación se realizará mediante el Programa Odontológico Integral 2019, específicamente en su Componente de Atención Odontológica en Domicilio

---

<sup>9</sup> En caso de que el cuidador no pertenezca al centro de salud en que se atiende la persona con dependencia severa, le corresponde de igual forma recibir las acciones de orientación para mantención y mejora de su situación de salud, evaluación de sobrecarga del cuidador, las capacitaciones y fomento de la participación correspondientes, y la orientación sobre beneficios en la red, entendiendo que el objetivo del programa es otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención de salud integral a la persona con dependencia severa, su cuidador y familia.

<sup>10</sup> La Atención domiciliaria Integral de Salud proporcionada en el hogar por medio de la Visita Domiciliaria, se realiza a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Está ejecutada por uno o más integrantes del Equipo de Salud de cabecera en el domicilio de una familia o del usuario. Los resultados de la visita domiciliaria integral y los acuerdos tomados deben ser informados al resto del equipo de salud y registrados en la ficha clínica. El Plan de Atención Integral Consensuado debe considerar objetivos y actividades acordadas en conjunto entre la persona con dependencia severa, el cuidador(a) y el equipo de salud, siendo idealmente respaldados mediante la firma de la persona con dependencia, según sea posible, la firma del cuidador(a) y del equipo de salud participante de la formulación.

<b>Productos Esperados</b>	<b>Características</b>	<b>Documentos asociados al producto<sup>12</sup></b>
<b>Primera Visita Domiciliaria Integral</b>	Esta evaluación tiene una duración de 45 a 60 minutos en el domicilio y considera la evaluación integral de la diada persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador. De esta VDI, se debe formular el Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado de la cuidadora o del cuidador.	<i>Aplicación de pauta de Visita Domiciliaria Integral.</i> <i>Aplicación de Test de Barthel y Zarit Abreviado.</i> Firma de Compromisos del Cuidador. Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa Plan de Cuidado de la cuidadora o cuidador
<b>Inducción a cuidadoras y cuidadores.</b>	Acción que orienta a la cuidadora o cuidador de la persona con dependencia severa en su rol como tal y en sus derechos y deberes.	<i>Lectura de Recomendaciones para la cuidadora o el cuidador y firma de Carta de Compromiso.</i>

<sup>12</sup> Los documentos asociados a los productos, serán detallados en la orientación técnica del programa.



<b>Visitas domiciliarias de tratamiento<sup>13</sup> y seguimiento<sup>14</sup></b>	<i>Visitas planificadas en el Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado de la Cuidadora o cuidador.</i> Se recomiendan con una periodicidad mensual para realizar el plan de atención eficaz, pero dada la diversidad país se establece como meta al menos 6 al año.	Hoja de Seguimiento del Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa. Hoja de Seguimiento del Plan de cuidados a la cuidadora o el cuidador.
<b>Segunda Visita Domiciliaria Integral.</b>	<i>Esta evaluación busca monitorear el estado de avance de los planes y además realizar adaptaciones en los objetivos si es que la situación lo amerita.</i>	Hoja de Seguimiento del Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa Hoja de Seguimiento del Plan de cuidados a la cuidadora o el cuidador.
<b>Actividades de coordinación y seguimiento.</b>	<i>Estas actividades tiene como finalidad la continuidad del cuidado de la persona con dependencia severa y/o su cuidador, poniendo hincapié en la derivación y articulación de acciones en la red de salud, para que la diada reciba las atenciones que requiere.</i>	<i>Hoja de Seguimiento del Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y su cuidadora o el cuidador.</i>
<b>Mantener un registro actualizado de las personas que presenten Dependencia Severa y sus cuidadoras o cuidadores.</b>	<i>Esta tarea se encuentra dentro del deber de los equipos de APS, en relación a monitorear el estado de salud de las personas con dependencia severa y las condiciones de cuidado que se encuentra.</i> <i>En el caso del estipendio, el monitoreo permite:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Validar que la persona con dependencia reciba los apoyos y cuidados necesarios por parte de la cuidadora o el cuidador.</li> <li>2. Verificar el estado de salud compatible de la cuidadora o el cuidador con los apoyos y cuidados entregados a la persona con dependencia.</li> <li>3. Informar de situaciones en que la persona con dependencia o su cuidadora/or presenten criterios de extinción del beneficio.</li> <li>4. Informar de situaciones de cambio de cuidadora/or y entregar los antecedentes necesarios.</li> <li>5. Informar los resultados de la postulación a la persona con dependencia y su cuidadora/or, en forma oportuna.</li> </ol>	<i>Registro Local Actualizado de Población bajo control y sus cuidadores.</i> <i>Postulaciones, cambio de cuidadores, fallecimientos en plataforma MIDESO.</i> <i>Registro actualizado de las personas con dependencia severa y sus cuidadores en página web del MINSAL, para un adecuado seguimiento a nivel local y central ( <a href="http://discapacidad-severa.minsal.cl">http://discapacidad-severa.minsal.cl</a>).</i>

**ACCIONES ESPERADAS POR PARTE DE LAS CUIDADORAS Y CUIDADORES DEL PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA<sup>15</sup>**

<sup>13</sup> Corresponde a un conjunto de acciones con fines de tratamiento, que se realiza en el domicilio, para atender los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de dependencia leve, dependencia moderada, dependencia severa u otros, con dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, entendiéndose que el nivel de complejidad de los problemas a resolver no requiere la hospitalización ni la institucionalización del sujeto y que cuenta con una red de apoyo.

<sup>14</sup> Visita de seguimiento a personas con discapacidad severa: Esta actividad se refiere a las visitas de seguimiento para constatar el plan de cuidados (entregados por el cuidador) que reciben los pacientes que están en el Programa, las cuales deberán ser realizadas por algún integrante del equipo de salud tratante del paciente.

<sup>15</sup> Estas acciones que se vinculaban solamente al pago del estipendio, en la actualidad serán válidas para toda la población bajo control del programa. En el caso que exista pago de estipendio y el cuidador(a) no cumplan

1. **Participar en la capacitación** por parte del Equipo de Salud respectivo, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno de la persona y educar al cuidadora/or y familia para la modificación de ésta, ofreciendo alternativas de enfrentamiento en cuanto a los cuidados que debe brindar y el autocuidado del cuidador.
2. **Cumplir con todo lo contemplado en el Reglamento N°28 del Ministerio de Desarrollo Social, si la cuidadora o cuidador recibe el pago del estipendio.**
3. **Estar presente en las visitas domiciliarias integrales y/o en la visitas con fines de seguimiento y tratamiento que realice el Equipo de Salud**, ya que de esta forma entre el equipo y la cuidadora /or se establecen acciones colaborativas que impactarán de forma positiva en la persona en situación de dependencia.
4. **Suscribir mediante un documento los compromisos que adquieren** en la entrega de cuidados y apoyo a la(s) personas con dependencia severa y si es beneficiario del pago se incorpora un punto específico para los cuidadoras o cuidadores que lo reciban.

La implementación de este componente en cada Establecimiento de la Red, **requiere de un Equipo de Salud capacitado, flexible y motivado** en esta modalidad de atención y en la atención de personas dependientes y acompañamiento del cuidador.

## **COMPONTE 2: PARTICIPACIÓN EN LA RED INTERSECTORIAL DE SERVICIOS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDIENTES SEVERA, SUS CUIDADORAS(ES) Y FAMILIAS.**

**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 la 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.

Con respecto al **beneficio de pago a cuidadores**, entregado desde enero de 2016 por el Ministerio de Desarrollo Social, es el equipo de salud del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, quienes deben efectuar la evaluación de la dependencia e informar de sus resultados y de los antecedentes de la persona con dependencia y el cuidador al Ministerio de Desarrollo Social, mediante la postulación al Pago de Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa en la plataforma web del Ministerio de Desarrollo Social.(\*)

## **PRODUCTOS ESPERADOS ASOCIADOS AL DESARROLLO DE COMPONENTE 2**

<b>Productos Esperados</b>	<b>Características</b>
Elaborar y ejecutar plan de capacitación a las cuidadoras y cuidadores.	Este plan de capacitación debe surgir en base a necesidades identificadas en los planes individualizados de cuidados al cuidador y busca apoyar a las cuidadoras/es en su rol propiamente tal, pero sobre todo contempla entregar herramientas para mejorar su calidad de vida. Los ámbitos de capacitación son: 1. Herramientas teórico prácticas para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador. 2. Herramientas teórico prácticas para mejorar la calidad de cuidado. 3. Educar entorno a derechos sociales de la persona con dependencia, su cuidadora y familia, que se encuentran disponibles en el contexto nacional y territorial.
Mapa de los actores de la red	Se debe realizar un mapeo de los actores que se encuentran implicados en la problemática (ONG, Fundaciones, Centros de madres, Clubes deportivos,

con las acciones mínimas esperadas, de igual forma se debe realizar las acciones descritas anteriormente e informar a MIDESO, para que evalúe la continuidad del pago.

local y nacional y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial.	Universidades, etc.) y elaborar un plan de trabajo anual, con quienes en base a la realidad local sean los más involucrados con la temática de la dependencia y los cuidados.
Postular al pago de estipendio a cuidadoras y o cuidadores	<i>Se debe verificar que la persona que va a postular cumpla con los requisitos establecidos mediante el decreto N°28 del Ministerio de desarrollo social, que aprueba el pago a cuidadores, mediante la aplicación entrevista y evaluación realizada a la persona con dependencia, el cuidador y los antecedentes contenidos en la ficha clínica de la persona con dependencia.</i>

## **SISTEMA DE INFORMACIÓN Y REGISTROS**

### **Sistema de registro del Programa en página web del Ministerio de Salud**

Dado que el Ministerio de Salud, deberá postular los nuevos ingresos a la plataforma del Ministerio de Desarrollo Social, la plataforma <http://postrados.minsal.cl/>, dejará de ser uso exclusivo para el monitoreo del pago de estipendio. Desde el año 2018, se trabaja en la elaboración de un registro rutificado de la población con dependencia atendida en los establecimientos de atención primaria de salud, el que se espera implementar para el año 2020.

Dicho proceso permitirá, unificar los sistemas de registro a nivel local de las poblaciones bajo control y será un insumo de fácil acceso para los equipos al momento de tomar decisiones y programar las acciones de los establecimientos de salud. Mensualmente con fecha de 28 de cada mes cada mes los equipos deberán actualizar la plataforma.

Corresponde a los Servicios de Salud, con fecha tope el último día hábil de cada mes velar porque la información ingresada por las comunas y establecimientos se encuentre actualizada.

## **IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El monitoreo del Programa en la red de atención primaria y hospitales comunitarios que lo desarrollan, corresponde ser efectuado en forma permanente por los Servicios de Salud respectivo, con énfasis en la cobertura del programa, los componentes técnicos asociados a la atención de salud de la persona con dependencia severa y su cuidadora/o y la articulación con la red asistencial e intersectorial.

Además los Servicios de Salud posterior a cada corte (Agosto y diciembre), deberán realizar un análisis de las características de la población bajo control y orientar a los equipos en diferentes herramientas para mejorar la atención de los usuarios acorde a las realidades locales. Para lo anterior, los encargados de los Servicios de Salud deberán solicitar a las comunas y establecimientos que desarrollan el programa información sobre las necesidades de reforzamiento técnico y de gestión existentes en el desarrollo de la estrategia.

Corresponderá a los Servicios de Salud, realizar auditoría al funcionamiento del programa a las comunas y establecimientos participantes, a un 3 % de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa. De esta auditoría y de la información recopilada en los informes semestrales con los equipos que desarrollan el programa y/o encargados por establecimiento o comunales, deberá enviarse el mes de marzo del año en curso un Plan de Trabajo por Servicio de Salud.

En el mes de diciembre, el informe semestral asociado al corte de este mes, debe venir en conjunto con la revisión del cumplimiento de Plan de Trabajo propuesto y registro de las actividades realizadas con la red.

Tanto la Pauta de la Auditoría como de los Planes de Trabajo e Informe de Cumplimiento serán entregadas en la Orientación Técnica del Programa.

La evaluación asociada a indicadores se realizará en los meses de agosto y diciembre según la siguiente tabla:

NOMBRE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	MEDIO DE VERIFICACIÓN	META
<b>COMPONENTE 1: ATENCIÓN DOMICILIARIA</b>				
Porcentaje de personas del Programa que cuentan con una visita domiciliaria integral	N° de personas con Dependencia Severa que reciben 1 Visita Domiciliaria Integral	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.	REM	Meta: 100%
Porcentaje de personas que cuentan con dos visitas domiciliarias integrales (*) Asociado a reliquidación en establecimientos dependientes de servicios de salud, peso relativo un 50 %.	N° de personas con Dependencia Severa que reciben la segunda Visita Domiciliaria Integral	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.	REM	Meta: 80%
Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento	N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento recibidas por personas con Dependencia Severa	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa.	REM	Promedio de 6
Porcentaje de personas con dependencia severa sin escaras (*)Asociado a reliquidación en establecimientos dependientes de servicios de salud, peso relativo un 50 %.	N° de personas con dependencia severa sin escaras	N° de personas con dependencia severa bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	REM	92%
Porcentaje de Cuidadoras que cuentan con Examen Preventivo Vigente, acorde a OOTT Ministerial.	N° de cuidadoras de personas con dependencia severa con examen de medicina preventivo vigente	N° de cuidadores de personas con dependencia severa x 100	REM	75%
Porcentaje de personas con indicación de NED reciben atención Nutricional en Domicilio	N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio	N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED X100	REM	Se sugiere 100%. El foco principal de esta acción es visualizar la cantidad de visitas en aquellas localidades donde ya se realiza la visita domiciliaria nutricional para NED.

Porcentaje de Cuidadoras/es de personas con dependencia severa del Programa evaluados con Escala de Zarit	N° de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit	N° de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa	REM A03 Sección D6 Celda C182/REM P3 Sección B Celda C42	80%
<b>COMPONENTE 2: ARTICULACIÓN DE LA RED INTERSECTORIAL PARA PERSONAS DEPENDIENTES, SUS CUIDADORES(AS) Y FAMILIAS.</b>				
Porcentaje de Cuidadoras capacitados	N° de cuidadores capacitados por el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa	N° de cuidadoras(es) de personas con dependencia severa	REM	75%
Mapa de los actores de la red local y nacional y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial.	Dicotómico y deben ser sistematizados por en los informe semestral asociado al corte de diciembre realizado por los referentes de los servicios de salud.			100%.

### EVALUACIÓN ASOCIADA A RELIQUIDACIÓN DE RECURSOS

Los establecimientos dependientes de Servicios que cuentan con recursos financiados por el programa para la realización de Visitas Domiciliarias serán evaluados según los indicadores descritos en la tabla anterior (\*) con efecto de reliquidación en los meses de agosto y diciembre.

La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los resultados se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de las metas del programa es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 21, 22 y/o 29 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

### X. FINANCIAMIENTO:

- **Establecimientos de Dependencia del Servicio de Salud:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem V de este Programa, el cual se aplicará a los recursos asociados al Subtítulo de gasto 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

1 de enero de 2019.

2. La presente resolución entrará en vigencia el

3. Este programa se financiará con los recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, Glosa 01.

4. **REMÍTASE** copia de la presente resolución a todos los Servicios de Salud del país.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



*Emilio Santelices Cuevas*  
**EMILIO SANTELICES CUEVAS**  
**MINISTRO DE SALUD**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Jefe de Gabinete Ministro de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.