

ANEXO 11:

Criterios técnicos para el proceso de programación de prestaciones de Cuidados Paliativos Universales

INTRODUCCIÓN

La Ley Nº 21.375 es la iniciativa legal que ampara el presente programa, vigente desde marzo de 2022. Se puede consultar la Orientación técnica o los Lineamientos de la misma para detalles. Como generalidades se destaca:

- Desde 2005 existe la cobertura de Cuidados Paliativos para personas con enfermedades oncológicas, esta Ley cubre la brecha no cubierta anteriormente, dando alivio de síntomas a las personas y sus familiares en el último año de su vida.
- Las personas beneficiarias para Cuidados Paliativos Universales (CPU) fueron calculadas en base a estudio de ETESA UC, se planifica una cobertura del 40% de la población estimada para el 2023 (20% por año a 5 años).
- La detección de la persona beneficiaria puede ser en cualquier nivel de la red. Su seguimiento deberá quedar a cargo de Equipo de atención primaria (APS) o secundaria según su nivel de complejidad.

I. Establecimientos nivel primario

- El equipo de atención primaria debe entregar los cuidados paliativos universales, acorde a los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).
- Se recomienda que exista un/a profesional médico/a o no médico/a que actúe como referente de CPU en cada centro de salud y comuna.
- La visita domiciliaria es la estrategia preferencial para las personas que se benefician de CPU en APS.

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS CPU EN APS

- El equipo de atención primaria debe entregar los CPU, acorde a los principios del MAIS.
- Siguiendo los lineamientos del MAIS, el trabajo clínico con la persona debe considerar a la familia, al entorno sociocultural más cercano, considerando además las prácticas y recursos de los sistemas de salud indígenas, y al intersector, si corresponde.
- El/la jefe/a de sector, responsable de la situación sanitaria de su territorio, debe facilitar la coordinación del equipo de APS y el seguimiento propicio de esta población. En los establecimientos que cuenten con facilitador/a cultural, se deberá también coordinar con dicha persona.
- Se recomienda que exista un/a profesional médico/a o no médico/a que actúe como referente de CPU en cada centro de salud y comuna.
- El equipo debe ser multidisciplinario, acorde a las recomendaciones de la orientación técnica, e intercultural.
- El registro de atención de todas las personas deberá ser consignado en la ficha clínica y mediante el registro de estadística mensual (REM).
- La visita domiciliaria es la estrategia preferencial para las personas que se benefician de CPU en APS; en la programación y la gestión de las agendas de los profesionales se deben considerar los tiempos para realizar las visitas domiciliarias, incluyendo los traslados y la movilización. También se debe considerar el uso del control o seguimiento telefónico, el que puede ser de ayuda sobre todo para evaluar la respuesta a síntomas.
- Dentro de los recursos solicitados para el programa se cuenta con:
 - o Recursos humanos. Se considera un promedio de horas mensuales/ persona beneficiaria de:

Clínico	Horas mensuales/ caso
Médico/a	2
Enfermera/o	4.5
TENS	5
Químico farmacéutico	2
Kinesiólogo/a	4
Psicólogo/a	2

Trabajador/a social	1
Nutricionista	0.5

- Movilización
- Insumos
- Fármacos
- Oxígeno
- Es deseable una comunicación apropiada a los Consejos de Desarrollo Local, organizaciones de la Sociedad Civil del territorio, entre otras; de tal forma de modular las expectativas de la población respecto a los requerimientos de CPU en los territorios, ser facilitadores e incorporarlos activamente en las gestiones realizadas por el nivel local.
- Se sugiere comunicación fluida entre APS y nivel secundario, de forma de garantizar el correcto flujo de personas beneficiarias. Dentro de este marco, los “telecomités” son una forma segura con este fin y con fines docentes para los profesionales de APS.
- Se contará con una capacitación virtual, cuyo público inicial es el personal contratado para el programa, pero que se sugiere que todo el personal clínico de APS pueda realizarlo.

LINEAMIENTOS SOBRE EL FLUJO DE PERSONAS DENTRO DE LA APS

- La sospecha de que la persona puede requerir CPU puede generarse en cualquier consulta dentro de la APS y por cualquier profesional del equipo incluido el facilitador intercultural; ya sea que la atención se realice de manera ambulatoria, en el domicilio o extramuro.
- El/ la enfermero/a gestor/a de APS debe proveer de mecanismos de derivación interna para aquellas personas que puedan requerir CPU. El destino de esta referencia interna es el/la profesional gestor/a de CPU del equipo, quien debe recibir las solicitudes, priorizarlas y luego contactar telefónicamente a la persona o cuidador/familia para coordinar precozmente la evaluación e ingreso.
- La consulta de ingreso debe ser realizada por el/la médico/a de atención primaria, en ella se debe: (1) Confirmar o descartar la condición terminal o grave de la persona y (2) evaluar el nivel de complejidad que requieren los cuidados de la persona.
- Si el/la médico/a que realiza consulta de ingreso presenta reparos sobre el pronóstico de enfermedad terminal de la persona, podrá presentar el caso al/la gestor/a de nivel secundario, quien según información entregada podrá dirimir vía telemática o solicitar evaluación presencial para dicho efecto. Este apoyo no debe retrasar el inicio de cuidados para el alivio del dolor y mejora de la calidad de vida.
- Aquellas personas que requieren cuidados de mayor complejidad deben ser derivadas al nivel secundario acorde a criterios de referencia dentro de la red.
- Generación de un Plan Integral Consensuado (PIC) en conjunto con enfermera/o según las necesidades biopsicosociales detectadas coordinando la intervención de equipo multidisciplinario.
- En todo momento se debe educar a la persona de su estado de salud, síntomas de alarma, buen uso de la red asistencial, entre otras; y considerando la autonomía de la misma.
- El/ la enfermero/a gestor/a debe realizar un seguimiento del PCI a través de contacto telefónico, controles ambulatorios o domiciliarios, dependiendo de las necesidades de la persona y la disponibilidad de recursos a nivel local.
- En caso de requerir atención por profesional de kinesiólogo/a, nutricionista, matrón/a, psicólogo/a o trabajador/a social; el/la profesional debe recurrir al equipo contratado para este programa o a los disponibles en el sector, evitando la duplicación de actividades y complementando las acciones de otros programas de la atención primaria, por ejemplo, con el Equipo de Dependencia Severa.

REFERENCIA/ CONTRARREFERENCIA

- Es crucial propiciar la comunicación entre el/la gestor/a del nivel secundario con el/la gestor/a de APS. Se sugiere comunicación directa periódica entre los encargados de la Unidad de Cuidados Paliativos y el/la gestor/a del centro de APS de la persona beneficiaria.
- Se sugiere el trabajo local desde las Unidades de Cuidados Paliativos en conjunto con la APS en criterios de complejidad (alto, intermedio o bajo), de forma de aunar criterios de referencia y contrarreferencia.
- En caso de que la persona beneficiaria cambie de complejidad baja/ intermedia a alta complejidad, deberá realizarse una referencia para su seguimiento por el nivel secundario. Como sugerencias considerar como de alta complejidad: síntomas persistentemente intensos, requerimiento de medicamentos no disponibles canasta de APS (ej. Metadona en personas con ERC etapa IV o V), consumo de alcohol o drogas activo o reciente, sospecha de necesidad de sedación paliativa, uso de alta dosis de opioides
- En caso de que la persona beneficiaria cambie de complejidad baja a intermedia, se deberá presentar en telecomité en forma periódica. Como criterios de complejidad intermedia se sugiere: uso de dosis intermedia de opioides, casos con dudas ético/ valóricas, etc.
- En el caso de personas beneficiarias detectadas en el nivel secundario, el/la médico/a médico del nivel secundario debe evaluar el nivel de complejidad de la persona. De ser una complejidad baja, esta debe ser derivada a APS con el documento de contrarreferencia correspondiente, asegurando la continuidad de los cuidados.
- En caso de requerir hospitalización por exacerbación de los síntomas, o por otra causa, la persona debe ser referida de manera asistida a la unidad hospitalaria, mediante una comunicación fluida con el/la profesional gestor/a del nivel secundario.

TELECOMITÉ

- El telecomité es la instancia periódica de comunicación para presentación de personas beneficiarias entre nivel secundario y APS. Puede usarse diversos medios para su realización, se sugiere por vía teleconferencia para centros con acceso a internet y por vía telefónica para los que no.
- Dentro del telecomité se puede definir: (1) que la persona es sujeto de cuidados de mayor nivel de especialización, por lo que se acuerda referencia al nivel secundario; (2) que la persona requiere de supervisiones por parte del telecomité, sin perjuicio que las acciones sean ejecutadas por el equipo de atención primaria; (3) que la persona puede seguir el plan trazado dentro de la atención primaria, con instrucción de reconsultar a dicho telecomité en circunstancias específicas y consensuadas y/o urgencias.
- Desde APS deben asistir al menos el gestor/a de centro y el/la médico/a que presenta el caso. Se sugiere la asistencia de otros profesionales o TENS, dado que la instancia además de ser asistencial contribuye a la capacitación del personal de APS.

CAPACITACIÓN

- La División de Atención Primaria, del MINSAL, en conjunto con la OPS y Sociedades científicas del área, han elaborado un Curso de CPU para la APS gratuito y de autoaprendizaje, basado en un curso ya realizado por la OPS, adaptado a la realidad chilena.
- Es crucial que los profesionales y TENS que sean contratados/ honorarios puedan realizarlo. Se sugiere también que lo realicen el resto del personal clínico de la APS.
- Este curso dispondrá de certificación para los participantes.
- Duración de 60 horas cronológicas
- Se sugiere propiciar espacios dentro del horario de trabajo para horas indirectas a destinar para su realización. Sin embargo, dado que la implementación de la ley debe realizarse desde la llegada de los recursos, se deberá priorizar la atención clínica.

COBERTURA

Las personas beneficiarias fueron calculadas en base a estudio de ETESA UC, se planifica una cobertura del 40% de la población estimada para el 2023 (20% por año a 5 años), correspondiente a 5.117 personas. El número de personas fue calculado por área territorial y se puede acceder a ella por el anexo del PRAPS del programa.

ACTIVIDADES EN ATENCIÓN PRIMARIA

Actividad	Espacio	Responsable	Objetivo	Rendimiento
Pesquisa	Comorbilidad Sala IRA Control cardiovascular Visita domiciliaria Etc.	Cualquier profesional clínico, debe dar aviso a gestor/a de CPU del centro quien debe llevar registro y agendar para evaluación médica inicial.	Identificar a los posibles beneficiarios del programa	No estipulado en pesquisa. Agendamiento por Gestor/a en tiempo administrativo
Evaluación médica inicial	Revisión de ficha clínica en box o mediante evaluación directa del posible beneficiario para determinar pertinencia de ingreso a programa	Médico cirujano	Confirmar el ingreso al programa	4 casos/hora Tiempo administrativo 15 minutos ¹
Visita con plan integral consensuado	Domicilio de paciente	Médico cirujano+ otro profesional equipo	Realizar evaluación integral de la persona beneficiaria y su familia. Planificar cuidados desde lo biomédico y psicosocial.	1 hora, considera movilización, registro, realización de recetas y referencia en los casos que lo requieran.
Visita domiciliaria tratamiento/ rehabilitación/ Seguimiento		Médico u otro profesional	Realizar nueva evaluación sintomática, comprobar si alivio/ no alivio de síntomas, educación a familia en los cuidados.	1 hora, considera movilización, registro, realización de recetas y referencia en los casos que lo requieran.
Procedimientos de enfermería	Visita domicilio o box	Equipo de enfermería	Curaciones Instalación de VSC Instalación de sonda vesical	2 pacientes/hora 30 min
Control ambulatorio	Box	Médico u otro profesional	Realizar evaluación integral de la persona beneficiaria y su familia. Planificar cuidados desde lo biomédico y psicosocial.	30 min, considera entrevista al beneficiario/a y/o cuidador, registro, realización de recetas y referencia en los casos que lo requieran.
Consulta telefónica	Box	Médico y otro profesional	Dudas concretas, receta de medicamentos	15 min por paciente, 4 pacientes por hora
Atención ambulatoria a familiares	Box	Médico y otro profesional	Dudas concretas, receta de medicamentos	15 min por paciente, 4 pacientes por hora
Servicios farmacéuticos	Farmacia	Químico farmacéutico	Conciliación farmacéutica	30 min por paciente, 2 pacientes por hora
Apoyo psicológico al usuario	Box o visita domicilio	Psicólogo/a	Apoyo psicológico a beneficiario/a	30 min en box, 1 hora en domicilio. Considera movilización y registro.
Apoyo social al usuario	Box o visita domicilio	Trabajador/a social	Apoyo social	30 min en box, 1 hora en domicilio. Considera movilización y registro.
Apoyo psicológico	Box o visita domicilio	Psicólogo/a	Apoyo psicológico a cuidador	30 min en box, 1 hora en domicilio. Considera movilización y registro.

¹ En caso de que médico tenga dudas sobre cumplimiento de criterios de ingreso, podrá realizar visita para complementar antecedentes y/o presentar caso a telecomité.

BORRADOR

a familia o cuidadores				
Educación	Box o visita domiciliaria	Todo clínico que atienda al beneficiario	Educación en temas relevantes a los cuidados del beneficiario	En cualquier instancia de contacto, sin rendimiento exclusivo
Apoyo en la gestión de voluntades anticipadas	Box o visita domiciliaria	Profesionales	Respetar decisiones del beneficiario respecto a procedimientos/tratamientos a recibir	En cualquier instancia de contacto, sin rendimiento exclusivo
Gestión	Box	Gestor/a de centro	Agendamiento de posibles beneficiarios Agendamiento de VIC Agendamiento de seguimiento	1.5 h/ semana si comuna con 20 o menos beneficiarios 3 h/ semana si comuna con 21-40 beneficiarios 4.5 h/ semana si comuna con 41 o más beneficiarios
Telecomité	Telefónico/ videoconferencia	Gestor/a centro Médico/a que presenta	Realizar seguimiento de beneficiarios con complejidad intermedia, dudas para ingreso de beneficiario o dudas del seguimiento.	1-2 horas periódicas ²

ACTIVIDADES POR PROFESIONAL

Profesional	Actividad	Definición
Kinesiólogo/a Fonoaudiólogo/a Médico/a Matrona Terapeuta ocupacional Enfermera/o ³	Pesquisa	En atención de cualquier tipo, se pesquisa que persona tiene dos o más de los siguientes antecedentes: - Multimorbilidad avanzada (ver OT) - Más de 2 consultas en SU en últimos 6 meses - Síntomas descompensados intensos - Necesidad de cuidados paliativos solicitados por cuidador o equipo médico (registro clínico) El profesional que pesquisa debe dar aviso al/la gestor/a de UCP del centro para su registro y agendamiento de hora para identificación de caso.
Médico cirujano	Identificación de caso	Médico debe revisar ficha clínica para recopilar antecedentes que apoyen la necesidad de atención paliativa en persona con pronóstico menor a 12 meses. En caso de no cumplir con criterios deberá mantener seguimiento según su condición/ enfermedad. Para más detalle ver Orientación técnica del programa.
Gestor/a	Agendamiento, seguimiento	Mantiene registro de personas pesquisadas como potencialmente beneficiarias, de personas beneficiarias en el programa y agenda su primera visita domiciliaria para PIC y seguimiento.
Profesional del equipo de UCP/ Dependencia severa	Visita para PIC	Visita integral en dupla médico/ profesional para: - Recopilación de antecedentes - Evaluación de síntomas - Diseño de PIC, con indicaciones médicas y no médicas - Realización de procedimientos por Equipo de enfermería - Apoyo psicológico por psicólogo/a a usuario o cuidador/a - Apoyo social por trabajador/a social - Educación a la familia - Apoyo en la gestión de voluntades anticipadas - Evaluación de nivel de complejidad de persona beneficiaria para seguimiento en próximas ocasiones. Si complejidad baja o intermedio seguimiento desde APS, si complejidad alta desde nivel secundario (ver lineamientos del programa).
Profesional del equipo de UCP ⁴ / Dependencia severa	Seguimiento	Instancia de control, telefónico, videoconferencia o presencial, para reevaluar síntomas físicos, psicológicos o condiciones del ámbito social; ajustar farmacoterapia y agregar indicaciones atinentes. Siempre se deberá reevaluar nivel de complejidad en caso de

² La periodicidad de las reuniones de telecomité deberán ajustarse a realidad local, se sugiere realizar cada 1 o 2 semanas.

		³ Estos profesionales se refieren a todos aquellos que cumplen rol clínico en su centro, independiente de su función específica.
--	--	--

		⁴ Estos profesionales se refieren a los recursos humanos contratados con el fin de implementar este programa.
--	--	---

		evaluaciones médicas del beneficiario/a, ya que el estado del mismo podría ser dinámico y requerir la evaluación por un especialista.
--	--	---

II. Hospitales y establecimientos ambulatorios de especialidad

Las prestaciones que cada hospital y establecimiento ambulatorio de especialidad programe deben ajustarse a su cartera de servicios, en base a su rol en la red de cuidados paliativos universales del Servicio de Salud al que pertenece y al Modelo de Atención de Cuidados Paliativos Universales vigente.

Los hospitales y establecimientos ambulatorios que cuentan con especialidad y que darán respuesta a casos complejos y altamente complejos según las OOTT de CPU vigentes, programarán principalmente prestaciones de médico y enfermera, dando énfasis a la coordinación con el nivel primario de atención que realizará la mayor parte de las atenciones presenciales a los pacientes (en la institución o en el domicilio).

Los hospitales de baja complejidad que en modalidad ambulatoria cumplen un rol como prestador en el nivel primario de atención programarán las prestaciones definidas para dicho nivel de atención según el Modelo de Cuidados Paliativos vigente.

Los siguientes estándares recomendados constituyen un promedio del tiempo utilizado para cada prestación y son aplicables en la programación de la actividad clínico asistencial presencial (ambulatoria, cerrada, domicilio) y/o a distancia de hospitales y/o centros de especialidad.

La definición de las prestaciones vinculadas a la atención de personas que requieren cuidados paliativos por una enfermedad grave o terminal (oncológica o no oncológica) están contenidas en el manual REM vigente.

PRESTACIÓN	PROFESIONAL	RENDIMIENTO	OBSERVACIONES
Consulta Nueva	Médico	1,5 paciente/hora	40 minutos. Considera la interconsulta a sala
Consulta Control	Médico	2 paciente/hora	30 minutos. Considera la interconsulta a sala
Procedimiento médico	Médico	2 paciente/hora	30 minutos
Atención farmacéutica	Q. farmacéutico	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	Enfermera	2 paciente/hora	30 minutos
Procedimiento enfermería	Enfermera	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	Nutricionista	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	Psicólogo	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	Kinesiólogo	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	T. ocupacional	2 paciente/hora	30 minutos
Consulta nueva/control profesional no médico	T. social	2 paciente/hora	30 minutos
Tele comité	Médico, Enfermera, Psicólogo, Kinesiólogo, T. Ocupacional, Nutricionista, T. social, Q. farmacéutico	6 pacientes / hora	10 minutos por caso presentado
Visita domiciliaria	Médico, Enfermera, Psicólogo, Kinesiólogo, T. Ocupacional, Nutricionista, T. social, Q. farmacéutico	1 paciente/hora	90 a 120 minutos, 60 minutos de atención, 30 o 60 minutos en traslado
Contacto telefónico	Médico, Enfermera, Psicólogo, Kinesiólogo, T. Ocupacional,	4 pacientes/hora	15 minutos

	Nutricionista, T. social, Q. farmacéutico		
Taller grupal	Psicólogo, Q. farmacéutico, T. social	Según condiciones locales y aforo permitido	Duración 1 hora

Otras actividades del equipo:

- Gestión clínico-administrativa enfermería: preparación de antecedentes de pacientes para tele comité gestión de pacientes.
- Capacitación, todo el equipo
- Registros, todo el equipo