



PROTOCOLO PARA LA ASISTENCIA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)



Protocolo para la Asistencia en Actividades de la Vida Diaria (AVD) Red de colegios del Arzobispado de Concepción

1- OBJETIVO Y ALCANCE

El presente anexo regula la asistencia a estudiantes en Actividades de la Vida Diaria dentro del establecimiento, con el propósito de garantizar apoyos seguros, oportunos y dignos que favorezcan su acceso, participación y progreso escolar. Su alcance es institucional y aplica a todas las sedes y niveles del Instituto, así como a los equipos directivos, docentes, profesionales del PIE y asistentes técnicos que intervengan en estos procedimientos.

2- FUNDAMENTO NORMATIVO

Esta regulación se sustenta en el marco legal chileno vigente que reconoce el derecho a la educación inclusiva y la igualdad de oportunidades. En particular, se consideran los principios y garantías establecidos en la Ley General de Educación (**DFL N.° 2/2009**), la **Ley N.° 20.422** sobre inclusión social de personas con discapacidad, la **Ley N.° 21.545** sobre la atención integral y protección de los derechos de estudiantes autistas, y el Decreto **N.° 170/2009** sobre necesidades educativas especiales. Asimismo, se resguarda el tratamiento de datos personales y de salud conforme a la normativa pertinente, y se observan los criterios de accesibilidad universal definidos por la OGUC para rutas y servicios higiénicos accesibles. Finalmente, se consideran las disposiciones de la Ley de Subvenciones respecto del uso de recursos y la prohibición de cobros adicionales a las familias por la implementación de estos apoyos.

3- DEFINICIONES OPERATIVAS

A efectos de este anexo, las Actividades de la Vida Diaria comprenden acciones que permiten al estudiante desenvolverse de manera segura y autónoma en el contexto escolar. Incluyen, a modo ejemplar, la adaptación a rutinas y espacios del establecimiento, los apoyos para movilidad y posicionamiento, la asistencia en alimentación (oral, entérica, parentérica y manejo de insulina cuando corresponda), la higiene personal (incluido control de esfínteres, muda, cateterismo o cuidados de colostomía) y el acompañamiento para el uso del tiempo de recreación y la regulación socioemocional. Se entiende por “equipo de aula” al conjunto de profesionales que, en colaboración, planifican y ejecutan respuestas educativas para mejorar la participación y los aprendizajes. Por “asistente técnico idóneo” se reconoce a la persona con formación técnica pertinente y actualizada, debidamente acreditada, con competencias y condiciones de idoneidad para ejecutar los apoyos autorizados.

4- PRINCIPIOS ORIENTADORES

La implementación de apoyos en AVD se rige por la dignidad y el respeto irrestricto a la persona estudiante, promoviendo su autonomía progresiva y priorizando su seguridad. Se actúa con enfoque de derechos y de inclusión, evitando toda forma de discriminación y procurando que los ajustes razonables se inserten dentro de la vida escolar ordinaria. La información personal y sanitaria se

maneja con estricta confidencialidad, y la familia participa informada en la toma de decisiones, en coherencia con la edad y madurez del estudiante.

5- ROLES Y RESPONSABILIDADES

El sostenedor vela por la provisión de recursos y el cumplimiento normativo. La Dirección organiza y supervisa el proceso, designa responsables y asegura las condiciones físicas necesarias. La enfermería, Coordinación PIE, Convivencia Escolar y/ Dirección recibe las solicitudes, sistematiza antecedentes, coordina la evaluación y propone las medidas de apoyo pertinentes, informando con claridad a la familia. El equipo de aula integra pedagógicamente los apoyos, de modo que estos contribuyan a la participación y al logro de aprendizajes. El asistente técnico ejecuta los procedimientos autorizados, mantiene registros fidedignos y comunica oportunamente cualquier incidencia. La familia entrega información clínica actualizada, insumos personales en condiciones adecuadas y participa en la revisión periódica del plan. El estudiante, de acuerdo con su desarrollo, expresa sus preferencias y es preparado para incrementar su autonomía.

6- GESTIÓN DE RIESGOS Y BIOSEGURIDAD

Todos los procedimientos se realizan bajo estándares de seguridad e higiene. Antes y después de cada intervención se higienizan las manos, se utilizan elementos de protección personal según la naturaleza del procedimiento y se garantiza la limpieza y desinfección de superficies y materiales. En traslados y posicionamientos se aplican técnicas seguras, se previenen lesiones por presión mediante cambios posturales programados y se eliminan residuos conforme a la normativa sanitaria. La institución mantiene evidencias del entrenamiento del personal y ensaya protocolos de emergencia.

7- PROCEDIMIENTO INSTITUCIONAL

La solicitud de apoyos puede ser presentada por la familia o iniciada por el establecimiento cuando se detecta la necesidad. Se ingresa a través de Dirección, Coordinación PIE y/o Convivencia Escolar con los antecedentes clínicos relevantes y con el consentimiento informado. Recibida la solicitud, el establecimiento dispone de un plazo máximo de diez días hábiles para evaluar las necesidades y riesgos, considerando la funcionalidad del estudiante, los apoyos requeridos y las medidas de mitigación. Con base en esa evaluación se elabora un Plan Individual de Apoyo en AVD (PIAVD) que describe metas, actividades, responsables, horarios e indicadores de seguimiento.

La implementación articula lo pedagógico y lo asistencial. En la adaptación al contexto, se anticipan rutinas, se adecúan espacios y se mantiene comunicación continua con la familia. En movilidad y posicionamiento, se programan traslados y cambios posturales, haciendo uso correcto de ayudas técnicas. En alimentación, se respetan las pautas médicas y se coordina con servicios alimentarios cuando corresponda. En higiene personal, se garantiza privacidad y condiciones sanitarias, ejecutando procedimientos sensibles solo por personal entrenado. Durante recreos, se promueven interacciones y estrategias de regulación emocional en espacios adecuados.

Cada actuación se registra de manera inmediata en una planilla oficial, dejando constancia de fecha, hora, procedimiento, observaciones y firma del responsable. Ante un evento adverso o cambio clínico, se activa el protocolo de emergencias, se notifica a la familia y se revisa el PIAVD. El plan se evalúa semestralmente con la familia y el equipo; se ajusta cuando cambian las necesidades o se cierra cuando se alcanzan niveles satisfactorios de autonomía.

8- INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS

El establecimiento mantiene rutas accesibles y servicios higiénicos adecuados, así como espacios específicos para procedimientos que aseguren privacidad, higiene y seguridad. Los insumos personales que aporte la familia se almacenan en lugares identificados y de acceso restringido.

9- FINANCIAMIENTO Y RELACIÓN CON LAS FAMILIAS

Los apoyos se financian con recursos institucionales según la normativa de subvenciones y sus orientaciones. No procede efectuar cobros adicionales a las familias por la contratación de personal o por los ajustes razonables necesarios para asegurar la participación del estudiante. En establecimientos particulares pagados, la condición de discapacidad o NEE permanente no puede ser utilizada para aumentar matrícula o aranceles vinculados a estos apoyos.

10- PROTECCIÓN DE DATOS Y CONFIDENCIALIDAD

La información personal y de salud se resguarda conforme a la normativa vigente. El acceso a expedientes y registros se limita al personal autorizado y se utiliza exclusivamente para fines educativos y de seguridad del estudiante.

11- VIGENCIA, DIFUSIÓN Y MEJORA CONTINUA

El presente anexo entra en vigencia desde su publicación, se difunde entre los integrantes de la comunidad educativa y se revisa al menos una vez al año o cuando se produzcan cambios normativos o de contexto que lo ameriten.

Consentimiento Informado para Apoyos en Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Este consentimiento autoriza la ejecución de apoyos en AVD por personal idóneo del establecimiento, explicita los procedimientos autorizados, los riesgos y medidas de seguridad asociados, los derechos de la familia y del/la estudiante, y regula el tratamiento de datos personales y de salud para fines educativos.

1- IDENTIFICACIÓN

Nombre estudiante		Rut	
Fecha de nacimiento		Curso	
Apoderado		Rut	
Teléfono/ correo		Domicilio	

Si el/la estudiante es mayor de 14 años, se recomienda su firma adicional como expresión de autonomía progresiva.

2- PROCDEIMIENTO AVD AUTORIZADOS

Marque con una 'X' en la casilla correspondiente. Puede autorizar parcialmente y dejar observaciones específicas.

ÁREA	DESCRIPCIÓN	AUTORIZAR	FRECUENCIA/HORARIO	RESPONSABLE DESIGNADO	OBS.
Adaptación al contexto	Anticipación, organización de espacios, apoyos visuales, comunicación familia-escuela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Movilidad/posicionamiento	Traslados supervisados, uso de ayudas técnicas, cambios de postura programados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			

Alimentación – vía oral	Asistencia en alimentación, texturas especiales, apoyo en selectividad alimentaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Alimentación – Enteral/Parenteral	SNG, botón gástrico o parenteral; control y registro de volúmenes de equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Diabetes	Medición de glicemia, control/ bomba de insulina, administración según pauta médica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Higiene Personal	Muda, aseo perineal, manejo de pañal, lavado de manos, dientes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Cateterismo/ Colostomía	Procedimientos conforme a pauta médica y entrenamiento adecuado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
Recreación / Regulación	Acompañamiento socioemocional, actividades guiadas, uso de espacios alternativos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			

Medicamentos Necesidades educativas especiales.	Asistencia en horarios específicos a través de las enfermerías de nivel.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A			
--	---	--	--	--	--

3- RIESGOS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD

- Se aplicarán normas de bioseguridad: higiene de manos, guantes y EPP según procedimiento, superficies limpias y eliminación segura de residuos.
- En traslados y posicionamientos se utilizarán técnicas seguras y ayudas técnicas pertinentes, con doble apoyo cuando sea necesario.
- Los procedimientos invasivos (p. ej., cateterismo, botón gástrico) se realizarán solo por personal entrenado y documentado en el Acta de Entrenamiento.
- Se registrará cada procedimiento en la planilla oficial inmediatamente después de su ejecución.
- Ante cualquier signo de alarma o evento adverso se activará el protocolo de emergencias y se notificará a la familia de inmediato.

4- DERECHOS, REVOCACIÓN Y VIGENCIA

- Derecho a recibir información clara, oportuna y comprensible sobre procedimientos y responsables.
- Derecho a acceder, rectificar y solicitar eliminación de datos personales según la normativa vigente.
- Derecho a solicitar modificación o suspensión de apoyos cuando cambien las condiciones de salud o autonomía del/la estudiante.
- Derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante comunicación escrita al establecimiento.

Vigencia del consentimiento: desde ___/___/___ hasta ___/___/___, o hasta su revocación por escrito.

5- TRATAMIENTO Y TRASFERENCIA DE DATOS

Autorizo el tratamiento de datos personales y de salud de mi hijo/a con la finalidad exclusiva de implementar y registrar los apoyos AVD y garantizar su seguridad y participación escolar.

- AUTORIZO
 NO AUTORIZO

Transferencia de información estrictamente necesaria a profesionales externos de salud para la coordinación del apoyo.

6- AUTORIZACIONES LOGISTICAS ESPECIFICAS:

- Acompañamiento del/la estudiante fuera del aula para procedimientos.

- AUTORIZO
- NO AUTORIZO
- Uso de ascensor/salva escaleras y rutas accesibles con acompañamiento.
- AUTORIZO
- NO AUTORIZO
- Uso de salas de aseo accesibles y espacios de procedimiento designados.
- AUTORIZO
- NO AUTORIZO

6- FIRMAS

Nombre/Firma/Rut Tutor Legal	Nombre/Firma/Rut Estudiante > 14 años	Nombre/Firma/Rut Responsable	Nombre/Firma/Rut Rectoría

FORMULARIO DE REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO – APOYOS AVD

Yo, _____ ,
 RUT _____, en mi calidad de () madre () padre () apoderado/a () tutor legal del/la
 estudiante _____, RUT _____, comunico
 que REVOCÓ el consentimiento otorgado para los apoyos en AVD, a contar de la fecha
 ____/____/____. Entiendo que el establecimiento podrá tomar medidas razonables para
 resguardar la continuidad y seguridad del/la estudiante mientras se ajustan los procedimientos.

Motivo (opcional):

Lugar y fecha: _____

Firma Apoderado/a o Tutor Legal:

RUT:

Recepción (nombre y cargo): _____

Firma:

Fecha: ____/____/____

FORMULARIO DE SOLICITUD DE APOYOS

1- IDENTIFICACIÓN

Nombre estudiante		Rut	
Fecha de nacimiento		Curso	
Apoderado		Rut	
Teléfono/ correo		Domicilio	

2- ANTECEDENTES

--

2- APOYOS SOLICITADOS

ÁREA	DESCRPCIÓN	SOLICITO
Adaptación al contexto	Anticipación, organización de espacios, apoyos visuales, comunicación familia-escuela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Movilidad/posicionamiento	Traslados supervisados, uso de ayudas técnicas, cambios de postura programados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Alimentación – vía oral	Asistencia en alimentación, texturas especiales, apoyo en selectividad alimentaria.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		

Alimentación Enteral/Parenteral	– SNG, botón gástrico o parenteral; control y registro de volúmenes de equipo.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Diabetes	Medición de glicemia, control/ bomba de insulina, administración según pauta médica.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Higiene Personal	Muda, aseo perineal, manejo de pañal, lavado de manos, dientes.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Cateterismo/ Colostomía	Procedimientos conforme a pauta médica y entrenamiento adecuado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		
Recreación / Regulación	Acompañamiento socioemocional, actividades guiadas, uso de espacios alternativos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Descripción de la solicitud		

SOLICITANTE	FECHA DE SOLICITUD	FIRMA