

2014



División de Atención Primaria
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

[ORIENTACIÓN TÉCNICA PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA]

Contenido

1.- ANTECEDENTES:.....	2
2.- PROPÓSITO.....	5
3.- OBJETIVOS.....	5
4.- DESCRIPCIÓN Y CONCEPTUALIZACIONES.....	5
5.- COMPONENTES.....	6
Componente I: Atención Domiciliaria Integral.....	6
1.- Visita domiciliaria integral.....	7
2.- Visita domiciliaria de Tratamiento y/o Procedimiento.....	7
3.- Visita de Seguimiento.....	7
Funciones del Equipo de Salud.....	8
Componente II: Pago a cuidadores.....	9
Objetivo.....	9
Criterios de Inclusión para la entrega de Apoyo Monetario a Cuidadores:.....	9
Criterio de exclusión de pago de estipendio al cuidador.....	10
Funciones del Cuidador.....	11
6.-ANEXOS.....	12
Anexo 1. INSTRUCTIVO PARA CUIDADORES.....	12
Anexo 2.- CARTA DE COMPROMISO DEL CUIDADOR.....	13
Anexo 3.-MANDATO.....	14
Anexo 4.- EQUIPAMIENTO.....	15
Anexo 5.- ACTA DE TALLERES A CUIDADORES.....	16
Anexo 6.- EVALUACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL.....	17
Anexo 7: PAUTA DE AUDITORIA CENTRO DE SALUD.....	19
ANEXO 8: PAUTA DE AUDITORIA USUARIOS DEL PROGRAMA.....	20

1.- ANTECEDENTES:

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria, que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006 a la fecha, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud.

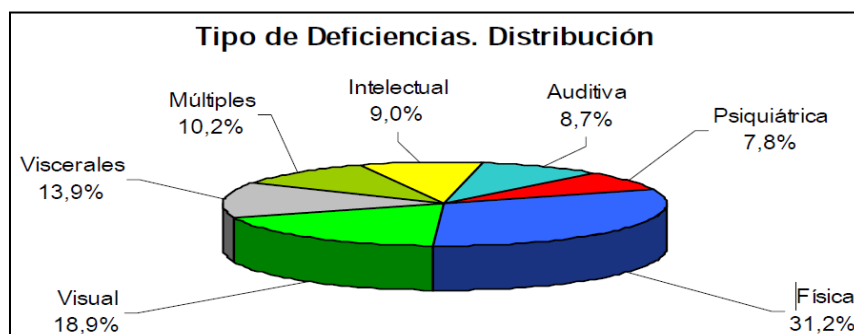
Este programa, propende la expansión de una red de cobertura estatal hacia las personas y familias que reciben atención en los establecimientos de Salud Primaria a lo largo del país

De acuerdo a un estudio de prevalencia realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en el año 2004, se establece que en Chile 2.068.072 chilenos presenta algún tipo de discapacidad, lo que corresponde a un 12,9% de la población del país.¹

El estudio antes mencionado, refiere que 1 de cada 8 chilenos vive con discapacidad. Según el grado de esta, se observa que del total de 12,9% de la población con discapacidad del país, un 7,2% corresponde a discapacidad leve (1.150.133 personas), un 3,2% a discapacidad moderada (513.997 personas) y un 2,5% discapacidad severa (403.942 personas).

Respecto a los tipos de deficiencia en personas con discapacidades, la física constituye el mayor porcentaje, representando un 31,2% del total de discapacidades; la segunda causa corresponde a la discapacidad visual con un 18,9 %; luego por causas viscerales (daños graves de alguno de los sistemas: respiratorio, digestivo, cardiovascular, endocrino) con un 13,9%; discapacidad múltiple 10,2%; intelectual 9%; auditiva 8,7%; y finalmente, discapacidad psíquica 7,8%.

Gráfico Nº 1: Tipo de Deficiencias



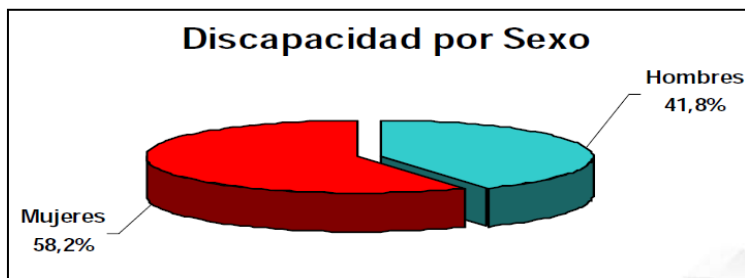
Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad

¹ Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

En cuanto a la discapacidad por sexo, el estudio revela mayor incidencia de discapacidad en las mujeres que en los hombres.

Considerando el total de la población: 15.998.873, correspondiendo al 100%; 1.204.574 son mujeres con discapacidad (58,2%), mientras que hombres con discapacidad corresponde a 863.496 (41,8%).

Gráfico Nº 2: Discapacidad por Sexo



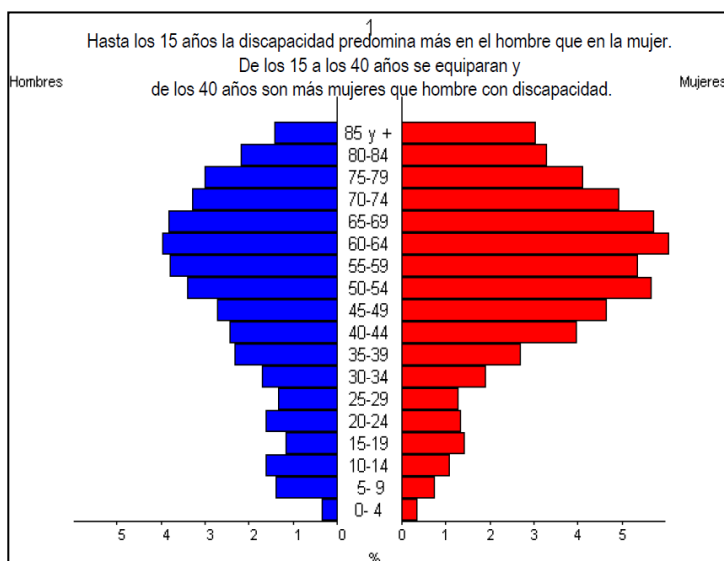
Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad

De acuerdo al porcentaje de hogares con al menos una persona con discapacidad, el estudio señala que en Chile el 65,4% de Hogares no tiene integrantes con discapacidad; sin embargo, un 34,6% de los hogares si cuenta con al menos una persona con discapacidad.

Por grupos etáreos, el estudio reveló que el tramo entre 15 – 64 años, se encuentra el mayor número de personas que sufren alguna discapacidad. Este grupo, corresponde a personas en edad de realizar actividades en el ámbito académico y productivo, por lo cual no es menor, si pensamos, que este segmento demanda servicios y por ende, la existencia de dispositivos en la Red que den respuesta a sus necesidades.

Es así, que es indispensable el trabajo integral de las distintas instituciones que trabajan el tema de la discapacidad, ya que se debe de proveer de servicios integrales a las personas y familias, más aún, en aquellos segmentos de mayor vulnerabilidad económica y social.

Gráfico Nº 3: Personas con Discapacidad según Sexo y Edad



Fuente: Resultado Nacional. Prevalencia de Personas con Discapacidad en Chile. 2004. Fondo Nacional de la Discapacidad.

Según situación socioeconómica de las personas con discapacidad en Chile, el estudio señala que 1 de cada 5 vive en condición socioeconómica baja; 1 de cada 8 personas de condición socioeconómica media presenta discapacidad; 1 persona con discapacidad por cada 21 personas de condición socioeconómica alta. (Ver Tabla)

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEGÚN CONDICIÓN SOCIOECONÓMICA		
Condición Socioeconómica	%	% Total Población
Baja	39,5%	25,5%
Media	55,4%	60,8%
Alta	5,1%	13,7%

El estudio refiere que del 100%, el 75,7% recibe atención en el Sector Público, mientras que el 24,3% recibe atención en el Sector Privado.

2.- PROPÓSITO

El Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, está dirigido a todas aquellas personas que sufran algún grado de dependencia severa: física, psíquica o multidéficit, según índice de Barthel; y a preparar a las familias que cuidan a este tipo de pacientes, entregando acciones de salud integrales, cercanas y con énfasis en la persona, su familia y entorno; considerando aspectos curativos, preventivos y promocionales con enfoque familiar y de satisfacción usuaria, para mejorar así, su calidad de vida.

3.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Otorgar a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, una atención integral en su domicilio en el ámbito físico emocional y social mejorando así su calidad de vida y potenciando su recuperación y rehabilitación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Atender de manera integral a personas que presentan dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
- Entregar a cuidadores y familias, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la persona con dependencia severa.
- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la red asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado.
- Mantener registro actualizado de las personas con dependencia severa en página web

4.- DESCRIPCIÓN Y CONCEPTUALIZACIONES

- La Dependencia Severa corresponde a “cualquier disminución en las capacidades físicas, psíquicas o de relación con el entorno que implique la dependencia de terceras personas, para ejecutar actividades de la vida cotidiana (levantarse, lavarse, comer, alimentarse y deambular al interior del hogar, etc.) de cualquier grupo etario”.
- Es así como Barthel la describe como la incapacidad funcional en relación con las actividades de la vida diaria”²
- La definición de Dependencia propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) representó un importante avance en la descripción, cuantificación y gradación del fenómeno. La dependencia definida como “la disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales”³

² Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor

³ Dorentes-Mendoza G, Ávila-Funes J, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo L. Factores asociados con la dependencia

- Desde el ámbito de la Salud, la dependencia no puede ser analizada de manera separada de la discapacidad, ya que siempre es consecuencia de un grado severo de ésta. Es así, que la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia, aunque pueden existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.⁴
- La Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa es definida como “el conjunto de acciones de carácter sanitario que se realiza en el domicilio, para atender sus Problemas de Salud. Estas actividades son realizadas por el Equipo de Salud de los Centro de Salud de APS (Atención Primaria de Salud), debiendo estar inscritos en él y ser beneficiarios del Sistema Público de Salud. Estas prestaciones son entregadas en forma independiente de la edad de la persona afectada y que necesariamente debe incorporar a los demás integrantes de la familia y agentes comunitarios como cuidadores; entendiéndose como Cuidador a la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo (vecino, amigo, etc.). La metodología utilizada se complementa con una visión biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención con Enfoque Familiar.
- Es preciso coordinar entre el nivel Primario y Secundario la periodicidad de la atención y definir responsable de esta actividad; y otras prestaciones que el Equipo de Salud considere necesario.

5.- COMPONENTES

Componente I: Atención Domiciliaria Integral

Una de las acciones que debe ser realizada por el Equipo de Salud, corresponde a la visita domiciliaria integral, la que se define como la Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia o del usuario. Esta permite establecer una interacción con uno o más miembros de la familia, con el cuidador y su entorno; tendiente a lograr un mejor conocimiento y apoyo para el enfrentamiento de los problemas bio-psico-socio-sanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral.

Este componente se encuentra en operación en todas las comunas del país y establecimientos dependientes de Servicios de Salud. Durante el año 2008, fue incorporado al Aporte Estatal mediante el mecanismo Per Cápita, para las Comunas con Salud Municipal; sin embargo, para las comunas de Costo Fijo - a partir del 2011-, fue incorporado a través del incremento de su financiamiento histórico definido en el Decreto Supremo Per Cápita; sólo los establecimientos dependientes de Servicios de Salud recibirán aporte directo por este programa.

Las personas que se encuentren Institucionalizadas (público y privado) podrán recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, siempre y cuando se encuentren inscritas en un Centro de Salud y sean beneficiarias del Sistema Público de Salud o de algún Programa Gubernamental.

funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública.

⁴ Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Servicio Nacional del Adulto Mayor

El Equipo de Salud deberá contemplar 2 visitas domiciliarias integrales en el domicilio del usuario, las cuales serán efectuadas por enfermera u otro profesional, para actualizar estado clínico del paciente. En la primera visita se debe establecer el plan de intervención para en la segunda efectuar una valoración de dicho plan. Por otra parte, el equipo, de acuerdo al plan de tratamiento y/o cuidados, determinará acciones mensuales de seguimiento y/o tratamiento.

1.- Visita domiciliaria integral

Es la actividad realizada por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud.

El Objetivo específico que busca es crear un plan de intervención consensuado con el núcleo familiar considerando las características del paciente, familia y entorno.

La Visita Domiciliaria Integral está orientada a:

- Conocer el hogar, el entorno y la situación familiar del caso índice.
- Detectar necesidades, recursos y redes de apoyo del caso índice y del grupo familiar.
- Evaluar a la Familia y/o Cuidador como unidad de cuidado.
- Mejorar la definición del Problema de Salud.
- Mejorar y potenciar la comunicación entre los integrantes del Equipo de Salud, paciente, cuidador y familia.
- Realizar un plan de cuidados adecuado a la condición del hogar en conjunto con el cuidador.

Elementos a considerar en la visita domiciliaria integral:

- Debe existir un vínculo entre algún integrante de la familia y/o cuidador y miembros del Equipo de Salud, en el marco de la continuidad de la atención.
- Debe ser planificada con antelación y comunicada a la familia y/o Cuidador.
- Deber ser autorizada a lo menos por un miembro de la familia y/o Cuidador.
- Se debe comunicar al paciente, cuidador y familia, que se realizará la visita domiciliaria integral al momento de ingresar al Programa.

2.- Visita domiciliaria de Tratamiento y/o Procedimiento

Es la atención entregada por integrantes del equipo de salud, al usuario en su propio hogar, con el fin de brindar apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Estas acciones se realizan según una evaluación previa y un plan de atención que debiera ser elaborado y concordado con la familia.

3.- Visita de Seguimiento

El objetivo de esta actividad es constatar el plan de cuidados entregados por el cuidador que reciben los pacientes que están bajo la modalidad de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, las cuales deberán ser realizadas por cualquier integrante del equipo de salud tratante del paciente

Funciones del Equipo de Salud

- La coordinación con los diferentes niveles de atención de la Red Asistencial y de la comunidad, con el fin de dar continuidad en el cuidado de los usuarios.
- Preservar la calidad de la atención prestada en el domicilio del paciente, asumiendo la responsabilidad del cuidado continuo e integral del mismo, en conjunto con el cuidador.
- Estimular y potenciar la participación activa de los Cuidadores en las distintas actividades que se programen, con calidad y con enfoque de Salud Familiar.
- Definir prestaciones de cartera de servicios la que debe ser clara y conocida, para el usuario, cuidador, familia y/o comunidad.
- Realizar un estudio de las necesidades de cada usuario, para diseñar plan individualizado de cuidados. Esta actividad debe ser realizado por el Equipo de Salud, cuidador y la familia.
- Realizar un análisis costo-beneficio previo en cada uno de los casos, para decidir la atención domiciliaria mejor y más eficiente en comparación a otras posibilidades de provisión de servicios.
- Generar canales de comunicación expeditos con el usuario, cuidador y familia.
- Elaborar y ejecutar plan anual de capacitación a los cuidadores, entregándoles herramientas para mejorar la calidad del cuidado y así, optimizar su labor. Esta capacitación puede efectuarse en el domicilio y/o establecimiento de salud. Esta actividad debe ser registrada, de acuerdo a los instrumentos definidos para tal efecto.
- Realizar inducción a quienes ingresan al Programa como Cuidadores
- Identificar, categorizar y registrar a las personas que presenten Dependencia Severa, en cada establecimiento de salud, para ingreso al Programa.
- Evaluar y gestionar el pago a cuidadores de personas que presenten Dependencia Severa.
- Verificar mensualmente por medio de Visita Domiciliaria –de acuerdo a Plan de Cuidado-, condición del paciente.
- Todo paciente ingresado, deberá contar con un Plan de Atención que involucre al Equipo de Salud, Cuidador y familia, para abordar las necesidades de cuidado requeridas por éste, la que deberá realizarse a través de una Visita Domiciliaria Integral y ser registrada como tal.
- Si el paciente cumple con los criterios de inclusión, y además forma parte del Programa de Hospitalización Domiciliaria, se debe definir responsables de cada actividad, de acuerdo al problema de salud y factores asociados que presente. (continuidad de atención en la Red, definiendo responsables en cada proceso de atención)

- El Equipo de Salud deberá detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y familia en la modificación de éstas, ofreciendo así alternativas de solución.
- El Equipo de Salud deberá educar al paciente, Cuidador y familia sobre la responsabilidad y posibilidades que tienen dentro del proceso de auto cuidado.
- El Equipo de Salud deberá disponer de un registro rutificado y actualizado mensual en página web, la información debe ser ingresada en los plazos definidos, para ello.
- La implementación de este componente en cada Establecimiento de la Red, debe disponer de un Equipo de Salud capacitado, flexible y motivado en esta modalidad de atención.

Componente II: Pago a cuidadores.

Objetivo

Retribuir monetariamente a la persona que realiza la labor de “Cuidador” de personas con Dependencia Severa a través de todo el ciclo vital y que cumpla con criterios de inclusión y compromisos adquiridos

Criterios de Inclusión para la entrega de Apoyo Monetario a Cuidadores:

El pago a Cuidadores es concebido como la asignación monetaria dirigida a quién realiza la función de “Cuidador” de un paciente que presente Dependencia Severa, y que cumpla con los criterios de inclusión.

Este beneficio, se define anualmente, según marco presupuestario vigente, y está asociado a registros actualizados que cada Servicio de Salud debe realizar mensualmente en página web.

Para que los pacientes puedan ser incorporados al componente del programa pago a cuidadores deben cumplir con los siguientes criterios:

- Personas que presenten dependencia severa para realizar actividades de la vida cotidiana según Índice de Barthel (menor o igual a 35 puntos según escala).⁵
- El usuario debe estar inscrito en su Centro de Salud.
- Ser beneficiario de FONASA A o B o clasificados en una de las siguientes alternativas:
 - a) Ficha de protección Social con un puntaje menor o igual a 8.500 puntos
 - b) Chile Solidarios
 - c) Como beneficiario de pensiones asistenciales (PASIS)

Es importante tener en cuenta:

- **Para los usuarios que reciben bonos sociales por única vez y los hace cambiar de tramo de Fonasa, deben permanecer recibiendo el pago de su cuidador esos meses.**
- **Si el paciente dependiente severo fallece los primeros días del mes o a fines del mes en curso, se le debe entregar el 100% del pago a cuidador correspondiente a ese mes y luego en el siguiente mes egresar de la plataforma web.**

⁵ Pacientes con pérdida de autonomía con anterioridad al año 2011 continúan recibiendo las prestaciones de este programa, Circular Programa de Apoyo al cuidado domiciliario de Personas de toda edad Postradas con discapacidad severa o Pérdida de Autonomía., circular 211, N°82, Marzo 2007.

- Si el paciente cumple con los criterios y posee cuidador deber ser incorporado a plataforma web.
- Si el paciente cumple con los criterios y no posee cuidador o no existen cupos disponibles para dar pago al cuidador debe ser incorporado de igual forma a plataforma web como sin pago, a fin de poder contar con la demanda no cubierta de este componente-

Criterio de exclusión de pago de estipendio al cuidador

- No pueden acceder al pago del cuidador los usuarios que se encuentren institucionalizados.
- Usuarios que no cuenten con cuidadores.
- Cuidador remunerado por parte de la familia.
- Constatación del equipo de salud de cuidados deficientes del usuario con dependencia severa proporcionados por el cuidador.
- Cambio en la condición de dependencia (ejemplo, pasar de dependencia severa a moderada).
- Fallecimiento del usuario con dependencia severa.

Funciones del Encargado de validación página web

- Validar mensualmente información de ingresos y egresos de usuarios al programa a través de página web <http://discapacidad-severa.minsal.cl/frames.php>
- Actualización mensual de datos en página web <http://discapacidad-severa.minsal.cl/frames.php>
- Cotejar información entregada por los centros a cargo y la enviada desde SS
- Entregar informe en fechas correspondientes

Funciones del Cuidador

Las personas que realicen la función de “Cuidador” deben suscribir mediante un documento los “Compromisos” que adquieren.

- El Cuidador debe ser capacitado por el Equipo de Salud respectivo, con el propósito de detectar condiciones de riesgo en el entorno del paciente y educar al Cuidador y Familia para la modificación de ésta, ofreciendo alternativas de enfrentamiento en cuanto a los cuidados que debe brindar.
- El Cuidador deberá tener salud compatible para ejecutar su labor comprometida y frente a faltas en su labor, el equipo re evaluará su continuidad en el Programa.
- Se sugiere que cada Cuidador tenga a su cargo no más de tres personas si es familiar. En caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo familiar, se sugiere tener como máximo dos personas a su cargo. Si se presenta una situación distinta a la descrita anteriormente, el Equipo de Salud deberá evaluar la situación e informar a la Subsecretaría de Redes.
- El Cuidador deberá estar presente en las visitas domiciliarias integrales y/o en la visitas con fines de seguimiento y tratamiento que realice el Equipo de Salud; de lo contrario, se informará a encargado de Programa del establecimiento de Atención Primaria -quién evaluará la continuidad de condición de Cuidador- y al Servicio de Salud respectivo. Esta situación se deberá informar mensualmente al nivel central –en caso que sea necesario-.
- El Cuidador debe ser incluido en las actividades que el Equipo de Salud realice, tanto en actividades de capacitación como de auto-cuidado y realizar el registro asociado a esta actividad, ya que se solicitará en cada corte de evaluación.
- Ante cualquier cambio de domicilio, el Cuidador debe informar oportunamente al Equipo de Salud y Establecimiento, para los efectos que estime pertinente.
- Asumir los compromisos firmados del anexo 2, firmar planilla después de recibir el anexo 1

6.-ANEXOS

Anexo 1. INSTRUCTIVO PARA CUIDADORES

SERVICIO DE SALUD:	
COMUNA:	
CENTRO DE SALUD:	FECHA:
NOMBRE USUARIO (Persona Dependiente):	
NOMBRE DEL CUIDADOR/A: Sr/a _____	
Son funciones del cuidador:	
<ul style="list-style-type: none">• Participar en las reuniones y capacitaciones que el Equipo de Salud programe.• Mantener contacto y comunicación permanente con el Equipo de Salud.• Informar al equipo de salud en caso de cambio de comuna de residencia, rehabilitación o fallecimiento de la persona dependiente.• Señalar facilitadores u obstaculizadores en el desempeño de sus actividades como cuidador/a.• Tener salud compatible, para desempeñar las funciones de Cuidador/a.• Mantener a su cargo como Cuidador (a) no más de 3 pacientes si es familiar del paciente; en caso que el cuidado lo realice una persona ajena al grupo familiar solo podrá tener a su cargo como máximo dos (2) pacientes.• En caso de ausentarse el Cuidador/a, señalar a un Cuidador/a Suplente que asuma los compromisos anteriormente señalados.• En caso, que el Cuidador/a no cumpla con las funciones señaladas en el Programa de Atención de Personas con Dependencia Severa, el Equipo de Salud deberá evaluar la continuidad del Cuidador/a y la suspensión del pago mensual.	

NOMBRE RESPONSABLE DEL EQUIPO DE SALUD	
_____	_____
TELÉFONO DE CONTACTO	FIRMA RESPONSABLE EQUIPO DE SALUD
CENTRO DE SALUD	

Este anexo queda en poder del Cuidador/a, quien firma planilla de entrega de este instructivo.

Anexo 2.- CARTA DE COMPROMISO DEL CUIDADOR

SERVICIO DE SALUD _____

Comuna _____

Centro de Salud: _____

COMPROMISO

En..... ade.....de 2014 , yo,.....

..... Rut N°....., de nacionalidad chilena, estado civil

....., de profesión o actividad....., domiciliado en

..... comuna de....., declaro lo siguiente:

PRIMERO: Que soy la persona que se encarga del cuidado personal de

....., Rut N°....., quien es beneficiario del Programa de Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa, del Ministerio de Salud, que desarrolla el Servicio de Salud..... con la Municipalidad de

SEGUNDO: Que, en esa calidad, me comprometo a efectuar el cuidado de la persona a mi cargo de acuerdo con las guías e instrucciones que se me señale por el Equipo de Salud del Centro de Salud y de la capacitación que se me dé para ello.

TERCERO: Que, recibiré el pago mensual de \$ 24.251 (veinticuatro mil doscientos cincuenta y un pesos) que se me ha asignado, a través de la Municipalidad de.....en los días y lugares que se me indique.

CUARTO: Que estoy consciente que dicho pago lo recibo como apoyo por la función que cumplo de cuidar a la persona indicada anteriormente, por lo que, si dejara de cuidarlo (por cambio de comuna o falleciera), dejo de tener derecho al mismo. Por esto, me comprometo a informar inmediatamente al Centro de Salud frente a las situaciones antes señaladas.

QUINTO: Que proporcionaré a los funcionarios del Centro de Salud los datos que me soliciten sobre el beneficiario a mi cargo en relación con su condición de salud y los cuidados que recibe, y que otorgaré las facilidades para la realización de las visitas domiciliaria integrales y de seguimiento.

(Firma cuidador/a)



Anexo 3.-MANDATO

Fecha,.....

Comparece....., chilena/o, cédula de identidad N°....., beneficiaria/o del Programa “**Atención Domiciliaria de Personas con Dependencia Severa**”, del Ministerio de Salud, domiciliada/o en....., comuna de....., expone:

PRIMERO: La Municipalidad de....., Mediante Decreto Exento N°....., de fecha....., otorga a el/la Sr/a....., Subsidio en dinero por un monto de \$ 24.251 (veinticuatro mil doscientos cincuenta y un pesos) desde el mes de.....del 2014, para cancelar a el/la cuidador/a Sr/a....., cédula de identidad N°....., por concepto de cuidado de una persona con Discapacidad Severa.

SEGUNDO: Por el presente documento el/ la Sr/a....., viene a conferir mandato a la Municipalidad para que una vez certificado el cuidado hacia mi persona se cancele directamente a el/la cuidador/a, Señor/a.....

FIRMA CUIDADOR/A

FIRMA BENEFICIARIO/A

FIRMA FUNCIONARIO DE SALUD RESPONSABLE

Anexo 4.- EQUIPAMIENTO

El equipamiento básico requerido para la adecuada ejecución de este Componente del Programa, debiera constar de:

1. Una bomba de aspiración portátil.
2. Un porta suero rodable móvil.
3. Un Balón de oxígeno:
 - Flujómetro
 - Manómetro
 - Humidificador
 - Nariceras
4. Maletín de enfermería conteniendo:
 - Fonendoscopio
 - Esfigmomanómetro portátil con manguitos intercambiables de varias dimensiones.
 - Linterna.
 - Termómetro
 - Glucómetro capilar portátil.
 - Cintas reactivas para el glucómetro.
 - Lancetas.
 - Material para curaciones (Set instrumental de curación: caja metálica, pinzas anatómicas, pinzas quirúrgicas, tijera recta, gasas, algodón, apósitos, baja lenguas)
 - Guantes examen.
 - Guantes estériles.
 - Apósitos hidrocoloides
 - Sondas nasogástricas, sondas vesicales, sondas rectales.
 - Recetarios, hoja de inter consulta, solicitud de exámenes, etc.
 - Insumos varios.

Acceso expedito a Movilización, de ser requerida.



Anexo 5.- ACTA DE TALLERES A CUIDADORES

COMUNA: _____

Establecimiento: _____

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS DEPENDENCIA SEVERA

FECHA: _____ LUGAR: _____

HORA INICIO: _____ HORA TERMINO: _____ N° ASISTENTES _____

(Se adjunta listado de asistencia)

N° TOTAL DE PERSONAS DEPENDIENTES EN EL CENTRO DE SALUD: _____

PROFESIONAL RESPONSABLE: _____

TEMAS DE CAPACITACIÓN	RESPONSABLE

Puntos Tratados y/o acuerdos tomados:

1. _____

2. _____

3. _____

Nombre, Profesión y Firma Funcionarios Participantes:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Anexo 6.- EVALUACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL

Se debe marcar lo que la persona realiza actualmente, no lo que es capaz.

Los pacientes que fueron ingresados antes del cambio de índice, con el Índice de Katz, deben ser reevaluados con el índice de Barthel y luego seguir siendo evaluados por el nuevo instrumento.

La evaluación debe ser realizada al ingreso del programa y luego anualmente. Ya que para poder registrarlo como población bajo control del programa debemos tener actualizado su estado de dependencia.

Parámetro	Situación del Paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente.	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente.	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño.	5
	- Dependiente.	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	10
	- Necesita ayuda.	5
	- Dependiente.	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente.	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal.	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	- Incontinencia.	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta.	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	- Incontinencia.	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	- Dependiente.	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama.	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo.	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5
	- Dependiente.	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	- Dependiente.	0

Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras.	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	- Dependiente.	0
	Total:	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total (corresponde a Dependencia Severa)
20-35	Grave (corresponde a Dependencia Severa)
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Nota: para ser clasificado con Dependencia Severa, el puntaje debe ser menor o igual a 35 puntos.

Anexo 7: PAUTA DE AUDITORIA CENTRO DE SALUD

Fecha		
Comuna		
Centro de Salud		
Director Centro de Salud		
Total beneficiarios del Programa		
Total de beneficiarios con pago de cuidador		
Cuenta con registro mensual actualizado de beneficiarios del Programa		
Cuenta con registro mensual actualizado de cuidadores con pago		
Cuenta con plan de cuidados según necesidad de Usuarios		
Número de beneficiarios con plan de cuidados		
Registro actualizado de VDI realizadas		
Cuenta con plan anual de capacitaciones		
Tiene registro de cuidadores capacitados		
Capacitaciones	Programadas	Realizadas
Numero de cuidadores capacitados	Hombres	Mujeres
Nº de VDI realizadas al año por paciente		
Coordina con la red social existente según necesidades del paciente		
Facilitadores del Programa		
Obstaculizadores del Programa		
Observaciones		

ANEXO 8: PAUTA DE AUDITORIA USUARIOS DEL PROGRAMA

Fecha		
Comuna		
Centro de Salud		
Nombre del paciente		
Rut del paciente		
Nombre del Cuidador		
Rut del cuidador		
Tramo FONASA paciente		
Fecha de ingreso al Programa		
Carta de compromiso firmada por cuidador	SI	NO
Índice de Katz/Barthel vigente.	SI	NO
Índice de Katz/Barthel <u>SEVERO</u>	SI	NO
El cuidador se encuentra en casa al momento de la visita.	SI	NO
Cuidador con capacitación vigente.	SI	NO
Acusa recibo de pago de cuidados.	SI	NO
Estado del paciente al momento de la visita		
Observaciones		

