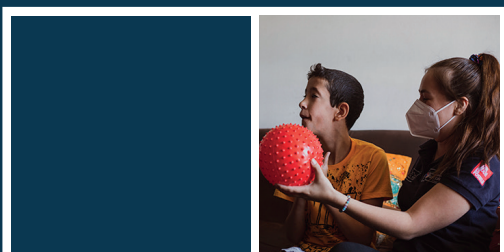
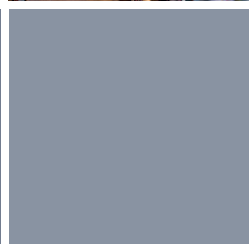
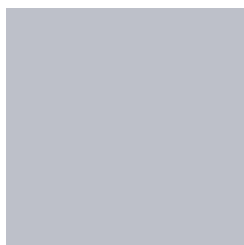
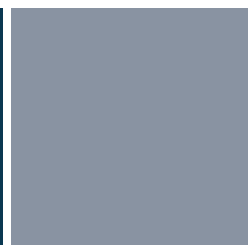


ORIENTACIONES
TÉCNICAS

PLAN de CUIDADOS



2026



Contenido

1.	Antecedentes	3
2.	Descripción del Componente Plan de Cuidados	4
2.1.	Objetivo general	4
2.3.	Objetivos específicos	4
3.	Gestión de Casos	7
3.1.	Definición de la gestión de casos	7
3.2.	Planificación de reuniones de gestión de casos.	7
3.3.	Definición del rol de gestor/a de casos	8
4.	Etapas para el despliegue del componente	9
4.1.	<i>Trabajo de Nómina de Hogares</i>	10
4.1.1	Nómina Central	10
4.1.2	Nómina Local	11
4.2.	<i>Planificación territorial inicial</i>	12
4.2.1	Perfil sociosanitario	12
4.2.2	Mapeo territorial de las díadas	13
4.2.3	Asignación inicial de casos	14
4.3	<i>Primera visita domiciliaria</i>	14
4.3.1	Aplicación instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados	19
4.3.2	Consideraciones para la firma del Plan de Cuidados	20
4.4.	<i>Acompañamiento a la trayectoria de las díadas y continuidad de los cuidados</i>	22
4.4.1	Despliegue de los servicios de primer y segundo orden – Atenciones domiciliarias	23
4.4.2	Derivación a servicios de tercer orden	24
4.4.3	Análisis de la Matriz de Riesgos	25
4.4.4	Aplicación de la Encuesta de satisfacción usuaria	28
4.4.5	Gestión y registro de incidencias o reportes de denuncia	30
4.4.6	Aplicación del instrumento de validación a los 12 meses	32
4.4.7	Término de la participación en el programa	33
4.4.8	Renuncia voluntaria	33
4.4.9	Traslado de la díada a otra comuna	33
4.4.10	Término por incumplimiento	34
4.4.11	Suspensión de la participación en el programa	35
4.4.12	Fallecimiento de la persona en situación de dependencia o de la persona cuidadora	36
5.	Instrumentos de registro metodológico para la intervención con las díadas	38
6.	Bibliografía	40

1. Antecedentes

El programa se enmarca en una estrategia de protección y atención integral de personas que ejercen y reciben acciones de cuidado por efecto de estar en dependencia funcional. Se entenderá como personas con dependencia funcional a niños, niñas y adolescentes (NNA), adultos, adultas y personas mayores que requieran el apoyo de otra persona para realizar actividades de la vida diaria (AVD). Las acciones del programa incorporan además a cuidadores/as de personas con dependencia moderada o severa no remuneradas y/o su red de apoyo, de manera de mejorar la calidad de vida de los hogares.

El propósito del programa es que la díada compuesta por la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) moderada o severa y la persona cuidadora principal disminuyan su vulnerabilidad biopsicosocial, en tanto que la PSDF mejora o mantiene su nivel de funcionalidad o retarda su declive y el/la cuidador/a principal mantiene o reduce su sobrecarga.

Los objetivos del PRLAC son:

- **Generar** una guía de intervención para el acceso a servicios y prestaciones que disminuyan la vulnerabilidad biopsicosocial de la díada.
- **Proveer** servicios básicos de cuidado en el domicilio de la díada, contribuyendo a disminuir la sobrecarga de la persona cuidadora principal y mejorando las condiciones de atención de la persona en situación de dependencia funcional.
- **Otorgar** bienes y servicios especializados, que se adapten a las necesidades particulares de la díada, complementando la oferta local existente.

Para dar cumplimiento a los objetivos establecidos en el programa, la estrategia de implementación se basa en la articulación coordinada de tres componentes y la línea de acción comunitaria:

- **Plan de Cuidados**, Componente N°1.
- **Servicio de Atención Domiciliaria**, Componente N°2.
- **Servicios Especializados**, Componente N°3.
- **Gestión Comunitaria**

Las siguientes Orientaciones Técnicas tienen como propósito entregar lineamientos a los equipos regionales y comunales respecto de las etapas y estrategias de ejecución del Componente N°1.

2. Descripción del Componente Plan de Cuidados

Este componente representa uno de los pilares del modelo de gestión local y constituye “la puerta de acceso” al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. A través de este se lleva a cabo la validación de la dependencia funcional moderada o severa y la medición de la sobrecarga de la persona cuidadora (según la Escala Zarit abreviada), para luego realizar la firma del Plan de Cuidados que establece el hito formal de ingreso de las díadas al programa.

A través del despliegue del componente se realizarán también la asignación de los servicios de primer¹ y segundo orden² y las derivaciones a los servicios de tercer orden³, el levantamiento de las encuestas de satisfacción, pautas de supervisión y la aplicación del instrumento de validación de la dependencia funcional y de la sobrecarga, transcurridos los 12 meses en el programa (firma del Plan de Cuidados).

2.1. Objetivo general

Generar una guía de intervención para el acceso a servicios y prestaciones que disminuyan la vulnerabilidad biopsicosocial de la díada del cuidado.

2.2. Objetivos específicos

1. Validar la dependencia funcional moderada o severa y la sobrecarga en los cuidados.
2. Generar el hito de ingreso de las díadas al programa mediante la firma del Plan de Cuidados.
3. Realizar el proceso de acompañamiento a las díadas.
4. Realizar la validación de la dependencia y los cuidados a los 12 meses desde el hito de firma del Plan de Cuidados.

En la siguiente imagen se visualiza el desarrollo del Componente N°1 en el marco del **Modelo de Gestión** de PRLAC.

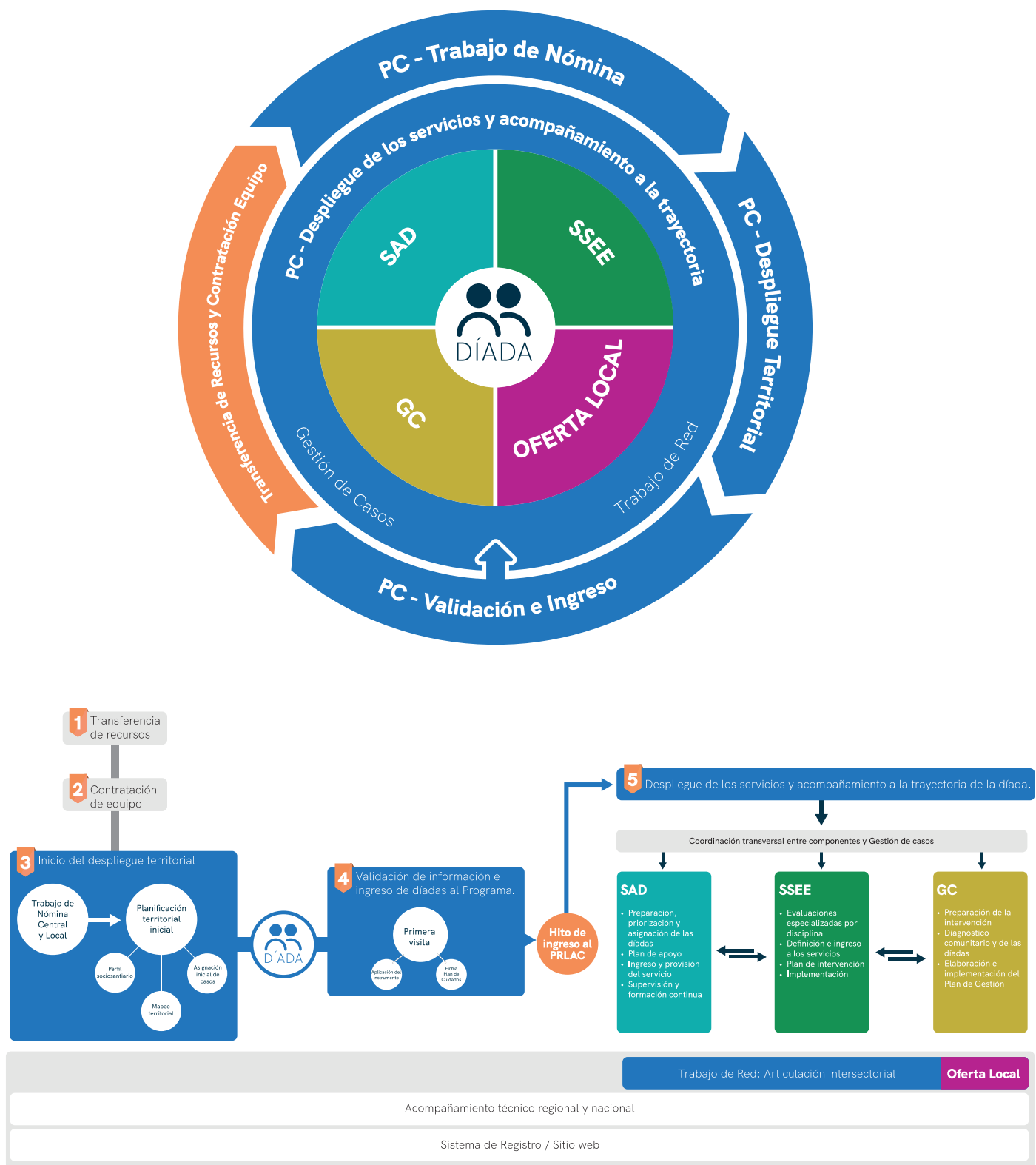
.....

¹ **Primer orden:** son aquellos servicios profesionales que abordan directamente la funcionalidad de la PSDF y la sobrecarga de la CP: kinesiología, terapia ocupacional, psicología y Servicio de Atención Domiciliaria.

² **Segundo orden:** son aquellos servicios definidos por los/las profesionales especialistas durante toda la trayectoria de las díadas, por ejemplo, necesidad de ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, pañales, alimentación complementaria, entre otros.

³ **Tercer orden:** son todas aquellas prestaciones entregadas por el intersector que se complementan con las de primer y segundo orden (ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, pañales, etc.), sin necesidad de duplicar atenciones.

Figura 1. Modelo de gestión y flujograma del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.



■ Plan de Cuidado ■ SAD, Servicios de Atención Domiciliaria ■ SSEE, Servicios Especializados ■ GC, Gestión Comunitaria ■ Oferta local

Fuente: elaboración propia, equipo PRLAC 2026.

Una vez conformado el equipo de la Red Local (encargado/a, coordinaciones y profesionales de Servicios Especializados y asistentes de cuidados) se inician las reuniones bilaterales con los distintos actores de la Red Local, así como también el trabajo de la Nómina Central y Local, procediendo a tomar contacto con las potenciales personas beneficiarias y comenzar con el proceso de aplicación del instrumento que valida la dependencia funcional y la sobrecarga de la persona cuidadora (PC N°06 Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados) para luego firmar del Plan de Cuidados (PC N°08 Plan de Cuidados).

El Componente N°1 contempla cuatro etapas, tal como se muestra en el flujograma de gestión.

Estas son:

1. Trabajo de nómina
2. Planificación territorial inicial
3. Primera visita domiciliaria
4. Acompañamiento a la trayectoria de la día



3. Gestión de Casos

3.1. Definición de la gestión de casos

En el marco del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, la gestión de casos se concibe como el **método de acompañamiento a la trayectoria de las díadas**, mediante el cual los y las integrantes del equipo comprenden el contexto de las necesidades de apoyos y cuidados de las personas en situación de dependencia, sus cuidadores/as principales y su familia. La gestión implica acompañar la trayectoria y el proceso de intervención de las personas beneficiarias en el marco de la Red Local de Apoyos y Cuidados⁴.

La gestión de casos constituye un eje central del modelo de intervención del programa, en tanto permite desarrollar un acompañamiento integral, continuo y pertinente a las díadas durante toda su trayectoria. Este método posibilita **comprender las necesidades de apoyos y cuidados desde una mirada biopsicosocial y territorial, favoreciendo la continuidad de los cuidados y la pertinencia de las intervenciones**. Asimismo, permite organizar el despliegue de los servicios de manera coherente y alineada entre componentes.

3.2. Planificación de reuniones de gestión de casos.

Para que esta metodología se pueda desarrollar la planificación de reuniones de gestión de casos en equipo es fundamental. Estos espacios se deben considerar desde el inicio de la implementación, para lo cual la persona encargada de red (o quien designe) debe planificar y liderar reuniones de gestión de casos, a lo menos, una vez al mes, en las cuales se incluya al equipo completo. Para ello, se deben considerar los siguientes aspectos:

- **Espacio físico:** El equipo de coordinación debe gestionar los espacios físicos disponibles en el municipio, de manera que se aseguren las condiciones necesarias para realizar la reunión. Esto puede incluir espacios dentro de DIDECO u otras dependencias que pudiesen estar disponibles —como biblioteca, centro cultural, salones, entre otros— cuando no se cuente con un espacio amplio para todo el equipo, por lo que es importante contar con una planificación anticipada para agendarlos.
- **Protección de horario:** una vez planificadas las reuniones, es importante definir días y horarios protegidos, de manera que el equipo convocado pueda participar.
- **Priorización de temas y casos a abordar:** la planificación implica decidir qué temas y casos deben revisarse con mayor urgencia, acotando la selección según los niveles de complejidad de cada caso. Para definir los niveles de complejidad se sugiere utilizar la matriz de riesgos para el análisis.
- **Liderazgo de la reunión:** estas reuniones deben ser lideradas por la persona encargada de red o quien designe, cuya responsabilidad será revisar los temas correspondientes, levantar acta y definir las acciones a seguir.

.....

⁴ Esta definición es una adecuación conceptual realizada por el Equipo del Nivel Central PRLAC 2019 en base a lo declarado por la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos.

3.3. Definición del rol de gestor/a de casos

El rol de la persona gestora de casos consiste en acompañar y hacer seguimiento a la trayectoria de intervención de la díada, **levantando antecedentes relevantes para el análisis técnico del equipo en las reuniones de gestión de casos y la toma de decisiones**, y participando, cuando corresponda, en instancias de coordinación con la Red junto a la o el encargado/a del programa.

El rol de gestor/a de casos debe ser asumido por: persona encargada de red, las coordinaciones de componentes, apoyos profesionales, gestores comunitarios y profesionales de servicios especializados, **procurando una distribución justa de las díadas de acuerdo con la carga y las responsabilidades de cada integrante del equipo.**

El rol comienza una vez realizado el trabajo de nómina, cuando el equipo de coordinación asigna inicialmente los casos al equipo, de manera que este pueda planificar la primera visita domiciliaria.

La duración del rol corresponde a un proceso continuo a lo largo de los 12 meses de intervención de la díada, pudiendo ser reasignado en función de las necesidades del equipo y de las díadas, aspecto que se revisará en detalle en el capítulo siguiente, correspondiente a las “etapas del componente”.

A continuación, se mencionan las actividades asociadas a este rol:

- Realizar la primera visita domiciliaria, aplicar instrumentos de validación y firmar el Plan de Cuidados, cargando lo registrado en el sistema.
- Analizar los resultados y antecedentes observados en la primera visita.
- Actualizar el Plan de Cuidados cuando, en las reuniones de análisis de casos, se definan los servicios y apoyos que se asignará a cada díada.
- Participar en reuniones mensuales para el análisis de los casos y la toma de decisiones sobre su abordaje.
- Aplicar el instrumento de validación a las díadas una vez transcurridos 12 meses desde la firma del Plan de Cuidados.

4. Etapas para el despliegue del componente

La figura N°2 muestra las etapas y su secuencia para la ejecución del componente, así como las temporalidades establecidas para su implementación. La persona encargada de Red es quien debe velar por su cumplimiento mediante el equipo de trabajo establecido para aquello. Es relevante la comprensión del proceso, el cual debe ser mirado y analizado en base al marco conceptual del programa, lo que permitirá un adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.

Respecto de las temporalidades, es importante señalar **que el tiempo de intervención de las diádas es de 12 meses e inicia una vez firmado el Plan de Cuidados**. Este periodo puede ser igual o distinto al periodo administrativo de los convenios que firma el municipio con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. En los casos que los Planes de Cuidados traspasen la etapa de ejecución de un convenio, se le debe dar continuidad inmediata firmando el nuevo convenio entre las partes señaladas. Tal como lo señala el convenio de transferencia, es obligatorio que todas las acciones queden registradas en el Sistema de Registro PRLAC.

Figura N°2. Etapas componente



La persona encargada de Red tiene la responsabilidad de liderar la organización del equipo en esta etapa. En este proceso, es importante resguardar que el trabajo de nómina, la planificación territorial inicial y la primera visita se articule progresivamente con el inicio de las prestaciones de primer orden. En este marco, se debe evitar que transcurra más de un mes entre la firma del Plan de Cuidados y el inicio de las evaluaciones disciplinarias de los servicios de primer orden.

En los siguientes apartados se describe el desarrollo de cada una de las etapas contenidas en la figura N°2.

4.1. Trabajo de Nómina de Hogares

Una vez contratado el equipo de profesionales del programa, una de las primeras tareas que deben realizar, es el trabajo de la nómina. Para efectos del PRLAC, la nómina se entenderá como “el listado de hogares que potencialmente podrían participar del programa”.

La nómina tiene dos orígenes para su construcción: **Nómina Central** la cual es construida por el nivel central del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en base a información del Registro Social de Hogares (RSH) y otras fuentes administrativas, y la **Nómina Local** construida por la Red Local de Apoyos y Cuidados, con información de hogares que cumplen con los criterios de acceso al programa.

Ambos orígenes de nómina se complementan con la información que se extraerá desde la plataforma de Gestión Social Local – GSL, dando origen al perfil sociosanitario de las díadas en el Sistema de Registro PRLAC.

Para mayor explicación, se pone a disposición el documento de Orientaciones para la Gestión de la Nómina de Hogares (PC N°01 Trabajo de nómina de potenciales personas beneficiarias) donde se detalla cada criterio y se describe el procedimiento de prelación.

Importante: Cabe destacar que para las comunas de continuidad el trabajo de nómina no implica una pausa en las atenciones de los planes de cuidado vigentes, es decir, durante el trabajo de nómina se deben mantener activos los servicios de los planes de la convocatoria anterior.

4.1.1 Nómina Central

Esta nómina se construye sobre la base del Registro Social de Hogares (RSH) y otras fuentes de información administrativa, identificando a todos los hogares que tengan al menos una persona en situación de dependencia funcional severa o moderada. Es cargada al Sistema de Registro PRLAC y es ordenada bajo criterios de prelación que permiten establecer el orden en que estos hogares deben ser convocados a participar del programa. Este ordenamiento se determina a partir de un puntaje en que el valor mayor indica mayor vulnerabilidad y, por ende, mayor prioridad al momento del ingreso.

El trabajo de nómina es responsabilidad de la o el Encargado de la Red, sin embargo, el equipo en su conjunto debe participar activamente en cada una de sus actividades.

Las actividades para el trabajo de la Nómina Central son las siguientes:

- **Descarga de la nómina:** la nómina es entregada a los equipos comunales mediante el Sistema de Registro PRLAC, y una vez recibida, se da inicio al trabajo de análisis en base al perfil automatizado que entrega el propio sistema a partir de la información dispuesta por el Registro Social de Hogares (RSH) y Gestión Social Local (GSL).
- **Análisis de la información del perfil sociosanitario:** el perfil sociosanitario de la díada se refiere a un conjunto de rasgos, características y necesidades específicas de las potenciales personas que requerirían de apoyos y cuidados. Este perfil es utilizado en el proceso de análisis para planificar las visitas domiciliarias.
- **Análisis de la Nómina Central con la Red:** una vez revisado el perfil, para aquellos casos donde la información sea necesaria de contrastar y complementar con integrantes de la Red Local, como Salud, es preciso convocar a una reunión que permita confirmar los datos contenidos en el perfil. Esto, considerando que puede haber personas identificadas en la nómina que en la actualidad se encuentren fallecidas, no presenten dependencia o ésta sea leve, o bien, para casos de niños, niñas y adolescentes con discapacidad transitoria, entre otros. Estos encuentros y reuniones efectuadas deben contar con actas de reunión (PRLAC N°03 Acta de reunión), listas de asistencia y acuerdos planteados, de modo de respaldar los acuerdos alcanzados.
- **Ingreso al Sistema de Registro de las observaciones obtenidas del análisis⁵:** posterior a la reunión con integrantes de la Red para confirmar datos de las potenciales personas beneficiarias, la o el Encargado de la Red es responsable de registrar las observaciones en el sistema de aquellos casos que se hayan revisado. El registro debe contener al menos:
 - Motivo por el cual la persona no cumpliría con criterios de ingreso (por ejemplo; fallecimiento, persona autovalente o dependencia leve, cambio de comuna o domicilio, persona institucionalizada, persona hospitalizada de larga data, la red lo declara inubicable).
 - Nombre de la red que informa.
 - Medio de verificación en el cual se respalda esta información.

De este modo, los hogares que se despejen con la Red deben quedar en sistema en estado de “observados” con su respectiva justificación.

4.1.2 Nómina Local

Dada la complejidad de los cuidados, la población a la que está dirigida este programa no necesariamente estará contenida en la Nómina Central. En este marco, este procedimiento valida y posibilita la alternativa que el equipo en conjunto con Red Local construya una Nómina local que se traduce en un listado de personas derivadas de otros programas o actores de la red que cuenten con el perfil de población que atiende el RLAC y cumplan con los criterios de ingreso.

.....

⁵ Para revisar el detalle de cómo registrar el trabajo de nómina revisar la Orientación Guía de Apoyo de Sistema.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, esta segunda alternativa de construcción de potenciales personas beneficiarias se realiza de la siguiente manera:

- **Identificación de potenciales casos desde la Red Local:** los referentes de los distintos programas pueden derivar potenciales casos que cumplan con los criterios de ingreso (esto no implica un ingreso inmediato al programa). Para ello, se debe utilizar el instrumento Formulario único de derivación FUD (PC N°14).
- **Prelación de casos según criterios establecidos⁶:** los criterios de orden para la Nómina Local son los mismos utilizados para la Nómina Central . En caso de empate en el criterio de prelación, el equipo comunal podrá definir criterios complementarios de desempate. Estos criterios deben contar con una fuente de información confiable y medible, no deben ser discrecionales, ni discriminatorios. Adicionalmente, estos criterios deben contar con visto bueno de su contraparte regional, previo a su aplicación.
- **Ingreso de información al Sistema de Registro:** una vez ordenados los casos, la o el Encargado de la Red ingresa los datos de las potenciales personas a visitar en el submenú Nómina Local.
- **Primera visita para validación del ingreso al programa:** existiendo cupos disponibles se debe realizar una visita para validar que las personas derivadas cumplan con los criterios de ingreso.

4.2. Planificación territorial inicial

Esta etapa considera la planificación territorial que permite la realización de las primeras visitas domiciliarias, para lo cual se requiere la revisión del perfil sociosanitario, el mapeo territorial y la asignación de casos inicial. A continuación, se describe cada una de estas acciones:

4.2.1 Perfil sociosanitario

Previo a la primera visita domiciliaria, el equipo debe ingresar al Sistema de Registro PRLAC y extraer los informes del perfil de persona beneficiaria, los cuales se entregan de forma automática con información de la plataforma Gestión Social Local – GSL y otras bases administrativas.

Un perfil sociosanitario de la díada se refiere a un conjunto de rasgos, características y necesidades específicas de las personas que requieren apoyos o cuidados. Este perfil es utilizado en el proceso de intervención para planificar y otorgar los servicios necesarios para mejorar la calidad de vida de las personas beneficiarias.

.....

⁶ Presencia de grupos vulnerables en el hogar; tramos de Calificación Socioeconómica; número de personas con dependencia en el hogar. El detalle de las variables y puntajes asociados se debe revisar en documento PC N°01 Trabajo de nómina de potenciales personas beneficiarias.

Este perfil considera los siguientes ámbitos:

- **Caracterización de la diáda:** ofrece una visión detallada sobre las características de la persona cuidada y su cuidador/a principal, considera el nombre, RUT, edad, género, fecha de nacimiento, pertenencia a pueblos indígenas/tribales, nivel educacional y teléfono.
- **Composición del hogar:** proporciona información de base sobre la familia, tales como educación, previsión de salud, entre otros.
- **Visualización de servicios y beneficios:** facilita la identificación rápida de los servicios y beneficios que recibe la diáda.

El perfil sociosanitario de las diádas es un instrumento metodológico dinámico, que debe ser consultado durante toda la intervención, sobre todo cuando se decide la entrega de alguna prestación. Su actualización es automática y depende principalmente del ingreso de información que realizan los equipos municipales en la plataforma de GSL.

4.2.2 Mapeo territorial de las diádas

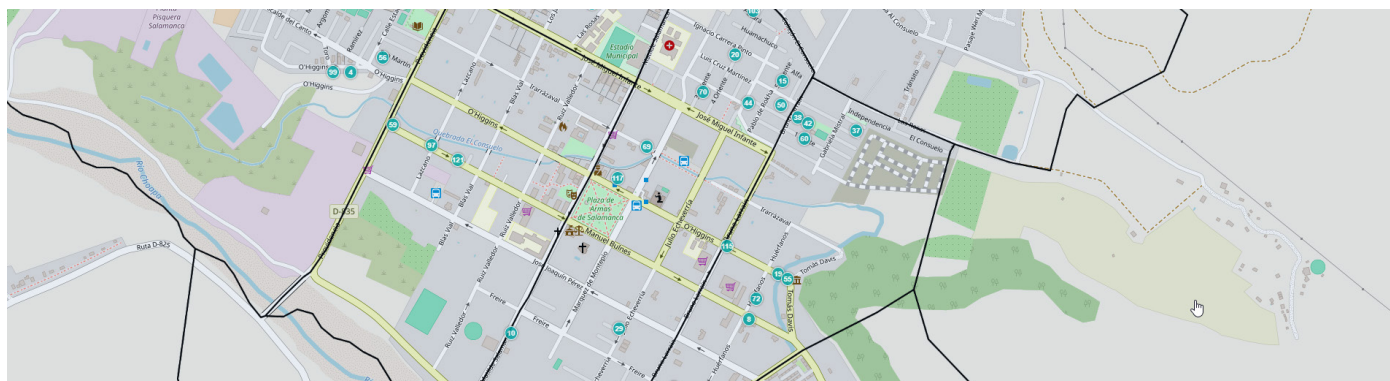
El objetivo del mapeo territorial es visualizar la distribución espacial y geográfica de las diádas en el territorio donde habitan, lo que permite ubicarlas dentro de su comuna y barrio y, con ello, evaluar la disponibilidad de recursos locales y servicios de apoyo en su entorno cercano.

Para su construcción, se pueden utilizar diversas herramientas de georreferenciación, físicas o digitales, entre las disponibles (por ejemplo, un mapa impreso de la comuna o el uso de una plataforma digital gratuita de mapas).

El mapa puede integrar variables sociodemográficas de análisis tales como:

- Ubicación de hogares con personas beneficiarias potenciales
- Concentración de hogares potenciales
- Unidades vecinales
- Establecimientos de salud
- Dependencias municipales

Imagen N°1. Ejemplo de las unidades vecinales y diádas por sector



Fuente: Elaboración propia

4.2.3 Asignación inicial de casos

Tal como se señaló al inicio de esta orientación técnica, la gestión de casos es la estrategia de acompañamiento a las díadas durante toda su trayectoria en el programa. En este marco, y una vez realizado el trabajo de nómina como parte de la etapa de planificación, corresponde realizar la asignación inicial de casos a cada profesional del equipo.

La asignación no es solo una actividad administrativa, sino una responsabilidad del equipo desde el inicio hasta el término de la trayectoria de las díadas en el programa. Cada profesional realizará las acciones descritas en el punto 2 sobre gestión de casos.

El responsable del proceso de asignación de casos es la persona Encargada de Red, quien debe velar por la distribución justa de las díadas al interior del equipo. Para esta acción es importante considerar la ubicación territorial, así como la carga horaria de cada profesional de SSEE, quienes no podrán superar de manera individual la cantidad de díadas asignadas a la o el Encargado de Red, gestores comunitarios, apoyos profesionales y a los/as Coordinadores/as de componente.

La asignación inicial de casos se debe realizar en un espacio de reunión de equipo, como parte del proceso de organización y planificación de las primeras visitas domiciliarias.

4.3. Primera visita domiciliaria: validación de la dependencia funcional y firma del Plan de Cuidados.

La visita domiciliaria se concibe como la interacción dialógica que se desarrolla en el ambiente en el cual la persona desenvuelve su vida cotidiana, se basa en un proceso comunicacional verbal y no verbal y se caracteriza por un objetivo definido revistiendo un valor estratégico en el proceso de intervención (Martín Aranaga, 2018).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), una visita domiciliaria es una modalidad de atención programada que consiste en llevar los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales al domicilio de las personas. Para el Trabajo Social (Camorro & Razeto, 2016), la visita domiciliaria permite observar en contexto real las dinámicas familiares, las condiciones materiales y de higiene de la vivienda, el nivel socioeconómico, los factores de riesgo social y otros.

Se debe tener presente que la visita domiciliaria es una técnica que, además de su propósito de recoger información, representa el ingreso de un servicio público en la intimidad del hogar, por ello esta visita tiene un carácter profesional. De este modo, permite el involucramiento de la persona en situación de dependencia funcional, su cuidador/a principal y su familia o redes de apoyo, en la búsqueda de alternativas de solución a sus necesidades.

Los objetivos de la primera visita domiciliaria en el marco del programa son:

1. Identificar a la persona con dependencia índice de la Nómina Central o Local y despejar la presencia de personas dependientes emergentes en el hogar⁷.
2. Presentar el programa (PC N°02 Carta de presentación) y realizar el primer acercamiento para la generación del vínculo con las personas potencialmente beneficiarias.
3. Aplicar el Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados en contexto cotidiano a las personas dependientes índices, dependientes emergentes y personas cuidadoras según corresponda.
4. Invitar a participar del programa a las personas que cumplan con los requisitos.
5. Firmar el Plan de Cuidados formalizando el ingreso de la díada al programa.

En relación con el primer objetivo, se debe mencionar que a la persona que motiva la visita de entrevista se la denomina Persona en Situación de Dependencia Funcional Índice (PSDF Índice). Esta persona es aquella que está identificada por Nómina Central o Local y que por lo general tiene un grado mayor de dependencia. Sin embargo, al momento de realizar la entrevista, se puede encontrar otra persona en situación de dependencia en el hogar, que se le denomina Persona en Situación de Dependencia Funcional Emergente (PSDF Emergente) **a la cual también se le debe aplicar el instrumento de validación.**

A continuación, se describen los momentos de la visita domiciliaria y las acciones que se deben realizar en cada una de ellas. Posteriormente, se desarrolla un apartado que profundiza en la aplicación del instrumento de validación y la firma del Plan de Cuidados.



.....

⁷ Para mayor detalle, revisar el punto número 3 “De la selección de los beneficiarios” de la Resolución Número 5 del 2025 y su modificación, la resolución N°2 del 2026.

Cuadro N°1. Momentos visita domiciliaria

Momentos de la visita domiciliaria	Acciones	Instrumentos
Planificación de la visita domiciliaria	• Confirmar la dirección correcta del domicilio, acordar con las personas a visitar el día y hora de la entrevista, respetar la agenda acordada y preparar el material necesario para una correcta ejecución de la visita. • Revisar el mapa del territorio para organizar las rutas de manera eficiente, sobre todo en zonas rurales y/o insulares, y realizar la distribución de acuerdo con la cantidad de profesionales contratados/as en cada una de las comunas.	• Mapa territorial de las diádas
Llegada a la casa y fase social	• Saludar, presentarse y personalizar el contacto, de modo que sea cercano y genere confianza. • Solicitar ser invitado/a, "¿puedo pasar?". • Ser cordial, interesado/a y confiable. • Buscar el contacto con otros miembros de la familia, especialmente con la o las personas en situación de dependencia funcional y cuidador/a principal.	• Carta de presentación (PC N°02) • Notificación de visita domiciliaria (PC N°4)
Informar el motivo de la visita domiciliaria	• Aclarar el motivo de la visita domiciliaria de manera general y comprensible, entregando una presentación general del programa con un lenguaje cercano y sencillo. Podrá apoyarse en el material comunicacional del programa para facilitar la explicación de sus objetivos y de los servicios que entrega.	• Documentación de comunicaciones del programa (folletos y afiches)
Entrevista en el domicilio	• En primer lugar, se debe identificar a las personas con dependencia a las que se les aplicará el instrumento PC N°06. En caso de haber más de una persona con dependencia, se debe comenzar por la persona dependiente índice y luego con la persona dependiente emergente. • Se debe llevar a cabo la entrevista estructurada realizando el siguiente procedimiento: firma del Consentimiento Informado (PC N°3) y aplicación del Instrumento de Validación (PC N°6).	• Consentimiento informado (PC N°3) • Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados (PC N°6)
Cierre de la visita domiciliaria	• Resumir y explicitar los acuerdos. • Informar su próximo contacto, ya sea telefónico o presencial si correspondiera • Ser cuidadosa/o con las emociones de las personas y con sus expectativas. • Si la o las personas cuentan con los requisitos para ingresar al programa se debe proceder a la firma del Plan de Cuidados (PC N°8) para cada diáda y la entrega del Carnet del Cuidado (PC N°10). • Si las personas no presentan dependencia moderada o severa según la sección de dependencia funcional del instrumento de validación, debe cerrar la entrevista.	• Plan de Cuidados (PC N°8) • Carnet del Cuidado (PC N°10)

La visita domiciliaria tiene una duración de 45 a 60 minutos, pudiendo extenderse si la o el profesional de la Red Local o entrevistador/a lo determina necesario para el cumplimiento de los objetivos. Teniendo en cuenta el contexto

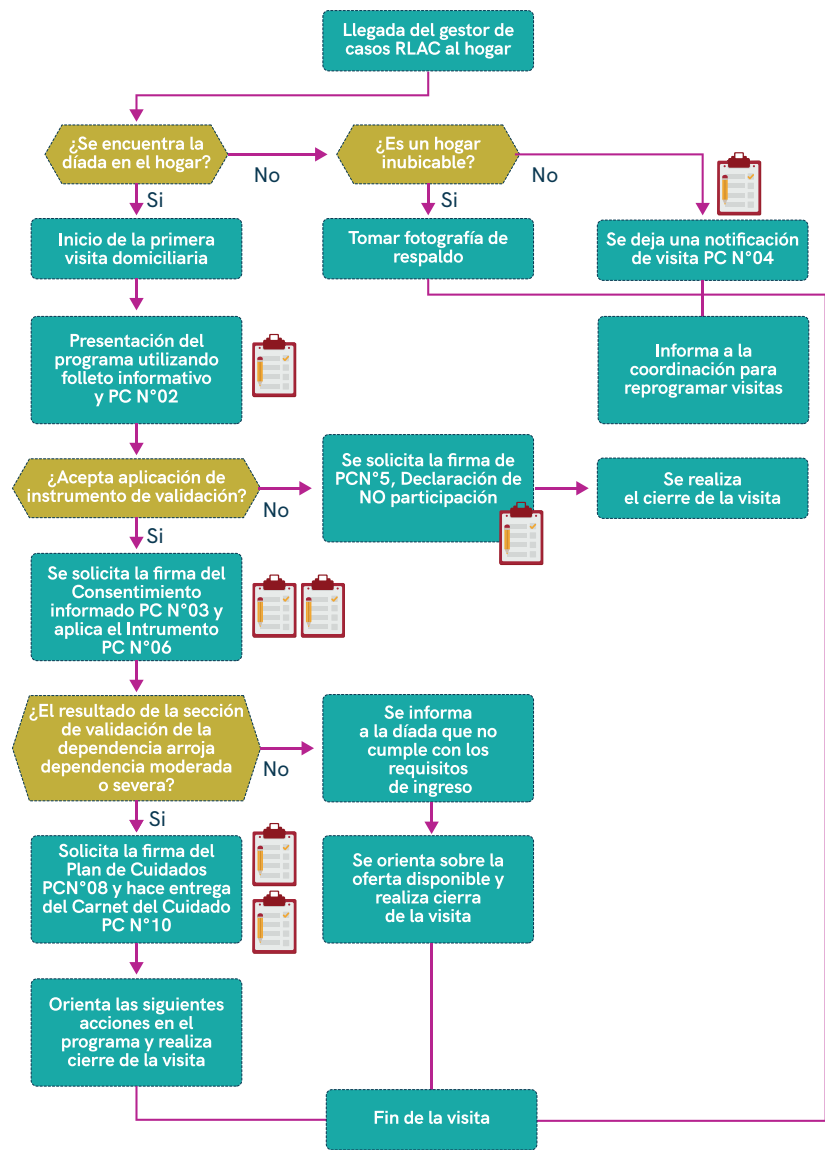
y encuadre de la entrevista, en su desarrollo se pueden presentar situaciones que impidan el cumplimiento de los objetivos. En este tipo de casos, la o el entrevistador puede evaluar si es pertinente continuar o agendar una nueva fecha para la aplicación del instrumento de validación. Esto se consigna en el ítem observaciones del instrumento. En el proceso de la primera visita domiciliaria, pueden ocurrir las siguientes situaciones.

Cuadro N°2. Situaciones posibles en la primera visita.

Situación	Acción que seguir /recomendaciones
No se encuentran moradores en el domicilio (inubicable)	Para declarar un hogar inubicable es necesario realizar una visita domiciliaria o bien tener contacto telefónico directo con la persona obteniendo información que confirme la inviabilidad de la visita. En casos que no se logre contactar a la persona vía teléfono o correo, se debe realizar una visita en terreno. En casos de visitas fallidas, la o el profesional de la Red Local debe dejar una notificación, indicando la fecha, horario de la visita, nombre y teléfono de contacto para que el hogar pueda comunicarse y agendar una nueva fecha (PC N°04 Notificación de visita). Esto puede ocurrir en un máximo de tres oportunidades, ya que posterior a esto, se definirá otro hogar a visitar y se consignará en el Sistema de Registro PRLAC. No es necesario realizar tres visitas domiciliarias cuando existe evidencia clara y suficiente de que se trata de un hogar inubicable mediante el trabajo en terreno, por ejemplo, en casos que se confirme un traslado de dirección, terreno abandonado, u otros. Para respaldar esta situación se deben tomar registros fotográficos y/o consignar las observaciones del terreno en el PC N°04.
No se puede realizar la entrevista debido a motivos justificados	Esta situación puede ocurrir en un máximo de tres oportunidades, y en el caso de que no se concrete la entrevista el hogar debe quedar en estado pendiente con el respaldo de las notificaciones de las visitas realizadas. Este respaldo deberá ser con registro fotográfico de la notificación dejada en el domicilio. Por ejemplo: urgencia por motivos de salud, ausencia de la persona cuidadora, otro.
Se interrumpe la entrevista sin poder continuar con ella	En este caso se logra concretar la visita en el domicilio, no obstante, no se puede realizar la aplicación del instrumento de validación debido a alguna situación familiar que surge en el momento (trámite urgente, urgencias por motivos de salud o cualquier otro tipo de situación familiar que impida su ejecución). Se consigna en ítem observaciones del instrumento y se reagenda una próxima visita para finalizar su aplicación.
Rechazan voluntariamente la participación	Si bien esta situación se presenta en una proporción menor de casos, se debe poner especial atención a los motivos que originan la decisión de rechazar la participación en el programa. Algunas de las características de las dinámicas del cuidado dicen relación con bloquear sus efectos negativos y naturalizarlos o pueden surgir temores y desconfianzas que son propias de la dinámica de los cuidados. En este contexto, se sugiere adecuar las estrategias de vinculación con los hogares. Es necesario dejar espacios de tiempo entre una visita y otra, no es recomendable insistir o forzar a que la familia acepte su participación. Debe ser una decisión consentida y en conocimiento de todas aquellas particularidades del beneficio. Como mínimo, se espera que las estrategias se desplieguen en dos instancias distintas para que la díada acepte el programa. Si la decisión persiste, se debe firmar el instrumento PC N°05 Declaración de no participación y registrarlo en el Sistema de Registro PRLAC.

A continuación, se presenta un flujo de síntesis de la primera visita resumiendo las principales situaciones que se pueden dar y los instrumentos que corresponde utilizar.

Figura 2: Flujo de primera visita



Fuente: Elaboración propia, equipo PRLAC 2026

Cabe considerar que, de manera opcional para el análisis posterior a la primera visita se cuenta con el instrumento PC N°06.1 Registro complementario de primera visita para la identificación preliminar de necesidades que podría orientar la definición de los servicios de primer orden.

Finalmente, como parte de la primera visita, se detallará el proceso de aplicación del instrumento de validación y la firma de Plan de Cuidados. A continuación, consideraciones para su adecuada ejecución.

4.3.1 Consideraciones para la aplicación del instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados

El objetivo del PC N°06 Instrumento de validación de la dependencia funcional y los cuidados, es corroborar en los domicilios de las díadas si la información de dependencia y cuidados contenida en bases administrativas se encuentra actualizada y aplicada según los criterios técnicos de profesionales afines al abordaje en materia de dependencia funcional y sobrecarga de cuidado. La mayor ventaja de la aplicación en domicilio es justamente validar el desempeño funcional de la persona en dependencia en su contexto cotidiano y no estandarizado, reflejando de manera fidedigna la situación de los cuidados.

El instrumento consta de dos secciones, una relacionada a la persona con dependencia funcional y la otra dirigida a la persona cuidadora principal. Estas dos secciones permiten definir si las díadas ingresan al programa PRLAC o cumplen un perfil asociado a otro tipo de intervención distinta. A su vez, es aplicable a todos los rangos de edad, destacando el enfoque de curso de vida al que adhiere el programa. Conjuntamente, la sección de preguntas para la persona cuidadora es una sola, sin distinción de tramos de edad, entendiendo que la figura es legalmente válida toda vez que esta sea mayor a 18 años.

Además, esta información permitirá establecer una línea base y una línea de salida a los 12 meses de intervención, permitiendo dar cuenta de los dos indicadores de propósito del programa:

- ◊ **Indicador de propósito N°1 persona en situación de dependencia funcional-PSDF:** porcentaje de personas en situación de dependencia que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad.
- ◊ **Indicador de propósito N°2 persona cuidadora principal-CP:** porcentaje de cuidadores/as principales que mantienen o disminuyen su nivel de sobrecarga.

Antes de la aplicación del Instrumento de validación, la o el entrevistador debe revisar en detalle la guía para la aplicación del instrumento de validación (PC N°07).

Para poder aplicar el instrumento de validación, es necesario que la díada firme un consentimiento informado (PC N°03 Consentimiento informado) manifestando su voluntad de participar en la validación.

Luego se procede a la entrevista. Para esto, es importante tener en cuenta ciertos elementos:

- **Ética de la persona que realiza la entrevista:** establecer un lugar adecuado en el hogar para desarrollar la entrevista, que sea cómodo para la persona que va a responder. Mantener una actitud atenta, de escucha activa y empática. Se entrega el consentimiento informado y se explica que la participación es voluntaria y que la información obtenida se tratará confidencialmente. Siempre debe respetar los límites que exprese la persona entrevistada y la veracidad de la información que entregue. Tener en cuenta que se pueden abordar temas personales, por lo tanto, es necesario prestar atención a la situación emocional de la persona entrevistada.

- **Flexibilidad:** usar la secuencia de la conversación a favor de la entrevista y no aplicar el instrumento como una pauta rígida, evitando repetir los temas ya conversados.
- **Foco en ambas personas potencialmente beneficiarias:** la entrevista debe orientarse tanto a la PSDF como a la persona cuidadora principal, se debe procurar la participación autónoma de la PSDF cuando sea posible. Al momento de aplicar las secciones relativas a la persona cuidadora, evitar que la PSDF esté presente. Manejar con extremo cuidado las vivencias de la persona cuidadora, con respeto y sin juicio alguno.
- **Precisión y fidelidad:** el objetivo es lograr una correcta y completa realización de la entrevista. Al término se debe revisar que la información esté completa. El llenado prolijo y fidedigno es central, así como la digitación de los resultados en el Sistema de Registro PRLAC.

En la preparación y entrenamiento para realizar la entrevista, se recomienda:

- Realizar juego de roles o entrevistas pilotos, a fin de confirmar el logro de estos aprendizajes.
- Monitoreo y retroalimentación, al menos, durante la primera aplicación del instrumento por parte de un equipo de profesionales con mayor experiencia en la aplicación del instrumento o de entrevistas similares (liderado por la o el Encargado de Red).
- Asistir en duplas para las primeras aplicaciones.

4.3.2 Consideraciones para la firma del Plan de Cuidados

El Plan de Cuidados y su correspondiente formato de actualización (PC N°08 y PC N°09) son el instrumento de intervención sociosanitario donde se consigna la participación de las díadas en PRLAC y establece que el proceso de intervención tiene una duración de 12 meses.

El plan es un instrumento dinámico, integra los servicios dirigidos tanto para la PSDF como para la persona cuidadora principal, con el objetivo de mejorar el bienestar de la díada buscando mitigar el nivel de dependencia funcional y la sobrecarga de quien cuida. **Su construcción es progresiva e inicia con la firma en la primera visita domiciliaria.** Continúa con las evaluaciones disciplinares de las prestaciones de primer orden, que permitirá definir y consignar los servicios en el instrumento.

A propósito de las variaciones en las necesidades de las díadas, es importante manifestar que la dependencia y los cuidados no es una situación estática, su naturaleza es dinámica, por lo tanto, en el proceso de intervención la díada puede experimentar avances positivos respecto de la mantención de la funcionalidad o la sobrecarga, no obstante, debido a factores contextuales y sanitarios, pueden existir retrocesos en los objetivos planteados o cambios abruptos que obligan a realizar ajustes en las estrategias de intervención definidas (por ejemplo caídas, enfermedades, hospitalizaciones, descompensaciones, problemas sociales, emocionales, entre otros). Este aspecto propio del fenómeno de la dependencia exige a los equipos flexibilizar e integrar en la intervención una mirada con perspectiva de espiral o recursiva, donde la redefinición de objetivos e integración de nuevos servicios es un factor recurrente en la trayectoria de las díadas en el programa.

El Plan de Cuidados tiene tres momentos en su proceso de construcción, que se muestran a continuación:

Cuadro N°3. Momentos en la construcción del Plan de Cuidados

Momentos	Descripción
1. Firma del Primer Plan de Cuidados	Se realiza en la primera visita y tiene los siguientes objetivos: ✓ Declarar el hito de ingreso de las díadas al programa a través de la firma de este primer Plan de Cuidados. ✓ Informar la realización de evaluaciones disciplinarias de los servicios de primer orden. La díada puede aceptar o bien rechazar la firma del Plan de Cuidados durante la primera visita. Si la díada rechaza se deben identificar los motivos hasta agotar las posibilidades de solución, de lo contrario, se debe firmar PC N°05 Declaración no participación, dejando una copia en poder de cada una de las partes como respaldo de la decisión de las personas entrevistadas. Si la díada acepta participar del programa, se considera una firma de plan de cuidados por cada persona con dependencia. De este modo puede ocurrir que en un hogar se firme más de un plan de cuidados: • PSDF sin CP: Se firma un Plan de Cuidados y no se registra la información de CP. • PSDF con CP: Se firma un Plan de Cuidados con la información de la díada. • 2 o más PSDF con 1 CP: Se firman dos o más Planes de Cuidado consignando solo en uno de ellos la información de la CP (la cantidad de planes es según la cantidad de PSDF). • Más de una díada en el hogar: Se firman dos o más Planes de Cuidados con la información de cada díada.
2. Definición de servicios de primer orden en el Plan de Cuidados	Luego de la realización de las evaluaciones disciplinarias⁸ aplicada por las y los profesionales de primer orden y de la priorización de las personas usuarias del SAD, se debe definir: ✓ El ingreso a servicios de primer orden ✓ El ingreso al SAD del 30% de la cobertura Para ello se debe utilizar el instrumento de Actualización Plan de Cuidados (PC N°09), señalando el tipo de servicio y la persona beneficiaria que accede (PSDF o CP, o ambas).
3. Actualización del Plan de Cuidados	Durante toda la trayectoria de la díada en el programa, se deben ir integrando de manera progresiva los servicios de primer, segundo y tercer orden, según corresponda. Asimismo, se podrán realizar actualizaciones del Plan de Cuidados según cambios que se puedan presentar en la situación de la díada (Matriz de Riesgos). Para ello se debe utilizar el instrumento de Actualización Plan de Cuidados (PC N°09).

.....

⁸ El procedimiento de evaluaciones disciplinarias se describe en la Orientación del componente Servicios Especializados.

4.4. Acompañamiento a la trayectoria de las díadas y continuidad de los cuidados

En el PRLAC, el acompañamiento a la trayectoria de las díadas se entenderá como el proceso de intervención social que tiene como objetivo trazar un plan con las díadas donde la comunidad, el programa y la red de servicios públicos y privados promuevan la autonomía, la integración y participación de las díadas, así como también la corresponsabilidad social de los cuidados. Esta etapa tiene un periodo de 12 meses desde la firma del Plan de Cuidados.

Complementariamente, la gestión de casos es el método definido por el programa para dar cumplimiento a este proceso, y tal como se indicó en el apartado de gestión de casos, es el equipo del programa quien debe velar por el cumplimiento de cada acuerdo en el proceso de intervención.

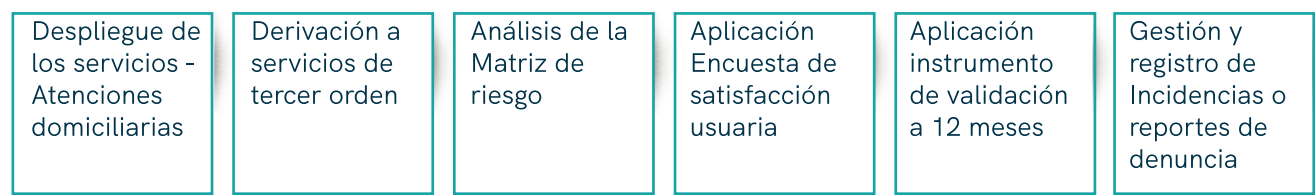
El acompañamiento inicia una vez firmado el Plan de Cuidados y se mantiene durante toda la trayectoria de las díadas. Dentro del proceso de acompañamiento, se deberán registrar semanalmente todas las prestaciones entregadas por el programa o por gestiones realizadas con la Red para cada una de las personas beneficiarias. La persona responsable de mantener el registro actualizado es cada integrante del equipo que ingresa sus atenciones y la o el Gestor de Caso para los instrumentos de validación de la dependencia y la sobrecarga, Plan de Cuidados y su actualización.

Es importante considerar que acompañar no es lo mismo que “dirigir o tutelar”, ni “llevar”, ni atender de forma puntual, “supone también reconocer el protagonismo de los sujetos en el desarrollo de su proceso y situarse en la posición de quien está al lado a lo largo de un periodo, aportando elementos que ayuden al sujeto a desarrollarse” (Aguilar & Llobet, 2011), citado en (Raya & Hernández, 2014). En este sentido, el acompañamiento constituye una acción y función central de las y los integrantes del programa Red Local en el proceso de intervención.

Es relevante promover la continuidad de los procesos de cada díada por medio de la gestión de casos. Esto se empalma con el concepto de continuidad del cuidado , el cual refiere a cómo las personas perciben la coherencia y conexión entre los eventos de atención en diferentes momentos y contextos a lo largo del tiempo. Este concepto incluye la integración efectiva de servicios para garantizar que las transiciones entre distintos niveles y tipos de cuidado sean fluidas y alineadas con las expectativas de la persona usuaria.

Para el cumplimiento de la etapa de acompañamiento a la trayectoria de las díadas y continuidad del cuidado, se establecen acciones principales relacionadas directamente con este proceso. A continuación, en la figura N°4 se presentan:

Figura N°4. Acciones para el acompañamiento a la trayectoria de las díadas



Fuente: Elaboración propia, equipo PRLAC 2026.

4.4.1 Despliegue de los servicios de primer y segundo orden – Atenciones domiciliarias

Los servicios que entrega el programa se desarrollan principalmente en los domicilios de las díadas. Estos encuentros constituyen un punto importante en el proceso de acompañamiento y la continuidad de los cuidados, ya que, permiten conocer el estado actual de las díadas, así como mantener una relación cercana, levantar alertas y acompañar las distintas situaciones que puedan presentarse en el hogar.

De acuerdo con datos del programa, el promedio de integrantes de las familias que participan en el PRLAC es de 2 personas, en su mayoría hogares bipersonales o unipersonales. En esta línea, son personas que, por efectos del cuidado, podrían estar aisladas socialmente o son personas que están fuera del circuito de los servicios municipales. De este modo, las atenciones domiciliarias tienen un doble objetivo, por una parte, son el medio en el cual se realizan las intervenciones, así como también, cumplen una función de acompañamiento a las díadas en su contexto cotidiano, asegurando un mayor impacto.

En esta etapa se despliegan las prestaciones definidas en el Plan de Cuidados, correspondientes a los servicios de primer orden, y se activa el Servicio de Atención Domiciliaria. Asimismo, durante el desarrollo de las intervenciones, los y las profesionales del programa identifican la necesidad de activar servicios de segundo y tercer orden, según los requerimientos específicos de cada díada.

4.4.2 Derivación a servicios de tercer orden

Las prestaciones de tercer orden corresponden a aquellas gestionadas en articulación con la Red Local. Asimismo, incluyen acciones desarrolladas desde el trabajo directo con las comunidades, en el marco de la Gestión Comunitaria del programa. Estas prestaciones tienen por objetivo complementar y fortalecer las intervenciones de primer y segundo orden del programa.

La derivación a prestaciones de la oferta local corresponde al procedimiento mediante el cual el equipo del PRLAC se articula con los programas o servicios disponibles en el territorio, según las necesidades de las personas usuarias. Para ello, se utiliza el instrumento PC N°14 Formulario Único de Derivación (FUD), el cual debe ser completado por la entidad derivadora (por ejemplo, el equipo de salud municipal, el departamento social u otros actores de la red).

Toda derivación tiene un acuerdo y planificación previa entre las contrapartes de los programas (aquellos que derivan y los que reciben la derivación). El marco inicial de acción se identifica al momento de conformar la red en el mapa de actorías, que establece las ofertas programáticas vigentes en la comuna. Más tarde, la Red Local ya constituida, define de manera más precisa los recursos y cupos efectivamente disponibles para el año calendario, acorde a la tipología de prestaciones definidas en la oferta de servicios del PRLAC (PC N°15).

Dada las características y situaciones de las personas beneficiarias, las derivaciones se deben realizar de común acuerdo con las contrapartes locales para la entrega oportuna del servicio, según requerimientos (evitar tiempos de espera y acelerar trámites administrativos). En este sentido, el proceso de derivación no es sólo un acto administrativo, si no que se entiende como una acción en el proceso de intervención y una de las tareas relevantes del modelo de gestión de casos.

Durante el proceso de derivación, los actores de la Red Local acompañan a las personas beneficiarias en dos ámbitos:

- **Orientación:** guiando y clarificando dudas que puedan surgir en el proceso.
- **Acompañamiento:** para algunos programas se podría requerir de la asistencia de referentes de la Red Local con algunas acciones como agendamiento de horas, acompañamiento presencial, llenado de formularios, intermediación, entre otras acciones.

Se debe considerar en todo momento las acciones que autónomamente pueden realizar las personas beneficiarias directamente, en relación con la solicitud de ingreso a los programas o servicios existentes en la comuna. En este sentido, **el referente de la Red Local es la o el responsable de promover este derecho en cada una de las etapas del programa.**

Una vez que la díada es derivada a los servicios declarados en el Plan de Cuidados, las y los profesionales correspondientes toman conocimiento de la información del hogar y pueden comenzar a coordinar el despliegue de los servicios según corresponda. Un eventual nudo crítico para la etapa de despliegue de los servicios es que el momento en el que se implementen puede depender de factores que escapen a la gestión del programa⁹. En otros casos, para la implementación de algunos servicios, se debe contar con orden médica, lo que también puede atrasar la entrega.

La etapa de derivación finaliza una vez que el servicio es entregado a la persona beneficiaria y luego se realiza el monitoreo de su despliegue durante la etapa de seguimiento.

4.4.3 Análisis de la Matriz de Riesgos

La matriz de riesgos es una herramienta diseñada para identificar, clasificar y gestionar los factores que pueden afectar a una díada durante el proceso de intervención. Organiza los distintos tipos de riesgos que pueden surgir en el contexto del cuidado, abarcando dimensiones como la física, cognitiva, emocional y social.

Su objetivo principal es proporcionar un marco estructurado que permita al equipo del programa, y en particular a la o el Gestor de Caso, evaluar los posibles eventos que podrían impactar tanto a la persona en situación de dependencia como a su cuidador/a principal. A través de esta matriz, las y los profesionales pueden reconocer los factores de riesgo específicos y determinar las estrategias preventivas o de mitigación más adecuadas para abordarlos de manera efectiva.

Los componentes clave de la matriz en este contexto son los tipos de riesgos que se organizan según:

- A. Riesgos físicos:** involucran los relacionados con la salud física de la díada, como lesiones, caídas, o enfermedades físicas derivadas del proceso de cuidado.
- B. Riesgos cognitivos:** asociados con alteraciones en la función cognitiva, como la confusión, el deterioro de la memoria o la dificultad para procesar información. Estos riesgos pueden surgir tanto en la persona cuidadora como en dependencia, especialmente en condiciones como demencia o trastornos neurológicos.
- C. Riesgos emocionales:** aquellos que afectan el bienestar emocional, como el estrés, la ansiedad, la depresión o el agotamiento emocional (burnout) que pueden experimentar ambas personas que componen la díada.
- D. Riesgos sociales:** relacionados con las interacciones sociales, como el aislamiento social, la falta de apoyo familiar, o las tensiones en las relaciones interpersonales dentro del proceso de cuidado.

A continuación, se describe la Matriz de Riesgos.

.....

⁹ **Por ejemplo:** retraso en la entrega de insumos de cuidado por parte de un proveedor, dificultades climáticas que hacen difícil llegar con las prestaciones a los hogares, etc.

Cuadro N°4. Matriz de Riesgos

Tipo	Riesgos	Consideraciones
Físico	Caídas	Pueden provocar fracturas, esguinces o lesiones musculares que limitan la movilidad y generan miedo a movilizarse nuevamente. Requieren ajustes en los ejercicios de movilidad, uso de ayudas técnicas y modificaciones del entorno.
	Infecciones respiratorias o urinarias	Comunes en personas mayores o con bajos niveles de movilidad, afectan la resistencia física y pueden generar retrocesos en la capacidad funcional. Pueden requerir pausas temporales en la intervención física, ajustes en los objetivos terapéuticos y gestionar con la red de salud.
	Dolor crónico o agudización de condiciones previas	En enfermedades como la artritis, artrosis u osteoporosis pueden ocurrir eventos de agudización del dolor que limitan la realización de ejercicios y actividades cotidianas. Se debe ajustar la intensidad y frecuencia de los ejercicios para evitar el deterioro y abordar el manejo del dolor.
	Hospitalización	Interrumpe las rutinas terapéuticas y genera una pérdida de las capacidades funcionales alcanzadas. Al regreso, es necesario reevaluar y establecer un nuevo punto de partida en el plan de intervención.
	Controles médicos desactualizados	Es particularmente común en personas cuidadoras la falta de controles médicos al día, lo que constituye un riesgo para la salud. La falta de tiempo y dificultades para conseguir un relevo son mayoritariamente las causantes de esta situación, por ello, la intervención del programa debe fomentar la actualización de los controles médicos para prevenir enfermedades.
Cognitivos	Deterioro cognitivo acelerado	Puede afectar la capacidad de la persona para comprender y seguir instrucciones durante las intervenciones. Requiere simplificación de las actividades y uso de apoyos visuales o auditivos.
	Episodios de desorientación o confusión	Interfieren con la participación en las actividades diarias y generan riesgos de seguridad. Se deben reforzar las estrategias de orientación temporal y espacial, y revisar la seguridad del entorno.
Emocionales y psicológicos	Depresión o apatía	Puede reducir la motivación para participar en actividades terapéuticas y sociales. Requiere intervención psicológica enfocada en la gestión emocional y coordinación con la red de salud correspondiente.
	Ansiedad o episodios de agitación	Pueden generar rechazo hacia las actividades propuestas y aumentar el riesgo de abandono de la intervención. Es necesario ajustar el ritmo y la modalidad de las intervenciones, priorizando técnicas de relajación.
	Pérdida de un familiar cercano o cambio en la red de apoyo	Genera alteraciones emocionales que impactan directamente en la disposición de la persona para participar en el proceso de rehabilitación. Requiere intervención psicológica para manejar el duelo y ajustes en las actividades para evitar retrasos.

Eventos sociales y ambientales	Cambio en la configuración de las redes de apoyo	Cambios en la figura de apoyo principal pueden alterar la dinámica de cuidado y generar inseguridad en la persona con dependencia. Es importante generar un proceso de vínculo con la nueva persona cuidadora y visualizar estrategias de psicoeducación sobre los cuidados.
	Situaciones de aislamiento social	La falta de participación social afecta negativamente la motivación y el bienestar emocional. Se deben reforzar las estrategias para fomentar la participación comunitaria y fortalecer la red de apoyo.
	Desastres sicionaturales	Eventos tales como incendios, terremotos, aluviones, remociones en masa, entre otros, provocarán cambios sustantivos en la situación de los hogares que requerirán una serie de adaptaciones de los planes de intervención de las personas usuarias. Los principales elementos para tomar en consideración en estas situaciones corresponden a una prolongada suspensión de los servicios y condiciones críticas en las viviendas.

La **evaluación de riesgos** se realiza considerando tanto la probabilidad de que ocurra cada tipo de riesgo como el impacto potencial que tendría sobre la díada de cuidado. Esto permite priorizar aquellos riesgos más críticos que requieren una intervención inmediata.

La **prevención** implica la adopción de medidas proactivas para evitar que los riesgos se materialicen. Esto puede incluir estrategias de educación para las personas cuidadoras, la creación de un ambiente seguro o el uso de tecnologías de apoyo.

La **mitigación** son las acciones que se toman para reducir el impacto de un riesgo en caso de que se materialice. Esto puede incluir el uso de servicios de salud mental, estrategias de afrontamiento para el cuidador/a principal o ajustes en el cuidado físico de la persona en dependencia.

El **manejo de los eventos** se refiere a las estrategias que deben implementarse cuando el riesgo se materializa, tales como intervenciones de emergencia, apoyo psicosocial, la adaptación del entorno de cuidado y la articulación con las redes correspondientes.

Finalmente, la **flexibilidad y adaptación** son fundamentales en la matriz de riesgos. Esta debe ser capaz de ajustarse a las circunstancias cambiantes de cada situación. Los riesgos y las intervenciones deben revisarse y adaptarse regularmente según las necesidades de la díada.

Si una díada presenta algún riesgo identificado en la matriz, su caso debe ser abordado en las reuniones de gestión de casos, permitiendo una evaluación conjunta por parte de los/las profesionales del programa.

4.4.4 Aplicación de la Encuesta de satisfacción usuaria

La satisfacción usuaria se encuentra dentro del proceso de evaluación y monitoreo de los programas sociales, en este contexto, la valoración desde las personas beneficiarias hacia los servicios que reciben se debe concebir desde el enfoque de derecho.

En el documento “Ganar Derechos. Lineamientos para la formulación de Políticas Públicas Basadas en Derechos”, realizado por Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH), se manifiesta que “el enfoque de derechos pone especial énfasis en que los mecanismos de reclamo se mantengan activos en la implementación y que el producto de tales reclamos se utilice en la evaluación y seguimiento de las políticas, servicios y programas” (Rossi & Moro, 2014).

Con la encuesta de satisfacción se identificarán los aspectos a mejorar de cada uno de los servicios, así como también las valoraciones positivas que tiene las dadas respecto a las prestaciones entregadas.

La encuesta de satisfacción (PC N°16) **se debe aplicar cada 6 meses** desde firmado el Plan de Cuidados. Cuando corresponda aplicar la Encuesta de Satisfacción del servicio entregado, se debe informar al hogar sobre la importancia de responder de manera objetiva, promoviendo la mayor honestidad posible en sus respuestas.

La técnica utilizada para su aplicación es la entrevista semiestructurada, donde se integra tanto a la persona en situación de dependencia como a su cuidador/a principal. El encuadre debe facilitar un espacio de confianza, donde la persona encuestada entregue una versión real respecto de la entrega de los servicios y prestaciones, y su calidad.

De acuerdo con el enfoque de derechos, las personas usuarias pueden evaluar (positiva o negativamente) el servicio y en ningún caso se verá afectada su participación en el programa, lo que se debe explicitar al momento de aplicar la encuesta de satisfacción, señalando que la información registrada será utilizada de manera interna en el equipo, para efectos de mejorar la calidad de los servicios y prestaciones entregadas.

De la aplicación de este instrumento depende el indicador¹⁰ del componente N°3 de Servicios Especializados, cuyo objetivo es medir el “porcentaje de personas con dependencia funcional que valoran positivamente los servicios especializados entregados”.

Cabe señalar, que esta encuesta se aplica exclusivamente para evaluar los servicios y prestaciones proporcionados a través de los componentes del programa (SAD y SSEE) y no incluye aquellos que provienen de la oferta local.

.....

¹⁰ El indicador es parte del diseño del programa y debe reportarse una vez al año en el proceso de monitoreo de programas sociales.

Cuadro N°5 . Elementos de la encuesta de satisfacción usuaria

Elementos	Descripción
A quién está dirigido	A la díada
Periodicidad	Una encuesta cada seis meses
Duración	El tiempo estimado de aplicación es de 20 minutos
Forma de aplicación	La aplicación se realiza en los domicilios de las personas beneficiarias o mediante llamado telefónico acordado previamente con la díada. En caso de utilizar esta segunda modalidad, es importante considerar elementos contextuales que permitan aplicar la encuesta en buenas condiciones, tales como: la estabilidad de la señal, realizar el llamado en un espacio sin ruido, y asegurarse de que la persona integrante de la díada pueda escuchar adecuadamente y se encuentre en condiciones de responder.
Instrumento	Encuesta de satisfacción usuaria (PC N°16)
Indicador de cumplimiento	100% de los hogares con dos encuestas de satisfacción usuaria realizadas durante los 12 meses de intervención
Metodología de Aplicación	a) El/la profesional PRLAC aplica la encuesta de satisfacción en los hogares o mediante llamado telefónico a las personas beneficiarias. b) La visita domiciliaria o llamado telefónico para aplicar la encuesta de satisfacción usuaria se debe acordar y coordinar previamente con la persona cuidadora principal y la PSDF en un horario y día donde el personal que entregue el servicio a evaluar no esté presente. c) En el desarrollo de la visita se debe considerar lo siguiente: ✓ La participación en la encuesta es de carácter voluntario. ✓ Se trata de una entrevista y no de la aplicación de un checklist. ✓ Durante la conversación se debe identificar y consignar la información en el instrumento destinado para estos efectos de la manera más objetiva posible. ✓ Mantener un encuadre positivo con la persona cuidadora principal y la PSDF, donde se genere un espacio de confianza que permita levantar datos reales del servicio, sin emitir juicios o cuestionar las respuestas entregadas. ✓ Es importante transmitir a la persona cuidadora principal y a la PSDF que la información levantada es confidencial y que sólo será utilizada para efectos de mejorar los servicios entregados. ✓ Es un derecho de las personas beneficiarias evaluar (positiva o negativamente) los servicios y prestaciones entregadas y se debe explicitar que en ningún caso se verá afectada su participación en el programa.

4.4.5 Gestión y registro de incidencias o reportes de denuncia

Durante el proceso de acompañamiento pueden ocurrir situaciones inesperadas que pueden afectar y poner en riesgo tanto a las personas beneficiarias como al equipo del programa, cada uno de estos eventos se debe registrar primeramente en el Registro de campo y, posteriormente, en detalle en el instrumento PC N°17 Registro de incidencias. A su vez, el equipo debe establecer el protocolo y los canales de comunicación para resolver estos incidentes.

Es importante informar de la situación a la coordinación o a la o el Encargado del programa, quien debe evaluar la realización de una visita domiciliaria para encuadrar y reiterar a las díadas los deberes y derechos que se deben cumplir. Para abordar las situaciones levantadas como incidencias se debe considerar el documento **“Protocolos de actuación ante casos complejos”**, donde se encuentran cada uno de los procedimientos que se deben aplicar ante situaciones complejas:

Protocolo N° 1 Ante fallecimiento de integrante del hogar durante visita domiciliaria PRLAC	Protocolo N°2 Ante accidentes durante visitas domiciliarias del equipo PRLAC
Protocolo N°3 Intervención en crisis	Protocolo N°4 Frente a sospecha o detección de agresiones o vulneraciones de derecho hacia beneficiaros/as
Protocolo N°5 Frente a sospecha o detección de agresiones o vulneraciones de derecho hacia integrantes del equipo PRLAC	Protocolo N°6 Frente a sospecha o detección de agresiones o vulneraciones de derecho a niños, niñas o adolescentes.
Protocolo N°7 Ante situaciones de violencia de género.	

Uno de los puntos críticos desde el año 2025 en adelante es la obligación establecida en la Ley de Presupuestos para el sector público, la cual señala que la Subsecretaría de Servicios Sociales deberá informar sobre “las denuncias recibidas por parte de particulares, autoridades o funcionarios de los programas que se financien a través de estos recursos, indicando el tipo de denuncia, elementos de la denuncia y acciones tomadas para resolver dicha denuncia. En el caso de denuncias por vulneración de derechos de niños, niñas y adolescentes, o personas en situación de dependencia o discapacidad, se deberá indicar las medidas de protección en favor de dichas víctimas y el tiempo en que se ejecutó desde la denuncia”.

En este contexto es de suma relevancia actuar acorde a los flujos establecidos en los protocolos, así como el registro en sistema PRLAC, la articulación con la red y el seguimiento de las acciones realizadas en cada caso. La o el Encargado de la Red es quien debe velar por los respaldos físicos y en el Sistema de Registro PRLAC.

Finalmente, en el documento Protocolos de actuación ante casos complejos se detalla el procedimiento para el registro de reportes de denuncia en el sistema y la elaboración del instrumento PC N°13 Informe de Caso Complejo.

Importante: *se debe diferenciar la incidencia del reporte de denuncia. La primera corresponde a un instrumento de registro de situaciones emergentes, mientras que el reporte de denuncia solo debe realizarse cuando la situación compleja implique sospecha de vulneración de derechos que haya requerido la interposición de una denuncia por parte del equipo PRLAC.*



4.4.6 Aplicación del instrumento de validación a los 12 meses

Finalizado los 12 meses desde la firma del Plan de Cuidados, la o el Gestor de Caso debe re aplicar el Instrumento de validación del PRLAC (PC N°06). Los objetivos de esta etapa son:

1. Identificar si el nivel de dependencia funcional moderada o severa ha cambiado.
2. Evaluar la continuidad de las díadas en el programa.
3. Firmar nuevo Plan de Cuidados, si corresponde.

De acuerdo con las etapas de la gestión de casos, la aplicación del instrumento transcurridos los 12 meses corresponde a un punto de valoración del proceso (cumplimiento de objetivos, continuidad de intervención, entre otros). Con los nuevos resultados de la validación de la dependencia y la sobrecarga, así como también con la información del proceso de intervención de los componentes de SSEE y SAD el equipo del programa junto a la o el Gestor de caso de cada díada, deberán analizar la situación de cada persona beneficiaria para tomar una de las siguientes decisiones:

a) Continuidad: A partir del análisis de caso realizado por el equipo (el cual debe ser registrado por la o el Gestor de Caso en el acta correspondiente) y siempre que la PSDF mantenga un nivel de dependencia moderada o severa, se dará continuidad a la intervención por un nuevo ciclo de 12 meses, mediante la firma de un nuevo Plan de Cuidados. Para ello, las y los profesionales responsables de las distintas intervenciones deberán considerar la evaluación final realizada desde cada disciplina y retomar el proceso de intervención de acuerdo con las necesidades y objetivos definidos para la díada.

b) Egreso: existen dos alternativas para realizar el egreso

- Cuando el nivel de dependencia es leve o inexistente, según el análisis del caso.
- Cuando se instalan capacidades en el hogar que permitan una mayor corresponsabilidad en los cuidados, generando una disminución de la sobrecarga, cuando se logra mayor nivel de autonomía y/o autovalencia en las personas con dependencia o cuando las díadas logran integrarse activamente en la comunidad y en la red de servicios locales.

Respecto a los egresos, es fundamental asegurar que los avances y capacidades instaladas en las díadas sean sostenibles a largo plazo. No se puede dar egreso a ninguna díada que aún se encuentre en una etapa inicial de intervención o que no haya cumplido con los criterios previamente establecidos.

Para declarar el egreso, el equipo debe completar el instrumento PC N°12 Informe final o de egreso, el cual contiene: antecedentes de la díada, año de ingreso, intervenciones realizadas, servicios entregados, recomendaciones del equipo, entre otros ámbitos relevantes.

Independiente de la decisión sobre continuidad o egreso del programa, el equipo debe informar a la Red sobre el resultado de esta etapa.

4.4.7 Término de la participación en el programa

El término o suspensión de la participación de una díada puede producirse durante cualquier etapa del proceso de acompañamiento, por lo que la participación de la o el Gestor de Caso resulta relevante para resguardar el seguimiento, análisis y registro oportuno de la situación. Para estos efectos, se deberá utilizar el **instrumento PC N°11 “Término o suspensión de participación”**, el cual permite respaldar formalmente la causal de término o suspensión, las acciones realizadas por el equipo y los acuerdos adoptados con la díada, cuando corresponda. A continuación, se entregan recomendaciones y lineamientos para orientar este procedimiento.

4.4.8 Renuncia voluntaria

Las personas beneficiarias tienen el derecho de decidir sobre su permanencia en el programa o renunciar voluntariamente a su participación (PC N°05) en cualquier momento de la intervención. Sin embargo, esta decisión no debe tomarse de manera automática. El equipo, junto con la o el Gestor de Caso, debe analizar las razones detrás de la renuncia y, en caso de ser necesario, realizar los ajustes internos pertinentes o coordinar con las personas integrantes de la Red si el origen de la decisión está en factores externos.

La experiencia en la práctica ha evidenciado que muchas dinámicas de cuidado están profundamente arraigadas y naturalizadas, por lo que la intervención de profesionales de PRLAC en el hogar puede generar cambios en una organización que ha funcionado de la misma manera durante años. Por ello, es esperable que, en un primer momento, las personas beneficiarias experimenten rechazo, dudas o aprensiones ante la propuesta de servicios que se desarrollan en el domicilio de la díada o en la comunidad.

Es fundamental que los equipos profesionales identifiquen estas situaciones y realicen las adecuaciones necesarias para sensibilizar sobre la importancia de los servicios ofrecidos por el programa. El desafío radica en el análisis situacional y en las estrategias que cada equipo implemente para abordar estas resistencias.

La o el Gestor de Caso de cada díada será responsable de liderar este proceso, recopilando todos los antecedentes y documentación generada, incluyendo los registros de incidencias.

4.4.9 Traslado de la díada a otra comuna

a) A una comuna sin el programa: cuando se produzca esta situación, la o el Encargado de la Red Local de la comuna de origen debe abordarlo en conjunto con su contraparte de la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia (Seremi), con el objetivo de validar si en la comuna de destino existe el programa y si no existe dar término a la participación de la díada en PRLAC. No obstante, el equipo comunal debe elaborar un informe del proceso y entregarlo a la contraparte regional quien tomará contacto con la nueva comuna para exponer el caso y vincular a la familia con la nueva red municipal de servicios.

b) A una comuna con el programa: de acuerdo con datos reportados desde la ejecución del programa, se evidencia que hay un porcentaje menor de cambios de domicilio. No obstante, es un hecho que debe ser orientado con un procedimiento claro, ya que esta situación da cuenta de los cambios y acuerdos familiares. En estos casos, se deben realizar las siguientes acciones:

- La o el Encargado de la Red Local de origen en conjunto con la contraparte regional, debe tomar contacto con la o el Encargado de la Red Local y contraparte regional de destino. En esta comunicación es necesario plantear la situación, describiendo el caso de manera general e indicar los datos relevantes: la fecha del traslado, datos de contacto y nueva dirección.
- La o el Encargado de la comuna de origen debe realizar el cambio de comuna en el Sistema de Registro PRLAC, proceso en el cual debe adjuntar el informe del caso (información mínima a contener: caracterización familiar, nivel de dependencia, resumen de las prestaciones entregadas, fecha de ingreso al programa y principales características del hogar) y escanear los antecedentes de la familia: Instrumento de validación, Plan de Cuidados y servicios entregados dejando los originales en respaldo y resguardo de la comuna de origen.
- Independiente de la cobertura activa presente en la comuna de destino, el equipo debe hacer ingreso de la díada al programa y velar, dentro de las posibilidades, por la continuidad de las prestaciones acordadas en el Plan de Cuidados. No es necesario aplicar una nueva evaluación hasta la fecha que corresponda.
- Si es necesario agregar nuevos servicios, se debe utilizar el formato Actualización Plan de Cuidados (PC N°09).
- La o el Encargado de la comuna de destino debe realizar una visita domiciliaria una vez que la díada se encuentre habitando el nuevo domicilio. Las actividades de esta visita son:
 - Realizar el encuadre con la díada y presentar al nuevo equipo de trabajo.
 - Acordar con la díada los horarios de atención y fecha de inicio.
 - Evaluar, según el nuevo contexto en el que se encuentra la díada, si se requieren ajustes al Plan de Cuidados (para agregar o retirar servicios, según corresponda).
 - Vincular a la díada a los servicios locales (inscripción en nueva red de salud local, beneficios sociales, educación, etc.).

4.4.10 Término por incumplimiento

En caso de que las personas beneficiarias activas del programa interrumpan el desarrollo regular del servicio, el equipo del PRLAC deberá evaluar dichas incidencias.

Esta situación puede presentarse, entre otras, en los siguientes casos:

- Incumplimiento de horarios de sesiones de intervención de forma recurrente.
- Maltrato hacia las/los coordinadores, profesionales, o asistentes de cuidados o cualquier integrante del equipo.
- Modificar o falsear información relevante que es de utilidad para la intervención.

Si alguna de estas situaciones ocurre, el equipo debe registrarlo en el instrumento Registro de incidencias (PC N°17), realizar un reencuadre con la familia y, si es necesario, firmar un nuevo documento de compromiso (se puede utilizar el formato de acta), que respalde el acuerdo. Si las situaciones o incidencias se dan en un número superior a tres veces, el equipo PRLAC debe evaluar la permanencia de la díada en el programa.

Para terminar el servicio por incumplimiento, el procedimiento es el siguiente:

- El/la profesional o asistente de cuidados debe registrar los incumplimientos en el documento denominado Registro de incidencias (PC N°17).
- Cada incidente debe ser abordado con la persona encargada de red o coordinación de componente.
- La coordinación debe efectuar las acciones de encuadre con las personas beneficiarias, con el objetivo de que la situación cambie y el servicio se pueda ejecutar de forma regular.
- Ocurridas tres incidencias¹¹, el equipo debe evaluar el término del programa por los motivos descritos en los respaldos de las incidencias y los encuadres realizados por el/la coordinador/a.
- Validado el término, la coordinación debe generar un informe y luego realizar una visita domiciliaria para informar a la díada acerca de la decisión de realizar el término por los motivos descritos.
- El informe se debe archivar en la carpeta del hogar y proceder a reemplazar el cupo disponible.
- La o el Gestor de Caso debe ingresar el término en el Sistema de Registro PRLAC.

4.4.11 Suspensión de la participación en el programa

La suspensión (PC N°11) es la detención **temporal** del proceso de intervención de la díada, la cual puede ocurrir en cualquier momento de la intervención, y sus causas pueden ser planificadas o de forma inesperada por una contingencia.

Es importante señalar que la suspensión solo se activa si la díada en su conjunto tiene dificultades para mantenerse activa en el programa. En los casos donde solo una de las dos personas que conforman la díada presenta la necesidad de suspensión de los servicios, el equipo debe evaluar dar continuidad a la entrega de los servicios de la persona que se mantiene activa. Las posibles razones para suspensión son las siguientes:

- Hospitalización,
- Cambio temporal de domicilio,
- Viaje de urgencia, otros.

La suspensión no puede superar los tres meses¹². Una vez entregada el alta médica, o habiendo regresado a su domicilio, el programa debe reevaluar la pertinencia de los objetivos de los servicios que se estaban entregando y contrastarlos con la situación actual, considerando las actuales indicaciones médicas, según corresponda (por ejemplo, en caso de que haya habido hospitalización), y se deben realizar los ajustes correspondientes al Plan de Cuidados para dar continuidad a las prestaciones requeridas por la díada.

.....

¹¹ La cantidad de incidencias requeridas para dar término a la participación de una díada en el programa es relativa y dependerá de la gravedad del hecho. Hay incidencias que no darán origen al término, mientras que hay otras que por su gravedad, basta con una para dar término a la participación.

¹² Esta temporalidad puede evaluarse dependiendo del caso.

4.4.12 Fallecimiento de la persona en situación de dependencia o de la persona cuidadora principal

Debido a las características de las personas beneficiarias, existe una tasa de fallecimiento anual cercana al 20% de los casos. Esta situación conlleva al acompañamiento de las familias por parte de los referentes del PRLAC.

El fallecimiento de una de las dos personas que conforman la díada no es motivo para el término de la participación en el programa, sino para fortalecer o redefinir la intervención.

Se sugiere que el seguimiento en este proceso sea realizado por la o el Gestor de Caso de la díada, considerando que corresponde al profesional que ha mantenido la comunicación y ha consolidado un vínculo de confianza con la familia durante su trayectoria en el programa.

El seguimiento debe abordar la contención emocional si correspondiera, así como los aspectos emocionales asociados al proceso de duelo y/o aquellas necesidades concretas que puedan surgir en esta etapa. Por ejemplo, articulación con apoyo social municipal para la gestión de servicios funerarios u otras ayudas de emergencia.

Respecto del impacto que estas situaciones pueden generar en el equipo PRLAC, es importante generar espacios de contención, reflexión y acompañamiento emocional para el equipo cuando se requiera.

A continuación, se presentan algunas consideraciones para tener en cuenta ante esta situación.

Consideraciones ante el fallecimiento de la persona cuidadora principal

En caso de fallecimiento de la persona cuidadora principal, el equipo podría considerar la necesidad de intensificar temporalmente el SAD, aumentando la cantidad de horas, días o frecuencia de las prestaciones, con el objetivo de resguardar la continuidad de los cuidados y acompañar el proceso de reorganización familiar y comunitaria.

En aquellos casos en que la PSDF no participe del componente SAD, se podría considerar su incorporación al servicio, tomando en cuenta el nuevo escenario de vulnerabilidad y necesidad de apoyos.

Del mismo modo, el equipo deberá revisar y reformular los objetivos y estrategias definidos en las intervenciones profesionales, adecuando temporalmente el proceso de acompañamiento a las necesidades emergentes de la PSDF y su entorno.

La PSDF podrá mantenerse en el programa durante los ciclos de intervención que resulten necesarios, mientras se mantengan los criterios de ingreso (dependencia funcional moderada o severa).

Consideraciones ante el fallecimiento de la persona en situación de dependencia funcional

En caso de fallecimiento de la persona en situación de dependencia funcional, los servicios dirigidos a la persona cuidadora principal podrán continuar temporalmente, adecuando sus objetivos de intervención según corresponda.

El proceso de seguimiento y acompañamiento deberá evaluarse en función de las necesidades de la persona cuidadora y definirse mediante análisis técnico del equipo, promoviendo un cierre progresivo y oportuno de la intervención.

En este contexto, la prestación de psicología adquiere especial relevancia para el acompañamiento del proceso de duelo y adaptación a la nueva situación. Si la CP cuenta con esta prestación, se sugiere adecuar los objetivos de intervención hacia el acompañamiento del proceso de duelo.

En caso de que la persona cuidadora no cuente con esta prestación, el equipo podría considerar su incorporación si así lo requiere, para un proceso acotado y principalmente para levantar la necesidad de articulación con salud u otras redes.

En aquellos casos en que no exista pertinencia técnica o posibilidad de mantener prestaciones activas para la persona cuidadora principal, el equipo podrá definir un plan de seguimiento transitorio a cargo de la o el Gestor de Caso, que contemple acciones de orientación y articulación con la Red Local, mediante visitas domiciliarias, contactos telefónicos u otras estrategias pertinentes para el proceso de cierre de la intervención.

La continuidad de las prestaciones no podrá extenderse más allá de 6 meses posteriores al fallecimiento de la PSDF.

Finalmente, la coordinación con la Red de Salud resulta fundamental en aquellos casos donde el proceso de duelo requiera apoyo especializado. Se recomienda establecer articulación con dispositivos de Salud Mental de APS o nivel secundario (COSAM), cuando corresponda, para orientación técnica o derivación.

5. Instrumentos de registro metodológico para la intervención con las díadas

Los instrumentos de registro de las atenciones en domicilio son herramientas que permiten documentar, organizar y hacer un seguimiento adecuado de las intervenciones y cuidados proporcionados a las personas en sus hogares, especialmente en el contexto de la atención domiciliaria de personas en situación de dependencia funcional y sus cuidadoras principales.

Estos instrumentos son esenciales para garantizar que las intervenciones se realicen de manera adecuada y para poder hacer un seguimiento continuo de la evolución de las personas usuarias. Además, permiten mantener un registro formal de todas las acciones y decisiones tomadas en el proceso de atención.

En el marco de la “continuidad del cuidado”, la información cumple un rol importante en el traspaso de antecedentes y en el registro del historial de las intervenciones, en este contexto, la continuidad de la información hace referencia al uso de datos previos de una persona usuaria (ya recogidos por un/a otro/a) para su atención actual, lo cual es crucial para un proceso de atención fluido y continuo. El almacenamiento adecuado de estos datos, especialmente a través del historial almacenado en el Sistema de Registro PRLAC, es fundamental para garantizar que los datos estén disponibles cuando sea necesaria.

A continuación, se presentan y describen los instrumentos para esta etapa, los cuales serán utilizados por cada uno/a de los/las profesionales que realizan las intervenciones:

1) Carnet del Cuidado (PC N°10)

Es un instrumento que se entrega a las díadas al momento de la firma del Plan de Cuidados, cuyo propósito es facilitar el registro y la organización de información relevante tanto para la persona cuidadora como para la persona cuidada. Incluye datos clave como números de contacto de emergencia, un planificador de consultas de salud, un organizador de medicación y registro de vacunas.

Además, el carnet cuenta con un apartado destinado a documentar todas las prestaciones realizadas en el domicilio, no solo las del programa, sino también aquellas proporcionadas por la red local de servicios. Esto permite centralizar la información y contar con un histórico de las intervenciones realizadas, mejorando la comunicación entre programas y brindando mayor claridad a las díadas sobre su proceso de atención.

La o el Gestor de Caso es la persona responsable de supervisar el adecuado registro en el carnet y de orientar a las díadas en su correcto uso.

2) Registro de Campo Servicio de Atención Domiciliaria (SAD N°08)

Es el instrumento metodológico diseñado para registrar las intervenciones realizadas con las díadas. Cada asistente de cuidados debe documentar sus sesiones en el Registro de Campo SAD. Estas intervenciones se organizan a través del Plan de Apoyo, instrumento que establece las actividades pactadas con cada díada a partir de 30 prestaciones definidas en las Orientaciones Técnicas del SAD, para guiar el quehacer cotidiano de cada asistente en terreno.

Esta herramienta es **de uso individual** para las y los asistentes de cuidados, y está diseñada para facilitar el registro de las atenciones realizadas a las díadas. Cada cuaderno contempla espacio para el seguimiento de hasta 20 díadas, e incluye, para cada una de ellas, el Plan de Apoyo con las actividades acordadas y el registro sesión a sesión de las atenciones realizadas. La información consignada en el cuaderno servirá de base para su posterior ingreso al Sistema de Registro PRLAC de forma ordenada y oportuna.

3) Registro de Campo Servicios Especializados (SSEE N°09)

Es el instrumento metodológico creado para el registro de actividades realizadas por profesionales de los servicios de primer orden, ya sea kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional y psicólogo/a para documentar sus sesiones. Esto permite reducir el uso de papel y optimizar la organización de la información.

Este Registro de Campo, permitirá llevar un control detallado de las acciones realizadas en cada uno de los hogares que atienden, proporcionando un instrumento único para registrar tanto las actividades de apoyo directo a las personas en situación de dependencia funcional como las orientadas a las personas cuidadoras.

A través de este registro se busca no solo garantizar la realización de las actividades acordadas y su continuidad, sino que también otorgar un recurso práctico, transportable y ordenado para facilitar el posterior ingreso de la información al Sistema de Registro PRLAC.

6. Bibliografía

Aguilar, M., & Llobet, M. (2011). Integralidad, acompañamiento, proximidad, incorporación: el papel de los servicios sociales. Madrid: Fundación Luis Vives.

Camorro, P., & Razeto, A. (2016). Visita domiciliaria en Trabajo Social: ¿cómo la valoran y utilizan un grupo de estudiantes de la profesión? Santiago: Revista Trabajo Social, Pontificia U. Católica de Chile.

Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfiel, B., Adair, C., & McKendry, R. (2003). Continuity of Care: A Multidisciplinary Review. Reino Unido: British Medical Journal.

Martín Aranaga, I. (2018). Técnicas de Intervencion en Trabajo Social. . España: Ecampus Departamento de Sociología y Trabajo Social, Universidad País Vasco.

OMS. (2020). Atención Domiciliaria Integral (ADI): Más allá de la visita domiciliaria. Perú: Organziación Panamericana de la Salud

Raya, E., & Hernández, M. (2014). Acompañar los procesos de inclusión social. Del análisis de la exclusión a la intervención social. Bogotá: Revista Trabajo Social Universidad Nacional de Colombia.

Rossi, J., & Moro, J. (2014). Ganar Derechos. Lineamientos para la formulación de Políticas Públicas Basadas en Derechos. Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR.

PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

 **Chile
Cuida**
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

