REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES
FISCALIA
JLB/ SVB / MJB / JSGT/CHB / AVC

APRUEBA MODALIDAD PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS EN EL MARCO DEL "PROGRAMA RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS, DE LA ASIGNACIÓN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADO", DEL MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL, AÑO 2018.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL
SUBSECRETARIA SERVICIOS SOCIALES
OF. PARTES
23 MAY 2018
TOTALMENTE TRAMITADO

RESOLUCIÓN EXENTA Nº: 0377

SANTIAGO, 22 MAY 2018

VISTO:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley Nº 20.530 que crea el Ministerio de Desarrollo Social y Modifica Cuerpos Legales que Indica; en la Ley N° 19.880 sobre Bases de los Procedimientos Administrativos que Rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la Ley N° 21.053, de Presupuestos del Sector Público para el año 2018; en la Resolución Nº1600, de 2008, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón.

CONSIDERANDO:

Que, el Ministerio de Desarrollo Social, es la Secretaría de Estado encargada de colaborar con el Presidente de la República en el diseño y aplicación de políticas, planes, y programas en materia de equidad y/o desarrollo social, especialmente aquellas destinadas a erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas o grupos vulnerables, promoviendo la movilidad e integración social y la participación con igualdad de oportunidades en la vida nacional.

E43932

Que, la Ley N° 21.053 de Presupuestos del Sector Público correspondiente al año 2018, consigna recursos en la Partida 21, Capítulo 01, Programa 01, Subtitulo 24, Ítem 03, Asignación 351, Glosa 12, para el "Sistema Nacional de Cuidado".

Que, resulta relevante, para la implementación de un Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados, contar con una red local que articule y gestione los servicios y prestaciones sociales dirigidas a las personas en situación de dependencia, especialmente a los adultos mayores de 60 años o más y/o personas en situación de discapacidad y sus cuidadoras/es, a fin de satisfacer una necesidad de un segmento importante de la población en condición de vulnerabilidad.

Que, es por lo anterior, que por medio del presente acto administrativo se regulará la modalidad de la transferencia de recursos para el programa mencionado, con el fin de establecer los beneficiarios, las municipalidades participantes, y en general, los términos en los que se deberá ejecutar el programa,

RESUELVO:

PRIMERO: APRUÉBASE la Modalidad para la transferencia de recursos para la ejecución del **"Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la Asignación Sistema Nacional de Cuidado"** del Ministerio de Desarrollo Social, año 2018. cuyo texto es del siguiente tenor:

"MODALIDAD PARA LA TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y EJECUCIÓN DEL PROGRAMA RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS DE LA ASIGNACIÓN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADO"

Que, el **Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales**, ha planificado ejecutar parte de la asignación presupuestaria denominada "Sistema Nacional de Cuidado", mediante el ***"Programa Red Local de Apoyos y Cuidados"***.

1. OBJETO DEL PROGRAMA.

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados en adelante "el programa" o "la red", se enmarca en un modelo de gestión y atención integral de personas con dependencia y sus hogares. En este sentido, se entenderá como personas con dependencia a aquellas que se encuentren en esta situación de manera moderada o severa y cuenten con 60 años y más, y/o de cualquier edad que se encuentren en una situación de discapacidad. La acciones de la red incorporan además a los/as cuidadoras principales no remuneradas de personas con dependencia y/o red de apoyo de estas personas, de manera de mejorar la calidad de vida de los hogares.

2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA.

2. 1 OBJETIVO GENERAL

Contribuir a que los hogares **beneficiarios del programa** accedan a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo a sus características y necesidades.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Conformar e implementar la red local de apoyos y cuidados, mediante la preparación y ejecución de un plan de trabajo.

b) Gestionar una nómina a nivel local para identificar los hogares elegibles para el programa de acuerdo a los criterios de focalización del Ministerio de Desarrollo Social, en adelante e indistintamente el "MDS".

c) Implementar acciones de formación y capacitación que permitan dotar gradualmente de especialidad y práctica a los equipos de trabajo y asistentes de cuidado en materias relacionadas a la provisión de servicios de apoyos y cuidados.

d) Implementar el servicio de atención domiciliaria a los hogares derivados por la red.

e) Identificar y proveer servicios especializados no cubiertos para abordar las necesidades de apoyo y cuidado evaluadas en los hogares beneficiaros.

3. BENEFICIARIOS

Son **beneficiarios** del Programa:

a) Los hogares ***con integrantes en situación de dependencia*** moderada y severa **de acuerdo a las siguientes características:** personas con 60 o más años de edad en situación de dependencia, y aquellas personas en situación de discapacidad con dependencia de cualquier edad. En ambos casos, causada por una condición de salud de carácter permanente.

b) Los/as cuidadores/as principales, es decir, aquellos adultos responsables, mayores de 18 años que desempeñan labores de cuidado **no remunerado**, los cuales pueden tener o no un vínculo consanguíneo con la persona dependiente o bien, formar parte de su red de apoyo directa.

c) Los equipos de trabajo que integran las instituciones de la red comunal y participan en tematicas vinculadas al apoyo y cuidados de personas con dependencia, agrupaciones presentes en el territorio (organizaciones funcionales y comunitarias) y personas que se relacionan con acciones de apoyos y cuidados.

4. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LAS MUNICIPALIDADES PARTICIPANTES

El programa propone un modelo de gestión basado en una red local articulada, teniendo como colaborador principal o socio estratégico a las Municipalidades, así como los equipos locales de área social y salud, de manera de conseguir a través

de la gestión intersectorial de prestaciones y servicios sociales, ayudar a los beneficiarios del programa.

Durante el año 2018, se invitará a participar en el Programa, a las Municipalidades focalizadas, en base a los siguientes criterios:

a) Se priorizará la participación de aquellas Municipalidades que están implementando, desde el año 2016 o 2017, el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados en su comuna, para efectos de mantener la continuidad en las prestaciones otorgadas a los beneficiarios, dado el carácter y singularidad de los beneficios otorgados.
b) Luego, conforme a la disponibilidad presupuestaria con que cuenta el MDS para el presente año, se invitará a las comunas priorizadas según la aplicación del **Índice de Selección de Comunas**, que se describe a continuación.

Índice de Selección de Comunas

El índice de Selección de Comunas es una fórmula propuesta por el Banco Mundial que se estructura en base a dos subíndices, la capacidad municipal de gestión del programa y la demanda por cuidados.

No obstante la aplicación del índice que se explicará a continuación, el MDS deberá velar en todo momento que en la selección:

a) Debe haber, al menos, una Municipalidad en cada región del país en la cual se implemente el programa;
b) Debe existir una representación no menor al 20% de comunas rurales.

Los subíndices en los cuales se basa esta fórmula de selección, se componen de indicadores los que se ponderan dentro del respectivo subíndice en los porcentajes indicados, de la siguiente manera:

i. Sub-Índice de Capacidad de Gestión

Este sub-índice busca dar cuenta de la capacidad local de gestión para la instalación del programa y se compone por los siguientes indicadores:

a) **Capacidad de gestión local**: Definida como la presencia de oficina o encargado del SENAMA y de la oficina o del encargado de Discapacidad. Se le asignará un (1) punto a la municipalidad si presenta alguna de estas oficinas o encargados.

b) **Apoyo a la gestión local**: Definida como la presencia en la Municipalidad de la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI) y de algún proyecto apoyado por el Fondo de Iniciativas Locales de SNAC. Asignándole un total de (1) punto para este indicador, de acuerdo a la siguiente suma ponderada, 20% si participó en el fondo de iniciativas locales y 80% si tienen una EDLI.[1]

[1] El Fondo de Iniciativas locales corresponde a una convocatoria del año 2015 que tuvo por objetivo apoyar mediante el cofinanciamiento la implementación de modalidades de apoyos y cuidados existentes a nivel local para la protección y atención integral de personas de 60 años o más y/o personas en situación de

c) **Oferta local**: Definida como presencia en la Municipalidad en alguno de estos programas prioritarios a saber: programas Vínculos, programa de atención domiciliaria a postrados, el Subsidio Único Familiar (SUF) de Invalidez, el SUF de discapacidad mental y el Subsidio de Discapacidad Mental. Se le asignará un (1) punto si la Municipalidad participó o participa en alguno de los programas indicados.

Los componentes descritos se ponderarán en el subíndice de gestión, de acuerdo a los siguientes porcentajes: la capacidad de gestión local será un 50%, el componente Apoyo a la Gestión Local un 10% y la oferta local corresponderá a un 40% del total.

ii. **Sub-índice de Demanda**

Este sub-índice busca reflejar la presencia de demanda por cuidados, considerada como la población con dependencia por edad o discapacidad en la comuna. Los indicadores que componen el presente subíndice son los siguientes:

a) **Concentración de población con demanda**: Considerada como el número de hogares con al menos un dependiente moderado o severo en la comuna.

b) **Potencial demanda de cuidado**: Correspondiente al número de hogares compuestos sólo por dependientes moderados y/o severos.

c) **Presencia de hogares en grupos prioritarios:** Este indicador fue definido en base a las propuestas de población a priorizar de acuerdo a la condición socioeconómica y al nivel de severidad de la dependencia, considerándose un 40% del total del subíndice de demanda. Este criterio corresponde al número de hogares que presenten las siguientes características:

- Hogares con al menos un dependiente moderado o severo del tramo de calificación socioeconómica de 60%
- Hogares con al menos un dependiente moderado o severo del tramo de calificación socioeconómica de 40%
- Hogares con al menos un dependiente severo del tramo de calificación socioeconómica de 60%

Los componentes descritos se ponderarán en el subíndice de demanda, de acuerdo a los siguientes porcentajes: la concentración de población con demanda será un 20%, el componente potencial demanda de cuidado un 40% y la presencia de hogares en grupos prioritarios corresponderá a un 40% del total.

---

discapacidad dependientes, de manera de mitigar los efectos de la progresión de la dependencia en dicha población y las consecuencias en la salud derivadas de la sobrecarga de trabajo de los (las) cuidadores (as).

Luego, se realizará la suma ponderada de los dos valores totales de los sub-índices ya descritos, considerando un 60% del índice de Gestión y un 40% del índice de demanda.

Posteriormente, con el puntaje obtenido por la fórmula descrita en los párrafos anteriores, se obtendrá un listado ordenado de mayor a menor puntaje, el cual será segmentado por el Ministerio en tres tramos, pasando las del primer tramo a ser consideradas con un nivel alto de gestión, las segundas un nivel intermedio, y las últimas, uno bajo.

Finalmente, se seleccionará a las nuevas municipalidades que participarán en este programa, conforme a la disponibilidad presupuestaria, y a razón de la siguiente proporción: un 45% de las comunas con un alto nivel de gestión; un 35% de las comunas pertenecientes al nivel intermedio; y un 20% de las comunas consideradas con un nivel bajo de gestión.

5. LÍNEAS DE ACCIÓN

La Red Local de Apoyos y Cuidados funcionará a través de la implementación de un **Plan de Trabajo Comunal** dirigido a proveer las siguientes líneas de acción:

i) **Gestión de la Red local de Apoyos y Cuidados**.

ii) **Implementación Servicio de Atención Domiciliaria**.

iii) **Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados**.

5.1 GESTIÓN DE LA RED LOCAL

La Municipalidad deberá designar a un **Encargado/a Comunal de la Red Local de Apoyos y Cuidados,** en adelante e indistintamente "el encargado". Este/a encargado/a podrá ser financiado mediante dos vías: i) por la Municipalidad, definiendo un recurso humano municipal para cumplir las funciones con cargo al presupuesto municipal o ii) destinar recursos del programa para su remuneración total o parcial, procurando que corresponda su perfil laboral con las funciones de la coordinación de la red local de apoyos y cuidados, equivalente en el Municipio y con perfil similar al del encargado/a comunal de Subsistema Chile Crece Contigo.

Entre las responsabilidades principales del encargado estará coordinar y gestionar la elaboración de un **Plan de Trabajo de la Red**, que contenga al menos las siguientes acciones: a) identificación de los actores de la red tanto básica como ampliada [2], b) identificación de temáticas a capacitar por parte de la red, c) un

[2] La Red Básica corresponde a la organización mínima de unidades dentro de la Municipalidad, que permita el funcionamiento del programa por ejemplo: oficina adulto mayor, oficina discapacidad, *departamento* social, entre otras. La Red Ampliada incluye además a los servicios públicos y privados que operan en el territorio, pero que son externos a la Municipalidad.

diagnóstico de la situación de la red, d) mapa de actores, e) planificación de coberturas, f) Carta Gantt, y g) registro de reuniones y atención de casos.

En el proceso de evaluación de hogares potenciales, el encargado deberá gestionar la identificación de los beneficiarios, evaluación de necesidades de cuidado, preparación de planes de cuidado en los hogares, seguimiento a la trayectoria de hogares, capacitación y formación para el equipo de trabajo, además de la difusión y sensibilización a nivel local. Dentro de las acciones del Encargado de la Red se encuentra la identificación de necesidades de capacitación para los integrantes de la red de manera de poder gestionar o financiar acciones de formación en temáticas de cuidado.

Este programa utiliza la estructura municipal existente para llevar a cabo la gestión de la Red a nivel local, a través de la integración activa de las siguientes unidades o sus equivalentes, en caso de estar presentes en la Municipalidad respectiva:

i) Oficina del Adulto Mayor
ii) Oficina de la Discapacidad
iii) Oficina de la Mujer
iv) Salud Municipal -Centros de Salud Familiar, Centros Comunitarios de Salud Familiar, Centros de Salud Mental.
v) Departamento Social (Subsidios, Registro Social de Hogares, Asistencia Social)
vi) Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL)
vii) Otros programas relevantes a definir por la comuna.

Serán los/as encargados/as y/o equipos de trabajo de estas oficinas o unidades municipales que actualmente desempeñan funciones a nivel local, las que canalizarán el ingreso de los hogares al Programa.

En base a una nómina de hogares potencialmente elegibles del sistema a nivel local (Registro Social de Hogares), la Red deberá identificar a los hogares que se seleccionarán para ser beneficiarios del Sistema, complementando dicha información con otras bases comunales como por ejemplo: Registros de salud, Adulto Mayor, Discapacidad, entre otras.

La Red local debe lograr la integración horizontal de servicios, a través de un modelo de gestión de casos y trabajo en red, en base a una metodología que permita: i) identificar las necesidad de apoyo y cuidado de los hogares, ii) establecer un plan de cuidados acordado con los hogares, iii) seguimiento del acceso oportuno de los hogares a los servicios y prestaciones sociales, y iv) realizar el seguimiento y la evaluación del conjunto de servicios implicados.

5.2 SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA.

Esta línea permite proveer la contratación de recursos humanos para el reclutamiento y selección de cuidadoras domiciliarias. Gestiona la articulación con la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL) y otras dependencias para la selección de cuidadores(as) remunerados(as) del programa de atención domiciliaria en el caso de las Municipalidades que se incorporan por primera vez al Programa.

Posteriormente, esta línea de acción considera el ingreso de las/los Asistentes de Cuidado en el domicilio de los hogares con personas en situación de dependencia. El servicio consiste en la atención de personas con dependencia y sus cuidadoras/es principales que presenten sobrecarga de cuidado (resultado de la aplicación de instrumento de evaluación de necesidades de apoyos y cuidados, anexado a orientaciones técnicas disponibles en el SIGEC). Contempla recursos humanos compuestos por un profesional encargado del Servicio de Atención Domiciliaria para gestionar y planificar los cuidados en el domicilio y la contratación de Asistentes de Cuidado formales. Lo anterior, implica la coordinación de las/los Asistentes remuneradas(os) que proveen servicios de cuidados domiciliarios a personas con dependencia cuyos cuidadores presenten sobrecarga.

Además de lo anterior, esta línea contará con recursos que permitan nivelar[3] la formación de los/as Asistentes de Cuidado.

5.3 SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE APOYOS Y CUIDADOS

Esta línea de acción permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios que faciliten la atención integral y centrada en las personas, de acuerdo a los planes de cuidado según sus características y necesidades.

La implementación de esta línea requiere de un conjunto de actividades previas para establecer qué servicios y a quiénes (personas en situación de dependencia de hogares beneficiarios) se les asignará. Entre las actividades centrales están:

a) Identificar necesidades de apoyos y cuidados no cubiertas por la oferta local existente.

b) Levantar la oferta local y proveer de servicios especializados de apoyos y cuidados para cubrir dichas necesidades de los beneficiarios identificados.

c) La tipología de servicios especializados describe servicios como: atención psiquiátrica, atención psicológica, servicio de podología, compra medicamentos de especialidad, atención gerontológica, adaptaciones a la vivienda tanto funcionales de bajo costo como aquellas que se identifiquen como urgentes en el mejoramiento de las condiciones de habitabilidad, entre otros servicios.

Esta línea supone identificar los requerimientos de la población, previa evaluación de necesidades de apoyos y cuidados y elaboración de planes de cuidados por hogar, cuya oferta dentro del territorio respectivo sea inadecuada o insuficiente, de manera de garantizar que el uso de los recursos complemente dicho déficit.

6. ASIGNACIÓN DE RECURSOS A LAS MUNICIPALIDADES

El MDS a través de la División de Promoción y Protección Social asignará los recursos respecto a cada comuna participante, e indicará el número estimado de beneficiarios a nivel comunal, teniendo especial consideración en la cantidad de

[3] Se entenderá la nivelación de los asistentes, conforme lo indica las Orientaciones Técnicas del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, puestas a disposición de los participantes en el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC) del Ministerio de Desarrollo Social.

población objetivo, complementariedad de los servicios sociales locales y aporte local.

En los casos de aquellas municipalidades que continuarán la implementación del programa durante el presente año, se considerará el monto transferido durante el año anterior, reajustado de acuerdo a la variación del índice de precios del consumidor (IPC), a excepción de aquellas en que se modifique el número de beneficiarios.

Una vez que el Ministerio de Desarrollo Social, cuente con la aceptación de la invitación por parte de las Municipalidades, la Subsecretaría de Servicios Sociales dictará la correspondiente Resolución Exenta en la que se fijará el monto a asignar para cada participante del Programa durante el presente año. Esta resolución se deberá publicar en el SIGEC.

Luego, cada Municipalidad deberá ingresar, en el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC), la distribución presupuestaria, de acuerdo a los recursos asignados en el acto administrativo señalado precedentemente, y ajustándose al respectivo plan de cuentas correspondiente a la líneas de acción que desarrollará, la que será revisada por el Ministerio de Desarrollo Social (en adelante MDS), a través de la División de Promoción y Protección Social, el cual podrá aprobarla o rechazarla.

El plan de cuentas, tanto en su formulación como en su ejecución, deberá ser coherente y consistente con la ejecución técnica implementada por la Municipalidad, ajustándose a los respectivos ítems de gastos. En este contexto, el MDS rechazará toda propuesta de gastos o redistribución de los mismos, cuando éstos no cumplan con la propuesta aprobada o no estén comprendidos en el plan de cuentas correspondiente.

Cualquier cambio o modificación en los gastos autorizados, según ítem financiable, debe ser aprobado por la División de Promoción y Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social previamente, de acuerdo al procedimiento establecido en el correspondiente convenio.

7. GASTOS E ÍTEMS FINANCIABLES.

7.1 GASTOS FINANCIABLES EN EL PROGRAMA

Se permitirá financiar los gastos que se encuentren en la propuesta económica presentada por la Municipalidad y aprobada por el MDS, y que se encuentren dentro de los ítems financiables correspondientes a las líneas de acción que ejecutará la Municipalidad respectiva.

Sin perjuicio de lo anterior, en ningún caso se permitirá el financiamiento de los siguientes gastos:

1. Compra de todo tipo de bienes inmuebles, de todo tipo de vehículos, sean motorizados, tracción animal o humana.

2. Materiales, insumos, equipamientos o cualquier otro bien, que no se vaya a utilizar directamente en la implementación de la propuesta respectiva, según lo descrito para cada linea de acción.

7.2 ÍTEMS FINANCIABLES POR CADA LINEA DE ACCIÓN.

Se debe señalar que si bien el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados no tendrá una restricción para redistribuir el presupuesto asignado entre gastos directos a usuarios y gastos internos, se deberá velar para que la mayor cantidad de recursos se destinen a los usuarios del Programa.

7.2.1 ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA GESTIÓN DE LA RED

N1	N2	N3	N4	Nombre de Items
01				GASTOS DIRECTO A USUARIOS
	02			SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS
		01		RECURSOS HUMANOS
			01	COORDINADOR
			02	GESTOR
			10	EXPOSITOR DE TALLERES
			11	SEGURO
			12	VIÁTICOS
		02		SERVICIOS
			7	MOVILIZACION USUARIOS
			08	COLACIONES PARA USUARIOS
			09	SERVICIO DE CAPACITACIÓN
	03			ACTIVOS
		01		ACTIVOS
	04			GASTOS DE SOPORTE
		01		HABILITACIÓN
			10	ARRIENDO DE INFRAESTRUCTURA O RECINTO
		02		OTROS GASTOS DE SOPORTE
			04	COLACIÓN RECURSOS HUMANOS
			05	MOVILIZACIÓN PARA EL EQUIPO DE TRABAJO
			06	INDUMENTARIA PERSONAL
			09	OTROS GASTOS
02				GASTOS INTERNOS
	01			GASTOS DIRECTOS
		01		RECURSOS HUMANOS SOPORTE
			04	APOYO ADMINISTRATIVO
			05	SERVICIOS DE CAPACITACIÓN
		02		MATERIAL FUNGIBLE
			01	MATERIAL DE OFICINA
			02	IMPRESIÓN, FOTOCOPIAS Y ENCUADERNACIÓN
		03		OTROS DE ADMINISTRACIÓN
			01	COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN
			02	SERVICIOS INFORMÁTICOS
			03	COMPRA EQUIPOS INFORMÁTICOS
			12	SERVICIOS BÁSICOS
			14	COMPRAS DE EQUIPOS AUDIOVISUALES
			15	MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO
			99	OTROS GASTOS

7.2.2 ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA IMPLEMENTACIÓN SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

N1	N2	N3	N4	Nombre de Items
01				GASTOS DIRECTO A USUARIOS
	02			SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS
		01		RECURSOS HUMANOS
			02	GESTOR
			09	SERVICIOS ESPECIALIZADOS
			10	EXPOSITOR DE TALLERES
			11	SEGURO
			12	VIÁTICOS
		02		SERVICIOS
			08	COLACIONES PARA USUARIOS
			09	SERVICIO DE CAPACITACIÓN
	03			ACTIVOS
		01		ACTIVOS
			07	ARTÍCULOS DE ASEO PARA USUARIOS
	04			GASTOS DE SOPORTE
		01		HABILITACIÓN
			04	IMPLEMENTOS DE ESTIMULACIÓN
			05	MATERIAL DIDÁCTICO Y/O EDUCATIVO
			10	ARRIENDO DE INFRAESTRUCTURA O RECINTO
		02		OTROS GASTOS DE SOPORTE
			04	COLACIÓN RECURSOS HUMANOS
			05	MOVILIZACIÓN PARA EL EQUIPO DE TRABAJO
			06	INDUMENTARIA PERSONAL
			09	OTROS GASTOS
02				GASTOS INTERNOS

7.2.3 ESTRUCTURA PRESUPUESTARIA SERVICIOS ESPECIALIZADOS

N1	N2	N3	N4	Nombre de Items
01				GASTOS DIRECTO A USUARIOS
	02			**SERVICIO DE RECURSOS HUMANOS**
		01		**RECURSOS HUMANOS**
			04	MAESTROS Y JORNALEROS
			06	SERVICIOS PSICOLÓGICOS / PSIQUIÁTRICOS
			07	SERVICIOS PSICOPEDAGÓGICOS
			09	SERVICIOS ESPECIALIZADOS
			10	EXPOSITOR DE TALLERES
			11	SEGURO
			12	VIÁTICOS
			99	OTROS RECURSOS HUMANOS
		02		**SERVICIOS**
			01	SERVICIOS MÉDICOS
			02	SERVICIOS DENTALES
			07	MOVILIZACIÓN USUARIOS
			08	COLACIONES PARA USUARIOS
			09	SERVICIO DE CAPACITACIÓN
	03			**ACTIVOS**
		01		**ACTIVOS**
			01	MATERIAL DIDÁCTICO Y/O EDUCATIVO
			02	MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO INFANTIL DIDÁCTICO Y DE ESTIMULACIÓN
			06	EQUIPAMIENTO PARA LA VIVIENDA
			07	ARTÍCULOS DE ASEO PARA USUARIOS
			08	INDUMENTARIA PARA USUARIOS
			09	AYUDAS TÉCNICAS
			10	MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN
	04			**GASTOS DE SOPORTE**
		01		**HABILITACIÓN**
			03	SERVICIO DE MANTENCIÓN Y REPARACIÓN EQUIPOS INFORMÁTICOS
			04	IMPLEMENTOS DE ESTIMULACIÓN
			05	MATERIAL DIDÁCTICO Y/O EDUCATIVO
			06	MOBILIARIO Y EQUIPAMIENTO INFANTIL, DIDÁCTICO Y DE ESTIMULACIÓN
			07	ARRIENDO DE MAQUINARIAS Y/O HERRAMIENTAS
			08	COMPRA DE REPUESTOS Y/O HERRAMIENTAS

8. ENTIDADES INVOLUCRADAS EN EL PROGRAMA.

8.1 MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (MDS)

El Ministerio de Desarrollo Social implementará el "Programa Red Local de Apoyos y Cuidados" a través de la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales.

8.1.1 DIVISIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN SOCIAL

A esta División le corresponderá realizar las siguientes tareas:

a) Evaluar y seleccionar las propuestas técnicas y económicas presentadas a nivel nacional de acuerdo a los objetivos y los criterios técnicos contenidos

en la pauta de evaluación disponible en el SIGEC, la que será publicada con la presente modalidad.

b) Asignar los marcos presupuestarios a cada ejecutor cuya propuesta económica haya sido aprobada.

c) Gestionar la suscripción y aprobación administrativa de los convenios con las Municipalidades.

d) Aprobar las redistribuciones presupuestarias solicitadas formalmente por los ejecutores de conformidad a lo dispuesto en la presente modalidad y a lo dispuesto en los convenios suscritos.

e) Exigir y gestionar la revisión de informes técnicos y financieros.

f) Gestionar la resolución y cierre de los convenios.

g) Realizar a nivel nacional el seguimiento y monitoreo de los planes en ejecución y, en caso de detectar alguna anomalía en su ejecución (entendiéndose por tal cualquier hecho o circunstancia que pudiese comprometer la consecución de los logros proyectados para el Programa, en general, y/o para cada una de las líneas a implementar), proceder a ejecutar las acciones que permitan abordar y superar dichas anomalías de manera oportuna.

8.1.2 SECRETARÍAS REGIONALES MINISTERIALES DE DESARROLLO SOCIAL

La Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social respectiva, apoyará el proceso de preparación y levantamiento de propuestas técnicas y económicas para la implementación del programa a nivel regional. Una vez seleccionada la propuesta por parte del MDS y suscrito el convenio correspondiente, apoyará a la División de Promoción y Protección Social en el seguimiento a la ejecución técnica y financiera del Programa a nivel regional y sus respectivos proyectos en cada una de las comunas de la región respectiva.

Para estos efectos deberán realizar, entre otras, las siguientes actividades:

a) Realizar el proceso de acompañamiento técnico en la preparación de las propuestas técnicas y económicas de apoyos y cuidados en los territorios a nivel regional.

b) Apoyar y facilitar el proceso de preparación de la propuesta de las municipalidades seleccionadas conforme a lo establecido en el numeral 4 del presente instrumento.

c) Apoyar el seguimiento de las propuestas implementadas. Las observaciones que sean realizadas respecto de la gestión y ejecución de la Municipalidad en relación al Programa y las líneas de intervención, serán entregadas por escrito a la División de Promoción y Protección Social del MDS, para que se realicen los ajustes y/o mejoras pertinentes.

d) Colaborar con el seguimiento de las propuestas en base a las Orientaciones Técnicas que se encontrarán disponible en el SIGEC para la conformación e implementación de la Red.

8.2. EJECUTORES (MUNICIPALIDADES)

Corresponderá a los ejecutores las siguientes funciones:

a) Preparar e implementar un plan de trabajo para la instalación de la red local de Apoyos y Cuidados.

b) Designar mediante Decreto Alcaldicio un encargado comunal del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Este encargado comunal tendrá a su cargo la gestión del convenio que suscriba el Ejecutor con el Ministerio de Desarrollo Social para el territorio comunal respectivo, pudiendo asumir a su vez la función de encargado de la Red o bien tener a cargo a quien la desarrolle, y por ende, supervisar las funciones descritas para éste en la Línea 1 Gestión de la Red Local.

c) Suscribir y aprobar los convenios de transferencia de recursos con el Ministerio de Desarrollo Social y sus modificaciones.

d) Ejecutar el Programa conforme a la propuesta presentada, según lo dispuesto en la presente modalidad, el convenio de transferencia de recursos y sus modificaciones, orientaciones técnicas, y las instrucciones generales o particulares emitidas a este respecto por el Ministerio de Desarrollo Social.

e) Remitir los respectivos Informes Técnicos de avance que den cuenta de las actividades realizadas de manera trimestral conforme a lo formulado en la propuesta, y un Informe Técnico Final, estableciendo los contenidos que se expresen en el respectivo convenio de transferencia de recursos. El formato de estos informes se pondrán a disposición de los ejecutores a través del SIGEC y su uso será obligatorio.

f) Rendir cuenta de los recursos transferidos en virtud del convenio de transferencia de recursos suscrito por las partes, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015, de Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o norma que la reemplace.

g) Aplicar los procedimientos de contratación que correspondan, de conformidad con la normativa vigente para la adquisición de materiales y contratación de servicios para la ejecución del Programa.

h) Adoptar las medidas necesarias para el adecuado traspaso, resguardo, confidencialidad y custodia de la información recopilada a través de las acciones objeto de este convenio, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 19 N° 4 de la Constitución Política de la República y a las normas pertinentes de la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y sus modificaciones posteriores.

9. ETAPAS DEL PROGRAMA.

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados contempla las siguientes etapas para la adecuada ejecución y término de las Propuestas:

9.1. ETAPA 1: DE LA INVITACIÓN

El Ministerio de Desarrollo Social invitará a las Municipalidades seleccionadas según los criterios de focalización referidos en punto 4 de la presente modalidad, a ejecutar el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la Asignación Presupuestaria Sistema Nacional de Cuidados. La Municipalidad invitada a participar tendrá un plazo de 2 (dos) días hábiles para aceptar o rechazar dicha invitación. En caso de aceptar su participación, cada Municipalidad deberá presentar, dentro del plazo de 5 (cinco) días hábiles contados desde que manifiesta su aceptación, una propuesta a través del SIGEC, en la que debe presentarse un presupuesto conforme al monto asignado en la Resolución Exenta que dicte la Subsecretaría de Servicios Sociales descrita en el numeral 6 de la presente Modalidad, y en concordancia al plan de cuentas de cada línea de acción definida anteriormente.

El Ministerio pondrá a disposición de los ejecutores los siguientes antecedentes:

- Modalidad para Transferencia de Recursos del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.
- Formato de Propuesta Técnica y Económica (Publicado en el SIGEC)
- Plan de cuentas (en línea en el SIGEC)
- Orientaciones Técnicas del Programa (Modelo de gestión y metas, disponible en Línea en el SIGEC)

9.1.1 ACEPTACIÓN O RECHAZO DE LA INVITACIÓN.

Los Ejecutores invitados deberán informar al Ministerio de Desarrollo Social, a través del SIGEC, sobre su participación o no en el Programa, dentro del plazo establecido en dicho Sistema (en los términos indicados en el numeral anterior).

9.1.2 DE LAS CONSULTAS.

Los ejecutores, una vez recibidas las invitaciones para participar del Programa, podrán realizar todas sus consultas al correo electrónico sistemadeapoyosycuidados@desarrollosocial.cl. Las Municipalidades podrán solicitar aclaración de todas las dudas que pudieran surgir respecto de los documentos adjuntos, como asimismo del correcto llenado del Formato de Presentación de Propuesta técnica y económica. El plazo para efectuar consultas será de 2 (dos) días hábiles desde la recepción de la invitación en el SIGEC.

9.1.3 DE LA PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS.

Una vez aceptada la invitación por parte de la municipalidad, deberá efectuar la presentación de la propuestas técnica y económica, la que deberá realizarse exclusivamente a través del SIGEC, dentro del plazo de 5 (cinco) días hábiles

contados desde la aceptación a participar del Programa, y mediante los formularios que para tal efecto se dispongan en este Sistema y que deben ser completados a cabalidad por la Municipalidad postulante.

Si la propuesta técnica y económica se ajusta a las actividades y acciones contempladas en el marco del Programa, así como a los recursos contemplados para su ejecución, se procederá a la aprobación de la misma.

9.1.4 SUSCRIPCIÓN DE CONVENIOS.

Una vez aprobada la propuesta técnica y económica, se suscribirá un convenio de transferencia de recursos entre el representante legal del ejecutor (Alcalde del Municipalidad) y el representante legal del Ministerio de Desarrollo Social (Ministro).

El formato de convenio se pondrá a disposición del ejecutor a través del SIGEC, para que éste lo suscriba y envíe, en el número de copias que éste mismo indique, al Ministerio de Desarrollo Social.

9.2 ETAPA 2: EJECUCIÓN.

Una vez totalmente tramitado el último acto administrativo que aprueba el convenio de transferencia de recursos señalado anteriormente, el MDS efectuará la transferencia de los recursos comprometidos y desde esta fecha comenzará el período de ejecución del Programa.

9.2.1 PLAZOS.

De la Vigencia del Convenio:

El presente convenio entrará en vigencia desde que se encuentre totalmente tramitado el último acto administrativo que lo aprueba, y se mantendrá vigente hasta la aprobación o rechazo definitivo de los Informes Finales Técnicos y la rendición de cuenta final, y restituidos los saldos no rendidos, no ejecutados u observados en caso de existir.

Del Plazo de Ejecución:

El plazo para la ejecución será de 12 meses contados desde la transferencia de los recursos.

9.2.2 TRANSFERENCIA DE RECURSOS.

Los recursos serán transferidos en una sola cuota, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la total tramitación del último acto administrativo que apruebe el convenio, y en la medida que el ejecutor se encuentre al día en la presentación de las rendiciones de cuentas de los fondos previamente transferidos por el MDS, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución Nº 30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, o norma que la reemplace.

En caso de que MDS cuente con recursos adicionales para la ejecución del Programa, y se decida ampliar la cobertura entregada por el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, se procederá a la modificación del convenio respectivo, incorporándose los nuevos recursos a las líneas de acción aprobadas, lo que permitirá a cada Municipalidad continuar con su ejecución, aumentando el alcance de las prestaciones comprometidas por línea ya aprobada, una vez que se encuentre totalmente tramitada dicha modificación.

9.2.3 REDISTRIBUCIÓN PRESUPUESTARIA

La Municipalidad, podrá en casos justificados, redistribuir los fondos asignados respetando el marco presupuestario establecido en la presente modalidad. Para solicitar estas distribuciones, la Municipalidad deberá solicitar autorización al Ministerio por causas debidamente fundadas.

El MDS podrá o no autorizar la redistribución presupuestaria, informando formalmente su decisión al ejecutor por medio de un Oficio suscrito por el Ministro o por el Jefe del Departamento de la Unidad Técnica designada para tal efecto.

Las solicitudes de redistribución presupuestaria deberán, en todo caso, ser presentadas al MDS hasta 45 días corridos previos a la fecha de finalización de la ejecución del Programa.

La redistribución presupuestaria será posible de efectuar entre las distintas líneas de acción o en la misma línea, de acuerdo a la realidad comunal.

Se debe señalar que de acuerdo a lo indicado en el numeral 6.2 de la presente modalidad, el Programa no tendrá una restricción para distribuir el presupuesto asignado entre gastos directos a usuarios y gastos internos, sin embargo, deberá procurar que la mayor cantidad de recursos se destinen a los usuarios del Programa. Será posible modificar el presupuesto asociado a los usuarios, pero no incrementar recursos a gastos internos.

9.2.4 IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.

a) La implementación deberá ser realizada conforme a las etapas, hitos, actividades, objetivos y en general toda descripción establecida en las orientaciones técnicas publicadas en el SIGEC y acorde a la propuesta aprobada de la Municipalidad.

b) La información generada por la gestión del programa en la comuna, debe ser registrada de acuerdo al formato de informes establecidos en la presente modalidad y subido al SIGEC. Lo anterior de manera independiente a los mecanismos de registro que prestaciones y servicios entregados tengan para otras instituciones y la implementación del sistema de registro y monitoreo del SNAC, si corresponde.

c) Será tarea de la División de Promoción y Protección Social con apoyo de Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social respectiva, acompañar técnicamente al ejecutor en la implementación de las líneas de acción. Las observaciones que sean realizadas se enviarán por escrito al ejecutor, para que se realicen las correcciones y/o modificaciones pertinentes.

9.2.5 DE LOS INFORMES DE AVANCES Y LAS RENDICIONES DE CUENTAS.

A) DE LOS INFORMES TÉCNICOS

El Ministerio de Desarrollo Social mantendrá un permanente seguimiento y control de la ejecución de cada propuesta del Programa mediante el análisis y evaluación de los Informes de avances de actividades y del Informe Técnico Final, sin perjuicio de otras actividades conducentes a su propósito.

- **De los Informes de Avance de actividades.** El ejecutor entregará al Ministerio de Desarrollo Social, Informes de Avance de actividades, de conformidad con los plazos y términos que se establezcan en el respectivo convenio, a fin de dar cuenta de las acciones realizadas en las Líneas de Acción. El formato de los informes de actividades estarán disponible en el SIGEC, y deberá contener a lo menos, el registro de las actividades o procesos desarrollados en torno a la implementación del programa durante el respectivo período informado.

- **El Informe Técnico Final**

  El ejecutor entregará al Ministerio de Desarrollo Social, un Informe Técnico Final dentro del plazo de 7 días hábiles de terminada la ejecución del respectivo proyecto, el cual deberá ser remitido por escrito, con respaldo electrónico en el SIGEC. El formato de entrega será obligatoriamente el que se disponga a través del SIGEC.

  El informe técnico final debe contener al menos, la siguiente información:

  - Detalle de las acciones realizadas en la ejecución de las Líneas de Acción y cronograma de efectivo cumplimiento de las etapas asociadas;

  - Cumplimiento de indicadores y resultados, asociado a meta de aplicación del instrumento y meta de Planes de Cuidados realizados;

  - Nómina completa de beneficiarios que incluya los datos solicitados de acuerdo a formato de informe final dispuesto para tal fin en el SIGEC;

  - Breve descripción de elementos o aspectos facilitadores y obstaculizadores del proceso de ejecución por cada línea de acción; y

  - A efectos de velar por la continuidad de la propuesta y el compromiso del ejecutor en el mismo, se incluirá en el Informe Técnico Final un apartado que contemple la expresión, por escrito, de las acciones que tomará el ejecutor para el mantenimiento y continuidad de la iniciativa.

Los Informes Técnicos de avance y final serán revisados a través de la División de Promoción y Protección Social del MDS, de conformidad a los plazos y formas que se establezcan en el respectivo convenio de transferencia de recursos.

B) DE LA RENDICIÓN DE CUENTAS

Para estos efectos el Ministerio de Desarrollo Social, será responsable en conformidad con las normas establecidas por la Contraloría General de la República sobre Procedimiento de Rendición de Cuentas, de:

- Exigir comprobante de ingreso de los Fondos transferidos.
- Exigir rendiciones mensuales de cuentas.
- Exigir rendición final de cuentas.
- Proceder a su revisión para determinar la correcta inversión de los recursos concedidos y el cumplimiento de los objetivos pactados.

A su vez, la Municipalidad como entidad ejecutora, deberá presentar al Ministerio de Desarrollo Social, los siguientes documentos:

a) Los comprobantes de ingresos que justifiquen los ingresos percibidos con los recursos que por el respectivo convenio se transfieren. El comprobante deberá ser firmado por la persona responsable legalmente de percibirlos.

b) Rendiciones Mensuales de Cuentas, dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, que den cuenta de la ejecución de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente, si lo hubiere; incluso en aquellos meses en que no existe inversión de los fondos traspasados. Estos informes deberán ser remitidos por escrito por Oficio al MDS, con respaldo electrónico en el Sistema de Gestión de Convenios del Ministerio de Desarrollo Social, según formularios disponibles en el SIGEC.

c) Una Rendición Final de Cuentas que informe de la ejecución de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo no ejecutado, si lo hubiere. Este informe deberá entregarse dentro de 7 días hábiles siguientes al término de la ejecución del Proyecto.

Las Rendiciones de Cuentas serán revisadas por la División de Administración y Finanzas de la Subsecretaría de Servicios Sociales del MDS, de conformidad a los plazos y formas que se establezcan en el respectivo convenio de transferencia de recursos.

De determinarse a través de la Rendición Final de Cuentas, la existencia de saldos no ejecutados u observados o rechazados de los recursos transferidos en virtud del respectivo convenio, el ejecutor deberá efectuar el reintegro de éstos en la cuenta corriente que le indique el Ministerio de Desarrollo Social, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la aprobación de dicho Informe.

Los Informes técnicos y las rendiciones de cuentas deberán ser coincidentes en cuanto a las actividades y gastos realizados.

10. CIERRE DEL CONVENIO

El Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Servicios Sociales, aprobará el cierre del convenio mediante Resolución Exenta, en base a la revisión y análisis de los documentos que se señalan a continuación:

a) Informe Técnico Final;

b) Rendiciones de Cuentas Mensuales y Final.

c) Comprobantes de reintegros, si corresponde.

d) Aprobación, mediante memorándum, de los Informes Técnicos requeridos en el convenio por parte de la División de Promoción y Protección Social y los Informes Financieros, por la División de Administración y Finanzas de la Subsecretaría de Servicios Sociales, dando cuenta del reintegro de los fondos, en caso de corresponder.

Una vez recibidos los documentos señalados precedentemente, el Ministerio de Desarrollo Social, procederá a elaborar, tramitar y subir al SIGEC el acto administrativo que aprueba el cierre respectivo.

SEGUNDO: REMÍTASE copia digital de la presente Resolución al Gabinete de la Subsecretaría de Servicios Sociales; a la Fiscalía del Ministerio de Desarrollo Social, a la División de Promoción y Protección Social, a la División de Administración y Finanzas, al Departamento de Contabilidad y Finanzas, todos ellos de la Subsecretaría de Servicios Sociales, a las Secretarías Regionales Ministeriales de Desarrollo Social y copia impresa a la Oficina de Partes.

ANÓTESE, PUBLÍQUESE EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE CONVENIOS (SIGEC) Y ARCHÍVESE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL * MINISTRO

ALFREDO MORENO CHARME
MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL

MFB/CAM

MINUTA
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Chile Cuida

Materia: Entrega Antecedentes sobre Convocatoria programa Red Local de Apoyos y Cuidados para el año 2018

I.- Antecedentes Generales

El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Chile Cuida, es un Sistema de Protección Integral que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes y a su red de apoyo. Comprende acciones públicas y privadas, coordinadas intersectorialmente, que consideran los distintos niveles de dependencia y ciclo vital.

La población objetivo del sistema la constituyen los hogares con integrantes hombres y/o mujeres con dependencia (moderada o severa), estos últimos son:

- Personas de 60 años y más con dependencia.
- Personas en situación de discapacidad de cualquier edad con dependencia.
- Los/as cuidadoras no remuneradas y/o red de apoyo de esas personas

El programa Red Local de Apoyos y Cuidados constituye la base del modelo de gestión local del SNAC. Es el programa de "acceso" al Sistema, a través del cual se establece la evaluación, derivación y el seguimiento a la trayectoria de los hogares.

El programa tiene por objetivo contribuir a que los hogares beneficiarios del programa accedan a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo a sus características y necesidades. En ese sentido, asegura el acceso a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada.

La **Red Local de Apoyos y Cuidados** opera a través de la implementación de un **Plan de Trabajo Comunal** que está orientado a proveer las siguientes líneas de acción:

a) **Gestión de la Red local de Apoyos y Cuidados:** Financiamiento de un "Encargado/a comunal de la Red Local", quién coordina y gestiona la elaboración del Plan de Trabajo de la Red; gestiona junto a los miembros de la Red la evaluación de hogares potenciales en sus necesidades de cuidado, preparación de planes de cuidado, seguimiento a la trayectoria de los hogares, capacitación y formación para el equipo de trabajo, además de la difusión y sensibilización a nivel local.

b) **Implementación Servicio de Atención Domiciliaria:** Provee la contratación de recursos humanos para el reclutamiento y selección de cuidadoras domiciliarias remuneradas. El servicio consiste en la atención de personas con dependencia y sus cuidadoras/es

principales que presenten sobrecarga de cuidado (resultado de la aplicación de instrumento de evaluación). Contempla recursos humanos compuestos por un profesional encargado del Servicio de Atención Domiciliaria para gestionar y planificar los cuidados en el domicilio y la contratación de Asistentes de Cuidado formales. Asimismo, dispone de recursos que permitan nivelar la formación de los/as Asistentes de Cuidado.

c) **Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados:** Esta línea de acción permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios que faciliten la atención integral y centrada en las personas, cuya oferta no se encuentra disponible o es insuficiente en el sector público o privado. La tipología de servicios especializados describe servicios como: atención psiquiátrica, atención psicológica, servicio de podología, compra de medicamentos de especialidad, atención gerontológica, adaptaciones funcionales a la vivienda, ayudas técnicas de bajo costo, entre otras.

II.- Criterios en la Asignación de coberturas y presupuestos para el año 2018

La estimación de coberturas del programa Red Local de Apoyos y Cuidados para el presente año se realizó sobre la base de los siguientes criterios[1]:

- El 10% del total de la demanda comunal de hogares con al menos 1 integrante en situación de dependencia a nivel comunal.
- El 70% de la demanda de la población objetivo (cobertura) de Servicios Especializados.
- El 50% de la demanda de población objetivo (cobertura) para las Adaptaciones Funcionales de Vivienda (ADAPTA).
- El 35% del total de la demanda comunal de hogares con al menos 1 integrante en situación de dependencia a nivel comunal que requieren Servicio de Atención Domiciliaria.
- Para la incorporación de las Municipalidades de Arica y Chillán, se utilizó el Índice de Selección de Comunas del SNAC desarrollado por el Banco Mundial, que es la misma metodología que se utilizó para el inicio de la Fase de Implementación Inicial. (Ver adjunto)

De acuerdo a lo anterior, el resultado de las estimaciones realizadas está reflejada en la siguiente Tabla:

[1] La estimación de la demanda de Hogares con al menos 1 integrante con dependencia tiene como fuente de referencia la información del Registro Social de Hogares.

Tabla N° 1: Coberturas y Presupuestos 2018

Región	Comuna	Cobertura 2018	Total 2018
Valparaíso	La Calera	79	**$ 103.766.569**
Aysén	Coyhaique	64	**$ 103.154.300**
Metropolitana	Pedro Aguirre Cerda	110	**$ 124.820.665**
Metropolitana	Independencia	117	**$ 83.373.526**
Metropolitana	Recoleta	156	**$ 96.928.034**
Araucanía	Collipulli	75	**$ 106.977.367**
Metropolitana	Santiago	110	**$ 80.940.665**
Metropolitana	Quinta Normal	100	**$ 111.065.150**
Bío Bío	Cañete	72	**$ 105.934.712**
Metropolitana	Peñalolén	122	**$ 85.111.283**
O´Higgins	Rancagua	162	**$ 99.013.343**
Metropolitana	Talagante	75	**$ 102.376.363**
Coquimbo	Los Vilos	33	**$ 48.100.204**
Atacama	Copiapó	62	**$ 98.259.197**
Arica y Parinacota	Arica	70	**$ 71.039.609**
Los Rios	Paillaco	46	**$ 92.698.373**
Los Lagos	Purranque	46	**$ 92.698.373**
Tarapacá	Alto Hospicio	54	**$ 95.478.785**
Antofagasta	Calama	46	**$ 92.698.373**
Maule	San Clemente	56	**$ 100.373.888**
Magallanes	Natales	50	**$ 98.288.579**
Ñuble	Chillán	100	**$ 81.466.154**
		1.805	**$ 2.074.563.510**

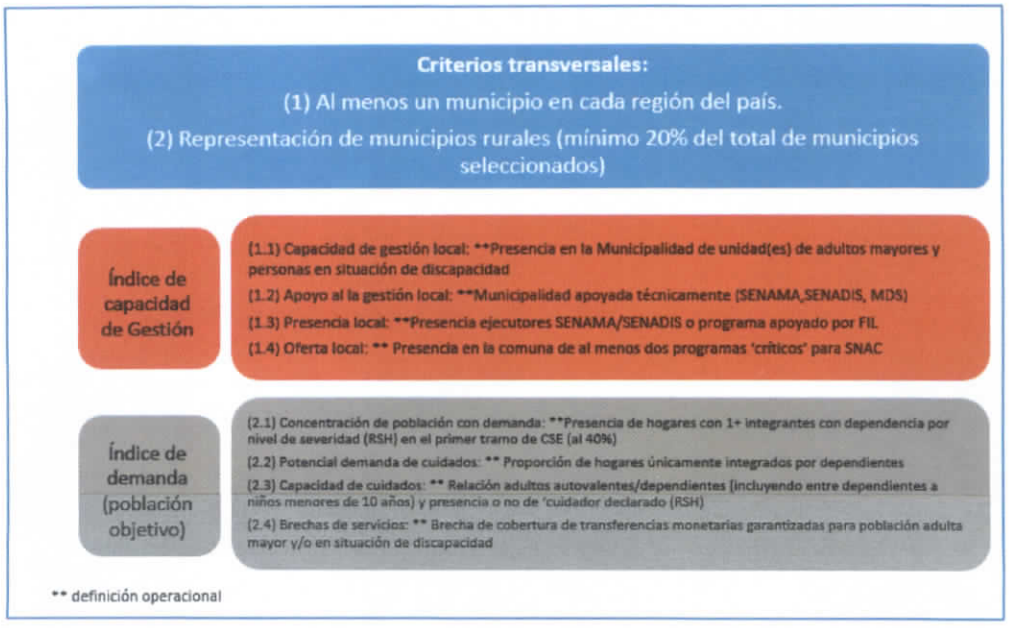
Fuente: Unidad SNAC, 2018.

METODOLOGÍA PARA LA SELECCIÓN DE COMUNAS SNAC.

I. Uso de Propuesta Banco Mundial (2016).

La propuesta de selección de comunas consideró la propuesta del Banco Mundial que establece la construcción de dos sub-índices: un sub-índice de capacidad de gestión y un sub-índice de demanda, a fin de integrar las dos variables de interés para el piloto de SNAC (Figura 1).

Figura 1: Propuesta de índice de selección de comunas



En base a la propuesta señalada, los índices se construyeron de la siguiente manera.

1. Índice de capacidad de gestión.

Este índice busca dar cuenta de la capacidad local de gestión para la instalación de SNAC. En esta propuesta el índice está compuesto por siguientes indicadores:

1.1. ***Capacidad de gestión local***: Definida como la presencia de oficina o encargado SENAMA y Presencia de oficina o encargado de Discapacidad –Estos dos indicadores fueron agregados en un solo indicador (suma simple).

1.2. ***Apoyo a la gestión local***: Definida como presencia en el municipio de la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo y la presencia de algún proyecto apoyado por el Fondo de Iniciativas Locales de SNAC (20% fondo de iniciativas locales y 80% EDLI).

1.3. ***Oferta local***: Definida como presencia en el municipio de programas prioritarios: Definida como la presencia en el municipio de los programas Vínculos (2015), programa de atención domiciliaria a postrados, el subsidio único familiar (SUF) de invalidez, el SUF de discapacidad mental, y el subsidio de discapacidad mental. (suma simple).

Para la construcción del sub – índice los indicadores fueron ponderados como sigue:

- *Capacidad de gestión local*: 50%. Se le asigna la mitad del peso en el sub-índice a este indicador dado su rol crítico en la operación del sistema de gestión de SNAC.

- *Apoyo a la gestión local*: 10%. Se le asigna solo un porcentaje menor dada la baja presencia de estos programas a nivel nacional.

- *Oferta local*: 40%. Tomando en consideración la posibilidad de que estos programas sean programas de acceso o ser parte de la oferta prioritaria, se le asigna el 40% del peso.

Así, se obtiene el **Índice de Gestión (IG):**

IG = 5*(of. Senama + of. Discapacidad)+1*(0.2*fondo iniciativa local + 0.8*EDLI) + 4*(Vinculos2015 + Atención domiciliaria postrados + SUF disc.mental + SUF invalidez + SDM)

2. Índice de demanda.

Este índice busca reflejar la presencia de demanda por cuidados –definida como población con dependencia por edad o discapacidad- en la comuna. Al igual que en el caso anterior, el sub-índice está compuesto por una selección de los indicadores propuestos en la Figura 1, y que son los siguientes[1]:

2.1. ***Concentración de población con demanda***: Definida como la presencia de hogares con al menos un dependiente en la comuna.

2.2. ***Potencial demanda de cuidado***: Definida como la presencia de hogares compuestos solo por dependientes moderados y/o severos.

2.3. ***Presencia de hogares en grupos prioritarios***; Este indicador fue definido en base a las propuestas de población a priorizar en la primera instalación del SNAC discutida con MDS. Se usaron las tres propuestas:

- Hogares con al menos un dependiente moderado o severo en CSE 60%

- Hogares con al menos un dependiente moderado o severo en CSE 40%

- Hogares con al menos un dependiente severo en CSE 60%

Para la construcción del sub – índice los indicadores fueron ponderados como sigue:

[1] Los indicadores 'capacidad de cuidado' y 'brecha de servicios' no fueron incluidos. En el caso de 'capacidad de cuidado' el indicador para cuidador declarado –persona que declara no buscar trabajo o haber trabajado por estar en tareas de cuidado- tiene una presencia baja indicando una sub-representación de la situación de cuidado. La relación entre dependientes y adultos autovalentes en el hogar no se incluyó por falta de datos para su construcción, lo mismo respecto de las brechas de servicios. Para estos dos indicadores se recomienda se utilicen para la selección de hogares a priorizar al interior de las comunas seleccionadas como piloto y no como parte del índice.

- *Concentración de población con demanda de cuidado*: 20%. Se le asigna el menor puntaje dado el bajo poder de discriminación de este indicador entre comunas.

- *Potencial demanda de cuidado*: 40%. Se le da este puntaje dado el alto riesgo y demanda de cuidado que se encuentra en estos hogares.

- *Presencia de hogares en grupos prioritarios*: 40%. Se le da puntaje alto dado que refleja dos criterios centrales para SNAC, condición socioeconómica y nivel de severidad de la dependencia.

Así, se obtiene el **Índice de Demanda (ID):**

ID = 2*(hogares con 1 o más dependientes)+4*(hogares de solo dependientes moderados y severos) + 4*(potencial demanda de cuidado)

3. Índice Final

El índice final para la selección se obtiene de la suma ponderada de los dos sub-índices ya obtenidos, aplicando el criterio de otorgar un mayor peso a la gestión que a la demanda, lo que se operacionaliza de la siguiente forma: IF = IG*60% + ID*40%.-

II. Se incorpora el criterio de distinguir las comunas seleccionadas según heterogeneidad en capacidad de gestión.

1. El Índice de Capacidad de Gestión es la variable que permitirá discriminar en la selección de las 20 comunas. Para estos efectos, se consideraron sus tres componentes:

   a) **Capacidad de gestión local**: Definida como la presencia de oficina o encargado SENAMA y presencia de oficina o encargado de Discapacidad. Estos dos indicadores fueron agregados en un solo indicador (suma simple).

   b) **Apoyo a la gestión local**: Definida como presencia en el municipio de la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI, 70%) y la presencia de algún proyecto apoyado por el Fondo de Iniciativas Locales (FIL, 30%).

   c) **Oferta local**: Definida como presencia en el municipio de programas prioritarios: Vínculos (30%) y Programa de atención domiciliaria a postrados (70%).

2. La Capacidad de Gestión se clasificó en tres niveles, a partir de las categorías señaladas y con la información ya incorporada en el Modelo de Selección:

Cuadro 2: Clasificación de la Capacidad de Gestión según niveles.

Niveles	Nº de Comunas a seleccionar	Capacidad de gestión		Apoyo a la gestión[a]		Oferta local[a]	
		Of. Adulto Mayor	Of. Discapacidad	FIL (30%)	EDLI (70%)	Vínculos 2015 (30%)	Postrados (70%)
Alta	9 (45%)	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Intermedia	7 (35%)	Sólo uno de ellos		SI	SI	SI	SI
Baja	4 (20%)	No	No	SI	SI	SI	SI

a/: Si el programa no existe, la condición es "NO" y equivale a 0 puntos.

3. Con la Información del nuevo Índice Final que se obtiene las comunas son ordenadas en cada uno de los niveles de gestión definidos y se eligen siguiendo el valor de dicho puntaje final, y manteniendo las proporciones de cada nivel respecto del total de comunas seleccionadas.

4. El método selección señalado, se utilizó para seleccionar comunas adicionales a las primeras 20 definidas para la fase piloto de 2016.

INGRESO: E43932/2018 MATERIA: REX Modalidad SNAC.

OBSERVACIONES:

REX aprueba modalidad para la transferencia de Rec. en el marco del SNAC 2018.

URGENTE, gracias.

FECHA DE ENTREGA A JEFATURA: 03/05/18

VB° ABOGADO:

MFB

DOCUMENTO ELECTRONICO
E43932/2018

MEMO N. : 2940/2018
MAT. : Remite lo que indica.
Santiago, 12/04/2018

DE : FRANCISCO SOCIAS - JEFE DIVISION PROM. Y PROTECCION SOCIAL - DIVISION PROMOCION Y PROTECCION SOCIAL
A : ANDRES VALENZUELA - FISCAL - FISCALIA

Junto con saludar y en el marco del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, solicito tenga a bien gestionar la modificación de la modalidad de transferencia del programa Red Local de Apoyos y Cuidados correspondiente a la Convocatoria del año 2018. El objeto de ésta es dar continuidad a la implementación en las comunas que se encuentran implementando dicho programa

Adjunto propuesta del documento "Modalidad de Operación Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, 2018" para su revisión.

Sin otro particular,

FRANCISCO SOCIAS HERNANDEZ
JEFE DIVISION PROM. Y PROTECCION SOCIAL
DIVISION PROMOCION Y PROTECCION SOCIAL

FSH / FMC / jss

DISTRIBUCION:

Firmado Electrónicamente en Conformidad con el Articulo 2° letra F y G de la Ley 19.799

Chile cuida
Sistema de Apoyos y Cuidados

Pauta Evaluación Proye
Programa Red Local de Apoyos y C
Sistema Nacional de Apoyos y Cu

1. Antecedentes

Región	
Comuna	

2. Admisibilidad

Ítems	
a)	El proyecto se presenta en el Formulario exigido por el Programa
b)	El formulario se encuentra con todos sus campos completos
c)	Presenta distribución presupuestaria de acuerdo a Plan de Cuentas

3. Evaluación de la Propuesta

CRITERIOS DE EVALUACION		ITEMS A EVALUAR
1	Coherencia	El organigrama del equipo y la red básica están de acuerdo a los lineamientos metodológicos.
2	Complementariedad	Se definen estrategias de complementariedad con la oferta existente en el territorio
3	Continuidad	Se contempla la continuidad de los servicios en los hogares que forman parte del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados
4	Presupuesto	La distribución presupuestaria se realiza de acuerdo a las líneas de acción y el presupuesto máximo informado.
		Los montos específicos solicitados son atingentes a las necesidades de la Red.
		El presupuesto solicitado es coherente con el tipo de gastos permitidos por cada actividad.

4. Informe Evaluación

Resultado Evaluación	
Aprobado	NO

Observado	SI

Insuficiente: 1-4
Suficiente: 5-6
Optimo:7

Comentarios del evaluador:

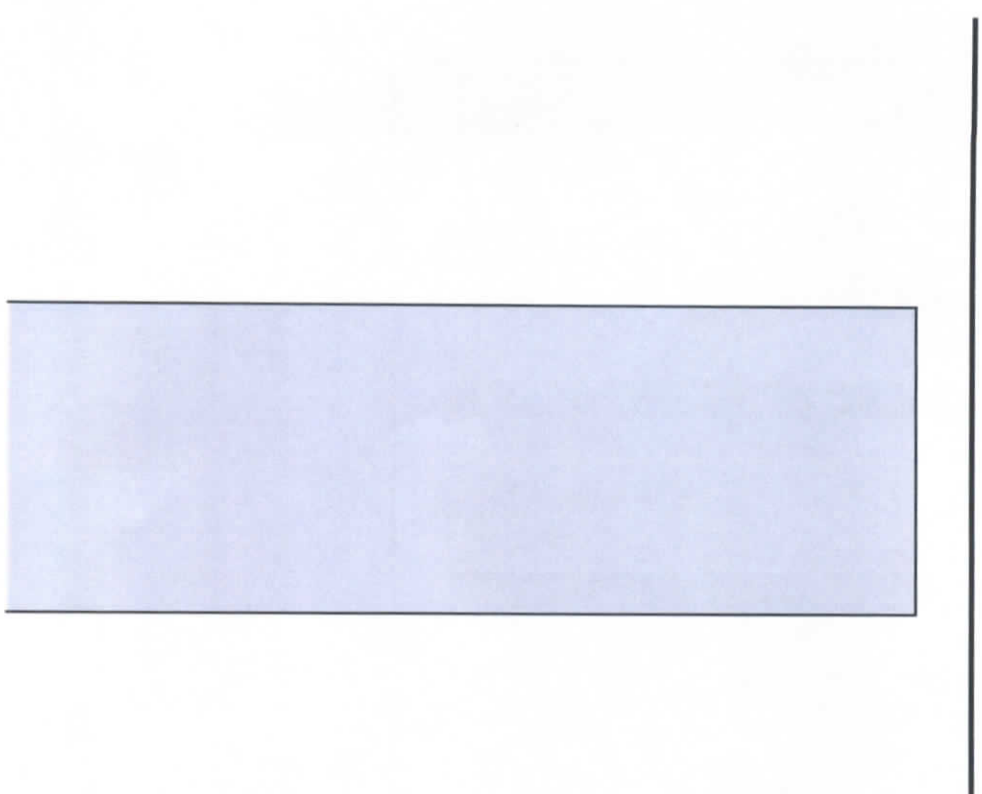
Datos del Evaluador	
Nombre del Evaluador/a	
Correo Electrónico	
Teléfono	
Fecha de evaluación	

cto
uidados
idados



Evaluación
Seleccione
Seleccione
Seleccione

OBSERVACIONES	EVALUACIÓN
	7
	7
	7
	7
	7
	7
Puntaje final	**7,0**



Sistema Nacional Apoyos y Cuidados - Chile Cuida

Programa Red Local de Apoyos y Cuidados

Orientaciones Técnicas

Ministerio de Desarrollo Social
Subsecretaría de Servicios Sociales
División de Promoción y Protección Social

Ministerio de Desarrollo Social
Subsecretaria de Servicios Sociales

1. Introducción

En las últimas décadas la emergencia del fenómeno del Cuidado, en tanto problema público, demanda nuevas estrategias de intervención social por parte del Estado. La creación del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados constituye la respuesta de política pública que busca completar el ciclo vital en nuestro país, de manera que se busca constituya el tercer pilar del Sistema Intersectorial de Protección Social, a través de un modelo de gestión basado en una red local articulada, se van a proveer apoyos y cuidados a la población dependiente a través de una gestión intersectorial de prestaciones y servicios sociales, contribuyendo así a prevenir la progresión de la dependencia, promover la autonomía y fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de las personas.

El Ministerio de Desarrollo Social pone a disposición de las municipalidades el modelo de gestión local del Sistema con la finalidad de guiar la implementación del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

2. Contexto de emergencia de los cuidados como problema público.

La acción del Estado en materia de cuidados comienza a observarse de manera gradual a nivel internacional en las últimas décadas. Entre los factores que explicarían el surgimiento y desarrollo de políticas públicas de cuidado se consideran: la presión demográfica, la discusión sobre garantías y derechos sociales, la presión por generar medidas para garantizar el acceso al mercado del trabajo de mujeres y la creciente discusión sobre la desigualdad en el acceso a los servicios sociales. Los sistemas integrados de cuidados comienzan a configurarse como una respuesta de los Estados en materia de políticas públicas en torno a la provisión de servicios sociales de cuidado. De acuerdo a lo anterior, entre los argumentos que fundamentan la construcción de un Sistema de Apoyos y Cuidados se considera los que se describen a continuación.

2.1 Aumento de la población de Adultos Mayores.

La transición demográfica acelerada que vive el país hace urgente articular un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados. La baja en las tasas de natalidad, el aumento en la esperanza de vida – gracias a mejores resultados en indicadores de salud y morbilidad - están resultando en una presión económica sobre la población económicamente activa por un aumento en las tasas de dependencia (población menor de 18 y mayor de 65 sobre población en edad de trabajar). A diferencia de los países europeos y otros de la región como Uruguay que pasaron por este proceso en un periodo más largo de tiempo, en Chile la transición demográfica se ha acelerado. Se estima que la población adulta mayor a 60 años se duplicará en un período no superior a 26 años, lo que se asemeja al rápido envejecimiento que vivieron países como Japón o que está viviendo actualmente China, Brasil o Colombia.

En el escenario en que los ingresos y ahorros acumulados en la edad activa no serán suficientes para financiar los gastos generados por una situación de dependencia entre adultos mayores (lo que se agrava en el caso de las mujeres que dejan el mercado del trabajo para ejercer el rol de cuidadoras), es la población en edad de trabajar la que debe hacerse cargo social y económicamente del creciente número de dependientes.

Adicionalmente, el aumento de la esperanza de vida ha provocado en el largo plazo un cambio en el tipo de enfermedades prevalentes en adultos mayores, destacándose enfermedades no

transmisibles que incluyen aquellas crónicas y degenerativas. Con ello, se han estado modificando los perfiles de morbilidad nacional.

2.2 Corresponsabilidad e invisibilidad de los cuidados como función compartida en la sociedad.

El 95% de las personas que realizan las tareas del cuidado hoy son mujeres. Para ellas el costo no es solo en tiempo, sino también entre otras: (a) oportunidades perdidas de generar ingresos y mejorar su condición económica y la de sus familias (b) aumento de morbilidad –estrés, pero también enfermedades cardiovasculares y otras- en otros países del mundo está documentado que quienes dedican mayor cantidad de horas al cuidado tienen una menor esperanza de vida, y (c) pérdida de contribuciones previsionales por no participación laboral o abandono anticipado del mercado del trabajo. En ese sentido, es un imperativo mitigar barreras relacionadas al cuidado que limitan las oportunidades de las mujeres respecto al uso de su tiempo. En este contexto se hace necesario promover la **corresponsabilidad y división de tareas al interior del hogar**, distribuyendo de forma más equitativa la carga de cuidado entre todos los miembros del hogar – hombres y mujeres - y entre los hogares y el Estado.

2.3 Desarticulación y Déficit de la Oferta dirigida a personas con Dependencia.

A nivel de la oferta pública, existe diversidad de programas e iniciativas dirigidas a personas con dependencia que es necesario articular para lograr su eficacia. Dichos programas son ejecutados por diferentes instituciones habiendo espacios para incrementar la complementariedad entre programas.

En comparación con la experiencia internacional revisada, en Chile se está implementando de manera heterogénea programas relacionados con cuidados desde las visitas domiciliarias a los centros de cuidados permanentes, lo que es coherente con los servicios sociales que los países desarrollados han estado implementando en los últimos años. Sin embargo, se observa la necesidad de armonizar y mejorar la calidad de la oferta e incrementar la eficiencia del gasto público en servicios sociales.

2.4 Ausencia de estándares de calidad, costos de las prestaciones y elevados gastos de cuidados.

Otro elemento del diagnóstico de la situación actual, es la ausencia de estándares de calidad para la provisión de los servicios sociales de cuidado. Actualmente, la mayoría de estos servicios son provistos por organizaciones privadas sin fines de lucro, municipalidades y directamente por el Gobierno Central, a través de sus Ministerios, Subsecretarías y Servicios Relacionados. Pese a que se dispone de información sobre los costos generales de los servicios, no es posible definir los costos reales que tienen los servicios sociales ejecutados por las organizaciones proveedoras, de manera que tampoco existe información sobre si estos costos están asociados a algún tipo de estándar de calidad o si el estándar esperado se cumple por parte de los proveedores.

Por otra parte, es sabido que los hogares con personas dependientes tienen una mayor carga financiera, principalmente, en los gastos en salud y transporte, lo cual aumenta su vulnerabilidad. De acuerdo a estudios del Ministerio de Sanidad, Políticas Sociales e Igualdad de España, se concluye que el costo de la discapacidad moderada representa el 40% de la renta de un hogar y en el caso de la dependencia severa, éste alcanza hasta el 70% (FUNCAS, 2011).

3. Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados en Chile.

El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados "Chile Cuida" es un Sistema de Protección Integral que tiene como misión acompañar, promover y apoyar a las personas dependientes, a sus cuidadoras, sus hogares y su red de apoyo, dirigido a los hogares del 60% más vulnerable con personas en situación de dependencia. El sistema provee e integra servicios sociales de apoyos y cuidados a nivel local, dada la complejidad de abordar la dependencia en sus distintos niveles. De esta manera, los servicios de apoyos y cuidados deberán integrarlos en torno a las características, preferencias y necesidades de las personas dependientes.

El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, comprendiendo la complejidad de la problemática, ofrece distintas modalidades de apoyo a los cuidadores así como a las personas que necesiten de apoyos y cuidados. El Sistema constituye una política pública, que apoya a las familias en la tarea de proveer cuidados. Asimismo, reconoce y promueve la autonomía de las personas en situación de dependencia, reconoce el trabajo de los cuidadores informales no remunerados; y se propone mejorar los estándares de atención y coordinación de las agencias públicas y privadas. Con esto, se pretende liberar progresivamente a las mujeres de la tarea exclusiva que tienen sobre los cuidados de personas dependientes; así como el Estado se compromete activamente a transitar a un modelo basado en **la corresponsabilidad** de los cuidados entre el Estado, la familia, la comunidad y el mercado.

Finalmente, se reconoce que los programas sociales operando en forma aislada o fragmentada no dan cuenta de las necesidades de las familias, por lo que es necesaria la articulación intersectorial de los servicios sociales para proveer apoyos y cuidados a las personas que lo necesiten.

3.1 Objetivos del Sistema

a. Promover el bienestar individual y de los hogares con al menos un integrante en situación de dependencia.

b. Asegurar la coordinación y articulación de acciones y prestaciones públicas y privadas.

c. Promover la autonomía y prevenir la progresividad de la dependencia.

d. Mitigar la carga de trabajo de las/los cuidadores/as y su red de apoyo.

e. Establecer y supervisar el cumplimiento de estándares de calidad para servicios de apoyo y cuidado, públicos y privados.

La población objetivo del sistema serán los ***hogares*** con integrantes hombres y/o mujeres con ***dependencia***[1], estos últimos son:

- **Personas de 60 años y más con dependencia.**
- **Personas en situación de discapacidad de cualquier edad con dependencia.**
- **Los/as cuidadoras no remuneradas y/o red de apoyo de esas hogares.**
- **Población institucionalizada con dependencia** (se considera para efectos del diseño, pues la llegada a esta población será progresiva).

Con formato: Resaltar

Comentario [CPAM1]: Por favor explicar esto.

Con formato: Resaltar

[1] 232.745 hogares con al menos un integrante con dependencia. Fuente: RSH, marzo 2016

El Sistema considera acciones de carácter universal y prestaciones y servicios focalizados en los distintos grupos de población objetivo mencionados anteriormente. La estrategia de intervención aborda la atención integral de estos hogares a través de la provisión de servicios de apoyos y cuidados, tales como; (i) cuidados en el hogar, (ii) apoyo a la habitabilidad, (iii) provisión de servicios especializados, (iv) alivio al cuidador/a, (v) prevención de la severidad, (vi) capacitación en cuidados a personas con dependencia, entre otros, los cuales se implementaran progresivamente.

El SNAC propone un modelo de gestión basado en una **red local articulada**, teniendo como socio estratégico principal a las Municipalidades y equipos locales de área social y salud, a través de una gestión intersectorial de prestaciones y servicios sociales de cuidados, contribuyendo así abordar los efectos de la dependencia, promover la autonomía, fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de las personas. La descripción específica del modelo se consigna en anexo N°1 Modelo de Gestión Red Local de Apoyos y Cuidados, disponible para consulta.

4. Aproximación a un marco conceptual para la compresión de la dependencia y cuidado.

El presente apartado propone la conceptualización con la que se aproxima el Sistema de Apoyos y Cuidados para la comprensión de la dependencia en tanto problema público. La conceptualización ha sido trabajada con la reflexión conjunta y los aportes de la Mesa de Trabajo de la Sociedad Civil – MDS, compuesta por organizaciones adheridas a la Comunidad de Organizaciones Solidarias (C.O.S), para profundizar referir a "Conceptualizaciones para el Sistema de Apoyos y Cuidados" (en anexo N°2).

4.1 Dependencia en el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados orienta sus acciones a hogares con integrantes en situación de dependencia moderada y severa, sus cuidadores/as y su red de apoyo. En ese sentido, busca abordar los ***efectos y consecuencias*** de la dependencia, independiente de la condición que dio origen a ésta.

La dependencia, en tanto definición operacional del SNAC se entenderá como "el estado o situación de falta o pérdida de autonomía personal y autovalencia en la realización de actividades esenciales de la vida diaria. Supone la necesidad de apoyos y cuidados provistos por otras personas, y también puede requerir de dispositivos de asistencia (ayudas técnicas u otros) y/o adaptaciones de entorno" (MDS, 2015).

4.2 Sobre los conceptos de Discapacidad, Servicios de Apoyo y Asistencia Personal.

De acuerdo al Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad basándose en la CIF (OMS, 2001), considera la Discapacidad como "una construcción simbólica, un término genérico y relacional que incluye condiciones de salud y déficits, limitaciones en la actividad, y restricciones en la participación". Este concepto indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, considerando los ambientales y personales.

La Asistencia Personal es entendida como la ayuda proporcionada por una persona a otra que presenta una situación de discapacidad y cuyo objetivo es lograr su desarrollo personal. Se hace necesaria toda vez que la situación de discapacidad y/o dependencia no le permite a una persona

ejecutar acciones por sí misma, pero mantiene la capacidad de decidir qué tipos de apoyo, de qué forma y con qué frecuencia desea recibirlos.

A su vez, de acuerdo a la Ley 20.422 los servicios de apoyo se conciben como: "Toda prestación de acciones de asistencia, intermediación o cuidado, requerida por una persona con discapacidad para realizar las actividades de la vida diaria o participar en el entorno social, económico, laboral, educacional, cultural o político, superar barreras de movilidad o comunicación, todo ello, en condiciones de mayor autonomía funcional."

4.3 Dependencia y Adulto Mayor

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) define la dependencia como un atributo que poseen las personas que consiste en tener la necesidad de una asistencia o ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria. Entre las razones por las cuales una persona puede poseer el atributo de dependencia se cuentan la falta o la pérdida de capacidad física, síquica o intelectual (MINSAL 2008). Se distinguen tres tipos de dependencia: *leve, moderada y severa* (SENAMA). Chile, recientemente, ratificó la Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, en la cual se dispone expresamente en artículo 12: Derechos de la persona mayor que recibe servicios de cuidado a largo plazo. En este artículo, se señala que: *"La persona mayor tiene derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda; promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y dependencia y autonomía".*

4.4 Cuidador principal

Se considera como ***Cuidador Principal*** a aquella persona que pertenece a hogares del 60% de mayor vulnerabilidad socioeconómica, que en forma no remunerada destina el mayor número de horas al día de servicios de cuidado y/o apoyo o asistencia permanente al menos a una persona con dependencia moderada o severa, que a su vez pertenece al 60% más vulnerable, respecto de otras personas que realizan estas labores, estén o no unidas por vínculos de parentesco.

5. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados se enmarca en una estrategia de protección y atención integral de personas con dependencia y sus hogares. Se entenderá como personas con dependencia a los adultos mayores de 60 años y más con dependencia, personas en situación de discapacidad de cualquier edad con dependencia. La acciones de la red incorporan además a los/as cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia y/o red de apoyo de estas personas, de manera de mejorar la calidad de vida de los hogares.

A continuación se describen las orientaciones técnicas para la implementación de los objetivos y líneas de acción.

5.1 Objetivo general

Contribuir a que los hogares beneficiarios del programa accedan a los servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo a sus características y necesidades.

5.2 Objetivos específicos

- Conformar e Implementar la red local de apoyos y cuidados, mediante la preparación y ejecución de un plan de trabajo.[2]
- Generar mecanismos de trabajo para identificar los hogares elegibles para el programa de acuerdo a los criterios de focalización del Ministerio de Desarrollo Social (MDS).[3]
- Implementar acciones de formación y capacitación que permitan dotar gradualmente de especialidad y práctica a las (os) profesionales integrantes de la red local y cuidadoras (es) en materias relacionadas a la provisión de apoyos y cuidados.[4]
- Preparar la instalación de servicio de atención domiciliaria, mediante el reclutamiento y selección de cuidadoras, apoyo al proceso de evaluación y articulación interna.[5]
- Identificar y proveer servicios especializados no cubiertos para abordar las necesidades de apoyo y cuidado evaluadas en los hogares beneficiaros del SNAC.[6]

- Entregar servicios de atención domiciliaria a los hogares derivados de la red local, de acuerdo al Plan de Cuidados, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas en situación de dependencia, sus cuidadores/as y sus familias, resguardando su autonomía, dignidad e independencia.[7]

- Implementar proceso de seguimiento a la trayectoria de hogares beneficiaros SNAC.[8]

---

[2] Las comunas de continuidad enfatizan la gestión en el ámbito de la implementación de la red, en cambio las comunas nuevas nuevas se enfocan en la conformación de la implementación de dicha red.
[3] Aplica a todas las comunas.
[4] Aplica a todas las comunas.
[5] Solo para comunas nuevas cuya cobertura permite la instalación de la línea (30 más hogares)
[6] Todas las comunas.
[7] Solo comunas de continuidad.
[8] Solo comunas de continuidad.

5.3 Líneas de Acción

El Presupuesto que se asignará a cada comuna, está destinado a implementar a nivel local, un plan de trabajo a nivel comunal dirigido a proveer las siguientes líneas de acción: (i) Gestión de la Red Local (todas las comunas), (ii) Servicio de Atención Domiciliaria en las comunas que corresponda, iii) Servicios especializados de Apoyos y Cuidados (todas las comunas).

5.3.1 Línea de Acción 1: Gestión de la Red Local.

La Municipalidad deberá designar a un **Encargado/a Comunal de la Red Local de Apoyos y Cuidados**. Este/encargado/a podrá ser financiado con recursos municipales o destinar recursos del programa para su remuneración total o parcial, procurando que corresponda su perfil laboral con las funciones de la coordinación de la red local de apoyos y cuidados, equivalente en la Municipalidad y con perfil similar al que se cuenta para encargado comunal del Subsistema Chile Crece Contigo. Las orientaciones para el proceso de selección se encuentran en anexo N°3 "Proceso de contratación encargados comunales".

Entre las principales responsabilidades del encargado, se encuentran dos ámbitos de trabajo;

- ✓ **Elaboración de un Plan de Trabajo de la Red,** que contenga al menos las siguientes acciones: identificación de los actores de la red tanto básica como ampliada, identificación de temáticas a capacitar por parte de la red, un diagnóstico de la situación de la red, mapa de actores, planificación de coberturas, carta gantt, registro de reuniones, atención de casos, capacitación y formación para el equipo de trabajo, además de la difusión y sensibilización a nivel local.

- ✓ **Coordinar y gestionar en la red las siguientes acciones con los hogares,** identificación de los beneficiarios, evaluación de necesidades de cuidado en los hogares, preparación de planes de cuidado, gestionar la línea de Servicio Especializado, seguimiento a la trayectoria de hogares, coordinación de las cuidadoras remuneradas que proveen servicios de respiro.

Para la ejecución y cumplimiento de las actividades descritas, la Municipalidad podrá destinar recursos propios o del programa para la contratación de un profesional de apoyo. Dicho profesional será parte del equipo que coordinará el **Encargado/a Comunal de la Red Local de Apoyos y Cuidados**.

Para la selección y contratación del Apoyo Profesional se pone a disposición el documento denominado "Orientaciones para el Proceso de selección de Apoyo Profesional Programa Red Local de Apoyos y Cuidados" (anexo N°4).

5.3.1.1 Encuadre Metodológico del trabajo de Red. La Red local debe lograr la articulación de servicios, a través de un modelo de gestión de casos y trabajo en red, en base a una metodología que permita:

i. Conformar, coordinar y gestionar la Red Local de Apoyos y Cuidados básica y ampliada

ii. Construcción de nómina para la selección de hogares que potencialmente pueden ser beneficiarios del Sistema. Para lo anterior se anexa procedimiento Nómina Hogares

iii. Identificar las necesidad de apoyo y cuidado de los hogares (aplicación instrumento evaluación necesidades de apoyos y cuidados)

iv. Construir y validar con los hogares el Plan de Cuidado, a objeto de definir los servicios que se entregarán durante la etapa de acompañamiento.

v. Realizar el proceso de derivación de hogares a los servicios y prestaciones declarados en el Plan de Cuidados (referencia y contra referencia).

vi. Seguimiento del acceso oportuno y cumplimiento de estándares de los servicios entregados.

vii. Realizar el acompañamiento a la trayectoria de los hogares y la evaluación del conjunto de servicios implicados.

Comentario [CPAM2]: Se refiere al protocolo para la gestión nómina de hogares, anexo 5?

Comentario [CPAM3]: Se refiere al Anexo 6?

Comentario [CPAM4]: Señalar que se define en el glosario contenido en el anexo 26.

5.3.1.2 Etapas en la gestión de la red Local de Apoyos y Cuidados. El desarrollo de la gestión de red para la provisión local de servicios de cuidado considera mínimamente se ejecuten las siguientes etapas:

a) Proceso de Implementación de la red local de apoyos y cuidados.

Las redes son sistemas de vínculos que se dan entre personas o grupos, orientados al intercambio de apoyos y recursos. Se expresan en relaciones más o menos estables entre actores interdependientes, que se constituyen alrededor de problemas y objetivos comunes o complementarios. Las redes son también sistemas de relación y comunicación donde los actores ponen a disposición sus capacidades y competencias a fin de solucionar los problemas de los que se hacen cargo.

Para que las redes funcionen y se orienten a conseguir los resultados esperados, es necesario realizar una gestión activa de éstas. En el caso del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, se requiere que las redes operen para dar apoyo oportuno a las necesidades de los hogares, de forma apropiada y pertinente a las características de cada uno de ellos, maximizando el uso de la oferta disponible para atender dichas necesidades.

En este marco de política pública, gestionar la red implica:

- ✓ Articular, coordinar y monitorear el funcionamiento de la oferta pública que sirve de soporte a las intervenciones sociales que se realicen.
- ✓ Intencionar que los actores que tienen funciones y responsabilidades definidas en el modelo de gestión, cumplan oportunamente con sus compromisos.
- ✓ Generar estrategias de apoyo para que los actores locales puedan cumplir con eficacia sus tareas, a favor de los objetivos del funcionamiento de la red.

Las redes y el funcionamiento en red son dinámicos y por esa razón deben ser monitoreados permanentemente. La red debe contar con un mecanismo de monitoreo y seguimiento, tanto de las acciones desplegadas como de los resultados que se vayan obteniendo (Banco Mundial, 2015).

Pero la gestión no se hace naturalmente; es indispensable que opere un Coordinador de la Red, una persona que representa a la entidad coordinadora de la Red y que los miembros de la red identifican y validan como su articulador. Es importante identificar claramente las tareas principales de un Gestor de Redes (Banco Mundial, 2015), las cuales se describen a continuacion:

- ✓ Conoce los objetivos y metas que tiene que cumplir la Red (en el marco del Sistema) y las socializa entre los integrantes (socios) de la Red.
- ✓ Conoce los acuerdos institucionales vinculados a la oferta y a su operación.
- ✓ Genera sentidos compartidos entre los actores para promover una lógica común de trabajo.
- ✓ Orienta a los miembros de la Red para que participen de acuerdo a los criterios y estándares acordados.
- ✓ Identifica nudos críticos en el circuito de operaciones y relaciones que ocurren en la práctica cotidiana de la Red.
- ✓ Identifica oportunidades de mejoramiento en la gestión de la red y propone alternativas de solución.
- ✓ Identifica ámbitos de complementariedad entre los miembros de la red y recomienda a los involucrados en formas concretas de articulación.
- ✓ Negocia la flexibilización de mecanismos o la generación de nuevas estrategias para revertir problemas o suplir déficits en la gestión.

En este contexto, para la constitución y conformaciones de la Red Local de Apoyos y Cuidados se debe seguir el siguiente procedimiento:

- Identificación de actores relevantes a la temática del cuidado[9] y convocar a primera sesión de sensibilización y/o constitución de la Red.
- Coordinación de la primera sesión de constitución de red, donde se identifiquen los participantes, se acuerden los objetivos, se de a conocer y valide y/o profundice plan de trabajo de la red y se registren acuerdos mediante acta.
- En la misma sesión o siguiente, según la disponibilidad de los miembros se debe trabajar la presentación detallada de las orientaciones programáticas y diseño del sistema, así como los acuerdos del mecanismo de levantamiento y o actualización del mapa de oferta local de servicios de apoyos y cuidados.
- Una vez completado el proceso anterior, se deberá formalizar la Red Local mediante Decreto Alcaldicio. Ver formato disponible en SIGEC.

b) Elaboración Plan de Trabajo Red Local de Apoyos y Cuidados

El Plan de Trabajo es una herramienta de gestión que ordena las tareas y funciones de la Red Local, así como también permite administrar los recursos humanos, financieros y materiales. En este contexto, el **Plan de Trabajo** guía las acciones centrales de la Red Local, con el propósito de

[9] Of. Adulto Mayor, Of. Discapacidad, Of. de la Mujer, Salud Municipal - Centros de Salud Familiar (CESFAM – CECOF), Representante COSAM, Departamento Social (Subsidios, RSH, Asistente Social) Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL), Dideco / Dideso.

dar cumplimiento a los objetivos del Sistema Apoyos y Cuidados en su instalación a nivel local. La planificación deberá considerar las diversas actividades comprometidas durante la participación de los hogares en el sistema, por lo que se debe tener presente la capacidad de gestión que tiene la Red Local, a objeto de dar cumplimiento a cada actividad comprometida en el plan de trabajo de la Red y el Plan de cuidados. El cuadro N°1 describe las principales actividades de la Red Local a considerar en la elaboración del plan de trabajo.

Cuadro N°1: Ámbitos de Gestión Red Local de Apoyos y Cuidados.

Actividad	Descripción
Administración	Procesos de contratación, registro de información, planificación, rendición de cuentas, entre otros.
Reunión de equipo	Considerar las reuniones de coordinación de la Red y los equipos Programáticos.
Evaluación	Aplicación Instrumento de Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados, elaboración y entrega Plan de Cuidados y entrega para los hogares beneficiarios.
Gestión de Oferta	Proceso de levantamiento de la demanda y cruce con la oferta disponible en el territorio con la finalidad de proveer servicios de carácter integral Administración y gestión oportuna de los Servicios Especializados. Seguimiento al acceso de los hogares a los servicios y prestaciones sociales. Coordinación de inicio y término de cada servicio.
Acompañamiento a hogares.	Se realizará mediante seguimiento de 10 sesiones durante los tres años En los dos primeros años de intervención, cada hogar tiene 4 visitas domiciliarias de seguimiento y 4 entrevistas telefónicas. Durante el tercer año, se realiza 1 visita domiciliaria y 1 entrevista telefónica por Hogar.
Atención usuario	Atención de casos urgentes debido a contingencias de los beneficiarios.
Capacitación	Jornadas de capacitación a los integrantes de la Red Local.

Fuente: Elaboración Equipo SNAC, MDS 2017.

Comentario [CPAM5]: Anexo 6?

Comentario [CPAM6]: El programa durará máximo 3 años, o esto aplica para los 3 primeros años?

A propósito de las actividades antes descritas, se sugiere planificar la semana en 10 bloques de media jornada, para efectos de distribuir las actividades a desarrollar, este ejercicio dependerá de la jornada laboral de cada integrante de la Red.

A modo de ejemplo se puede presentar el siguiente ejercicio de distribución de actividades en la Tabla N° 1 que describe la distribución de actividades en bloques de media jornada de lunes a viernes, en el Cuadro N° 2 mediante la asignación de colores y Números se identifica el tipo de actividad a desarrollar.

Tabla N°1: Distribución de actividades Recurso Humano Red en bloques de media jornada

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
1	3	1	2	1
			7	
5	1	4	1	6

Fuente: Elaboración Equipo SNAC, MDS 2017.

Cuadro N°2: Listado de actividades del equipo Red Local con asignación de N° y color

Color	Actividad
1	Visitas Domiciliarias de Seguimiento
2	Entrevista telefónica de seguimiento
3	Administración
4	Gestión de Oferta
5	Reunión de equipo o de Red
6	Supervisión
7	Demanda usuario

Fuente: Elaboración Equipo SNAC, MDS 2017.

Así entonces se distribuye de manera equilibrada en el día actividades asociadas a terreno y trabajo de gabinete, tareas administrativas y/o de coordinación. De esta forma se dispone siempre de medio día asociado al seguimiento, el cual puede ser del tipo Visita de Terreno o formato entrevista telefónica, estimándose un máximo de tres visitas en el sector urbano. Para el sector rural se debe adaptar esta planificación de terreno acorde a la realidad de ubicación de los casos.

Con formato: Resaltar

Comentario [CPAM7]: Quien hace esto?

Lo relevante del ejercicio es la consideración del criterio de equilibrios en los diversos tipos de acciones que considera la intervención en terreno en contexto de una cobertura limitada que **ingresa mensualmente**, lo cual permite la organización flexible de las salidas a terreno y el equilibrio con los necesarios espacios de tareas administrativas y reuniones de equipo que permitan el adecuado proceso reflexivo que deviene del carácter de seguimiento que se desea otorgar al trabajo de la red.

c) Construcción de nómina para la selección de hogares (Criterios de selección de los hogares).

El proceso de identificación de los hogares elegibles será realizado por la Red Local, entidad que construirá la nómina de hogares elegibles en base a la información que le proporcionará el Ministerio de Desarrollo Social, a partir de la nómina emanada del RSH con hogares con uno o más integrantes con dependencia. Esta nómina quedará disponible para la Municipalidad, a través del encargado comunal Red Local de apoyos y Cuidados con la finalidad de ser analizada con equipo de trabajo de la Red a fin de construir la nómina definitiva. No obstante existe una orientación complementaria de nómina de hogares, donde es posible que producto del proceso de análisis de la información, cada actor de la Red proporcione información respecto de potenciales usuarios del programa que cumplen con los requisitos y que ya son identificados desde la Municipalidad o desde el sector Salud. Posterior a esto, se deberá revisar:

- Datos de contacto; teléfono, N° de celular, dirección, entre otros.

- Situación actual del hogar; composición familiar, estado actual de la persona en situación de dependencia, entre otros.

En muchos casos se deberá realizar verificación de domicilio y situación de dependencia para lo cual se sugiere acudir a los domicilios y consultar esta información con las preguntas de la sección 2 del instrumento de evaluación de necesidades de apoyo y cuidado respecto de las ABVI.

Comentario [CPAM8]: Qué es esto?

Una vez, identificados los hogares y actualizada la información, se desarrolla la aplicación de la evaluación de necesidades de apoyo y cuidado, de acuerdo a la planificación realizada en el Plan de Trabajo de la Red (Anexo N° 5 Protocolo para la gestión de Nómina Hogares).

Comentario [CPAM9]: Anexo 6?

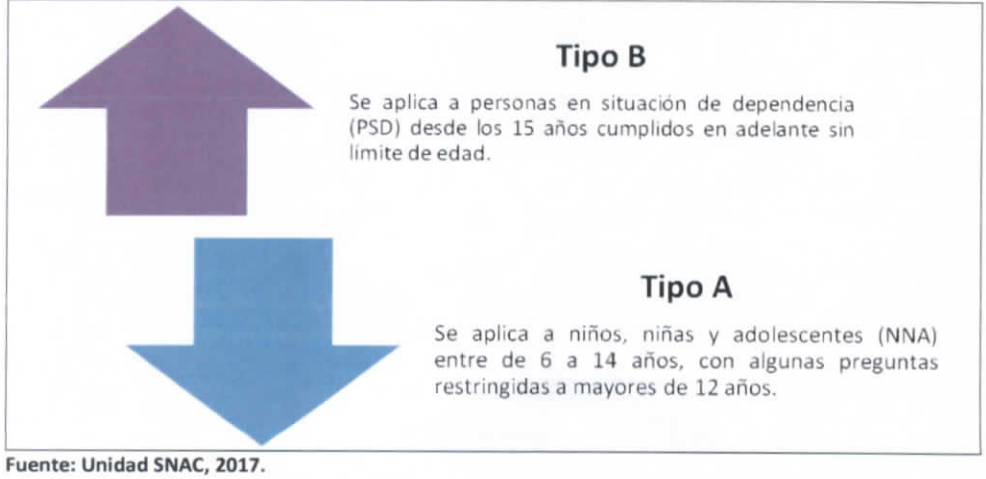
d) Aplicación instrumento evaluación - Identificación de las necesidades de apoyo y cuidado de los hogares.

El instrumento de evaluación tiene como propósito establecer la **valoración del nivel de dependencia y levanta las necesidades de Apoyos y Cuidados de las personas integrantes del hogar**, de manera de establecer el acceso al Sistema e identificar los servicios y prestaciones sociales necesitados por las personas en situación de dependencia y su familia.

El instrumento tiene dos versiones o tipos que varían de acuerdo a los cortes etarios de las personas a entrevistar. A la persona que motiva y agenda la visita de entrevista se la denomina en lo sucesivo como persona en situación de dependencia índice (PSD Índice). La persona en situación de dependencia índice es aquella que por lo general tiene un grado mayor de dependencia y/o es la de mayor edad en el grupo parental o familiar, siempre que esta condición exista.

Los tipos de instrumentos se describen en la figura N°1:

Figura N°1: Instrumento de Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados.



Fuente: Unidad SNAC, 2017.

Para ambos tipos de instrumentos se incluye un anexo que contiene las secciones relativas a la identificación, caracterización y evaluación de la dependencia en personas distintas de la PSD

índice por la cual se realiza la entrevista principal (Anexo N° 6 Guía para la Aplicación del Instrumento de Evaluación Necesidades de Apoyos y Cuidados).

e) Presentación del Sistema y aplicación del Instrumento de Evaluación - Primera visita domiciliaria.

Corresponde al proceso de presentación, invitación y aplicación del instrumento de evaluación. Los integrantes de la Red o a quien designen, deben realizar la/las visita(s) domiciliarias a los Hogares en el domicilio señalado en la nómina de hogares.

Una vez producida la asignación de hogares a los miembros del equipo de trabajo de la red que desarrollarán el proceso de evaluación y previo a la visita domiciliaria, el profesional asignado, debe tomar contacto telefónico con la persona para coordinar el día y horario de la visita. En aquellos casos donde no sea factible el contacto telefónico preliminar, se debe generar la estrategia a nivel de la red que permita identificar la mejor opción de contacto preliminar que permita ubicar el hogar.

Comentario [CPAM10]: Cómo se hace esto?

La visita domiciliaria tiene una duración promedio de 60 minutos, pudiendo extenderse el tiempo si el profesional de la Red lo determina necesario para el cumplimiento de los objetivos.

Concertada la visita, en un primer momento de la sesión, el integrante de la Red debe proceder a presentarse, explicar el sentido de esta y explicar inicialmente que el objetivo de la visita es actualizar información respecto del Hogar y principalmente del integrante que se encuentra en situación de dependencia, lo anterior se sintetiza en las siguientes acciones:

- Señalar a los integrantes del Hogar (persona con dependencia y su cuidador según corresponda) que es potencial beneficiario del Sistema de Apoyos y Cuidados, informando los objetivos, la oferta disponible y las temporalidades asociadas a la intervención (ver Anexo N° 7 "Pauta presentación del Sistema").
- Si la persona acepta la participación, se manifiesta que es necesaria la firma de un consentimiento informado a objeto de resguardar la información entregada y formalizar el ingreso al Sistema (ver formato Anexo 8 "Consentimiento informado").
- Firmado el consentimiento, el integrante de la Red explica los objetivos del instrumento de evaluación y procede a la aplicación del mismo, bajo las orientaciones señaladas en el manual de aplicación.
- Realizada la entrevista, se debe coordinar con los integrantes del Hogar la segunda visita en domicilio, para hacer entrega de los resultados de la evaluación y la entrega de una propuesta de Plan de Cuidados.

Comentario [CPAM11]: Existe un manual adicional a estas orientaciones?.

En el proceso de la primera visita domiciliaria pueden ocurrir las siguientes situaciones:

- **No se encuentran moradores en el domicilio:** En este caso, el profesional de la Red debe dejar una notificación, indicando la fecha y horario de la visita e incorporar nombre y teléfono de contacto para que el hogar pueda comunicarse y agendar una nueva visita. Este procedimiento se debe realizar en dos oportunidades, en el caso que no se concrete la entrevista, el hogar quedará en estado "inubicable", con el respaldo de las dos notificaciones realizadas (se colocara a disposición formulario pertinente).

Comentario [CPAM12]: Señalar el número de anexo. Asumo es el 20?

Con formato: Resaltar

- **No se puede realizar la entrevista debido a motivos justificados:** En este caso se logra concretar la visita en el domicilio del hogar, sin embrago, no se puede realizar la aplicación del instrumento debido a alguna situación familiar que surge en el momento (trámite urgente, enfermedad o cualquier otro tipo de situación familiar que impida la ejecución de la misma). Esto se consignará en el ítem observaciones del instrumento.
- **Se interrumpe la entrevista sin poder continuar con ella:** Teniendo en cuenta el "*setting*" (contexto) y encuadre de la entrevista, en el desarrollo se pueden presentar situaciones que impidan el cumplimiento de los objetivos. En este tipo de casos, el profesional de la Red deberá evaluar si es pertinente continuar o agendar una nueva fecha para la aplicación del instrumento de evaluación. Se consigna en el ítem observaciones del instrumento.
- **Los objetivos de la entrevista se pueden abordar en más de una sesión:** Para el cumplimiento de los objetivos de la entrevista, el profesional de le Red puede organizar una o más sesiones de trabajo con el hogar (con un máximo 3 sesiones), esto dependerá del perfil del hogar, por ejemplo familias constituidas solo por adultos mayores con Dependencia.

Comentario [CPAM13]: Qué tipo de situaciones?

f) Etapa de análisis de la evaluación y construcción del Planes de Cuidados

Una vez aplicado el instrumento de evaluación, el equipo de trabajo de la Red local debe realizar un proceso de análisis de casos a objeto de identificar: el perfil del hogar, las necesidades de apoyos y cuidados de las personas, el nivel de urgencia, entre otros. Dicha información permitirá contrastar los servicios disponibles a nivel local, la cobertura efectiva del Sistema y la ejecución de los servicios especializados.

Una vez realizado el análisis por cada hogar, se debe elaborar una versión preliminar del plan de cuidados sobre la base de la información levantada en las entrevistas y oferta local sistematizada en el Mapa de Oportunidades, considerando los servicios especializados (anexo N° 9 Orientaciones Plan de Cuidados). Esta versión preliminar puede trabajarse en sub equipos dentro de la red, con aquella unidad de especialidad según el tipo de hogar (Adulto Mayor, Discapacidad, Salud, entre otros actores o unidades de la Red).

Validada la versión preliminar del Plan de Cuidados, se debe planificar y coordinar con los hogares la devolución de la evaluación mediante el instrumento Plan de Cuidados.

Comentario [CPAM14]: Quién hace esta validación?

g) Devolución del proceso de Evaluación, entrega Plan de Cuidados y Organizador del cuidado – segunda vista domiciliaria.

El proceso de devolución constituye un momento importante en la generación del vínculo con los hogares. Tiene como objetivo; realizar la devolución de los resultados de la evaluación, objetivar y concretizar las necesidades de apoyo y cuidados de la persona en situación de dependencia y su cuidador, y generar compromisos reales a objeto de clarificar las expectativas generadas en la aplicación del instrumento. Estos objetivos se plasman en el instrumento denominado "Plan de Cuidados".

- **Plan de Cuidados**

El plan de cuidados constituye el instrumento de intervención social que refleja el acuerdo de acciones que responden al requerimiento de apoyos y cuidados levantados en el proceso de evaluación. Se constituye en el acuerdo entre los Hogares y el representante de la Red Local, respecto del resultado de la evaluación y las necesidades de apoyo y cuidado priorizadas por la familia. Ver Anexo N°10 Plan de Cuidados (se pondrá a disposición un anexo de prestaciones).

La entrega del Plan Cuidados a los miembros del Hogar se desarrolla en el marco de la segunda visita domiciliaria. El profesional a cargo inicia la sesión con la indagación de la información que las personas miembros del hogar han incorporado en la sesión previa. De acuerdo al resultado de esta entrevista, se deben tomar estrategias de actualización de la información con las personas entrevistadas o en su defecto, proceder con el objetivo de la visita.

De acuerdo a lo anterior se presenta el Plan de Cuidados, detallando la oferta a la que accederán, indicando claramente las temporalidades de inicio y ejecución de cada una de ellas. El Plan debe ser redactado en lenguaje comprensible al beneficiario, es decir, no utilizar conceptos o términos técnicos ni abreviaciones. El objetivo es facilitar la comprensión y que el hogar comprenda lo que se entregará como prestación.

Con la información proporcionada por el integrante de la Red, el Hogar debe aceptar, observar o rechazar la propuesta del Plan de Cuidados.

- **Observar el Plan de Cuidados:** El integrante de la Red deberá realizar ajustes para modificar el Plan de acuerdo a los requerimientos del hogar.
- **Rechazar el Plan de Cuidados:** Se deben identificar los motivos manifestados por el hogar hasta agotar las posibilidades de solución, de lo contrario, se debe firmar el documento de NO participación.
- **Aceptar el Plan de Cuidados:** Si el hogar valida la propuesta de Plan de cuidados, este debe ser firmado por el cuidador principal (si existe el cuidador), la persona en situación de dependencia (de acuerdo a las posibilidades) y el integrante de la Red. Con este acto el hogar y sus integrantes pasan a formar parte del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, estableciendo objetivos y metas para la etapa de acompañamiento.

  El Plan debe tener dos copias, uno para el hogar y el otro para la carpeta del equipo Municipal.

- **Organizador de Cuidados**

Se trata de un servicio en sí mismo, cuyo objetivo es facilitar el acceso a la información y apoyar a las personas que cuidan mediante la organización eficiente de la información relevante de carácter sanitaria y social.

Corresponde a la primera prestación del Sistema por lo que se debe tener presente;

- Debe ser entregado a la persona dependiente y cuidador en la misma sesión de entrega del Plan de Cuidados.

- De acuerdo al perfil del hogar, por ejemplo, detectar si la cuidadora y/o la persona en situación de dependencia sabe leer y escribir o si existe alguna discapacidad visual. De acuerdo a esta información, es importante que el profesional que realiza la entrega, trabaje en conjunto con los integrantes del hogar en el llenado de la información contenida en el organizador y previamente presente el objetivo del organizador.
- Revisar con los integrantes del hogar el contenido de éste y utilidad de cada sección, antes de que sea instalado.
- Identificar dentro del domicilio el lugar más estratégico para la instalación del organizador (cerca de la persona con dependencia y/o del cuidador), por ejemplo; donde exista luminosidad, que este visible y alejado de lugares donde el material se deteriore (cerca de la cocina o a la intemperie).
- Respecto de las cartillas educativas, en anexo N° 11 Orientaciones Organizador de Apoyo al Cuidado.

Comentario [CPAM15]: Al parecer esta frase quedó inconclusa. Anexo 11, no 10.

Con formato: Resaltar

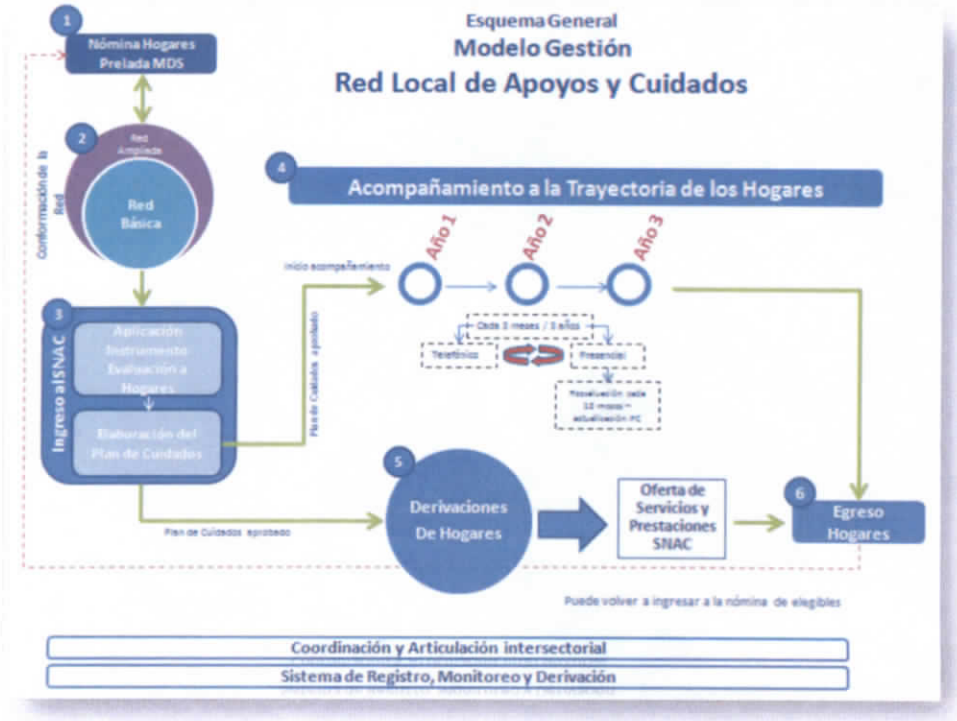
Eliminado: 10

Con formato: Resaltar

Comentario [CPAM16]: No entiendo lo de la trayectoria de 3 años.

La Figura N°2 presenta el modelo de gestión de la red Local de Apoyos y Cuidados.

Figura N°2, Esquema general – Modelo de Gestión Red Local de Apoyos y Cuidados.



Fuente: Unidad SNAC, 2017.

h) Seguimiento a la trayectoria de los hogares.

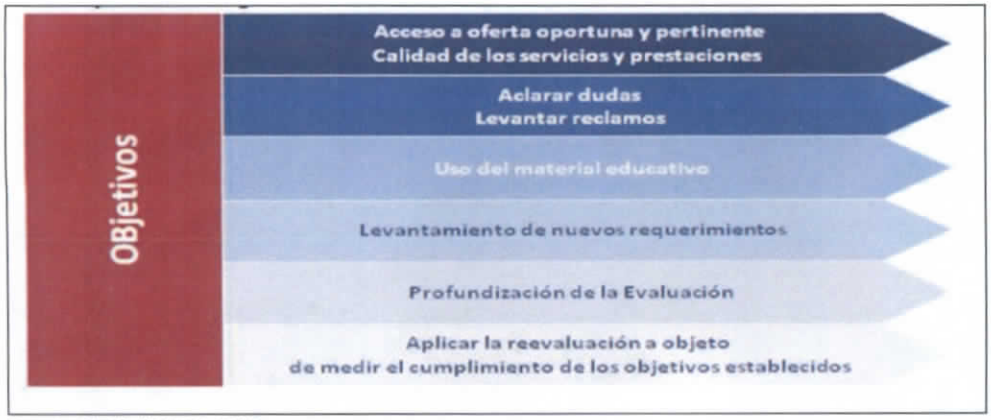
El seguimiento a la trayectoria de los hogares constituye una acción y función central de los integrantes de la Red Local en el proceso de intervención, éste comienza a implementarse una vez acordado el Plan de cuidados con el Hogar. Es relevante que la Red procure la continuidad de los procesos de cada Hogar con un único profesional (Evaluación y Seguimiento), a objeto de mantener un interlocutor válido, evitando la multiplicidad de profesionales en el proceso de intervención.

En este contexto, se ha establecido una metodología de 10 hitos de seguimiento que se inicia una vez acordado y firmado el plan de Cuidados por parte de los Hogares. Desde esta fecha y cada tres meses, durante un periodo de tres años, la Red Local realizará un seguimiento a los hogares mediante dos modalidades de aplicación: entrevista telefónica y visita en el domicilio de los hogares. Ver Anexo N° 12 Ficha de Seguimiento.

Comentario [CPAM17]: El último año es cada 3 o cada 6 meses? Según cuadro abajo sería cada 6 meses.

El objetivo de las sesiones de seguimiento consiste en verificar el acceso oferta, aclaración de dudas, levantamiento de reclamos, supervisión a la calidad de los servicios, uso del material educativo, levantamiento de nuevos requerimientos y anualmente la aplicación del instrumento de evaluación del SNAC a objeto de medir los indicadores y actualizar el Plan de Cuidados en base a los nuevos requerimientos en necesidades de apoyo y cuidados.

Figura N°3: Objetivos del seguimiento a la Trayectoria de Hogares



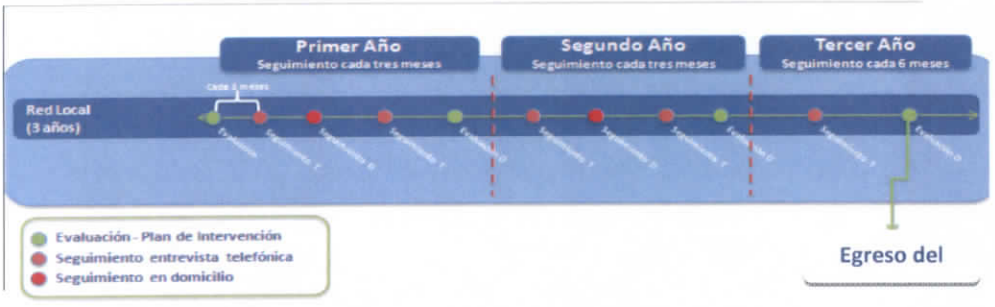
Fuente: Unidad SNAC, 2017.

La Figura N°3 presenta los objetivos de la estructura de seguimiento en termino de los hitos que deben cumplirse.

Con la información identificada en cada una de las sesiones de seguimiento, los profesionales de la Red deberán elaborar informes que contengan principalmente los avances de los objetivos del Plan de Cuidados y gestiones que se deben realizar para solucionar las temáticas surgidas en las sesiones. Estas deben ser monitoreadas periódicamente y ser presentadas en las instancias de coordinación de la Red Local.

Comentario [CPAM18]: Cuáles son estas instancias?

Figura N°4: Hitos de seguimiento a la Trayectoria de Hogares pertenecientes a SNAC.



Fuente: Unidad SNAC, 2017.

La Figura N° 4 describe las principales acciones de los hitos, objetivos y actividades que constituyen el Seguimiento, se propone la modalidad de seguimiento, el objetivo a desarrollar ya sea de monitoreo de servicios, profundización de la evaluación y/o monitoreo del mismo. Además se describen las actividades propuestas a desarrollar para cada uno de estos.

Cuadro N°3: Hitos, objetivos y actividades de Seguimiento.

N° de seguimiento	Modalidad de seguimiento	Objetivo del seguimiento	Actividades y temáticas a abordar
Mes 3	Entrevista Telefónica o domiciliaria	Monitoreo acceso a los Servicios y Prestaciones establecidos en el Plan de Cuidados.	• Monitoreo de acceso efectivo a oferta establecida en el Plan de Acción. • Actualización información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar, otro urgente. • Identificación de necesidades de apoyo y cuidado urgente y no identificadas en la evaluación. • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo debe realizar.
Mes 6	Visita Domiciliaria	Profundización evaluación y ejecución del Plan de Cuidados.	• Monitoreo de acceso efectivo a oferta establecido en el Plan de Acción. • Supervisión de la calidad de los servicios entregados. • Levantamiento de consultas y reclamos. • Actualización de información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar, otros. • Levantamiento de necesidades de apoyo y cuidado urgente y no identificadas en la evaluación. • Profundización de la evaluación.

			• Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Entrega de material educativo • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo debe realizar.
Mes 9	Entrevista Telefónica o domiciliaria	Monitoreo del cumplimiento del plan de cuidados.	• Monitoreo de acceso efectivo a oferta establecida en el Plan de Cuidados. • Actualizar información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar otro urgente. • Identificación de necesidades de apoyo y cuidado urgente y no identificadas en la evaluación. • Levantamiento de consultas y reclamos • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo.
Mes 12	Visita Domiciliaria	Evaluación primer año en el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados	• Visita domiciliaria en el hogar de la familia. • Realizar la Re- evaluación • Elaborar informe de avance y cumplimiento de los objetivos. • Actualización Plan de Cuidados. Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior).
N° de seguimiento	**Modalidad de seguimiento**	**Objetivo del seguimiento**	**Actividades y temáticas a abordar**
Mes 15	Entrevista Telefónica o domiciliaria	Monitoreo del cumplimiento del plan de intervención y actualización de la reevaluación	• Monitoreo de acceso a oferta establecida en actualización del Plan de Cuidados • Actualizar información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar otro urgente. • Identificación de necesidades de apoyo y cuidado urgente no identificadas en la evaluación. • Levantamiento de consultas y reclamos. • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el

			profesional a cargo.
Mes 18	Visita Domiciliaria	Monitoreo del cumplimiento del plan de cuidados	• Monitoreo de acceso efectivo a oferta establecido en Plan Cuidado. • Supervisión de la calidad de los servicios entregados. • Levantamiento de consultas y reclamos. • Actualización de información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar, otro urgente. • Levantamiento de necesidades de apoyo y cuidado urgente y no identificadas en la evaluación. • Profundización de la evaluación. • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Entrega de material educativo. • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo debe realizar.
Mes 21	Entrevista Telefónica o domiciliaria	Monitoreo del cumplimiento del plan de cuidados	• Monitoreo de acceso a oferta establecida en actualización del Plan de Cuidados. • Actualizar información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar otro urgente. • Identificación de necesidades de apoyo y cuidado urgente no identificadas en la evaluación. • Levantamiento de consultas y reclamos • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Elaboración de informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo.
Mes 24	Visita Domiciliaria		• Visita domiciliaria en el hogar de la familia; • Realizar la Re- evaluación • Elaborar informe de avance y cumplimiento de los objetivos. • Actualización Plan de Cuidados

Eliminado: Acción

			• Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior).
N° de seguimiento	**Modalidad de seguimiento**	**Objetivo del seguimiento**	**Actividades y temáticas a abordar**
Mes 27	Entrevista Telefónica o domiciliaria		• Monitoreo de acceso a oferta establecida en actualización del Plan de Acción. • Actualizar información: cambio de domicilio, cambio en la composición familiar otro urgente. • Identificación de necesidades de apoyo y cuidado urgente no identificadas en la evaluación. • Levantamiento de consultas y reclamos. • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Elaboración informe, estableciendo compromisos que el profesional a cargo debe realizar.
Mes 33	Visita Domiciliaria		Visita domiciliaria en el hogar de la familia; • Realizar la evaluación de salida. • Elaborar informe de avance y cumplimiento de los objetivos. • Cumplimiento de los acuerdos de la sesión anterior (informe sesión anterior). • Mantención o egreso del Sistema. • En caso de mantención, se procede a la Actualización del Plan de Cuidados.

*el número de mes de seguimiento se considera desde la fecha de firma de Plan de Cuidados.
Fuente: Unidad SNAC, 2017.

Eliminado: <#>Actualización Plan de Acción.¶

Comentario [CPAM19]: Es así?

i) Etapas y estados de los hogares

Durante el proceso de acompañamiento a los hogares en el contexto de la intervención del Programa Red Local, los hogares transitan por etapas y estados en el marco del seguimiento de su trayectoria. El Cuadro N°4 describe las etapas y estados de los hogares, desde la construcción de nómina, evaluación, plan de cuidados y acompañamiento.

Cuadro N°4: Etapas, estados de los hogares en el Sistema

N°	Etapa	Estado	Descripción
1	Construcción de nómina	En nómina	Hogar que estando validada su información de RSH, aún no es asignado
2	Construcción de nómina	Asignado a un evaluador	Hogar asignado a un integrante de la Red para realizar el proceso de visita en domicilio
3	Evaluación	Hogar Rechaza la participación (Anexo N° 22)	El hogar rechaza la participación
4	Evaluación	En Evaluación	Hogar en proceso de evaluación
5	Evaluación	Inubicable	Hogar visitado en más de una oportunidad
6	Evaluación	Evaluado	Hogar con instrumento de evaluación aplicado
7	Evaluación	No cumple con requisito de dependencia (Severa o Moderada)	Persona(s) del Hogar, que no cumple(n) con situación o nivel de dependencia
8	Evaluación	Persona dependiente se encuentra Institucionalizada	Personas dependiente del hogar institucionalizada
9	Plan de Cuidados	En Plan de Cuidados	Hogar se encuentra en proceso de elaboración o aprobación del Plan de Cuidados
10	Acompañamiento	En Seguimiento	Hogar en etapa de seguimiento (instrumento de evaluación aplicado y Plan de Cuidados firmado por el hogar)
11	Acompañamiento	Término Renuncia voluntaria (Anexo N° 23)	Hogar decide libremente poner término a su participación en el Subsistema
12	Acompañamiento	Término por ausencia de la situación de dependencia en el hogar (Anexo N° 23)	El hogar ya no cumple con el requisito de dependencia en el hogar
13	Acompañamiento	Término por traslado a otra comuna sin el Subsistema (Anexo N° 23)	Hogar se cambia de domicilio a una comuna donde el Subsistema no está en ejecución
14	Acompañamiento	Término por fallecimiento del/las personas en situación de dependencia(todas) (Anexo N° 23)	El hogar ya no cumple con el requisito de dependencia en el hogar
15	Acompañamiento	Suspensión por Hospitalización (Anexo N° 24)	El hogar suspende su participación voluntariamente debido a un proceso de hospitalización permanente o de largo plazo
16	Acompañamiento	Suspensión por Vacaciones (Anexo N° 24)	El hogar suspende su participación voluntariamente debido a un proceso de vacaciones de largo plazo
17	Acompañamiento	Suspensión Residencia temporal en otro domicilio (Anexo N° 24)	El hogar suspende su participación voluntariamente debido a traslado de residencia temporal.
18	Acompañamiento	Suspensión por otra Indisposición temporal de la familia (Anexo N°	El hogar suspende su participación voluntariamente por motivos justificados, pero que es considerado de largo plazo (mayor a tres meses).

Comentario [CPAM20]: Aclarar este punto.

Comentario [CPAM21]: Que ocurre una vez que deja de estar hospitalizado?

Comentario [CPAM22]: Ídem.

Comentario [CPAM23]: Ídem.

Comentario [CPAM24]: Ídem.

	24)	

Fuente: Unidad SNAC, 2017.

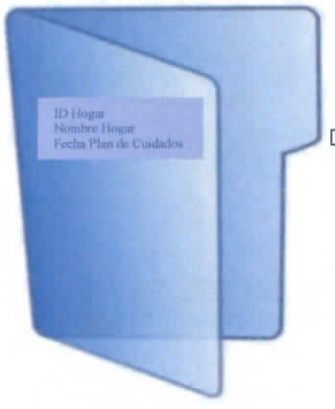
j) Carpetas por Hogar.

Respecto de la documentación de los hogares, se deben crear carpetas donde se almacene toda la información que firma o tiene alguna vinculación con cada hogar. En este marco, la carpeta pasa a ser el respaldo del proceso de acompañamiento y entrega de servicios.

La documentación debe ser ordenada por etapas siguiendo la misma estructura indicada en la letra i) "Etapas y estados de los hogares". En la cara de la carpeta debe estar señalado como mínimo; el ID del Hogar (para la presente convocatoria el ID corresponderá al folio de Registro Social de Hogares), Nombre del representante del Hogar y Fecha Plan de Cuidados.

Eliminado:

Figura N°5: Contenido Carpeta de hogar.



• Rechaza Participación • Instrumento de evaluación • Consentimiento informado
• Plan de Cuidados
• Acta de entrega, registro de prestaciones, diagnósticos.
• Fichas de Seguimiento
• Informe de casos
• Otros antecedentes relevantes

5.3.1.3 Productos, Metas y actividades esperadas para la Línea de acción Gestión de la red. A continuación se detalla el contenido de productos, metas y actividades a desarrollar para el cumplimiento de esta línea de acción y que deben ser desarrollados en la propuesta del plan de trabajo a elaborar.

Cuadro N°5: Metas, Productos y Actividades de la Gestión de Red Local.

Productos	Meta	Actividades	Tiempo
Red Local de Apoyos y Cuidados conformada	100% de actores locales identificados suscriben constitución de red local básica de apoyos y cuidados.	Elaboración de Mapa actores locales de la red. Reunión Constitución de la red local	Mes 1 Mes 2
Red Local de apoyos y cuidados con plan de trabajo validado por sus miembros.	80% actores locales identificados en la red básica participan de la validación de plan de trabajo red.	Revisión y validación colectiva de plan de trabajo.	Mes 2 y Mes 3
Red local dispone de nómina de usuarios potenciales trabajada.	100% actores locales participan de la construcción de nómina definitiva potenciales beneficiarios.	Revisión de nómina potenciales beneficiarios. Construcción nómina definitiva.	Mes 2 al 5
Red Local identifica necesidad de apoyo y cuidado de los hogares contenidos en nómina definitiva de beneficiarios.	100% evaluaciones necesidades apoyos y cuidados /mes aplicadas y registradas.	Planificación de aplicación de instrumento evaluación de necesidades de apoyos y cuidados Aplicación de instrumento evaluación de necesidades de apoyos y cuidados. Análisis y registro de evaluación de necesidades de apoyos y cuidados.	Mes 3 al 7
Red local dispone de plan de cuidados para hogares evaluados en situación de dependencia.	100% planes de cuidados /mes elaborados y registrados en sistema. 100% planes de cuidados /mes entregados a hogares.	Elaboración de planes personalizados de cuidado para personas identificadas con necesidades de apoyos y cuidados evaluados en hogares según nómina. Devolución plan de cuidados en domicilio a personas en situación de dependencia de hogares evaluados que ingresan a SNAC	Mes 3 al 7
Red local con sistema de seguimiento a la trayectoria de Hogares SNAC implementado.	80% Hitos de seguimiento mensual ejecutados y registrados en sistema.	Planificación e inicio ejecución plan de seguimiento a trayectoria de hogares SNAC beneficiarios	Continua

Fuente: Unidad SNAC, 2017.

Comentario [CPAM25]: ¿?

5.3.2 Línea de acción 2: Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

Esta línea permite proveer la contratación de recursos humanos para la coordinación en reclutamiento y selección de cuidadores/as remunerados(as). Realiza el apoyo a la aplicación de la evaluación de necesidades de apoyos y cuidados de los hogares. Gestiona la articulación con la Oficina Municipal de Intermediación Laboral (OMIL) y otras dependencias para la selección de cuidadores(as) remunerados(as) del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD).

5.3.2.1 Encuadre Metodológico

A las comunas que se integran por primera vez al SNAC, se les permitirá la preparación de la implementación del Servicio de Atención Domiciliaria . Este servicio supone la atención de personas con dependencia y sus cuidadoras/es principales que presenten sobrecarga de cuidado. Contemplará recursos humanos compuestos por un profesional que prepara la planificación de los cuidados en el domicilio y proporcionara apoyo psicosocial a las/os cuidadoras/es principales del hogar, acompañando los procesos de selección, reclutamiento y formación del equipo de reemplazo. El ciclo de implementación del SAD se da de la siguiente manera:

- **Preparación o instalación del servicio.**
- **Prestación de los servicios involucrados.**

Para las Municipalidades que ejecutan el primer convenio Red Local de Apoyos y Cuidados, **se financiará la preparación o instalación del servicio**, dado que se trata de un servicio nuevo para los equipos locales. Este servicio comprende las siguientes actividades:

a) Selección, reclutamiento y capacitación de los(as) cuidadores(as) que realizaran el reemplazo de acuerdo a los perfiles definidos.
b) Planificación o programación de los servicios implicados.
c) Evaluación de las necesidades de cuidado de los hogares y apoyo a la Red Local.

En consecuencia, el profesional cumplirá para esta etapa, las funciones que se describen a continuación en el Cuadro N°6.

Comentario [CPAM26]: ¿? O se quiere decir, "en los términos que a continuación se indica"

Eliminado: Chile Cuida en el convenio siguiente

Eliminado: los municipios

Comentario [CPAM27]: Omitir en este punto la palabra "etapa" pues induce a pensar que son 4 y no 3 etapas.

Eliminado: etapa de

Eliminado:

Cuadro N°6: Funciones profesional Línea 2 Preparación o instalación del Servicio de Atención Domiciliaria.

Persona 1 Servicio Atención Domicilio
1. Apoyar al equipo Red Local en la **sensibilización a equipos locales y autoridades.** 2. **Gestionar proceso de reclutamiento de las/os cuidadoras/es remuneradas/os para su capacitación**, en conjunto con la OMIL y Oficina de la Mujer. 3. Coordinar el **proceso de selección de personal de cuidados** (cuidadoras/es de respiro, volantes). 4. Coordinar el **desarrollo de la capacitación a la red local,** en los contenidos asociados a cuidados. 5. Diseñar el **modelo de administración de insumos y Recursos Humanos (RRHH)**. 6. Apoyar **actualización del mapa de recursos de la oferta local vinculada a cuidados** (mapa de oportunidades). 7. Apoyar el **acceso de los hogares al SNAC:** a) Trabajar en la elaboración de la nómina de hogares, en conjunto con la red local. b) Aplicar la evaluación de necesidades de apoyos y cuidados SNAC. c) Digitalizar la evaluación d) Apoyar en la creación del plan de intervención del hogar. 8. Diseñar el **modelo de supervisión al cuidador/a de respiro**: a) Planificar la distribución territorial de las/os cuidadoras/es de remuneradas y la asignación de turnos. b) Diseñar los contenidos, procedimientos y frecuencia. c) Cumplimiento de protocolo, según manual. d) Levantar necesidades de capacitación o de formación continua para las/os cuidadoras/es de respiro. 9. **Evaluar la implementación de grupos de apoyo para la/el cuidador/a principal en coordinación con la sociedad civil.** 10. Participar y colaborar con la red local.

Fuente: Unidad SNAC, 2017.

Comentario [CPAM28]: Hay un Manual para esto?

Desde la perspectiva de los beneficiarios, la preparación o instalación del Servicio de Atención Domiciliaria, se desarrolla en base a las siguientes acciones:

Eliminado: esta línea de acción "P

Eliminado: en Domicilio"

1. **Instalación del equipo técnico del programa**. Contempla la contratación del profesional: una o un Trabajador Social, Psicólogo(a) o Terapeuta Ocupacional.

Eliminado: U

2. **Reclutamiento y Selección de las Asistentes de Cuidados (cuidadores(as) remunerados(as).** Este proceso se encuentra a cargo de la red local, liderada por el Encargado comunal del SNAC y la OMIL, y consiste en la identificación y selección de un número (N°) de personas residentes de la comuna, idealmente perteneciente al Subsistema Chile Solidario, de acuerdo a un perfil sociolaboral centrado en la empleabilidad. Las/os cuidadoras/es identificadas por la OMIL se incorporarán a la capacitación inicial, que las habilita para desempeñarse como cuidadoras formales del SAD. El proceso de selección es relevante porque debiera permitir seleccionar a las/os trabajadoras/es idóneas/os y descartar a quienes poseen características incompatibles con la atención de personas con dependencia.

3. **Formación y Capacitación de Cuidadores(as).** El SAD ha optado por un modelo de formación continua, que tiene un momento inicial de formación para el trabajo y el oficio propiamente tal, en base a competencias y habilidades relacionadas con el trato y la atención a personas con dependencia. La capacitación inicial contempla 250 hrs en total, proceso previo al reclutamiento.

Con formato: Resaltar
Con formato: Resaltar
Con formato: Resaltar
Con formato: Resaltar
Con formato: Resaltar
Con formato: Resaltar
Comentario [CPAM29]: O posterior?

5.3.2.2 Productos, metas y actividades esperadas de la Línea 2 de Servicio de Atención Domiciliaria.

A continuación, se detalla el contenido de productos, metas y actividades a desarrollar para el cumplimiento de esta línea de acción.

Cuadro N° 7: Productos, metas y actividades esperadas de la Línea 2 Servicio de Atención Domiciliaria.

Productos	Metas	Actividades	Tiempo
Cuidadoras/es remuneradas, reclutadas/os para el SAD.	100% cuidadoras/es requeridas para SAD son reclutadas/os.	Reclutamiento y selección de las cuidadoras remuneradas de acuerdo al perfil definido.	
Red local dispone de planificación de servicios de atencion domiciliaria.	100% de los actores de la red conoce, prepara, e instala la planificación diseñada.	Planificación de Servicios de Atención Domiciliaria	Mes 5 al mes 8
Red Local identifica necesidades de apoyos y cuidados de los hogares contenidos en nómina definitiva de beneficiarios.	100% de las evaluaciones necesidades apoyos y cuidados aplicadas y registradas.	Apoyo en la aplicación, análisis y registro del instrumento de evaluación SNAC.	Mes 2 y 8

Eliminado: r

Fuente: Elaboración Unidad SNAC, 2017.

5.3.3 Implementación Servicio de Atención Domiciliaria (SAD).

El servicio de atención domiciliaria se funda en la problemática de la dependencia y en particular la provisión de servicios de cuidados estandarizados y de calidad a las personas en situación de dependencia y a su vez apoyar a las cuidadoras para mejorar la calidad de vida de ambas, disminuir o paliar los efectos negativos el estrés del cuidado y proteger la salud de estos componentes de la diada del cuidado.

Eliminado: personas

Eliminado: ambas

El cuidador/a principal es definido como la persona que asume la responsabilidad, representación y cuidado de su familiar, en forma regular y permanente, sin percibir remuneración por el trabajo de cuidado. El rol de cuidador abarca labores domésticas, mantener las condiciones de salud de la persona, responsabilizarse por su higiene y alimentación, realizar actividades de compañía y recreación (Sistematización y Descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, PUC 2015). Según la EDPM (SENAMA, 2009) un 86% son mujeres (esposas, hijas madres), el 90,6% de los cuidadores realizan las asistencia a la vida diaria con una frecuencia diaria promediando 15,6 horas al día. El estudio de Aporto (2014) señaló que un 52,2% de los cuidadores no comparte el trabajo de cuidado, asumiendo en solitario la carga de trabajo, lo cual se traduce en un mayor desgaste a nivel físico y emocional.

La sobrecarga del cuidador se define como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, que amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit, 2002) y por extensión la salud y/o bienestar de la persona en situación de dependencia. Incluye cansancio, estrés, signos de depresión, pérdida de vínculos sociales y económicos que generan una situación de vulnerabilidad, mayor morbilidad y mortalidad que en población comparable no sobrecargada (PUC 2015).

Comentario [CPAM30]: Asumo que se refiere a la sobrecarga.

Las mujeres son las que asumen el rol del cuidado, dado que la función de cuidar y atender la salud de la familia, está asociada culturalmente a un rol de género (Servicio de Salud de Asturias, 2006). Según CASEN 2013, las mujeres cuidadoras de personas dependientes alcanzan un 87,2%, las cuales son mayores de 50 años, familiares o cercanos de las personas que cuidan.

En Chile, de acuerdo al Registro Social de Hogares (marzo 2016) hay 24.677 hogares con al menos un integrante dependiente severo al 60 % de la Condición Socio Económica. Se estima que por cada hogar existe al menos una cuidadora que realiza las funciones de cuidado de manera no remunerada.

En concordancia con los objetivos del Sistema, la finalidad de esta línea de acción es: contribuir al bienestar de las personas en situación de dependencia y su cuidador no remunerado, a través del servicio de atención domiciliaria, promoviendo la autonomía y previniendo la progresividad de la dependencia, mitigando a su vez la carga del cuidador. Estas personas ingresan vía evaluación de la Red Local de Apoyos y Cuidados y corresponden a hogares que pertenecen al 60% de la CSE RSH.

Eliminado:

Eliminado: H

Con formato: Resaltar

Comentario [CPAM31]: ¿?

Con formato: Resaltar

5.3.3.1 Encuadre Metodológico.

Este apartado describe aspectos del proceso para el desarrollo de la implementación de la línea a nivel del componente de servicios domiciliarios y formación continua.

a) Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

La estrategia del SAD se basa en el reconocimiento de los/as cuidadores/as no remunerados/as, que dedican extensas jornadas a realizar el trabajo de cuidado y doméstico en el hogar y que pueden enfrentar un deterioro de su calidad de vida y en la corresponsabilidad que le cabe al sector público de otorgar servicios de atención domiciliaria en base a un estándar evaluable por los usuarios y público en general.

Este componente entrega jornadas de reemplazo y/o apoyo temporal en las labores de cuidado en domicilio al cuidador/a principal del hogar con una o más personas con dependencia y genera oportunidades de acceso a servicios y de tiempo libre. Este reemplazo y/o apoyo permite alivianar la carga al cuidador principal ("respiro"). Las labores contemplan cuidados a la persona con dependencia moderada o severa asociados a las actividades básicas de la vida diaria. Proveerá además compañía hacia la persona cuidada, servicios domésticos relacionados con la limpieza de la unidad de la persona con dependencia severa o moderada, preparación de las comidas de la misma, lavado y planchado de ropa de la persona cuidada. La frecuencia de los reemplazos se acordará entre la cuidadora principal, la persona dependiente, y el cuidador domiciliario con un máximo de 2 medias jornadas de reemplazo a la semana.

Por medio del convenio de transferencia de recursos suscrito entre el MDS y la Municipalidad, se permitirá la contratación del número de cuidadoras/es necesarias por comuna, que realizarán la labor descrita anteriormente. Esta línea se desarrollará a continuación de la preparación de la implementación del SAD y por tanto mantiene el financiamiento del recurso humano de un profesional coordinador del SAD.

Las/os potenciales cuidadores beneficiarios del programa serán todos aquellos que ingresen a través del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, el cual va a determinar y diagnosticar los hogares con necesidades de alivio al cuidador/a, según criterios de prelación descritos en anexo N° 13 Guía Orientaciones de Servicios Atenciones Domiciliarias.

El Coordinador Técnico del SAD administrará el servicio a domicilio y la pertinencia del plan de atención domiciliaria a desarrollar a través de un seguimiento, acompañamiento y análisis de casos, a modo de establecer un estándar de calidad, reforzar la adherencia al programa, levantar alertas, coordinar apropiadamente la intervención en domicilio y administrar el recurso humano "cuidadores(as)".

Por otro lado, el cuidador/a domiciliario reemplazará y/o apoyará al cuidador/a principal del hogar y tendrá 5 familias a su cargo. En la primera visita domiciliaria (en conjunto con el Coordinador Técnico), abordará y desarrollará un **plan de atención domiciliaria** acordado entre las partes (cuidador/a principal, persona con dependencia y su familia) y según lo que haya arrojado el instrumento de evaluación. En esta instancia, se calendarizará el número de visitas domiciliarias. Este plan describirá los servicios que se realizaran en cada domicilio acorde a la evaluación desarrollada, luego, se empezará a proveer el servicio considerando las preferencias y necesidades de los cuidadores(as), la(s) persona(s) con dependencia y su familia.

Transcurrido un año de atención, se aplicará la segunda evaluación de la Red Local de Apoyos y Cuidados, la cual determinará la continuidad del servicio o bien la disminución progresiva de las jornadas de respiro a otorgar por hogar. De acuerdo a la modalidad indicada, lo anterior permite mitigar la sobrecarga de cuidado y mejorar el bienestar de toda la familia.

Eliminado: u

Eliminado: os

Eliminado: r

Con formato: Resaltar

Eliminado: con el municipio

Eliminado: línea

Comentario [CPAM32]: ¿?

Eliminado: de

Con formato: Resaltar

Comentario [CPAM33]: El encargado?

a.1 Descripción del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

- El Servicio de Atención Domiciliaria es una prestación social gratuita, complementaria a los cuidados sociales que otorga la familia o el cuidador principal, realizada por personal calificado en el domicilio familiar.
- Su implementación se encuentra a cargo de la Red Loca del Apoyos y Cuidados y es realizado por un equipo formado por un o una coordinadora y por las personas contratadas como asistentes de cuidados remuneradas, que viven en la misma comuna y se han capacitado previamente.
- Define una duración del cuidado estándar de 8 horas semanales por cada hogar, la que excepcionalmente podría variar con el acuerdo de los receptores de los servicios de Atención Domiciliaria.
- Contempla un conjunto de atenciones de carácter preventivo, educativas, asistenciales y rehabilitadoras organizadas en una cartera de servicios y guiadas por sus respectivos instructivos de actuación.
- Es un servicio complementario al cuidado familiar por tanto es social, no puede ni debe reemplazar a ninguna acción que sea propia de los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, entre otros.
- Las actividades de cuidado a realizar en cada hogar se establecen en un Plan de Cuidados Domiciliarios, son personalizadas - centradas en la persona, de acuerdo a sus necesidades y se orientan desde una ética del cuidado, basada en el respeto a la dignidad y autodeterminación de las personas para decidir sobre todo aquello que les incumbe.
- Los servicios que se prestan en el domicilio de la persona son remunerados. En eso se diferencia de los servicios ofrecidos en residencias, centros de día u otro tipo de dispositivo de carácter voluntario.
- Es un servicio asistencial y rehabilitador, orientado al entrenamiento y realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que aporten confort y bienestar a la diada del cuidado y muy especialmente, a favorecer autonomía y autovalencia tanto de los mayores dependientes como de sus cuidadores(as).

Eliminado: Cuidados Domiciliarios

Eliminado: Cuidados Domiciliarios

Eliminado: y

b) Nivelación y Formación continua de cuidadores(as) remunerados(as).

Eliminado: continúa

Eliminado: C

El SAD ha optado por un modelo de formación continua, que tiene un momento inicial de formación para el trabajo y el oficio propiamente tal, en base a competencias y habilidades relacionadas con el trato y la atención a personas con dependencia. La capacitación inicial contempla 250 hrs en total, proceso previo al reclutamiento. El segundo momento, corresponde a la formación continua que se realiza una vez que las/os cuidadoras/es formales se encuentren trabajando en los domicilios, que tiene por objeto el perfeccionamiento y el aseguramiento de la calidad del servicio. En primera instancia el profesional deberá diseñar la capacitación de nivelación de las brechas entre lo que conocen y el Plan Formativo en Anexo N° 14 Plan formativo.

Comentario [CPAM34]: Quiere decir que capacitan a más personas que las que finalmente serán contratadas como cuidadoras?

Con formato: Resaltar

En el marco de esta línea de acción se abordara un segundo componente dentro de la prestación que implica el desarrollo de nivelación y formación continua de las cuidadoras domiciliarias.

Siguiendo el modelo del piloto Chile Cuida (DSC-CFUNFA, 2017), esta se desarrollará a partir de "espacios de transferencia de conocimiento relacionados con el cuidado de la persona mayor y autocuidado del cuidador remunerado bajo la modalidad de charlas o talleres de perfeccionamiento" para el colectivo de cuidadores a nivel local, a partir del enfoque centrado en las personas. Lo anterior tanto para la nivelación de cuidadoras domiciliarias al inicio del SAD como para su formación continua, además se desarrollara sesiones de análisis de casos durante la media jornada semanal destinada a nivelación y formación continua.

Entre las temáticas a abordar se considera: nivelación de conocimientos cuidados básico de la persona en dependencia, autocuidado, demencia, trastornos conductuales, elaboración del duelo, entre otras temáticas asociadas al cuidado.

5.3.3.2 Productos, metas y actividades. A continuación, se detalla el contenido de productos, metas y actividades a desarrollar para el cumplimiento de esta línea de acción.

Cuadro N° 7: Productos, metas y actividades esperadas para la implementación del Servicio de Atención Domiciliaria.

Productos	Metas	Actividades	Tiempo
Hogares derivados al SAD disponen de plan de atención domiciliaria.	90% de plan de atención domiciliaria acordados con Hogares.	Elaboración plan de atención domiciliaria por hogar.	Mes 2
Hogares con personas en situación de dependencia con cuidadores son provistos de jornadas de reemplazo domiciliario efectivas.	70% de jornadas de reemplazo domiciliario efectivas provistas por la cuidadora domiciliaria a la cuidadora principal de la persona con dependencia severa.	Ejecución de jornadas de reemplazo domiciliario por hogar.	Mes 3 a Mes 8
Cuidadoras domiciliarias de personas con dependencia participan de espacios de nivelación y formación continua.	70% de cuidadoras domiciliarias participan de espacios de nivelación y formación continua.	Implementación de espacios de nivelación y formación de cuidadores domiciliarios.	Mes 2 al Mes 8.

Fuente: Elaboración Equipo SNAC, MDS 2017.

5.3.4 Línea 3: Servicios especializados de Apoyos y Cuidados.

Esta línea de acción permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios que faciliten la atención integral y centrada en las personas de acuerdo a los Planes de Cuidados con sus características y necesidades de apoyo específicas, y que **no puedan** ser provistos desde la red de servicios que se encuentren presentes en el territorio.

5.3.4.1 Encuadre Metodológico

La implementación de esta línea requiere de un conjunto de actividades previas para establecer qué servicios y a quienes (hogares) se les asignará. Es un servicio complementario que se inspira en las múltiples y especificas necesidades de apoyos y cuidados que presentan las personas en situación de dependencia. En el marco conceptual se señala que la dependencia se configura como una situación continua que va cambiando, y este continuo modifica las necesidades de apoyos y cuidados que requieren los beneficiarios, las cuales pueden ser de carácter múltiple. La intervención en dependencia debe considerar estas adaptaciones como parte de la naturaleza del fenómeno, integrando y mejorando las respuestas del Estado a las necesidades de los beneficiarios.

Eliminado: , e

Eliminado: D

Entre las actividades centrales a desarrollar se encuentran:

a) El encargado de la red local de apoyos y cuidados es el responsable de consolidar la **identificación de las necesidades de apoyos y cuidados cubiertas o no por la oferta** local existente.
b) También será responsable de **proveer servicios especializados** para cubrir las necesidades de los beneficiarios identificados y priorizados.
c) El encargado de la red gestionará la adquisición e **implementación** del servicio especializado, velando por la adecuada ejecución.
d) Cada servicio debe contar con la "Ficha de registro de Servicios Especializados". Anexo N° 15
e) Toda entrega de prestación debe contar con el documento de respaldo de entrega de insumos o servicios. Anexo N° 16, "Acta de entrega insumos o servicios".

Se debe señalar que una vez realizadas las evaluaciones, el equipo Red Local deberá definir la manera en que se analizarán los casos y se levantarán los planes de cuidado. Lo anterior, debido a que cada Municipalidad se constituyó como Red de acuerdo a sus características, por lo tanto, en algunos casos el Encargado de Red convocará a reunión de análisis de casos de manera ampliada y en otros casos definirá grupos pequeños en función de analizar y elaborar los Planes de Cuidado en función de la población objetivo. En este instrumento deberán quedar plasmadas tanto las necesidades de apoyos y cuidados identificadas en la evaluación como las prestaciones a entregar una vez identificada la oferta local y las brechas existentes.

Eliminado: Municipio

5.3.4.2 Tipología de Servicios Especializados

La tipología de servicios especializados de apoyos y cuidados describe categorías de servicios en el ámbito de recursos humanos, insumos, trasporte, adaptaciones, ayudas técnicas.

Cuadro N°8: Tipología Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados.

Categorías de Servicio Especializado	Tipo de Servicio
Recursos Humanos	Atención psiquiátrica, neurológica, psicológica, gerontológica, kinesiológica, fonoaudiológica, terapeuta ocupacional, asistentes personales y/o cuidadores, podología, peluquería a domicilio.
Insumos	Compra de medicamentos de especialidad, pañales y/o sabanillas, insumos para el cuidado, entre otros.
Transporte	Transporte y movilización de beneficiarios.
Adaptaciones	Adaptaciones funcionales de la vivienda.
Alimentación	Alimentos o suplementos especiales.
Equipamiento para la Vivienda	Camas, muebles de cocina, equipamiento de cama, entre otros.
Indumentaria	Ropa interior, de abrigo, calzado, entre otros.
Ayudas Técnicas	Compra, reparaciones, mantención de ayudas técnicas, confección de ayudas técnicas.
Materia Didáctico y/o educativo	Implementos de estimulación cognitiva, motora o sensorial.

Fuente: Unidad SNAC, 2017.

A continuación se describen los tipos de servicios que podrán ser implementados:

a) **Servicio Recursos Humanos.** Todos los servicios asociados atenciones médicas deben ser validados, acordados y coordinados con las respectivas contrapartes de Salud a nivel comunal.

- **Atención psiquiátrica/neurológica:** Corresponde a un servicio otorgado por un profesional médico psiquiatra o neurólogo en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de consultas, talleres, y terapias.
- **Atención psicológica:** Corresponde a un servicio otorgado por un profesional psicólogo, en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de atención individual, grupal o talleres, y/o terapias.
- **Atención gerontológica:** Corresponde a un servicio otorgado por un profesional gerontólogo en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de consulta, talleres y terapias.
- **Atención kinesiológica/ fonoaudiológica:** Corresponde a un servicio otorgado por un profesional kinesiólogo/ fonoaudiólogo, en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de atención individual, grupal o talleres, y/o terapias.
- **Atención de podología:** Corresponde a un servicio otorgado por un podólogo certificado en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de atención individual, grupal o de talleres.
- **Atención de Asistentes Personales/ Cuidadores:** Corresponde a un servicio otorgado por un asistente personal/ cuidador certificado en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de atención individual.
- **Atención de peluquería en domicilio:** Corresponde a un servicio otorgado por un peluquero/a calificado en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de atención individual, domiciliaria, grupal o de talleres.

A) Insumos

- Compra medicamentos de especialidad: Corresponde a la compra de medicamentos necesarios para personas con alguna condición de salud crónica que así lo requieran.
- Compra de pañales y/o sabanillas: Corresponde a la compra de pañales y/o sabanillas para personas que se encuentren con dependencia severa y en su plan de cuidado se haya detectado la necesidad de contar con dicho insumo.
- Compra de insumos para el cuidado: Corresponde a la compra de insumos para el cuidado para personas que así lo requieran, tales como sonda, algodón, alcohol, parches anti escaras, apósitos, gasas, guantes, mascarillas, vendas, en general insumos sanitarios necesarios que complementen el cuidado.

B) Alimentación. Deben ser coordinados con los respectivos centros de Salud, por ejemplo; para los adultos mayores realizar cruce con la entrega de PACAM y para el resto de la población realizar la validación respectiva de compatibilidad alimentaria.

- **Compra de alimentos/suplementos:** Corresponde a la compra de alimentos para personas con dependencia que presenten necesidades especiales de nutrición.

C) Equipamiento para la vivienda

- Cama, mueble, equipamiento de cama: Corresponde a la entrega de equipamiento que tenga directa relación con la persona en situación de dependencia o su cuidadora/dor.

D) Indumentaria

- Ropa interior, de abrigo, calzado, entre otros: Corresponde a toda la indumentaria que asegure la dignidad y bienestar de la persona en situación de dependencia o su cuidadora/dor.

E) Transporte

- **Servicio de transporte y movilización de beneficiarios:** Corresponde a un servicio de traslado para personas con dependencia que requieran movilizarse para acceder a una atención social, de salud, educacional, y otros, y no cuenten con los medios y/o oferta en el territorio para cubrir dicha necesidad.

F) Adaptaciones

- **Adaptaciones funcionales de la vivienda:** Corresponde a aquellas adaptaciones funcionales que se requieran y se haya detectado en el Plan de Cuidado de los hogares en torno a acceso a la vivienda, seguridad y desplazamiento. Este servicio se debe coordinar de acuerdo a la estructura y procedimientos actuales con la que cuenta la municipalidad. Cada encargado deberá buscar las mejores estrategias para la implementación de esta línea de trabajo velando por el cumplimento de los estándares de calidad establecidos. Ver en Anexo N° 17 Estándares Técnicos Adaptaciones funcionales de la vivienda.

G) Ayudas Técnicas

- **Compra de ayudas técnicas:** Corresponde a la compra de ayudas técnicas a aquellos beneficiarios que requieren de estas ayudas cuya necesidad haya sido detectada en el Plan de Cuidado del Hogar. Podrán comprarse elementos anti escaras, elementos de apoyo para la marcha, elementos para el desplazamiento y posicionamiento de sillas de ruedas, elementos de posicionamiento, transferencia y rehabilitación, elementos para el apoyo visual y auditivo, elementos protésicos, elementos ortésicos.

- **Confección de ayudas técnicas y asistencias tecnológicas de bajo costo:** Corresponde a un servicio de fabricación de ayudas técnicas y asistencias tecnológicas de bajo costo y alta efectividad para el apoyo al desempeño en las actividades de la vida diaria de la persona con dependencia física. Servicio para personas que así lo requieran otorgado por un profesional calificado en apoyo directo a los beneficiarios del programa, a través de consultas y talleres.

- **Reparaciones o mantención de ayudas técnicas y tecnologías asistivas:** Corresponde a un servicio orientado a la reparación y/o mantención de las ayudas técnicas (sillas de ruedas, muletas, camillas, cama sanitaria, grúa, entre otras).

  Respecto del análisis de la oferta local en materias de ayudas técnicas, en Anexo N° 18 Ayudas Técnicas Servicios Especializados se describe las alternativas y líneas.

H) Materia Didáctico y/o educativo

- Implementos de estimulación cognitiva, motora o sensorial.

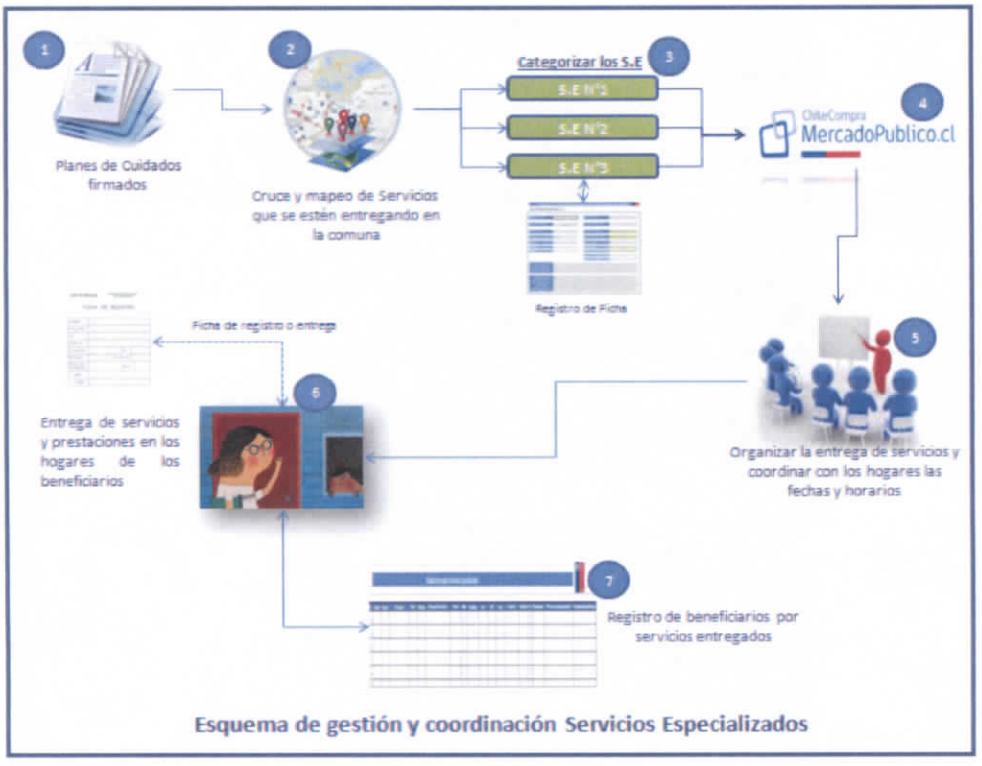
I) Otros: justificados técnicamente por la red.

Para el adecuado desarrollo de la implementación de servicios especializados, debe considerarse lo siguiente:

f) Los insumos, transporte, adaptaciones y ayudas técnicas deberán ser entregadas con acta de entrega. Anexo 16 Acta de entrega insumos o servicios.
- Los recursos humanos deberán contar algún medio de verificación de las actividades planificadas y las ejecutadas. Anexo N°19 Registro de Atención Servicios Especializados.
- Cruce de prestaciones con garantías en Salud (AUGE o GES).
- Otros criterios levantado y validados por la red local de apoyos y cuidados.

La Figura N° 6 refleja el proceso de identificación y gestión de los Servicios Especializados a partir de la elaboración del plan de cuidados hasta la entrega de servicios y registro de este.

Figura N° 6: Proceso de identificación y gestión de Servicios Especializados.



Fuente: Unidad SNAC, 2017.

5.3.4.3 Productos, metas y actividades esperadas. A continuación se presentan los productos, metas y actividades que se espera la red gestione para el cumplimiento efectivo de la línea de acción Servicio Especializado de apoyos y cuidados.

Cuadro N°9: Productos, Metas y Actividades esperadas para Línea Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados.

Productos	Meta	Actividades	Tiempo
Red local dispone de levantamiento de oferta local	100% actores de la red básica conoce información oferta local de servicio especializado.	Levantamiento de oferta local y provisión de servicios especializados de apoyos y cuidados para cubrir necesidades a los beneficiarios identificados priorizados.	Mes 3
Red Local dispone de catastro de necesidades de apoyos y cuidados no cubiertas en el territorio.	100% actores de la red conoce catastro de necesidades de apoyos y cuidados no cubiertas a nivel local.	Elaboración catastro de necesidades de apoyos y cuidados no cubiertas por oferta (catastro local) existente en base a resultados de instrumento evaluación.	Mes 3 y 4
Red local con servicio especializado de apoyos y cuidados para hogares beneficiarios identificados implementado	70% hogares (personas) beneficiarios SNAC con requerimientos identificados es provista de servicios especializados.	Análisis de casos en la red para la provisión de servicios especializados de apoyos y cuidados.	Mes 4 en adelante

Fuente: Unidad SNAC, 2017.

6. Bibliografía

- **Banco Mundial 2015**. Informes Asistencia Técnica para el Diseño de un Sistema Nacional de Cuidados, Banco Mundial- Ministerio Desarrollo Social, Gobierno de Chile.

- **FUNCAS, 2011.** Aspectos Económicos y Sociales de la Dependencia, N°129, Noviembre de 2011

- **Hernández, 2006**. Modelización de Sistema Complejos para la comprensión organizacional, una exploración del objeto de estudio/intervención de la gestión. Revista Universidad y Empresa, Universidad del Rosario, Volumen 8, N°11.

- **Ministerio de Planificación, 2009.** Sistema Intersectorial de Protección Social.