



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

**APRUEBA CONVENIO “ATENCIÓN DOMICILIARIA
PERSONAS c/DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES
SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ
DECRETO ALCALDICIO N° 1.415.-
DALCAHUE, 18 de mayo del 2026.-**

VISTOS: La Resolución Exenta N° 3060 del 16 de marzo de 2026 del Servicio de Salud Chiloé; La sentencia de proclamación recaída en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara electa Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el “**CONVENIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES**” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su alcaldesa doña Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé representado por el Director(S) don Eric Gutiérrez Morales, mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$2.560.445.- (dos millones quinientos sesenta mil cuatrocientos cuarenta y cinco pesos), en una sola cuota.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



Acceder al documento en línea



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



RESOLUCION EXENTA N° 3060

CASTRO, 16 MAR. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores, suscrito con fecha 19 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 141 del 07 de febrero de 2025, que aprueba el Programa **Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores**, Resolución Exenta N° 185 del 13 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la lo previsto en la Resolución N° 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E N° 1 del 07 de enero de 2026.

CONSIDERANDO: 1.- Resolución Exenta N° 185 del 13 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2026, para financiar el Programa de Reforzamiento Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores, cuyo propósito es 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.- Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de Los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores**" suscrito con fecha 19 de febrero de 2026 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 185 del 13 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud 5.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUEBASE, "CONVENIO ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES"** suscrito con fecha 19 de febrero de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados

mediante Resolución Exenta N° 185 del 13 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$ 2.560.445.- (Dos millones quinientos sesenta mil cuatrocientos cuarenta y cinco pesos. pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 100% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$ 2.560.445.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026.
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
Director (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Jorge Ojeda Vidal
- Of. Partes, S.S. Chiloé

**Firma Por Poder en su calidad de
Director/a Subrogante según
Decreto Exento N° 1 / 2026 /
del Ministerio de Salud.**


Vº Bº Ministro de Fé



CONVENIO
PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y
CUIDADORES

ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 19 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director **D. Germán Lopez Alvarez**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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 N° 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 vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la "Municipalidad", su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

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 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, ha decidido impulsar el Programa:

Programa Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores aprobado por Resolución Exenta N° 141 del 07 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 185 del 13 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenios y aprueba transferencia de recursos de Programas de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.





Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB Institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

PROGRAMA ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y CUIDADORES

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 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 interés¹.

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 humana².

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 2023³, 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.

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.



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 complejos⁴.

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.

2. 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.

⁴ <https://www.dinorionoficial.interior.gob.cl/publicaciones/2022/11/09/43396/01/2212652.pdf>

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



- **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 Familia⁶ 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).
- **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.

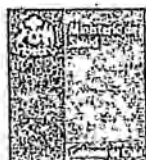
Valoración de la dependencia

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.

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



3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. POBLACIÓN OBJETIVO

6.1. 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.



6.2. 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, considerará 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.

7. 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 programación⁷ 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-Nº%2013018-Criterios-técnicos-para-programacion-de-actividades-Programa-dependencia-severa-y-cuidadores-en-Atencion-Primaria.pdf>



8. 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.

8.1. 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:

8.1.1. 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 cuáles 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, epícrisis, 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.

8.1.2. 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 díada.

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.

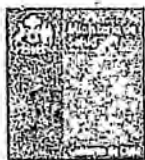
Es altamente relevante considerar en toda acción de evaluación de la persona con dependencia severa, la historia clínica y la valoración integral para conocer el estado en que se encuentran las funciones motoras, cognitivas, visuales, auditivas, nutricionales, psicológicas y comunicacionales, reconociendo 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.

8.1.3. 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 pasos⁸:

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 PADDIS 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.

8.1.4. 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.

8.1.5. 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.

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



8.1.6. 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.

8.1.7. 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).

8.1.8. 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.

8.1.9. 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 períodos 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.

8.2. 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 dé 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:

8.2.1. 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 cuentan 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.

8.2.2. 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.

8.2.3. Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEM)

Desde el Ministerio de Salud se ha instruido a los Servicios de Salud y a los establecimientos de APS el contar con un encargado⁹ de ELEM 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.

8.2.4. 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 Salud¹⁰ 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.

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.



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).

8.3. Componente 3: Apoyo a Personas con Dependencia Severa mediante la entrega de pañales a usuarios del programa

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.

9. 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. Cada 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, ELEM, 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.

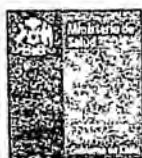
10. ACOMPANIAMIENTO TÉCNICO POR PARTE DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para el adecuado desarrollo de este Programa se requiere que los Servicios de Salud¹¹ lideren dentro de la red asistencial y a nivel territorial la gestión y acompañamiento técnico de los equipos mediante:

- 10.1. **Actividades de difusión del Cuidado Integral a Personas con Dependencia Severa y Cuidadores:** Implica la integración de la temática de cuidados de largo plazo y del PADDs al desarrollo a nivel de Servicio de Salud del Cuidado Integral, con las especificaciones asociadas al cuidado de personas con dependencia severa y cuidadores. Se espera contar, según nivel de desarrollo local, de la incorporación del PADDs a nivel de equipo gestor MAIS/ECICEP de los Servicios de Salud y en el avance progresivo de los grupos de población atendidos por ECICEP.
- 10.2. **Actividades de acompañamiento técnico y capacitación a equipos de APS:** Incluye acciones presenciales y remotas para diagnóstico de brechas y resolución de estas a nivel de equipos directivos y de atención directa de población con dependencia severa y cuidadores, para el desarrollo adecuado del programa. Considera también acciones de capacitación y fortalecimiento de la red de equipos de Atención Primaria.
- 10.3. **Actividades de supervisión a equipos de APS:** Evalúa gestión del PADDs y atención individual de persona con dependencia severa y de cuidador, mediante la revisión de ficha clínica y la evaluación de elaboración de Planes de Cuidado Consensuado y el seguimiento del desarrollo de estos. Se incluye la acción de auditoría de fichas clínicas al 3% de la población bajo control en los centros de APS¹². Contempla la evaluación de acciones cuidado integral de la población a cargo, se realiza mediante acciones en los centros de salud, con participación de representantes del equipo de los sectores y directivos. Se realiza retroalimentación y elaboración del plan de mejora, con el respectivo seguimiento.
- 10.4. **Acciones de coordinación de la red asistencial para la atención de personas con dependencia y cuidadores:** En el marco de la Ley de Atención Preferente, se requiere que los Servicios de Salud, mediante la coordinación entre Unidades vinculadas a la gestión de los niveles primario, secundario y terciario, promuevan la identificación, atención y gestión oportuna de los cuidados de salud. Entre los aspectos destacados a tratar como red de salud se encuentran para este grupo: Tramitación de prestaciones garantizadas por GES, Ley Ricarte Soto y Ley de Atención Preferente, insumos, evaluación y recambio de sondas, acceso a ventilación mecánica y oxigenoterapia según corresponda, gestión y entrega de fármacos, nutrición enteral domiciliaria, curaciones de lesiones por presión y otras como úlceras, acceso y entrega de ayudas técnicas, gestión

¹¹ Considerando la integralidad del cuidado y la gestión transversal de la red, las acciones asociadas a este programa se orientan sean planificadas y ejecutadas en forma colaborativa por las diferentes referencias técnicas vinculadas (MAIS/ECICEP; PADDs, Personas Mayores, equipos territoriales).

¹² De acuerdo con la magnitud de población, cantidad de centros de salud, comunas, y otros factores como dispersión geográfica, el Servicio de Salud podrá, en consenso con la División de Atención Primaria, solicitar un menor porcentaje de fichas a auditar.



de casos, coordinación con Hospitalización Domiciliaria y otras detectadas por los equipos. Estas coordinaciones deberán ser trabajadas en términos de las Redes Integradas de los Servicios de Salud como parte de las acciones necesarias de fortalecer para el cuidado continuo de la población a cargo. Al mismo tiempo se orienta considerar en estas acciones la función de enlace asociada a MAIS/ECICEP.

11. 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.

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.

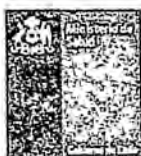


En forma adicional a las evaluaciones desde la División de Atención Primaria se podrá requerir antecedentes asociados a evaluación del cumplimiento de las actividades del programa y la ejecución del gasto asociado a los componentes, que serán consideradas para evaluar el adecuado desarrollo del programa,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

12. 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	$(\text{N}^\circ \text{ de Planes de Cuidado de Personas con Dependencia Severa elaborados en el período} / \text{N}^\circ \text{ de VDI de Ingresos en el período}) \times 100$	REM	100%	100%	20%
Porcentaje de Cuidadores Ingresados a PADDs con Planes de Cuidado elaborado	$(\text{N}^\circ \text{ de Planes de Cuidado al Cuidador elaborados en el período} / \text{N}^\circ \text{ de Cuidadores Ingresados al PADDs en el período}) \times 100$	REM	90%	90%	20%
Porcentaje de Personas con Dependencia Severa bajo control en PADDs con lesiones por presión	$(\text{N}^\circ \text{ de personas bajo control en PADDs que presentan lesiones por presión en el período} / \text{N}^\circ \text{ total de personas bajo control en PADDs en el período}) \times 100$	REM	$< \text{o} = \text{al } 8\%$	$< \text{o} = \text{al } 8\%$	10%
Promedio de Visitas de Tratamiento y Procedimientos	$\text{N}^\circ \text{ de Visitas de Tratamiento y Procedimiento a personas con dependencia severa de origen oncológico y no oncológico en el período} / \text{Total personas con dependencia severa bajo control en el período}$	REM	5	10	15%
Porcentaje de Cuidadores Capacitados por PADDs	$(\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores Capacitados en el período} / \text{N}^\circ \text{ total de Cuidadores en el período}) \times 100$	REM	40%	80%	15%



Porcentaje de Cuidadores PADDs con Examen de Medicina Preventiva Vigente	de de con de	(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 PADDs con evaluación de sobrecarga vigente	de de con de	(N° de Cuidadores con evaluación de sobrecarga vigente en el período/ N° total de Cuidadores en el período) x 100	REM	50%	100%	10%

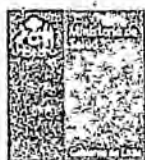
13. FINANCIAMIENTO DE LOS COMPONENTES DEL PROGRAMA

Se presenta el resumen del financiamiento y modalidades asociadas a los componentes del programa.

13.1. 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.

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



Financiamiento PADDs en establecimientos dependientes de servicios de salud

COMPONENTE	FINANCIAMIENTO	EVALUACIÓN	FECHAS CORTES DE EVALUACIÓN	TRANSFERENCIAS RECURSOS	RELIQUIDACIÓN/ REDISTRIBUCIÓN
1 ATENCIÓN DOMICILIARIA	Financiamiento por Programa de Reforzamiento	Auditoría Indicadores Productos	Junio-Diciembre	Subt. 21, Forma duodecimal desde la total tramitación del acto administrativo respectivo. Subt. 22, Forma duodecimal desde la total tramitación del acto administrativo respectivo.	Se reliquidará según evaluaciones cortes junio y diciembre.
2 ARTICULACIÓN INTERSECTORIAL Y COMUNITARIA	Financiamiento por Programa de Reforzamiento	Auditoría Productos	Junio-Diciembre	Subt. 21, Forma duodecimal desde la total tramitación del acto administrativo respectivo. Subt. 22, Forma duodecimal desde la total tramitación del acto administrativo respectivo.	Se reliquidará según evaluaciones cortes junio y diciembre.
3 ENTREGA DE PAÑALES	Financiamiento por Programa de Reforzamiento	Productos Ejecución del gasto	Junio-Diciembre	Subt. 22, 1 cuota contra firma de convenio 100% recursos	Según evaluación al mes de diciembre se redistribuyen recursos del siguiente período



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

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 período 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.

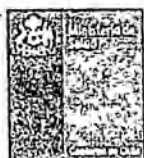
Se podrá incorporar en estos convenios, tanto para establecimientos con dependencia municipal como de Servicio de Salud, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público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

13.3. Ejecución del programa en establecimientos dependientes de servicios de salud

Para los establecimientos dependientes de Servicios 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 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

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 serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo con el marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.



a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias; leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarios bajo Ley N° 18.883.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo Informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$ 2.560.445.-Dos millones quinientos sesenta mil cuatrocientos cuarenta y cinco pesos.)	\$ 2.560.445.-	100%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
				Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / Addendum	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2026, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.			
Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.			

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República; "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser Ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2026 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio establece la posibilidad de prórroga automática.



Los recursos involucrados en el programa serán transferidos en forma duodecimal desde la total tramitación del acto administrativo respectivo.

Para aquellos servicios de salud que mantengan el pago centralizado a través de la Tesorería General de la República se mantienen las Instrucciones emanadas por la dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda Informada en los oficios Circulares Nº8 y 9 de fecha 01 y 28 de abril de 2020, respectivamente.

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntando los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos.

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.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los Indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la Información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

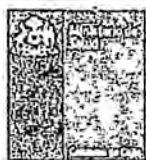
Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de Nº de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará



QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES.

Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:



a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

El Servicio de Salud 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 del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática,



Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

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 mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 días hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.



DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso. Un addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.



D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. GERMÁN LOPEZ ALVAREZ

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv



Atención domiciliaria para personas con dependencia severa y cuidadores - Dalcahue (24-03-298) -

PLAN DE GASTOS	
PROGRAMA	
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS	
COMUNA	
REFERENTE COMUNAL: nombre, teléfono y correo electrónico	
REFERENTE SERVICIO DE SALUD: nombre, teléfono y correo electrónico	

BITÁCORA DE APROBACIÓN				
Fecha	Responsable	Cargo	Entidad	Observaciones
dd/mm/aaaa	Nombre Apellido	Ejemplo: Jefe(a) DESAM	Ejemplo: Municipalidad	...
dd/mm/aaaa	Nombre Apellido	Ejemplo: Referente	Ejemplo: Servicio de Salud	...

GASTOS DE PERSONAL					
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad, según programa	Horas mínima, según programa	Periodo contratación	Monto total	Respaldo para acreditarlo
					En caso de rendir con liquidación el gasto debe adjuntar: • Liquidación de remuneraciones. • Resolución que asigna funciones que indique: Nombre del Convenio de Reforzamiento (PRAPS), nombre del o los funcionarios, Profesión, total de horas mensuales o semanal que se desempeñara para el convenio, establecimiento y periodo).
					En caso de rendir con boleta a honorarios: • Boleta de honorarios que indique: Nombre del Convenio de Reforzamiento (PRAPS), nombre del servidor, profesión, total de horas mensual o semanales que se desempeñó para el convenio en el mes en cuestión, mes que rinde. • Contrato o Convenio de honorarios donde se señala que la persona PRESTA SERVICIO al Programa de Reforzamiento (PRAPS) vinculado a la boleta rendida.
					Si un funcionario se encuentra con Licencia Médica se debe rendir el Reemplazo, NO se rinden funcionarios con Licencia Médica. DE RENDIR UN REEMPLAZO DEBE INDICAR EL FUNCIONARIO REEMPLAZADO
					En el caso de los funcionarios Categoría F se solicita presentar, adicionalmente, una bitácora que contenga la siguiente información: • Bitácora: Tipo de Vehículo, patente, nombre conductor (debe coincidir con el conductor que se está rendiendo), fecha, horario, lugar (es) de traslado (s), nombre de PRAPS, Recursos Humanos trasladados y motivo, nombre y firma de quien certifica la Información aportada.

GASTOS DE INVERSIÓN					
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad, según programa	Periodo contratación	Monto unitario estimado	Monto total	Respaldo para acreditarlo
					Adquisición: • Factura con detalle de la adquisición y convenio. • Recepción conforme del referente técnico comunal del Convenio.
					Importa para la revisión de gastos en SISREC que los nombres de las adquisiciones presentadas en el plan de gastos concuerden con la factura, de ser necesario la comuna puede aclarar esto con un documento adjunto visado por el referente de la comuna del convenio, indicando nombre de quién firma.