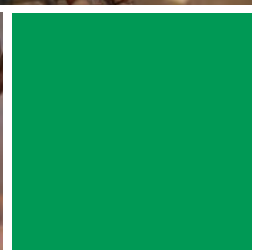
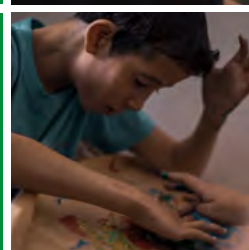
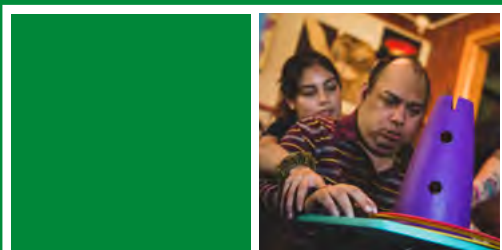


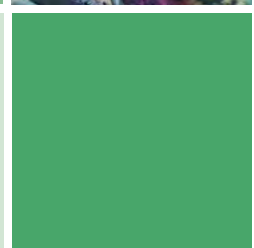
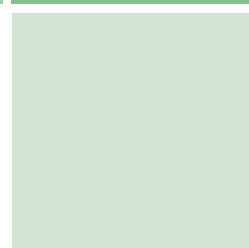
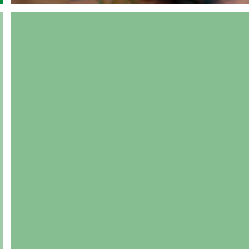
ORIENTACIONES TÉCNICAS

Componente N°3

Servicios Especializados



2026



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

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


Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

CONTENIDOS

1.	ANTECEDENTES	3
2.	DESCRIPCIÓN DEL COMPONENTE SERVICIOS ESPECIALIZADOS	5
	2.1. Objetivo General Componente Servicios Especializados	5
	2.2. Objetivos específicos	5
	2.3. Despliegue del Componente Servicios Especializados	6
3.	TIPOS DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS	9
	3.1. Servicios de primer orden	10
	3.2. Servicios de segundo orden	11
	3.2.1. Prestadores de servicios	12
	3.2.2. Insumos y especies de cuidado	16
	3.2.3. Ayudas técnicas y material didáctico, educativo o de estimulación de bajo costo	17
	3.2.4. Adaptaciones funcionales a la vivienda	19
	3.3. Servicios de tercer orden	19
4.	ETAPAS PARA EL DESPLIEGUE DE LOS SERVICIOS ESPECIALIZADOS	20
	4.1. Etapas 1: Evaluaciones especializadas por disciplina	21
	4.1.1. Descripción y objetivos de la Etapa	21
	4.1.2. Instrumentos de evaluación disciplinar en Psicología, Kinesiología y Terapia Ocupacional	21
	4.1.3. Actividades de la Etapa 1	24
	4.2. Etapas 2: Definición del ingreso a los servicios de primer orden y su estándar de atención	28
	4.2.1. Descripción y objetivos de la Etapa 2	28
	4.2.2. Actividades de la Etapa 2	29
	4.3. Etapas 3: Planificación e implementación de servicios	36
	4.3.1. Descripción y objetivos de la Etapa 3	36
	4.3.2. Actividades de la Etapa 3	37

1. Antecedentes

Las personas con dependencia funcional y las personas cuidadoras se enfrentan a desafíos significativos que, con frecuencia, evolucionan de forma crónica y progresiva, afectando diferentes ámbitos de su bienestar. Estas condiciones generan una amplia diversidad de necesidades de atención, que varían según las etapas del curso de vida, así como las particularidades asociadas a la dependencia funcional y las responsabilidades de cuidado. Comprender esta complejidad es fundamental para ofrecer respuestas integrales y adaptadas que consideren la naturaleza permanente y multifacética de su situación.

La experiencia acumulada en el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados ha permitido identificar y evidenciar las múltiples necesidades que surgen en el contexto de intervenciones con díadas de cuidado. Estas necesidades abarcan tanto el ámbito sanitario como el social, reflejando la importancia de un enfoque interdisciplinario que atienda las dimensiones físicas, emocionales y relacionales de la díada. Este enfoque es clave para garantizar intervenciones pertinentes y sostenibles que promuevan el bienestar y la calidad de vida de las personas cuidadoras y aquellas con dependencia funcional.

En esta línea el componente Servicios Especializados del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados otorga bienes y/o servicios especializados en dependencia funcional y sobrecarga, adaptados a las necesidades particulares de la díada y complementando la oferta local existente. A través de este componente, se espera promover la corresponsabilidad en el cuidado y mejorar la calidad de vida de personas con dependencia y sus cuidadoras/es, fortaleciendo la autonomía, funcionalidad y bienestar, mediante intervenciones integrales y contextualizadas. La experiencia de los equipos profesionales del programa ha permitido evidenciar la pertinencia y el impacto de tres servicios en el marco de la intervención con las díadas de cuidado: kinesiología, terapia ocupacional y psicología. Es por ello por lo que la reformulación del programa ha definido a estos tres servicios como la base del componente que estará presente en todas las comunas.

Según las cifras del Sistema de Registro PRLAC, del universo de las comunas que se encontraban en ejecución en 2024, el 56% de las personas con dependencia funcional recibía kinesiología, el 42% terapia ocupacional y el 23% psicología. En el caso de las personas cuidadoras, el 15% recibía kinesiología, el 8% terapia ocupacional y el 39% psicología.



La relevancia de esta triada de servicios especializados para personas con dependencia y sus cuidadoras/es radica en su capacidad para abordar de manera integral las diversas dimensiones del cuidado. Cada disciplina aporta herramientas específicas que no solo promueven la calidad de vida de las personas con dependencia, sino que también fortalecen el bienestar de las personas cuidadoras.

El presente documento tiene por objetivo entregar orientaciones para la implementación del componente Servicios Especializados y su actualización recoge la experiencia de profesionales del programa con años de experiencia en la intervención con díadas en sus territorios. Para ello, a fines del 2024, se llevó a cabo una jornada en la que participaron kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales y psicólogos/as de 11¹ comunas del país.

.....

¹ **Región de Coquimbo:** Los Vilos; **Región Metropolitana:** Independencia, Pedro Aguirre Cerda, Estación Central, Recoleta, Santiago y Quinta Normal; **Región de O'Higgins:** Rancagua; **Región de Valparaíso:** Putaendo, Casablanca; **Región de la Araucanía:** Loncoche. El equipo de la Municipalidad de Talcahuano colaboró con observaciones y ajustes al documento final.



2. Descripción del Componente Servicios Especializados

El Componente Servicios Especializados está diseñado para responder a las necesidades particulares de las personas con dependencia funcional y sus cuidadoras/es mediante la provisión de bienes y servicios que complementen la oferta local existente.

Este componente se fundamenta en la atención centrada en la persona, asegurando que las estrategias y acciones se adapten a las particularidades de cada persona beneficiaria, considerando su entorno, potencialidades, prioridades y experiencias. Reconoce la interseccionalidad como marco analítico que aborda las múltiples dimensiones sociales, culturales, políticas y económicas que atraviesan a las personas en situación de dependencia y a quienes las cuidan, asegurando proveer servicios pertinentes y oportunos.

La interdisciplinariedad es un eje clave, ya que las intervenciones integran la experiencia y los conocimientos de diferentes profesionales, como kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales y psicólogos/as, quienes trabajan de manera coordinada para desarrollar planes de intervención personalizados que respondan de manera efectiva a las necesidades de la díada.

Por último, este componente se espera que opere desde un enfoque comunitario, reconociendo la importancia de los contextos locales y el fortalecimiento de redes de apoyo. Se busca articular recursos y servicios existentes en el territorio para construir soluciones sostenibles y promover el bienestar colectivo, consolidando la corresponsabilidad como una práctica compartida entre la familia, la comunidad y los gobiernos locales.

2.1. Objetivo General Componente Servicios Especializados

Otorgar bienes y servicios especializados que se adapten a las necesidades particulares de la díada, complementando la oferta local existente.

2.2. Objetivos específicos

- **Realizar** evaluaciones especializadas por disciplina y analizar sus resultados de manera interdisciplinaria para comprender la situación de la díada.
- **Identificar** necesidades que orienten las intervenciones y la eventual activación de servicios de segundo orden, asociados a la entrega de especies, ayudas técnicas e insumos de cuidado que complementen las prestaciones especializadas, así como al mejoramiento del acceso y la seguridad al interior de las viviendas².
- **Articular** servicios de tercer orden con la red local, evitando duplicidad de atenciones y fortaleciendo la complementariedad en el abordaje de las necesidades de la díada.

.....

² Adaptaciones funcionales a la vivienda de bajo costo.

2.3. Despliegue del Componente Servicios Especializados

El componente se despliega en base a dos líneas de intervención desarrolladas, principalmente, en el domicilio de las personas beneficiarias, aquellas de primer orden que dicen relación con una estructura fija e inicial de servicios o apoyos profesionales orientados a la evaluación y abordaje de la dependencia funcional y los cuidados con un grado de complejidad mayor y más avanzado, a saber: kinesiología, terapia ocupacional o psicología. Estas intervenciones mantienen una frecuencia de atención o entrega quincenal y/o mensual, de acuerdo con el Plan de Cuidados y el Plan de Intervención personalizado establecido por especialidad.

Las prestaciones de segundo orden, en tanto, se enfocan en necesidades de otras especialidades, tales como fonoaudiología, nutrición, podología u otros, insumos como ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, artículos de aseo y cuidado, entre otros, que son definidas por los y las profesionales de Servicios Especializados durante todo el período de intervención.

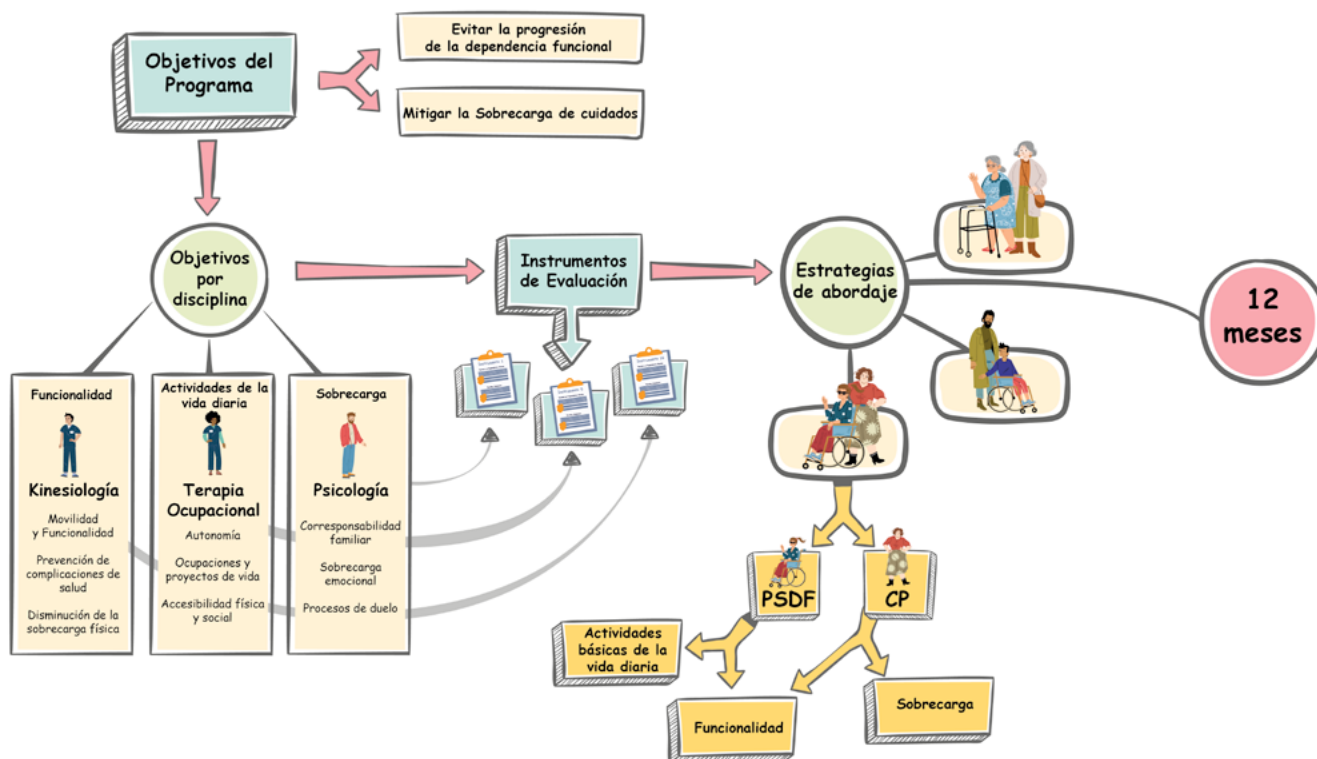
Un/a profesional del área sociosanitaria se encarga de liderar y organizar al equipo y desplegar el componente. Este rol incluye garantizar la coherencia y continuidad de las intervenciones, así como coordinar la integración de la oferta local en conjunto con la o el coordinador de la Red Local.

Es relevante considerar que la intervención de los Servicios Especializados se debe orientar directamente hacia los objetivos del programa, es decir, debe orientarse a evitar la progresión de la dependencia funcional y mitigar la sobrecarga de las personas cuidadoras.



A continuación, en la Figura 1, se expresa de manera gráfica la forma en que el componente aporta al logro de los objetivos del programa, tanto asociados a la dependencia funcional en personas que requieren cuidados y a la sobrecarga de cuidado en personas que cuidan.

Figura 1. Cumplimiento de objetivos del PRLAC a través del despliegue del Componente SSEE



Fuente: Elaboración propia Equipo Red Local de Apoyos y Cuidados, 2025.

En la Figura 1 se identifica cómo, a partir de los objetivos del programa, el área profesional de kinesiología aporta directamente en la funcionalidad y movilidad en personas que requieren cuidados, lo cual incide, a su vez, en la independencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Lo anterior, complementado con el área de terapia ocupacional y su abordaje en la autonomía, ocupaciones y rutinas. Por otro lado, el área de psicología impacta directamente en la salud mental, principalmente, de las personas cuidadoras que, habitualmente, presentan un nivel de sobrecarga emocional importante dada las labores de cuidado diarias. Del mismo modo, incide en la salud mental de las PSDF, en tanto se acompañan procesos emocionales asociados a la experiencia de dependencia, así como aquellos asociados al duelo y adaptación.

La forma en que todas estas áreas respaldan su intervención es a través de la aplicación de instrumentos y evaluaciones que, bajo una mirada interdisciplinaria e integral, recogen el perfil ocupacional y rutina diaria de la persona, el desarrollo de las actividades de la vida diaria, la sobrecarga por cuidados, su movilidad y funcionalidad, las complicaciones por la inmovilidad, equilibrio, marcha, memoria y otras áreas pertinentes, según las necesidades de cuidados y potencialidades de las cuidadas.

Los resultados de ese levantamiento nos entregarán características centradas en las personas beneficiarias que aportarán en la definición de los estándares de atención. Dichos estándares se relacionan con: a) el tipo de servicio a proveer, b) el momento oportuno en que inicia la intervención o nivel de urgencia que se le otorga a la entrega de ese servicio, c) frecuencia y d) número de atenciones pertinentes. Lo anterior, establecido en un período de 12 meses, con posibilidad de extensión según las necesidades de la dáda, tiene como objetivo generar resultados que contribuyan a un impacto positivo en su bienestar biopsicosocial.



3. Tipos de Servicios Especializados

A continuación, se detallan los tipos de servicios que contempla el componente: servicios de primer orden, servicios de segundo orden y servicios de tercer orden. El siguiente cuadro presenta un resumen de cada uno, para luego desplegar una descripción detallada en cada apartado.

Servicios de Primer Orden	Corresponden a intervenciones especializadas que abordan de manera directa las necesidades de la diada: • Kinesiología • Terapia Ocupacional • Psicología.
Servicios de Segundo Orden	Corresponden a servicios complementarios e insumos materiales de los siguientes tipos: • Fonoaudiología, nutrición, podología, peluquería, medicina ancestral, psicopedagogía, masoterapia, limpieza de caños, corte de leña, otros. • Insumos y especies de cuidado. • Ayudas técnicas, material didáctico, educativo o de estimulación de bajo costo. • Adaptaciones funcionales a la vivienda.
Servicios de Tercer Orden	Corresponden a prestaciones ofrecidas por la oferta local existente en el territorio, gestionadas por instituciones públicas, privadas y comunitarias. Estas prestaciones complementan las intervenciones especializadas (primer y segundo orden) al articular recursos ya disponibles en áreas relacionadas con salud, discapacidad, personas mayores, niñez, mujer y otros grupos vulnerables.

A continuación, se describe cada uno de ellos.

3.1. Servicios de Primer Orden

Los servicios de primer orden se definen como atenciones esenciales que constituyen la base del abordaje integral del programa. Consisten en intervenciones especializadas que inciden directamente en los ejes centrales del programa: la funcionalidad y sobrecarga física, la autonomía en actividades de la vida diaria (AVD), la sobrecarga y la contención emocional de la díada. Estas atenciones son realizadas por profesionales especialistas en áreas de kinesioterapia, terapia ocupacional y psicología.

Sus características principales son:

- Se enfocan en una evaluación exhaustiva y un abordaje integral de la situación de dependencia y los cuidados, considerando la funcionalidad física, ocupacional y el bienestar emocional de la díada, enfocándose en ambas personas beneficiarias.
- Tienen un grado de complejidad elevado, ya que requieren competencias técnicas y adaptadas a cada caso.
- Se desarrollan con una frecuencia mensual, según lo requerido por la persona y lo indicado por cada profesional³.
- Se desarrollan en el domicilio o en el contexto inmediato de la persona para garantizar que las intervenciones sean contextualizadas y ajustadas a las dinámicas cotidianas de la díada (PSDF y CP). Las atenciones pueden darse en el hogar, en los espacios públicos y/o comunitarios, respondiendo a la pertinencia del proceso de intervención.

Más adelante, en el punto 4 y anexo, se entregarán orientaciones específicas sobre estos servicios que darán respuesta a la forma en que se entregan, ámbitos de intervención, estrategias de abordaje y sus instrumentos de evaluación propios.

.....

³ El estándar de atención podrá considerar una mayor frecuencia de acuerdo con las necesidades particulares de la díada. Para ello, se debe revisar en detalle lo señalado en la Etapa 2 de Análisis Interdisciplinario de Casos, específicamente en la letra b) "Definición de estándares de atención de SSEE en base a las características de la díada".

3.2. Servicios de segundo orden

Los servicios de segundo orden se definen como prestaciones que se activan en la etapa de despliegue de los servicios de primer orden, y están orientados a suplir necesidades técnicas, prácticas y materiales que complementen las intervenciones de primer orden, promoviendo un entorno más accesible y adecuado para la atención de las personas con dependencia y sus cuidadoras. Estos servicios están disponibles sólo para el 50% de la cobertura total en cada comuna, con un presupuesto predefinido por persona. En caso de no utilizarse el presupuesto completo, es posible incrementar el porcentaje de cobertura.

Incluye las siguientes prestaciones, las cuales son definidas por el equipo de Servicios Especializados:

- Fonoaudiología, podología, nutrición, psicopedagogía, masoterapia, peluquería, medicina ancestral, limpieza de caños, corte de leña, otros.
- Insumos y especies de cuidado
- Ayudas técnicas, materiales educativos, didácticos y de estimulación de bajo costo
- Adaptaciones funcionales en la vivienda

Su implementación depende de un análisis previo de necesidades específicas, considerando factores como la urgencia, el nivel de dependencia y las características del entorno. Se ejecutan en paralelo al desarrollo del plan de intervención, ajustándose a los tiempos de compra y disponibilidad de recursos, anexándose como un servicio al Plan de Cuidados.

En el caso específico del recurso humano o prestadores de servicios, para diferenciarlas de las de primer orden, son atenciones que, si bien pueden tener un impacto positivo en la calidad de vida y en aspectos puntuales del proceso de cuidado, no inciden de manera directa, continua y transversal con los objetivos estructurales del programa.

Sus características son:

- Su evaluación e implementación es de carácter esporádico o acotado, con una cantidad limitada de sesiones anuales, determinadas según la pertinencia técnica y territorial identificada por el equipo SSEE.
- Están condicionados a la disponibilidad presupuestaria y se priorizan de acuerdo con factores culturales, climáticos, geográficos y sociales del territorio.
- Estos servicios se integran al Plan de Cuidados como apoyos complementarios, definidos en la etapa 5 del Modelo de Gestión (PRLAC N°01).

Estos servicios son considerados complementarios por las siguientes razones:

- Focalización temática: abordan aspectos específicos o situacionales (deglución, alimentación, estimulación cognitiva, higiene personal), que no inciden de forma transversal ni continua en todas las dimensiones de la dependencia.
- Aplicación esporádica o puntual: su frecuencia de intervención es limitada y responde a situaciones particulares, lo que dificulta sostener un impacto directo y constante en la progresión de la dependencia.
- Alcance indirecto en la sobrecarga del cuidado: si bien pueden aliviar molestias o mejorar aspectos del entorno o bienestar general, no ofrecen intervenciones estructuradas que contengan emocional o funcionalmente a la persona cuidadora.
- Su pertinencia es variable: depende en gran medida de factores culturales, territoriales o climáticos, lo que hace que su implementación no sea homogénea ni universal dentro del programa.

Por estas razones, se reconoce su valor como apoyos complementarios, pero no constituyen el eje principal del abordaje técnico del programa. Su incorporación al Plan de Cuidados debe responder a criterios de pertinencia técnica, disponibilidad presupuestaria y lectura territorial, definidos por el equipo SSEE.

A continuación, se entregan lineamientos para los servicios de segundo orden.

3.2.1. Prestadores de servicios

La estructura mínima para la contratación de prestadores de servicios complementarios en contexto de dependencia y cuidados supone criterios de pertinencia técnica tales como: a) la contratación debe responder a una necesidad identificada en el diagnóstico individual, establecido en la etapa de evaluación especializada (ej. presencia de riesgo nutricional, problemas de deglución, lesiones en pies, etc.), b) la indicación del servicio debe estar definida por el equipo profesional de SSEE mediante un informe técnico breve (ocupe de referencia el formato del Plan de Intervención de SSEE), con respaldo de la red de salud, c) se priorizarán intervenciones que complementen el plan de cuidados, evitando duplicidad de funciones y asegurando la articulación con los servicios de tercer orden.

La frecuencia y modalidad de atención está sujeta a que los servicios de segundo orden se definen por el tipo de necesidad:

- **Fonoaudiología:** se enfoca en la evaluación y tratamiento de alteraciones en la comunicación y la deglución. Aunque estas funciones son importantes, su impacto en la autonomía general y en la sobrecarga de la persona cuidadora es menos directo en comparación con las intervenciones mencionadas anteriormente, aquellas definidas como de primer orden. La fonoaudiología suele ser más efectiva cuando se integra en un enfoque interdisciplinario, donde otras disciplinas abordan aspectos más amplios de la funcionalidad y el bienestar. Por lo tanto, es posible considerarlo como un servicio de media jornada⁴ de acuerdo con las necesidades de las díadas.
- **Podología:** puede considerar entre 2 a 6 atenciones anuales aproximadamente por persona beneficiaria que lo requiera y no cuente con GES. Se espera que exista respaldo de indicación médica, acuerdo en acta de reunión bilateral con salud, supervisión desde salud o similar para estos casos, dada la complejidad del abordaje.
- **Nutrición:** puede considerar 3 sesiones por año, con posibilidad de ampliación si existe justificación técnica. Definidas por el modelo de salud como atenciones de segunda consulta, se espera que, previo a la entrega de la prestación, se haya realizado la articulación con la red de salud local correspondiente.
- **Otros servicios (peluquería, medicina ancestral, etc.):** definidos por pertinencia territorial.

Las prestaciones pueden ser individuales o grupales, y deben realizarse en el domicilio de la persona usuaria o en espacios comunitarios habilitados, según corresponda.

.....

⁴ Se podrá evaluar una jornada completa según las necesidades y recursos territoriales disponibles.

Criterios para el fortalecimiento de la oferta de Servicios Especializados según la realidad territorial⁵

La estructura de los Servicios Especializados de primer orden responde a una definición técnica orientada a garantizar el cumplimiento de los objetivos del programa y la integralidad de las intervenciones dirigidas a las diádas. No obstante, de acuerdo con la Resolución N°2 del año 2026, que indica: *“De acuerdo con la realidad territorial, se podrá subdividir la jornada de un profesional en dos medias jornadas o solicitar una modificación en la composición del equipo de prestaciones de primer orden, con el objeto de fortalecer un servicio ausente como, por ejemplo, el de fonoaudiología o uno ya asignado por tramo, tales como los de kinesiología, terapia ocupacional y psicología. Para lo anterior, el convenio de transferencia deberá contener el procedimiento para la solicitud y aprobación de la modificación de la jornada o de la composición del equipo”*, se reconoce que las brechas de oferta existentes en los territorios pueden generar necesidades específicas que justifiquen fortalecer determinadas disciplinas o incorporar apoyos complementarios que permitan responder de manera más pertinente a la realidad local.

En este contexto, los equipos podrán proponer el fortalecimiento de una disciplina ya contemplada en la estructura del equipo, o la incorporación excepcional de otra disciplina que no forme parte de ella (por ejemplo, fonoaudiología), siempre que dicha decisión se encuentre debidamente fundamentada en un análisis territorial que evidencie brechas objetivas de acceso, insuficiencia de cobertura o ausencia de oferta institucional para la población usuaria del programa.

Esta flexibilidad deberá resguardar, en todo momento, el cumplimiento de los objetivos del PRLAC y los ámbitos de acción definidos para los Servicios Especializados, evitando que la modificación de la composición del equipo comprometa las capacidades mínimas requeridas para el desarrollo del modelo de intervención. En consecuencia, las disciplinas definidas como parte de la estructura base continúan siendo prioritarias para asegurar la implementación del programa.

El fortalecimiento de una disciplina o la incorporación de nuevas prestaciones no debe traducirse en la generación de procesos de atención indefinidos, centrados exclusivamente en la provisión de prestaciones individuales o en la sustitución de funciones propias de otros sectores. Toda intervención deberá responder a objetivos claramente definidos dentro del Plan de Intervención, contar con criterios de egreso, establecer resultados esperados y ser objeto de seguimiento y evaluación, de manera que contribuya efectivamente a la autonomía, funcionalidad, bienestar o sostenibilidad de los cuidados.

La contratación de disciplinas adicionales deberá sustentarse en el criterio técnico de los equipos y en evidencia territorial que demuestre que la necesidad identificada no puede ser abordada oportunamente por la oferta existente, manteniendo siempre un equilibrio entre la respuesta a las necesidades locales y la preservación del diseño programático del PRLAC.

.....

⁵ De acuerdo a lo planteado en la Resolución N° 2 que modifica resolución N° 5, de 2025, de la Subsecretaría de Servicios Sociales, que establece la forma de ejecución de los recursos, incluidos los componentes del programa y beneficiarios de la asignación 24-03-351 “Red Local de Apoyos y Cuidados”, en Subetapa 2, en la letra d, cuarto paso “Determinación de los costos del programa”, III Servicios Especializados, punto 1 Contratación de Recursos Humanos, “Profesionales de Primer Orden (Kinesiólogos/as, Terapeutas Ocupacionales, Psicólogos/as): la cantidad de profesionales se calcula bajo el siguiente criterio”.

Es importante señalar que la incorporación o fortalecimiento de determinadas disciplinas **no exime, en ningún caso, de la responsabilidad de desarrollar acciones permanentes de articulación intersectorial** con la red de salud y los demás programas o servicios competentes. La respuesta a las necesidades de las personas y sus cuidadores/as debe continuar sustentándose en la complementariedad entre instituciones y en la activación de la oferta pública disponible, evitando que el PRLAC sustituya prestaciones que corresponden a otros dispositivos.

En este sentido, uno de los roles estratégicos del PRLAC consiste en generar evidencia sobre las necesidades de las díadas de cuidados y las brechas existentes en los territorios, contribuyendo a visibilizar las barreras que enfrentan las familias cuidadoras para acceder a servicios pertinentes y oportunos. Esta información debe constituirse en un insumo para el trabajo de las instancias de articulación territorial e intersectorial, promoviendo que los distintos programas y servicios ajusten progresivamente sus estrategias, modalidades de atención y mecanismos de acceso a las características y necesidades de esta población.

Lo anterior no implica que el PRLAC sea responsable de modificar la oferta de otros sectores, sino que, desde su experiencia territorial y su rol articulador, actúe como un agente promotor de mejoras en la coordinación interinstitucional, favoreciendo una mayor convergencia, pertinencia y continuidad de las respuestas dirigidas a las personas con dependencia funcional y sus personas cuidadoras.

En conclusión:

1. Puede existir flexibilidad en la conformación de equipos de SSEE, pero excepcional y justificada.
2. Se debe reguardar el modelo del PRLAC, manteniendo la estructura base como prioritaria.
3. No se sustituye la oferta sectorial, por lo que se debe evitar que el programa asuma funciones permanentes de salud u otros sectores.
4. Mantener un rol articulador e incidente del PRLAC, utilizando la evidencia territorial para impulsar mejoras en la pertinencia y coordinación de los servicios hacia las familias cuidadoras.

El último punto es especialmente relevante, ya que posiciona al programa no solo como prestador de apoyos, sino también como un actor estratégico dentro del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

Sobre la intensidad de los apoyos:

La flexibilidad en la conformación de los equipos y la complementariedad de los Servicios Especializados no implica que todas las personas usuarias o díadas de cuidados deban recibir simultáneamente la totalidad de las prestaciones disponibles como un estándar único de atención. La definición de los apoyos requeridos deberá responder a la evaluación integral, a los objetivos establecidos en el Plan de Cuidados, así como en el Plan de Intervención y a las necesidades priorizadas de cada situación. En consecuencia, la asignación de prestaciones deberá equilibrar las necesidades identificadas con la capacidad operativa del equipo, resguardando tanto a los equipos técnicos como la calidad, oportunidad y sostenibilidad de las intervenciones.

En este marco, la intensidad de los apoyos deberá ajustarse tanto a la complejidad de las necesidades como a la capacidad instalada de los equipos, evitando la sobreasignación de prestaciones o la prolongación de intervenciones que no aporten valor al logro de los objetivos definidos. Del mismo modo, los equipos deberán organizar su gestión procurando que cada profesional **no exceda las 80 atenciones mensuales en territorios con baja dispersión geográfica**, entendidos como aquellos en que el tiempo promedio de traslado entre un domicilio y otro no supera los 30 minutos. En el caso de territorios con alta dispersión geográfica, donde los tiempos de desplazamiento entre domicilios son superiores a 30 minutos, **la carga máxima recomendada será de 60 atenciones mensuales, procurando mantener un promedio general cercano a 60 atenciones por profesional jornada completa**. Estos parámetros buscan resguardar tiempos suficientes para el desarrollo de las funciones propias de los Servicios Especializados, incluyendo la evaluación, planificación, gestión de casos, coordinación intersectorial, seguimiento y cierre de los procesos de intervención.

Lo anterior mantiene la lógica de que **la atención es diferenciada**, no existe un paquete estándar de prestaciones que deba entregarse a todos los hogares y **la intensidad de la intervención debe ser proporcional a las necesidades y a la capacidad del equipo**, resguardando la calidad técnica y evitando tanto la sobreintervención de algunas familias como la disminución de cobertura hacia otras. Esto se alinea con el enfoque de gestión de casos del PRLAC, donde la asignación de apoyos se basa en criterios de pertinencia, priorización y uso eficiente de los recursos disponibles.

Procedimiento para la solicitud y aprobación de modificaciones en la jornada o composición del equipo de Servicios Especializados

Paso 1. Identificación de la necesidad

El equipo comunal identifica la necesidad de modificar la jornada de una disciplina o la composición del equipo de Servicios Especializados, a partir de un análisis técnico que evidencie brechas en la atención, cambios en la demanda, características del territorio o insuficiencia de la oferta disponible, fundamentado en antecedentes objetivos.

Paso 2. Elaboración de la justificación técnica

El ejecutor deberá elaborar un informe que contenga, al menos:

- Descripción de la situación que motiva la solicitud;
- Análisis de la demanda y perfil de las personas usuarias;
- Brechas de oferta existentes en el territorio y evidencia de gestiones realizadas con la red intersectorial para abordar la necesidad;
- Propuesta de modificación (aumento o disminución de jornada, incorporación o fortalecimiento de una disciplina) y cómo la modificación contribuirá al cumplimiento de los objetivos del programa;
- Planificación de las prestaciones que desarrollará la nueva jornada o disciplina y período de vigencia.

Debe subir la propuesta a SIGEC para revisión y visto bueno de la persona encargada regional.

Paso 3. Visto bueno regional

La contraparte regional revisará los antecedentes técnicos y verificará que la solicitud es coherente, responde a las necesidades territoriales objetivamente identificadas, que no implique sustituir prestaciones que corresponden a otros sectores, y sea coherente con la cobertura comprometida y la disponibilidad presupuestaria.

De ser necesario, podrá solicitar antecedentes adicionales o formular observaciones antes de dar visto bueno.

Paso 4. Aprobación o rechazo de la solicitud

La aprobación o rechazo será formalizada por el nivel regional mediante SIGEC. Ninguna modificación podrá implementarse antes de contar con la autorización correspondiente.

Paso 5. Implementación y seguimiento

Una vez autorizada la modificación, la contraparte regional deberá monitorear el cumplimiento de los objetivos que fundamentaron la modificación, quien podrá solicitar antecedentes para verificar que la modificación haya generado los resultados esperados y que continúe siendo pertinente.

Criterios para la aprobación

Las solicitudes serán evaluadas considerando:

- Existencia de una brecha territorial objetiva y documentada;
- Coherencia con los objetivos del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados;
- Mantención de la capacidad interdisciplinaria del equipo;
- Complementariedad con la red intersectorial existente;
- Definición de objetivos, resultados esperados y criterios de egreso;
- Equilibrio entre demanda, cobertura y capacidad operativa del equipo;
- Resguardo de los estándares de calidad.

3.2.2. Insumos y especies de cuidado

La entrega de insumos o especies se enmarca en la vulnerabilidad socioeconómica vinculada al cuidado y toma importancia toda vez que se complementan con los servicios profesionales que permiten intervenir de manera integral, resguardando la dignidad de la persona y enfoque de derechos. Si bien, algunas de las especies probablemente son cubiertas por programas sociales presentes en la municipalidad, a través de este tipo de servicio, es posible aportar al cumplimiento de la necesidad.

Esta prestación contempla la entrega de un conjunto de objetos, distribuidos en dos tipos: artículos de uso personal y artículos para la vivienda. Es importante subrayar que la necesidad de los objetos que se adquieran para esta prestación debe estar directamente relacionada con el contexto de la dependencia, por lo tanto, es preciso evitar comprar un conjunto (o kits) de productos homologables para todas las personas beneficiarias del programa, ya que la necesidad de la dependencia es particular y dinámica en el tiempo.

Para la compra o adquisición de insumos o especies, se debe utilizar el documento Control de Stock (SSEE N°01) para todos los productos que se adquieran (“entrada”), los que se utilicen o entreguen (“salida”) y aquellos disponibles en inventario en oficina PRLAC (“stock”).

A continuación, se describen los insumos o especies que se adquieren en el componente:

- **Artículos de uso personal:** artículos de aseo personal (pastas de dientes especiales, shampoo para lavado en seco, jabón gel, peine adaptado), artículos de cuidados (gasa, algodón, alcohol, cremas antiescaras o especiales), indumentaria (ropa interior, ropa de abrigo, calzado, pijama), alimentación complementaria (Ensure, Pediasure, Glucerna)⁶, pañales y/o sabanillas.
- **Artículos para la vivienda:** artículos de aseo para el hogar (limpia pisos, mopa o escobillón, paños de limpieza, desinfectante, cloro), equipamiento para la vivienda (implementos de cocina ajustados en altura, mobiliario con escotaduras).

3.2.3. Ayudas técnicas y material didáctico, educativo o de estimulación de bajo costo

Este servicio contempla la compra de ayudas técnicas y material complementario a los servicios profesionales, tales como material didáctico y/o educativo, material de estimulación, otros.

Las ayudas técnicas corresponden a implementos, sistemas o equipos fabricados especialmente para mejorar la funcionalidad y movilidad de las personas, aportando en sus niveles de autonomía. Se recomienda revisar a modo de referencia el Listado de Ayudas Técnicas y Tecnologías de Apoyo (2026) que presenta las ayudas técnicas entregadas por las diferentes instituciones del estado, la legislación vigente que rige su entrega y sus respectivas vías de acceso⁷.

Cabe mencionar que el programa solo financia ayudas técnicas de bajo costo cuya provisión no esté asegurada por otras instituciones del Estado.

a) Ayudas técnicas de bajo costo

La compra supone cualquier producto externo (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricado especialmente y cuya principal finalidad sea mantener o mejorar la independencia y funcionamiento de las personas y, por tanto, su participación en la sociedad. Estos productos se emplean también para prevenir déficits en el funcionamiento y afecciones secundarias.

.....

⁶ La entrega de alimentación complementaria debe contar con indicación o respaldo de un/a profesional de salud como médico/a o nutricionista, pudiendo ser también validada por otros profesionales de atención primaria del área (como enfermería) Es importante mencionar que no corresponde a una función de un profesional de segundo orden realizar este diagnóstico e indicación.

⁷ El listado se encuentra disponible en <https://www.senadis.gob.cl/descarga/i/8087>

Podrán adquirir elementos: antiescaras, ortésicos, para la marcha, de apoyo visual, de posicionamiento, de transferencia, de rehabilitación, para la vida diaria y accesibilidad, entre otros. Algunos de los más comunes son: bastón, andador, silla de ruedas estándar, silla de ducha, lavapelo, barras de apoyo, alza WC, baño portátil, etc. También incluye la confección de ayudas técnicas, elementos ortésicos y asistencias tecnológicas de bajo costo y alta efectividad para apoyar el desempeño en las actividades de la vida diaria, además del servicio de reparación o mantenimiento de estas.

La compra de ayudas técnicas con presupuesto del programa se justifica toda vez que no sea cubierta por la Red Local, ya sea GES, ventana de postulación del Servicio Nacional de la Discapacidad u otra entidad similar, pública o privada. Por lo tanto, si se indica la necesidad de ayuda técnica, el equipo debe realizar las gestiones pertinentes con la Red Local para cubrirla y, si debido a diversos factores no se logra, el/la coordinador/a de SSEE debe respaldar y justificar la compra con presupuesto del programa, utilizando como medio de verificación el comprobante de rechazo a la postulación, el certificado de falta de stock en APS u otro similar.

Toda adquisición de ayuda técnica sea a través de la Red Local o del programa, incluye la prescripción médica y el proceso de entrenamiento de la misma a cargo de un/a profesional capacitado/a, generalmente kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional o fonoaudiólogo/a, según corresponda. Para ello, es necesario definir un mínimo de sesiones (dos a tres) que garanticen un buen uso de la ayuda técnica. Respecto del análisis de la oferta local en materia de ayudas técnicas, en el documento Orientaciones para la compra de Ayudas Técnicas (SSEE N°02) se describen las alternativas y líneas de acción.

b) Material didáctico, educativo o de estimulación de bajo costo

La compra del material didáctico viene a cubrir la necesidad de ocupar implementos que permitan complementar y mejorar las atenciones de los y las profesionales en los domicilios, de forma de prevenir la progresión de la dependencia y mitigar la sobrecarga física u otras complicaciones en el contexto de cuidados, aumentando la percepción de calidad de vida de las personas beneficiarias.

El tipo de material dependerá del uso que se le otorgue en el proceso de intervención, es decir, se podría adquirir material para trabajar habilidades tanto cognitivas, como físicas, sensoriales, sociales y emocionales. No es aplicable la compra de un set de estimulación para cada persona usuaria. Para el equipo de profesionales, se podrían adquirir, por ejemplo, colchonetas, conos, ejercitador de dedos, mancuernas, cuerdas de ejercicio, tarjetas de emociones, balones terapéuticos, memorice, juego de patrones y encajes, tableros para ejercitar las actividades de la vida diaria, masas terapéuticas, goma EVA u otros justificados.

c) Cartillas educativas para el cuidado

Las cartillas educativas contienen información práctica sobre procedimientos de cuidado y autocuidado, material de utilidad para el abordaje en los domicilios, donde los/las profesionales de SSEE apoyan y acompañan en su uso. En formato digital se encuentran disponibles en la web del programa:

<https://apoyosycuidados.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fichas-educativas>

3.2.4. Adaptaciones funcionales a la vivienda

Las adaptaciones que el programa propone son soluciones prácticas y materiales que se realizan en la vivienda de la dáda y están asociadas principalmente al ámbito de accesibilidad física, tendientes a facilitar el desplazamiento y el desempeño funcional para desarrollar las actividades de la vida diaria, aportando así a la percepción de calidad de vida, independencia y autonomía, previniendo la progresión de la dependencia y mitigando la sobrecarga física en personas cuidadoras.

En el documento Estándares técnicos ADAPTA (SSEE N°03) se encuentran las especificaciones para el desarrollo y ejecución de este servicio, donde se describen algunas de las adaptaciones que son posibles de financiar, tales como nivelación de pisos, cambios de tina por receptáculo, pasamanos de pasillos, rampas de acceso, ensanchamiento de puertas, entre otros.

Si bien, la pauta de evaluación ADAPTA (SSEE N°03.1) incluye también el levantamiento de necesidades vinculadas a seguridad en la vivienda (revestimiento, conexiones, electricidad, otros), para el abordaje de este tipo de necesidades es fundamental la articulación con la Red Local, dado que el programa financia principalmente lo relativo a accesibilidad.

3.3. Servicios de tercer orden

Los servicios de tercer orden son prestaciones ofrecidas por la oferta local existente en el territorio, gestionadas por instituciones públicas, privadas y comunitarias. Estas prestaciones complementan las intervenciones especializadas (de primer y segundo orden) al articular recursos ya disponibles en áreas relacionadas con salud, discapacidad, personas mayores, niñez, mujer y otros grupos vulnerables. Su objetivo principal es ampliar el alcance y sostenibilidad de las intervenciones, optimizando el uso de los recursos locales y fortaleciendo la red de apoyo comunitaria.

Los servicios de tercer orden permiten:

- Optimizar los recursos existentes y evitar duplicidad en las intervenciones.
- Fortalecer la red de apoyo local y la corresponsabilidad comunitaria en los cuidados.
- Mejorar la cobertura y sostenibilidad de los programas dirigidos a personas con dependencia funcional y sus cuidadoras.
- Garantizar un enfoque integral que abarque todas las dimensiones del cuidado y el bienestar.

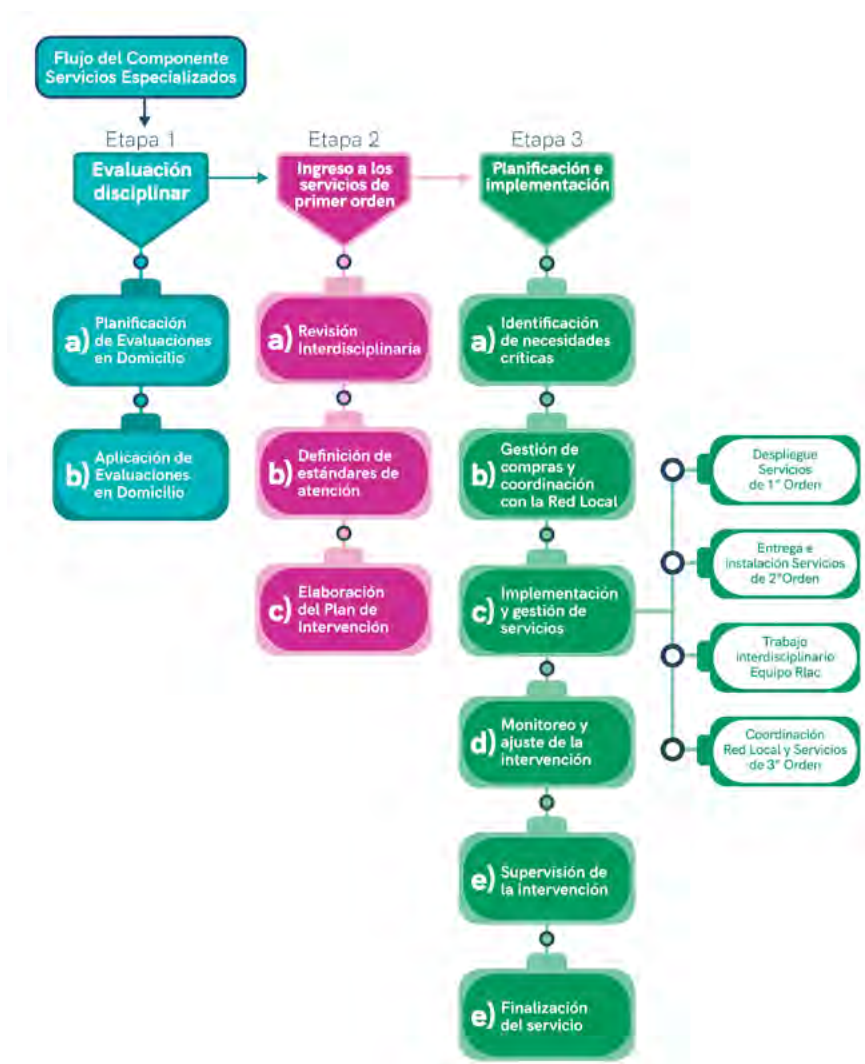
Estos últimos (de tercer orden), se encuentran referidos de manera detallada en el Componente Plan de Cuidados.

En síntesis, este apartado presentó una descripción de las tres órdenes de servicios con el objetivo de clasificar las diferentes prestaciones que potencialmente puede entregar el programa y aquellas que se gestionarían a través de la Red Local. De este modo, se entrega un marco de referencia para la construcción de planes de intervención personalizados y ajustados a la realidad de cada dáda. A continuación, se entregan lineamientos procedimentales para las intervenciones de los servicios de primer y segundo orden.

4. Etapas para el despliegue de los Servicios Especializados

A continuación, se presenta un flujo de procesos con tiempos estimados y etapas para la implementación de las evaluaciones y servicios especializados en el marco del programa. El flujograma considera las principales etapas en el proceso de evaluación y despliegue SSEE.

Figura 2. Flujograma



Fuente: Elaborado por Equipo PRLAC 2025

Este flujo cuenta con tres etapas. La primera está directamente relacionada con la planificación de visitas domiciliarias y la aplicación de instrumentos de evaluación o diagnóstico por disciplina. Posteriormente, la etapa 2 incluye la revisión interdisciplinaria de los casos a atender y la elaboración de planes de intervención de personas usuarias por especialidad. Finalmente, se concluye en la etapa 3 con el despliegue de las prestaciones, la identificación de los servicios de segundo y tercer orden, monitoreo y término del servicio.

A continuación, se describen cada una de las etapas.

4.1. Etapa 1: Evaluaciones especializadas por disciplina

4.1.1. Descripción y objetivos de la Etapa 1

Descripción	En esta etapa, los y las profesionales especializados de kinesiología, terapia ocupacional y psicología (servicios de primer orden) realizan evaluaciones específicas según su disciplina, profundizando en las necesidades y capacidades de cada persona beneficiaria. La realización de las evaluaciones en el entorno cotidiano de las personas permite obtener datos más reales sobre su desempeño funcional, lo que incrementa la pertinencia de los diagnósticos.
Objetivos	El objetivo de esta etapa es obtener una comprensión integral de las condiciones y potencialidades de las personas beneficiarias, que será el insumo para la etapa posterior de diseñar planes de intervención adaptados y pertinentes, considerando los servicios de primer y segundo orden en la ecuación.
Duración	La duración de esta etapa no puede superar 2 meses posterior a la firma del Plan de Cuidados y la persona responsable de liderar esta etapa es la o el Coordinador de Servicios Especializados en conjunto con la o el Encargado de la Red Local. Cualquier modificación en la temporalidad (superando los 2 meses) podrá realizarse siempre que se necesiten más espacios de coordinación con el área de salud local, con el fin de asegurar una entrega adecuada de los servicios en los domicilios, especialmente en los casos de mayor fragilidad y presencia de comorbilidades en las personas a atender.
Actividades	• Planificación estratégica de las evaluaciones en domicilio. • Aplicación de las evaluaciones en el entorno domiciliario.

Como elemento previo a la planificación de las evaluaciones disciplinares, el programa pone a disposición de los equipos un conjunto de instrumentos de evaluación que pueden ser utilizados según la situación particular de cada día de beneficiaria.

4.1.2. Instrumentos de evaluación disciplinar en Psicología, Kinesiología y Terapia Ocupacional

Es relevante destacar que estos instrumentos han sido identificados por los equipos profesionales del programa como los más adecuados para realizar un levantamiento en áreas como kinesiología, terapia ocupacional y psicología, dentro del contexto de la experiencia de una día de cuidados.

Sin embargo, **su uso y aplicación no es obligatorio en todos los casos, ya que dependerá de las características específicas de cada día y del criterio profesional en cada especialidad.** La entrevista abierta o semiestructurada y la observación son herramientas clave para un proceso de diagnóstico situacional de las días en todas las disciplinas. Algunas herramientas de evaluación pueden abarcar más de una disciplina y ser transversales, por lo que, aunque se describan dentro del marco de una específica, pueden complementarse con enfoques de los diferentes profesionales involucrados. Los resultados obtenidos deben ser registrados en el instrumento Síntesis profundización diagnóstica (SSEE N°05).

Es fundamental subrayar que la evaluación en dupla es esencial para asegurar un enfoque integral y enriquecido del diagnóstico de la situación de las niñas. La colaboración entre profesionales de distintas disciplinas permite integrar sus conocimientos y perspectivas, lo que enriquece la comprensión del caso y fortalece la precisión del abordaje. Así, aunque algunas herramientas de evaluación se describan en el marco de una disciplina, su aplicación y análisis conjunto por parte de los profesionales garantiza una evaluación más completa y profunda.

La siguiente tabla describe instrumentos de evaluación funcional enfocados principalmente en la fuerza, dolor, movilidad, equilibrio, riesgo de caídas, funcionalidad de extremidades, independencia en actividades de la vida diaria y riesgos asociados a la inmovilidad.

Tabla N°1. Instrumentos de evaluación de kinesiología

Perfil	Descripción
Índice de Barthel	Valoración funcional de las actividades de la vida diaria.
Mini-BESTest	Evalúa los sistemas de equilibrio y balance corporal.
FIM (Medida de Independencia Funcional)	Evalúa la independencia funcional considerando los siguientes ámbitos: autocuidado, transferencia, locomoción, comunicación y conexión.
Escala funcional de las extremidades inferiores	Evalúa la funcionalidad de extremidades inferiores.
Escala de Tinetti	Valora la marcha, equilibrio y los riesgos de caídas.
Prueba cronometrada de levántate y anda	Evaluar la movilidad básica en personas mayores y sus probables trastornos de la marcha y balance.
RMC, Valoración Muscular, Rango y Contracción	Valora fuerza muscular, rango de movimiento y contracción muscular.
Escalas del Dolor ENA, EVA	Evalúa el dolor en intensidad y nivel de ansiedad asociada al dolor.
Escala de Borg	Mide la percepción subjetiva del esfuerzo físico.

La segunda tabla presenta un conjunto amplio de herramientas de evaluación en movilidad, funcionalidad, cognición, procesamiento sensorial, participación ocupacional, intereses y evaluación en niñez. Cada instrumento cumple un rol clave para comprender las capacidades, limitaciones y necesidades de las personas en distintos contextos.

Tabla N°2. Instrumentos de evaluación de terapia ocupacional

Categoría	Instrumento	Área de evaluación
Movilidad y funcionalidad en AVD	Escala de Asia	Evalúa niveles de gravedad de lesiones medulares en base a pruebas de sensibilidad y movilidad.
	Evaluación de la prensión	Evalúa la capacidad de tomar objetos con las manos.
	Evaluación sensitiva miembro superior	Evalúa la sensibilidad del miembro superior, considerando la sensibilidad superficial (exteroceptiva) y la sensibilidad profunda (propioceptiva).
	Cuestionario WOMAC para artrosis	Evalúa el estado de la artrosis, permite identificar niveles de dolor, rigidez y limitaciones de la movilidad.
	WEE FIM	Medición de habilidades funcionales que está asociada con niveles de discapacidad y dependencia.
	Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria	Evalúa la capacidad de realizar actividades instrumentales de la vida diaria y permite determinar niveles de dependencia.
	Barthel	Medición AVD y determinación de niveles de dependencia.
Cognitivo y sensorial	SPM	Evalúa los patrones de procesamiento sensorial.
	ACER	Evalúa área cognitiva.
	Mini-Mental	Evalúa funciones cognitivas.
	Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)	Detecta deterioro cognitivo leve y los primeros síntomas de demencia.
	Test de Pfeiffer	Evalúa deterioro cognitivo.
	Test del dibujo del reloj	Evalúa funciones cognitivas como la percepción visoespacial, la memoria, la atención, las habilidades motoras y funciones ejecutivas. Permite detectar deterioro cognitivo, demencia y trastornos neurológicos.
Ocupación e intereses	Cuestionario evolutivo	Evaluar sistemáticamente los factores que facilitan o restringen la participación ocupacional.
	Medida Canadiense de Rendimiento Ocupacional (COPM)	Medida individualizada diseñada para detectar cambios en la percepción de problemas de rendimiento ocupacional a lo largo del tiempo.
	Listado de intereses adaptado	Ofrece una perspectiva de los intereses presentes del individuo y la implicancia de ellos a lo largo de la vida. Los ítems escogidos en el listado son relevantes en lo que se refiere a la utilización de los espacios recreativos de la vida, y las tareas de la vida diaria.
Evaluación de niños y niñas	Escala de Juego preescolar de Knox	Identifica el comportamiento del juego en niños/as de 0-6 años
	Historia del Juego	Evalúa las experiencias de juego previas y actuales de niños y niñas.

La tercera tabla, describe un conjunto de herramientas de evaluación utilizadas en contextos de intervención psicosocial, con foco en el análisis de dinámicas familiares, estados emocionales, funciones cognitivas, sobrecarga por cuidados y procesos de duelo.

Tabla N°3. Instrumentos de evaluación de psicología

Nombre instrumento	Área de evaluación
Entrevista semiestructurada	Identificar los roles y las dinámicas, estructuras familiares, factores de riesgo, redes de apoyo, participación, diagnósticos clínicos previos, antecedentes familiares.
Genograma	
Escala de Autoestima Rosenberg	Evaluar el nivel de autoestima y/o percepción general sobre su propio valor.
Mini-Mental	Evaluar función cognitiva.
Escala de Goldberg	Identificar presencia de ansiedad y/o depresión.
Escala de Sobrecarga Zarit	Identificar niveles de sobrecarga de la persona cuidadora.
Test de Soledad UCLA	Evaluar la percepción subjetiva de la soledad.
Cuestionario de Apoyo Social Percibido, CASP	Evaluar el apoyo social percibido y la reciprocidad del apoyo.
Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)	Detectar deterioro cognitivo leve y los primeros síntomas de demencia.
Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD)	Herramienta de evaluación psicológica que se utiliza para medir las respuestas emocionales y conductuales asociadas al duelo.

Estas tablas reúnen herramientas de evaluación funcional, cognitiva, sensorial, ocupacional y psicosocial. Los instrumentos son fundamentales porque permiten identificar necesidades, riesgos y capacidades tanto de las personas cuidadas como de quienes brindan cuidado. Facilitan la planificación de las intervenciones, el seguimiento de avances, la prevención de riesgos como caídas o deterioro cognitivo, y el apoyo emocional y funcional a las personas cuidadoras. Además, ayudan a promover la autonomía de las personas cuidadas y optimizar la calidad de vida, garantizando un enfoque integral en los contextos de cuidados. A continuación, se desarrollan las actividades de la etapa 1.

4.1.3. Actividades de la Etapa 1

La etapa considera dos actividades principales: La planificación de las evaluaciones disciplinares y aplicación de las evaluaciones domiciliarias.

A continuación, se describe el proceso de cada actividad:

a) Planificación de evaluaciones en domicilio

- **Planificación estratégica de las evaluaciones disciplinarias:** considerando la segmentación de las personas beneficiarias, se deben organizar las evaluaciones disciplinarias, idealmente realizando evaluaciones desde todos los servicios de primer orden. Sin embargo, esta planificación podrá flexibilizarse en función de un análisis técnico que considere los siguientes elementos:
 - **Resultados de la primera visita** en particular antecedentes de la díada y los principales riesgos (considerar Matriz de Riesgos) y necesidades identificadas.
 - **Características de la díada**, tales como edad, nivel de dependencia funcional, condición de salud, nivel de sobrecarga de la persona cuidadora y disponibilidad de red de apoyo y servicios activos de la oferta disponible.
 - **Ámbitos y objetivos de intervención de cada disciplina**, considerando los puntos mencionados. Por ejemplo, en el servicio de psicología para priorizar la evaluación disciplinar se pueden considerar los resultados del apartado N°2 del instrumento de validación dirigido a la CP. Además, analizar la pertinencia de aplicar la evaluación disciplinar en personas cuyas condiciones de base limiten la intervención, es decir, que presenten deterioro cognitivo severo que impida una interacción significativa ni compromiso neurológico de alta complejidad.
 - **Recursos disponibles del equipo**, incluyendo cantidad de profesionales por servicios y cobertura de arrastre.
 - **Recursos y oferta del territorio**, considerando las características del territorio urbano/rural, la disponibilidad de servicios de movilización y el acceso a los servicios de la red local disponible.
- **Diseño de calendario semanal para visitas domiciliarias:** elaboración de una planificación de equipo, considerando la estrategia de evaluación en dupla para mayor integralidad. La calendarización y su programación debe estar en sintonía con los horarios y disponibilidad de tiempo de las familias, con ello, considerar atenciones médicas, tratamientos u otros similares que son muy comunes en familias cuidadoras. Por lo que, previo a la definición de fechas, se debe contactar a la familia para contrastar disponibilidad horaria.
- **Recolección de información administrativa:** Se recomienda complementar la información recopilada con antecedentes técnicos y clínicos proporcionados por otras actorías de la Red Local, como Salud, ya que esto respalda los servicios de kinesiología, terapia ocupacional y psicología, definidos por el modelo de salud como atenciones de segunda consulta.

Dado que la evaluación aborda aspectos físicos y emocionales de la díada, es clave contar con información como anamnesis, historial médico o terapéutico, tratamientos en curso, uso de fármacos, hospitalizaciones previas, cirugías, enfermedades crónicas y comorbilidades (se utiliza el instrumento SSEE N°04). Esto permite realizar evaluaciones disciplinarias adecuadas y prevenir posibles efectos adversos, sin que en ningún caso la recopilación de estos antecedentes justifique un egreso anticipado del programa.

Asimismo, se debe resguardar la privacidad de la información conforme a la normativa vigente. Para su levantamiento, se recomienda coordinarse con el/la encargado/a de sector del CESFAM correspondiente o con el/la trabajador/a social de atención primaria, identificable a través del mapa del programa según el domicilio de la díada.

- **Inducción técnica de Servicios Especializados:** Para asegurar un adecuado criterio profesional de parte de los integrantes del equipo, se debe desarrollar una inducción técnica, previo a las salidas para realizar las evaluaciones disciplinarias, que profundice en las alertas frente a situaciones de alta fragilidad o complejidad relativas a aspectos de salud y/o contextuales, además de posibles objetivos comunes a trazar durante la implementación del programa. Este primer momento debe centrarse en el paradigma desde el cual se posiciona el equipo, permitiendo identificar y anticipar variables de riesgo, tanto sociales como de salud, que podrían incidir en la intervención.

Por ejemplo, en contextos de atención sociosanitaria, algunas condiciones médicas como insuficiencia respiratoria, hipertensión, diabetes no controlada o problemas cardiovasculares pueden complicar el curso de la intervención. También, condiciones como el riesgo de caídas o fracturas en personas mayores o con movilidad reducida deben ser consideradas de manera preventiva, para poder aplicar las medidas necesarias y reducir los riesgos de complicaciones.

Además de las condiciones físicas, las variables sociales también deben ser evaluadas. Factores como el entorno familiar, las redes de apoyo social, las condiciones económicas y el nivel de acceso a recursos y servicios son fundamentales para ajustar las intervenciones de manera que sean efectivas y pertinentes. Las situaciones de vulnerabilidad social, como el aislamiento, la violencia doméstica y de género o la falta de acceso a servicios básicos, pueden afectar gravemente el bienestar de las personas, por lo que el equipo debe estar preparado para abordar estas problemáticas de manera sensible y adecuada. Este espacio de reflexión no solo tiene un propósito preventivo, sino que también prepara al equipo para estar alerta y ser flexible durante toda la ejecución del programa.

- **Selección de instrumentos de evaluación por disciplina:** Con la información recopilada, se seleccionan las pautas de evaluación más pertinentes, procurando no interferir con procesos médicos en curso ni generar un impacto negativo en la persona evaluada. En esta etapa, el criterio profesional es determinante, ya que, dependiendo de la complejidad del caso y del nivel de antecedentes médicos o terapéuticos disponibles, la evaluación y el levantamiento de información pueden desarrollarse en una o dos visitas domiciliarias. La primera instancia podría centrarse en la recopilación de datos cualitativos, como anamnesis, historial médico y comorbilidades, mientras que en una segunda visita se realiza el levantamiento de datos cuantitativos. La decisión de realizar la evaluación en una o dos visitas dependerá de factores como el nivel de conocimiento de la familia sobre el historial médico e información derivada de diagnósticos clínicos, como también de la presencia de situaciones emergentes contextuales o familiares que requieran ajustes en la planificación.

Preparación del material para las visitas domiciliarias: Antes de la visita, es importante contar con una carpeta individual para cada persona usuaria que incluya todos los instrumentos necesarios según el área de evaluación. Durante este segundo encuentro con la díada, es esencial generar un vínculo de confianza entre el o la profesional y la familia. La manera en que el/la profesional se presenta, su actitud, la capacidad de escucha activa, el uso de un lenguaje claro y respetuoso, así como la empatía y flexibilidad ante distintas situaciones, influirán en la disposición de las personas visitadas para aceptar o rechazar la evaluación e intervención. Estos factores inciden directamente en la adherencia al programa y a los servicios ofrecidos.

b) Aplicación de evaluaciones en el entorno domiciliario

En esta actividad se realiza la visita domiciliaria para la aplicación de las evaluaciones disciplinares, iniciando con un encuadre que permita a las personas comprender el objetivo y la duración del proceso (no debiera superar los 60 minutos). Es fundamental mantener una actitud respetuosa con el hogar, evitando la sobreevaluación especialmente en visitas en dupla y priorizando un abordaje que no genere desgaste físico y emocional en la día. Al finalizar, se debe realizar un cierre claro, informando a las personas evaluadas sobre las etapas y acciones posteriores, con el fin de evitar expectativas poco realistas.

Para facilitar la comprensión de las descripciones que se desarrollarán a continuación, se organizarán por disciplina; no obstante, el trabajo debe llevarse a cabo de manera conjunta, ya que su naturaleza lo exige, y es obligatorio para el programa, con el fin de avanzar de la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad. Para la correcta aplicación de los instrumentos en cada área de evaluación, es importante considerar diversos factores que aseguren la pertinencia y efectividad del proceso de evaluación. A continuación, algunos aspectos importantes para cada disciplina:

Kinesiología

- Adecuar la aplicación de los instrumentos a la condición física y cognitiva de la persona, asegurando su comprensión y participación.
- Evaluar en un entorno seguro, considerando posibles riesgos de caídas o lesiones durante la valoración de movilidad.
- Adaptar los instrumentos según las características del entorno cotidiano para reflejar con mayor precisión la funcionalidad en la vida diaria.
- Registrar observaciones cualitativas que complementen los resultados cuantitativos de escalas como Barthel, Escala Numérica Análoga del Dolor-ENA, Escala Visual Análoga-EVA, RMC y Escala Borg.

Terapia Ocupacional

- Considerar la historia ocupacional de la persona para contextualizar el desempeño en actividades de la vida diaria y ocupaciones significativas.
- Aplicar las evaluaciones en un espacio que favorezca la confianza y permita explorar hábitos, roles y rutinas sin interferencias externas.
- Analizar el impacto de barreras ambientales, sociales y personales en el desempeño ocupacional.

Usar estrategias de facilitación para garantizar respuestas precisas y reflexivas en instrumentos como COPM, Lawton y Brody, y Test de Pfeiffer.

Psicología

- Garantizar un ambiente de privacidad y confidencialidad para promover la apertura de la persona y su familia.
- Considerar factores emocionales y culturales que puedan influir en las respuestas, especialmente en instrumentos como el Zarit para sobrecarga⁸ o en la identificación de síntomas en Goldberg.
- Contextualizar los resultados acerca de la dinámica familiar y comunitaria, apoyándose en herramientas como el genograma.

.....

⁸ Entendiendo que el Test de Zarit se aplica en su formato abreviado para la primera visita domiciliaria (o etapa 4 en el Modelo de Gestión del programa), en este proceso se podría considerar la aplicación del instrumento completo si se requiriese.

- Realizar ajustes metodológicos según el nivel de comprensión y disposición de la persona evaluada, utilizando entrevistas semiestructuradas para complementar la información.

Cada instrumento debe ser aplicado con criterio profesional, considerando las particularidades de la persona y su contexto para obtener información relevante y precisa que oriente la intervención.

4.2. Etapa 2: Definición del ingreso a los servicios de primer orden y su estándar de atención

4.2.1. Descripción y objetivos de la Etapa 2

Descripción	En la etapa 2, se define el ingreso a los servicios de primer orden, posterior al análisis interdisciplinario liderado por la o el Coordinador de Servicios Especializados en conjunto con la o el Encargado de la Red Local. Para el desarrollo de esta etapa, es esencial disponer de todos los antecedentes necesarios que permitan elaborar una propuesta de intervención contextualizada y realista, acorde a la situación y estado de la díada. En caso contrario, no es posible finalizar la formulación del plan de intervención de manera adecuada. El componente no busca enmarcarse en una propuesta biomédica, por lo tanto, el análisis de los resultados debe sostenerse desde un enfoque holístico centrado en el bienestar de las personas y los colectivos o comunidades. Es preciso considerar la oferta local existente que está recibiendo la díada para evitar duplicidad y promover la complementariedad.
Objetivos	El objetivo de esta etapa es definir los servicios de primer orden que recibirá la díada y a su vez, integrar los resultados de las evaluaciones disciplinares para la coconstrucción de los planes de intervención personalizados que contemplan su estándar de atención, e identificación de necesidades de segundo y tercer orden.
Duración	La duración de esta etapa debe ser aproximadamente de dos semanas tras la aplicación de las evaluaciones disciplinares ⁹ .
Actividades	• Revisión interdisciplinaria de Gestión de Caso. • Definición de estándar de atención SSEE en base a las características de la díada. • Elaboración de planes de intervención personalizados.

A continuación, se describe el proceso de la etapa 2.

.....

⁹ Temporalidad aplica para comunas nuevas que inician el programa el año 2026, sin embargo, la definición de los servicios es transversal y se realiza durante todo el proceso de despliegue de los servicios.

4.2.2. Actividades de la Etapa 2

Considera tres actividades: En primer lugar, la revisión interdisciplinaria de gestión de casos, en segundo lugar, la definición del estándar de los servicios especializados, y finalmente la elaboración de los planes de intervención específicos por disciplina. A continuación, se detalla el proceso de cada actividad entregando lineamientos metodológicos para su realización.

a) Revisión interdisciplinaria de Gestión de Casos

Durante el análisis, se van a clasificar a las personas beneficiarias según sus necesidades, identificando intervenciones inmediatas, servicios complementarios locales y requerimientos específicos como ayudas técnicas, insumos o adaptaciones. Este proceso asegura que cada intervención esté alineada con las características y demandas individuales (y familiares) de las personas beneficiarias.

Es importante considerar que en este momento se debe confirmar (o ajustar) la asignación de casos realizada en el componente Plan de Cuidados, de acuerdo con los servicios que se defina que recibirá la persona en el transcurso de los 12 meses. Para ello, es importante hacer el cruce entre los criterios de asignación iniciales y cómo estos se empalman con aquellos que inciden en la definición de servicios y planes de intervención.

Aquí corresponde el análisis de los resultados de las evaluaciones especializadas que garantice una visión integral entre las disciplinas disponibles por tramo, por lo que el equipo de SSEE debe reunirse a revisar y analizar interdisciplinariamente los datos levantados. Para ello, es necesario el uso del instrumento Síntesis de profundización diagnóstica (SSEE N°05). A continuación, se presentan algunos criterios de análisis a considerar por disciplina, relacionados con los ámbitos de intervención, asegurando un abordaje contextualizado:

Kinesiología

- Nivel de funcionalidad: identificación de capacidades y limitaciones en la movilidad, equilibrio y fuerza.
- Riesgo de caídas: evaluación de factores de riesgo en el entorno y en la persona.
- Autonomía y dependencia: determinación del grado de independencia en desplazamientos y actividades básicas de la vida diaria (AVD).
- Adaptaciones y apoyos necesarios: requerimientos de dispositivos de asistencia (bastones, andadores, sillas de ruedas, entre otros).
- Impacto del estado de salud en la funcionalidad: consideración de patologías crónicas, deterioro físico, consecuencias por falta de movilidad y procesos de rehabilitación en curso.

Terapia Ocupacional

- Desempeño ocupacional: análisis del nivel de autonomía en actividades de la vida diaria (AVD), instrumentales (AIVD) y ocupaciones significativas.
- Barreras y facilitadores: identificación de factores ambientales, sociales y personales que influyen en la participación ocupacional.
- Rutinas y hábitos de cuidado: evaluación del acceso y gestión de cuidados propios y de terceros.
- Accesibilidad y adecuación del entorno: revisión de barreras arquitectónicas y disponibilidad de ayudas técnicas para favorecer la autonomía.

Psicología

- Salud Mental: evaluación de síntomas de ansiedad, depresión y estrés en la persona y su red de apoyo.
- Redes de apoyo y corresponsabilidad: Análisis de la presencia y calidad de vínculos familiares, comunitarios e institucionales.
- Sobrecarga de la persona cuidadora: identificación de signos de estrés, agotamiento y el impacto de la labor de cuidados en la salud mental, además de la necesidad de apoyo en la red de cuidados.
- Factores socioculturales y subjetivos: consideración de creencias, valores y percepciones sobre los cuidados.
- Procesos de afrontamiento y resiliencia: evaluación de estrategias utilizadas por la persona y su entorno para gestionar las demandas del cuidado.

Para mayor profundidad en ámbitos de intervención y estrategias se debe revisar el **Anexo Construcción de Planes de Intervención de Servicios de Primer Orden**.

Para concluir esta actividad, es preciso lograr una síntesis diagnóstica, que consolide una lectura común del caso por parte del equipo de Servicios Especializados (primer orden), integrando los principales hallazgos, necesidades, riesgos y recursos identificados en el proceso diagnóstico situacional. Para ello, es fundamental plantear objetivos comunes -entre disciplinas- en la intervención centrados en las necesidades y voluntad específica de la díada y del hogar, lo que permitirá un proceso interventivo coordinado entre los componentes del programa y la red.

b) Definición de servicios y sus estándares de atención de SSEE en base a las características de la díada

El estándar de atención de los Servicios Especializados constituye una referencia técnica que orienta la planificación y organización de las intervenciones dirigidas a la díada. **Este estándar no debe comprenderse como un referente automático o rígido de prestaciones, sino como un marco orientador que permite guiar la toma de decisiones del equipo en función de las necesidades identificadas**, los objetivos a definirse en los Planes de Intervención y la disponibilidad de recursos y servicios en el territorio.

En este sentido, la determinación de la frecuencia e intensidad de las atenciones debe realizarse en el contexto del proceso de gestión de casos, a partir de la evaluación integral de la díada y de una discusión técnica al interior del equipo ocupando como referencia la Matriz de Riesgos del programa. Este proceso debe considerar la complejidad del caso, los factores de riesgo y protección presentes, así como la red de apoyos disponibles, permitiendo ajustar la intervención de manera pertinente y proporcional a las necesidades detectadas.

Asimismo, la intensidad de la intervención puede variar en el tiempo. Por lo tanto, los equipos podrán ajustar la frecuencia o el número de atenciones cuando las condiciones del caso o las capacidades operativas del territorio y la oferta programática disponible lo permitan, justificando técnicamente estas decisiones en el Plan de Intervención y Plan de Cuidados, respectivamente.

Para comunas que inicien la implementación el año 2026 tendrán la posibilidad de ir asignando servicios, considerando el proceso de avance de la cobertura del programa y el estándar de capacidad de atención de cada uno. Se espera transitar hacia el cumplimiento de cobertura progresiva y estratificada por riesgo, sobre todo en aquellas comunas de tramos altos. Esto significa, que la asignación de servicios no depende del alcance completo de toda la cobertura del programa.

Por lo tanto, se debe asegurar la asignación oportuna e inmediata de los casos prioritarios, sin demorar en iniciar los servicios de primer orden. Sumado a esto, prever que las últimas díadas ingresadas al programa, no se vean afectadas en la asignación prioritaria de los servicios.

Para lo anterior se sugieren las siguientes estrategias de ingreso escalonado a los servicios, en especial en comunas de tramos altos, no siendo excluyente el uso de otros mecanismos acorde a la realidad territorial:

- Dividir la cobertura del programa en **tres partes iguales** y asignar progresivamente un 30% de la cobertura a cada servicio de primer orden en cada grupo. **La distribución señalada en la tabla corresponde al porcentaje o número de cupos por tipo de servicio, y no a una asignación por cada profesional.** Por ejemplo, para todas las y los profesionales kinesiólogos, aplica cumplir con 40 cupos para el tramo 13 en el primer momento de asignación de los servicios.

Tramo	Cobertura	Avance cobertura	Kinesiología	Terapia ocupacional	Psicología
13	330	110	40	40	40
14	375	125	60	40	40
15	485	162	60	60	40

- Por cada 100 de cobertura en el programa, se pueden priorizar 30 cupos de cada servicio de primer orden.

Tramo	Cobertura	Avance cobertura	División en partes iguales	Kinesiología	Terapia ocupacional	Psicología
13	330	100	3	40	40	40
14	375	100	4	45	30	30
15	485	100	5	36	36	24

En aquellos contextos donde la demanda supere la capacidad instalada de los servicios, los equipos podrán establecer mecanismos de priorización y gestión de la demanda, incorporando listas de espera por servicio, resguardando criterios técnicos de priorización y continuidad del cuidado.

A continuación, se da conocer el estándar mínimo de atención en domicilio que define el programa en el Componente de Servicios Especializados.

Figura 3. Estándar de atención de SSEE



Por estándar de atención se entenderá el patrón o referencia mínima del modelo de atención de SSEE. Es así como un/a profesional contratado/a con una jornada completa podría realizar entre 60 a 80 atenciones al mes. En un día, esto implicaría entre 3 a 5 atenciones, en promedio 15 a 20 por semana, resguardando el tiempo para funciones administrativas y de registro.

Cabe considerar la posibilidad de realizar sesiones grupales y/o talleres¹⁰, toda vez que los objetivos así lo indiquen y sea operativamente viable. Es importante indicar que cada vez que se observe un circuito virtuoso entre todos los componentes del programa, el estándar se enriquece al trabajar de manera conjunta. A continuación, en la Figura N°4, se muestra un ejemplo de planificación semanal, la cual debe ser ajustada de acuerdo a cada territorio:

Figura N°4. Ejemplo organización semanal de los profesionales especializados de primer orden

Jornada	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Mañana	Reunión de coordinación de equipo SSEE	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Registro y seguimiento de casos
		Traslado	Traslado	Traslado	
	Reunión de coordinación de equipo SSEE	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Registro y seguimiento de casos
		Traslado	Traslado	Traslado	
	Trabajo administrativo	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Planificación de intervenciones
	Almuerzo				
Tarde	Traslado	Traslado	Traslado	Traslado	Traslado
	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Talleres, actividades comunitarias	Planificación de intervenciones
	Traslado	Traslado	Traslado	Traslado	
	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Atención directa a usuarios/as	Talleres, actividades comunitarias	Trabajo administrativo

.....

10 Para la realización de los talleres se deben definir, igualmente, temáticas a abordar, objetivos y actividades. Se deben documentar y registrar en formato de Carpeta Usuariá y Matriz de Servicios PC N°13.

Distribución sugerida del tiempo semanal

- Atención directa a usuarios/familias: 50–60%
- Trabajo administrativo y registros: 20–25%
- Reuniones de coordinación y red: 10–15%
- Espacios formativos, talleres y autocuidado: 10–15%

Consideraciones para la organización

- Reservar bloques protegidos para registro en plataformas y elaboración de informes.
- Incorporar al menos un espacio semanal de formación o análisis de casos.
- Mantener reuniones breves y estructuradas para optimizar tiempos.
- Considerar flexibilidad para contingencias territoriales o emergencias.

c) Elaboración de planes de intervención personalizados

Una vez analizados los datos de cada área disciplinar en el marco de los cuidados, se deben establecer los planes de intervención por especialidad que garanticen una atención adecuada y oportuna en base a los resultados diagnósticos. Estos deben considerar, principalmente, los servicios de primer orden con sus ámbitos de intervención por cada una de las disciplinas, descritas en el **Anexo Orientaciones para la Construcción Planes de Intervención de los Servicios de Primer Orden** y, luego, aquellos servicios de segundo orden. Para ello, es pertinente un espacio de reunión interdisciplinario para la gestión de casos.

Es crucial destacar que, dado el enfoque integral y holístico del componente, se busca no solo abordar las necesidades de la persona atendida desde una perspectiva amplia, sino también promover la colaboración y el trabajo conjunto entre los diversos servicios y componentes del programa. Esto implica fomentar la definición de objetivos y metas comunes que garanticen una atención más coordinada, fluida y personalizada. Al alinear los esfuerzos de las diferentes actorías involucradas, se asegura que cada aspecto del apoyo brindado esté centrado en las necesidades y bienestar de la persona, promoviendo una intervención más eficaz y adaptada a sus requerimientos específicos. Los planes de intervención se construyen en base a los siguientes elementos clave:

Objetivo de la Intervención

Cada especialidad debe establecer un propósito claro, alineado con la promoción de la autonomía, la mejora de la calidad de vida y el fortalecimiento de las redes de apoyo (o corresponsabilidad). A continuación, algunos ejemplos:

Especialidad	Objetivo
Kinesiología	Mantener o mejorar la funcionalidad y reducir el dolor.
Terapia Ocupacional	Favorecer la autonomía en actividades de la vida diaria (AVD) y promover la participación social.
Psicología	Fortalecer la salud mental y la red de apoyo.

Metas

Las metas deben ser específicas, medibles y alcanzables en el periodo de intervención. Algunos ejemplos:

Especialidad	Meta
Kinesiología	Mantener o mejorar en un 20% el puntaje de la Escala de Dolor en 3 meses.
Terapia Ocupacional	Aumentar la independencia en AVD, reduciendo la asistencia en al menos una actividad.
Psicología	Disminuir en un 20% la percepción de sobrecarga de la persona cuidadora según la Escala de Zarit.

Temporalidad

Se debe definir el tiempo total de la intervención según el nivel de necesidad identificado en la evaluación. A su vez, estará sujeto a la frecuencia y número de atenciones definidas para lograr el objetivo común (y específicos) a trabajar con la persona beneficiaria. Algunos ejemplos:

Plazo	Duración	Características
Corto	1 a 3 meses	Intervenciones específicas y focalizadas.
Mediano	3 a 6 meses	Procesos con seguimiento periódico.
Largo	Más de 6 meses	Reevaluaciones programadas y ajustes según evolución.

Número de atenciones y frecuencia

El número de sesiones y su frecuencia dependerán del grado de necesidad y de los recursos disponibles. Estas pueden ser grupales o individuales dependiendo de los objetivos propuestos. La definición, debe ser coherente con el estándar de atención propuesto en el documento. A continuación, se plantean sólo ejemplos por área:

Especialidad	Frecuencia
Kinesiología	1 sesión mensual por 3 meses, con evaluación intermedia.
Terapia Ocupacional	2 sesiones mensuales con seguimiento cada 15 días.
Psicología	1 sesión semanal en fase inicial, luego reducción progresiva según evolución.

Una vez elaborados los Planes de Intervención, el Plan de Cuidados de la persona beneficiaria debe ser actualizado y contener los servicios y el estándar de atención, de acuerdo con las necesidades levantadas. A su vez, debe ser consignado en el Instrumento Registro de Campo (SSEE N°09) instrumento metodológico diseñado para registrar las intervenciones realizadas con las diadas en el domicilio, lo que servirá de base para su posterior ingreso al Sistema de Registro PRLAC.

Ajustes y reevaluación

El estándar de atención debe ser flexible y ajustarse según la respuesta de la persona y la familia al proceso de intervención. Para esto, se recomienda:

- Revisar los avances cada 6 sesiones aproximadamente, toda vez que no emerjan cambios en el estado basal de la persona.
- Pesquisar eventos emergentes según lo propuesto en la Matriz de Riesgo (Anexo Construcción Planes de Intervención Servicios de Primer Orden).
- Adaptar los objetivos y metas según la evolución de la persona.
- Implementar estrategias complementarias si se identifican nuevas necesidades.

Esta estructura permite establecer un marco de atención definido, asegurando que los servicios sean pertinentes, accesibles y sostenibles dentro del modelo de cuidados.

4.3. Etapa 3: Planificación e implementación de servicios

4.3.1. Descripción y objetivos de la Etapa 3

Descripción	En esta etapa se gestiona la provisión de atenciones por especialidad, insumos de cuidados, ayudas técnicas y adaptaciones a las viviendas identificadas como necesarias en las etapas anteriores. El equipo técnico trabaja en la identificación de necesidades críticas, priorizando aquellas de mayor urgencia. La persona responsable de esta etapa es la o el Coordinador de Servicios Especializados en conjunto con la o el Encargado de la Red Local. Además, se coordinan las compras y se establece una colaboración con la Red Local para asegurar la provisión de servicios complementarios en los tiempos definidos. Finalmente, los servicios se implementan según el cronograma establecido, asegurando su integración en la trayectoria de atención de cada persona beneficiaria, enmarcado a su vez en las etapas de seguimiento de gestión de casos.
Objetivos	Gestionar e implementar la provisión de servicios especializados, insumos de cuidado, ayudas técnicas y adaptaciones domiciliarias definidas en el plan de intervención, asegurando su entrega oportuna y articulada con la Red Local, de acuerdo con las necesidades y prioridades identificadas para cada dñada beneficiaria.
Duración	Esta etapa se extiende por un período aproximado de 8 meses de manera continua, en el marco de una convocatoria de 12 meses.

Actividades	• Identificación de necesidades críticas. • Gestión de compras y coordinación con la Red. • Implementación y gestión de servicios. • Monitoreo y ajuste de la intervención. • Supervisión de la intervención. • Finalización del servicio.
--------------------	---

4.3.2. Actividades de la Etapa 3

a) Identificación de necesidades críticas

En esta actividad, corresponde la priorización de atenciones de especialidad, de insumos de cuidado, ayudas técnicas y adaptaciones funcionales a la vivienda, lo cual debe ser definido por el equipo de servicios especializados en el marco de reunión de gestión de casos.

Para garantizar que las personas en situación de dependencia y sus personas cuidadoras reciban los apoyos adecuados, es fundamental establecer criterios que orienten la identificación de prestaciones complementarias, ayudas técnicas, insumos de cuidados y adaptaciones funcionales en sus entornos. Estos criterios deben considerar la funcionalidad de la persona, las características del entorno y la accesibilidad a recursos, los que se describen a continuación:

- La identificación de servicios de la oferta disponible en el territorio que se encuentran activos en los hogares de las personas beneficiarias, además del trabajo coordinado, especialmente, con la red de salud para la complementariedad de atenciones de podología, fonoaudiología, enfermería, medicina u otros, según se requiera.
- La evaluación funcional de la persona, que incluye el nivel de dependencia en actividades de la vida diaria, la movilidad y necesidad de apoyo en desplazamiento, la capacidad de manipulación y agarre, la comunicación y acceso a la información, así como el riesgo de caídas y accidentes.
- Las condiciones del entorno deben considerar las barreras arquitectónicas en la vivienda y el entorno inmediato, el espacio disponible y posibilidades de modificación, además de las condiciones de seguridad y accesibilidad.
- Los factores contextuales y sociales de la red de apoyo disponible y su capacidad de apoyo, las condiciones económicas para el financiamiento y el acceso a programas de apoyo o subsidios.

Para el proceso de selección de las ayudas técnicas, entendidas como dispositivos de apoyo y tecnología asistida que tienen como objetivo favorecer la movilidad, autonomía y seguridad de la persona en sus actividades diarias, se considera el impacto en la funcionalidad y autonomía, la compatibilidad con el estado de salud y diagnóstico clínico, la seguridad y facilidad de uso, la durabilidad y mantenimiento, así como la situación económica y disponibilidad para adquirir. Algunas de estas ayudas incluyen sillas de ruedas, andadores, bastones, alza WC, lavapelos, baños portátiles, barras de apoyo y órtesis.

Para el caso de los insumos de cuidados, que buscan garantizar la higiene, salud y bienestar de la persona en situación de dependencia, su selección depende de la necesidad médica y de autocuidado, la frecuencia de uso y reposición, la compatibilidad con condiciones de salud preexistentes y el acceso a programas de salud o subsidios. Para mayor detalle sobre qué insumos se pueden adquirir revise el documento Glosario Plan de Cuentas.

Por último, para las adaptaciones funcionales a la vivienda que tienen como propósito eliminar barreras del entorno para mejorar la seguridad y accesibilidad de la persona, su selección se basa en los riesgos detectados en la evaluación del hogar, la frecuencia e impacto del uso del espacio adaptado, la factibilidad técnica y los costos de la modificación, además del cumplimiento de normativas de accesibilidad universal. Ejemplos de estas adaptaciones incluyen la nivelación de piso, instalación de rampas, la ampliación de puertas para acceso con silla de ruedas, otros. Para mayor detalle revise el documento SSEE N°03 Estándar técnico ADAPTA.

b) Gestión de compras y coordinación con la Red Local

La gestión de compras y la coordinación con la Red Local deben garantizar la provisión de servicios de manera complementaria, alineándose con las necesidades de las díadas, el estándar de atención y los recursos disponibles. Una ejecución de compras articulada permite optimizar el uso de los recursos y evitar la duplicación de servicios.

Para esta fase, se recomienda que las compras asociadas al componente sean gestionadas idealmente dentro de los primeros 6 meses de ejecución del convenio. Esto facilita su adquisición dentro del periodo de convocatoria en curso, asegurando la entrega e instalación oportuna de los servicios de segundo orden, así como otros vinculados a los servicios de primer orden. Pasado este periodo, existe el riesgo de no poder ejecutar a tiempo los servicios de segundo orden en la convocatoria en curso. No obstante, si se identifica una necesidad en la persona usuaria durante el transcurso del proceso, estas deben adaptarse a sus tiempos y requerimientos, en lugar de seguir una estructura rígida, sobre todo si nos referimos a los insumos de cuidados. Es importante reforzar que la adquisición de servicios de segundo orden está disponible sólo para el 50% de la cobertura total por comuna con un monto predefinido por cada persona beneficiaria. En caso de no utilizarse el presupuesto completo por persona, es posible incrementar el porcentaje de cobertura.

c) Implementación e integración de servicios

Una vez detectadas las necesidades prioritarias de las díadas, asegurada la disponibilidad de recursos para la adquisición de insumos y establecida la articulación con la Red Local, se inicia la implementación de los servicios especializados en los hogares de las díadas, siguiendo el cronograma establecido y priorizando los casos de mayor urgencia. Es fundamental mantener una comunicación constante, especialmente con la red de salud local, para evitar la superposición de visitas domiciliarias que puedan interferir con otras intervenciones en curso. En caso necesario se pueden coordinar sesiones conjuntas que favorezcan un abordaje interdisciplinario e integral.

La clave es optimizar los recursos disponibles y evitar la duplicación de servicios en el territorio, asegurando una intervención eficiente. Para ello, se debe fortalecer la coordinación con dispositivos de Atención Primaria, hospitales y especialistas, permitiendo complementar la intervención con atenciones médicas y terapéuticas. En este sentido, el

Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa (en APS) puede ser un recurso valioso para intercambiar metodologías, estrategias y metas comunes.

En el proceso de implementación de los servicios, ocurre:

- Despliegue de los Servicios Especializados de primer orden en domicilios
- Entrega e instalación de los servicios de segundo orden
- Trabajo interdisciplinario con equipo PRLAC
- Coordinación de la Red Local y servicios de tercer orden

d) Monitoreo y ajuste de la intervención

En esta fase, es esencial ajustar el estándar del servicio en función de la evolución de la persona en situación de dependencia y su cuidador/a principal, considerando su nivel de participación en actividades de interés, el apoyo de su red y su grado de satisfacción con la intervención. Para ello, se requiere una evaluación periódica que garantice la pertinencia de las acciones implementadas, optimice el uso de los recursos disponibles y evite una sobrecarga de atenciones innecesarias. En este proceso, es clave mantener un trabajo interdisciplinario continuo que respalde el abordaje de situaciones emergentes en las familias cuidadoras, situación que se da de manera muy recurrente.

Para asegurar un monitoreo adecuado, las reuniones periódicas de equipo deben ser fundamentales en la organización. En el marco de la gestión de casos, se recomienda realizar al menos una reunión semanal para revisar la cobertura activa de cada servicio, evaluar la pertinencia de los procesos de intervención y su proyección en relación con los objetivos establecidos. Además, es crucial llevar a cabo un proceso de supervisión de profesionales (SSEE N°06 Acta de supervisión) que permita evaluar la calidad de la intervención y el cumplimiento de las metas, promoviendo el aprendizaje y la mejora continua.

Uno de los instrumentos del programa que permite monitorear el nivel de satisfacción de la díada en relación a los servicios entregados es el PC N°16 Encuesta de Satisfacción. Es fundamental analizar los resultados obtenidos, de tal manera que se implementen las mejoras al servicio.

En relación con la complementariedad entre componentes, es clave la articulación con el equipo SAD para el cumplimiento de las metas establecidas por disciplina, ya que las asistentes de cuidados juegan un rol fundamental como red de apoyo, facilitando la implementación de ejercicios terapéuticos en los domicilios y contribuyendo a la continuidad y sostenibilidad de la intervención. El trabajo conjunto con Gestión Comunitaria, por su parte, permite consolidar el tránsito hacia la participación social de la díada, el uso de los espacios públicos y el fortalecimiento de los lazos comunitarios.

El proceso de intervención no puede considerarse completo sin una metodología que garantice una comunicación continua entre integrantes del equipo del programa, incluyendo al SAD y la Gestión Comunitaria. En este sentido, la gestión de casos permite comprender la dinámica interdisciplinaria del equipo y el aporte de cada profesional en el logro de los objetivos y metas, promoviendo una supervisión constante para asegurar la efectividad y la mejora en la atención.

e) Supervisión de la intervención

La supervisión de los y las profesionales constituye una etapa clave para asegurar un monitoreo pertinente y contextualizado de los procesos interventivos. Considerando que el programa se fundamenta en un enfoque de derechos, es responsabilidad del profesional garantizar en todo momento el respeto, la autonomía y dignidad de las personas atendidas, sin importar sus características o necesidades particulares.

El monitoreo continuo de los procesos interventivos es igualmente esencial para asegurar una atención situada, transformadora y libre de iatrogenia, sobre todo considerando la condición de vulnerabilidad y fragilidad de muchas de las personas beneficiarias. La supervisión, en este sentido, no solo orienta técnicamente, sino que también previene acciones que puedan resultar perjudiciales para las personas atendidas.

La responsabilidad principal de la supervisión recae en la o el Coordinador de SSEE. No obstante, en equipos donde exista un mayor número de profesionales, es necesario que el o la Encargada del programa brinde apoyo activo al proceso. La supervisión puede darse de tres formas complementarias: a) mediante observación directa en terreno, b) a través de entrevistas con personas beneficiarias y c) mediante el manejo técnico y conocimiento detallado de los casos asignados, dentro del marco de la gestión de casos.

En cuanto al estándar de supervisión en terreno, deberá realizarse un mínimo de tres por cada profesional del componente durante la convocatoria. No obstante, la o el Coordinador de Servicios Especializados podrá aumentar la frecuencia de supervisión en función de la complejidad de los casos, la incorporación reciente de profesionales al equipo, la identificación de riesgos en la intervención o la necesidad de acompañamiento técnico.

En el caso de la disciplina de psicología, la supervisión mediante la observación directa en terreno podría no ser pertinente, dada la necesidad de resguardar la confidencialidad del proceso terapéutico. Esta consideración también puede aplicarse a otras especialidades, dependiendo de la naturaleza de la intervención, aunque no de forma automática.

Finalmente, la supervisión debe desarrollarse siempre en un contexto de respeto hacia las personas atendidas. Es imprescindible informar previamente sobre la presencia de la o el supervisor en terreno y ajustar su participación a las dinámicas propias y a las situaciones emergentes de las familias cuidadoras, resguardando en todo momento su bienestar y dignidad.

A continuación, se especifican las áreas a evaluar de acuerdo con el Acta de Supervisión (SSEE N°6):

Contempla diversos aspectos vinculados al cumplimiento de normas administrativas, técnicas y de responsabilidad profesional por parte de la o el funcionario durante su intervención. En primer lugar, se verifica que la persona cumpla con el horario de atención previamente acordado, tanto en su inicio como en su término, y que mantenga actualizado el registro de atención diaria o la plataforma usuaria correspondiente. También se revisa el cumplimiento de la planificación establecida en el plan de intervención, lo que incluye el número de sesiones, los objetivos propuestos y las estrategias definidas.

Durante la intervención en el domicilio u otro espacio, se observa que la o el profesional actúe con respeto, tanto al ingresar como durante todo el desarrollo de la sesión. Asimismo, se espera que delimite de forma adecuada su espacio de trabajo y respete la integridad familiar, evitando emitir juicios o comentarios sobre asuntos familiares cuando no se ha creado el contexto adecuado para ello. Se valora el uso de un lenguaje apropiado y la mantención de la atención plena en la intervención, evitando distractores (celular, por ejemplo). Además, se espera que la o el profesional sea capaz de identificar las necesidades y preferencias de la persona usuaria, actuando siempre con respeto y sin realizar comentarios o gestos inapropiados.

Desde el punto de vista técnico, el proceso de supervisión evalúa que la o el profesional garantice, al inicio de cada sesión, que la persona usuaria comprenda claramente el procedimiento a realizar. Previo a la actividad, debe contar con todo el material necesario y demostrar un manejo adecuado de las técnicas propias de su especialidad. También debe prevenir riesgos, investigando posibles antecedentes clínicos o sociales relevantes. La privacidad de la persona usuaria debe estar asegurada, especialmente cuando se abordan temas complejos.

En cuanto a la ejecución de las actividades, se observa que se apliquen técnicas con cuidado y profesionalismo, y que se integren, cuando sea pertinente, los miembros de la familia en las acciones planificadas. Además, se valora que se entreguen indicaciones claras sobre ejercicios o técnicas que promuevan el bienestar y prevengan la dependencia o sobrecarga. Finalmente, se espera que la o el profesional contribuya al fortalecimiento de la autonomía de la persona usuaria, reconociendo e incentivando sus capacidades, intereses y preferencias en la vida diaria.

En conclusión, una vez realizada la supervisión se debe generar una reunión bilateral con la o el profesional supervisado con el fin de entregar retroalimentación en base a los elementos levantados, que incluya no sólo aspectos de mejora, sino también fortalezas de su proceso de intervención.

f) Finalización del Servicio

El término del servicio puede darse en una o en todas las disciplinas que conforman el componente, según corresponda. Finalizar en un área (o servicio) específico no implica el término de su participación en el componente en su totalidad. Para ello, es fundamental establecer criterios que reflejen el cumplimiento de los objetivos y metas definidos por cada disciplina, en función de la evolución de la persona en situación de dependencia y su cuidador/a principal. Esto implica evaluar su nivel de participación en actividades, el respaldo de su red de apoyo y su grado de satisfacción con la intervención.

La decisión de finalización se debe tomar a partir de un análisis reflexivo y colectivo dentro del equipo, garantizando que la persona en situación de dependencia cuente con un sistema de apoyo sostenible a largo plazo. Esto incluye la red institucional (como el SAD u otros servicios disponibles en la comuna), así como la red de apoyo familiar y comunitaria que pueda complementar las labores diarias de cuidado. Al finalizar el servicio es posible utilizar el Instrumento Informe Final (PC N°12) como formato, documento en el cual se describen los objetivos planteados y las metas alcanzadas.

En el proceso de acompañamiento a la trayectoria de las personas beneficiarias (correspondiente al Componente Plan de Cuidados) debe realizar un seguimiento telefónico o presencial, según corresponda, para evaluar la evolución de la persona y la mantención de los logros alcanzados a través del servicio. Además, será importante considerar los reportes de otros servicios que la persona pueda estar recibiendo, ya sea dentro del programa o desde la Red Local.

En caso de que la persona presente un retroceso en su evolución debido a situaciones emergentes identificadas en el Anexo Construcción Planes de Intervención de Servicios de Primer Orden como caídas, hospitalizaciones o cambios en la configuración de su red de apoyo, se podrá evaluar su reingreso al servicio, según exista disponibilidad dentro de la cobertura activa de cada disciplina y considerando la capacidad de atención de los y las profesionales. Considerar los documentos PC N°09 Actualización Plan de Cuidados y PC N°17 Registro de Incidencias.

En situaciones de fallecimiento, se debe mantener la intervención para la persona que permanezca activa en la dáda. Generalmente, el fallecimiento ocurre en la persona en situación de dependencia, por lo que la atención que se realice con la cuidadora principal se deberá ajustar a su nueva realidad. Dependiendo de sus necesidades emergentes, se podrían reforzar atenciones en psicología u otros servicios que brinden un adecuado soporte en salud mental, si corresponde. Se sugiere que la atención no se extienda más allá de los 6 meses posterior al fallecimiento, tiempo a evaluar según las características de cada caso, de manera de dar paso a otra dáda que requiera el ingreso al programa.

PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

