

**INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

PROGRAMA RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES

PANELISTAS:

LUIS ROSALES (COORDINADOR)

MARÍA VERÓNICA MONREAL

PABLO VILLALOBOS

La evaluación presentada en este informe fue elaborada por un Panel de evaluadores externo e independiente seleccionados vía concurso público y DIPRES no necesariamente comparte la visión y/o totalidad de recomendaciones entregadas.

NOVIEMBRE 2019- MAYO 2020

TABLA DE CONTENIDOS

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA	6
1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROGRAMA.....	6
2. CARACTERIZACIÓN Y CUANTIFICACIÓN DE POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO	12
3. ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS	14
II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	17
1. JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE LA ESTRATEGIA DEL PROGRAMA	17
2. DESEMPEÑO DEL PROGRAMA: EFICACIA Y CALIDAD.....	22
2.1. <i>Eficacia a nivel de Componentes</i>	<i>24</i>
2.2. <i>Cobertura y focalización del programa</i>	<i>26</i>
2.3. <i>Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales.....</i>	<i>33</i>
2.4. <i>Calidad</i>	<i>34</i>
3. ECONOMÍA	43
3.1. <i>Antecedentes presupuestarios</i>	<i>43</i>
3.2. <i>Fuentes y uso de recursos financieros.....</i>	<i>43</i>
3.3. <i>Ejecución presupuestaria del programa</i>	<i>47</i>
3.4. <i>Aportes de terceros</i>	<i>48</i>
3.5. <i>Recuperación de gastos.....</i>	<i>48</i>
4. EFICIENCIA.....	48
4.1. <i>A nivel de actividades y/o componentes.....</i>	<i>48</i>
4.2. <i>A nivel de resultados intermedios y finales.....</i>	<i>51</i>
4.3. <i>Gastos de Administración.....</i>	<i>51</i>
5. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA.....	52
5.1. <i>Operación y diseño versus Estrategia definida</i>	<i>52</i>
5.2. <i>Organización y gestión</i>	<i>56</i>
5.3. <i>Sistema de seguimiento y evaluación</i>	<i>63</i>
III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	67
1. CONCLUSIONES SOBRE EL DESEMPEÑO GLOBAL.....	67
2. RECOMENDACIONES	73
IV. BIBLIOGRAFÍA.....	75
V. ENTREVISTAS REALIZADAS	77
ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA.....	78
1. BASES DE DATOS CON INFORMACIÓN RELEVANTE PARA LA EVALUACIÓN	78
2. FUENTES DE INFORMACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA.....	82
3. NECESIDAD DE ESTUDIO COMPLEMENTARIO	86
ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA	87
1. MATRIZ DE MARCO LÓGICO VIGENTE.....	87
ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2015-2018.....	90
ANEXO 2(C): ANÁLISIS DEL DISEÑO DEL PROGRAMA.....	93
2. RELACIONES DE CAUSALIDAD DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA (LÓGICA VERTICAL).....	93
3. SISTEMA DE INDICADORES DEL PROGRAMA (LÓGICA HORIZONTAL).....	94
ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA	96
A. PROCESO DE PRODUCCIÓN DE CADA UNO DE LOS BIENES Y/O SERVICIOS (COMPONENTES) QUE ENTREGA EL PROGRAMA	96
1. IMPLEMENTACIÓN DE LA RED LOCAL	97
2. PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 1: PLAN DE CUIDADOS	121

3.	PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 2: SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA	127
4.	PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 3: SERVICIOS ESPECIALIZADOS	138
B. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN AL INTERIOR DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE Y CON OTRAS INSTITUCIONES		146
1.	ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	146
2.	MECANISMOS DE COORDINACIÓN.....	154
3.	GESTIÓN Y COORDINACIÓN CON PROGRAMAS RELACIONADOS.....	155
C. CRITERIOS DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS, MECANISMOS DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS Y MODALIDAD DE PAGO		159
D. FUNCIONES Y ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN QUE REALIZA LA UNIDAD RESPONSABLE		161
ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS		165
ANEXO 5 FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS		166

INDICE DE CUADROS

CUADRO Nº 1.	POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO PRLAC, 2016-2019	14
CUADRO Nº 2.	PRESUPUESTO ASIGNADO AL PROGRAMA EN LEY DE PRESUPUESTOS, 2016-2020 (MILES \$ 2020)	14
CUADRO Nº 3.	PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA EN LEY DE PRESUPUESTOS, 2016-2020	16
CUADRO Nº 4.	COBERTURAS COMPROMETIDAS POR MUNICIPIOS, 2016-2019	22
CUADRO Nº 5.	COBERTURAS EFECTIVAS POR MUNICIPIOS, 2016-2019 (Nº DE HOGARES)	23
CUADRO Nº 6.	NIVELES DE PRODUCCIÓN POR COMPONENTE	25
CUADRO Nº 7.	INDICADORES MEDIDOS POR COMPONENTE	26
CUADRO Nº 8.	NÚMERO DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS (INGRESOS), 2016-2019, SEGÚN SEXO	27
CUADRO Nº 9.	NÚMERO DE BENEFICIARIOS EFECTIVOS (INGRESOS), 2016-2019, SEGÚN RANGO ETARIO.....	28
CUADRO Nº 10.	NÚMERO DE BENEFICIARIOS PSDF EFECTIVOS (INGRESOS), 2017-2019, SEGÚN REGIÓN.....	29
CUADRO Nº 11.	NÚMERO DE CUIDADORES/AS Y AÑOS DE CUIDADO, 2017-2019.....	29
CUADRO Nº 12.	NÚMERO DE CUIDADORES Y HORAS DE CUIDADO, 2017-2019	30
CUADRO Nº 13.	NÚMERO DE CUIDADORES/AS, 2017-2019, SEGÚN SOBRECARGA	30
CUADRO Nº 14.	PORCENTAJE DE CUIDADORES/AS, SEGÚN SOBRECARGA (S), POR SEXO Y EDAD	31
CUADRO Nº 15.	Nº CUIDADORES/AS Y PARENTESCO, POR SEXO Y REMUNERACIÓN.....	31
CUADRO Nº 16.	COBERTURA, 2017 - 2019.....	32
CUADRO Nº 17.	MÚJERES MENORES DE 18 AÑOS, CUIDADORAS PRINCIPALES, 2017-2019.....	33
CUADRO Nº 18.	INDICADORES DE PROPÓSITO DE LA MATRIZ DE MARCO LÓGICO PROPUESTA, 2016-2019.....	33
CUADRO Nº 19.	PLAZOS PARA CONFORMACIÓN RED LOCAL	35
CUADRO Nº 20.	NÚMERO HOGARES EN NÓMINA CENTRALIZADA, NÓMINA LOCAL Y CALCE.....	36
CUADRO Nº 21.	NÚMERO HOGARES VISITADOS, 2017-2019	37
CUADRO Nº 22.	NÚMERO DÍAS PROMEDIO PARA ELABORACIÓN PLAN DE CUIDADOS, 2017-2019	38
CUADRO Nº 23.	TIPO DE SERVICIOS OFRECIDOS EN PLANES DE CUIDADOS, 2017-2019	40
CUADRO Nº 24.	NÚMERO PROMEDIO DE HOGARES ATENDIDOS SAD POR COMUNA, 2017-2018	40
CUADRO Nº 25.	DISPONIBILIDAD DE ASISTENTE DE CUIDADOS Y CARGA DE TRABAJO PROMEDIO.....	41
CUADRO Nº 26.	PRESUPUESTO TOTAL DEL PROGRAMA 2016-2020 (MILES DE \$2020)	43
CUADRO Nº 27.	EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO RLAC Y SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES Y PRLAC	43
CUADRO Nº 28.	COMPOSICIÓN DE LA ASIGNACIÓN DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE.....	44
CUADRO Nº 29.	DOTACIÓN DE RRHH DEL PROGRAMA, POR TIPO, PERÍODO 2016-2020.....	44
CUADRO Nº 30.	GASTO DEVENGADO DEL PROGRAMA (MILES DE \$), POR SUBTÍTULO, PERÍODO 2016-2019.....	44
CUADRO Nº 31.	GASTO TOTAL DEL PROGRAMA SEGÚN USO: GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y GASTOS DE PRODUCCIÓN .	46
CUADRO Nº 32.	GASTOS DE PRODUCCIÓN POR COMPONENTES(MILES DE \$2020), PERÍODO 2016-2019	47
CUADRO Nº 33.	EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DEL PROGRAMA	47
CUADRO Nº 34.	GASTO PROMEDIO ANUAL POR UNIDAD DE PRODUCTO 2017-2019	49
CUADRO Nº 35.	GASTO PROMEDIO ANUAL COMPONENTE POR BENEFICIARIO 2016-2019	50
CUADRO Nº 36.	COSTO DE SISTEMAS DE CUIDADO DE LARGO PLAZO EN PAÍSES SELECCIONADOS (2016).....	51
CUADRO Nº 37.	GASTOS DE ADMINISTRACIÓN RESPECTO AL GASTO TOTAL DEL PROGRAMA	51
CUADRO Nº 38.	DISTRIBUCIÓN DE GASTO EN RRHH POR TIPO (MILES \$2020), PERÍODO 2016-2019.....	52
CUADRO Nº 39.	INCORPORACIÓN DE COMUNAS AL PRLAC, 2016 AL 2021	64
CUADRO Nº 40.	Nº ESTADOS DE HOGARES, SEGÚN SEXO, 2017-2019	65

CUADRO Nº 41. BASES DE DATOS PARA LA EVALUACIÓN	79
CUADRO Nº 42. FUENTES DE INFORMACIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA	82
CUADRO Nº 43. MATRIZ DE MARCO LÓGICO VIGENTE	87
CUADRO Nº 44. MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	90
CUADRO Nº 45. MODALIDAD DE EJECUCIÓN DE COMPONENTES	97
CUADRO Nº 46. DISTRIBUCIÓN DE CUPOS EN COMUNAS SELECCIONADAS AÑO 2016	102
CUADRO Nº 47. DINÁMICA DE Nº CUPOS, PRIMERAS 12 COMUNAS SELECCIONADAS	102
CUADRO Nº 48. COMUNAS SELECCIONADAS, 2016-2020	104
CUADRO Nº 49. ESTÁNDARES DE CALIDAD RED LOCAL	110
CUADRO Nº 50. OBJETIVOS DE LA GESTIÓN DE CASOS.....	112
CUADRO Nº 51. ETAPAS DE LA GESTIÓN DE CASOS Y COMPONENTES ASOCIADOS	112
CUADRO Nº 52. ÁMBITOS DE GESTIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA RED LOCAL	113
CUADRO Nº 53. MAPA DE OPORTUNIDADES DE LA RED LOCAL	114
CUADRO Nº 54. ESTÁNDARES DE CALIDAD PLAN DE CUIDADOS.....	121
CUADRO Nº 55. ÁMBITOS DE SERVICIOS Y DESCRIPCIÓN	124
CUADRO Nº 56. ESTÁNDARES DE CALIDAD SAD	129
CUADRO Nº 57. TEMÁTICAS PARA LA FORMACIÓN INICIAL	130
CUADRO Nº 58. ACTIVIDADES DE CUIDADOS ESPECIALIZADAS DEL SAD	133
CUADRO Nº 59. TIPOLOGÍA SITUACIONES ESPECIALES EN LA PROVISIÓN DEL SAD.....	134
CUADRO Nº 60. ESTÁNDARES DE CALIDAD SERVICIOS ESPECIALIZADOS	140
CUADRO Nº 61. TIPOLOGÍA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS, SEGÚN ÁMBITO Y CATEGORÍA.....	142
CUADRO Nº 62. COMPOSICIÓN DE PERSONAL DE RED LOCAL BÁSICA, 2019	147
CUADRO Nº 63. ASIGNACIÓN DE ROLES EQUIPO PRLAC NIVEL CENTRAL, 2019	148
CUADRO Nº 64. ASIGNACIÓN DE ROLES A ENTIDADES DE LA RLB, 2019.....	153
CUADRO Nº 65. ARTICULACIÓN EXTERNA AL MDSF.....	155
CUADRO Nº 66. COMPLEMENTARIEDADES INTERNAS AL MDSF.....	156
CUADRO Nº 67. COMPLEMENTARIEDADES EXTERNAS AL MDSF.....	156
CUADRO Nº 68. NIVELES DE GESTIÓN Y PERFILES DISPONIBLES	164
CUADRO Nº 69. CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO.....	165

INDICE DE FIGURAS

FIGURA Nº 1. LÍNEA DE TIEMPO SNAC - PRLAC	10
FIGURA Nº 2. ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	20
FIGURA Nº 3. ÁRBOL DE OBJETIVOS	21
FIGURA Nº 4. PORCENTAJE DE PSDF Y CUIDADORES, SEGÚN SEXO. PROMEDIO DEL PERIODO 2017-2019	27
FIGURA Nº 5. PORCENTAJE DE PSDF Y CUIDADORES, SEGÚN RANGO ETARIO. PROMEDIO DEL PERIODO 2017 - 2019 ...	28
FIGURA Nº 6. PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN RED LOCAL	120
FIGURA Nº 7. PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 1	126
FIGURA Nº 8. PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 2	137
FIGURA Nº 9. PROCESO DE PRODUCCIÓN DEL COMPONENTE 3	145
FIGURA Nº 10. ORGANIGRAMA RLAC 2019 Y SU INSERCIÓN EN LA ESTRUCTURA MINISTERIAL	146
FIGURA Nº 11. ESTRUCTURA DEL SISTEMA INFORMÁTICO SNAC	163

ABREVIATURAS

AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CECOF	Centro Comunitario de Salud Familiar
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
CCR	Centro Comunitario de Rehabilitación
CSE	Condición Socioeconómica
PADDS	Programa de Atención a Personas con Dependencia Severa, MINSAL
MAS AM	Programa MÁS Adulto Mayor Autovalente, MINSAL
MDSF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
MINSAL	Ministerio de Salud
PRLAC	Programa Red Local de Apoyos y Cuidados
PSDF	Persona en Situación de Dependencia Funcional
RBC	Rehabilitación Basada en la Comunidad, Organización Mundial de la Salud
RSH	Registro Social de Hogares
SSEE	Servicios Especializados
SAD	Servicio de Atención Domiciliaria
SNAC	Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

I. INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

1. Descripción general del programa

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC) se inició el año 2016, en el marco del lanzamiento del Sistema Nacional de cuidados (SNAC), y tiene un diseño sin plazo de término. El programa busca entregar apoyo a personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y sus cuidadores mediante distintos servicios.

Si bien a nivel internacional no existe una definición de consenso, en general se entiende la dependencia (funcional o de cuidados) como un estado en que la capacidad funcional de las personas ha disminuido a un punto que ésta ya no es capaz de realizar las actividades de la vida diaria sin ayuda de un tercero.¹ La legislación chilena define la dependencia como un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas para realizar actividades esenciales de la vida.² De acuerdo con datos de la Encuesta CASEN 2017, a esa fecha existían en Chile un total de 672.006 personas en situación de dependencia, distribuidos de manera equitativa entre dependientes leves, moderados, y severos.³ Cerca de un 60% de ese total corresponde a personas mayores de 65 años.⁴

Por su parte, los cuidados de largo plazo, se definen como las actividades llevadas a cabo por otros para que las personas que han tenido una pérdida importante y permanente de la capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional conforme con sus derechos básicos, sus libertades fundamentales y la dignidad humana.⁵ Dentro de estas definiciones, los cuidadores cumplen un rol fundamental.⁶ De acuerdo con los datos de la

¹ World Health Organization (2015).

² Artículo 6º, letra e) de la Ley Nº 20.422, que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad. Nótese que la condición de permanencia, y no de transitoriedad, es consustancial a la situación de la dependencia.

³ De acuerdo a la clasificación propuesta por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010) y Gajardo (2019), la población de 15 años y más se clasifica por nivel de dependencia de acuerdo a los siguientes criterios:

Graduación	Descripción*
Sin dependencia	No tener dificultad en todos los ítems de actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o instrumentales de la vida diaria (AIVD)
Dependencia Leve	1. Incapacidad para efectuar 1 AIVD, ó 2. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), ó 3. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.
Dependencia Moderada	1. Incapacidad para bañarse (ABVD), ó 2. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 o más ABVD, ó 3. Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 3 o más AIVD, ó 4. Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.
Dependencia Severa	1. Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), ó 2. Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

(*): Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos), Bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina), Moverse/desplazarse dentro de la casa, Utilizar el W.C. o retrete, Acostarse y levantarse de la cama, Vestirse.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): Salir a la calle, Hacer compras o ir al médico, Realizar sus tareas del hogar, Hacer o recibir llamadas.

⁴ Villalobos Dintrans (2019a).

⁵ World Health Organization (2015).

⁶ De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), cuidador es una persona que atiende y apoya a otra persona. Este apoyo puede incluir: prestar ayuda con el cuidado personal, las tareas del hogar, la movilidad, la participación social y otras actividades importantes; ofrecer información, asesoramiento y apoyo emocional, así como participar en tareas de promoción, ayudar a tomar decisiones, alentar la ayuda mutua y colaborar en la planificación anticipada de los cuidados;

fase de implementación del PRLAC, realizada durante enero-junio de 2017, sobre los cuidadores/as, el 81% corresponde a mujeres y el 19% a hombres.⁷ Por otro lado, más de la mitad de los cuidadores del Programa realizaba tareas de cuidados por más de 12 horas al día; el 64% de los cuidadores presentaba algún nivel de sobrecarga.⁸ Datos a nivel nacional muestran que sólo un porcentaje muy bajo de los cuidadores (4% del total) reciben remuneración por su trabajo.⁹ Uno de los efectos del cuidado de largo plazo en personas con dependencia dice relación con la sobrecarga del cuidador, la que se define como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, que amenaza la salud física y mental del cuidador.¹⁰ Entre estos efectos se incluye el 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.¹¹

El programa se vincula al Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS) creado en el 2009 en virtud de la Ley N° 20.379. Este sistema se define como un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente¹² y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida. A la fecha, el SIPS está compuesto por dos Subsistemas: Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo. El PRLAC representa la estrategia básica para la constitución de lo que se esperaba fuera un tercer subsistema dentro del SIPS: el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC).¹³ Para entender la evolución del Programa (PRLAC) es entonces necesario conocer la historia del proceso de generación e implementación del SNAC.

El proceso de diseño del SNAC comenzó en el año 2014, radicando las decisiones en el Comité Interministerial de Desarrollo Social.¹⁴ Al momento de su diseño, el plan de implementación del SNAC consideró un escalamiento progresivo que cubriría las 345 comunas del país el año 2021 y estaría en régimen al 2023. El sistema definió su misión como “acompañar, promover y apoyar a las personas con dependencia y su red de apoyo. Esto incluye acciones públicas y privadas, considerando los distintos niveles de dependencia y la etapa de la vida de las personas”. Para esto, el sistema consideró la elaboración de un plan de cuidados para cada hogar beneficiario del sistema.¹⁵

ofrecer servicios de cuidados temporales o de respiro; y participar en actividades para fomentar la capacidad intrínseca. Los cuidadores pueden ser miembros de la familia, amigos, vecinos, voluntarios, cuidadores remunerados y profesionales de la salud. A lo largo del documento se utiliza el término genérico “cuidadores” en el entendido que estos pueden ser hombres y mujeres. Aun así, el documento hace hincapié en que tal como en otros países, en Chile éstos son en su gran mayoría mujeres.

⁷ Banco Mundial (2017). La sobrecarga, llamada también “síndrome del cuidador”, consiste en el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de personas enfermas, que afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional (Espinoza y Jofré, 2012).

⁸ Banco Mundial (2017).

⁹ Villalobos Dintrans (2019b)

¹⁰ Zarit (2002).

¹¹ PUC (2015).

¹² Perteneciente al 60% más vulnerable, de acuerdo con el Registro Social de Hogares del MDSF, dentro de las comunas en donde se implementa el Programa.

¹³ Banco Mundial (2017).

¹⁴ En el periodo 2014-2018 este Comité estaba compuesto por el Ministro de Desarrollo Social, Ministro de Salud, Ministro de Vivienda y Urbanismo, Ministro de Hacienda, Ministra del Servicio Nacional de la Mujer, Ministro del Trabajo y Previsión Social y Ministro de la Secretaría General de la Presidencia, y operaba mediante una Secretaría Ejecutiva a cargo de la jefatura de Gabinete de Ministro MDS. A partir de julio 2018 se incluyó al Ministro del Deporte.

¹⁵ MIDESO (2017).

El año 2015 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) implementó el Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados (FILAC)¹⁶ en 31 comunas,¹⁷ a modo de sistematizar experiencias desarrolladas a partir de los servicios y prestaciones ejecutadas en los territorios con población en situación de dependencia. Su implementación permitió evidenciar la necesidad creciente de servicios específicos para la población con dependencia, ajustado a las características propias de cada hogar: condición de salud permanente, curso de vida, variables psicosociales, presencia de redes de apoyo, entre otras. Como servicios, se ejecutaron los siguientes: visitas domiciliarias ambulatorias o de apoyo a personas con dependencia moderada o severa, iniciativas de alivio o respiro a los/as cuidadores,¹⁸ y capacitación en cuidados.

A fines del 2016 el SNAC inició la fase de implementación de su modelo de gestión en 12 comunas de seis regiones del país,¹⁹ para expandirse a un total de 22 comunas para el periodo 2016-2018.²⁰ Esta experiencia ha dado origen a la documentación metodológica y operativa del PRLAC en la actualidad.²¹ Una primera evaluación del proceso de implementación del SNAC fue realizada por Banco Mundial durante el 2017, que a efectos prácticos consideró cerca de seis meses de implementación. Por su parte, desde el 2016 y hasta el 2018 se ejecutó el Programa Servicio de Atención Domiciliaria para personas con dependencia (denominado Chile Cuida), a través de Fundación de las Familias (FUNFA) de la Dirección Sociocultural de la Presidencia. Este programa es la experiencia de base para uno de los actuales componentes del PRLAC (Servicios de Atención Domiciliaria, SAD).

Durante el proceso de desarrollo del SNAC, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia contó con la asistencia técnica del Banco Mundial (2015-2016) y un conjunto de estudios de preinversión realizados durante el 2015 referidos a costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes, perfiles de cuidadores, identificación y descripción de la oferta de servicios de cuidado para personas dependientes y una propuesta instrumento evaluación de dependencia.

Evolución del diseño del Programa: del SNAC al PRLAC

En sus inicios el sistema consideraba la entrega de los siguientes tipos servicios.²²

- Servicios de cuidados domiciliarios

¹⁶ El objetivo del Fondo era apoyar la implementación de modalidades de apoyos y cuidados existentes a nivel local para la protección y atención integral de familias. La idea fue conocer cómo se generaban estrategias desde el nivel local y el potencial existente en los municipios para fortalecer la oferta pública en las áreas de cuidado hacia personas con dependencia, con el fin de recoger experiencias y aprendizajes que permitieran fortalecer el diseño del Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados y optimizar su gestión a nivel local.

¹⁷ Arica, Monte Patria, Vicuña, Calera, Concón, Quillota, Malloa, Navidad, Rengo, Curicó, Yervas Buenas, Concepción, Carahue, Collipulli, Curacautín, Purén, La Unión, Lanco, Paillaco, Calbuco, Frutillar, Los Muermos, Maullín, Coyhaique, Guaitecas, Puntas Arenas, Peñaflo, Pudahuel, Puentes Alto, Recoleta y Santiago.

¹⁸ Tales como jornadas de reemplazo domiciliario al cuidador/a principal del hogar, y entrega de set de materiales para una mejor realización de las labores de cuidado.

¹⁹ Coyhaique, Cañete, Collipulli, Rancagua, La Calera, Peñalolén, Quinta Normal, Recoleta, Independencia, Santiago, Talagante, Pedro Aguirre Cerda.

²⁰ En general, las comunas fueron seleccionadas mediante la aplicación de un índice que se compone de diferentes variables que dan cuenta de la capacidad de gestión y de la demanda por apoyos y cuidados, que permitió priorizar las comunas que fueron invitadas a participar en los años 2016 al 2018. Por su parte, la determinación de cupos por comuna se realizó utilizando la información disponible en el Registro Social de Hogares sobre dependencia funcional. Detalles de esta tópic puede revisarse en Anexo N°3, sección A.1.b).

²¹ Documentación cuya consolidación y actualización se publicó a partir de julio 2019 (Ver en detalle en Anexo N° 3).

²² MIDESO (2017).

- Prevención de la dependencia
- Formación de cuidadores
- Servicios de respiro para cuidadores
- Adaptaciones y modificaciones de viviendas
- Cuidado institucional
- Subsidios monetarios

Estos servicios serían entregados a través de distintos programas públicos que, en principio, constituirían el SNAC y que fueron presentados por el MDSF por separado a evaluación ex ante de programas nuevos para el proceso presupuestario 2017.²³

- Red Local de Apoyos y Cuidados: programa eje del subsistema, encargado de realizar el diagnóstico de dependencia (MDSF).
- Respira: servicios de capacitación y respiro para cuidadores (MDSF).
- Adapta: adaptación funcional de viviendas (MDSF).
- Cuidados domiciliarios: visitas a hogar para brindar servicios de cuidados (SENAMA).
- Acción educativa: material educativo a familias sobre cuidados (MDSF).
- Tránsito a la vida independiente: servicios para cumplir los planes de cuidado (SENADIS).

El programa Red Local de Apoyos y Cuidados fue sometido a evaluación ex ante por MDSF el 2016, para dar inicio el 2017. En esta primera versión el PRLAC se planteó los siguientes objetivos:

- Fin: Contribuir en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía en los hogares con integrantes con dependencia
- Propósito: Hogares con integrantes con dependencia y sus cuidadores/as acceden a oferta de servicios y prestaciones sociales en apoyos y cuidados de manera organizada acorde a sus necesidades.

De acuerdo a lo informado por el programa, durante el proceso presupuestario descrito, el resto de los programas del MDSF que formaban parte del SNAC (aparte de PRLAC) no recibieron financiamiento.²⁴ Dado que el diseño del SNAC fue aprobado por el Comité MDSF pero los programas que lo componían no obtuvieron financiamiento, se definió una fase inicial de implementación del sistema, que implicó la adaptación de la Red Local de Apoyos y Cuidados, pues se debieron incluir los programas no financiados como líneas de acción; de manera de cubrir las prestaciones que se consideraron en el diseño original.

Como forma de proseguir con la implementación del Sistema, el PRLAC fue rediseñado y enviado a proceso de reformulación el año 2018, en donde absorbe parte de las iniciativas establecidas para los otros programas del SNAC y las agrupa en un único programa. En esta reformulación 2018, el PRLAC adquiere la forma vigente a la fecha de inicio de esta evaluación. En este nuevo proceso, se reformulan sus objetivos, quedando definidos como:

- Fin: Fortalecer el Sistema Intersectorial de Protección Social.
- Propósito: Personas en situación de dependencia moderada o severa, mantienen y/o mejoran el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

²³ Adicionalmente, el SNAC incorporó los beneficios otorgados por el Programa Chile Cuida, dependiente de la Dirección Sociocultural de la Presidencia, que entregaba servicios de respiro, capacitación y subsidios a cuidadores informales.

²⁴ Esto, según lo comunicado por la contraparte PRLAC. Es necesario hacer esta aclaración ya que, por ejemplo, los programas Adapta y Respira sí aparecen recibiendo financiamiento el 2017 en las fichas de monitoreo del MDSF (programassociales.ministeriodedesarrollosocia.gob.cl). De acuerdo a lo informado por dicha contraparte, estos presupuestos venían desde fondos de otro programa de la institución: Habitabilidad.

Finalmente, para efectos de esta evaluación, el Panel evaluador sugirió al Programa ajustar estas definiciones, así como la de los componentes, para considerar en la evaluación una matriz de marco lógico mejorada que reflejara la realidad concreta del Programa. Estas definiciones fueron consensuadas y validadas por el Programa, y son las siguientes:

- **Fin:** Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país, que participa en el Sistema de Protección Social.
- **Propósito:** La diáda persona en situación dependencia funcional / cuidador principal²⁵ disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial²⁶ posterior a la implementación del Programa.

La siguiente figura muestra la evolución del programa en los últimos años, desde su implementación como un componente del SNAC, hasta su versión actual, en la que se implementa como un programa público del MDSF.

Figura Nº 1. Línea de tiempo SNAC - PRLAC



Fuente: Elaboración propia.

El Programa se organiza en torno a tres componentes, a través de los que entrega los siguiente bienes y servicios a sus beneficiarios:²⁷

- **Componente 1: Plan de Cuidados.** Este componente, mediante un trabajo conjunto de las entidades locales que componen la red local, produce una propuesta específica de intervención en el hogar, con apoyos y cuidados tanto para la PSDF como para el cuidador/a principal no remunerado. La propuesta se estructura y formaliza en un “Plan de Cuidados”, que pasa a constituir la guía de acción para la provisión de los servicios que se entregan en los componentes 2 y 3, junto con otras prestaciones cuya oferta ya existe a nivel local (desde salud y sector social).²⁸ La materialización de la entrega de

²⁵ Para efectos de esta evaluación, se entenderá por diáda al conjunto persona en situación dependencia funcional-cuidador principal.

²⁶ En el contexto de esta evaluación, se entenderá como vulnerabilidad biopsicosocial de la diáda a: i) Nivel de funcionalidad en personas en situación de dependencia funcional, medida a través del instrumento usado por el PRLAC; ii) Nivel de sobrecarga en cuidadores principales, medida a través del instrumento usado por el PRLAC.

²⁷ En Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa, se describen los procesos de producción en detalle de cada componente.

²⁸ El Plan de cuidados se considera un componente del PRLAC en la medida que sirve no solo como instrumento para seleccionar beneficiarios, sino además entrega servicios concreto a éstos: una evaluación de funcionalidad y una estrategia específica para hacer frente a los problemas derivados de la situación de dependencia de la o las personas en el hogar beneficiario.

los bienes y servicios comprometidos en dicho plan puede requerir la contratación de servicios o bien la coordinación al interior de las entidades que componen la red local, acción que se denomina “Derivación”, y que constituye un servicio que no desliga al programa del resultado de la ejecución del plan de cuidados, sino todo lo contrario, lo involucra activamente en la entrega de soluciones a los hogares beneficiarios.

La secuencia de producción del componente incluye: a) Evaluación de funcionalidad y necesidad de apoyos y cuidados en el hogar; b) Elaboración de versión preliminar del plan de cuidados; c) Entrega al hogar de la versión preliminar del plan de cuidados; d) Elaboración de la versión final del plan de cuidados, incluyendo necesidades de acompañamiento.

- Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria (SAD). Es una prestación que otorga al hogar beneficiario, en el que un Asistente de Cuidados va al hogar y realiza una serie de prestaciones predefinidas.²⁹ En la jerga de la literatura de cuidados, este componente entrega “servicios de respiro”³⁰ a los cuidadores principales de cada hogar. El servicio consiste en proveer al hogar de la selección, contratación y nivelación de conocimientos de un Asistente de Cuidados que asiste al hogar por un periodo acordado de hasta ocho (8) horas semanales, y de un proceso de aseguramiento de calidad de este servicio.

La secuencia de producción del componente incluye: a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución; b) Preparación del servicio; c) Planificación del servicio; d) Ingreso a domicilio; e) Devolución; f) Desarrollo de la prestación.

- Componente 3: Servicios Especializados (SSEE). Consiste en poner a disposición de los hogares beneficiarios dos tipos generales de productos, servicios y especies, cuya apertura da cuenta de un catálogo que suma un total de 41 tipos de prestaciones y/o servicios especializados, que permiten prevenir la progresión de la dependencia, y promover la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria en personas con dependencia y sus redes de apoyo. En los primeros se encuentran actividades provistas por profesionales, técnicos y oficios que buscan satisfacer las necesidades del hogar, otorgando ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, entre otras prestaciones. En los segundos, se dispone de un conjunto de objetos fungibles, tales como artículos de aseo, artículos de cuidado, equipamiento para la vivienda, alimento complementario e indumentaria, que apoyan y complementan las labores desarrolladas por los integrantes del equipo PRLAC durante la ejecución del programa en el territorio. La concepción original de este componente es de complementariedad con la oferta local existente, en particular de salud, aunque en la práctica se privilegia la oportunidad del servicio para los beneficiarios del programa, por lo cual no necesariamente se resguarda la articulación efectiva con dicha oferta pública.

La secuencia de producción del componente incluye: a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución; b) Planificación del servicio; c) Ingreso al hogar; d) Evaluación y diagnóstico; f) Desarrollo de la prestación.

Con respecto a la modalidad de producción de los componentes del Programa, se puede

²⁹ Ver detalle en sección “Estrategia de intervención del Programa”

³⁰ Los programas de respiro corresponden a servicios en donde un cuidador formal reemplaza por un tiempo limitado al cuidador familiar en sus labores, de manera de permitirle algunas horas en que el cuidador se ve liberado de sus tareas habituales.

señalar que el proceso de producción del Componente 1 está a cargo del Encargado/a Comunal de la red local y del Equipo que conforman las entidades integrantes de dicha red.³¹ La producción del Componente 2 se realiza bajo la responsabilidad directa del Coordinador SAD de la Red Local, que a su vez depende del Encargado/a Comunal, y colaboran la OMIL y SENCE. La producción del Componente 3 se realiza bajo la responsabilidad directa del Coordinador SSEE de la Red Local, que a su vez depende del Encargado/a Comunal, y con la intervención directa de todas la Entidades de Red Local que proveen servicios o especies pertinentes a los Planes de Cuidados comprometidos con los hogares beneficiarios.

Para el Programa el relato anterior da cuenta del proceso de evolución del PRLAC, desde su concepción temprana como un sistema de cuidados, mediante una implementación gradual, a modo piloto 2016-2018, que incluye la consolidación de otros programas inicialmente considerados (Respiro, Adapta, TVI, etc.), que actualmente está en etapa de escalamiento progresivo (incremento de 22 a 62 comunas el 2020), y que está en proceso de preparación de la normativa legal para ingresar al Comité Interministerial de Desarrollo Social para su creación como el tercer subsistema del SIPS.³²

Con el fin de facilitar la comprensión del documento, se entenderá en adelante el “Programa”, o PRLAC, al definido por los objetivos y componentes descritos en la matriz de Marco lógico previamente señalada y que se detalla en el Anexo 2.

2. Caracterización y cuantificación de población potencial³³ y objetivo³⁴

Caracterización de la población potencial

El programa define su población potencial a la diada compuesta por las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) moderada o severa y sus cuidadores.³⁵

De acuerdo con la CASEN 2017³⁶ las personas con **dependencia funcional**:

- a) Tienen dificultades extremas o presentan imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, o
- b) Reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales.

Se entenderá por:³⁷

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos), bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina), moverse/desplazarse dentro de la

³¹ Equipo comunal de la Red Local Básica se compone del encargado de la red local, más coordinadores para los servicios de atención domiciliaria (SAD) y servicios especializados. Adicionalmente, la Red se complementa con la participación de otras entidades, con oferta disponible a nivel comunal, de diversos servicios sociales, salud y otros. Para mayor detalle, ver Anexo 3.

³² Que de acuerdo al Artículo 4º de la Ley 20.379, se requiere su promulgación mediante Decreto Supremo.

³³ Población potencial: corresponde a la población total que presenta la necesidad y/o problema que justifica el programa y por ende pudiera ser elegible para su atención.

³⁴ Población objetivo: población que el programa tiene considerado / planificado atender.

³⁵ Como se verá enseguida, el Panel considera un error descartar de la población potencial a las PSDF leve, por cuanto presentan dicha condición, aunque en un grado menor que aquellas consideradas moderadas y severas. En la población objetivo el programa puede plantearse atender a todo el grupo PSDF o una parte de éste, por ejemplo, sólo aquellos con mayor apremio (moderados y severos).

³⁶ El programa ocupa la definición CASEN.

³⁷ Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010); Gajardo (2019). En el caso de PRLAC, para la definición de dependencia se utiliza la información disponible en el módulo de salud del Registro Social de Hogares (RSH).

casa, utilizar el W.C. o retrete, acostarse y levantarse de la cama y vestirse.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar sus tareas del hogar, hacer o recibir llamadas.

A partir de las definiciones anteriores, se define operacionalmente como dependencia moderada y severa lo siguiente:

Dependencia moderada: Incapacidad para bañarse (ABVD), o Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 o más ABVD, o Necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 3 o más AIVD, o Incapacidad para efectuar 1 AIVD y necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD.

Dependencia severa: Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), o Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

De acuerdo a la CASEN 2017, **el/la cuidador/a principal** corresponde al hombre o mujer, de edad mayor o igual a 18 años, que destina más horas a las labores de cuidado de forma remunerada y no remunerada. Para efectos de la estimación de los cuidadores/as principales, en general se supone que por cada persona en situación de dependencia (moderada o severa) existe un cuidador/a principal. Sin embargo, los datos del PRLAC muestran que esta relación (a partir de la ejecución del programa entre 2016 y 2018), no es 1:1, sino 1:0,88.³⁸

Caracterización de la población objetivo

El programa define su población objetivo a la díada compuesta por las personas de 60 o más años de edad en situación de dependencia funcional moderada o severa y aquellas personas en situación de discapacidad con dependencia de cualquier edad, y sus cuidadores, personas mayores de 18 años, que pertenecen a hogares en el estrato del 60% o menor de calificación socioeconómica declarada en el Registro Social de Hogares (RSH). No incluye a personas dependientes en Hogares o Residencias.

Cuantificación de la población potencial y objetivo

No existen datos periódicos respecto de la situación de dependencia funcional en el país. Una aproximación a la cantidad de personas dependientes es posible estimarla a través de los datos de la encuesta CASEN. Si se considera que la población potencial son **todas las personas con algún grado de dependencia funcional**,³⁹ independiente de su edad⁴⁰ y condición socioeconómica, usando datos CASEN 2017 se determina que ésta alcanza a 672.006 personas en 2017.⁴¹

Respecto de **los cuidadores**, es posible asumir que cada persona en situación de dependencia requiere de al menos un cuidador. Este parece ser un criterio adecuado, considerando que, por definición, un dependiente es una persona que requiere ayuda de un tercero. Esta definición, también es importante, ya que considera el concepto de la “díada de cuidados”. Usando estas definiciones las estimaciones para las poblaciones son las

³⁸ Los datos del sistema SNAC muestran que para 1.896 PSDF atendidos (2017-2019), se identifican 1.671 cuidadores/as. La diferencia, 225, se compone de 87 casos de PSDF que viven solos en su hogar, más 138 casos que viven con alguien más pero no se identifica un Cuidador principal.

³⁹ Leve, moderada o severa.

⁴⁰ La metodología y datos propuestos por SENAMA (2010) y utilizados en la encuesta CASEN aplican para personas mayores de 15 años.

⁴¹ Usando la misma metodología, los datos de CASEN 2015 muestran que el número de PSDF en el país era 625.484 (Villalobos Dintrans, 2019a).

siguientes:⁴²

Cuadro Nº 1. Población Potencial y Objetivo PRLAC, 2016-2019

Año	Población Potencial (PP)			Población Objetivo (PO)			Cobertura PO / PP (%)
	PSD	Cuidador	Total	PSD	Cuidador	Total	
2016	672.006	672.006	1.344.012	331.185	331.185	662.370	48,28%
2017	672.006	672.006	1.344.012	349.787	349.787	669.574	52,05%
2018	672.006	672.006	1.344.012	364.463	364.463	728.926	54,24%
2019	672.006	672.006	1.344.012	339.399	339.399	678.789	50,51%
% Var 2016-2019	-	-	-	2,5%	2,5%	2,5%	1,2%

Fuente: Elaboración propia, en base a CASEN 2017 y RSH 2020.

En primer lugar, las cifras de población potencial provienen de la estimación para el año 2017, por lo que no se presenta variación en el periodo de evaluación. Sin embargo, es esperable que esta cifra vaya en aumento, en línea con el incremento en la población de personas mayores en el país. En efecto, el aumento en el número de dependientes en el país entre 2015 y 2017 es de 7,44%. Estimaciones usando los datos de prevalencia de dependencia de las CASEN 2015 muestra que, considerando el envejecimiento poblacional del país, el número de dependientes se duplicaría al 2045.⁴³

Se observa que al aplicar los criterios de focalización a la población potencial, ésta se reduce prácticamente a la mitad, lo que muestra que el Programa parte desde una base que considera al 50% de la población que presenta el problema en el país. Esta reducción se debe a la exclusión de personas con dependencia leve (aproximadamente un tercio del total de los dependiente)⁴⁴ y, por otra parte, a la exclusión de personas pertenecientes a hogares que no se encuentran dentro del 60% más vulnerable, de acuerdo al RSH.

3. Antecedentes presupuestarios

Como se observa en el cuadro, el presupuesto asignado al Programa (que incluye tanto la asignación directa como los aportes de la institución responsable)⁴⁵ ha ido aumentando en el tiempo, registrando un aumento de 932% entre el periodo 2016-2020, equivalente a un aumento de más de 10 veces respecto del asignado el año 2016.

Cuadro Nº 2. Presupuesto Asignado al Programa en Ley de Presupuestos, 2016-2020 (miles \$ 2020)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuestos)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2016	51.197.236	637.003	1,24%

⁴² Un escenario alternativo es, usando los datos de cuidadores que provienen de los registros del sistema SNAC, considerar que por cada PSDF existen 0,88 cuidadores. Esto significa que para el 2019 las poblaciones potencial y objetivo del Programa de los Cuidadores pasarían a ser 592.258 y 299.122, respectivamente.

⁴³ Villalobos Dintrans (2018).

⁴⁴ Villalobos Dintrans (2019a).

⁴⁵ Como aporte de la institución (Subsecretaría de Servicios Sociales) se consideró la remuneración del equipo SNAC en el periodo solicitado y se agregó a las contrapartes regionales. El valor estimado para las contrapartes regionales fue de un 10% de la jornada anual. No se hizo distinción entre profesionales en condición contractual honorarios (sólo en 2016) y condición contractual contrata. Los montos corresponden a renta bruta promedio diciembre de cada año, con excepción del año 2019 que se informa renta de octubre. Respecto del año 2020, se utilizó la última renta informada al momento de realizar el ejercicio (2019). Adicionalmente, se agregó para el año 2017 en subtítulo bienes y servicios de consumo el presupuesto destinado a la mantención evolutiva del Sistema de registro, monitoreo y derivación SNAC que fue financiado con recursos del Centro de Costos de la División de Promoción y Protección Social.

2017	57.392.773	1.847.712	3,22%
2018	61.589.601	3.352.650	5,44%
2019	66.331.626	3.342.409	5,04%
2020	74.401.688	6.572.542	8,83%

Fuente: Anexo 5.

Este aumento es significativamente mayor al del presupuesto de la institución responsable (45%), lo que se refleja en un importante incremento de la proporción de presupuesto que representa el programa dentro del presupuesto de la Subsecretaría de Servicios Sociales.⁴⁶ El aumento presupuestario se explica tanto por las cifras de puesta en marcha del Programa en sus primeros años, como por el aumento de coberturas (de 12 comunas en 2016 a 22 en 2019).

El siguiente cuadro muestra el presupuesto total del PRLAC que incluye recursos públicos desde distintas fuentes: por una parte, la asignación presupuestaria directa al programa (Sistema Nacional de Cuidados), por otro lado, el aporte de la institución responsable al programa, que consiste principalmente en gastos en personal (de acuerdo con lo explicado en los párrafos anteriores), y finalmente, el aporte de las municipalidades al programa. Este aporte es considerado como presupuesto proveniente de otras instituciones públicas, pero es necesario interpretar con cautela. En primer lugar, se debe aclarar que si bien estos recursos forman efectivamente parte del Programa, dichos aportes son voluntarios y, por lo tanto, no son exigible a las municipalidades.⁴⁷ Lo anterior hace que, a pesar de que estos son recursos que complementan para la implementación del Programa, no sean “presupuestables”, esto es, el Programa no los conoce con anticipación y por lo tanto, no pueden ser usados para la planificación de las actividades del PRLAC. De todas formas, estos recursos representan una proporción pequeña del presupuesto total del Programa y que ha ido disminuyendo en el tiempo (3% en 2016, 0,8% en 2017 y 0,5% en 2019). Los valores de estos aportes fueron obtenidos desde el Sistema de Gestión de Convenios SIGEC, plataforma que permite hacer seguimiento técnico y financiero del Programa.⁴⁸

La distribución de fuentes de recursos ha ido variando en el tiempo, pero viene predominantemente desde la asignación directa al Programa: mientras en 2016 ésta representaba el 88% del total del presupuesto del PRLAC, en 2019 alcanzó casi el 95%.⁴⁹

En términos de planificación presupuestaria, el Programa muestra todos los años diferencias entre el presupuesto inicial y el vigente, que reflejan los ajustes realizados durante el año al presupuesto del programa. Las diferencias se explican por cambios en dos ítems: bienes y servicios de consumo (años 2016 y 2019) y transferencias (años 2017 y 2019). En 2016 la asignación 351, en el subtítulo 22 tuvo un incremento presupuestario de MM\$40, destinados a la adquisición de material (organizadores para el cuidado)

⁴⁶ Se consideró como institución responsable a la Subsecretaría de Servicios Sociales. El presupuesto considerado incluye exclusivamente el de la Partida 21, Capítulo 01, Programa 01, desde donde se asigna presupuesto directo al Programa a través de la línea “Sistema Nacional de Cuidado”. Sin embargo, el Presupuesto completo de la Subsecretaría incluye además el presupuesto destinado al Ingreso Ético Familiar y Sistema Chile Solidario (Partida 21, Capítulo 01, Programa 05).

⁴⁷ Los términos y condiciones de la modalidad de transferencia de recursos (Resolución Exenta 0377, mayo 2018, MDSF), que son la base de los convenios suscritos con las municipalidades, no establecen ningún requerimiento de financiamiento de contraparte de los municipios. Esta no exigencia se relaciona al conocimiento de estrechez financiera de la mayoría de los municipios del país, lo cual pudiese poner en riesgo su participación en el programa, y claramente no fue un criterio incorporado en el mecanismo de selección de las comunas según el índice de Selección de Comunas (para mayor detalle de este punto, ver Anexo 3, sección A.1.b).

⁴⁸ Estos aportes se encuentran directamente identificados en la plataforma, reportados por las municipalidades.

⁴⁹ No se considera la distribución de recursos para el 2020 porque que no incluye el aporte de las municipalidades al Programa; dado que estos recursos no son exigibles, esta cifra es conocida *ex post*, una vez que los recursos son transferidos desde el PRLAC a las municipalidades.

necesario para la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Para los años 2017 al 2020, los recursos corresponden a la adquisición de organizadores para el cuidado, cuadernos metodológicos, kit de estimulación, instrumentos metodológicos, jornadas de asistencia técnica. En el caso de la mantención del Sistema de Registro, Monitoreo y Derivación SNAC, a partir del año 2018, se consideran también los recursos en este subtítulo. En 2019 se incrementó el presupuesto en \$440 millones para el pago de la asistencia técnica del Banco Mundial.

**Cuadro Nº 3. Presupuesto Total del Programa en Ley de Presupuestos, 2016-2020
(miles \$ 2020)**

Año	Presupuesto total del programa (incluye todas las fuentes de financiamiento)	Presupuesto inicial del Programa proveniente de la Institución Responsable (a)	Presupuesto vigente del Programa proveniente de la Institución Responsable (b)	Planificación presupuestaria (%) (b/a)
2016	657.570	637.002	680.902	105,0%
2017	1.867.840	1.847.712	2.669.088	140,5%
2018	3.380.880	3.684.635	3.684.586	109,9%
2019	3.359.902	3.793.849	3.774.786	112,9%
2020	6.572.542	6.386.405	-	-
% Variación 2016-2020	999,5%	1002,6%	-	-

Fuente: PRLAC

II. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación que se realiza corresponde a la de un programa público, sin embargo, dada su justificación y estrategia escogida, que pone como horizonte de mediano - largo plazo la conformación de un futuro subsistema del Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS), no puede soslayar que los diseños conceptuales y operativos se orienten hacia dicha finalidad. Ello no significa que al programa se le exija en la evaluación desarrollar todos los componentes de un sistema o subsistema como el señalado, pues ello implicaría por ejemplo analizar y evaluar la creación y avance de los aspectos normativos (ley de creación del subsistema), diseño organizacional del subsistema (que da cuenta de los arreglos institucionales organizacionales que garanticen la intersectorialidad), entre otros aspectos. En este sentido, y especialmente en el análisis de la implementación del programa, se hace referencia a los subsistemas ya creados en el SIPS,⁵⁰ como una invitación a observar un eventual rediseño del programa acorde los aprendizajes disponibles en estos subsistemas, y no como un estándar de contrastación.

Un segundo aspecto a tener presente se refiere al ejercicio preliminar que realizó el Panel evaluador con el programa en términos de consensuar una matriz de marco lógico mejorada, que superase las evidentes falencias de la matriz reformulada el 2018, y que recogiese de mejor forma la comprensión y prácticas que efectivamente el equipo del programa sustentaba al 2019. Este ejercicio significó una nueva matriz de marco lógico y un conjunto nuevo de indicadores, a partir del cual evaluar al programa, pero también dejar una base a completar en el futuro inmediato.

1. Justificación y Análisis de la Estrategia del Programa

Considerando lo anterior, en esta sección se presenta un análisis respecto al problema que da origen al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC) y a la falla de mercado que lo sustenta. Para esto, el Panel reunió los antecedentes cuantitativos y cualitativos que permiten describir la situación actual y la evolución de esta problemática en el tiempo, y se desarrolla un diagnóstico completo y actualizado. En base a lo anterior, se evalúa que se justifica la intervención del Estado en esta materia.

Actualmente, Chile se encuentra experimentando un proceso de cambio demográfico, caracterizado principalmente por un rápido envejecimiento poblacional. Este cambio ha significado, entre otras cosas, un importante incremento de la población de personas mayores, tanto en términos absolutos, como relativos: mientras el porcentaje de personas mayores de 60 años era 9,8% en 1992, este se incrementó hasta 16,2% en 2017, alcanzando 2.850.171 personas.⁵¹ El porcentaje de personas mayores respecto del total de la población en Chile se duplicará en los próximos 25 años; este mismo cambio tomó alrededor de 70 años a países que iniciaron su transición demográfica con anterioridad, lo que muestra la rapidez con que ocurre el proceso de envejecimiento poblacional en el país.⁵² Además de su rapidez, otra característica del actual proceso de envejecimiento en el país tiene que ver con que éste se explica principalmente por un incremento de “los viejos entre los viejos”, es decir, personas mayores de 80 años.⁵³

⁵⁰ Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo.

⁵¹ Instituto Nacional de Estadísticas (2017).

⁵² United Nations (2019).

⁵³ Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2017).

Uno de los principales desafíos relacionados con el incremento de la población de personas mayores es el aumento en la demanda por servicios de cuidados de largo plazo. La evidencia nacional e internacional señala que si bien ambos conceptos (envejecimiento y cuidados de largo plazo) no son sinónimos, sí se encuentran estrechamente relacionados: se espera que el aumento de la población de personas mayores sea el principal motor tras el aumento en servicios de cuidados en los próximos años, ya que tanto la prevalencia como la gravedad de las necesidades de cuidados aumentan con la edad.⁵⁴ Por otra parte, los cambios que diversas sociedades han experimentado en el último tiempo- por ejemplo, la reducción en el número de hijos, la mayor participación laboral de las mujeres, y los cambios en los roles de género- dificultan la sustentabilidad de las estrategias tradicionales para afrontar estos problemas, con la familia como un pilar fundamental, una oferta casi exclusivamente en base a cuidadores informales, y la nula intervención del Estado.⁵⁵

La Organización Mundial de la Salud define cuidados de largo plazo como las “actividades desarrolladas por terceras personas para garantizar que aquellas personas con una pérdida significativa de capacidad intrínseca puedan mantener un nivel de capacidad funcional consistente con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana”.⁵⁶

El Programa responde en su lógica a la construcción de un sistema de cuidados de largo plazo. Éstos se definen como sistemas nacionales que garantizan unos cuidados de este plazo que sea apropiada, asequible, accesible y que defienda los derechos de las personas con dependencia y sus cuidadores por igual. Dependiendo del contexto nacional, el financiamiento y los cuidados pueden ser proporcionados por una combinación de familias, la sociedad civil, el sector privado y/ o el sector público. Los gobiernos no necesitan hacer todo, pero deben asumir la responsabilidad general de garantizar el funcionamiento del sistema.⁵⁷

Con el fin de hacer frente a estos importantes cambios, la Organización Mundial de la Salud ha realizado un llamado a la implementación de sistemas de cuidados de largo plazo en todos los países del mundo, como manera de coordinar las respuestas a los procesos de envejecimiento en los países⁵⁸ y como una respuesta eficaz y eficiente a los desafíos asociados a los incrementos de las necesidades de cuidados en el país.⁵⁹

En función de este análisis, se concluye que la acción del Programa se encuentra justificada, considerando:

- El acelerado proceso de envejecimiento poblacional y el consecuente incremento esperado en la demanda por servicios de cuidados.
- Los cambios socioculturales que dificultan la sustentabilidad de las estrategias de cuidados tradicionales, basadas principalmente en la familia.
- La necesidad de contar con un sistema coordinado que permita dar respuestas a estas demandas no cubiertas con eficacia y eficiencia, a lo largo del curso de vida.

Descripción del Problema

⁵⁴ Manton y Stallard (1994), Freedman et al., (2008), Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010), Colombo et al. (2011), Carrera et al. (2013).

⁵⁵ Colombo et al. (2011), Norton (2016).

⁵⁶ World Health Organization (2015).

⁵⁷ World Health Organization (2017).

⁵⁸ World Health Organization (2016).

⁵⁹ Villalobos Dintrans (2018).

Como se presentó anteriormente, el motor del aumento en las necesidades de cuidados de largo plazo es el envejecimiento poblacional, considerando que tanto la prevalencia como la severidad de la dependencia funcional aumentan con la edad. La falta de un sistema de cuidados que dé respuesta a sus necesidades no permite responder de manera adecuada a estas necesidades: por una parte, la inexistencia de acciones coordinadas, tanto públicas como privadas, no permite prevenir ni revertir el aumento de la prevalencia de dependencia en la población,⁶⁰ por otro lado, la falta de un sistema o programa no da respuesta a las necesidades directas de la población, recayendo la mayor parte de la carga de los cuidados en las familias. Nuevamente, la transición demográfica (menos adultos por personas mayores) y los cambios culturales y sociales (por ejemplo, aumento de las tasas de participación laboral femenina y cambios en el rol de la mujer en la sociedad) hacen que el esquema tradicional de cuidados, basado en el cuidado informal por parte de las familias, se vuelva poco sustentable en la actualidad.⁶¹

Actualmente existen más de 600 mil personas (mayores de 15 años) en el país que presentan algún grado de dependencia.⁶² De éstos, cerca de un 60% corresponde a personas mayores de 65 años. Por otra parte, la prevalencia de la dependencia es mayor en mujeres que en hombres. Finalmente, si bien para la población total la distribución de la severidad de la dependencia (entre leve, moderada y severa) es equitativa, el porcentaje de personas con dependencia severa aumenta significativamente con la edad: por ejemplo, mientras el porcentaje de dependientes severos es menor a 20% entre los 45 y los 70 años, y supera el 30% para los mayores de 80 años.⁶³

Adicionalmente, otro grupo de la población que se ve afectado por la falta de políticas públicas para cuidados son los cuidadores.⁶⁴ La falta de apoyos genera que ellos vean limitadas sus opciones para educarse y trabajar, y genera importantes problemas de salud debido a la naturaleza de la tarea que desarrollan. La existencia de cuidados informales genera en consecuencia brechas de ingreso y salud en los cuidadores, que en parte podrían ser mitigadas con la implementación de programas o sistemas de cuidados.⁶⁵

Estos problemas se visualizan en la Figura N°2, en la cual, por una parte, se muestra cómo el envejecimiento (entendido como el principal motor en el aumento de la dependencia) y la falta de respuestas coordinadas a la presencia de dependencia en la población incrementan el problema; por otra parte, la falta de un sistema de cuidados no permite el acceso a prestaciones a dependientes que den respuesta a sus necesidades y genera una mayor sobrecarga sobre los cuidadores informales, quienes también se ven involucrados en un círculo vicioso con mayores necesidades y menores recursos (incluyendo menor protección social) para enfrentar su día a día.⁶⁶

Considerando ambos tipos de poblaciones, existirían más de un millón de personas con

⁶⁰ World Health Organization (2015).

⁶¹ Colombo et al. (2011), Norton (2016).

⁶² Villalobos Dintrans (2019a, 2019b).

⁶³ Villalobos Dintrans (2019a).

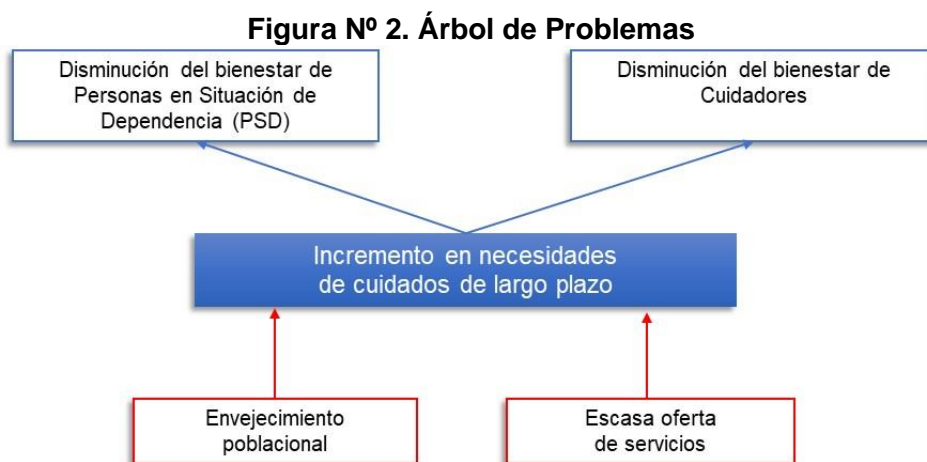
⁶⁴ Considerando las definiciones y servicios ofrecidos por el Programa, se define que la población potencial para los cuidadores comprende a cuidadores principales que desempeñan las labores de cuidado de manera no remunerada. Si bien existen diversas maneras de clasificar a un cuidador, usualmente se refiere a este grupo como el de cuidadores informales (usualmente familiares, sin formación y que realizan las labores de manera no remunerada), para distinguirlo de los cuidadores formales (que tienen formación y realizan actividades de cuidado dentro del contexto de un mercado laboral formal).

⁶⁵ Villalobos Dintrans (2019b).

⁶⁶ Villalobos Dintrans (2019b).

algún tipo de necesidad de servicios de cuidados (dependiente o cuidador) en el país. Se espera que esta cifra se duplique en los próximos 25 años, a consecuencia del envejecimiento de la población, lo que hace aún más necesario el diseño e implementación de políticas en este tema.

Estos problemas se ilustran en la figura siguiente, en donde se refleja el doble desafío enfrentado por el Programa a la hora de abordar el aumento en la dependencia funcional en la población y el consecuente incremento en las necesidades de cuidados de largo plazo, que involucran tanto a PSDF como a cuidadores. Como se plantea en la sección introductoria, el propósito del Programa apunta justamente a solucionar este problema, esto es, la reducción de la vulnerabilidad biopsicosocial de la diada, que en términos concretos se evalúa a través del nivel de funcionalidad para las PSDF y la sobrecarga en cuidadores.



Fuente: Elaboración propia.

Estrategia de intervención del programa

La estrategia de intervención que utiliza el Programa se basa en tres componentes:

- a) Componente 1: a través del que se realiza la clasificación de dependencia (que permite la selección de beneficiarios), identificación de necesidades y establecimiento de un plan de cuidados, seguimiento y reevaluación de los beneficiarios.
- b) Componente 2: servicio de respiro⁶⁷ para cuidadores informales, a través de los servicios de cuidadores capacitados por el programa, que relevan a los cuidadores del hogar, y capacitación de éstos, típicamente en formato de taller para nivelación de conocimientos o aprendizaje de nuevos contenidos.
- c) Componente 3: conjunto de otras prestaciones especializadas que se ofrecen al beneficiario de acuerdo a sus necesidades particulares

El Componente 1 sirve tanto como puerta de entrada al programa (selección de beneficiarios), como para definir los beneficios a obtener a través de este (paquete de prestaciones), ya que la evaluación inicial no sólo permite clasificar a las personas por nivel de dependencia, sino, además, elaborar un plan de cuidados para el beneficiario.⁶⁸

⁶⁷ Los programas de respiro corresponden a servicios en donde un cuidador formal reemplaza por un tiempo limitado al cuidador familiar en sus labores, de manera de permitirle algunas horas en que el cuidador se ve liberado de sus tareas habituales.

⁶⁸ El plan de cuidados se elabora en base a la necesidad de apoyo para realizar una serie de actividades de la vida diaria.

El Componente 2 se enfoca tanto a cuidadores como a las personas dependientes, ya que, por una parte, entrega “respiro” a las labores del cuidador en el hogar y, por otro lado, brinda un servicio de cuidados al dependiente a través de personal capacitado. El componente envía un “asistente” al hogar, quien con los beneficiarios, deciden qué actividades se desarrollarán en las visitas.⁶⁹

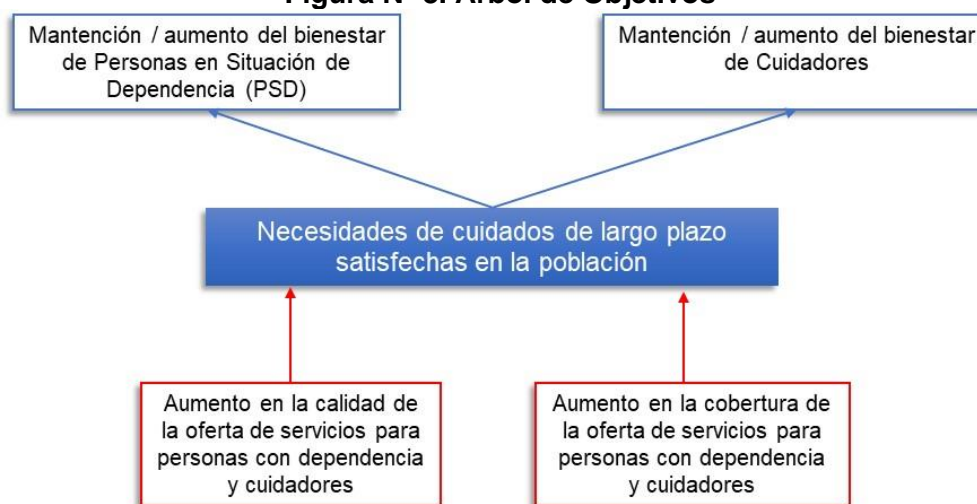
Finalmente, el Componente 3 complementa la oferta de servicios del Programa, a través del despliegue de las ofertas de las entidades que componen la red local, que operan en la comuna.

Identificación de la población

En su diseño, el Programa describe su población objetivo, esto es aquella que presenta la necesidad y/o el problema, como todas aquellas personas que presentan algún grado de dependencia funcional (independiente de su nivel de severidad), así como todos los cuidadores principales.

En cuanto a la población objetivo del Programa, esta se restringe a aquellas personas que presentan dependencia moderada o severa (dejando de lado a los dependientes leves) y sus cuidadores. Adicionalmente, se incluye un criterio de vulnerabilidad, a través del que se restringe la entrega del programa al 60% más vulnerable, de acuerdo con el Registro Social de Hogares del MDSF.

Figura N° 3. Árbol de Objetivos



Fuente: Elaboración propia.

Tanto el diagnóstico de necesidades como la oferta disponible en la comuna influyen en la determinación del plan de cuidados a ofrecer.

⁶⁹ El componente ofrece 36 posibles actividades al beneficiario. Entre estas se encuentran (Ver Instrumento N° S11 del PRLAC “Plan de Apoyo - Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)”: Higiene y cuidado personal; Apoyo funcional; Apoyo en uso correcto de los medicamentos; Apoyo para la alimentación e hidratación; Aseo y orden de la unidad; Actividades recreativas, sociales y vinculación familiar (Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona; Apoyo o acompañamiento para la vinculación familiar, social y barrial); Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicios (Acompañamiento y apoyo en el uso de los servicios de salud; Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales).

2. Desempeño del Programa: Eficacia y Calidad

En esta sección se analiza la eficacia y calidad del desempeño del programa en los distintos niveles de resultados (componentes, intermedios y finales) y su cobertura y focalización. Esta tarea se aborda tomando como referencia los anexos de trabajo.⁷⁰

En el periodo 2016-2019, el Programa se desplegó en 22 comunas, abordando más de 1.800 hogares en su conjunto.⁷¹ Las coberturas comprometidas en los convenios de transferencia suscritos por los municipios son las que se indican en el siguiente cuadro, que señala que al 2016, primer año de ejecución del Programa, se incorporaron 12 comunas con una cobertura estimada de 937 hogares, al año siguiente se agregaron 8 comunas y 326 nuevos hogares (91 de los cuales en comunas ingresadas el 2016), y el 2018 se incorporaron 2 comunas y 542 nuevos hogares (372 de los cuales en comunas ingresadas el 2016 y 2017).⁷² El 2019 no se hizo una nueva convocatoria, por lo cual el programa ejecutó recursos en las 22 comunas vigentes al 2018, para 1.805 hogares beneficiarios.

**Cuadro N° 4. Coberturas comprometidas por Municipios, 2016-2019
(N° de hogares acumulados a cada año)**

Comuna	Año de convocatoria			
	2016	2017	2018	2019
Alto Hospicio	-	30	54	54
Arica	-	-	70	70
Calama	-	25	46	46
La Calera	59	60	79	79
Cañete	30	37	72	72
Chillán	-	-	100	100
Collipulli	35	42	75	75
Copiapó	-	42	62	62
Coyhaique	34	50	64	64
Independencia	77	92	117	117
Los Vilos	-	30	33	33
Natales	-	30	50	50
Paillaco	-	25	46	46
Pedro Aguirre Cerda	110	110	110	110
Peñalolén	122	122	122	122
Purranque	-	25	46	46
Quinta Normal	72	82	100	100
Rancagua	162	162	162	162
Recoleta	126	126	156	156
San Clemente	-	28	56	56
Santiago	65	85	110	110
Talagante	45	60	75	75
Total comunas PRLAC	12	20	22	22
Total hogares PRLAC	937	1.263	1.805	1.805
Variación N° comunas	12	8	2	0

⁷⁰ Especialmente el Anexo 3: Procesos de Producción y Organización y Gestión del Programa.

⁷¹ El método de selección de comunas se detalla en Anexo 3, punto A.1.b).

⁷² Como se verá más adelante en la sección de evaluación de la implementación del programa, la determinación del número de comunas a atender y los cupos asignados a cada una se hizo mediante la aplicación de un Índice de Selección de Comunas (ISC), donde los cupos se establecieron mediante el criterio general de cubrir aproximadamente el 10% de los hogares de la población potencial identificados según los registros del RSH. Detalles al respecto se pueden revisar en Anexo 3, sección A.1.b)

Variación N° hogares	937	326	542	0
----------------------	-----	-----	-----	---

Fuente: PRLAC, Reporte_Avance Comunal_02122019.xls

Considerando que el Programa define 36 meses como plazo de intervención máximo para una determinada familia, el criterio de funcionamiento es mantener el apoyo a los hogares por ese periodo de tiempo.⁷³ Sin embargo, ello no significa que todos los hogares atendidos un año determinado sean los mismos que fueron atendidos en los años siguientes.⁷⁴ En efecto, según datos del SNAC el total de hogares distintos efectivamente atendidos por el programa son 1.896, es decir, 91 más que la cobertura total comprometida (1.805 hogares). Los datos por comuna son los siguientes:

Cuadro N° 5. Coberturas Efectivas por Municipios, 2016-2019 (N° de hogares)⁷⁵

Comuna	N° hogares ingresados /a				Cobertura comprometida 2019 (B)	Diferencia (A-B)
	2017 /b	2018	2019	Total (A)		
Alto Hospicio		36	28	64	54	10
Arica			57	57	70	-13
Calama		22	24	46	46	0
La Calera	59	24	14	97	79	18
Cañete	45	29	27	101	72	29
Chillán		39	51	90	100	-10
Collipulli	39	35	6	80	75	5
Copiapó		49	42	91	62	29
Coyhaique	54	34	12	100	64	36
Independencia	60	3	16	79	117	-38
Los Vilos		23		23	33	-10
Natales		25	1	26	50	-24
Paillaco		24	1	25	46	-21
Pedro Aguirre Cerda	107	19		126	110	16
Peñalolén	124	21	26	171	122	49
Purranque		37	21	58	46	12
Quinta Normal	73	20	2	95	100	-5
Rancagua	139	11	3	153	162	-9
Recoleta	91	6	74	171	156	15
San Clemente		56	17	73	56	17
Santiago	50	21	22	93	110	-17
Talagante	44	26	7	77	75	2
Total	885	560	451	1.896	1.805	91

Fuente: PRLAC, Base_Datos_Final_31012020.xlsx

Notas: El SNAC no tiene registros para el 2016.

/a: N° Hogares ingresados a la plataforma SNAC corresponde a N° de identificadores numéricos distintos (el sistema asigna un "ID HOGAR" único a cada hogar cargado en la plataforma SNAC).

b/: Cifras 2017 incluyen datos del año 2016, producto que la plataforma SNAC se construyó el 2018, poblándose datos con desfase respecto de la ejecución 2016 y 2017.

Como se aprecia, son cuatro las comunas que realizaron la mayor incorporación de hogares respecto de su cobertura comprometida, Cañete, Copiapó, Coyhaique y Peñalolén. Mientras que, al contrario, otras comunas no alcanzaron a completar sus coberturas

⁷³ Un aspecto no resuelto aun por el programa es el potencial egreso de los beneficiarios después de los 36 meses, por lo tanto no está definido un eventual reingreso. Este tema se aborda más adelante en la sección de evaluación de la implementación del programa (Capítulo II, sección 5).

⁷⁴ Para la cobertura asignada el municipio debe presentar cada año una propuesta de trabajo, la cual no compromete a familias específicas. Ello permite incorporar nuevas familias, ya sea porque familias anteriores renunciaron, cambiaron de comuna (y en su nuevo domicilio no opera el PRLAC), o ha fallecido la PSD, liberándose un cupo.

⁷⁵ La tabla muestra información desde el año 2017, ya que el PRLAC no tuvo beneficiarios durante 2016 (año de puesta en marcha).

comprometidas, como Independencia, Natales, Paillaco y Santiago. Las razones que aduce el programa son variadas, y tienen origen en una tardía constitución de los equipos comunales PRLAC así como en su rotación, las cuales se tradujeron en rezagos en la operación.⁷⁶ Por otra parte, el Panel reconoce que el Ministerio, y la Unidad a cargo del Programa en el nivel central, sólo tiene como instrumento de control el convenio suscrito con la municipalidad, que encarga al ministerio velar por el cumplimiento de los plazos establecidos por el programa. No obstante, considerando que la transferencia de recursos hacia el municipio ocurre en una sola cuota y dentro de los diez días siguientes a la firma del convenio, la facultad del Ministerio de revisar, aprobar o rechazar los informes técnicos entregados por la Municipalidad no tienen efecto práctico alguno como instrumento de control del avance de la ejecución. Se considera que esta situación constituye un vacío en la relación PRLAC-municipio, y específicamente en los términos y condiciones del convenio de transferencia de recursos.⁷⁷

Las estadísticas que se entregan a continuación sobre la producción del PRLAC por componente consideran a 1.896 hogares efectivamente atendidos como base de cálculo.

2.1. Eficacia a nivel de Componentes

Para las 22 comunas y los 1.896 hogares efectivamente atendidos, la evolución de los niveles de producción por componente,⁷⁸ en el periodo 2016-2019, es la siguiente:⁷⁹

⁷⁶ Todos los aspectos evaluativos respecto de la instalación del programa, de los equipos de las redes locales, plazos, cupos, etc., son abordados más adelante en la sección de evaluación de la implementación.

⁷⁷ Los convenios, obviamente, han sido elaborados acorde la normativa vigente, y en particular consideran los dictámenes de la Contraloría General de la República, como la Resolución N° 30 (2015), que fijó normas sobre procedimiento de rendición de cuentas, no tiene incidencia en los mecanismos de incentivos o de control que establezca la institución mandante (en este caso, el MDSF), pues su foco está en las normas operativas para el registro y reporte de los recursos transferidos a terceras entidades.

⁷⁸ El Panel solicitó información detallada de estadísticas por componente, siguiendo la lógica del proceso de ejecución de cada uno de ellos. Debido a que el sistema de información SNAC no dispone aún del módulo de reportes, un número significativo de datos e indicadores de gestión solicitados al programa no pudieron ser generados para esta evaluación (28 de 69). Es preciso señalar que estos datos están disponibles en los expedientes físicos de cada caso (hogar) o pueden ser contruidos a partir de éstos, no obstante, no han sido registrados en el sistema SNAC.

⁷⁹ Detalles de la operación y el alcance de los servicios realizados en cada componente se encuentra en Anexo N° 3.A.

Cuadro Nº 6. Niveles de Producción por Componente

Componente	2017 /a	2018	2019	2017-2019
Componente 1: Plan de Cuidados				
• Nº Plan de Cuidados a elaborar ⁸⁰	885	560	451	1.896
• Nº Plan de Cuidados elaborados ⁸¹	758	421	286	1.465
• Nº Plan de Cuidados no elaborados ⁸²	127	139	165	431
• Nº derivaciones a la red local	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria				
• Cobertura de Hogares SAD (Nº hogares) ⁸³	227	1.047	-- /b	1.274
• Nº de Asistentes de Cuidado contratados (vigentes y nuevos)	43	211 ⁸⁴	--	254
• Nº de Asistentes de Cuidado promedio contratados por comuna	7 ⁸⁵	13 ⁸⁶	--	10
• Nº de hogares promedio a cargo de un Asistente de Cuidado	4 ⁸⁷	4 ⁸⁸	--	4
• Nº de capacitaciones realizadas a Asistentes de cuidado ⁸⁹	103	183	--	286
Componente 3: Servicios Especializados				
• Nº Promedio de SSEE entregados por hogar (22 comunas)	5	6	4	5
• Nº Promedio de SSEE entregados por hogar: valor Mín. / Max.	2 / 11	0 / 16	0 / 11	0 / 13

Fuente: RLAC, Sistema SNAC y SIGEC

Notas: a/ Cifras 2017 incluyen datos del año 2016, producto que la plataforma SNAC se puso en operación el 2018, poblándose datos con desfase respecto de la ejecución 2016.

/b: En los años 2016 y 2019 no se implementó el Servicio SAD en ninguna comuna.

s.d.: sin dato en sistema SNAC o SIGEC

El cálculo de los indicadores medidos a la fecha⁹⁰ incluye de manera muy parcial solo las dimensiones de cobertura y calidad. No se han medido indicadores de eficacia y economía, ni tampoco de satisfacción de los usuarios con el programa.⁹¹ Esta falta de medición del desempeño del programa es un resultado negativo. Los cuatro indicadores medidos, de un total de 20, muestran lo siguiente:

⁸⁰ El Plan de cuidados que se elabora para cada PSDF beneficiario-cuidador tiene un horizonte de 3 años, con hitos de reevaluación a los 12, 24 y 36 meses, es decir, no se elabora un plan cada año. Por su parte, los convenios de transferencia de recursos MDSF-Municipio son anuales. Esto implica que la continuidad de la ejecución de los planes de cuidados de los beneficiarios depende de la continuidad de la transferencia oportuna de los recursos. El total de planes de cuidados a elaborar es igual a los planes de cuidados elaborados más planes de cuidados no elaborados: El total de planes de cuidados a elaborar es igual al Nº de hogares atendidos (visitados) menos Nº hogares que rechazan participar en el PRLAC.

⁸¹ Significa que están administrativamente reportados en el SNAC como elaborados y suscritos por los beneficiarios (se registra como "finalizados").

⁸² Significa que están administrativamente registrados en el SNAC como "no finalizados", es decir su elaboración no ha terminado o la familia aún no ha firmado en señal de su consentimiento con el plan.

⁸³ Nº hogares con planes de cuidados elaborados y con servicio SAD incluido en dichos planes. La diferencia corresponde básicamente a hogares sin cuidador principal.

⁸⁴ Se compone de 170 vigentes y 41 nuevos.

⁸⁵ El rango de Asistentes por comuna va desde 6 (Cañete y Coyhaique) hasta 10 (Pedro Aguirre Cerda).

⁸⁶ El rango de Asistentes por comuna va desde 5 (Calama) hasta 25 (Recoleta).

⁸⁷ El rango de Nº hogares por Asistente por comuna va desde 3 (Coyhaique) hasta 5 (Quinta Normal).

⁸⁸ El rango de Nº hogares por Asistente por comuna va desde 3 (Purranque) hasta 7 (Chillán).

⁸⁹ Incluye talleres en diversas áreas de formación, tales como: Actividad física saludable, Hombro doloroso y lumbago; Accidente vascular; Parkinson; Aseo de higiene íntima y de cavidades; Legal y técnico (Decreto Nº47 reglamento para la calificación PSD), entre otras. El año 2017 fueron 51 áreas de formación distintas, y el 2018 se incrementó a 99.

⁹⁰ Ver detalle en Anexo 2B.

⁹¹ Los indicadores de satisfacción usuaria están, uno, a nivel de propósito, y otro a nivel del componente 2 (Porcentaje de Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con los servicios brindados).

Cuadro N° 7. Indicadores medidos por Componente

Indicador de Componente	2016	2017	2018	2019
Componente 1 Plan de Cuidados				
Cobertura: Porcentaje de PSDF que aceptaron ingresar al programa que tienen su plan de cuidados		76%	62%	59%
Calidad: Porcentaje derivaciones efectivas establecidas en el plan de cuidados		64%	55%	57%
Componente 2 Servicio de Atención Domiciliaria				
Calidad: N° promedio de hogares a cargo de un Asistente de Cuidado		4,3	4,7	
Componente 3 Servicios Especializados				
Cobertura: Porcentaje de beneficiarios que acceden a más de un servicio especializados		84%	86%	90%

Fuente: Anexo 2B.

Para los indicadores medidos, y en ausencia de metas definidas, no se puede señalar que en lo global el programa haya sido eficaz a nivel de componentes. Por otra parte, la falta de medición de la mayoría de los indicadores de componentes (80%) es una carencia importante en el desempeño del programa.

Sin embargo, para los cuatro indicadores medidos se puede señalar lo siguiente: La caída en la cobertura del componente 1 y el alza en la cobertura del componente 3 se explican por diferentes hechos. En efecto, la caída en la cobertura del componente 1 se atribuye al desfase en la intervención respecto de año calendario, pues en el periodo 2016-2019 el programa iniciaba sus operaciones al final de cada año calendario (ingreso de nómina al SNAC), mientras que la intervención en familias (evaluación y plan de cuidados) se realizaba comúnmente al año siguiente. Sumado a lo anterior, está el desfase en el registro de los datos de la ejecución debido a la reciente (2019) disponibilidad del sistema de seguimiento y monitoreo SNAC, más el periodo en que los datos fueron ingresados al sistema. Por otra parte, la puesta en marcha del componente 3, y en particular del funcionamiento de la derivación al interior de la red local, ocurre de manera paulatina en el tiempo una vez establecidas las coordinaciones y las contrapartes en cada Servicio. Por lo anterior, se advierte que es necesario considerar en la métrica de los indicadores, y que incide en la medición de los valores anuales, el tratamiento de población beneficiaria por cohortes. Por ejemplo, más adelante (Cuadro N° 21) queda claro que las personas efectivamente visitadas por el programa que deciden no participar son el 0,4% de los beneficiarios seleccionados. Sin embargo, en el cuadro anterior da la impresión que éstas van creciendo en el tiempo (diferencia respecto del porcentaje de PSDF que aceptaron ingresar al programa que tienen su plan de cuidados). Al respecto, es difícil establecer juicios categóricos sobre la cobertura de los componentes 2 y 3, ya que estos varían de acuerdo a las necesidades de cada beneficiario y los servicios establecidos a través del plan de cuidados.

2.2. Cobertura y focalización del programa

Caracterización de la población beneficiaria

Tal como se ha señalado en el apartado descriptivo del programa, los beneficiarios corresponden a la diada PSDF-cuidador/a.⁹² El menor número de cuidadores en relación a las PSDF para los años observados se debe a que no todas las PSDF cuentan con un cuidador/a en sus hogares (viven solos),⁹³ situación avalada por los datos de la ejecución

⁹² Los registros del sistema SNAC no cuentan a la fecha con detalle de la dinámica o trayectoria de los beneficiarios al interior del programa. En teoría, a mediados del 2020 se debiera producir el término de los primeros planes de cuidados que cumplan 36 meses de ejecución, por lo cual no hay beneficiarios en situación de egresar.

⁹³ Esta situación no es considerada como criterio para priorizar la designación de Asistentes de Cuidados, pues ello es un servicio que se ofrece y decide en el contexto del diseño de un plan de cuidado, y por lo tanto para un hogar cuyo ingreso se ha realizado previamente. En efecto, un hogar con un PSD moderado sin cuidador principal puede ser menos prioritario que otro hogar cuyo PSD tiene una dependencia severa y cuenta con una cuidadora (adolescente o de avanzada edad).

del programa. También es posible que en un determinado hogar se encuentre más de una PSDF, para un solo cuidador/a, de lo cual el programa aun no registra evidencia en el sistema SNAC. A continuación, se presentan características de esta población, en tanto sexo, rango etario y región, de acuerdo con los datos del sistema SNAC.

Respecto al sexo, las PSDF son en mayor parte mujeres, alcanzando casi aproximadamente el 60% versus 40% de hombres. En los cuidadores la proporción aumenta al 80% o más de mujeres versus 19% de hombres. El siguiente cuadro muestra la distribución:

Cuadro N° 8. Número de Beneficiarios Efectivos (ingresos), 2016-2019, según sexo

	2017 a/		2018		2019		Acumulado del periodo	% Variación 2017-2019	Promedio del periodo
PSD									
Hombres	326	36,84%	256	45,71%	198	43,90%	780	-39,26%	42,15%
Mujeres	559	63,16%	304	54,29%	253	56,10%	1.116	-54,74%	57,85%
Total	885	100,00%	560	100,00%	451	100,00%	1.896	-49,04%	100,00%
Cuidador/as									
Hombres	147	19,34%	96	18,82%	73	18,20%	316	-50,34%	18,80%
Mujeres	613	80,66%	414	81,18%	328	81,80%	1.354	-46,49%	81,20%
Total	760	100,00%	510	100,00%	401	100,00%	1.671	-47,24%	100,00%

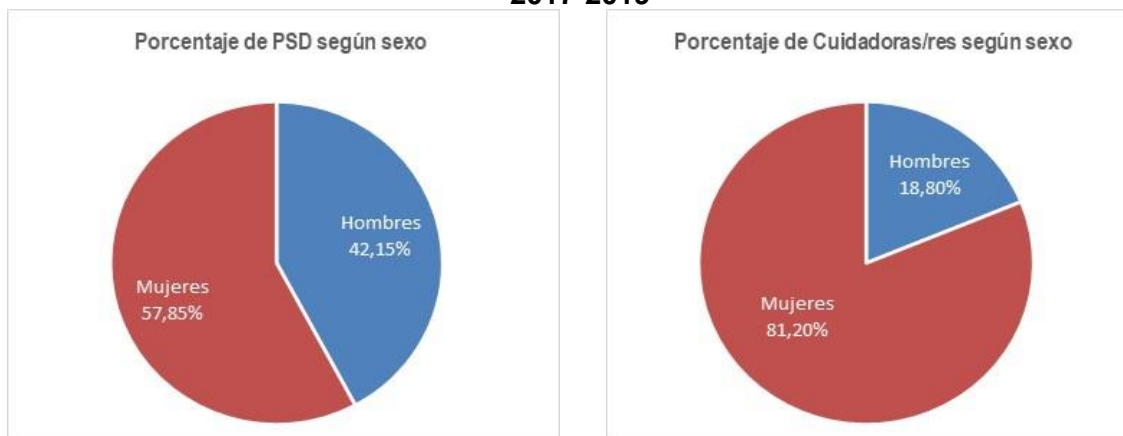
Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

a/ Cifras 2017 incluyen datos del año 2016, producto que la plataforma SNAC se construyó el 2017, poblándose datos con desfase respecto de la ejecución 2016.

Todas las variaciones observadas en el periodo 2017-2019 son negativas dado que el número de casos nuevos (ingresos) es menor que en el año anterior. A juicio del panel, esto es adecuado pues corresponde a lo esperado: que las personas se mantengan en el programa sumándosele los ingresos y restando los fallecimientos.

La siguiente figura muestra las proporciones ya mencionadas respecto al sexo tanto de PSDF como de cuidadores. Destaca el porcentaje de mujeres que cumplen el rol de cuidadores, 4/5 del total, lo que indica una advertencia especial sobre el diseño de la intervención.⁹⁴

Figura N° 4. Porcentaje de PSDF y Cuidadores, según sexo. Promedio del periodo 2017-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

⁹⁴ En Anexo 4 se aborda este aspecto.

En cuanto a la edad de la población beneficiaria, el análisis se ha organizado por rango etario, tanto para PSDF como para cuidador/a. En el caso de las PSDF los mayores porcentajes se ubican en el rango 80 y más años⁹⁵. Todos los otros rangos etarios disminuyen lo que es consistente con la mantención de PSDF en el programa y un menor ingreso de casos nuevos. Los cuidadores, por su parte, se ubican en mayor proporción en los rangos etarios 50-64 y 65-79 años. El siguiente cuadro muestra la distribución por edad:

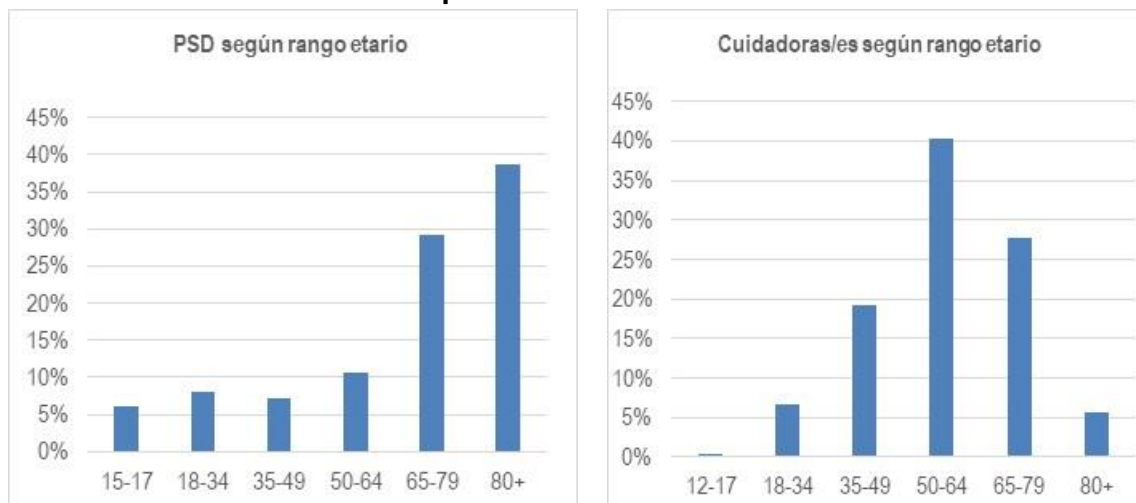
Cuadro N° 9. Número de Beneficiarios Efectivos (ingresos), 2016-2019, según rango etario

Beneficiarios	2017		2018		2019		Promedio 2017-2019
	Número	%	Número	%	Número	%	
1-17	6	1%	58	10%	32	7%	6,0%
18-34	48	5%	56	10%	39	9%	8,0%
35-49	43	5%	44	8%	41	9%	7,3%
50-64	106	12%	58	10%	43	10%	10,6%
65-79	284	32%	163	29%	120	27%	29,3%
80+	398	45%	181	32%	176	39%	38,8%
Total	885	100%	560	100%	451	100%	100,0%

Cuidadores	2017		2018		2019		Promedio 2017-2019
	Número	%	Número	%	Número	%	
12-17	0	0%	0	0%	1	0%	0,1%
18-34	44	6%	40	8%	28	7%	6,9%
35-49	134	18%	117	23%	69	17%	19,3%
50-64	298	39%	199	39%	172	43%	40,4%
65-79	218	29%	133	26%	113	28%	27,6%
80+	66	9%	21	4%	17	4%	5,7%
Total	760	100%	510	100%	401	100%	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

Figura N° 5. Porcentaje de PSDF y Cuidadores, según rango etario. Promedio del periodo 2017 - 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

Al analizar la distribución de PSDF por región se constata la expansión del programa en el

⁹⁵ Es importante hacer mención que el porcentaje alto de PSDF mayor de 60 años corresponde a que en las comunas FUNFA solo atendían a PSDF mayores de 60, como así también el programa Red inicio sólo con adultos debido a la falta del instrumento de evaluación de NNA, esto está cambiando en la actualidad donde se ve el ingreso de NNA

territorio nacional. Recordando que la primera convocatoria a municipios se realiza a fines del 2016, las primeras atenciones a hogares beneficiarios ocurren durante el 2017 en seis regiones, luego en el 2018 se incorporaron las demás regiones, exceptuando Arica y Parinacota que ingresa el 2019. Lo anterior se muestra en el siguiente cuadro:⁹⁶

Cuadro N° 10. Número de Beneficiarios PSDF Efectivos (ingresos), 2017-2019, según región

Región	2017	2018	2019	2017 – 2019
Arica y Parinacota			57	57
Tarapacá		36	28	64
Antofagasta		22	24	46
Atacama		49	42	91
Coquimbo		23		23
Valparaíso	59	24	14	97
Metropolitana	549	116	147	812
O Higgins	139	11	3	153
Maule		56	17	73
Ñuble		39	51	90
Bio Bio	45	29	27	101
Araucanía	39	35	6	80
Los Ríos		24	1	25
Los Lagos		37	21	58
Aysén	54	34	12	100
Magallanes		25	1	26
Total	885	560	451	1.896

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

En cuanto a los años que la/el cuidador/a ha ejercido esa función, en promedio del periodo 2017-2019, el mayor rango es el de 1 a 4 años, que alcanza el 41,8% de los usuarios del programa, seguido del 24,2% correspondiente al rango de 5 a 9 años, similar al rango de 10 a 19 años (20,1%). También se registran casos con 20 años o más de cuidados, los que corresponden al 13,9% de los beneficiarios. El aumento del número de beneficiarios depende de la programación central de cupos y de la efectiva incorporación de beneficiarios que, cómo se aprecia en el Cuadro N° 6, es superior (total beneficiarios atendidos: 1.896) a los cupos planificados (total cupos 1.805). No se observan cupos no utilizados, sino una redistribución de éstos hacia comunas más activas en la ejecución del programa. Para la fase piloto se considera que este es un criterio adecuado por cuanto, como se discutirá más adelante en la sección de evaluación de la implementación, tanto la asignación de cupos por comuna como la identificación de hogares potenciales beneficiarios se realizó sobre la base de los datos del RSH, instrumento que no resulta adecuado para la focalización de esta población (PSD).

Cuadro N° 11. Número de Cuidadores/as y Años de Cuidado, 2017-2019 Promedio según rango de años

Años cuidando	2017		2018		2019		Promedio del Periodo	
1 - 4 años	338	44,5%	187	36,7%	173	43,1%	233	41,8%
5 - 9 años	200	26,3%	112	22,0%	93	23,2%	135	24,2%
10 - 19 años	139	18,3%	119	23,3%	78	19,4%	112	20,1%
20 - 62 años	83	10,9%	92	18,0%	57	14,2%	77	13,9%
Total	760	100,0%	510	100,0%	401	100,0%	577	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

⁹⁶ Los criterios de ingreso de comunas al programa se detallan en Anexo 3, punto A.1.b.

Por otra parte, las horas destinadas al cuidado, en promedio, el mayor rango es el de 7 a 12 horas, que alcanza el 48,06% de los usuarios del programa, seguido del 35,73% correspondiente al rango de 13 a 18 horas. Más bajo se ubica el rango de 1 a 6 horas (9,58%), cercano al 6,04% del rango 19 a 24 horas. Lo anterior se muestra en el cuadro siguiente:

**Cuadro N° 12. Número de Cuidadores y Horas de Cuidado, 2017-2019
Promedio de Horas/día dedicadas al Cuidado, según rango**

Horas de cuidado	2017		2018		2019		Promedio del Periodo	
	1 - 6 horas	70	9,2%	54	10,6%	36	9,0%	53
7 - 12 horas	327	43,0%	278	54,5%	198	49,4%	268	48,1%
13 -18 horas	284	37,4%	158	31,0%	155	38,7%	199	35,7%
19 -24 horas	69	9,1%	20	3,9%	12	3,0%	34	6,0%
Sin definir	10	1,3%	-	0,0%	-	0,0%	3	0,6%
Total	760	100,0%	510	100,0%	401	100,0%	557	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

Al considerar el nivel de dependencia, moderado y severo, y las horas de cuidado, se verifica que la mayoría de los cuidadores (42%) corresponden al rango de 7 a 18 horas, tanto para PSD moderados como severos, lo cual refleja que cualquiera sea el grado de dependencia la dedicación de horas de cuidado de una PSD es similar, y la diferencia estaría en el esfuerzo e intensidad que debe realizar el cuidador/a. Esta situación se refleja en la sobrecarga,⁹⁷ como se verá a continuación.

Al analizar la frecuencia de cuidadores con y sin sobrecarga, se observa que para el periodo 2017-2019 el porcentaje fluctuó entre el 75,3% y el 65,5% para los cuidadores con sobrecarga⁹⁸ y entre el 24,7% y el 34,3% para los sin sobrecarga. En el periodo evaluado, 72% de los cuidadores presentan la situación "con sobrecarga". Como se anticipó, los datos muestran que el 68% de los cuidadores a cargo de PSD moderada presentan sobrecarga, mientras que aquellos a cargo de PSD severa alcanzan al 77%. Este resultado confirma que la dependencia es una situación que afecta en mayor medida a la diada PSD severa - Cuidador/a, pues por un lado el primero requiere más asistencia permanente para realizar sus actividades de la vida diaria, y el segundo se ve más afectado (tiene mayores costos, de todo orden) por su dedicación al PSD a su cargo.

Cuadro N° 13. Número de Cuidadores/as, 2017-2019, según sobrecarga

Presencia de Sobrecarga	2017		2018		2019		2017-2019	
	Con sobrecarga	565	74,3%	334	65,5%	302	75,3%	1.201
Sin sobrecarga	191	25,1%	175	34,3%	99	24,7%	465	27,8%
Sin definir	4	0,5%	1	0,2%	-	-	5	0,3%
Total	760	100,0%	510	100,0%	401	100,0%	1.671	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

Al observar la sobrecarga según sexo y rango etario para el total del periodo, se advierte que entre los 18 y los 64 años más del 80% de las cuidadores son mujeres, sin embargo, al avanzar la edad comienza a aumentar la proporción de hombres cuidadores, 24,3% para

⁹⁷ La sobrecarga (del cuidador) refiere al conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de PSD, que afectan sus actividades laborales, de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio emocional.

⁹⁸ Medido con escala de Zarit (2002).

el rango 65-79, y 36,4% para los de 80 años o más. En general, la sobrecarga es mayor entre los 35 y 79 años, destacándose el 66,3% de cuidadores con sobrecarga para el rango 50 a 64 años. Como ya se ha indicado previamente, el ingreso de un hogar al programa no obedece al criterio de sobrecarga o al sexo del cuidador/a, sino que considera entre otros criterios la presencia de una o más PSD y el grado de dicha dependencia (moderada y severa). Pero esta condición, por el método de ingreso de comunas al programa y de distribución de cupos entre comunas, no se relaciona con la asignación de asistentes de cuidados a los hogares ingresados, y sí en mayor medida a la capacidad de gestión de la comuna.⁹⁹ Una vez incorporado el hogar al programa, que se asigne o no el servicio de asistente de cuidados depende de las necesidades específicas que se levanten en la etapa de evaluación del hogar y la formulación de su plan de cuidado, y que exista oferta de estos servicios disponible en la comuna, acorde los estándares establecidos para el componente 2.¹⁰⁰

Cuadro N° 14. Porcentaje de Cuidadores/as, según sobrecarga (S), por sexo y edad

Sexo	18 a 34			35 a 49			50 a 64			65 a 79			80+		
	Con S	Sin S	Total	Con S	Sin S	Total	Con S	Sin S	Total	Con S	Sin S	Total	Con S	Sin S	Total
Mujer	43,4	38,9	82,3	58,8	25,5	84,3	66,3	19,9	86,2	58,0	17,7	75,7	42,1	21,5	63,6
Hombre	11,5	6,2	17,7	11,7	4,0	15,7	9,8	4,0	13,8	15,2	9,1	24,3	22,4	14,0	36,4
	54,9	45,1		70,5	29,5		76,1	23,9		73,2	26,8		64,5	35,5	

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de cuidadores según parentesco con la PSDF y si recibe o no remuneración. El 33% de los cuidadores/as son jefes/as de hogar, seguido por 19,3% cónyuges o parejas y 16,2% padre o madre, y 94,7% son no remunerados.

Cuadro N° 15. N° Cuidadores/as y Parentesco, por sexo y remuneración Acumulado 2017 – 2019

Parentesco respecto del Jefe de Hogar ¹⁰¹	Hombre				Mujer				Total			
	R	NR	s.i.	Total	R	NR	s.i.	Total	R	NR	s.i.	Total
Cónyuge o pareja	4	128	1	133	8	181		189	12	309	1	322
Cuñado(a)						14		14	0	14	0	14
Hermano(a)	1	9		10	2	54	1	57	3	63	1	67
Hijo(a) de ambos		11		11	3	106		109	3	117	0	120
Hijo(a) sólo del Cónyuge o pareja						5		5	0	5	0	5
Hijo(a) sólo del Jefe(a) de hogar	2	9		11	7	160	1	168	9	169	1	179
Jefe(a) de hogar ¹⁰²	3	91		94	30	427	1	458	33	518	1	552
Nieto(a)		2	1	3	2	22		24	2	24	1	27
No familiar		1		1		11		11	0	12	0	12
Otro familiar		4		4	1	34		35	1	38	0	39
Padre o Madre	1	43		44	13	213	1	227	14	256	1	271
Por Definir		1		1		3		3	0	4	0	4
Suegro o Suegra	1	3		4	5	48		53	6	51	0	57
Yerno o Nuera						2		2	0	2	0	2
Total general	12	302	2	316	71	1.280	4	1.355	83	1.582	6	1.671

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

Notación: R = Remunerado; NR = No Remunerado; s.i. = sin información.

⁹⁹ Este aspecto se trata en detalle en la sección de evaluación de la implementación del programa.

¹⁰⁰ Ver detalles en Anexo 3, sección A.3.

¹⁰¹ Esta clasificación es, salvo dos excepciones, la misma utilizada por CASEN 2017. Se excluyen las opciones "Esposo o pareja de igual sexo" y "Servicio doméstico puertas adentro", que se reemplazan por "Por definir".

¹⁰² El Cuidador/a es el jefe de hogar.

Cuadro Nº 16. Cobertura, 2017 - 2019

Año	Población Potencial (a)		Población Objetivo (b)		Beneficiarios Efectivos (c)		% Beneficiarios respecto a Población Potencial (c)/(a)		% Beneficiarios respecto a Población Objetivo (c)/(b)	
	PSDF	Cuidador	PSDF	Cuidador	PSDF	Cuidador	PSDF	Cuidador	PSDF	Cuidador
2017	672.006	672.006	349.787	349.787	885	760	0,13%	0,11%	0,25%	0,21%
2018	672.006	672.006	364.463	364.463	560	510	0,08%	0,07%	0,15%	0,14%
2019	672.006	672.006	339.399	339.399	451	401	0,006%	0,006%	0,13%	0,12%
Var. 2016-2019	-	-	-2,9%	-2,9%	49,0%	-47,2%				

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN 2017 y Base de datos final 30012020 MDSF

Focalización

Tal como se señaló en el apartado descriptivo, el criterio de focalización utilizado es “Pertener hasta al 60% de la calificación socioeconómica declarada en RSH”, lo cual se realiza de acuerdo a los datos del RSH. Vale decir, todos los hogares contenidos en la nómina final (cupos asignados) para el ingreso de beneficiarios al programa contienen el filtro de la vulnerabilidad socioeconómica según CSE del RSH. Sin embargo, acorde las reglas operativas del programa, y en particular las normas establecidas en los convenios de transferencia de recursos MDSF-Municipio¹⁰³ para la fase piloto, la focalización se cumple parcialmente, sólo para el 74,7% de las PSDF y en el 94,3% para los/las cuidadores/as. En efecto, de 1.896 PSDF beneficiarios atendidos se cuentan:

- 1.416 (74,7%) personas con 60 o más años de edad en situación de dependencia: 762 con dependencia moderada y 654 dependencia severa.
- 468 (24,7%) personas para las cuales no se registra la condición de discapacidad,¹⁰⁴ compuesta de personas entre 15 - 59 años con dependencia moderada (n=213) y severa (n=173) y personas entre 0-14 años (n=82).
- 12 personas que no tienen registro del nivel de dependencia (0,6%).

Por su parte, los 1.671 Cuidadores/as se componen de:

- 1.575 personas mayores de 18 años, no remuneradas, (94,3%).
- 5 personas menores de 18 años, no remuneradas (0,3%).
- 89 (5,3%) personas remuneradas (n=83) o sin datos de remuneración (n=6).

Respecto de esto último, si bien el caso de cuidadores menores de 18 años son muy pocos, sugiere que el programa no incluya como criterio para determinar la condición de este beneficiario una edad mínima, pues en este caso los datos del piloto indican que las personas que cumplen el rol de cuidadora principal son todas mujeres, muy jóvenes, que están cumpliendo esa función, no remunerada, en ciudades remotas del país, 80% de ellas con sobrecarga, probablemente a cargo de su madre, padre o hermano, y es muy probable que estos casos, precisamente, sean prioritarios para apoyo del programa (especialmente, servicio SAD):

¹⁰³ 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 (REX 0377, 2018, MDSF).

¹⁰⁴ Esto no significa que, por ejemplo, no haya sido medida su discapacidad por la red de salud, sino que el sistema SNAC no registra dicha condición.

Cuadro N° 17. Mujeres menores de 18 años, Cuidadoras principales, 2017-2019

Comuna	PSDF			Cuidadora principal
	Edad	Sexo	Nivel dependencia	Edad
Coyhaique	49	Mujer	Moderada	14
Coyhaique	55	Mujer	Moderada	17
Collipulli	50	Mujer	Moderada	12
Arica	19	Hombre	Severa	14
Arica	44	Mujer	Severa	14

Fuente: Elaboración propia a partir de la Base de datos final 30012020 MDSF

2.3. Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales

La matriz de Marco Lógico del Programa cuenta con cuatro indicadores a nivel de Propósito, que corresponden a los propuestos de manera consensuada por el panel y el programa. Teniendo en cuenta que el propósito es “La diada disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial”¹⁰⁵ posterior a la implementación del Programa, los enunciados y la fórmula de cálculo se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 18. Indicadores de Propósito de la Matriz de Marco Lógico propuesta, 2016-2019

Indicadores de Propósito*	Fórmula de cálculo	Año				Var. 2017 – 2019
		2016	2017	2018	2019	
Eficacia: Porcentaje de PSDF que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad	PSDF que mantienen o mejoran su evaluación funcional al final del periodo t/ N° PSDF en el programa a comienzos del periodo t		397 /437 = 90,8%	299 /352 = 84,9%	156 /187 = 83,4%	-8,15%
Eficacia: Porcentaje Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga	Cuidadores Principales con sobrecarga en t/ Cuidadores Principales con sobrecarga en t-1		121 /393 = 30,8%	115 /322 = 35,7%	41 /146 = 28,1%	-8,77
Eficacia: Porcentaje de beneficiarios que reportan una mejora en su bienestar/ calidad de vida	Beneficiarios del PRLAC que reportan mejora en su bienestar en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t		s/i	s/i	s/i	
Calidad: Porcentaje de beneficiarios que evalúan positivamente el Programa	Beneficiarios del PRLAC que evalúan positivamente el programa en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t		s/i	s/i	s/i	

Fuente: PRLAC

Nota: a/ Los indicadores se midieron con registros parciales que reportaron los equipos de redes locales.¹⁰⁶

¹⁰⁵ En el contexto de esta evaluación, se entenderá como vulnerabilidad biopsicosocial de la diada a: i) Nivel de funcionalidad en personas en situación de dependencia funcional, medida a través del instrumento usado por el PRLAC; ii) Nivel de sobrecarga en cuidadores principales, medida a través del instrumento usado por el PRLAC.

¹⁰⁶ Los datos reportados fueron facilitados por 19 comunas (de 22 en total) que se encuentran implementando el PRLAC, que en un plazo acotado de 4 días, en la segunda quincena de marzo 2020 durante la emergencia nacional por Covid 19, los equipos locales lograron consolidar información disponible en soporte físico (carpetas de casos), por lo que debe considerarse: a) La información reportada corresponde al 66.4% del universo total de beneficiarios del programa (aunque no se indica si hay sobre o sub representación de alguna comuna en particular); b) El universo para los indicadores 1 y 2 de propósito contempla sólo aquellos beneficiarios que fueron reevaluados al mes 12 de intervención; c) Para los indicadores 1 y 2 existen diferencias en los datos correspondientes al nominador y denominador (universo) puesto que no todas las PSDF tienen cuidador/a principal y, además, faltan datos de cuidadores/as; d) Para el indicador 2 se observó que en promedio el 40% de los cuidadores principales durante la ejecución del programa mantuvo su puntaje del nivel de sobrecarga.

Se debe señalar que los datos reportados no corresponden a una muestra estadísticamente construida,¹⁰⁷ no representativa, de beneficiarios del Programa, que la Unidad SNAC del nivel central logró recopilar desde los registros físicos de algunas comunas participantes durante la última quincena de marzo 2020.

En relación con la mantención o mejoramiento del nivel de funcionalidad se observa que todos los porcentajes están por sobre el 80%, lo que resulta adecuado si se toma en cuenta que la mayoría de la población atendida (adultos mayores dependientes) tiene alto riesgo de deterioro de su capacidad funcional. El indicador muestra un descenso de 7 puntos porcentuales entre 2017 y 2019, pero sigue estando por sobre 80%. Como se acotó anteriormente, la interpretación de estos números y su evolución deben ser tomados con cuidado ya que dependen crucialmente de la muestra de beneficiarios sobre la que se realizó el cálculo y no son necesariamente extrapolables a toda la población del PRLAC.

Respecto a la disminución del nivel de sobrecarga, si bien esto se observa en un tercio de los cuidadores principales, un promedio de 40% mantuvo su nivel de sobrecarga. Por defecto, aproximadamente un 30% de los cuidadores aumentó su sobrecarga. Para este indicador, considerando el reporte acotado de datos de cuidadores y de la ausencia de meta preestablecida, no resulta conclusivo la eficacia en el logro del propósito.

Los datos disponibles, sólo dos de cuatro indicadores, además calculados de manera parcial, no permiten establecer el logro del propósito del programa.

2.4. Calidad

En esta sección se evalúa la calidad de los servicios entregados por el programa, considerando el ciclo de producción (procesos) completo, desde la instalación de la red local hasta la entrega de los servicios de cada componente. Las comparaciones que se realizan toman los estándares definidos por el programa en sus orientaciones técnicas.¹⁰⁸ Es importante señalar que se presentan estos indicadores en la sección de calidad, ya que el Programa no tiene datos respecto de los indicadores propuestos en la MML (por ejemplo, satisfacción usuaria).

a) Instalación de la red local

De acuerdo a las últimas orientaciones técnicas del programa para el componente 1,¹⁰⁹ la constitución de la red local básica de apoyos y cuidados, suscrita por los actores locales identificados, debe ocurrir dentro del plazo del primer al cuarto mes posterior a la firma del respectivo convenio MDSF-Municipio. Los datos disponibles para la última convocatoria del piloto en 22 comunas (2018) muestran que la instalación de la red local no ha sido expedita, en promedio son 8,7 meses. Especialmente lenta ha sido la fase de implementación que toca al municipio. En efecto, las dificultades en este proceso se observan en lo siguiente:

- Posterior a la fecha de la convocatoria (entre el 24-05-2018 y el 31-10-2018) y hasta la transferencia de los recursos a los municipios, en promedio, transcurren 102 días corridos. Dentro de este plazo la firma de convenios por parte de los alcaldes toma en

¹⁰⁷ Ver nota al pie inmediatamente anterior.

¹⁰⁸ Ver detalles en Anexo 3, punto A.

¹⁰⁹ Fuente: documento "OT_RedLocalApoyos_Cuidados_26Julio_Final_COS_final_25092019.docx", Cuadros N° 1, 2 y 3, págs. 27-32.

promedio unos 33 días corridos posteriores a la convocatoria, la respectiva firma del ministro otros 41 días adicionales a lo anterior (74 días desde la convocatoria), y luego los recursos son transferidos a los municipios en un promedio de 28 días adicionales posteriores a la firma del ministro (102 días corridos desde la convocatoria).¹¹⁰ Aunque no se ha establecido estándares de tiempos para la suscripción de convenios y transferencia de recursos, por lo que la duración medida no merece reparos, es factible pensar en rediseños de procesos que agilicen dichos plazos y acorten de manera importante estos tres meses y fracción.

- Posterior a la fecha de transferencia de recursos, ocurre la conformación (formal) de la red local,¹¹¹ y sólo para tres municipios se pudo establecer el plazo transcurrido,¹¹² que en promedio son 247 días en total desde la fecha de convocatoria, o 159 días desde la transferencia de recursos, plazo que está sobre el límite de lo establecido como estándar para este proceso (120 días). Estos plazos no resultan positivos considerando que no sólo superan el estándar fijado sino que son prácticamente iguales entre comunas de la primera¹¹³ y la última convocatoria, sugiriendo que no hubo aprendizaje en este proceso.

**Cuadro N° 19. Plazos para Conformación Red Local
(N° Días corridos desde la fecha de convocatoria)**

Comuna	Firma alcalde	Firma ministro ¹¹⁴	Transferencia recursos	Conformación Red Local
Alto Hospicio	42	d.i.	91	d.i.
Arica	63	123	129	280
Calama	57	98	106	d.i.
Cañete	25	78	124	d.i.
Chillán	21	56	106	d.i.
Collipulli	27	67	125	d.i.
Copiapó	37	d.i.	103	d.i.
Coyhaique	34	47	92	d.i.
Independencia	19	d.i.	95	d.i.
La Calera	20	61	78	d.i.
Los Vilos	78	78	95	d.i.
Natales	33	83	91	d.i.
Paillaco	14	49	51	217
Pedro Aguirre Cerda	26	78	151	d.i.
Peñalolén	16	d.i.	88	d.i.
Purranque	54	98	130	d.i.
Quinta Normal	25	67	82	d.i.
Rancagua	19	d.i.	92	d.i.
Recoleta	26	d.i.	124	d.i.
San Clemente	19	64	76	d.i.
Santiago	61	d.i.	125	d.i.
Talagante	18	67	82	243

¹¹⁰ En los casos donde la transferencia de recursos, posterior a la firma del Ministro, ocurre sobre 39 días suele atribuirse a demoras en la tramitación en el Ministerio debido a que el municipio presentaba rendiciones pendientes. Por ejemplo, la entrevista a un equipo de la red local así lo confirma.

¹¹¹ Encargado de red local y coordinadores SAD y SSEE contratados y nominados en sus cargos, y realizada primera sesión de la red local con entidades participantes.

¹¹² Con una validez lógica, es decir con fechas que avanzan sucesivamente en el tiempo, sin fechas ilógicas en el trayecto (por ejemplo, que la fecha de conformación de la red sea anterior a la transferencia de recursos, o que la firma del ministro sean anterior a la firma del alcalde).

¹¹³ El 2016, Paillaco y Talagante, y el 2018, Arica.

¹¹⁴ En este cálculo se han omitido 7 registros que entrega el sistema SIGEC, donde la firma del ministro es anterior a la firma del alcalde, lo cual por protocolo no es posible. Esta anomalía se identifica como "d.i."

Promedio global	33	74	102	247 ¹¹⁵
-----------------	----	----	-----	--------------------

Fuente: PRLAC, Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC), archivo Componente N°4_31012020.xls.

Nota: "d.i." significa dato inconsistente, debido a mal registro en SNAC.

b) Elaboración de la Nómina de Hogares

Los datos que posee el programa del piloto (2016-2018) muestran que la nómina local¹¹⁶ ha tendido a corregir de manera menor la nómina centralizada, resultando ser un buen instrumento para el proceso de implementación del programa en las comunas, pues se observa que en promedio la nómina centralizada contiene al 88% de los hogares identificados en la nómina local. Se observan diferencias entre las comunas: Calama, Los Vilos, Rancagua y Talagante no hicieron ajustes a la nómina centralizada, mientras que las comunas de Recoleta y Santiago consideraron en la nómina local poco más del 60% de los hogares identificados previamente en la nómina centralizada. Esta diferencia se explica básicamente por la manera en cómo se construye la nómina centralizada, que recoge información desde personas que se inscriben en el Registro Social de Hogares (RSH) para acceder a algún apoyo de la red social gubernamental, por lo tanto tiene el sesgo que, precisamente, se trata de personas que se inscriben, por lo cual no captura a aquellas que no lo hacen. Esto es particularmente relevante para las PSD, las cuales tienen una mayor dificultad para realizar la inscripción en el RSH ya que se requiere un trámite presencial en la respectiva municipalidad. En consecuencia, estas diferencias pueden atribuirse tanto a un sesgo de la nómina centralizada (ya sea, desactualización de la población inscrita en el RSH, que no registra a las PSDF), como a una acción más proactiva de ciertas comunas que ya tienen pre-diagnosticada a la población PSDF (a través de la red de salud comunal) y, por lo tanto, mejoran la calidad de la nómina centralizada con la información local. Para las 22 comunas participantes en el piloto los datos son los siguientes:

Cuadro N° 20. Número Hogares en Nómina centralizada, Nómina local y Calce

COMUNAS	Nómina Centralizada (A)	Nómina Local (B)	Total Nómina hogares (C)	% calce (A/C)
Alto Hospicio	102	6	108	94%
Arica	95	24	119	80%
Calama	128		128	100%
Calera	119	12	131	91%
Cañete	135	12	147	92%
Chillán	159	16	175	91%
Collipulli	95	11	106	90%
Copiapó	236	30	266	89%
Coyhaique	168	6	174	97%

¹¹⁵ Considera sólo los 3 datos (de 22 en total) que mantienen una lógica en el proceso, desde la fecha de convocatoria hasta la fecha de conformación de la red local.

¹¹⁶ La **Nómina centralizada** es elaborada por el nivel central del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en base a distintas fuentes de información (Registro Social de Hogares, Subsistema Seguridades y Oportunidades, Subsistema Chile Crece Contigo, Registro Nacional de la Discapacidad y diversas bases administrativas), aplicando criterios de prelación (vulnerabilidad, tramo calificación socioeconómica, número de dependientes en el hogar, entre otros). La **Nómina local** es construida por la Red Local de Apoyos y Cuidados con la información de hogares disponible en la red local (unidad municipal de educación, de salud, social, discapacidad, adulto mayor, mujer, y de servicios públicos ligados al MINSAL, Vivienda, Trabajo), que actualiza o corrige la información contenida en la Nómina centralizada, incorporando criterios de prelación adicionales acordados en la mesa de trabajo de la Red Local. La nómina final corresponde entonces a un listado, con información actualizada localmente, que establece un **orden de prelación de los potenciales hogares beneficiarios**, donde esta priorización se determina de acuerdo al método definido por el MDSF, que asigna puntajes según criterios de grupos vulnerables, tramo de calificación socioeconómica, ratio unidad vecinal, número de dependientes en el hogar, número de integrantes no dependientes mayores de edad por hogar e Ingreso equivalente del hogar. La nómina local final identifica a un número de beneficiarios mayor al número de cupos de cada comuna, de modo que en caso de no hallarse un hogar, se procede a visitar al ubicado en el orden inmediatamente siguiente en el listado (en este sentido existe un símil de "lista de espera").

Independencia	111	44	155	72%
Los Vilos	75		75	100%
Natales	78	18	96	81%
Paillaco	80		80	100%
Pedro Aguirre Cerda	166	28	194	86%
Peñalolén	204	12	216	94%
Purranque	58	4	62	94%
Quinta Normal	137	18	155	88%
Rancagua	213		213	100%
Recoleta	189	99	288	66%
San Clemente	145	11	156	93%
Santiago	99	59	158	63%
Talagante	114		114	100%
Total hogares	2.906	410	3.316	88%

Fuente: PRLAC, Fuente: Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo Componente N°4_31012020.xls.

Los datos sobre las iteraciones de la nómina centralizada y nómina local hasta llegar a la versión validada que desatará la intervención en hogares muestran que ello ocurre hasta en tres ocasiones, tomando aproximadamente un mes corrido para completar este proceso.¹¹⁷ Si bien no existe estándar preestablecido al respecto, se considera que es un plazo razonable considerando los cruces de datos que se realizan en MDSF¹¹⁸ y luego en el municipio, para brindar la certeza que la nómina prelada construida no será impugnada, y se cautela la transparencia del proceso de incorporación de beneficiarios al programa.

c) Implementación de Primera visita a hogares y Evaluación de Hogares

La calidad de la nómina de beneficiarios¹¹⁹ utilizada incide en que se disponga de un conjunto suficiente (incluida una “lista de reemplazo”) de hogares válidos, que cumplen las condiciones para participar en el programa, lo cual se traduce en general en que los hogares invitados a participar efectivamente lo hacen:

Cuadro N° 21. Número Hogares Visitados, 2017-2019

Categoría	2017	2018	2019	Total
N° hogares que acepta participar PRLAC	757	414	274	1.445
N° hogares que no acepta participar PRLAC ¹²⁰	6	2	0	8
Casos con información pendiente de registro en SNAC /a	122	144	177	443
N° hogares ingresados al PRLAC (visitados)	885	560	451	1.896

Fuente: PRLAC, Fuente: Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo Componente N°4_31012020.xls.

Nota: a/ corresponde a hogares efectivamente visitados, con instrumento de evaluación aplicado, y que al 20-01-2020 aún no estaba ingresada esa información en SNAC.

En la primera visita a un hogar puede ocurrir que se constata que el hogar identificado en la nómina ya no se encuentra viviendo en la comuna, o que la situación familiar ha cambiado

¹¹⁷ La información de las fechas de envío de la Nómina centralizada queda registrada en el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC).

¹¹⁸ En MDSF con todas las bases administrativas de la oferta ministerial y otras bases, como IPS, FONASA.

¹¹⁹ Que se relaciona con la calidad de la nómina centralizada y las mejoras que introduzca la nómina local, es decir el calce entre ambos listados.

¹²⁰ El programa señala que las razones de no participación, de estos reducidos casos, principalmente se atribuyen a desconfianza del cuidador/a principal en términos que considera que nadie puede atender al PSDF a su cargo como él/ella lo haría.

de manera significativa tal que se modifica su orden de prioridad en la nómina,¹²¹ y procede coordinar una siguiente sesión para la aplicación de la evaluación.

Independiente de lo anterior, es decir del esfuerzo que ha realizado el Programa para efectivamente incorporar a un beneficiario al programa, los datos muestran que el registro en el sistema SNAC de la actividad inicial del programa (primera visita) y el consiguiente desenlace (acepta / no acepta participar, y aplicación del instrumento de evaluación) aun presenta una brecha importante, 23% en lo global (443 / 1.896 casos), que se arrastra desde 2017. Si bien, ello tiene su causa inmediata en que el sistema de registro SNAC en la práctica se puso en marcha a partir del 2019,¹²² lo cierto es que este retraso en el registro de estas primeras actividades claves ha significado que hay un conjunto importante de casos iniciados el 2017, 2018 y 2019 para los cuales no se ha procedido a la formulación del plan de cuidados o que sí haya sido formulado pero aún no ha sido registrado en el sistema SNAC. Los registros del programa no permiten discriminar cual situación es la que predomina. Obviamente, el primer caso es más serio que el segundo. En todo caso, se trata de una situación delicada para el programa desde el punto de vista de su identidad pública, referida a la capacidad efectiva para cumplir sus promesas (estándares de trabajo) y de la capacidad de la Unidad SNAC del nivel central para gestionar que los equipos locales reporten adecuada y oportunamente los casos.¹²³

d) Elaboración del Plan de Cuidados

Los datos disponibles muestran que el tiempo transcurrido entre la fecha de aplicación del instrumento de evaluación del hogar y la fecha de firma del plan de cuidados, en promedio, han pasado de 62 (2017) a 31 (2019) días corridos. De acuerdo con el estándar establecido,¹²⁴ se entiende que en los años 2017-2018 en general las comunas no han cumplido este indicador de calidad, aunque sí han mejorado sustancialmente hacia el año 2019, prácticamente ajustándose a los 30 días esperados.

Cuadro N° 22. Número Días promedio para elaboración Plan de Cuidados, 2017-2019

Comuna	2017 ¹²⁵	2018	2019
Alto Hospicio		45	23
Arica			59
Calama		124	31
La Calera	43	38	16
Cañete	52	17	15

¹²¹ Y eventualmente podría ubicarse en la lista de espera, y como debe respetarse el orden de prelación definido en la nómina, corresponde postergar la visita al hogar para una nueva fecha, o inclusive no realizarla si los hogares con mayor prelación completan los cupos de la comuna.

¹²² Y aún está en desarrollo de módulos.

¹²³ Más adelante, en la sección referida a la evaluación de la implementación del programa, se aborda el aspecto organizacional del PRLAC y la ausencia de capacidades operativas en el nivel regional y su vínculo con la operación a nivel municipal.

¹²⁴ Las Orientaciones técnicas señalan que la elaboración y firma del plan por parte de beneficiarios debe ser durante el mes siguiente a la aplicación de la evaluación.

¹²⁵ El cuadro consideró para el cálculo del número de días transcurridos entre la fecha de aplicación del instrumento de evaluación y la fecha de firma del Plan de Cuidados sólo datos de casos que registraban en el sistema SNAC "Con Plan de Cuidados" y donde la Fecha de firma del Plan de Cuidados correspondiente a la 1ª evaluación fuese superior a la Fecha de aplicación de la evaluación. Este criterio se adoptó considerando que hay casos en que el plan de cuidados está en elaboración, o donde se registró una fecha de elaboración del plan anterior a la fecha de evaluación (lo cual no puede ser). Esto redujo la base de datos de 1.896 casos totales a 1.324 casos válidos. Un criterio adicional adoptado fue no incluir en el cálculo a aquellos casos donde la fecha de elaboración del plan excedía a la fecha de evaluación por más de 340 días, básicamente porque distorsionaba de manera muy significativa el promedio y trayectoria de la comuna respectiva. Se trata de 35 casos en total, correspondientes al año de ingreso 2017, en las comunas de Collipulli (4 de 80), Coyhaique (1 de 100), Independencia (2 de 79), PAC (4 de 126), Peñalolén (2 de 171), Quinta Normal (6 de 95), Rancagua (2 de 153), Recoleta (12 de 171) y Santiago (2 de 93) En suma, para este cálculo, los 1.896 casos se redujeron a 1.289 casos válidos.

Chillán	s.d.	s.d.	s.d.
Collipulli	45	27	21
Copiapó		28	5
Coyhaique	36	65	11
Independencia	63	36	42
Los Vilos		31	
Natales		20	s.d.
Paillaco		104	
Pedro Aguirre Cerda	87	9	
Peñalolén	12	20	18
Purranque		103	39
Quinta Normal	66	126	s.d.
Rancagua	41	26	s.d.
Recoleta	194	207	82
San Clemente		28	20
Santiago	55	82	81
Talagante	49	11	7
Promedio	62	57	31

Fuente: PRLAC, Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo Base_Datos_Final_31012020.xlsx

Nota: "s.d." significa sin datos registrados en el sistema SNAC.

Se observa, también, en el cuadro anterior una gran variabilidad en los tiempos de procesamiento del plan de cuidados. Por un lado, hay comunas que han desarrollado un aprendizaje para rápidamente ajustarse al estándar esperado, como Alto Hospicio, Calama, Cañete, La Calera, Coyhaique, Purranque, Quinta Normal y Talagante. Por otro lado, se observan comunas que siempre han operado dentro del estándar esperado, como Peñalolén y San Clemente, y unas pocas que han estado muy lejos de dicho estándar, como Paillaco,¹²⁶ Quinta Normal, Recoleta, y Santiago. En este último caso, se retrasa la entrega concreta de servicios a los beneficiarios, de atención domiciliaria y especiales.

El no cumplimiento de los indicadores o estándares operativos definidos por el programa por parte de una o varias comunas es algo que la Unidad PRLAC del nivel central no ha logrado detectar a tiempo, pues ello requiere realizar acciones de supervisión en terreno, para conversar con el equipo local y revisar la carpeta física del caso y verificar el registro en el sistema SNAC, actividad que no es factible de realizar para un equipo de seis profesionales, que no cuenta con la participación de las SEREMI MDSF para estos efectos. El PRLAC ha señalado que la supervisión en terreno fue posible al comienzo del piloto, para las 12 primeras comunas, pero ello dejó de ocurrir con el incremento de comunas y casos atendidos en el programa hacia el 2018. En otros subsistemas del SIPS, como Seguridades y Oportunidades, está definido un rol activo para las SEREMI MDSF, en términos de constitución de equipos regionales destinados a coordinar y apoyar la gestión local.¹²⁷ La baja capacidad de seguimiento y control efectivo de la Unidad PRLAC sobre los equipos municipales plantea una interrogante importante en vistas al crecimiento de la operación que pretende el programa para el 2020.¹²⁸

En relación a la calidad de los planes de cuidado, desde la óptica de las posibilidades de servicios ofrecidas a los beneficiarios, se puede señalar que, en el periodo evaluado, en

¹²⁶ En esta comuna de 25 casos, sólo 2 tienen registro de fecha de evaluación y de fecha de firma de plan de cuidados.

¹²⁷ Estos equipos son las contrapartes técnicas directas para los equipos comunales, y se componen de coordinadores de protección social, encargados de programa, asistentes técnicos y especialistas temáticos (por ejemplo, grupos vulnerables).

¹²⁸ Pasar de 22 comunas a 60 comunas.

promedio cada plan de cuidado contiene cinco servicios, la mayoría en la categoría “dispositivo de apoyo”¹²⁹ y apoyos sociales y/o comunitarios,¹³⁰ dentro de un total de 41 posibilidades que tienen los siete ámbitos de servicio. Con el tiempo la oferta de servicios promedio de un plan de cuidados ha ido creciendo, de 2 a 8 servicios, lo que refleja el funcionamiento de la red local a favor de los beneficiarios. Los datos son los siguientes:¹³¹

Cuadro N° 23. Tipo de Servicios ofrecidos en Planes de cuidados, 2017-2019

Ámbito del Servicio	2017	2018	2019	Total
Cuidados Domiciliarios	8%	6%	5%	6%
Dispositivos de apoyo	75%	64%	52%	62%
Apoyos Sociales y/o comunitarios	17%	27%	40%	30%
Orientaciones e información	0%	1%	0%	0%
Gestión de trámites	0%	2%	3%	2%
Transferencias	0%	0%	0%	0%
Cuidados residenciales	0%	0%	0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%
N° promedio de servicios ofrecidos por hogar	2	9	8	5

Fuente: PRLAC, Fuente: Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo Componente N°1_31012020.xls.

e) Cobertura promedio de hogares en el SAD¹³²

La calidad del servicio de asistencia domiciliaria, de acuerdo con los estándares definidos por el programa se mide por dos indicadores, la cobertura comunal promedio y la carga de trabajo de cada asistente de cuidados. Respecto de lo primero el programa presenta los siguientes datos por comuna:¹³³

Cuadro N° 24. Número promedio de hogares atendidos SAD por comuna, 2017-2018

Comuna	2017	2018
Alto Hospicio		36
Arica		34
Calama		20
Cañete	27	35
Chillán		34
Collipulli	30	76
Copiapó		39
Coyhaique	24	36
Independencia		72
La Calera	35	35
Natales		29
Pedro Aguirre Cerda	44	56
Paillaco		30
Peñalolén		99
Purranque		17
Quinta Normal	32	36

¹²⁹ Por ejemplo, adaptaciones funcionales de la vivienda, ayudas técnicas, atención de podología, atención terapeuta ocupacional

¹³⁰ Por ejemplo, compra de alimentos / suplementos, de insumos para el cuidado, de pañales, de medicamentos de especialidad, de equipamiento para el hogar, servicio de transporte y movilización.

¹³¹ La base de datos con el detalle de los beneficiarios no contiene información procesable de los servicios que cada uno de ellos tiene en su plan de cuidados. La información disponible contiene el número de servicios y un campo de observaciones sobre los servicios ofrecidos, que no permite realizar un análisis cualitativo de los mismos.

¹³² El programa denomina “Cobertura” al número absoluto de hogares atendidos por comuna. No refiere a porcentaje sobre algún tipo de población predefinida (objetivo, potencial), sino más bien a una meta de atención entre 30 y 90 hogares, cuya definición no obedece a criterios técnicos reconocidos en la experiencia internacional.

¹³³ Lo segundo se aborda en el siguiente punto. Como se ha indicado en Cuadro N° 7, en los años 2016 y 2019 no se implementó el Servicio SAD en ninguna comuna.

Rancagua		111
Recoleta		86
San Clemente		42
Talagante	35	34
Santiago		90
Promedio general	32	50

Fuente: PRLAC, Fuente: Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo Componente N°2_31012020.xls.

Nota: La comuna de Los Vilos no cuenta con cobertura SAD en 2017-2018.

El cuadro anterior señala que, en general, la calidad de la cobertura de este servicio el 2017 ha sido la mínima establecida, tendiendo a una mejora al 2018. En efecto, en los dos años de vigencia del servicio SAD, 2017 y 2018, el estándar fijado se cumple, es decir que cada comuna tenga una cobertura promedio de 30 a 90 hogares en el SAD. En rigor, para el 2017 ello no se cumple sólo en el caso de la comuna de Cañete, y el 2018 en la comuna de Purranque.

f) Hogares a cargo por cada Asistente de Cuidado

La calidad del servicio SAD, desde el punto de vista de la carga de trabajo por asistente de cuidados es buena, tanto en el año 2017 como en el año 2018, pues se cumple que cada asistente de cuidado tiene un máximo de 5 hogares a su cargo. La única excepción ocurre en la comuna de Chillán el año 2018, sobrepasando la carga de trabajo definida, y ello estaría relacionado más a la magnitud de la demanda¹³⁴ que a la escasez relativa del recurso asistente, por cuanto la disponibilidad promedio de asistentes en esta comuna es similar a otras de su tamaño.

Cuadro N° 25. Disponibilidad de Asistente de Cuidados y Carga de trabajo promedio por comuna, 2017-2018

Comuna	2017		2018	
	N° Promedio Asistentes por Comuna	N° Promedio de Hogares por Asistente	N° Promedio Asistentes por Comuna	N° Promedio de Hogares por Asistente
Alto Hospicio			6	4
Arica			7	5
Calama			5	4
Cañete	6	3	6	4
Chillán			6	7
Collipulli	7	4	10	5
Copiapó			7	4
Coyhaique	6	3	7	4
Independencia			8	5
La Calera	8	5	7	5
Natales			10	5
Paillaco			7	5
Pedro Aguirre Cerda	10	4	10	4
Peñalolén			21	4
Purranque			7	3
Quinta Normal	8	5	6	5
Rancagua			24	5
Recoleta			25	4
San Clemente			8	4
Santiago				
Talagante	8	4	6	5

¹³⁴ La demanda de esta comuna se acumula al 2018, pues en principio debía incorporarse al programa el 2017, lo que no ocurrió, trasladándose la ejecución para un solo año.

Promedio	8	4	13	4
----------	---	---	----	---

Fuente: PRLAC, Fuente: Sistema SNAC al 20-01-2020, archivo Componente N°2_31012020.xls.

3. Economía

3.1. Antecedentes presupuestarios

El siguiente cuadro muestra la evolución de los distintos presupuestos anuales del Programa para el periodo de evaluación. Como fue señalado anteriormente, el presupuesto inicial del PRLAC registra un importante incremento respecto de 2016, con un presupuesto para 2020 que, en términos reales, es 10 veces mayor que el asignado en 2016. El crecimiento anual del presupuesto ha sido irregular, con un importante aumento entre 2016 y 2017 (184% de crecimiento), un incremento relevante, pero de menor magnitud entre 2017 y 2018 (81%), un estancamiento entre 2018 y 2019, y una expansión nuevamente para 2020 (96%).

Cuadro N° 26. Presupuesto total del programa 2016-2020 (miles de \$2020)

Año	Presupuesto del programa			Planificación presupuestaria (%) (b / a)
	Total (incl. toda fuente de financiamiento)	Inicial, proveniente de la Instit. Responsable (a)	Vigente, proveniente de la Instit. Responsable (b)	
2016	657.570	713.827	757.727	106,15%
2017	1.867.840	3.484.520	5.127.272	147,14%
2018	3.380.880	3.352.650	3.684.635	109,90%
2019	3.359.902	3.342.409	3.797.383	113,61%
2020	6.572.542	6.367.376	---	---
% Variación 2016-2020	899,52%	850,82%	412,17%	

Fuente: PRLAC.

3.2. Fuentes y uso de recursos financieros

El presupuesto del Programa PRLAC representa, en promedio para el periodo de evaluación, un 4,76% del presupuesto de la Subsecretaría de Servicios Sociales. Como muestra el siguiente cuadro, tanto la institución responsable como el Programa han tenido importantes aumentos de presupuesto para el periodo 2016-2020; el mayor incremento porcentual del presupuesto del PRLAC hace que su participación relativa en el presupuesto de la Subsecretaría hay ido en aumento, desde cerca de 1% en 2016 hasta casi el 9% en 2020.

Cuadro N° 27. Evolución del presupuesto RLAC y Subsecretaría de Servicios Sociales y PRLAC (Miles de \$2020) y variación anual (%), período 2016-2019

Año	Ppto. inicial Subs. de Servicios Sociales (A)	Variación Presupuesto	Ppto. inicial RLAC (B)	Variación Ppto. PRLAC	(B) / (A)
2016	51.197.236		637.003		1,24%
2017	57.392.773	12,10%	1.847.712	190,06%	3,22%
2018	61.589.601	7,31%	3.352.650	81,45%	5,44%
2019	66.331.626	7,70%	3.342.409	-0,31%	5,04%
2020	74.401.688	12,17%	6.572.542	96,64%	8,83%
Variación 2016-2020	45,32%		931,79%		

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5

En el cuadro siguiente se puede observar cómo han evolucionado los ítems que componen la asignación de la institución responsable. Se observa que la transferencia de recursos se

realiza principalmente para financiar gastos en personal, correspondiente al equipo PRALC del nivel central, más contrapartes regionales. Como fue señalado anteriormente, para el cálculo del monto a asignar a las contrapartes regionales, se consideró el 10% de su jornada como dedicación al Programa. En el año 2017, se transfirieron recursos para la adquisición de “Bienes y Servicios de Consumo” (subtítulo 22), con el fin de financiar el sistema de registro, monitoreo y derivación del Programa, recursos provenientes desde la División de Promoción y Protección Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Cuadro Nº 28. Composición de la Asignación de la Institución Responsable (Miles de \$2020), período 2016-2020

Ítem	2016	2017	2018	2019	2020
Gastos en Personal	167.650	182.429	188.198	168.815	186.137
Bienes y Servicios de Consumo	0	28.475	0	0	0
Adquisición de Activos no Financieros	0	0	0	0	0
Total	167.650	210.904	188.198	168.815	186.137

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5

El equipo del nivel central actualmente se compone de seis profesionales, todos a contrata.¹³⁵ El equipo del nivel regional (SEREMI), de 16 profesionales (3 honorarios y 13 contrata) se describe como “Contraparte regional”, sin embargo, como se establece en Anexo 3, estos equipos no han desempeñado funciones para el programa, de modo que no corresponde incluirlos ni contabilizar su costo.

Cuadro Nº 29. Dotación de RRHH del programa, por tipo, período 2016-2020

Año	Nivel Central			Regiones			TOTAL
	Honorarios	Contrata	Total	Honorarios	Contrata	Total	
2016	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
2017	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
2018	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
2019	0	6	6	3	13	16	22
2020	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes de Transparencia MIDESO.

s.d., Sin dato. El programa elaborará esta información durante marzo 2020.

El cuadro siguiente muestra la distribución del gasto del Programa por subtítulo. Se observa que, en promedio, el 86% del gasto se destina al ítem “Transferencias”, el cual también registra la mayor variación entre 2016 y 2019. Estos recursos constituyen la transferencia de recursos desde el PRLAC a las municipalidades, que ejecutan los componentes a nivel local. Adicionalmente, en 2016 y 2017 incluyen los pagos por concepto de asistencia técnica realizados al Banco Mundial. Los recursos destinados a “Inversión” corresponden al diseño del sistema de registro, monitoreo y derivación del Programa (sistema SNAC).

Cuadro Nº 30. Gasto devengado del Programa (Miles de \$), por subtítulo, período 2016-2019

Subtítulo	2016	2017	2018	2019	Promedio	Var 2016-2019
Personal	191.801	182.429	188.199	168.815	182.811	-11,98%
Bienes y Servicios de Consumo	69.849	28.475	75.209	523.372	174.266	649,29%
Transferencias	332.204	2.385.116	3.421.179	3.082.600	2.305.275	827,92%
Inversión	75.047	0	0	0	18.762	-100%
Otros	0	0	0	0	0	
Total	668.902	2.596.020	3.684.586	3.774.786	2.681.074	464,33%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5

¹³⁵ El costo actualizado de esta planilla para 12 meses del 2019 se calcula en \$174.531.502.

El siguiente cuadro muestra la desagregación del gasto del Programa de acuerdo al tipo de gasto (producción / administración), identificando la asignación a recursos humanos y otros gastos. Se observa que los gastos de administración han ido disminuyendo, partiendo de una situación inicial de implementación del PRLAC en 2016 (sin entrega de bienes y servicios a los beneficiarios) a una situación en donde se registran gastos de producción relacionados a todos los componentes del Programa. Coincidentemente, el gasto en recursos humanos (principalmente salarios del equipo central del Programa) ha ido disminuyendo proporcionalmente a “Otros gastos”, conforme el PRLAC ha iniciado la compra de bienes y servicios para ejecutar sus componentes. Así, en el periodo 2016 – 2019 el gasto de producción alcanzó al 84,4% de gasto total del programa y el gasto en administración el restante 15,6%:

**Cuadro Nº 31. Gasto Total del Programa según uso: Gastos de administración y Gastos de producción
(Miles de \$2020), período 2016-2019**

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RRHH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	191.502	191.502	28,6%
Otros Gastos	242.319	234.782	477.101	71,4%
Total	242.319	426.283	668.602	-----
% (Gasto Produc. vs Admin)	36,2%	63,76%	-----	-----
AÑO 2017	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RRHH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	182.429	182.429	7,0%
Otros Gastos	2.303.138	110.453	2.413.591	93,0%
Total	2.303.138	292.882	2.596.020	-----
% (Gasto Produc. vs Admin)	88,7%	11,28%	-----	-----
AÑO 2018	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RRHH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	188.199	188.199	5,1%
Otros Gastos	3.421.179	75.209	3.496.388	94,9%
Total	3.421.179	263.407	3.684.586	-----
% (Gasto Produc. vs Admin)	93%	7,15%	-----	-----
AÑO 2019	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RRHH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	168.815	168.815	4,5%
Otros Gastos	3.082.600	523.372	3.605.971	95,5%
Total	3.082.600	692.187	3.774.786	-----
% (Gasto Produc. vs Admin)	81,7%	18,34%	-----	-----
Total 2016 – 2019	9.049.236	1.674.759	10.723.994	
% (Gasto Produc. vs Admin)	84,4%	15,6%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5.

En términos del gasto de producción por componente, se observa que esta distribución ha ido variando entre los años, con una mayor asignación relacionada al Componente 2, que a partir de 2017 representa cerca del 50% del gasto de producción del Programa. Al igual que otros indicadores de presupuesto y gasto del Programa, en este caso se observa que los indicadores año a año fluctúan sin una tendencia clara. Lo anterior obedece al hecho que el Programa está en puesta en marcha y constante cambio a lo largo del periodo de evaluación, lo que dificulta la interpretación de sus datos. Sin embargo, el mayor peso relativo del componente 2 respecto de los otros componentes se relaciona principalmente a que el producto generado es el más costoso en términos unitarios (ver cuadro N° 34), que además en el periodo evaluado presenta una brecha importante de entrega (“delivery”). Esto es, un 66% de los planes de cuidado que contemplan este servicio han sido satisfechos a la fecha, mientras que en el caso del componente 1 es 77%, y en el componente 3 es 100%. Lo anterior señala que se espera un crecimiento adicional en el gasto de producción para los componentes 1 y 2 para atender los servicios comprometidos, pendientes de entrega. El componente 3 puede aumentar el gasto de producción en la medida que el número promedio de servicios entregados por hogar se incremente, lo cual es sensible a la disponibilidad de oferta en el nivel comunal, ya que en la medida que esta se reduzca, el esfuerzo complementario del programa se debiera incrementar.

Cuadro N° 32. Gastos de producción por componentes(Miles de \$2020), período 2016-2019

Componente	2016		2017		2018		2019	
Componente 1	83.563	34,48%	398.505	17,30%	710.547	20,77%	476.076	13,92%
Componente 2	49.278	20,34%	1.301.662	56,52%	1.688.296	49,35%	1.631.693	47,69%
Componente 3	109.479	45,15%	602.970	26,18%	1.022.336	29,88%	974.831	28,49%
Total	242.319	100%	2.303.137	100%	3.421.179	100%	3.082.600	100%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5.

3.3. Ejecución presupuestaria del programa

Respecto de la ejecución presupuestaria, el cuadro muestra que el Programa realiza ajustes a su presupuesto inicial todos los años (diferencia entre presupuesto inicial y vigente) y explica la sobre ejecución (respecto del presupuesto inicial). La ejecución del presupuesto vigente es cercana a 100% todos los años. Sin embargo, la ejecución respecto del presupuesto inicial presenta mayor variación que en el caso del presupuesto vigente, ya que el programa se encontraba en diseño (2016-2017) y luego en rediseño (2018), conceptual y operativo, por lo que es esperable que en la ejecución deban realizarse ajustes, entre otros adquisición de material (organizadores para el cuidado), cuadernos metodológicos, kit de estimulación, instrumentos metodológicos, contratación de asistencia técnica.

Cuadro N° 33. Ejecución presupuestaria del programa (Miles de \$2020). Período 2016-2019

Año	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B)	(C/A)
2016	637.002	680.902	668.902	98,2%	105,0%
2017	1.847.712	2.669.088	2.596.020	97,3%	140,5%
2018	3.352.650	3.684.635	3.684.586	100,0%	109,9%
2019	3.342.409	3.793.849	3.774.786	99,5%	112,9%
Variación 2016-2019	424,71%	457,18%	464,33%		

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5.

3.4. Aportes de terceros

El PRLAC recibe aportes de terceros, en este caso las municipalidades que participan en el Programa, los cuales son contabilizados dentro de su presupuesto. Sin embargo, como se explicó anteriormente, estos aportes son de naturaleza voluntaria y no exigible, por lo que no existe un estándar respecto de cuánto y cuándo aporta cada municipio para la implementación del Programa. En términos agregados, este aporte es pequeño y representó un 0,5% del presupuesto del Programa en 2019. Se considera que esta cifra es adecuada, en el entendido que el diseño del Programa no considera estos recursos para su ejecución.

3.5. Recuperación de gastos

El PRLAC no considera recuperación de gastos en su gestión. La estrategia se considera adecuada dada la naturaleza del Programa, que busca, entre otras cosas, proveer servicios a personas que de otra forma no tendrían posibilidad de acceder a ellos, principalmente considerando el criterio de vulnerabilidad socioeconómica usado por el Programa en la selección de sus beneficiarios.

4. Eficiencia

4.1. A nivel de actividades y/o componentes

El siguiente cuadro muestra que el gasto total promedio de elaboración de un plan de cuidados, aprobado por los beneficiarios, pasó de \$525,7 mil a \$665,8 mil, es decir un incremento promedio de 27% en el periodo 2017-2019.¹³⁶ Se asocia este incremento al efecto de la constitución de todos los equipos de la red local (pasando de 12 a 22 comunas), lo que impulsa el gasto en promedio de 19%, sumado a que el mayor esfuerzo de elaboración de planes ocurre al 2017, y decrece hacia el 2019, lo cual se traduce en una caída promedio del 62% en la elaboración de planes de cuidado. El efecto combinado es un aumento del 27% en el gasto promedio por plan de cuidado elaborado.¹³⁷

¹³⁶ El cuadro no considera el 2016, ya que el Programa no entregó servicios a beneficiarios ese año.

¹³⁷ Nótese que cada uno de los 1.465 planes elaborados 2017-2019, tiene una vigencia de tres años, de modo que una vez formulados y validados por los beneficiarios, se da paso a su implementación, actividad que explica la mayor parte del gasto de este componente en los años 2018 y 2019, donde los equipos de la red local dedican su tiempo a tareas de coordinación de las derivaciones, acompañamiento (monitoreo del acceso y la actualización de necesidades PSDF y Cuidador/a) y a verificar si se han producido los cambios esperados por la ejecución de cada plan de cuidado.

**Cuadro N° 34. Gasto Promedio Anual por Unidad de Producto 2017-2019
(Miles \$ 2020)**

Componente	2017	2018	2019	Var. 2017-2019
Componente 1				
Gasto total componente	398.505	710.547	476.076	19%
N° planes de cuidados	758	421	286	-62%
Gasto Promedio por Unidad de Producto ¹³⁸	525,7	675,1	665,8	27%
Componente 2				
Gasto total componente	1.301.662	1.688.296	1.631.693	30%
N° de Asistentes de Cuidado contratados (vigentes y nuevos)	43	211	-	391%
Gasto Promedio por Asistente de Cuidado contratado	30.271,2	8.001,4	-	-74%
Gasto Promedio por Unidad de Producto	7.567,9	2.000,4	-	-74%
Componente 3				
Gasto total componente	602.970	1.022.336	974.831	62%
N° de SSEE entregados por hogar (22 comunas) ¹³⁹	3.790	7.074	5.860	55%
Gasto Promedio por Unidad de Producto	159,1	144,5	166,4	5%

Fuente: elaboración propia con datos de Anexo 5 y estadísticas de producción del programa

Respecto del componente 2 (SAD), se observa una caída sustantiva en el gasto unitario anual del servicio de atención domiciliaria, asociada a la economía de escala que se realiza una vez instalados los protocolos del servicio en las comunas, pasando de M\$30.271 (2017) a M\$8.001 (2018) por un asistente de cuidados,¹⁴⁰ que se traduce en un gasto medio descendente por un servicio SAD (un hogar beneficiario) de M\$7.567,8 (2017) a M\$2.000,4 (2018), ya que cada asistente de cuidados cubre en promedio 4 hogares. Esta caída se atribuye, entre otros factores, a que el programa dispuso de antecedentes para la ejecución de este servicio provistos en la ejecución de Chile Cuida-FUNFA (2015-2017), de modo que la transferencia de conocimiento para establecer las condiciones de operación de este servicio, así como la disponibilidad de una oferta pre-identificada de asistentes de cuidados, facilitaron una rápida convergencia de los costos del componente.

En relación con el componente 3 (SSEE), debido a que se incrementa paulatinamente el número de planes elaborados (de 758 el 2017 a 1.465. el 2019), y al mismo tiempo se observa una disminución en el número promedio de servicios especializados entregados por hogar (de 5 el 2017 a 4 el 2019), la trayectoria es un leve incremento, de 5% promedio 2017-2019, en el gasto promedio por unidad de servicio especializado producido, desde M\$159,1 (2017) a M\$166,4 (2019).¹⁴¹

¹³⁸ La estimación considera que el producto es "Plan de cuidados formulado y con acompañamiento" (Ver Cuadro N° 52, Anexo 3.A.1.c), por lo cual al numerador se aplica un factor de carga estimado a partir de la información de las entrevistas realizadas a comunas del piloto (Ver detalle en Capítulo V, Entrevistas Realizadas), que señala que el equipo de la red local utiliza un 40% del tiempo en labores técnicas y un 60% en labores de gestión (coordinación, control, seguimiento, etc.). En consecuencia se aplicó para el año 2018 y 2019 el factor 40% al gasto total del componente (es decir se valoró en esa proporción la dedicación a elaborar nuevos planes de cuidado, y el 60% restante a labores de gestión, que sería el acompañamiento a los planes elaborados el año anterior). Para el año 2017, primer año en que se elaboraron planes de cuidado, se consideró que todo el esfuerzo, y en consecuencia el gasto del componente 1, estuvo dedicado a esa finalidad.

¹³⁹ Se aproxima considerando el N° promedio de SSEE entregados por hogar por el N° Plan de Cuidados elaborados vigentes al respectivo año (Ver Cuadro N° 6).

¹⁴⁰ El gasto imputado incluye el gasto directo (honorarios) de las personas que cumplen la función de asistente de cuidados, más la capacitación recibida por esos, seguro accidentes laborales, insumos para el trabajo (kit de estimulación, indumentaria) y los gastos del coordinador SAD. En este sentido, el servicio SAD implica colocar en el hogar de la PSDF a una persona calificada (certificada por competencias, con estándares SENCE), con insumos adecuados (indumentaria y material de trabajo) y una supervisión periódica de parte del coordinador SAD comunal. Mayor detalle del funcionamiento de este servicio se puede revisar en Anexo 3.A.3.

¹⁴¹ El grueso del gasto de este componente (44%) lo constituyen servicios como terapeuta ocupacional, técnico/a en enfermería, podólogo/a, peluquero/a, seguido de ayudas técnicas (16%) y artículos de aseo para las PSDF (11%).

**Cuadro N° 35. Gasto Promedio Anual Componente por Beneficiario 2016-2019
(Miles \$ 2020)**

Componente / Servicio	2017	2018	2019	Var. 2016-2019
Componente 1	450,3	491,7	251,1	-44%
Componente 2	1.717,2	1.432,0	1.113,8	-35%
Componente 3	795,5	867,1	665,4	-16%

Fuente: elaboración propia con datos de Anexo 5 y estadísticas de producción del programa.

El cuadro anterior revela que, instaladas las capacidades en los municipios, especialmente la red local básica (encargado de red y coordinadores SAD y SSEE), la mayor actividad hacia el 2019, que consiste en la atención de los beneficiarios acumulados en el periodo,¹⁴² producen el efecto de reducción del gasto promedio por beneficiario entre 16% (componente 3) y 44% (componente 1). Las cifras de los cuadros anteriores (N° 34 y N° 35) son satisfactorias, a la luz de otras experiencias que a continuación se relatan.

Existen diversas estimaciones sobre el potencial costo de un sistema de cuidados para el país. El rango de costos estimados es amplio y varía en función de parámetros como: servicios ofrecidos, tipo de paciente, y condiciones de la oferta en el área geográfica donde el servicio es ofrecido.

Por ejemplo, una investigación para Chile¹⁴³ muestra que, en promedio, el costo de un servicio de cuidados domiciliarios podría alcanzar los \$6.210 diarios (pesos 2020), lo que significa un costo anual de M\$2.267. Otras estimaciones muestran que, programas similares tienen costos inferiores. Por ejemplo, un estudio del MDSF del año 2016 muestra que un sistema de visitas domiciliarios tendría un costo aproximado de M\$1.575 al año (\$2020),¹⁴⁴ mientras que las estimaciones de la Dirección de Presupuestos (DIPRES) sobre el Programa de Atención Domiciliaria del Ministerio de Salud muestran un costo que alcanzaría M\$397 al año (\$2020).¹⁴⁵ Nuevamente, estos números deben ser interpretados con cautela al ser usados como referencia para el PRLAC. Como se señaló anteriormente, las variaciones de costos dependen crucialmente del tipo de beneficiarios y servicios ofrecidos. De todas formas, el PRLAC muestra un costo inferior al de un programa comparable (en términos de sus componentes, incluyendo evaluación de beneficiarios y servicios para cuidadores), como podrían ser las estimaciones de Mátus-López y Cid, y Zagreb Consultores.

A nivel internacional, los datos muestran un problema similar para realizar la comparación entre sistemas de cuidados en distintos países, ya que el costo por beneficiario dependen crucialmente del tipo de dependiente y el conjunto de servicios ofrecido por el sistema. Por ejemplo, Holanda tiene un sistema de cuidados de largo plazo generoso, cuyo costo total equivale al 30% del gasto total en salud y a un 3% del PIB del país.¹⁴⁶ Las estadísticas de la OECD muestra aproximaciones del gasto por beneficiario de distintos sistema de cuidados de largo plazo:

¹⁴² Para el componente 1 de 885 el 2017 a 1.896 el 2019, que corresponde a todas las personas atendidas (con planes de cuidado elaborados o por elaborar), y para los componentes 2 y 3 de 758 el 2017 a 1.465 el 2019, que corresponde a las personas con planes elaborados.

¹⁴³ Mátus-López y Cid (2015).

¹⁴⁴ Zagreb Consultores Ltda (2016).

¹⁴⁵ Dirección de Presupuestos (2017).

¹⁴⁶ Villalobos Dintrans (2020).

Cuadro Nº 36. Costo de sistemas de cuidado de largo plazo en países seleccionados (2016)

Variable	Alemania	Canadá	Corea	Holanda	Estados Unidos
Producto Interno Bruto (PIB) (MM US\$)	3.466.790,1	1.526.705,5	1.414.804,2	783.528,2	18.707.188,2
% PIB destinado a cuidados	1,9%	1,6%	0,9%	2,7%	0,9%
Costo del sistema de cuidados (MM US\$)	65.869,0	24.427,3	12.733,2	21.155,3	168.364,7
Beneficiarios	826.847	323.865	184.549	207.660	1.400.810
Costo per cápita (US\$ / año)	79.663	75.424	68.997	101.875	120.191

Fuente: OECD (2020).

La tabla muestra que el costo anual per cápita invertido por estos países está entre los US\$70 mil y los US\$120 mil, aproximadamente entre \$50 y \$80 millones al año.

A pesar de los altos costos, muchos de los países que han implementado sistemas de cuidados de largo plazo formales han usado como argumento que éstos permiten reducir y contener los costos de su sistema de seguridad social (políticas sociales y salud). Para Chile, se estima que abordar el cuidado de PSDF a través de esta alternativa también provocaría importante ahorros, principalmente al sistema de salud.¹⁴⁷

4.2. A nivel de resultados intermedios y finales

Los datos del programa no permiten la evaluación de resultados intermedios y finales. Los indicadores propuestos para la medición de resultados en este nivel se encuentran en la MML del Programa (ver Anexo 2).

4.3. Gastos de Administración

Al igual que el resto de las cifras presupuestarias del PRLAC, el gasto de administración del Programa muestra importantes vaivenes a lo largo del periodo de evaluación: en 2016 (año de inicio del Programa), éstos ascienden a más de 60%, mientras que para 2019 alcanzaron 18%. El alto gasto administrativo del Programa en 2016 se explica porque este año fue el de la puesta en marcha, en donde la entrega de bienes y servicios a los beneficiarios fue nula. Estas variaciones año a año reflejan la situación de un Programa en etapa de implementación (versus uno en régimen) incluyendo: periodo de implementación, cambios en coberturas (incorporación de nuevas comunas al Programa), coordinación y fusión con otras iniciativas públicas (como programa Chile Cuida de la Fundación de las Familias).

Cuadro Nº 37. Gastos de Administración respecto al Gasto Total del Programa (Miles \$2020), periodo 2016-2019

Variable	2016	2017	2018	2019
Gasto Administración (A)	426.283	292.882	263.407	692.187
Gasto Total del programa (B)	668.602	2.596.020	3.684.586	3.774.786
% (A/B)	63,76%	11,28%	7,15%	18,34%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes entregados por PTRAC en Anexo 5.

Como se ha indicado, el gasto en recursos humanos del programa corresponde totalmente a la unidad PRLAC del nivel central, ya que no hay recursos en este ítem asignados a las Secretarías Regionales Ministeriales. Este gasto se mantiene relativamente constante en

¹⁴⁷ Villalobos Dintrans (2018).

torno a los \$180 millones promedio anual, con una tasa de variación de -12% en el periodo evaluado, reflejando que los recursos humanos asignados al programa más bien se han reducido. Al contrario, otros gastos administrativos (entre otros, compra de equipos informáticos, equipos audio visuales, mobiliario y equipamiento, sistemas informáticos, servicios básicos) experimentan una variación promedio anual de 123% en 2017-2019, y explican la fluctuación del gasto administrativo 2016-2017 y 2018-2019.

Cuadro Nº 38. Distribución de gasto en RRHH por tipo (Miles \$2020), período 2016-2019

RRHH	2016	2017	2018	2019
• Nivel Central	s.d.	s.d.	s.d.	100%
• Regiones	0	0	0	0
Total	s.d.	s.d.	s.d.	100%

Fuente: Elaboración propia en base a antecedentes de transparencia MIDESO, nov 2019.
s.d., Sin dato.

5. Implementación del Programa

Para evaluar la correcta puesta en práctica del programa en base a la estrategia diseñada se considera abordar los siguientes tópicos: i) Operación y diseño, y estrategia definida; ii) Organización y gestión; y, iii) Sistema de seguimiento y evaluación.

5.1. Operación y diseño versus Estrategia definida

La estrategia esbozada (Capítulo II.1), bajo la premisa de construcción de un sistema de cuidados de largo plazo, al que concurren beneficiarios (familia), comunidad e instituciones (públicas y privadas), se implementa a través de lo que el programa define como modelo de gestión basado en una red local articulada, y un trabajo con beneficiarios realizado con la metodología de gestión de casos. Bajo estos parámetros, y atendiendo a un diseño conceptual básico, el PRLAC se ejecuta desarrollando un diseño operacional basado en experiencias previas.¹⁴⁸ De este modo, enfoca sus recursos en la producción de los tres componentes definidos acorde la reformulación 2018. El relato de la transición del diseño, 2016 al 2018, da cuenta de una evolución del PRLAC desde una concepción temprana como un sistema de cuidados (SNAC) hacia una adaptación final como un programa público, que absorbe y combina algunos elementos de dicho sistema.

La operación en el periodo 2016 - 2019 refleja el tránsito desde la lógica de un subsistema que debiera contener a un conjunto de programas,¹⁴⁹ hacia la práctica de un programa que contiene partes de un subsistema. En esta transición se considera que el PRLAC pierde el foco en elementos claves para la construcción de un futuro subsistema en los términos establecidos por el SIPS.¹⁵⁰ Primero, define como su programa eje a la Gestión de Red

¹⁴⁸ La del Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados (2015) y el servicio de atenciones domiciliarias de FUNFA en Chile Cuida (2016).

¹⁴⁹ Red Local de Apoyos y Cuidados, Respira, Adapta, Cuidados domiciliarios, Acción educativa y Tránsito a la vida independiente.

¹⁵⁰ La Ley 20.379 (2009), que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS) e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo", establece (Artículo 2º) que un subsistema es "el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, focalizadas en un mismo grupo de personas y, o familias, en situación de vulnerabilidad socioeconómica". Adicionalmente, que un subsistema debe cumplir un conjunto de requisitos copulativos para incorporarse al SIPS (Artículo 4º): a) Atender a un grupo de familias y, o personas, de carácter homogéneo, claramente identificable y vulnerable socioeconómicamente, según lo determine el instrumento de caracterización socioeconómica; b) Poseer un programa eje, esto es, una acción o prestación

(Componente 1 de la reformulación 2018), lo cual no corresponde a una acción o prestación social base que determine el acceso al subsistema. La gestión de la red, si bien es un elemento crítico para el éxito de programa en términos de ofrecer y entregar soluciones apropiadas a las necesidades de PSDF/ cuidador/a, es un parafraseo a nivel de subsistema de la propia definición del SIPS.¹⁵¹ En opinión del panel evaluador, en el esfuerzo de montar las redes locales, definir, documentar y aplicar las metodologías de intervención, se diluyó la claridad respecto de lo central de disponer oportunamente planes de cuidados para todos los hogares visitados y que aceptaron participar del programa.¹⁵² Por ello, en la propuesta del panel, el componente 1 se reorientó al producto que reciben los beneficiarios, un Plan de Cuidados, que se formula luego de evaluados el nivel de dependencia de la PSDF y la sobrecarga del cuidador/a y diagnosticadas las necesidades de apoyos y cuidados de ambos beneficiarios, y su posterior acompañamiento en la ejecución de los servicios contemplados en dicho plan.

Segundo, referido a la población objetivo que atiende el PRLAC, en las formulaciones conceptuales 2016 y 2018 el programa no es claro y consistente en el tiempo en sostener que el beneficiario es una “díada” (indisoluble), compuesta por la persona en situación dependencia funcional y su cuidador/a principal. Ello queda de manifiesto en la reformulación 2018, donde se define sólo a las PSDF como la población objetivo del programa, lo cual es un error de diseño. Sin embargo, en la práctica sí se mantiene durante todo el periodo evaluado la implementación de un componente destinado específicamente a los cuidadores principales, lo cual es positivo. Un aspecto adicional sobre la población objetivo, en particular las PSDF, el programa no ha abordado conceptualmente cómo enfrentar el requisito que la ley del SIPS establece respecto de contemplar mecanismos de retiro gradual de los beneficiarios del subsistema.¹⁵³ Es decir, si el programa está orientado a la construcción del futuro subsistema de apoyos y cuidados, la condición legal señalada no podría ser cumplida en la medida que va a contra lógica del problema que el PRLAC aborda, la dependencia funcional de personas, cuya trayectoria en el tiempo no es de superación o mejora, pues lo lógico es que progrese desde una condición de leve, a moderada, a severa.¹⁵⁴

Respecto del funcionamiento de las redes locales hay más interrogantes que respuestas, pues no se dispone de información sistematizada que permita explicar su conformación

social base que determine tal acceso; c) Entregar prestaciones o beneficios sociales específicos que hayan sido creados por ley; d) Diseñar y llevar a cabo acciones y prestaciones sociales que requieran de una gestión coordinada intersectorialmente por distintos órganos públicos, y cuya ejecución sea preferentemente municipal; e) Responder a criterios de pertinencia en las prestaciones; f) Considerar procedimientos de medición y evaluación de, a lo menos, resultados a nivel de producto, tales como cobertura de las atenciones prestadas, focalización y calidad. El subsistema deberá diseñar y poner en funcionamiento el mecanismo de información a que se refiere el inciso tercero del artículo 2º; g) Contemplar mecanismos de retiro gradual de los beneficiarios del subsistema; h) Disponer de un análisis regional del impacto social del subsistema y sus necesarias adecuaciones a la realidad de cada región.

¹⁵¹ Ley 20.379 (2009), Artículo 1º, define que el Sistema Intersectorial de Protección Social es “un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida”.

¹⁵² 23% de hogares visitados 2017-2019 aun no disponen de plan de cuidados, o en su defecto hayan decidido no participar del programa. En el mejor caso, han sido elaborados pero no registrados en sistema SNAC (Ver Cuadro N° 6).

¹⁵³ Ver nota al pie N° 140, letra g).

¹⁵⁴ La literatura indica que la dependencia funcional en los adultos mayores está directamente relacionada con el envejecimiento y depende de múltiples factores, donde el conocimiento de éstos debe contribuir a diseñar programas que permitan identificar a los individuos en riesgo de perder su autonomía e implementar intervenciones dirigidas a detener o revertir ese proceso. Ver Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J.A., Mejía-Arango, D., Gutiérrez-Robledo, L. (2007) Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 22, N° 1.

efectiva para cada una de las 22 comunas participantes del piloto, y por lo tanto si acaso dichas redes son mínimamente comparables como estructuras organizacionales,¹⁵⁵ qué actividades realizan o soportan estas unidades integrantes, ofrecen o permiten acceso a servicios comparables, frecuencia de reuniones, entre otros aspectos. Mayor incógnita es el funcionamiento de las redes locales ampliadas (¿están compuestas sólo por unidades municipales, u otras instituciones públicas, y privadas?). La experiencia que reseñaron las comunas entrevistadas indica que las redes locales del programa pueden ser redundantes sobre otras ya existentes en el territorio, algunas producto de la acción previa del propio SIPS.¹⁵⁶ Dicho relato, también, sugiere que el funcionamiento de la red local (básica), por su constitución, favorece una mejor coordinación de unidades del propio DIDECO, que con otras unidades del nivel local. Otro aspecto relacionado al funcionamiento de la red local se relaciona con el uso del mapa de oportunidades, no siendo claro si dicho levantamiento de las ofertas locales ha tenido la misma rigurosidad y profundidad en todas las comunas participantes, y si las ofertas identificadas conducen posteriormente a un proceso de acuerdos formales de complementariedad entre instituciones.

A este punto, la red local se piensa más bien como un mecanismo de canalización de ofertas públicas hacia la comunidad, en particular para un grupo objetivo determinado. Sin embargo, se debe destacar que las redes locales (o territoriales) poseen también un potencial como generadoras de soluciones para la comunidad. Este aspecto no ha sido abordado por el programa, en su carácter de piloto para la futura construcción de un subsistema de apoyos y cuidados. En efecto, la red local no es sólo un mecanismo de organización que permite la canalización de servicios sociales hacia el nivel local, sino que puede constituir un mecanismo (inter)organizacional que permite abordar un problema complejo desde los distintos niveles, central-local, local-local. Como se mencionó en los primeros párrafos de esta sección, la literatura muestra que en el abordaje del problema de la dependencia concurren tres actores, beneficiarios (familia), comunidad e instituciones (públicas y privadas). En la experiencia del PRLAC la red se ha concentrado en los actores que posibilitan las ofertas de apoyos y cuidados (instituciones públicas y privadas), y no se registran acciones desde la propia comunidad (excepto su eventual participación en la red ampliada). En esta línea, por ejemplo, se reconoce que SENADIS posee una oferta (también piloto) para el año 2020, el programa Redes Vecinales y Locales para Personas con Discapacidad y Dependencia (REVELO), cuyo propósito es que personas con discapacidad y dependencia de 18 años y más, se vinculen socialmente con su comunidad. Para ello REVELO entrega un Servicio de Apoyo Comunitario, que consiste en que redes vecinales locales prestan servicios de apoyo comunitario, es decir son parte de la oferta de soluciones a nivel comunal. Si bien el PRLAC no ha explorado esta línea de servicios, es positivo que sí haya iniciado una experiencia piloto de sensibilización de la comunidad local a través de la implementación, durante el 2019, de “Diálogos sobre Dependencia”. Esta línea de trabajo, en opinión del panel, retoma el espíritu de lo que en el diseño 2016 se planteó como el programa “acción educativa”. Si bien en esa oportunidad el destinatario eran sólo las familias con PSDF, se podría extender el concepto y orientarlo hacia un enfoque de comunidad, para que el futuro subsistema de apoyos y cuidados aborde los aspectos de cambio cultural en la sociedad chilena sobre el problema de la dependencia, en el entendido que sólo las familias, o sólo el Estado, no son suficientes,¹⁵⁷ sino que debe

¹⁵⁵ El informe evaluativo del Banco Mundial (2017) señala una variedad amplia de unidades municipales integrando la red local básica: entre 5 y 15 unidades asociadas a las DIDECO y la departamento de salud municipal.

¹⁵⁶ Por ejemplo, del subsistema Chile Crece Contigo o del subsistema Seguridades y Oportunidades. O de otras iniciativas, como la red de discapacidad (para comunas que tienen EDLI), o del adulto mayor.

¹⁵⁷ Comas, D. (2014) Long Term Care, and the Fourth Pillar of the Welfare State, *Revista de Antropología Social*, 2015, 24

existir un involucramiento de las comunidades para alcanzar soluciones o abordajes sostenibles en el tiempo.¹⁵⁸ En el caso de la dependencia, el abordaje comunitario incide no sólo en la conciencia y respeto de dicha situación, vale decir, que las personas de determinada comuna o barrio sean sensibles a dicha condición y, también desde lo práctico, estén atentas o colaboren activamente en los casos de hogares que presentan tal condición, involucrándose en la intervención comunal.

Por otra parte, se reconoce que las fortalezas del programa han estado en lo operativo, funcionamiento de los componentes y convenios con municipios, y, al contrario, hay debilidades en el desarrollo estratégico del subsistema apoyos y cuidados. Ello, de acuerdo con la evidencia aportada por el Programa, debido a que hay roles diferenciados, respecto del SIPS, y que el órgano coordinador de dicho Sistema es el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia. Por un lado, la División de Promoción y Protección Social, dependiente de la Subsecretaría de Servicios Sociales, asigna funciones diferenciadas al Departamento de Operaciones y el Departamento de Diseño Metodológico. El primero, "...encargado de la ejecución programática del Sistema y sus subsistemas y del seguimiento a la implementación y ejecución de éstos". Incluido el PRLAC, y el segundo "encargado de definir las estrategias y metodologías de intervención del Sistema y de sus Subsistemas".¹⁵⁹ Esto ha significado que las decisiones estratégicas, para el desarrollo del subsistema apoyos y cuidados, han descansado en el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia, que sobre la materia tuvo su última sesión en diciembre 2017,¹⁶⁰ y de manera operativa en el Departamento de Diseño Metodológico,¹⁶¹ que recientemente ha conformado un pequeño equipo para tal efecto.¹⁶² Por lo tanto, un conjunto de aspectos relativos a la planificación y desarrollo del sistema de protección social no han sido abordados, así como tampoco los relativos a la evaluación del mismo.¹⁶³ En particular,¹⁶⁴ falta desarrollo de:

- Proceso de planificación del sistema y sus redes locales,¹⁶⁵ que implica abordar desde la perspectiva nacional la caracterización de la demanda,¹⁶⁶ la identificación de la oferta,¹⁶⁷ y el diseño y rediseño de las redes locales.¹⁶⁸ Sin esta capacidad de

375-404.

¹⁵⁸ Esta dimensión, de cambio cultural, no surge y se desarrolla espontáneamente, sino que debe ser abordada desde el Estado, como política pública, y es común a problemáticas transversales como la equidad de género, la discapacidad, el envejecimiento, la infancia.

¹⁵⁹ Artículo 22, Decreto 15 (2012), que aprueba el reglamento del Artículo 4º de la Ley N° 20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁶⁰ En efecto, en el periodo 2018-2019, el Comité ha sesionado 15 veces, y en ninguna ocasión el tema SNAC ha estado en tabla.

¹⁶¹ Debe notarse que en el periodo 2015-2017 el equipo SNAC radicaba en el Departamento de Diseño Metodológico. Desde marzo del 2018 se traspasa al Departamento de Operaciones, como Unidad PRLAC, quedando el Departamento de Diseño Metodológico sin rol claro respecto de sus acciones en el desarrollo del SNAC.

¹⁶² Según lo reportado por el programa, ello es consistente con el informe de evaluación del Banco Mundial del 2017 (pág. 126), "la Coordinación Nacional del Subsistema de Apoyos y Cuidados se ubica como función en el Departamento de Desarrollo Metodológico de dicha División y no tiene existencia administrativa como unidad".

¹⁶³ Que, como se advertirá, no puede estar a cargo del Departamento de Operaciones.

¹⁶⁴ Estos aspectos son reseñados en el sistema de redes de salud. MINSAL (2019) Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2020, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

¹⁶⁵ En Recoleta se indica que existen cerca de 6 redes en el ámbito social, cuyos integrantes forman parte en más de una de ellas.

¹⁶⁶ Que da marco a lo que posteriormente se revela en el Registro Social de Hogares.

¹⁶⁷ Descripción de recursos disponibles, análisis de recursos optimizados, cartera de servicios, que serían el marco comprensivo para los "Mapas de oportunidades" que identifica cada municipio.

¹⁶⁸ Que implica la articulación entre componentes de la oferta programática y un mapa de derivaciones, que optimizaría la intervención en el sector social. Esto es, considera todas las posibilidades de apoyo para un hogar determinado, situado en una comuna en particular.

ordenamiento (planificación) es difícil, si no imposible, que desde una comuna se tense la respuesta adecuada desde distintas instituciones y sectores (social y salud, principalmente), los cuales deben cumplir sus metas institucionales y están sujetos a los incentivos establecidos en los mecanismos de gestión y desempeño.

- Proceso de implementación, que implica abordar elementos comunes a la ejecución de una oferta programática diversa para las mismas familias u hogares, y que, a juicio del panel, un programa (como PRLAC) no puede resolver por sí sólo. Considerando que varios actores de las redes locales de apoyos y cuidados RLAC, en particular las oficinas del municipio,¹⁶⁹ son comunes a las redes de los otros subsistemas del SIPS, la estrategia del programa¹⁷⁰ no contempla un proceso de gestión del cambio en los actores de las redes locales, sabiendo que impacta en la carga de trabajo y en el riesgo de duplicación de esfuerzos al actuar sobre un conjunto acotado de hogares de la comuna, y agrega nuevos requerimientos de gestión técnica, operativa y de información. Sobre este último, las comunas entrevistadas destacan la sobrecarga que implica la administración de otro sistema informático ad hoc, que incorpora a una población objetivo que de una forma u otra ya está registrada en los otros sistemas.¹⁷¹
- Proceso de evaluación, que implica abordar toda la métrica que el programa requiere disponer para que el MDSF, como rector del sistema, establezca regularmente la eficacia, calidad, eficiencia y economía del subsistema de apoyos y cuidados. En este sentido, correspondería, más aún, evaluar el funcionamiento de la red de servicios, y con ello el conjunto de soluciones que proporcionan los programas que la componen, y no sólo un programa de ésta.

5.2. Organización y gestión

La Unidad SNAC, a cargo de la operación del programa, presenta una estructura organizacional de tipo funcional, con una distribución de roles en directa relación con las tareas principales que ésta debe realizar,¹⁷² que resulta adecuada al encargo que le corresponde realizar, esto es la canalización de recursos a través de convenios de transferencia con municipios. La literatura¹⁷³ reconoce que este tipo de estructura es útil en el caso que la organización trate con un solo tipo de producto / negocio para un tipo de cliente, donde se requiere profunda expertise y especialización, y el desarrollo y ciclo del producto es prolongado, criterios que coinciden con el foco del quehacer del programa.

El programa no posee un descriptor de cargos, ni manual organizacional, lo cual es una debilidad particularmente frente a cambios en los miembros del equipo. Facilita el funcionamiento de la Unidad que la comunicación y coordinación es expedita, en particular respecto de la coordinación central para la ejecución de los tres componentes a nivel local, la administración del sistema de información para monitoreo y seguimiento, y el control administrativo y financiero de los convenios suscritos con los municipios.

Se estima que la Unidad SNAC no cuenta con recursos que permitan realizar algunas funciones importantes en presencia de ejecución tercerizada, en municipios. En la

¹⁶⁹ Oficina o Unidad RSH, de la Mujer, del Adulto Mayor, de la Discapacidad, Subsidios, Departamento de Salud, etc.

¹⁷⁰ Y en rigor, de cualquier programa del SIPS.

¹⁷¹ Se refieren al sistema SNAC, adicional al que ya se utiliza, por ejemplo, en Seguridades y Oportunidades. Más adelante, en la sección de "Sistema de seguimiento y evaluación" se abordará más específicamente lo referido al sistema SNAC.

¹⁷² Básicamente, transferir los recursos comprometidos, realizar el seguimiento de convenios y el monitoreo de los planes de trabajo comprometidos por los municipios, aprobar rendiciones de cuentas e informes técnicos.

¹⁷³ Ver, Kates, A. y Galbraith, J.R.: (2007) *Designing your organization: Using Star Model to solve 5 critical design challenges*, Jossey-Bass Publishers.

actualidad, la Unidad SNAC tiene como elemento de control, monitoreo y seguimiento de los planes de trabajo de los municipios, en el marco de los convenios suscritos, sólo lo que los equipos locales reportan en el sistema SNAC y SIGEC, información no actualizada, e información verbal que pueda recabar directamente desde el encargado de la red local. Además, no tiene capacidad para supervisar en terreno la correcta implementación de las actividades comprometidas por los municipios, y el oportuno registro en los sistemas informáticos. Por otra parte, los convenios no contienen instrumentos para un control efectivo ante fallas en la ejecución del nivel local. En consecuencia, su capacidad de efectivo control y seguimiento de la implementación del programa en las comunas se ve reducida.

Las capacidades de la Unidad SNAC son restringidas para el desafío de velar por la correcta implementación del programa en el nivel local, y no son adecuadas para enfrentar el desafío de instalación de un subsistema del SIPS. Ya desde el punto de vista normativo (facultades), es claro que son otras las unidades del MDSF a cargo de los compromisos estratégicos para desarrollo de un nuevo subsistema, como el Departamento de Diseño Metodológico de la División de Promoción y Protección Social, y la División de Políticas Sociales de la Subsecretaría de Evaluación Social.

Como se ha señalado anteriormente, las SEREMI del MDSF, que en otros programas del Ministerio juegan un rol importante de enlace técnico y operativo con los equipos municipales,¹⁷⁴ en el caso del PRLAC sólo contempló un rol de “apoyo” en la revisión del proyecto o plan de trabajo del municipio, y de su seguimiento, situación que no ha ocurrido, y no se le han señalado funciones específicas en la modalidad de transferencia de recursos definida, ni tampoco equipos profesionales al efecto. Según el programa, esto ha ocurrido debido a que predominó la lógica que el PRLAC es un programa, y no un sistema en desarrollo, determinando ello una operación centralizada en la Unidad RLAC. A la luz de la expansión del programa durante el 2020, esta situación se considera un riesgo importante para la operación del programa.

Por otra parte, y a la luz de la tendencia de territorialización de las políticas públicas, se observa que la ausencia de la participación de otras entidades del nivel regional / provincial reduce la capacidad de coordinación interinstitucional de un programa que se basa en la gestión de redes. En este sentido, la no consideración o incorporación paulatina de instancias como las Gobernaciones Provinciales en la estrategia organizacional del programa es una oportunidad no aprovechada, pues dichas instancias de gobierno territorial pueden ser un aporte en la gestión política y estratégica, más que en lo operativo, ya que tendría ventajas sobre las SEREMI al tener vínculo más próximo con los municipios. Es sabido que el MDSF durante el periodo 2016-2018 diseñó una estrategia destinada a la supervisión y seguimiento de la gestión territorial, a través de la implementación de un Programa denominado “Programa de Fortalecimiento de la Gestión Provincial del Sistema Intersectorial de Protección Social”, ejecutado por las Gobernaciones Provinciales, con la finalidad de que éstas colaborasen activamente en la supervisión y seguimiento del proceso de implementación del Sistema Intersectorial de Protección Social en el ámbito de su respectivo territorio.¹⁷⁵ Lo anterior atendiendo a que:

- Las Gobernaciones Provinciales tienen dentro de sus funciones ejercer la

¹⁷⁴ En Seguridades y Oportunidades, por ejemplo en el Programa Calle en el nivel regional las SEREMI disponen de equipos compuestos por coordinadores de Protección Social, Encargado Regional del programa, asistentes técnicos y especialistas en grupos vulnerables (REX 0644, sep. 2019, MIDESO).

¹⁷⁵ Ver REX 033 (feb. 2016), MIDESO, que aprueba la modalidad para la transferencia de recursos para el apoyo, monitoreo y supervisión a la gestión territorial.

- supervigilancia de los servicios públicos creados por ley para el cumplimiento de la función administrativa, en la respectiva provincia.
- La participación de las Gobernaciones Provinciales en la implementación del SIPS resulta necesaria para la articulación y fortalecimiento de la Red Territorial Provincial de Protección Social; capacitación para profesionales y/o técnicos de equipos comunales de protección social, y servicios públicos provinciales y apoyo en la gestión, fortalecimiento y articulación de las redes territoriales del Subsistema Chile Crece Contigo.

Respecto del funcionamiento operativo del programa, destacan los siguientes aspectos:

a) Selección de comunas

Se considera que el mecanismo de selección de comunas¹⁷⁶ es una herramienta útil para la fase piloto, por cuanto establece cierta racionalidad al ingreso de unas comunas respecto de otras, en el entendido que la población beneficiaria se encuentra a lo largo de todo el país y el programa no contaba con información representativa de la población potencial, por lo que el mecanismo diseñado racionalizaba la discrecionalidad en la selección. En este sentido se comprende la recomendación del Banco Mundial de utilizar este mecanismo en la fase piloto.

Sin embargo, se considera que posterior a la fase piloto este mecanismo puede ser objeto de serias objeciones por cuanto pondera la capacidad de gestión y la necesidad de apoyos y cuidados en la población (presencia de demanda), privilegiando lo primero. Desde un punto de vista de la salud es cuestionable que la oferta pública se localice de acuerdo con la capacidad de atención de la oferta. Al contrario, todas las personas tienen derecho a la atención digna y oportuna, independiente de la capacidad que tenga el Estado para proveerla, y es éste quien debe resolver los medios para garantizar el ejercicio de ese derecho. Inclusive, se puede argumentar que, precisamente, las comunas más desprovistas de recursos y de capacidades de gestión son las que prioritariamente requerirían mayor prioridad en el programa,¹⁷⁷ o donde exista la demanda más prioritaria (por ejemplo, número de casos y severidad de la dependencia), que no corresponde necesariamente a comunas con mayor capacidad de gestión.

b) Elaboración y uso de la Nómina de Hogares

Desde el punto de vista del uso de los recursos, es positivo que la nómina de hogares validada (final) presente un alto grado de coincidencia (88% en promedio) respecto de la nómina centralizada. Es decir, que la mayoría de los hogares identificados preliminarmente en la nómina centralizada efectivamente integran la nómina local. No obstante, cabe la interrogante si esta es la mejor forma de abordar el proceso de identificación de familias potenciales beneficiarias, ya que las estimaciones de la población objetivo en base al RSH la subestiman de manera considerable: al 2019, según datos del RSH las PSDF son 101.315 personas, mientras que CASEN 2017 las estima en 339.399 personas. Esta gran diferencia indica que existe un espacio importante para identificar de mejor modo a la PSDF que debiera ser prioritaria para el programa.

¹⁷⁶ En síntesis, se aplicó un **Índice de Selección de Comunas (ISC)**, compuesto por un subíndice de **Capacidad de Gestión (SiCG)**, que buscaba dar cuenta de la capacidad local de gestión para la instalación del programa y un subíndice de **Demanda (SiD)**, que buscaba reflejar la presencia de demanda por cuidados, considerada como la población con dependencia por edad o discapacidad en la comuna. El ISC pondera 60% SiCG y 40% SiD. Los detalles del mecanismo de selección de comunas se encuentran en Anexo 3. Sección A.1.b).

¹⁷⁷ E Anexo 3, sección A.1.b) se detalla el mecanismo aplicado para la selección de comunas y asignación de cupos en el periodo 2016-2019.

La forma en que el MDSF ha establecido el protocolo vigente para el PRLAC, y en particular el uso del Registro Social de Hogares (RSH), tiene su origen en el desarrollo del sistema de protección social.¹⁷⁸ El RSH es una Base de datos funcional integrante del Registro de Información Social (RIS),¹⁷⁹ que permite el almacenamiento y tratamiento de datos equivalentes y datos recopilados desde fuente primaria, o autorreporte, y fuente secundaria, entendida como bases de datos administrativas.

El juicio que el RSH no es una buena herramienta para determinar la población objetivo, como sí lo es CASEN, no implica que deba abandonarse su uso, sino que para la intervención en evaluación (PRLAC), pareciera más apropiado evaluar su mejor uso dentro del protocolo de identificación de potenciales beneficiarios y construcción de la nómina final, es decir para focalización.

Una manera de abordar el desafío de construcción de una mejor nómina de potenciales beneficiarios se basa en construir mejor información de los beneficiarios mediante el uso del potencial de las redes en el territorio. Esto implica que el proceso de identificación de hogares puede iniciarse desde las comunas, tomando utilizando el RSH como validador de la información que las comunas poseen y para establecer la condición de vulnerabilidad social, pero no como el “conductor” o “iniciador” de este proceso. Nótese que en la puesta en marcha de Chile Cuida (2016) el mecanismo de ingreso de familias beneficiarias operaba a partir de información territorial. En efecto,¹⁸⁰ la base de datos de las familias que ingresó el 2016 al servicio de cuidados domiciliarios se construyó a partir de la base de datos del programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa (conocido como programa Postrados del Ministerio de Salud), de información del municipio (Departamento Social y Departamento de Salud),¹⁸¹ de las derivaciones surgidas de distintas organizaciones públicas y de la sociedad civil, de la demanda espontánea de los propios

¹⁷⁸ La normativa pertinente a la información para la selección y priorización de beneficiarios es la siguiente: a) Ley Nº 19.949 (2004), que Establece un Sistema de Protección Social para Familias en Situación de Extrema Pobreza Denominado "Chile Solidario"; b) Decreto supremo Nº 291 (2006), del Ministerio de Planificación, actual Ministerio de Desarrollo Social, se reglamentó el diseño, uso y aplicación de la Ficha de Protección Social, instrumento para la recopilación masiva de la información de la realidad socioeconómica de los sectores vulnerables del país; c) Decreto supremo Nº 160 (2007), que Aprueba el Reglamento del Registro de Información Social, del Ministerio de Planificación; d) Ley Nº 20.379 (2009), que Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo"; e) Ley Nº 20.530 (2011), que Crea el Ministerio de Desarrollo Social; f) Decreto supremo Nº 15 (2012), del Ministerio de Desarrollo Social, que Aprueba el Reglamento del Artículo 4º de la ley Nº 20.530, que crea el Ministerio de Desarrollo Social; g) Decreto supremo Nº 22 (2015), del Ministerio de Desarrollo Social, que Aprueba Reglamento del Artículo 5º de la Ley Nº 20.379 y del Artículo 3º Letra F) de la Ley 20.530; h) Resolución Exenta 089 (2018), del Ministerio de Desarrollo Social, que establece las condiciones de calidad, estándares y periodicidad de la información y las variables del Registro Social de Hogares, del Decreto supremo Nº 22 (2015), del Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁷⁹ Definido en la Ley Nº 19.949 (2004), que establece un Sistema de Protección Social para Familias en Situación de Extrema Pobreza Denominado "Chile Solidario", diseñado, implementado y administrado por MDSF, y contiene los datos de las familias e individuos que actual o potencialmente sean beneficiarios de prestaciones y programas públicos, de los beneficios que obtengan de los mismos, los montos que perciban por estos conceptos, las causales por las cuales tengan la calidad de beneficiarios y de sus condiciones socioeconómicas. Por otra parte, la Ley Nº 20.379 (2009), que Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social, establece que para el funcionamiento de este Sistema, así como para la evaluación de los subsistemas, se utilizará el RIS.

¹⁸⁰ Ver Manual Operativo del Programa Chile Cuida, Servicio de Cuidados Domiciliarios, Rev. 00, mayo 2017, pág. 31, Fundación de las Familias (FUNFA) / Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República.

¹⁸¹ Las entrevistas a comunas señalan que éstas han ido implementando diversos dispositivos para identificar a las familias que requieren o han solicitado algún servicio, independiente que sean derivadas a la unidad RSH. Estos dispositivos reciben distintos nombres, por ejemplo "Ficha Vecino", y de acuerdo con las entrevistas realizadas presentan distinto grado de informatización. La recopilación permanente de información que hacen distintas unidades del municipio, no sólo DIDECO, les permite disponer de una aproximación respecto de la dimensión de la población objetivo del programa, que resulta más realista que la entregada por los datos del RSH. Por ejemplo, la comuna de Recoleta reconoce que en la comuna tienen identificados 600 hogares en situación de dependencia, 4 veces el cupo asignado en la fase piloto a este municipio.

territorios, y de información del Registro Social de Hogares. Por su parte, los criterios de priorización de casos consideraron, entre otros, residir en sectores o barrios previamente definidos por el municipio dentro de la comuna y que el grado de dependencia la PSDF, según el puntaje obtenido en el Índice de Barthel¹⁸² aplicado por el CESFAM comunal.

Para el panel el tema es, primero, que en principio fue necesario establecer una forma en que el Estado determinase e identificase a los usuarios de las acciones y prestaciones sociales públicas, implementando un instrumento para caracterizar a la población nacional y permitir apoyar los procesos de selección de usuarios de beneficios, programas y/o prestaciones sociales creadas por ley, y con ello apoyar la focalización de recursos de acuerdo a las características definidas para la población objetivo de cada beneficio, programa y/o prestación social creada por ley. La preocupación era identificar y priorizar de manera objetiva e independiente a cualquier potencial beneficiario del sistema de protección social. Esta preocupación no debe abandonarse. Segundo, que, de acuerdo a la normativa señalada, al MDSF le corresponde especialmente el diseño, administración, coordinación, control, supervisión y evaluación del Sistema de Apoyo a la Selección de Usuarios de Prestaciones Sociales,¹⁸³ debiendo velar por la debida transparencia y el resguardo de los derechos y garantías de los titulares de los datos personales. En este sentido, los protocolos de gestión de los datos que integran el RSH son lo suficientemente robustos como para minimizar cualquier cuestionamiento de parte de algún potencial beneficiario que se pudiese sentir perjudicado en un proceso de identificación de un beneficio social, de modo que un cambio de protocolo en el PRLAC debiese considerar siempre al RSH como último filtro para la validación de la información que se utilice en la construcción de la nómina final. Tercero, con el avance en el desarrollo del SIPS y sus subsistemas, y del propio RSH, ha ido ocurriendo que este instrumento tiene diversos usos,¹⁸⁴ en conjunto con la CSE que entrega el MDSF, o utilizando sólo los datos del RSH como insumo para generar un instrumento propio de focalización (por ejemplo, la Pensión Básica Solidaria de Vejez e Invalidez), o para determinar la priorización de los potenciales beneficiarios de las prestaciones (por ejemplo, prestaciones del Ministerio de Educación), o para seleccionar beneficiarios de un segmento socioeconómico dentro del tramo al 40% que determina el RSH (por ejemplo, Ayudas técnicas de SENADIS).

Acorde lo señalado en los párrafos anteriores, el panel considera positivo potenciar la lógica territorial del programa, y ello podría significar adaptar el actual protocolo de construcción de la nómina final, situación que debe evaluar el Programa. En todo caso, debieran preservarse los cuidados que el MDSF ha resguardado con el Sistema de Apoyo a la Selección de Usuarios de Prestaciones Sociales: calidad (estándares) de los datos de personas y resguardo de su confidencialidad, validez de la información generada con dichos datos a efectos de establecer priorizaciones, un protocolo único para construcción de la nómina de beneficiarios potenciales.

¹⁸² El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para evaluación de la discapacidad. Mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

¹⁸³ Ver Decreto supremo N° 22 (2015), del Ministerio de Desarrollo Social, que Aprueba Reglamento del Artículo 5° de la Ley N° 20.379 y del Artículo 3° Letra F) de la Ley 20.530. Este Sistema tiene por finalidad proveer de información que permita la caracterización de la población objetivo, definida para los distintos beneficios, programas y/o prestaciones sociales creadas por ley. Este sistema está basado en tres componentes: 1) La base de datos del RSH; 2) Los procedimientos para ingresar, actualizar o rectificar información del RSH o para complementar la información disponible; 3) Los instrumentos y mecanismos que permiten apoyar la identificación y selección de las personas y hogares que acceden a las distintas prestaciones sociales del Estado. Incluye la Calificación Socioeconómica de los hogares registrados y la asistencia técnica a instituciones que ejecutan programas o entregan beneficios sociales, para apoyar la identificación y selección de sus beneficiarios.

¹⁸⁴ Ver Banco Mundial (2018), Registro Social de Hogares de Chile, publicado por la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social.

c) Instalación de la red local

Respecto del funcionamiento de la red, la experiencia de los municipios indica que ésta puede presentar dificultades particularmente en el sector salud, pues no hay lineamientos del MINSAL para los equipos de los establecimientos que atienden en el nivel local en relación a la colaboración que se ha coordinado con PRLAC en el nivel central, por ejemplo, respecto de metas sectoriales versus metas del Programa, priorización de casos, referencias y contrarreferencias, por lo que en la práctica la relación en el nivel local descansa en la (buena) voluntad de los actores de la red.

Sobre la oferta existente, en entrevistas a municipios, se reconoce que las ofertas disponibles para la comunidad, a través de las distintas unidades, son conocidas por éstas, pero que ello no queda plasmado en un instrumento o un sistema informático, lo cual dificulta la gestión (actualización, uso).¹⁸⁵

d) Elaboración del Plan de Cuidados

Los datos muestran que los equipos locales del programa, como podría esperarse, tuvieron un periodo de aprendizaje (2017 y 2018). En efecto, después de aplicado el instrumento de evaluación de necesidades de apoyos y cuidados en el hogar, los primeros planes de cuidados tomaron 69 días corridos en promedio para su formulación y presentación a los beneficiarios, muy por encima del estándar preestablecido de 30 días. Este plazo fue mejorando rápidamente, de modo que el 2019 promedió 31 días corridos. Al mismo tiempo, se observa que la cantidad de servicios que en promedio ofrecidos en cada plan de cuidados se incrementó de 2 (2017) a 8 (2019), lo que refleja el funcionamiento de la red local.

Las entrevistas en municipios indican que el instrumento de derivación es, básicamente, de índole administrativo, no resultando útil para la operación. Este instrumento es una ficha que identifica al beneficiario,¹⁸⁶ quién deriva,¹⁸⁷ quién recibe la derivación.¹⁸⁸ Para la operación se requiere un mínimo de información del caso derivado, no basta con su nombre y RUT, y el sistema no provee (aún) la información del caso a efectos del servicio que se requiere en la derivación. Ello ha implicado, por ejemplo, que, una vez elaborado el plan de cuidados, al derivarse a un servicio, especialmente aquellos especializados,¹⁸⁹ el profesional que recibe la derivación aplica su propia evaluación, (re)elabora el contexto del requerimiento y el servicio,¹⁹⁰ haciendo menos eficiente la prestación del servicio, y probablemente resultando incómodo o poco digno para el beneficiario. Un municipio entrevistado señaló haber abordado esta debilidad, diseñando su propio instrumento de derivación, con más información útil, como horarios de contacto, participación en otros programas, síntesis de qué servicios está recibiendo el beneficiario, etc.¹⁹¹

Finalmente, en los municipios se reconoce que la red que constituye el programa es una

¹⁸⁵ El instrumento del PRLAC “mapa de oportunidades” surge el 2019, y no tiene soporte informático.

¹⁸⁶ “Usuario”, nombre y RUT, y programa de referencia.

¹⁸⁷ Institución a la que está siendo derivada/o, “trámite” para el cual está siendo derivada/o, nombre profesional que deriva y fecha de derivación.

¹⁸⁸ Persona que recibió la derivación, fecha de recepción de la derivación, timbre institución que recibe.

¹⁸⁹ Como kinesiología, fonoaudiología, entre otros.

¹⁹⁰ Es decir, vuelve a preguntar muchos elementos que ya han sido preguntados al beneficiario con anterioridad.

¹⁹¹ Una vez en ejecución los servicios, el integrante de la red local (por ejemplo, de SENAMA) a cargo de los servicios derivados según el Plan de Cuidados, debe incorporar en el sistema SNAC, en módulo “Expediente”, la información de las prestaciones realizadas.

oportunidad para servicios que tienen mandatos más amplios, como SENADIS, de modo que, por ejemplo, se indica que, para programas como Tránsito a la Vida Independiente, la RLAC es una oportunidad para recibir (derivados desde PRLAC) a PSDF leves, y para derivarles PSDF que vayan transitando hacia moderados. Este aspecto, suerte de externalidad positiva, no estuvo considerada originalmente en el diseño.

e) Acompañamiento a la trayectoria

Con relación al protocolo que el PRLAC ha establecido para el acompañamiento de los casos, con un estándar mínimo de 10 hitos de seguimiento que se inicia una vez acordado y firmado el Plan de Cuidados por parte de los hogares, el programa ha señalado que no dispone de esta información en el sistema de seguimiento (SNAC), por cuanto los módulos del sistema se encuentran en proceso de construcción.¹⁹² Este hecho refuerza lo advertido anteriormente, en relación a que el equipo de la Unidad SNAC del nivel central no tiene en la actualidad un conocimiento adecuado y oportuno de lo que está aconteciendo con la ejecución del programa en el nivel comunal, pues no tiene capacidad operativa en terreno y descansa en los datos que son reportados en el sistema SNAC, de reciente puesta en marcha y con módulos en procesos de construcción (especialmente los referidos a reportería). Sin dudas, este aspecto es una debilidad importante que debe ser abordada por el Ministerio, no sólo completando el sistema SNAC sino que revisando el esquema organizacional actual (nivel central – nivel regional, nivel local).

f) Análisis de Complementariedades o Duplicidades

En esta sección se analizan los programas nacionales para establecer si existe o no complementariedad o riesgo de duplicidad, y se señala la información específica disponible respecto de cómo ésta se manifiesta o expresa concretamente:¹⁹³

- Programa Atención Domiciliara a personas con dependencia severa, MINSAL: este programa comparte la orientación de propósito, mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, que es similar al propósito del PRLAC, PSDF y cuidador principal disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial, y atiende una población objetivo común a la del PRLAC, son personas (toda edad) clasificadas como dependiente severo (inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria respectivo) y su cuidador/a. Considerando que el 46,2% de las personas atendidas por el PRLAC son de 60 o más años de edad con dependencia severa, existe un riesgo de duplicidad entre ambos programas ya que no se verifica la existencia de un protocolo de trabajo que garantice que las atenciones que otorga el PRLAC sustituyan a las que realiza el Programa Atención Domiciliara. Más aun, dado que este último realiza, en promedio, 2 visitas integrales al año a la PSD y su cuidador/a, el criterio del PRLAC ha sido “complementar” ese trabajo estableciendo un calendario de visitas a los hogares mucho más intenso, en principio quincenales. En este sentido, no es claro que se trate del mismo tipo de visita, ya que los equipos profesionales no son necesariamente comparables, ni que se realice una coordinación de planes de cuidado para un determinado PSDF - cuidador/a.
- Programa Cuidados Domiciliarios, SENAMA: este programa comparte objetivos con el PRLAC a nivel de componente, y atiende a una porción de la población del PRLAC, a aquellas PSDF que no cuentan con un cuidador principal.¹⁹⁴ En este caso se observa una complementariedad que se garantiza mediante un protocolo de trabajo que

¹⁹² En comparación al documento de derivación (contrarreferencia) que se utiliza en la red MINSAL, al menos, falta información respecto del diagnóstico PSD, de los servicios o tratamientos realizados, del plan o indicaciones de quién(es) ha(n) estado realizando atenciones.

¹⁹³ Ver detalle de descripción de los programas analizados en Anexo 3, sección B.3, Cuadro N° 68.

¹⁹⁴ En el caso del PRLAC son 223 de un total de 1.896 beneficiarios efectivos (2017-2019).

considera que los beneficiarios son derivados por la Red Local de Apoyo y Cuidado, mediante la emisión de una nómina desde el Sistema SNAC. Como el PRLAC no tiene cobertura nacional, y el Programa Cuidados Domiciliarios sí, éste último opera una modalidad de ingreso basada en un sistema de postulación.

- Programa Tránsito a la vida independiente, SENADIS: este programa tiene un propósito complementario al del PRLAC, dirigido a resolver las dificultades que presentan las personas en situación de discapacidad y dependencia para transitar hacia una vida independiente, y también atiende a una población similar (Personas, de toda edad, en situación de discapacidad y dependencia). Este programa se reformuló el 2016 para articularse con SNAC, y se cautela la complementariedad aplicándose la derivación desde el PRLAC sobre la base de una nómina en el Sistema SNAC.
- Programa Ayudas Técnicas, SENADIS: este programa tiene un objetivo complementario al PRLAC, pues se orienta a prevenir la progresión de la discapacidad, mejorar o recuperar la funcionalidad, o que las PSD desarrollen una vida independiente. Este programa comparte una población objetivo común con el PRLAC, referida a las personas con discapacidad, de 4 años y más, inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad, en consecuencia aquellas PSD del PRLAC que cumplan los requisitos para acceder a ayudas técnicas deben postular en una ventanilla abierta, a través de la plataforma única que dispone SENADIS, ya sea directamente como persona natural o mediante el apoyo de un gestor de postulación a ayudas técnicas. La asignación de recursos para la adquisición de ayudas técnicas lo determina SENADIS en función de los cupos financiados para el año vigente. En este sentido el PRLAC, a través de componente de Servicios Especializados, facilita la postulación a ayudas técnicas y complementa recursos en aquellas comunas que no tienen cupos (presupuesto). El mecanismo de postulación en SENADIS incluye como criterio de evaluación verificar que el postulante no haya recibido en el periodo anterior recursos para ayudas técnicas, y de este modo evita la duplicación de esfuerzos.
- Programas de Becas Laborales, SENCE: estos programas (Capacitación en oficios y Más Capaz) tienen como propósito posibilitar el acceso a un trabajo dependiente o independiente, a jóvenes, personas vulnerables y/o en situación de riesgo, cesantes, que buscan trabajo por primera vez o con empleos precarios o de baja calificación laboral. El vínculo con el PRLAC surge para aquellas personas que desean desempeñarse como asistentes de cuidados primarios y socioeducativos a las personas en situación de dependencia, siendo complementaria la acción entre ambos pues le corresponde al PRLAC gestionar el apoyo al proceso de formación de Asistente de Cuidados, respecto del calendario de convocatorias a postulaciones y cupos regionales que determina SENCE, que utiliza para todo cursos que se imparta el perfil de competencias aprobado por Resolución Exenta N° 2595 (2017).

5.3. Sistema de seguimiento y evaluación

El programa no cuenta con un sistema de evaluación definido, pues en su diseño (2016) y sus reformulaciones (2018) no se contemplaron indicadores y metas específicas, aspecto muy negativo considerando, en particular, que la posición de la Unidad SNAC (en el nivel central, “lejos” de la ejecución en terreno) requiere descansar en el monitoreo de distintos indicadores, cuyos datos sean alimentados periódicamente por los equipos de la red local, y que cada cierto tiempo ejecute acciones de fiscalización de la data registrada para establecer cuan fielmente refleja la situación de actividades realizadas en terreno.

Por otra parte, de la documentación disponible sí se identifica, aunque no constituye un compromiso institucional, una cobertura deseada de alcanzar con el subsistema de apoyos

y cuidados, de modo que el despliegue del SNAC en las comunas se planteaba de forma gradual, para alcanzar su operación en régimen para el año 2023:

Cuadro N° 39. Incorporación de comunas al PRLAC, 2016 al 2021

Año	N° de comunas total
2016	12
2017	16
2018	70
2019	181
2020	263
2021	345

Fuente: Cuadro N° 8, Gradualidad de cobertura del SNAC a nivel comunal, Documento Marco Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, MIDESO (2017).

En rigor, esta sería una medida importante del éxito relativo del programa, el incremento gradual de su cobertura, para alcanzar a todas las comunas al sexto año de funcionamiento. No se dispone de evidencia que precise por qué la cobertura comunal esperada se cumplió sólo para el 2016, y ni siquiera la cobertura de piloto. No obstante, de las actas del Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia¹⁹⁵ se puede indicar que lo ocurrido fue que la incipiente experiencia en 12 comunas al 2016 resultaba insuficiente para evaluar su institucionalización como un sistema del SIPS, a lo cual se agregaban dudas importantes respecto de la población objetivo (no existía claridad al respecto), del concepto de dependencia y cómo se verificaría dicha condición, que la condición de dependiente severo no era una que se modificaría en el tiempo, de modo que se trataría en la práctica de un sistema con población cautiva y creciente en el tiempo, cuyas implicancias no habían sido analizadas en detalle a esa fecha. En suma, que la voluntad por impulsar un nuevo subsistema del SIPS no calzaba con los plazos realistas para desarrollar su diseño, lograr una implementación suficiente para abordar toda duda razonable, para finalmente efectuar la decisión política de establecer un compromiso con la ciudadanía respecto de la dependencia. Adicionalmente, se estima que la señal de los Ministerios involucrados de no priorizar el SNAC dentro del presupuesto 2017 fue suficiente como para postergar la visión de un subsistema, convirtiéndolo en un programa piloto de la oferta del ministerio.

El programa cuenta con un sistema de seguimiento, reconocido como SNAC, que en síntesis permite el registro de los integrantes de la red local, básica y ampliada, el registro de la nómina, que permite planificar la cobertura en cada comuna, administrar la nómina (modificaciones y actualizaciones) y su interacción con el RSH, asignar y reasignar hogares a profesionales de la red (lógica de gestión de casos), el registro de la trayectoria del hogar (instrumento de evaluación de hogares, plan de cuidados y derivación) y el registro de las prestaciones (SAD, SSEE, ficha de oferta disponible).

La construcción de este sistema no ha estado exenta de dificultades. Se considera que en sus inicios¹⁹⁶ el sistema se enfocó en la gestión de beneficiarios, por lo tanto, el objetivo declarado en los TDR para su construcción fue desarrollar e implementar una plataforma tecnológica que permitiera el registro, monitoreo y gestión de la ejecución del SNAC, que soportaría el registro de la carga de familias y personas potenciales, de la asignación de familias e integrantes al proceso de evaluación, del proceso de evaluación, de la derivación y gestión de las necesidades de apoyos y cuidados, de las sesiones de Respiro (SAD) y Adapta (habitabilidad), de los hitos de seguimiento a nivel de familias, personas, prestación

¹⁹⁵ Ver Acta del Comité de fecha 20 diciembre 2016 (intervención del Subsecretario de Hacienda Alejandro Micco, pág. 10).

¹⁹⁶ La primera iniciativa de desarrollo se gestionó vía convenio marco en septiembre 2016, comenzando el desarrollo de módulos a fines del 2016.

y plazos, y la visualización de las transferencias monetarias asociadas a la familia y los integrantes. Posteriormente, durante la experiencia piloto, los requerimientos se fueron complejizando, migrando el objetivo de la plataforma hacia el soporte del funcionamiento de la red, surgiendo nuevos requerimientos y demandas por nuevas funcionalidades, que han sido atendidos mediante la producción de nuevos módulos. Lo anterior indica que no hubo una concepción acabada del sistema que se requeriría, sino que se fue elaborando en el transcurso de la ejecución piloto. Esta afirmación queda validada al revisarse los TDR¹⁹⁷ que se entregaron a las empresas que participaron en el proceso de adquisición de los servicios de desarrollo de la plataforma tecnológica,¹⁹⁸ donde se advierte que el nivel de diseño no es de detalle como para construir un sistema informático (que soporta procesos complejos), sino que son ilustrativos. Por ejemplo, respecto de la funcionalidad “Carga de Familias y personas potenciales”, se indica como requerimiento “Generar la posibilidad de realizar la carga de familias mediante archivo a definir”. No hay más información al respecto de esta actividad. Otro, respecto de la funcionalidad “Proceso de Evaluación”, se indica como requerimiento “Debe permitir el ingreso de información por visitas, como por ejemplo, fechas, horario, observaciones, adjuntos”. No se adjunta un proceso, instrumento o instructivo de cómo ello debiera acontecer.

La conjunción de los siguientes tres elementos, piloto en ejecución, diseño informático en paralelo y cambios en el diseño del programa, dieron origen a una base de datos¹⁹⁹ que, en la práctica, se compone de 4 bases,²⁰⁰ que requiere procesamiento²⁰¹ de los especialistas informáticos de la División de Promoción y Protección Social para generar la data de seguimiento del programa. En suma, no hay evidencia que señale que la data de seguimiento no sea confiable, sino que, dado que la reportería no está en funcionamiento aún, es poco eficiente el proceso para generar dicha data,²⁰² y en consecuencia para realizar el seguimiento.²⁰³

A pesar de lo anterior, el programa es capaz de generar información, por ejemplo, respecto del estado de los hogares atendidos:²⁰⁴

Cuadro Nº 40. Nº Estados de Hogares, según sexo, 2017-2019

Estados del Hogar	2017		2018		2019		2017 - 2019		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Total
En evaluación	19	20	4	6			23	26	49
En Plan de Cuidados	25	57	59	75	77	100	161	232	393
En seguimiento	281	476	193	221	121	153	595	850	1.445
Rechaza participar	1	5		2			1	7	8
Término		1					0	1	1
Total	326	559	256	304	198	253	780	1.116	1.896
	885		560		451				

Fuente: PRLAC, Sistema Registro, Monitoreo, Derivación y Seguimiento al 20-01-2020, archivo

¹⁹⁷ Ver documento DIC Sistema de Registro monitoreo y gestión SNAC publicado.pdf.

¹⁹⁸ Ocurrido en septiembre 2016, vía Convenio marco.

¹⁹⁹ Denominada “SNAC_Full Base completa”.

²⁰⁰ Base evaluación versión I, versión II, NNA y SNAC Full.

²⁰¹ Verificaciones y validaciones previas al uso de la data para seguimiento.

²⁰² La generación de la data solicitada para esta evaluación confirma este juicio, por cuanto los profesionales a cargo debieron coordinarse con el especialista de informática para entregar datos validados.

²⁰³ Se solicitó al Programa que indicase el monto facturado a la fecha por el desarrollo e implementación de este sistema, estando pendiente su envío.

²⁰⁴ El detalle de la información que se recopila se encuentra en Anexo 1. El tema es que el SNAC, como sistema, no permite procesar esta información y que esté disponible de manera amistosa y expedita para los profesionales de la Unidad SNAC. Para construir la data que se utiliza debe solicitarse el procesamiento a los profesionales de la unidad de informática de la División de Promoción Social.

Por su parte, la experiencia de los municipios en relación con los datos requeridos y los instrumentos dispuestos para su recolección es crítica. Las opiniones recogidas señalan lo siguiente:

- Se tiende a recoger mucha información, más de una vez, y que no necesariamente se usa para la intervención.
- Levantar información compleja, como el genograma y ecomapa, es difícil per se, y no se tiene claro cuál será su uso o aplicación. Puede que sirva para análisis, pero no a efectos de la intervención.
- Se ha ido incorporando de manera creciente en los instrumentos (por ejemplo, en los informes técnicos) requerimiento de mayor detalle de la intervención: “Llegar informar a un costo por beneficiario se vuelve complicado”.
- Los equipos comunales, sin excepción, reconocen que, en particular con las últimas versiones de las orientaciones técnicas y los instrumentos de registro del Programa, se está produciendo una recarga significativa del trabajo administrativo, que se estima no inferior a 50% / 60% del tiempo de encargados de red y coordinadores SAD y SSEE.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El Panel concluye lo siguiente respecto del programa Red Local de Apoyos y Cuidados:

1. Conclusiones sobre el Desempeño Global

Diseño

Respecto del diseño del Programa, se concluye que éste se hace cargo de un problema vigente y que se encuentra en incremento. La implementación del Programa permite visibilizar un importante desafío de política pública, como son los cuidados de largo plazo. En este sentido, tal como muestra la primera parte del informe, es necesario entender la evolución que ha tenido el Programa, desde un piloto para un potencial sistema de cuidados en el país, hasta la configuración y objetivos que actualmente presenta.

Al respecto, y considerando que el Programa se ha diseñado con una lógica de sistema de cuidados de largo plazo (y tomando en cuenta que a futuro podría ser la base para un eventual sistema de este tipo en el país), es necesario recalcar:²⁰⁵

- Los objetivos del Programa se encuentran bien definidos. El objetivo y la estrategia se alinean para resolver el problema que enfrenta los países que han abordado el desafío de enfrentar las crecientes necesidades de largo plazo de la población: brindar bienes y servicios para mejorar la situación (definida como bienestar, calidad de vida u otro indicador) tanto de dependientes como cuidadores, principalmente a través de la implementación de sistema de cuidado de largo plazo. Se valora que el Programa haga un esfuerzo por incluir explícitamente a los cuidadores tanto dentro de sus definiciones como de su oferta de servicios ya que, si el tema de los cuidados en un tema poco relevado en la política pública, los cuidadores usualmente son un sujeto invisible dentro de un problema que ya se encuentra invisibilizado (dependencia funcional y cuidados).²⁰⁶
- Sobre la definición de beneficiarios, el plan basa la selección en la definición teórica y operacional propuesta por SENAMA.²⁰⁷ Se considera que esta es una estrategia apropiada, tanto porque se basa en un trabajo justificado teóricamente y una definición que, además ha sido usado por la institución (MDSF) como guía para políticas en el sector (por ejemplo, se incluyó en CASEN y RSH). Lo anterior permite alinear el trabajo en torno a dependencia y avanzar en la construcción de una definición nacional de dependencia. La identificación de dependientes (población potencial) es uno de los pasos que requiere el sistema de cuidados; adicionalmente, se deben definir criterios para la selección de beneficiarios (población objetivo y beneficiaria), que pueden utilizar criterios extra.²⁰⁸ Al respecto, cabe señalar que el Programa no utiliza criterios de edad para seleccionar beneficiarios, lo que se considera como adecuado, considerando que parte importante de la población que presenta el problema son menores de 65 años.²⁰⁹ Sin embargo, el PRLAC sí usa otros tres criterios extra en la selección de sus beneficiarios. En primer lugar, un “meta-criterio”, que tiene que ver con la manera en la que se seleccionan las comunas participantes del Programa.²¹⁰ Respecto a los otros

²⁰⁵ Villalobos Dintrans (2020).

²⁰⁶ Adelman et al., (2014) y Villalobos Dintrans (2019b)

²⁰⁷ Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010). La herramienta propuesta permite medir dependencia no sólo en personas mayores, sino que también en la población general (mayores de 15 años).

²⁰⁸ Villalobos Dintrans (2020).

²⁰⁹ Villalobos Dintrans (2019a).

²¹⁰ Este aspecto, por orden del documento, se comenta a continuación en el acápite de “Implementación”.

dos criterios, el programa utiliza la severidad de la dependencia y la vulnerabilidad para seleccionar a los beneficiarios. Si bien se comprende que en un contexto de escasez de recursos muchas veces los programas públicos deben focalizar, existen más alternativas que han sido usadas por otros países para lidiar con este problema, principalmente la definición de beneficios diferenciados o el establecimiento de paquetes de beneficios menos generosos.²¹¹

- El Programa debe considerar, principalmente si busca instalarse con una lógica de sistema de cuidados, existiendo pros y contras de la focalización: si bien por una parte permite la contención de costos e incrementar la sostenibilidad financiera del programa, es necesario considerar que los programas universales reducen el riesgo de fraude (además del costo administrativo de la focalización), así como otros problemas comúnmente asociados a los programas focalizados, como la entrega de servicios de baja calidad.²¹² Adicionalmente, la selección de beneficiarios exclusivamente en niveles mayores de dependencia puede ser justificada como una focalización en aquellos que “más necesitan el Programa”, pero también atenta contra el logro de los objetivos del Programa (ayudar al bienestar de dependientes y cuidadores) en un grupo donde se espera que el actuar del Programa pueda tener un importante impacto (dependientes leves).
- Si el Programa busca ampliarse con una lógica de sistema de largo plazo, debe considerar un rango más amplio de acción, que le permita no sólo brindar servicios de cuidados a quienes lo requieran, sino, además, contribuir a la disminución de las necesidades de cuidados de largo plazo en la población.²¹³ Finalmente, si se considera el sistema de cuidados de largo plazo desde una perspectiva de seguridad social, las estrategias de focalización pierden sentido. En este caso, los servicios debieran ajustarse para ser entregados a toda la población, tal como sucede con los otros componentes de la seguridad social, como salud o pensiones.²¹⁴
- Respecto de los bienes y servicios entregados, si bien a nivel mundial no existe un consenso sobre el paquete de beneficios “óptimo” o “estándar”,²¹⁵ se considera que éstos deben ajustarse a las necesidades de los beneficiarios y al mercado disponible para proveerlos.²¹⁶ En el caso del PRLAC, existe un intento de alinear los servicios ofrecidos y las necesidades de cuidados de los beneficiarios, mediante la elaboración de un plan de cuidados para cada beneficiario; la adaptación a la oferta disponible se realiza mediante la gestión de la red a nivel local. Si bien estos elementos aparecen como correctos en teoría, es necesario considerar que un sistema de cuidados debiera no sólo utilizar la oferta disponible, sino que tiene el rol de incentivar la aparición de nuevos mercados y proveedores que permitan brindar servicios que las personas necesitan, y no restringirse a los que están disponibles en la oferta local (construcción de mercados y capacidades). Por ejemplo, podría contemplarse la creación de servicios especializados que usualmente provee el cuidador/a u otros que requieren habilidades técnicas,²¹⁷ como preparación y entrega de alimentos, movilización, administración de medicamentos, compañía (telefónica y visitas), cuidado (grupos voluntarios comunitarios), servicios de mantención del hogar (reparaciones y mejoras), entre otros. Respecto del plan de cuidados, si bien este es en teoría “individualizado”, en la práctica, los beneficiarios acceden a un conjunto de servicios predefinidos y cuya disponibilidad

²¹¹ Villalobos Dintrans (2020).

²¹² Brodsky & Clarfield (2008) y Villalobos Dintrans (2020).

²¹³ Villalobos Dintrans (2018).

²¹⁴ Villalobos Dintrans (2018).

²¹⁵ Brodsky & Clarfield (2008).

²¹⁶ Villalobos Dintrans (2020).

²¹⁷ La literatura las reconoce como “low-level services” (Roger Clough, R. et. al (2006) The support older people want and the services they need, Joseph Rowntree Foundation).

depende de la oferta local.

Por otra parte, tal como se presenta en el apartado de caracterización de la población beneficiaria, existe una alta proporción de mujeres entre las personas que ejercen el cuidado principal. Desde la perspectiva de género, este es un aspecto relevante al momento de diseñar los servicios, los que en el programa no se visualizan como priorizados. Sumado a este aspecto, es importante mencionar que casi un 45% de los cuidadores han ejercido este rol entre 5 y 20 años, dedicando entre 7 y 12 horas diarias a esta labor (49,2%). Aproximadamente en el 70% se detecta sobrecarga. Las consecuencias en estas personas sobre su vida profesional o de desarrollo personal son evidentemente negativas. Por otra parte, teniendo en cuenta que gran parte de estas mujeres están entre los rangos etarios de 50-64 y 65-79, el panel no identifica la incorporación del enfoque de ciclo de vida en el diseño del programa, enfoque que sí se aplica en general en el sector salud, y en particular en los programas que atienden discapacidades.

La observación anterior también opera para las PSD, que si bien prácticamente un 70% se ubica en los rangos etarios 65-79 y 80+, esto es adulto mayor, un 18% corresponde a edad media (35-64) y un 14% a niños/as, adolescentes y personas jóvenes. Esta heterogeneidad de usuarios desafía al programa en términos de ir más allá de la priorización por actividades dirigidas a la dependencia funcional del adulto mayor, sino también considerar las causas de esta problemática en población más joven.

Ligado al enfoque de ciclo vital aparece la relevancia de las actividades preventivas,²¹⁸ en términos de adelantarse a los posibles deterioros funcionales derivados del envejecimiento. Este aspecto aparece débilmente abordado por el programa, que en caso de incorporarse implicaría cambios en la actual focalización del programa, con consecuencias operativas y financieras en el PRLAC.

Los recursos comunitarios no ocupan un lugar preponderante en el diseño del programa, aspecto elaborado en el análisis de la lógica vertical. Cuestión muy relevante de profundizar teniendo en cuenta las bajas coberturas del periodo observado.²¹⁹ Este aspecto resalta las debilidades que el PRLAC presenta como experiencia piloto, por cuanto la declaración inicial es construir un futuro sistema de cuidados a partir de las mejores prácticas de los municipios, y ello se reconoce parcialmente en el componente de servicio de atención domiciliaria.

Implementación

La operación en el periodo 2016 - 2019 refleja el tránsito desde la lógica de un subsistema que contiene a un conjunto de programas, hacia la práctica de un programa que contiene a todo un subsistema. En esta transición se considera que el PRLAC pierde el foco en dos elementos claves para la construcción de un futuro subsistema en los términos establecidos por el SIPS. Primero, define como su programa eje a la Gestión de Red (Componente 1 de la reformulación 2018), lo cual no corresponde a una acción o prestación social base que determine el acceso al subsistema. Y segundo, referido a la población objetivo que atiende el PRLAC, en las formulaciones conceptuales 2016 y 2018 el programa no es claro y consistente en el tiempo en sostener que el beneficiario es una "díada" (indisoluble), compuesta por la persona en situación dependencia funcional y su cuidador/a principal. Ello queda de manifiesto en la reformulación 2018, donde se define sólo a las PSDF como la

²¹⁸ Ver Guzmán-Olea et al (2016) y Montorio (2007).

²¹⁹ Ver Campos (2014).

población objetivo del programa, lo cual es un error de diseño.

En lo sustantivo, la gradualidad de implementación de un sistema de cobertura nacional (345 comunas), compuesto por seis programas (uno de ellos la propia red local),²²⁰ pasó a una experiencia piloto en 22 comunas y 3 componentes, y suponía que la forma de operar sería producto del conocimiento recopilado durante la fase piloto de los municipios participantes. La implementación de los 3 componentes obedece entonces, no a una estrategia clara que se mantiene en el periodo 2016-2019, sino a cambios importantes de las orientaciones respecto del alcance del programa, tanto en sus objetivos como en la entrega misma de los servicios. En este contexto se considera que el equipo a cargo de la ejecución del programa (Unidad SNAC) ha sido capaz de salvar las dificultades de los cambios en la estrategia y en la falta de diseño de detalle previo a su implementación.

Respecto del funcionamiento de las redes locales hay más interrogantes que respuestas en la experiencia piloto 2016-2019, pues no se dispone de información sistematizada que permita explicar su conformación efectiva para cada de las 22 comunas participantes del piloto, y por lo tanto si acaso dichas redes son mínimamente comparables como estructuras organizacionales, si caso obedecen a tipologías o modelos de gestión local (acorde los tamaños y complejidades de los distintos municipios), qué actividades realizan o soportan estas unidades integrantes, o si ofrecen o permiten acceso a servicios comparables, entre otros aspectos. La experiencia que reseñaron las comunas entrevistadas indica que las redes locales del programa pueden ser redundantes sobre otras ya existentes en el territorio, algunas producto de la acción previa del propio SIPS.

Se concluye que el programa posee fortalezas en lo operativo, radicadas en la Unidad SNAC del Departamento de Operaciones, referido al funcionamiento de los componentes y convenios con municipios, y, al contrario, presenta debilidades para el desarrollo futuro del subsistema de apoyos y cuidados en el desarrollo estratégico del subsistema apoyos y cuidados, que se identifica en la ausencia del tratamiento del programa en el Comité Interministerial de Desarrollo Social y Familia en el periodo 2018- 2019, y en la debilidad organizacional del Departamento de Diseño Metodológico.

Respecto de la organización y gestión del programa, el desafío inicial planteado (creación del subsistema SNAC) no guarda relación con la estructura y capacidades del programa. Se trata de un equipo pequeño (6 profesionales), con especialización general en el área social, y sólo uno de ellos tiene formación profesional en materias relativas a dependencia, discapacidad, geriatría. Este equipo cumple funciones técnicas relacionadas a la gestión de convenios de transferencia de recursos a municipios, actividades que consumen la mayoría del tiempo disponible. A esta situación se suma que las SEREMI, en lo formal encargadas de apoyar la operación del programa, no cumplen ningún rol en la práctica, estando ausentes de la ejecución del programa, situación que es opuesta a lo que ocurre en los otros subsistemas del SIPS.

La declaración del programa en cuanto a que su estrategia se basa en un enfoque de redes, no logra su mejor expresión puesto que para ello se requiere integrar tres niveles de gestión territorial, local, regional / provincial y central, que se manifiesta en la ausencia de actores relevantes del nivel intermedio, las SEREMI y las Gobernaciones Provinciales. La ausencia, especialmente de estas últimas en la implementación del programa, no resulta explicable

²²⁰ No está demás señalar que ello suponía que la experiencia práctica que a la fecha tenían los municipios en la atención de población en situación de dependencia, sería la base para conceptualizar la intervención, realizar el diseño de detalle y, de paso, establecer la dimensión del problema (población potencial y objetivo).

considerando que el MDSF ha destinado recursos y esfuerzos para fortalecer la gestión provincial del Sistema Intersectorial de Protección Social. Este aspecto es relevante por cuanto los problemas cotidianos de la ejecución en redes locales, como la oportunidad y acceso a una oferta adecuada, debieran encontrar solución en la articulación que los cuerpos de la administración intermedia (SEREMI y Gobernaciones Provinciales) hacen entre el nivel central y el local (municipios). Dicha capacidad de articulación efectiva debió considerarse a modo piloto, pues en un escenario de mayor escala (como el que plantea el programa para el 2020, pasando de 22 comunas a 60) esta articulación puede resultar crítica para el desempeño del programa.

Por otra parte, hay temas específicos que requieren atención:

- El mecanismo de selección de comunas como herramienta útil para la fase piloto, pero que puede ser objetable para la operación corriente, por cuanto privilegia/castiga la capacidad/ incapacidad del municipio para atender a la población PSD, en desmedro de la necesidad de la población destinataria, PSDF y cuidadores/as principales.
- El programa ha descansado en la identificación de la población objetivo a partir de los datos del RSH, el cual por su lógica de funcionamiento²²¹ la sub-dimensiona. La experiencia de los municipios considera alternativas para determinar una primera nómina de candidatos a ingresar al programa, por ejemplo, a través de los registros calificados que dispone la red de salud. Ello no significa eliminar el uso del RSH en el protocolo de construcción de nóminas, pues es clave para la transparencia y equidad del sistema de protección social, sino que establecer un abordaje inicial distinto.
- Sobre la instalación de la red, se estima que en lo administrativo el programa no ha sido particularmente expedito. Se puede verificar que la transferencia de recursos, una vez firmados los respectivos convenios Ministerio - municipios, ha sido rápida. Sin embargo, la conformación (formal) de la red local ha tomado 159 días desde la transferencia de recursos, plazo que está sobre el límite de lo establecido como estándar para este proceso (120 días), lo cual se mantiene en comunas de la primera y la última convocatoria, reflejando un bajo aprendizaje en este proceso. Al respecto, debe señalarse que la instalación de capacidades en los municipios requiere continuidad de operación, por lo que la entrada o salida de un municipio terminaría por afectar, por la vía de la variación en el financiamiento, dichas capacidades. En la medida que sólo se sumen nuevas comunas, se podría señalar que las capacidades ya instaladas se mantendrían. Sin embargo, no hay evidencia, excepto la racionalidad política y que el problema de la dependencia funcional es permanente y progresivo, que garantice que el programa siga instalado y crezca en las comunas del piloto.
- El programa no dispone de capacidades para determinar nuevas ofertas o ajustes en ellas en los servicios especializados. Específicamente, no dispone de especialistas para levantar requerimientos, como, por ejemplo, los relacionados a la atención primaria en salud y la derivación efectiva que requiere el programa, que evite una innecesaria derivación al nivel secundario de la red de salud. Esto implicaría identificar aquellas ofertas de especialidades se requiere instalar en el nivel primario de atención, para dar atención efectiva a los beneficiarios PRLAC, mediante el testeado de servicios y coberturas efectivas.
- Un aspecto crítico para la operación del programa es la relación entre las reglas de operación (instrumentos técnicos), que ha crecido de manera significativa hacia e 2019 (suman más de 90 documentos), y el soporte informático del programa (sistema SNAC). La profusión de instrumentos sumada a la obligación de registrar la información en el sistema SNAC coloca un peso considerable en los equipos locales, pues aunque todos

²²¹ Requiere que las personas se inscriban, para luego validar el cumplimiento de requisitos para la focalización.

los integrantes de la Red tienen perfil de ingreso de datos, en la práctica son 3 personas (encargado de red y dos coordinadores) las responsables de que efectivamente se realice el registro, con la consiguiente sobrecarga de trabajo y distrae recursos para el trabajo en terreno, afectando la información disponible para que la Unidad SNAC efectúe el seguimiento de la ejecución del programa. Los antecedentes del programa indican que existe un desfase aproximado de un año de ingreso de información a la plataforma, lo que influye en la carga de trabajo actual que tienen los equipos locales.

- Por último, debe concluirse que el formato de convenio MDSF-Municipio no contiene condiciones operativas que resguarden al Programa de incumplimientos serios que retrasen o afecten la ejecución a nivel municipal. De hecho, el convenio no tiene cláusulas que permitan modificar al equipo a cargo de la red local en dicho caso. En simple, si el municipio no cumple, por ejemplo, no ingresa periódicamente información o tiene a un conjunto importante de potenciales beneficiarios sin plan de cuidados elaborado, la Unidad SNAC no tiene instrumentos efectivos para modificar dicha situación.

Eficiencia

Los datos disponibles del programa a la fecha no permiten efectuar juicios categóricos respecto de su eficiencia. Sin embargo, los órdenes de magnitud establecidos permiten indicar que el gasto unitario promedio de elaboración y posterior acompañamiento de un plan de cuidados es \$665,8 mil (2019), que el gasto unitario promedio del servicio SAD, que incorpora un mecanismo de aseguramiento de calidad, desde la selección y capacitación del asistente de cuidados hasta las actividades de supervisión permanente, alcanza a M\$2.000,4 (2018), pues cada asistente de cuidados cubre en promedio 4 hogares, y que el gasto promedio por unidad de servicio especializado producido es M\$166,4 (2019). Si bien el programa no dispone de comparadores para establecer la eficiencia alcanzada, lo cual se considera una tarea pendiente del programa, algunos estudios disponibles para Chile indican que, en promedio, el costo de un servicio de cuidados domiciliarios podría alcanzar a un costo anual de M\$2.267, o inclusive menor, de M\$1.575 al año.

En términos de su financiamiento, el Programa se encuentra restringido en términos de diseño y planificación estratégica (incluyendo coberturas) por su financiamiento. En la actualidad, el Programa funciona con financiamiento directo desde una línea presupuestaria, más el aporte de la institución responsable para cubrir el recurso humano del PRLAC a nivel central. Nuevamente, si se pretende ampliar el Programa usando una lógica de sistema de cuidados, se requiere de una estrategia que permita efectivamente escalar estos componentes a una mayor población y, eventualmente, ampliar la oferta de servicios (en número y calidad).

Resultados

El programa ha cuantificado sólo dos indicadores de propósito, que señalan:

- En relación con la mantención o mejoramiento del nivel de funcionalidad, los porcentajes medidos en el periodo 2017-2019 están por sobre el 80%, lo cual es positivo, si se toma en cuenta que la mayoría de la población atendida (adultos mayores dependientes) tiene alto riesgo de deterioro de su capacidad funcional.
- Respecto a la disminución del nivel de sobrecarga, observado en un tercio de los cuidadores principales, se suma que un promedio de 40% mantiene su nivel de sobrecarga, lo cual es un resultado satisfactorio para el programa.

En principio, esto da cuenta de un desempeño positivo del programa a nivel de propósito. Sin embargo, es necesario considerar que estas mediciones se hicieron a partir de una muestra no representativa de beneficiarios del programa y no captura necesariamente el

efecto promedio del Programa, por lo cual no es factible establecer inequívocamente el logro del propósito del programa.

En términos globales, y considerando las dimensiones analizadas, se considera que no existen aún las condiciones necesarias para abordar un escalamiento de la dimensión propuesta para el 2020, que triplicaría el número de comunas incorporadas al programa.

2. Recomendaciones

Se sugiere al Programa las siguientes acciones:

Diseño

- a) Revisar el diseño del programa utilizado en su versión piloto, tanto conceptual como operativo, previo a cualquier consideración de su escalamiento.
- b) En una perspectiva de mediano y largo plazo, se sugiere invertir esfuerzos en determinar y lograr consenso con las partes interesadas del SIPS respecto de las dimensiones y trayectorias de la población que presenta el problema de dependencia funcional, desafío que podría abordarse mediante un estudio específico en la materia respecto de la población potencial, población objetivo, posibles segmentaciones de la población objetivo en vistas construir ofertas programáticas más focalizadas por tipología de población.
- c) Relacionado a la segmentación de la población objetivo, se sugiere incorporar el enfoque de ciclo de vida en las actividades diseñadas para la PSD, teniendo en cuenta que las necesidades de distintos grupos etarios son diversas, y en consecuencia diferentes aproximaciones para la provisión de servicios.
- d) Cualquiera sea el número resultante, se considera que en ningún caso la población potencial y objetivo corresponderá a los volúmenes que se identifican en el RSH, sino muy superiores. Más aún, si se reconoce explícitamente a los cuidadores/as como beneficiarios del programa, lo cual incrementaría la cobertura explícita del programa.
- e) A partir de lo anterior, se debe hacer un esfuerzo, metodológico y financiero, por poner a disposición de la población beneficiaria los servicios más adecuados a sus necesidades, en lugar de acercar los servicios que en la práctica están disponibles. Una manera de ir abordando este aspecto es mediante la realización de estudios especializados, para lo cual el programa (Unidad SNAC) debe contemplar recursos para su implementación que no han estado disponibles en la fase piloto.
- f) Fortalecer la perspectiva de género en el diseño de actividades dirigidas tanto a PSDF como a cuidadores. Esta tiene por objetivo la consideración de la sobrecarga que presentan quienes ejercen el cuidado principal y que está directamente relacionada con la calidad de éste.
- g) Frente a la diversidad de la población objetivo, también resulta relevante una mayor integración de cuidados preventivos por sobre los paliativos, que implica incluir, al menos, a dependientes leves.

Implementación

- a) Se considera necesario que el programa revise su estrategia de implementación, y

ponga en discusión el modo de implementación del enfoque de red, en términos de convocar a todos los actores que se identifica debieran participar, en particular incluir el vínculo perdido con el nivel regional y provincial, especificando los roles (gobernanza) que cada uno debe cumplir (intersectorialidad / intrasectorialidad), y que el municipio no tiene capacidad ni facultad para resolver.

b) Asimismo, se sugiere:

- Revisar el actual mecanismo de selección de comunas, basado en el Índice de Selección de Comunas, por considerar que introduce inequidades difíciles de sostener en un contexto de derechos.
- Balancear la necesidad de establecer protocolos y estándares de funcionamiento, pues es necesario establecer pautas operativas estandarizadas, claras y obligatorias, con la reducción de la actual profusión de instrumentos, pues no es razonable contar con más de 90 instrumentos que acumulan una cantidad muy significativa de ítems de registro, y la necesidad del debido registro de las actividades que financia el programa en el sistema SNAC.
- Por lo anterior, y porque constituye el medio principal a través del cual la Unidad SNAC puede controlar la ejecución del programa, se sugiere repensar el soporte que otorga el sistema SNAC, en términos de mecanismo de registro del detalle de la operación, y en particular estudiar la posibilidad de digitalización de la operación (“cero papeles”). Al respecto los municipios entrevistados son proclives a tal solución, sin embargo, uno de ellos advierte sobre los riesgos de rechazo por parte de los beneficiarios, en la medida que su percepción sobre el uso de medios digitales sea de falta de atención, de respeto o de consideración en la atención.
- Repensar los términos operativos de los convenios MDSF-municipio, en orden a dotar de instrumentos efectivos que resguarden la oportuna ejecución de las actividades que financian los recursos transferidos a los municipios. No se trata, por ejemplo, de incluir otras condiciones administrativas, como pagos parcializados contra rendiciones periódicas, sino, por ejemplo, pensar en cláusulas que habiliten al MDFS (Unidad SNAC) a cambiar de unidad ejecutora (la mayoría radicada en los DIDECO) a otra unidad probadamente más ágil dentro del mismo municipio, como podría ser algún CRC o CCR.

Eficiencia

- a) Se sugiere que el programa defina ciertos comparadores para sus servicios, de modo tal que sea factible efectuar comparaciones relevantes en vistas a la expansión del sistema, cuyo impulso para el 2020 supera la cobertura realizada en el periodo 2016-2019. Esto podría abordarse como parte de una actualización del estudio de oferta de la fase de preinversión del programa, para establecer si, por ejemplo, el costo unitario actual de elaboración de un plan de cuidados corresponde al promedio o a la cota mínima calculada en esta evaluación, o del costo de los servicios especializados más recurrentes (terapias ocupacionales, podología, etc.)
- b) Desde una perspectiva más sistémica, si se consideran los cuidados desde una perspectiva de seguridad social, el financiamiento del sistema podría considerar métodos como los usados por otros componentes de la seguridad social, a través de la implementación de un seguro social financiado a través de contribuciones obligatorias, como ha ido implementando algunos países en las últimas décadas.²²² En cualquier

²²² Villalobos Dintrans (2017; 2020).

caso, se requiere avanzar hacia un sistema que permita una mayor cobertura y sostenibilidad financiera, mediante la alineación de selección de beneficiarios, beneficios y estrategia de financiamiento.²²³

Resultados

- a) Se sugiere que el programa complete el cálculo de la matriz de evaluación, establezca metas tentativas, y mejore la disponibilidad de información sobre todas las dimensiones del desempeño que posteriormente permitan establecer juicios apropiados sobre sus resultados.

IV. BIBLIOGRAFÍA

- Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS. 2014. Caregiver burden. A clinical Review. JAMA 311(10): 1052-1060. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.304>
- Banco Mundial. Evaluación del proceso de implementación - Primera Fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados; 2017.
- Brodsky J, Clarfield AM. Long-term care in health services. En: Heggenhougen HK, Quah S (eds.). International Encyclopedia of Public Health. San Diego: Academic Press.
- Campos, R. H. M. (2014). Experiencias Internacionales en Modelos de Atención A La Dependencia. Envejecimiento y Dependencia.
- Carrera F, Pavolini E, Ranci C, Sabbatini A. Long-term care systems in comparative perspective: Care needs, informal and formal coverage, and social impacts in European countries. In: Ranci C, Pavolini E (eds.). Reforms in long-term care policies in Europe. New York, NY (USA): Springer; 2013.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Estimaciones y proyecciones de población total, urbana y rural, y económicamente activa. América Latina, revisión 2017. Santiago: CEPAL; 2017.
- Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted. Providing and Paying for Long-Term Care. Paris (France): OECD Publishing; 2011.
- Comas, D. (2014) Long Term Care, and the Fourth Pillar of the Welfare State, Revista de Antropología Social, 2015, 24 375-404.
- Dirección de Presupuestos (2017). Informe Final – Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa. Santiago: DIPRES.
- Dobson, D., & Cook, T.D. (1980). Avoiding type III error in program evaluation: Results from a field experiment. Eval Program Plann 3:269-276.
- Dorantes-Mendoza, G., Ávila-Funes, J.A., Mejía-Arango, D., Gutiérrez-Robledo, L. (2007) Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001, Revista Panamericana de Salud Pública, vol. 22, Nº 1.
- Espinoza K, Jofré V. (2012). Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales. Ciencia y enfermería 18(2): 23-30.
- Freedman VA, Martin LG, Cornman J, Agree EM, Schoeni RF. Trends in Assistance with Daily Activities: Racial/ Ethnic and Socioeconomic Disparities Persist in the U. S. Older Population. In: Cutler DM, Wise DA (eds.). Health at Older Ages: The Causes and Consequences of Declining Disability among the Elderly. Chicago, IL (USA): University of Chicago Press; 2008.
- Fundación de las Familias (FUNFA) / Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República, Manual Operativo del Programa Chile Cuida, Servicio de Cuidados Domiciliarios, Rev. 00, mayo 2017.
- Gajardo, Santiago. (2019). Región Metropolitana de Santiago. Adultos Mayores: Resultados encuesta CASEN 2017.

²²³ Villalobos Dintrans (2020).

http://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/DOCUMENTO_ADULTO_MAYOR_RM_S_CASEN_2017.pdf

- Guzmán-Olea, Eduardo, Pimentel-Pérez, Bertha Maribel, Salas-Casas, Andrés, Armenta-Carrasco, Anthony Iván, Oliver-González, Leslie Betzabeth, & Agis-Juárez, Raúl A. (2016). Prevention of physical dependence and cognitive impairment by implementing an early rehabilitation program in institutionalized elderly. *Acta universitaria*, 26(6), 53-59. <https://dx.doi.org/10.15174/au.2016.1056>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2017). Censo 2017. Microdatos. <http://www.censo2017.cl/microdatos/>
- Manton KG, Stallard E. Medical Demography: Interaction of Disability Dynamics and Mortality. En: Martin LG, Preston SH (eds.). *Demography of Aging*. Washington, DC (USA): National Academy Press; 1994.
- Mátus-López M, Cid C (2015). Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública* 36(1): 31-36.
- MIDESO (2017). Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados – Documento Marco. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social.
- Montorio Cerrato, Ignacio. (2007). Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia. *Psychosocial Intervention*, 16(1), 43-54. Recuperado en 19 de febrero de 2020, de <http://scielo.isciii.es/scielo>.
- Norton EC. Health and long-term care. In J. Piggott & A. Woodland (eds.), *Handbook of the economics of population aging* (Vol. 1B, pp. 951–989). Amsterdam, Netherlands: North-Holland; 2016.
- OECD (2020). OECD.Stat. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=30140>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor. Estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores. Santiago (Chile): Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2010. <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>. Accessed: 2019 Apr 16.
- United Nations. *World Population Prospects 2019*. New York: United Nations; 2019.
- Villalobos Dintrans P. Envejecimiento y cuidados a largo plazo en Chile: Desafíos en el contexto de la OEC. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017; 41, e86.
- Villalobos Dintrans P. Towards a long-term care system in Chile. DhPH Thesis. Harvard T.H. Chan School of Public Health.
- Villalobos Dintrans P. Is Long-term care systems as social security: the case of Chile. *Health Policy and Planning*. 2018; 33(9): 1018-1025.
- Villalobos Dintrans P. Panorama de la dependencia en Chile: Avances y desafíos. *Revista Médica de Chile*. 2019a; 147(1): 83-90.
- Villalobos Dintrans P. Informal caregivers in Chile: the equity dimension of an invisible burden. *Health Policy and Planning*. 2019b; 34: 792-799.
- Villalobos Dintrans P. Designing Long-Term Care Systems: Elements to Consider. *Journal of aging & Social Policy*. 2020; 32(1):83-99. doi: 10.1080/08959420.2019.1685356.
- World Health Organization. *World Report on Ageing and Health*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2015.
- World Health Organization. *Global Strategy and Action Plan on Ageing and Health: A Framework for Coordinated Global Action by the World Health Organization, Member States, and Partners across the Sustainable Development Goals*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2016.
- World Health Organization. *Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa*. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2017.
- Zagreb Consultores Ltda (2016). *Costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes*. Santiago: MDSF.
- Zarit SH (2002). *Caregiver's Burden*. En S. Andrieu y J.P. Aquino: *Family and professional carers: findings lead to action*. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

V. ENTREVISTAS REALIZADAS

Ac continuación se listan las reuniones individuales realizadas con miembros de la Unidad SNAC a cargo del programa en el nivel central del MDSF, y con equipos de redes locales en tres comunas, escogidas de común acuerdo con el programa.²²⁴ No se incluye en este listado un conjunto de reuniones de trabajo con el equipo de la Unidad SNAC para revisar y discutir distintos aspectos de la trayectoria del programa, ni para revisar y aclarar información recibida:

Fecha	Entrevistado
20-dic-2019	1. Claudia Álvarez, PRLAC nivel central
20-dic-2019	2. Edmundo Arias, PRLAC nivel central
20-dic-2019	3. Sofia Ruiz Tagle, PRLAC nivel central
20-dic-2019	4. Mónica Gamin, PRLAC nivel central
20-dic-2019	5. Felipe Muñoz, Jefe (S) Departamento Operaciones, División de Promoción y Protección Social, MDSF
23-dic-2019	6. Ximena Miranda, PRLAC nivel central
23-dic-2019	7. Magaly Sarabia, PRLAC nivel central
29-ene-2020	8. Equipo Red Local comuna Recoleta
30-ene-2020	9. Equipo Red Local comuna Pedro Aguirre Cerda
31-ene-2020	10. Equipo Red Local comuna Talagante
18-feb-2020	11. Álvaro Parra, Sistemas informáticos División de Promoción y Protección Social, MDSF

²²⁴ Se utilizó como criterio básico la diferenciación de comunas por rango de cobertura (120-140 cupos; 100-120 cupos; 40-60 cupos) y rango de capacidad de gestión (Índice de gestión de 0,95-1,00; 0,85-0,95; 0,80-0,85), por lo cual las tres comunas seleccionadas (Recoleta, Pedro Aguirre Cerda y Talagante) representan tres tipologías distintas.

ANEXO 1: REPORTE SOBRE EL ESTADO Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN DISPONIBLE PARA EVALUAR EL PROGRAMA

1. Bases de datos con información relevante para la evaluación

El Ministerio de Desarrollo Social y Familia, puso a disposición de los equipos comunales que ejecutan el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC) un sistema informático que permite que los profesionales de la Red Local registren y tengan acceso a la información de cada una de las familias beneficiarias, puedan monitorear los procesos de intervención de cada uno de los servicios y visualizar la trayectoria de los beneficiarios en el Programa. Dicho sistema se denomina **SNAC**, Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

Este sistema informático inició su periodo de ejecución a fines del mes de noviembre del 2016, donde se realizaron las gestiones de compra y adjudicación del proveedor. Durante los meses de diciembre de 2016 a marzo de 2017 se realizó el proceso de levantamiento de requerimientos y diseño funcional, iniciando su construcción durante este último mes (marzo 2017) y realizando el primer paso a producción en el mes de noviembre de 2017. Ello implicó que el SNAC comenzó el poblamiento de datos a partir de diciembre 2018. Dado que el programa dio inicio a su ejecución durante el 2017, todo dato recopilado por los encargados comunales durante ese año fue sistematizado en planillas Excel, las que fueron consolidadas por la unidad a cargo del PRLAC, en el nivel central (MIDESO). Una vez en operación el SNAC estos datos fueron transferidos a la base de datos actual, la que ha ido incorporando los datos de las distintas versiones (mejoras) del Sistema. En síntesis, el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados cuenta con 4 bases de datos extraídas desde la plataforma informática: Base evaluación versión I, II, NNA y SNAC Full. Los datos de estas 4 bases permiten configurar la base de datos denominada "SNAC_Full Base completa", que se utilizará como fuente primaria de datos para esta evaluación.

La base de datos "SNAC_Full Base completa" consolida toda la información registrada en la plataforma de todos los integrantes de los hogares beneficiarios del Programa RLAC, por parte del equipo red comunal, con sus distintos "estado del hogar en el sistema". La base de datos se construye a partir de tablas elaboradas por parte del equipo informático de la División de Promoción y Protección Social. El SNAC registra información capturada a partir de 2 tipos de instrumentos que se aplican a todas las personas en situación de dependencia y su cuidador/a principal que conforman los hogares beneficiarios del PRLAC, a saber:

- Instrumento A: se aplica a niños, niñas y adolescentes (NNA) entre de 6 a 14 años, con algunas preguntas restringidas a mayores de 12 años.
- Instrumento B: se aplica a personas en situación de dependencia (PSD) desde los 15 años cumplidos en adelante sin límite de edad (existen 2 versiones).

Ambos instrumentos incluyen variables contenidas en cada sección del instrumento de evaluación, relativas a la identificación, caracterización y evaluación de la persona en dependencia.

Considerando lo anterior, se presenta a continuación una descripción sintética del contenido de la base de datos a utilizar en esta evaluación:

Cuadro N° 41. Bases de Datos para la Evaluación

Nombre	SNAC_Full Base completa
Descripción	Base de datos que consolida el registro de toda actividad realizada con familias ²²⁵ integrantes del PRLAC y sus beneficiarios, que opera sobre el registro de información en el Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, denominado SNAC. A continuación de esta tabla se entrega una panorámica de la estructura del SNAC.
Período de vigencia	2017 a la fecha
Universo de medición de las variables (censo / muestra)	Censal para toda familia integrante del PRLAC y sus beneficiarios.
Frecuencia de medición	Consolidación mensual, sobre la base de registros a diario.
Campos / Variables	El SNAC permite el registro de un conjunto significativo de información (variables) sobre el hogar, sus integrantes, las personas en situación de dependencia, las características y el grado de dependencia, sus necesidades. Este detalle se presenta a continuación de esta tabla.
Juicio del panel respecto de la calidad de la información y posibilidades de uso en la evaluación	El panel considera que el PRLAC dispone de datos con el detalle suficiente para realizar la evaluación en cada uno de los ámbitos requeridos (eficiencia, eficacia, economía, calidad), y en particular a nivel de actividades y productos.

Red Local

Variables	Descripción
ID Comuna	Código numérico de la comuna
Comuna	Nombre de la comuna SNAC

Nómina de hogares y beneficiarios

Variables	Descripción
ID HOGAR	Identificador numérico que entrega el sistema, una vez cargado el hogar en la plataforma.
Hogar	Contiene detalle de identificación: Calle, N° hogar, N° dpto. / casa, Villa o Población, Comuna, Región, Otras referencias Contiene detalle de caracterización del grupo familiar o núcleo de la Persona en Situación de Dependencia (PSD): <ul style="list-style-type: none"> ✓ N° total de personas del hogar donde vive la persona dependiente ✓ N° de niños, niñas y jóvenes menores de 15 años ✓ N° de personas en situación de dependencia en el grupo familiar ✓ ¿Hace cuantos años vive la persona en situación de dependencia en este hogar? Años cumplidos ✓ ¿La persona en situación de dependencia es causante de subsidio de discapacidad mental? Hasta los 18 años ✓ ¿La persona en situación de dependencia es causante de estipendio para personas con dependencia severa? (Programa de Atención a la Dependencia Severa de MINSAL) ✓ ¿La persona en situación de dependencia es causante de subsidio familiar (SUF DUPLO)? ✓ ¿La persona en situación de dependencia percibe algún tipo de pensión?
Estado del Hogar	En qué estado se encuentra el hogar en consulta.
Persona en Situación de Dependencia (PSD) que	Contiene detalle de identificación: RUT, Nombre, Teléfono, Fecha Nacimiento, Edad Actual, Sexo.

²²⁵ Se entiende que se trabaja con la definición de "familia", que corresponde a la definición de "hogar" de CASEN. Según esta encuesta, en una vivienda entrevistada pueden identificarse uno o más hogares, y dentro de éstos, uno o más núcleos. Un hogar está constituido por un grupo de personas que comen juntos o comparten los gastos de alimentación. Estas personas pueden ser parejas legales o, de hecho, sus hijos y las personas dependientes. Los núcleos pueden clasificarse como núcleo principal o secundario. El núcleo principal es aquél donde se encuentra el jefe de hogar, el resto de los núcleos del hogar se denominan secundarios. Del hogar, se excluye el servicio doméstico puertas adentro.

requiere acceso al SNAC	
Situación de las dificultades permanentes de la PSD, que se captura del instrumento de Evaluación de Hogares, con el propósito de establecer un diagnóstico que justifique el Plan de Cuidados que se implementará.	<p>Contiene detalle de situación: (Sí / No)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad física y/o de movilidad ✓ Mudez o dificultad en el habla ✓ Dificultad psiquiátrica ✓ Dificultad mental o intelectual ✓ Sordera o dificultad para oír aun usando audífonos ✓ Ceguera o dificultad para ver aun usando lentes ✓ Demencias ✓ Otra dificultad permanente ¿Cuál? ✓ (AIDV) ¿Puede salir solo (a) a la calle sin ayuda o compañía? ✓ (AIDV) ¿Puede hacer compras o ir al médico solo (a) sin ayuda o compañía? ✓ (ABVD) ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse y comer solo(a)? ✓ (ABDV) ¿Puede moverse/desplazarse dentro de la casa? ✓ (ABDV) ¿Puede controlar completamente esfínteres? ✓ Puede levantarse de la cama ✓ Puede hacer su cama y el aseo del dormitorio ✓ Puede realizar o colaborar en las tareas del hogar ✓ Puede auto administrar sus medicamentos
Caracterización de las necesidades de apoyo de la PSD, información que se captura del instrumento de Evaluación de Hogares, con el propósito de establecer un diagnóstico que justifique el Plan de Cuidados que se implementará.	<p>Contiene detalle de situación: (Sí / No)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elementos que dispone: Elementos para apoyo visual, Elementos de apoyo auditivo, Elementos de apoyo para la marcha, Elementos para el desplazamiento y posicionamiento silla de ruedas, Elementos antiescaras, Elementos para la vida diaria y accesibilidad, Utensilios ergonómicos, Elementos de posicionamiento, transferencia y rehabilitación, Elementos ortésicos, Elementos protésicos, Elementos para la fonación, Elementos para apoyo a la inclusión laboral y educativa, Ayudas técnicas de bajo costo. ✓ Servicios o atenciones (a la persona): Hospital, CESFAM / CECOF / Posta Rural, Centro de Salud Mental (COSAM, otro), Programa atención domiciliaria dependencia severa, Certificado discapacidad de la COMPIN, Registro Nacional de la Discapacidad a) Servicios o atenciones vigentes (a la persona), Programa Cuidados Domiciliarios (SENAMA), Programa Vínculos (para Adultos Mayores), ELEM (Establecimiento Larga Estadía para Adulto Mayor, Centro Diurno (SENAMA, Municipalidad, Fundaciones, ONG), Centro de Salud (CCR, RBC, Teletón, otros), Centro de Capacitación para inclusión laboral (Intermediación Laboral, Taller Laboral, Cooperativas, Curso de Capacitación, otros), Corporación Asistencia Judicial, Programa de Alivio al Dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer Avanzado Auge, Servicio de Registro Civil e Identificación, ✓ Otros servicios: Medicamentos, Tratamientos de salud especiales, Implementos terapéuticos/ortopédicos, Insumos de cuidado (apósitos, pañales, sabanillas, otros), Canasta de Alimentos, Pago de cuentas de servicios básicos (Agua, Luz, Gas, Calefacción), Transporte o servicios de traslado, Exención pago de aseo domiciliario, Pago de exámenes, Insumos médicos, Alimentación complementaria, Kit de Aseo, Kit de Estimulación, Equipamiento para la vivienda, Otras ayudas.

Trayectoria del hogar y sus integrantes y Servicios y Prestaciones entregadas

Variables	Descripción
RUT_INTEGRANTE	RUT Persona en Situación de Dependencia
TRAMO_RSH	Puntaje del tramo de la condición de vulnerabilidad
FECHA_CREACION_CARGA	Fecha cuando se realiza la carga del hogar al sistema
FECHA_EVALUACION	Fecha correspondiente a la aplicación del instrumento "Evaluación de Hogares"
FECHA_PLAN_CUIDADO	Fecha de aplicación del Plan de Cuidado. Incluye

	diversas fechas que marcan los hitos del programa, desde la propuesta del Plan de Cuidados, la validación de la propuesta de parte de los beneficiarios, las evaluaciones anuales (a los 12, 24 y 36 meses de ejecución)
NIVEL_DEPENDENCIA	Grado de Dependencia de la Persona
CUIDADOS DOMICILIARIOS	Ámbitos de los Servicios Especializados y/o Insumos, los que se abren en 41 tipos específicos de servicios, para lo cual existe información del seguimiento de cada uno de ellos (bienes o servicios entregados, fechas, ejecución y supervisiones realizadas, estado del servicio (activo, cancelado, terminado, etc.)
DISPOSITIVOS DE APOYO	
APOYOS SOCIALES Y/O COMUNITARIOS	
ORIENTACIONES E INFORMACIÓN	
GESTIÓN DE TRÁMITES	
TRANSFERENCIAS	
CUIDADOS RESIDENCIALES	

Estados en el Sistema

Estado	Descripción
Cargada	Son todos aquellos registros de hogares que están en nómina y que aún no son trabajados para ser asignados.
En Evaluación	Son aquellos registros de hogares que se encuentran en proceso de evaluación.
En Plan de Cuidados	Son todos aquellos registros de hogares que fueron evaluados y que están en proceso de construcción del Plan de Cuidados.
No Asignado	Son todos aquellos registros de hogares que fueron trabajados en nómina pero que aún no son asignados a un integrante de la Red. Es decir, es algún servicio contemplado en el Plan de Cuidados que requiere una derivación, la cual no se ha concretado.
En Seguimiento	Registros de Hogares que ya fueron evaluados y que tienen Plan de Cuidados finalizado, pero que aún está dentro del plazo de vigencia de la intervención (12 a 36 meses).
Término ²²⁶	Registros de Hogares que han dado término por las siguientes causales: no desea seguir en el sistema, no firma carta de compromiso, fallecimiento, cambio de comuna en donde no se encuentra el programa.
Suspensión	El hogar suspende su participación voluntariamente debido a un proceso permanente o de largo plazo
Desactualizado en RSH	Son todos aquellos registros de hogares que fueron trabajados en nómina, pero debido a desactualización que afecta el ingreso al sistema fueron derivados a RSH
Rechaza la Participación	Son hogares que por motivos rechazaron su participación, en evaluación o en plan de cuidados

Acceso de Usuarios al SNAC (Encargado e Integrantes de la Red)

Variables	Descripción
Username	Rut de usuario
Fecha de creación	Fecha que se creó el usuario y se le asigna perfil
Vigente	Usuario se encuentra activo o no para ingresar información en la plataforma.
Fecha de último acceso	Indica la fecha en que el usuario ingreso por última vez al sistema de registro informático.
Rut	Rut de usuario
DV	Dígito verificador del usuario
Nombre	Nombre del usuario
Apellido Paterno	Apellido Paterno usuario
Apellido Materno	Apellido Materno usuario
Perfil	Indica perfil asociado a cada funcionalidad (Encargado Nivel Central; Encargado Red; Integrante Red; Coordinador SAD; Administrador Comunal), y nombre de la región y comuna)

²²⁶ El "Término" no contempla la derivación a otro programa, pues el Plan de Cuidados considera todos los servicios que requiere el beneficiario (dentro de un plazo que va de 12 a 36 meses), incluidos aquellos que requieren derivación dentro de la red local (otras entidades y programas) para su realización.

2. Fuentes de información cualitativa y cuantitativa

Cuadro Nº 42. Fuentes de Información Cualitativa y Cuantitativa

Identificación del documento	Breve descripción del contenido
Banco Mundial & MIDESO (2017). Primera Fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados	La evaluación, se enfoca en el proceso de implementación local, de las diferentes etapas -desde la conformación de equipos hasta la entrega de prestaciones a los hogares- de ejecución del Subsistema Chile Cuida, consolida información recogida durante el proceso de implementación, así como impresiones por parte de los equipos responsables en los tres niveles de gobierno -local, regional y central; y de una muestra de hogares beneficiarios del Subsistema
BCN (2014). Política integrada del cuidado del Adulto Mayor Dependiente	El documento da cuenta de países que han desarrollado sistemas de protección, para ayudar a cubrir las necesidades de cuidado de adultos dependientes. En particular, se analizan tres países, Alemania, España y Japón.
Bermejo, J. C., Villacieros, M., & Hassoun, H. (2017). Diseño y validación de dos escalas de medida de sobrecarga y necesidad de apoyo profesional para cuidadores formales e informales. Gerokomos, 28(3), 116-120.	El objetivo del estudio fue el diseño y validación de dos escalas para medir la conciencia de sobrecarga y la necesidad de apoyo profesional para un cuidado integral (paciente-familiar-profesional) tanto para cuidadores formales como informales de pacientes con demencia. Consistió en un estudio descriptivo y correlacional de validación de escala. Tras una revisión bibliográfica se redactaron los ítems preliminares, que los expertos validaron como adecuados en cuanto a contenido. Se realizaron análisis factoriales exploratorios para determinar la estructura de los cuestionarios (extracción de mínimos cuadrados no ponderados, rotación oblimin) y de validez de criterio mediante correlación de Pearson con una variable externa. La consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. De los 372 cuestionarios contestados, fueron válidos un total de 320. Un 85% (272) fueron mujeres y un 15% (48), hombres. Ambas escalas (formal e informal) dieron lugar a dos factores denominados sobrecarga y necesidad de apoyo. La primera escala de 11 ítems con alfa de Cronbach 0,917 y la segunda escala de 9 ítems con un alfa de Cronbach de 0,802. Se concluye que las escalas de sobrecarga y necesidad de apoyo para cuidador formal e informal mostraron ser escalas fiables y válidas con buen ajuste del modelo obtenido a los datos
Breinbauer, H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra, C., & Millán, T. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (EZ) en sus versiones original y abreviada. Revista médica de Chile, 137(5), 657-665.	Este estudio contribuye a validar en Chile la Encuesta de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, en sus versiones original y abreviada para cuidados paliativos. Se recomiendan ambos instrumentos como útiles y válidos, principalmente en el contexto de atención primaria, para la detección de sobrecarga en cuidadores de pacientes dependientes y su eventual intervención. EZ abreviada representa un excelente método de pesquisa para detectar cuidadores que presenten sobrecarga intensa, condición asociada a un aumento de morbimortalidad. La EZ por su parte, en sus 22 preguntas originales, se mantiene como un instrumento de estudio y seguimiento más fino, que permite guiar y controlar programas de intervención probados en el extranjero, como grupos de apoyo, terapia ocupacional de enfoque comunitario, terapia cognitiva conductual y entrega de herramientas de manejo de pacientes dependientes. Se adjunta Escala
Centro Estudios de Vejez y Envejecimiento UC (2015). Estudio sistematización y descripción de los perfiles de las cuidadoras de personas dependientes, las demandas de apoyo que las cuidadoras presenten y los programas existentes para aliviar el trabajo de cuidado	Este informe se divide en cuatro secciones. La primera incluye los antecedentes generales sobre la problemática de cuidado en Chile, definiéndose algunos conceptos claves. La segunda, remite al análisis propiamente tal, donde se enfatiza en los perfiles de los cuidadores en Chile, las tareas que realizan, las consecuencias derivadas del cuidado, entre otros temas. En la tercera sección se incluye el análisis de la oferta existente hoy en día en el país para aliviar y sustituir las tareas de cuidado. Finalmente, se exponen algunas conclusiones y recomendaciones a partir del análisis desarrollado.

<p>Comunidad Mujer & BID (2014). Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral. Informe Final.</p>	<p>Es un estudio que analiza el vínculo que se establece entre el cuidado de las personas adultas dependientes y la participación en el mercado laboral de sus cuidadoras, y a la luz de estos datos, generar evidencia para el diseño de políticas públicas sistémicas e intersectoriales. Los temas abordados son: Modelos de cuidado, Cuidadoras, Conclusiones y recomendaciones.</p>
<p>Domandzič, M. V. M., & de Vicente Zueras, I. (2016). Trabajo Social y acompañamiento en procesos de inclusión social con personas sin hogar en la ciudad de Barcelona. En Respuestas transdisciplinarias en una sociedad global: Aportaciones desde el Trabajo Social (p. 28). Universidad de La Rioja.</p>	<p>El objetivo del documento es dar a conocer algunos resultados, de la investigación sobre los procesos de acompañamiento social realizado por trabajadoras y trabajadores sociales, a personas sin hogar de la ciudad de Barcelona. Los profesionales que han participado en dicha investigación proceden de siete entidades sociales vinculadas a la Red de Atención a personas sin hogar de esta ciudad. Este trabajo de investigación forma parte de la tesis doctoral denominada Procesos de inclusión social de las personas sin hogar en la ciudad de Barcelona: relatos de vida y acompañamiento social. Dicha investigación se enmarca en el Programa de Doctorado Educación y Sociedad y en la línea de investigación de Trabajo Social, Servicios Sociales y Política Social de la Facultad de Educación de la Universidad de Barcelona</p>
<p>Flores, K. G. El desafío de la intervención pública en los hogares con dependientes y su red apoyo: hitos en la implementación del programa Red Local de Apoyos y Cuidados en la comuna de Rancagua Revista Cuaderno de Trabajo Social, 11 (1): 70-90, 2018</p>	<p>El artículo expone y analiza los principales hallazgos obtenidos a partir de la implementación del Programa Piloto Red Local de Apoyos y Cuidados (2017) en la comuna de Rancagua, Región de O'Higgins, donde los resultados en el proceso de instalación permiten generar una reflexión, desde el Trabajo Social, en torno a los desafíos que enfrenta la intervención con personas mayores y dependientes en el contexto social actual. A propósito de lo anterior, se examinan experiencias nacionales e internacionales en las temáticas de apoyos y cuidados, para luego revelar la experiencia local en esta nueva propuesta de política pública. La investigación expone una caracterización de estos hogares, los resultados del Programa y evidencia cómo las familias beneficiarias perciben un cambio positivo en su calidad de vida.</p>
<p>González, E. D., Esteban, M. P. G., Alvaro, A. M. B., Alonso, J. P., Marcos, M. E. M., & Posadas, R. A. (2011). ¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión de la literatura. Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia, 8(33), 10.</p>	<p>Se plantea como objetivo encontrar evidencias que permitan identificar el instrumento de medida de la carga del cuidador familiar, más adecuado en AP. e incorporar a la Cartera de Servicios de A.P. del SACYL, intervenciones enfermeras basadas en la Evidencia. Se realiza una revisión sistemática de la literatura mediante protocolo estandarizado. El indicador para medir la Validez y Fiabilidad de los instrumentos encontrados, así como para las recomendaciones ha sido el índice de GRAQoL (IG). Se identifican 13 instrumentos para medir la carga del cuidador, 7 de ellos tienen un desarrollo óptimo (IG superior al 71%). Tres de ellos tendrían un resultado aceptable (IG entre 51-70 %) y otros 3 (IG <50%) nivel de desarrollo pobre. Se recomienda en A. P. la utilización del Zarit Reducido en Cuidados Paliativos a todos los cuidadores y en caso de aparecer sobrecarga, aplicarles el Zarit completo para determinar el grado de la misma.</p>
<p>Jackson, P.M. y Stainsby, L. (2000) The Public Manager in 2010: Managing Public Sector Networked Organizations, Public Money and Management, 20:1, 11-16</p>	<p>Los autores sostienen que estamos en la era de la sociedad en red. Situadas entre las estructuras de gobernanza de los mercados y las jerarquías, las redes han surgido como una forma organizativa que busca enfrentar muchos de los "problemas perversos" que enfrentan las organizaciones públicas y privadas. Si bien la arquitectura precisa de las redes sigue siendo vaga, se acude a ellas en términos de su contribución potencial para agregar valor y mejorar el desempeño. Este artículo explora el uso de redes en la prestación de servicios públicos y los problemas y temas que surgen en su gestión. Los directivos de servicios públicos deben estar conscientes de los costos y beneficios de las arquitecturas en red alternativas y de cómo se pueden administrar activamente.</p>
<p>Lara Montero, A.; van Duijn, S.; Zonneveld, N.; Minkman, M.; Nies, H.; Integrated (2916) Social Services in Europe, European Social Network, Brighton, 2016. ISBN: 978-0-9934556-2-9</p>	<p>El documento revisa experiencias de la red de servicios sociales en Europa, enfocado en estudiar cómo los servicios públicos del nivel local trabajan en conjunto para mejorar la vida de las personas.</p>

MIDESO (2017). Documento Marco. Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social	El documento presenta los antecedentes que justifican la necesidad de crear un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, así como también establecer los principios que lo sustentan. Se entregan las definiciones de sus objetivos, identificación y cuantificación de sus poblaciones, oferta programática del Subsistema y modelo de gestión territorial. Asimismo, se aborda el modelo de seguimiento a los beneficiarios y los instrumentos de gestión para ello, los que permitirán su monitoreo y evaluación. De esta manera, este documento constituye el marco de antecedentes que fundamentan el Informe de cumplimiento de requisitos establecidos en el artículo N° 4 de la Ley N° 20.379. La propuesta es trabajada por Ministerio de Desarrollo Social (MDS) y sus servicios relacionados, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS).
MIDESO (2017). Guía para La Aplicación del Instrumento De Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados. Mayores de 15 años Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados	El documento describe el Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, y sus contenidos relevantes son: preparación y entrenamiento del entrevistador/a, la entrevista y el entrevistador/a, condiciones y requerimientos para el entrevistador/a, la visita domiciliaria a hogares con personas en situación de dependencia, la autonomía en el proceso de entrevista, elementos transversales para la aplicación de la entrevista, fases de la aplicación de la entrevista, revisión de los instrumentos y recomendaciones preliminares. Adjunta el instrumento.
MIDESO (2019) Orientaciones Servicios especializados de apoyos y cuidados SSEE - SNAC	Contiene descripción y características de los SSEE, objetivos, tipología, modelo de gestión, estándar técnico, perfil profesional, operación de los recursos humanos, consideraciones y, productos, metas y actividades
MIDESO (2019) Orientaciones Técnicas. Componente Servicio de Atención Domiciliaria SAD - SNAC	Contiene la descripción del SAD y las etapas para la implementación (Preparación, Planificación, Ingreso a domicilio, provisión de servicio, aseguramiento de la calidad y formación continua)
MIDESO (2019) Orientaciones Técnicas. Sistema de registro, derivación, monitoreo y seguimiento - SNAC	Tiene por objetivo permitir a los usuarios de los distintos niveles que implementan el programa Red Local de Apoyos y Cuidados-SNAC, registrar y tener acceso a información relacionada con los hogares beneficiarios y, efectuar las derivaciones a los servicios y prestaciones existentes en el territorio. Está compuesto por módulos y funcionalidades asociadas. También da cuenta de la temporalidad de los procesos a desarrollar e el sistema y las etapas.
MIDESO (2019). Orientaciones Técnicas. Componente Gestión de Red Programa Red Local de Apoyos y Cuidados – SNAC	El documento caracteriza el Programa Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, particularmente en su componente Gestión de Red, define los objetivos y el estándar de calidad esperado. Describe las Etapas para la ejecución de la Línea (Conformación Red Local – Base y Ampliada, Nómina de Hogares, Evaluación, Plan de Cuidados – Devolución del proceso de evaluación, Derivación, Acompañamiento a la Trayectoria, Estados de los hogares), las Carpetas por Hogar y los Productos, Metas y actividades esperadas para la Línea de acción Gestión de la red
MIDESO. ¿Qué es la red local de apoyo y cuidado?	Cuadernillo informativo, contiene definiciones, beneficiarios, requisitos, documentos a presentar y lugares donde está disponible
Porras, A. A., Ramos, R. A., Guillem, B. L., Fernández, M. D. R., Mompó, M. D. C. S., Juan, A. S., & Amat, M. C. V. (2012). Trabajo Social Sanitario y gestión de casos. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, (51), 268-284.	En el año 2012 se implanta el Programa de Gestión de casos en el Departamento de Salud de Alcoi donde se recoge como pilar básico la coordinación entre los niveles asistenciales básicos y especializados, así como entre profesionales sanitarios y no sanitarios para la consecución de la atención integral del/la paciente. Para garantizar la participación efectiva del/la trabajador/a social sanitario/a dentro de este Programa se decide crear unos instrumentos que permitan realizar un estudio social, el cual junto con el estudio clínico determine la inclusión o exclusión del/la paciente en dicho programa. El estudio social y la intervención social con el/la paciente deben realizarse de forma paralela e interrelacionada, ya que nos puede ayudar a detectar sus necesidades y a su vez la intervención puede generar modificaciones en el análisis y la valoración del caso. Estimamos que nuestra actuación profesional va más allá de la inclusión del/la paciente en el programa de gestión de casos, siendo igualmente válidos los instrumentos creados para la intervención social con los/as pacientes excluidos/as.

<p>Rodríguez, Á. P. A., Córdoba, A. M. C., & Poches, D. K. P. (2016). Escala de sobrecarga del cuidador zarit: estructura factorial en cuidadores informales de Bucaramanga. Revista de Psicología:(Universidad de Antioquía), 8(2), 87-99.</p>	<p>Este estudio de tipo instrumental examinó la estructura factorial y confiabilidad de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit. La muestra estuvo conformada por 100 cuidadores (Edad promedio = 45,72 años, DE = 16,68), a quienes se les aplicó una entrevista estructurada y la Escala Zarit. El análisis factorial exploratorio evidenció cuatro factores que explican el 68,35% de la varianza total, obteniendo un alto nivel de fiabilidad para la Escala Total ($\alpha = 0,88$), demostrando que la Escala Zarit es un instrumento multidimensional, útil para medir sobrecarga en cuidadores primarios informales de adultos mayores dependientes de la región.</p>
<p>Sarabia, A. (2011). La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional.</p>	<p>El artículo se propone explicar el modelo de gestión de casos centrándose en una población concreta, la de las personas en situación de dependencia funcional. Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en el cliente como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de los clientes. Lo anterior está basado en que una de las quejas habituales que plantean las personas con necesidades complejas es la fragmentación de las intervenciones de los servicios sociosanitarios. Éstos a menudo no tienen en cuenta que la persona es sólo una, que sus circunstancias son cambiantes y que la tipología e intensidad de las intervenciones han de adaptarse a ellas. Para afrontar esta fragmentación, en la década de 1970 surgió en Estados Unidos la gestión de casos (case management).</p>
<p>SENCE (2017). Plan formativo para Asistentes de cuidados a personas en situación de dependencia</p>	<p>Consta de 8 módulos: Descripción del trabajo, legislación laboral y derechos previsionales, género, trabajo y autonomía económica; Discapacidad – dependencia - enfoque de derechos, atención y ética del cuidado; Atención centrada en la persona y comunicación; Autocuidado: conceptos y técnicas de autocuidado; Acompañamiento en la realización de rutinas diarias; Cuidados primarios a personas en situación de dependencia y Trato respetuoso de las personas con discapacidad mental y demencias. Se adjunta resolución exenta N° 2595</p>
<p>Sistema de Apoyos y Cuidados (2017). Instructivos. Apoyo para facilitar la interacción con el entorno familiar, barrial, social, uso de servicios de salud y acompañamiento a las gestiones. Servicio de atención domiciliaria.</p>	<p>Instructivos para el apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, para la vinculación social y barrial, para la vinculación familiar, en el uso de los servicios de salud, para trámites, gestiones sociales y trámite para pensión, jubilaciones y subsidios, a la inclusión educativa y acompañamiento en el juego, y a capacitación y/o inclusión laboral</p>
<p>Symington, A. (2004). Interseccionalidad: una herramienta para la justicia de género y la justicia económica. Derechos de las mujeres y cambio económico, 9(8), 1-8.</p>	<p>El documento explica el concepto de interseccionalidad, incluyendo su papel fundamental en el trabajo en derechos humanos y desarrollo. Plantea formas diversas en las que puede ser utilizada por las personas que trabajan en defensa de la igualdad. La interseccionalidad es una herramienta para el análisis, el trabajo de abogacía y la elaboración de políticas, que aborda múltiples discriminaciones y nos ayuda a entender la manera en que conjuntos diferentes de identidades influyen sobre el acceso que se pueda tener a derechos y oportunidades.</p>
<p>Villalobos, A. (2008). Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia. Santiago (http://web.minsal.cl/portal/url/item/pdf).</p>	<p>Es una guía clínica que da cuenta de la gestión de caso como un enfoque de proximidad, no solo porque se aproxima al espacio personal del cliente y trabajo conjuntamente con él, sino también porque trabaja (visualiza, coordina, informa, media.) con el sistema local asistencial de protección (social, sanitario, judicial, asegurador.). El documento está organizado en los siguientes apartados: Conceptos de la Gestión de Casos, Orígenes de la Gestión de Casos, Funciones fundamentales en la gestión de casos, Perfil profesional del gestor de , La Funcionalidad como Indicador de , Algoritmos de manejo de las patologías más frecuentes en Adultos Mayores en riesgo de dependencia (Adulto Mayor Frágil, Manejo de Caídas, Depresión, Trastorno Cognitivo y Demencia, Ansiedad, Trastorno del Sueño, Artrosis leve y moderada de Rodilla y Cadera, Enfermedad de Parkinson)</p>

Zagreb (2016). Costos y estándares de calidad de servicios sociales relacionados con apoyos y cuidados a personas dependientes. Informe Final	Se desarrollaron tres modelos de costos, que fueron elaborados con una metodología similar a la que se emplea en la fijación de precios por parte del Estado. Los datos para alimentar estos modelos fueron obtenidos de las encuestas semi estructuradas. Los modelos permiten precisamente relacionar los costos con la calidad de los servicios prestados. Para tal efecto, se consideran como principales parámetros de calidad, la dedicación de los distintos profesionales por cada beneficiario, los gastos en insumos por cada beneficiario y la infraestructura (edificio y terreno), en términos de superficie por cada beneficiario. En consecuencia, a mayor disponibilidad de recursos por usuario (dedicación de profesionales, insumos o infraestructura), el modelo considerará una mayor calidad y por ende el costo por beneficiario será mayor.
---	---

3. Necesidad de estudio complementario

A efectos de esta evaluación, se estima que no es necesario realizar un estudio complementario para obtener información que no haya sido identificada en los puntos A y B, básica para la evaluación y que pueda ser obtenida oportunamente en un período de tiempo no mayor a 2 meses.

ANEXO 2(A): MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA²²⁷

1. Matriz de Marco Lógico Vigente

Cuadro N° 43. Matriz de Marco Lógico Vigente

NOMBRE DEL PROGRAMA: Red Local de Apoyos y Cuidados AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2016 MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Desarrollo Social y Familia SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Servicios Sociales				
ENUNCIADO DEL OBJETIVO	INDICADORES		MEDIOS DE VERIFICACIÓN (Periodicidad de medición)	SUPUESTOS
	Enunciado (Dimensión/Ámbito de Control)	Fórmula de Cálculo		
FIN: Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país que participa del SIPS				
PROPÓSITO: La díada PSDF-Cuidador/a principal disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial en tanto que la PSFD mejora/mantiene su nivel de funcionalidad o retarda su declive, y cuidador/a reduce la sobrecarga.	Eficacia: Porcentaje de PSDF que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad	PSDF que mantienen o mejoran su evaluación funcional al final del periodo t/ N° PSDF en el programa a comienzos del periodo t	ANUAL	
	Eficacia: Porcentaje Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga	Cuidadores Principales con sobrecarga en t/ Cuidadores Principales con sobrecarga en t-1		
	Eficacia: Porcentaje de beneficiarios que reportan una mejora en su bienestar/ calidad de vida	Beneficiarios del PRLAC que reportan mejora en su bienestar en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t		
	Calidad: Porcentaje de beneficiarios que evalúan positivamente el Programa	Beneficiarios del PRLAC que evalúan positivamente el programa en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t		
COMPONENTE 1 Plan de cuidados desarrollado con la red local	1. Eficacia: PSDF con Plan de Cuidados formulado en el plazo establecido y aceptado por el hogar 2. Cobertura: Porcentaje de PSDF que aceptaron ingresar al programa que tienen su plan de cuidados 3. Autonomía: Porcentaje de beneficiarios que reportan haber participado en el proceso de elaboración de sus planes de cuidado 4. Calidad: Porcentaje de cumplimiento promedio en la entrega de servicios definidos	1. N° PSDF que tienen Plan de Cuidados formulado durante el mes siguiente a la aplicación de la evaluación y aceptado por el hogar, a fin del periodo t/ N° total PSDF incorporados al programa que tienen su evaluación realizada, en el periodo t 2. N° PSDF que aceptan ingresar al programa y tienen Plan de Cuidados formulado, a fin del periodo t/ N° total PSDF incorporados al programa, en el periodo t 3. N° PSDF que reportan haber participado en la elaboración de su Plan de Cuidados en periodo t/ N° total beneficiarios con Plan de Cuidados en periodo t 4. N° Plan de Cuidados que han entregado más del 80% de	ANUAL	

²²⁷ Ver Metodología para Construcción de Matriz de Marco Lógico en www.dipres.cl, Control de Gestión, Evaluación de Programas Gubernamentales.

	<p>en el Plan de Cuidados.</p> <p>5. Calidad: Porcentaje derivaciones efectivas establecidos en el plan de cuidados</p> <p>6. Calidad: Porcentaje de Plan de Cuidados reformulados dentro de los primeros 12 meses</p> <p>7. Economía: Variación del costo per cápita del componente</p>	<p>los servicios comprometidos para el año t/ N° Total Plan de Cuidados aceptado por el hogar, en periodo t</p> <p>5. (N° servicios por derivaciones realizados en el año t/ N° total de servicios acordados en Plan de Cuidados en el año t)*100</p> <p>6. N° Plan de Cuidados reformulados dentro de los primeros 12 meses de implementación, en periodo t/ N° total Plan de Cuidados aceptado por el hogar, en periodo t</p> <p>7. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1</p>		
<p>COMPONENTE 2</p> <p>Servicio de atención domiciliaria (SAD)</p>	<p>1. Cobertura: Porcentaje de Cuidadores Principales que acceden a servicios de Asistencia a Cuidadores</p> <p>2. Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga</p> <p>3. Cobertura: Promedio de visitas domiciliarias semanales por hogar beneficiario del programa</p> <p>4. Calidad: N° promedio de hogares a cargo de un Asistente de Cuidado</p> <p>5. Calidad: Porcentaje de Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con los servicios brindados</p> <p>6. Calidad: Porcentaje de Asistentes de Cuidados con formación a través del programa</p> <p>7. Economía: Variación del costo per cápita del componente</p> <p>8. Economía: Razón de costo efectivo de los servicios respecto de su costo referencial</p>	<p>1. N° Cuidadores Principales que acceden a servicio Asistencia a Cuidadores / N° total de Cuidadores Principales relativos al total de PSDF beneficiarias del programa x 100</p> <p>2. N° Cuidadores Principales con sobrecarga (definir nivel) usando escala Zarit en t/ N° de Cuidadores Principales con sobrecarga (definir nivel) usando escala Zarit en t-1</p> <p>3. N° Cuidadores Principales que disminuyen su puntaje en la escala de sobrecarga Zarit entre periodo t y t-1 / N° total de Cuidadores Principales en el programa en periodo t1.</p> <p>4. N° total de visitas domiciliarias semanales, en periodo t / N° total de hogares beneficiarios en periodo t</p> <p>5. N° total de Asistente de Cuidado, en periodo t / N° total de hogares beneficiarios, en periodo t</p> <p>6. N° Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con el servicio de Asistente de Cuidado, en periodo t/ N° total de Cuidadores Principales que reciben servicios de Asistente de Cuidado, periodo t</p> <p>7. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1</p> <p>8. Costo per cápita efectivo de los servicios realizados en periodo t/ Costo per cápita referencial de los servicios realizados en periodo t</p>	<p>ANUAL</p>	
<p>COMPONENTE 3</p> <p>Servicios especializados</p>	<p>1. Cobertura: Porcentaje de beneficiarios que acceden a más de un servicio especializado</p> <p>2. Cobertura: Variación del número de bienes y servicios per cápita entregados</p> <p>3. Calidad: Porcentaje de Servicios especializados provistos por Actores de la red local, sin costo directo del Programa</p> <p>4. Economía: Variación del costo per cápita del componente</p> <p>5. Economía: Razón de costo efectivo de los</p>	<p>1. N° PSDF que acceden a más de un servicio especializado en periodo t/ N° total PSDF en periodo t</p> <p>2. Número de bienes y servicios por PSDF beneficiario en t/ Número de bienes y servicios por beneficiario PSDF en t-1</p> <p>3. N° de Servicios especializados provistos por Actores de la red local, que no devengó gasto directo del Programa, en periodo t / N° total de Servicios especializados entregados a PSDF beneficiarios, en periodo t</p> <p>4. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1</p>	<p>ANUAL</p>	

	bienes y servicios respecto de su costo referencial	5. Costo promedio de los servicios especializados por beneficiarios en el año t/ Costo referencial por beneficiarios para la intervención de los Servicios Especializados en el año t		
--	---	---	--	--

Fuente: PRLAC.

ANEXO 2(B): MEDICIÓN DE INDICADORES MATRIZ DE EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, PERÍODO 2015-2018

Cuadro Nº 44. Matriz de Evaluación del Programa

NOMBRE DEL PROGRAMA: Red Local de Apoyos y Cuidados						
AÑO DE INICIO DEL PROGRAMA: 2016						
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Desarrollo Social y Familia						
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Servicios Sociales						
Evolución de Indicadores						
Enunciado del objetivo	Indicadores					
	Enunciado (Dimensión / Ámbito de Control)	Fórmula de cálculo	Cuantificación /a)			
			2016	2017	2018	2019
Fin: Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país participa del SIPS						
Propósito* La díada PSDF-Cuidador/a principal disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial en tanto que la PSFD mejora/mantiene su nivel de funcionalidad o retarda su declive, y cuidador/a reduce la sobrecarga.	Eficacia: Porcentaje de PSDF que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad	PSDF que mantienen o mejoran su evaluación funcional al final del periodo t/ N° PSDF en el programa a comienzos del periodo t		397/437 =90,8%	299/352 =84,9%	156/187 =83,4%
	Eficacia: Porcentaje Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga	Cuidadores Principales con sobrecarga en t/ Cuidadores Principales con sobrecarga en t-1		121/393 =30,7%	115/322 =35,7%	41/146 =28,0%
	Eficacia: Porcentaje de beneficiarios que reportan una mejora en su bienestar/ calidad de vida	Beneficiarios del PRLAC que reportan mejora en su bienestar en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t				
	Calidad: Porcentaje de beneficiarios que evalúan positivamente el Programa	Beneficiarios del PRLAC que evalúan positivamente el programa en periodo t/ Total beneficiarios PRLAC en periodo t				

Fuente: PRLAC.

/a) Debido a que el sistema informático SNAC no contiene la información requerida para el cálculo de los indicadores de la matriz de evaluación, la Unidad SNAC del nivel central señaló que los datos reportados fueron facilitados por los equipos locales de 19 comunas (de 22 en total) que se encuentran implementando el PRLAC, los que en un plazo acotado de 4 días (2ª quincena de marzo 2020, dentro de la emergencia nacional) recopilaron y consolidaron desde fuentes físicas (carpetas de casos) en una planilla auxiliar, debiendo señalarse que:

- 1) La información reportada corresponde al 66,4% del universo total de beneficiarios del programa.
- 2) El universo para los indicadores 1 y 2 de propósito, contempla sólo aquellos beneficiarios que fueron reevaluados al mes 12 de intervención y reportados en planilla auxiliar.
- 3) Para los indicadores 1 y 2 existen diferencias en los datos correspondientes al nominador y denominador (universo), dado que no todas las PSDF tienen cuidador/a principal y además hay falta de datos de cuidadores/as.
- 4) Para el indicador 2, en el análisis de los datos, se observa que en promedio el 40% de los cuidadores principales, durante la ejecución del programa, mantiene su puntaje del nivel de sobrecarga.

Componente 1 Plan de cuidados desarrollado con la red local	1. Eficacia: PSDF con Plan de Cuidados formulado en el plazo establecido y aceptado por el hogar	1. N° PSDF que tienen Plan de Cuidados formulado durante el mes siguiente a la aplicación de la evaluación y aceptado por el hogar, a fin del periodo t/ N° total PSDF incorporados al programa que tienen su evaluación realizada, en el periodo t				
	2. Cobertura: Porcentaje de PSDF que aceptaron ingresar al programa que tienen su plan de cuidados	2. N° PSDF que aceptan ingresar al programa y tienen Plan de Cuidados formulado, a fin del periodo t/ N° total PSDF incorporados al programa, en el periodo t		659/872 =76%	332/573 =62%	241/410 =59%
	3. Autonomía: Porcentaje de beneficiarios que reportan haber participado en el proceso de elaboración de sus planes de cuidado	3. N° PSDF que reportan haber participado en la elaboración de su Plan de Cuidados en periodo t/ N° total beneficiarios con Plan de Cuidados en periodo t				
	4. Calidad: Porcentaje de cumplimiento promedio en la entrega de servicios definidos en el Plan de Cuidados.	4. N° Plan de Cuidados que han entregado más del 80% de los servicios comprometidos para el año t/ N° Total Plan de Cuidados aceptado por el hogar, en periodo t				
	5. Calidad: Porcentaje derivaciones efectivas establecidos en el plan de cuidados	5. (N° servicios por derivaciones realizados en el año t/ N° total de servicios acordados en Plan de Cuidados en el año t)*100		2923/4561 =64%	1690/3036 =55%	1086/1919 =57%
	6. Calidad: Porcentaje de Plan de Cuidados reformulados dentro de los primeros 12 meses	6. N° Plan de Cuidados reformulados dentro de los primeros 12 meses de implementación, en periodo t/ N° total Plan de Cuidados aceptado por el hogar, en periodo t				
	7. Economía: Variación del costo per cápita del componente	7. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1				
Componente 2 Servicio de atención domiciliaria (SAD)	1. Cobertura: Porcentaje de Cuidadores Principales que acceden a servicios de Asistencia a Cuidadores	1. N° Cuidadores Principales que acceden a servicio Asistencia a Cuidadores / N° total de Cuidadores Principales relativos al total de PSDF beneficiarias del programa x 100				
	2. Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga	2. N° Cuidadores Principales con sobrecarga (definir nivel) usando escala Zarit en t/ N° de Cuidadores Principales con sobrecarga (definir nivel) usando escala Zarit en t-1				
	3. Cobertura: Promedio de visitas domiciliarias semanales por hogar beneficiario del programa	3. N° Cuidadores Principales que disminuyen su puntaje en la escala de sobrecarga Zarit entre periodo t y t-1 / N° total de Cuidadores Principales en el programa en periodo t1.				
	4. Calidad: N° promedio de hogares a cargo de un Asistente de Cuidado	4. N° total de visitas domiciliarias semanales, en periodo t / N° total de hogares beneficiarios en periodo t	43/186 =4,3	569/121 =4,7		
	5. Calidad: Porcentaje de Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con los servicios brindados	5. N° total de Asistente de Cuidado, en periodo t / N° total de hogares beneficiarios, en periodo t				
	6. Calidad: Porcentaje de Asistentes de Cuidados con formación a través del programa	6. N° Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con el servicio de Asistente de Cuidado, en periodo t/ N° total de Cuidadores Principales que reciben servicios de Asistente de Cuidado, periodo t				
	7. Economía: Variación del costo per cápita del componente	7. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1				
	8. Economía: Razón de costo efectivo de los servicios respecto de su costo referencial	8. Costo per cápita efectivo de los servicios realizados en periodo t/ Costo per cápita referencial de los servicios realizados en periodo t				
Componente 3	1. Cobertura: Porcentaje de	1. N° PSDF que acceden a más de un servicio especializado		513/610	303/352	209/233

Servicios especializados	beneficiarios que acceden a más de un servicio especializados	en periodo t/ N° total PSDF en periodo t		=84%	=86%	=90%
	2. Cobertura: Variación del número de bienes y servicios per cápita entregados	2. Número de bienes y servicios por PSDF beneficiario en t/ Número de bienes y servicios por beneficiario PSDF en t-1				
	3. Calidad: Porcentaje de Servicios especializados provistos por Actores de la red local, sin costo directo del Programa	3. N° de Servicios especializados provistos por Actores de la red local, que no devengó gasto directo del Programa, en periodo t / N° total de Servicios especializados entregados a PSDF beneficiarios, en periodo t				
	4. Economía: Variación del costo per cápita del componente	4. Costo per cápita del componente en periodo t/ Costo per cápita del componente en periodo t-1				
	5. Economía: Razón de costo efectivo de los bienes y servicios respecto de su costo referencial	5. Costo promedio de los servicios especializados por beneficiarios en el año t/ Costo referencial por beneficiarios para la intervención de los Servicios Especializados en el año t				

Fuente: Registros RLAC y Panel evaluador.

ANEXO 2(C): ANÁLISIS DEL DISEÑO DEL PROGRAMA

2. Relaciones de causalidad de los objetivos del programa (Lógica Vertical)

En términos de diseño, se evalúa cómo operan las relaciones de causa-efecto entre los distintos niveles de objetivos:

Tanto el fin del programa es “Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país que participe del SIPS” y el propósito se enuncia como “La díada PSDF-Cuidador/a principal disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial en tanto que la PSFD mejora/mantiene su nivel de funcionalidad o retarda su declive, y cuidador/a reduce la sobrecarga” dan respuesta al problema/necesidad que aborda el programa. De esta forma el panel evalúa que el fin se relaciona consistentemente con el resultado esperado como efecto de la ejecución del programa, así como el propósito con el resultado intermedio de esta ejecución.

- Los componentes diseñados para el programa son tres: Plan de Cuidados desarrollado con la red local, Servicio de Atención Domiciliaria y Servicios Especializados. A juicio del panel estos tres componentes son necesarios y suficientes para el logro del propósito.
- En cuanto a las actividades, el Plan de Cuidados contempla las siguientes actividades: Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución, Implementación de Primera visita a hogares y Evaluación de Hogares, Elaboración de versión preliminar del Plan de Cuidados, Entrega al hogar de versión preliminar del Plan de Cuidados, Elaboración de la versión final Plan de Cuidados y Ejecución del Plan de Cuidados. Si bien todas las actividades son necesarias para el cumplimiento del componente, el panel considera que también es necesario un énfasis mayor en la búsqueda e instalación de capacidades en el ámbito comunitario de manera de aumentar el efecto respecto al alcance del programa (cobertura) como a la calidad de los servicios ofrecidos.
- Por su parte, el Servicio de Atención Domiciliaria considera las siguientes actividades: Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución (PRLAC nivel central), Preparación del Servicio (PRLAC nivel local), Planificación del Servicio (PRLAC nivel local), Ingreso a Domicilio (PRLAC nivel local), Provisión del Servicio (Asistente de Cuidados) y Aseguramiento de calidad (PRLAC nivel local). Todas estas actividades son necesarias para el logro del servicio, y siendo consistente con la observación anterior, el panel considera que en este componente también potenciaría su efecto con apoyo comunitario en tanto esos recursos tienen la posibilidad de asegurar la continuidad de los cuidados.
- Finalmente, el Componente de Servicios Especializados tiene las siguientes actividades: Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución (PRLAC nivel central), Planificación del servicio (PRLAC nivel local), Ingreso al hogar y Evaluación y diagnóstico situacional (PRLAC nivel local), Devolución (PRLAC nivel local), Despliegue de servicios en los domicilios (PRLAC nivel local) y Reevaluación (PRLAC nivel local). Cada una de ellas es necesaria para la producción del servicio y en su conjunto son suficientes para el cumplir el objetivo.
- No se identifican componentes o actividades prescindibles o posibles de sustituir por otros más eficaces.
- Respecto a los supuestos, al momento de elaborar el presente informe el programa no ha definido este aspecto en la matriz.
- En conclusión, el diseño del programa es el apropiado para abordar el problema/necesidad central y atendiendo a todas las argumentaciones anteriores el panel valida la lógica vertical del programa teniendo en cuenta que la habilitación de recursos comunitarios mejoraría el diseño.

3. Sistema de indicadores del programa (Lógica Horizontal)

A nivel de propósito, los indicadores propuestos son los siguientes:

1. Eficacia: Porcentaje de PSDF que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad (Cuantificado)
2. Eficacia: Porcentaje Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga (Cuantificado)
3. Eficacia: Porcentaje de beneficiarios que reportan una mejora en su bienestar/ calidad de vida
4. Calidad: Porcentaje de beneficiarios que evalúan positivamente el Programa

Las dimensiones consideradas (Eficacia y Calidad) son adecuadas para la medición del propósito, y refieren a los tres ámbitos requeridos (procesos, producto y resultados). Tanto las fórmulas de cálculo como la oportunidad de medición son pertinentes. Los datos entregados tienen como fuente una planilla auxiliar lo que a juicio del panel corresponde a un medio de verificación adecuado.

Para el componente 1 se proponen los siguientes indicadores:

1. Eficacia: PSDF con Plan de Cuidados formulado en el plazo establecido y aceptado por el hogar
2. Cobertura: Porcentaje de PSDF que aceptaron ingresar al programa que tienen su plan de cuidados (Cuantificado)
3. Autonomía: Porcentaje de beneficiarios que reportan haber participado en el proceso de elaboración de sus planes de cuidado
4. Calidad: Porcentaje de cumplimiento promedio en la entrega de servicios definidos en el Plan de Cuidados.
5. Calidad: Porcentaje derivaciones efectivas establecidos en el plan de cuidados (Cuantificado)
6. Calidad: Porcentaje de Plan de Cuidados reformulados dentro de los primeros 12 meses
7. Economía: Variación del costo per cápita del componente

Las dimensiones consideradas (Economía, Eficacia y Calidad) son adecuadas para la medición del componente 1 y refieren a los ámbitos requeridos (procesos y producto). Tanto las fórmulas de cálculo como la oportunidad de medición son pertinentes. Si se considera como medio de verificación el sistema de registro del programa, este resulta adecuado.

Para el componente 2 se proponen los siguientes indicadores:

1. Cobertura: Porcentaje de Cuidadores Principales que acceden a servicios de Asistencia a Cuidadores
2. Eficacia: Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga
3. Cobertura: Promedio de visitas domiciliarias semanales por hogar beneficiario del programa
4. Calidad: N.º promedio de hogares a cargo de un Asistente de Cuidado (Cuantificado)
5. Calidad: Porcentaje de Cuidadores Principales que declaran estar satisfechos con los servicios brindados
6. Calidad: Porcentaje de Asistentes de Cuidados con formación a través del programa
7. Economía: Variación del costo per cápita del componente
8. Economía: Razón de costo efectivo de los servicios respecto de su costo referencial

Las dimensiones consideradas (Economía, Eficacia y Calidad) son adecuadas para la

medición del componente 2 y refieren a los ámbitos requeridos (resultados, procesos y producto). Tanto las fórmulas de cálculo como la oportunidad de medición son pertinentes. Si se considera como medio de verificación el sistema de registro del programa, este resulta adecuado.

Para el componente 3 se proponen los siguientes indicadores:

1. Cobertura: Porcentaje de beneficiarios que acceden a más de un servicio especializado (Cuantificado)
2. Cobertura: Variación del número de bienes y servicios per cápita entregados
3. Calidad: Porcentaje de Servicios especializados provistos por Actores de la red local, sin costo directo del Programa
4. Economía: Variación del costo per cápita del componente
5. Economía: Razón de costo efectivo de los bienes y servicios respecto de su costo referencial

Las dimensiones consideradas (Economía, Eficacia y Calidad) son adecuadas para la medición del componente 3 y refieren a los ámbitos requeridos (resultados, procesos y producto). Tanto las fórmulas de cálculo como la oportunidad de medición son pertinentes. Si se considera como medio de verificación el sistema de registro del programa, este resulta adecuado.

En general, los indicadores propuestos son pertinentes y de calidad, es decir, permitirían evaluar el desempeño del Programa. Sin embargo, buena parte de éstos no pudieron ser cuantificados para esta evaluación (a nivel de propósito solo la mitad está cuantificada, y a nivel de componentes solo 1/5). Adicionalmente, el Programa no define metas para estos indicadores

ANEXO 3: PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL PROGRAMA

En este anexo se describen y analizan aquellos aspectos relacionados con la organización y gestión del programa, con énfasis en los procesos de producción de cada uno de los componentes, referidos a: a) Proceso de producción de cada uno de los bienes y/o servicios (componentes) que entrega el programa; b) Estructura organizacional y mecanismos de coordinación al interior de la institución responsable y con otras instituciones; c) Criterios de asignación de recursos, mecanismos de transferencia de recursos y modalidad de pago; y, d) funciones y actividades de seguimiento y evaluación que realiza la unidad responsable.

Debe tenerse en cuenta que, en relación a los aspectos señalados, la información que se presenta describirá la situación actual, y no una revisión desde el 2016 a la fecha. Esto quiere decir que lo que se describe representa los procesos de producción y organización y gestión del programa vigente a diciembre 2019.

A. Proceso de Producción de cada uno de los Bienes y/o Servicios (Componentes) que entrega el Programa

El panel evaluador ha recopilado la siguiente normativa que sustenta el programa y su funcionamiento, y que también establece las condiciones previas para que el PRLAC transite en la constitución del tercer subsistema del Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS).²²⁸ El siguiente marco normativo establece el contexto ético y las obligaciones que de ello emanan (basado en las convenciones internacionales que Chile ha suscrito en materia de discapacidad y adultos mayores) y el marco institucional en el cual se inserta el PRLAC (principalmente lo referido al SIPS y al Ministerio de Desarrollo Social y Familia), y, además regula el despliegue operativo de los procesos productivos de sus distintos componentes (tanto en las definiciones operativas como de rendición de cuentas):

- Ley N°19.949 (2004), Establece Sistema de Protección Social para Familias en Situación de Extrema Pobreza Chile Solidario y crea un Registro de Información Social.
- Decreto N°160 (2008), Aprueba el Reglamento del Registro de Información Social, actual Registro Social de Hogares, del Ministerio de Planificación
- Ley N°20.379 (2009), Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo".
- Ley N°20.530 (2011), Crea el Ministerio de Desarrollo Social y Modifica Cuerpos Legales que Indica.
- Decreto N°15 (2013), Aprueba Reglamento del Artículo 4° de la Ley N° 20.530, que Crea el Ministerio de Desarrollo Social.
- Decreto N°201 (2008), Promulga la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo.
- Ley N°20.422 (2010), Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con

²²⁸ Distintos antecedentes posicionan al Programa como una iniciativa previa, que viabilizaría las condiciones para la formulación del proyecto de ley que crearía el tercer pilar del SIPS. Las actas del Comité Interministerial de Desarrollo Social así lo señalan: junio 2015 (Lineamientos generales del Sistema Nacional de Cuidados), julio 2016 (Propuesta de implementación gradual 2017 del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados), diciembre 2016 (Avances del proceso de institucionalización del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados), y agosto 2017 (Avances en la implementación del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados). A lo anterior, se agregan acciones de comunicación y difusión, entre otras, la presentación de Heidi Berner, Subsecretaría de Evaluación Social, Ministerio de Desarrollo Social, 12 de agosto de 2015, en el seminario: "Los desafíos de la institucionalidad social en el desarrollo de una protección social universal bajo el enfoque de derechos". Mesa 5: Institucionalidad de las políticas de cuidados. El Proceso de Construcción del Subsistema de Apoyos y Cuidados en Chile", y la publicación del documento "Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Documento Marco, Ministerio de Desarrollo Social, Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social, marzo 2017".

- Discapacidad.
- Decreto N°47 (2013), Reglamento para la Calificación y Certificación de la Discapacidad.
- Decreto N°28 (2016), Reglamenta Asignación Programa Pago de Cuidadores de Personas con Discapacidad.
- Decreto N°162 (2017), Promulga la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.
- Resolución N°30 (2015), de Contraloría General de la República, que fija normas de procedimientos sobre rendición de cuentas.
- Resolución Exenta N°2595 (2017) del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo, que aprueba plan formativo denominado “Asistente de Cuidados a Personas en Situación de Dependencia”.
- Resolución Exenta N°0377 (2018), del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que establece la modalidad para la transferencia de recursos y ejecución del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la asignación Sistema Nacional de Cuidado.

Este marco normativo se complementa con los siguientes enfoques conceptuales y modelos de intervención:

- Enfoques conceptuales: Enfoque de Derecho, Enfoque de Género – Corresponsabilidad, Enfoque Comunitario, Enfoque Territorial, Enfoque Sociosanitario
- Modelos de intervención: Modelo de Atención Centrado en las Personas, Modelo de Atención Sociosanitaria, Modelo Gestión de Red, Modelo Sistémico Familiar, Modelo Socioecológico.

Los tres componentes identificados apuntan a la población objetivo del Programa, personas en situación de dependencia funcional (Componente 1 y 3), y cuidador/a principal (Componente 1 y 2), donde los bienes y servicios producidos, y los responsables de su entrega se resumen, según la comprensión del Panel, en el siguiente cuadro:²²⁹

Cuadro N° 45. Modalidad de Ejecución de Componentes

Componente	Bien o Servicio producido	Modalidad de Ejecución
Componente 1: Plan de Cuidados	Plan de Cuidados para PSD (elaboración y acompañamiento)	• Encargado/a Comunal / Equipo Red Local Básica
Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria	Selección, contratación y nivelación de Asistente de Cuidados	• Coordinador SAD Red Local Básica / OMIL / SENCE
	Aseguramiento de calidad	• Coordinador SAD Red Local Básica
Componente 3: Servicios especializados	Servicios profesionales o técnicos	• Coordinador SSEE Red Local Básica / Entidades de Red Local
	Especies	• Coordinador SSEE Red Local Básica / Entidades de Red Local

Fuente: MML Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

1. Implementación de la Red Local

Como argumenta el Programa, la implementación de un sistema nacional de cuidado

²²⁹ El Panel evaluador advierte que la documentación que se identifica para la ejecución de los componentes del programa, según se desprende de la revisión y análisis de la misma, ha sido principalmente producto de la experiencia del Programa en la implementación piloto en las primeras 12 comunas. Esto implica que lo que se describe en esta sección corresponde más fielmente a lo ocurrido durante el año 2019, y de manera menos canónica a los años 2016-2018.

requiere contar con una red local que articule y gestione los servicios y prestaciones sociales dirigidas a personas en situación de dependencia, especialmente adultos mayores de 60 años o más y/o personas en situación de discapacidad dependientes, y sus cuidadores, a fin de satisfacer una necesidad de un segmento importante de la población en condición de vulnerabilidad.

El programa en su documentación oficial,²³⁰ no define explícitamente qué entiende por red, sino que establece las características del trabajo en red,²³¹ los objetivos de una red,²³² los resultados esperados,²³³ e inclusive sus ventajas.²³⁴ Sin embargo, a partir de la documentación del Banco Mundial generada para el programa, se identifican los siguientes conceptos:²³⁵

QUÉ SON LAS REDES

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.

GESTIÓN DE LA RED, implica las siguientes acciones:

- 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.

El programa propone un modelo de gestión basado en una red local articulada, teniendo como colaborador principal o socio estratégico a las Municipalidades, y en particular a sus 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.²³⁶

En línea con lo anterior, un tercer actor surge a efectos de la gestión en red, los equipos de trabajo que integran las instituciones de la red comunal y participan en temáticas vinculadas

²³⁰ Documento marco (MIDESO, 2017) y Orientaciones técnicas, en especial Componente 1.

²³¹ Son dos características, reciprocidad y redistribución. Y define "práctica en red" como el "accionar de una red de mediadores sociales (grupos, organizaciones, instituciones, etc.), con el propósito de generar contextos que posibiliten su desarrollo como sistema de conversación/acción para el intercambio y distribución de apoyo social" (documento marco, pág. 30).

²³² "Articular, coordinar y monitorear el funcionamiento de la oferta pública que servirá de soporte a las intervenciones sociales que se realicen; Intencionar que los actores de la Red con funciones y tareas 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 de funcionamiento de la Red" (documento marco, pág. 31).

²³³ La gestión de redes permite coordinar "en diferentes niveles territoriales a actores institucionales/organizacionales que provean apoyo y/o servicios a los hogares beneficiarios, quienes a su vez realizarán sus propias coordinaciones y articulaciones con redes" (documento marco, pág. 31).

²³⁴ Ventajas de la red: "...ayuda a organizar mejor los mecanismos de soporte y la gestión de la información, a partir de diferentes canales de servicios. Entre sus ventajas, se destacan: Enriquece el mapa de recursos y oportunidades en los diferentes niveles territoriales, haciendo más pertinente la intervención a cada contexto; Identifica circuitos específicos por temas o ámbitos; Identifica responsabilidades al desconcentrar recursos y descentralizar funciones; Trabaja con las redes territoriales que ya existen y están en funcionamiento (documento marco, pág. 32).

²³⁵ Banco Mundial, 2015, Recomendaciones para el Diseño del Modelo de Gestión del Subsistema de Apoyos y Cuidados – SNAC, documento P154266, pág. 6.

²³⁶ Resolución Exenta N° 0377, 22-05-2018, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

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 (organizaciones de la sociedad civil, tales como, organizaciones comunitarias, fundaciones etc.).

A efectos del programa, la red local o comunal se concibe como una plataforma de capacidades y coordinaciones que permite identificar a los beneficiarios del programa y sus necesidades específicas, realizar el ingreso de los beneficiarios mediante la invitación a participar, implementar la evaluación de la dependencia, otorgar acceso a una oferta pertinente y oportuna y efectuar el seguimiento a la trayectoria del usuario.

Como se puede advertir, la puesta en marcha y operación de una red local es fundamental para la producción y entrega de los 3 componentes, y para ello el Programa debe asegurar condiciones en dos niveles:

- Nivel central, provee:
 - ✓ Metodologías, instrumentos y un sistema informático para la operación de la RLAC
 - ✓ Financiamiento del Equipo comunal de la RLAC
 - ✓ Nómina centralizada de hogares

- Nivel local, realiza las siguientes acciones:
 - ✓ Conformar, coordinar y gestionar la Red Local de Apoyos y Cuidados Básica y Ampliada, mediante la constitución de un equipo de trabajo con las distinciones técnicas pertinentes y la elaboración de un plan de trabajo de la red que cubra los ámbitos administrativos, de coordinación y metodológico.
 - ✓ Revisar la nómina centralizada y construir la nómina local para la selección de hogares que potencialmente puedan ser beneficiarios del PRLAC.
 - ✓ Incorporar oficialmente los beneficiarios al programa, realizar el acompañamiento a su trayectoria y evaluar el conjunto de servicios entregados, mediante la aplicación de una metodología estandarizada.²³⁷

Desde el punto de vista de procesos, estas condiciones se desarrollan en la ejecución de las siguientes actividades:

- Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia invita a comunas a participar en el programa
- Municipio conforma la Red Local, Básica y Ampliada
- Elaboración de la Nómina de hogares
- Implementación de primera visita a hogares
- Acompañamiento a la trayectoria

Cuyo detalle es el siguiente:

a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución

El Programa RLAC a nivel central establece el diseño conceptual y operativo de la red local, y genera los instrumentos para su funcionamiento.²³⁸ Este ha sido un proceso paulatino, a partir de las definiciones generales validadas por el Comité Interministerial de Desarrollo

²³⁷ Denominada "Gestión de Casos".

²³⁸ Las orientaciones técnicas e instrumentos de trabajo en su versión actual están fechados en julio 2019. Toda la documentación técnica del programa es de aplicación obligatoria por las comunas, y no contempla adaptaciones particulares a la realidad local.

Social en el periodo 2015-2017, y que luego se van desarrollando y materializando durante la ejecución del piloto en 22 comunas (2016-2018), y que, en particular, ha significado la puesta a disposición de los equipos locales de una plataforma informática,²³⁹ de documentos técnicos (orientaciones técnicas e instrumentos de trabajo) y de la asistencia técnica necesaria para la transferencia de enfoques (derechos, género, inclusión, etc.), metodologías (gestión de casos) y conceptos claves para el programa (dependencia, autonomía, entre otros).

Una vez definidas las condiciones para la operación, el MDSF establece legalmente, mediante resolución exenta,²⁴⁰ la modalidad para transferir recursos y ejecutar el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados en municipios. Esta norma²⁴¹ define el cuerpo base para todos los convenios que suscribirá el Ministerio con los Municipios para la ejecución del PRLAC, que en lo sustantivo establece el objetivo del programa,²⁴² los beneficiarios,²⁴³ los criterios para la selección de municipalidades participantes, las líneas de acción a ejecutar, los actores participantes en la red local y la asignación, transferencia y rendición de recursos establecidos en la asignación presupuestaria “Sistema Nacional de Cuidado”.²⁴⁴

Para la gestión de la red local el Programa ha definido al 2019 una guía de orientación técnica y un conjunto de instrumentos para su implementación a nivel local, que conforman el cuerpo metodológico e instrumental, que se listan a continuación:

- Orientaciones Técnicas Componente N°1 - Gestión de Red 1907019
- Instrumento N° R 01 Formación Estructura
- Instrumento N° R 02 Plan Formativo Red
- Instrumento N° R 03 Protocolo Nómina Hogares
- Instrumento N° R 03.1 Listado validado por la Red
- Instrumento N° R 04 Guía para la Aplicación del Instrumento Mayores de 15 años
- Instrumento N° R 04.1 Instrumento Mayores de 15 años
- Instrumento N° R 04.2 Guía para la Aplicación del Instrumento 0 a 14 años
- Instrumento N° R 04.3 Instrumento 0-14 años
- Instrumento N° R 05 Carta Presentación y Bienvenida

²³⁹ Denominada SNAC.

²⁴⁰ Resolución Exenta N° 0377, 22-05-2018, del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

²⁴¹ De nivel ministerial, obviamente puede ser modificada por la propia institución.

²⁴² **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. **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; 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 beneficiarios.

²⁴³ **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 temáticas 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.

²⁴⁴ En la Ley de Presupuesto 2019, corresponde a la Asignación 351, del Subtítulo 24, del Programa 01, Capítulo 01, Partida 21, de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

- Instrumento N° R 06 Consentimiento informado
- Instrumento N° R 07 Notificación de Visitas
- Instrumento N° R 08 Rechaza participación
- Instrumento N° R 11 Fichas de Acompañamiento
- Instrumento N° R 12 Término de participación
- Instrumento N° R 12 Término de participación
- Instrumento N° R 13 Solicitud de suspensión
- Instrumento N° R 21 Verificación de Domicilio
- Instrumento N° R 25 Formato Decreto Alcaldicio
- Instrumento N° R 28 Manual de normas gráficas SNAC
- Instrumento N° R 29 Orientaciones Organizador Apoyo al Cuidado

b) Ministerio de Desarrollo Social y Familia invita a comunas a participar en el programa

La selección de comunas para el inicio del piloto en 2016 se hizo considerando la información disponible en el RSH, asumiendo como criterio básico que este registro representaba la población potencial de hogares para las primeras comunas que ingresarían al programa. Siguiendo las recomendaciones efectuadas por el Banco Mundial²⁴⁵ para la selección de comunas, el MDSF determinó la configuración específica de un **Índice de Selección de Comunas (ISC)**, y estableció la aplicación de dos criterios básicos previos: a) Al menos un municipio en cada región del país; y, b) Representación de municipios rurales (min. 20% del total de municipios seleccionados). La evidencia recopilada indica que todos los municipios invitados a participar entre 2016-2017 aceptaron su incorporación al programa, y sólo tres municipios difirieron el año de inicio,²⁴⁶ en virtud de dificultades para conformar el equipo local.

De este modo, el Índice de Selección de Comunas a construir debía permitir racionalizar un abordaje gradual del ingreso de comunas al Sistema, tal que al 2023 éste incluyera a todas las comunas del país. El programa construyó el referido índice²⁴⁷ con los criterios que permitirían priorizar las comunas a invitar a participar en el programa, y dado que la capacidad de gestión sería el criterio discriminador (ponderaba 60% dentro del ISC), se determinó que los tres componentes del subíndice de capacidad de gestión (Capacidad de gestión local, Apoyo a la gestión local y Oferta local) se clasificarían en tres niveles (Alto, Medio, Bajo), y para garantizar la participación de comunas con diferentes capacidades de gestión, se determinó que el número de comunas a seleccionar se compondría así: 45% Alto, 35% Medio, 20% Bajo nivel de gestión. Una vez calculado el ISC final, las comunas fueron ordenadas en cada uno de los niveles de gestión definidos, eligiéndose de acuerdo al valor de dicho puntaje final, y manteniendo las proporciones de cada nivel respecto del total de comunas seleccionadas. Cabe recordar que el 2015 se implementó el Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados en 31 comunas,²⁴⁸ cuya presencia fue considerada como una variable dentro del ISC, por lo cual no es extraño que varias

²⁴⁵ En el proceso de asistencia técnica 2015-2016.

²⁴⁶ Un municipio, por razones que no están sistematizadas en el Programa, puede no aceptar su ingreso al programa, o postergarlo para el año siguiente. Es el caso de Copiapó, que retrasa su ingreso del 2016 al 2017, o de Arica y Chillán que retrasaron su ingreso del 2017 al 2018. Teóricamente un municipio puede rechazar la invitación a participar en el PRLAC, comunicándolo formalmente, mediante oficio, a través del sistema de gestión de convenios (SIGEC) del Ministerio.

²⁴⁷ Que en los párrafos siguientes se detallará.

²⁴⁸ **Arica**, Monte Patria, Vicuña, **La Calera**, Concón, Quillota, Malloa, Navidad, Rengo, Curicó, Yervas Buenas, Concepción, Carahue, **Collipulli**, Curacautín, Purén, La Unión, Lanco, **Paillaco**, Calbuco, Frutillar, Los Muermos, Maullín, **Coyhaique**, Guaitecas, Puntas Arenas, Peñaflo, Pudahuel, Puentes Alto, **Recoleta** y **Santiago**.

comunas hayan tenido una continuidad en el piloto que se inició el 2016.²⁴⁹ Asimismo, la experiencia de municipalidades que implementaron el Servicio de Atención en Domiciliaria (Chile Cuida, a cargo de la Fundación de las Familias) durante el 2016, también fue considerado como criterio dentro del subíndice de capacidad de gestión.

La aplicación del ISC determinó las primeras 12 comunas a ingresar al programa, donde los cupos se establecieron mediante el criterio general de cubrir aproximadamente el 10% de los hogares de la población potencial identificados según los registros del RSH. El cálculo preciso estableció una cobertura para el primer año de 11,8% promedio.

Cuadro Nº 46. Distribución de Cupos en Comunas Seleccionadas año 2016

Comuna	Nº Cupos	Nº Pob. Objetivo	Cupos / Pob. Objetivo
La Calera	59	491	12,0%
Cañete	30	224	13,4%
Collipulli	35	268	13,1%
Coyhaique	34	301	11,3%
Independencia	77	608	12,7%
Pedro Aguirre Cerda	110	924	11,9%
Peñalolén	122	1.037	11,8%
Quinta Normal	72	624	11,5%
Rancagua	162	1.463	11,1%
Recoleta	126	1.083	11,6%
Santiago	65	571	11,4%
Talagante	45	380	11,8%
Total	937	7.974	11,8%

Fuente: Documento Marco. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social, MDSF (2017), pág. 56.

Notas:

a) Cupos corresponden a Nº hogares que se incluyen en la nómina de potenciales beneficiarios que entrega el MDSF al Municipio.

b) Pob. Potencial corresponde al Nº hogares identificados en el RSH.

Los cupos señalados (y que forman parte de la nómina que el MDSF entrega al municipio) no incluyen el sobre muestreo que permitiría cubrir los cupos en caso que en las comunas no se encuentre a las personas de la nómina o que éstas no cumplan los requisitos de ingreso al programa (entre otros, pertenecer al 60% más vulnerable).

Para el año 2017, se dio continuidad presupuestaria para las 12 primeras comunas, las que además incrementaron sus cupos en 91 nuevos hogares siguiendo los mismos criterios establecidos para la cobertura del 2016. Adicionalmente, se agregaron 8 nuevas comunas²⁵⁰ con 235 cupos. La dinámica de los cupos que se da posterior al inicio del piloto el 2016 para las primeras 12 comunas se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro Nº 47. Dinámica de Nº Cupos, primeras 12 Comunas Seleccionadas

Comuna	2016	2017	2018	2016-2018	Cupos / Pob. Potencial
La Calera	59	1	19	79	16,1%
Cañete	30	7	35	72	32,1%

²⁴⁹ De las 31 comunas, siete (marcadas en negritas en nota al pie anterior) posteriormente formaron parte del piloto PRLAC 2016-2018.

²⁵⁰ Alto Hospicio, Calama, Copiapó, Los Vilos, Natales, Paillaco, Purranque y San Clemente.

Collipulli	35	7	33	75	28,0%
Coyhaique	34	16	14	64	21,3%
Independencia	77	15	25	117	19,2%
Pedro Aguirre Cerda	110	0	0	110	11,9%
Peñalolén	122	0	0	122	11,8%
Quinta Normal	72	10	18	100	16,0%
Rancagua	162	0	0	162	11,1%
Recoleta	126	0	30	156	14,4%
Santiago	65	20	25	110	19,3%
Talagante	45	15	15	75	19,7%
Total	937	91	214	1.242	15,6%

Fuente: elaboración propia sobre datos PRLAC.

Para las 12 primeras comunas se observa en el periodo 2017-2018 una reducción de la dispersión del número de cupos (máximo vs. mínimo) del orden del 25%.

Para el año 2018, a las 20 comunas ya ingresadas el 2016-2017 se agregaron otras 2 comunas,²⁵¹ aumentando a 22 comunas en total para la fase piloto, en 16 regiones del país.²⁵² Para el cálculo de las coberturas 2018 de todas las comunas se utilizó la estimación de demanda de hogares con al menos un PSD, basada en la información del Registro Social de Hogares. Para las comunas ingresadas el 2016-2017 se incorporaron los siguientes criterios de continuidad de servicios:²⁵³

- 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.²⁵⁴
- 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 la misma metodología del ISC del 2016-2017.

El año 2019 se mantuvieron las 22 comunas ya ingresadas, sin incorporar nuevas comunas al piloto del SNAC. Para el año 2020, el programa se propone expandir en 40 nuevas comunas, para ello se actualizó el índice de selección y se afinó la metodología para la

²⁵¹ Arica y Chillán.

²⁵² Según el programa, e independiente de la racionalidad aplicada para identificar comunas que posteriormente fueron incluidas en las convocatorias 2016-2018, principalmente fueron materias presupuestarias las determinantes del número de comunas que participaron en el piloto. Los antecedentes aportados por el programa indican que en la evaluación de los riesgos por el Comité Interministerial de Desarrollo Social se ponderó en mayor medida la necesidad de contar con experiencias exitosas para dar forma al nuevo subsistema de apoyos y cuidados, predominando la visión y recomendación del Banco Mundial al respecto. En efecto, la evaluación (2017) del Banco Mundial de la primera fase del piloto examinó la conveniencia del uso del subíndice y destacó, precisamente, que las primeras 12 comunas seleccionadas pertenecían al 50% superior de la distribución nacional del índice de gestión y que se distribuyeron más homogéneamente en todo el rango de demanda potencial.

²⁵³ Fuente: Minuta "Entrega de antecedentes sobre convocatoria programa Red Local de Apoyos y Cuidados para el año 2018", que acompaña a los antecedentes de la Resolución Exenta 0377 (2018), que aprueba la modalidad de 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.

²⁵⁴ Programa Adapta.

selección de comunas, en los términos que a continuación se detalla.

La aplicación de los criterios de selección indicados ha resultado en la siguiente selección de comunas para el periodo 2016 - 2020:²⁵⁵

Cuadro Nº 48. Comunas seleccionadas, 2016-2020

Región	Comuna	Año ingreso	ISC	SiD	SiCG
Aysén	Coyhaique	2016	1771,60	4390	26
Bío Bío	Cañete	2016	997,68	2448	30,8
La Araucanía	Collipulli	2016	1325,80	3268	31
Metropolitana	Independencia	2016	2464,28	6122	25,8
Metropolitana	Pedro Aguirre Cerda	2016	3688,08	9174	30,8
Metropolitana	Peñalolén	2016	4778,48	11900	30,8
Metropolitana	Quinta Normal	2016	2918,00	7250	30
Metropolitana	Recoleta	2016	6071,40	15144	23
Metropolitana	Santiago	2016	3631,72	9034	30,2
Metropolitana	Talagante	2016	1990,00	4930	30
O'Higgins	Rancagua	2016	6950,00	17336	26
Valparaíso	La Calera	2016	1885,00	4672	27
Antofagasta	Calama	2017	1852,08	4584	30,8
Atacama	Copiapó	2017	3265,68	8118	30,8
Coquimbo	Los Vilos	2017	602,48	1466	26,8
Los Lagos	Purranque	2017	895,28	2192	30,8
Los Ríos	Paillaco	2017	1036,72	2560	21,2
Magallanes	Natales	2017	688,88	1676	30,8
Maule	San Clemente	2017	2251,60	5584	30
Tarapacá	Alto Hospicio	2017	1735,28	4292	30,8
Arica y Parinacota	Arica	2018	7812,20	19484	31
Nuble	Chillán	2018	7492,40	18686	30
Antofagasta	María Elena	2020	487,80	1188	21
Arica y Parinacota	General Lagos	2020	124,00	304	4
Atacama	Alto Del Carmen	2020	293,40	702	21
Aysén	Guaitecas	2020	75,32	176	8,2
Aysén	Río Ibañez	2020	107,60	230	26
Bío Bío	Alto Bío Bío	2020	318,48	750	30,8
Bío Bío	Arauco	2020	1924,08	4764	30,8
Bío Bío	San Rosendo	2020	377,40	918	17
Bío Bío	Talcahuano	2020	4132,08	10284	30,8
Coquimbo	Paihuano	2020	206,20	490	17
Coquimbo	Salamanca	2020	439,60	1054	30
La Araucanía	Angol	2020	2223,28	5512	30,8
La Araucanía	Loncoche	2020	600,88	1456	30,8
La Araucanía	Lonquimay	2020	244,40	566	30
La Araucanía	Toltén	2020	286,80	678	26
Los Lagos	Chaitén	2020	204,60	480	21
Los Lagos	Los Muermos	2020	505,00	1216	31
Los Lagos	Palena	2020	104,80	244	12
Los Lagos	Quemchi	2020	479,00	1160	25
Los Ríos	Valdivia	2020	4483,28	11162	30,8
Magallanes	Cabo De Hornos	2020	1629,08	4058	9,8
Maule	Linares	2020	3234,48	8040	30,8
Maule	Pelarco	2020	527,60	1286	22
Maule	Talca	2020	4798,00	11950	30
Maule	Villa Alegre	2020	1129,40	2786	25
Metropolitana	Alhué	2020	242,48	572	22,8
Metropolitana	Estación Central	2020	4031,60	10034	30
Metropolitana	María Pinto	2020	330,48	780	30,8
Metropolitana	Padre Hurtado	2020	2092,08	5184	30,8
Metropolitana	Pirque	2020	346,00	820	30
Nuble	Quirihue	2020	309,20	734	26

²⁵⁵ Este listado es un extracto del listado completo de 345 comunas, realizado bajo la metodología del ISC versión 2019. El listado con las 345 comunas no está disponible para los años 2016 al 2018.

Nuble	San Carlos	2020	2176,40	5396	30
O'Higgins	Doñihue	2020	542,80	1312	30
O'Higgins	Machali	2020	1894,48	4696	26,8
O'Higgins	Placilla	2020	418,00	1000	30
O'Higgins	Santa Cruz	2020	2267,28	5622	30,8
Tarapacá	Huara	2020	102,80	218	26
Valparaíso	Isla De Pascua	2020	290,00	686	26
Valparaíso	Papudo	2020	201,20	476	18
Valparaíso	Villa Alemana	2020	2426,00	6020	30

Fuente: PRLAC, Indice_2019 SNAC (2).xlsx

Detalle del Índice de Selección de Comunas

Considerando que el **Índice de Selección de Comunas (ISC)**, que se describe a continuación, determina una prelación de comunas, de manera transversal el MDSF resguardó que en la selección existiera:

- Al menos, una municipalidad en cada región del país en la cual se implemente el programa;
- Una representación no menor al 20% de comunas rurales.

Los subíndices de la fórmula de selección se componen de indicadores que se ponderan dentro del respectivo subíndice, de la siguiente manera:

i) Sub-Índice de Capacidad de Gestión

Este subíndice 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 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 un punto para este indicador, de acuerdo con la siguiente suma ponderada, 20% si participó en el fondo de iniciativas locales y 80% si tienen una EDLI.
- c. Oferta local: Definida como presencia en la Municipalidad de alguno de los siguientes programas prioritarios: Vínculos, Atención domiciliaria a postrados, Subsidio Único Familiar de Invalidez, Subsidio Único Familiar de Discapacidad Mental o el Subsidio de Discapacidad Mental. Se asigna un punto si la Municipalidad participó o participa en alguno de los programas indicados.

Los indicadores descritos se ponderan en el subíndice de gestión, de acuerdo con los siguientes porcentajes:²⁵⁶

$$\text{SiCG} = 50\% \text{ cgl} + 10\% \text{ agl} + 40\% \text{ ol}$$

ii) Sub-índice de Demanda

Este subíndice 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:

²⁵⁶ Los porcentajes asignados se explican como sigue: 50%, capacidad de gestión local, considerando su rol crítico en la operación del sistema de gestión de SNAC; 10%, apoyo a la gestión local dada la baja presencia de estos programas a nivel nacional; 40%, oferta local, considerando la posibilidad de que estos programas sean programas de acceso o parte de la oferta prioritaria. Fuente: MIDESO (2017). Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Documento Marco. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social.

- a. Concentración de población con demanda: Corresponde al número de hogares con al menos un dependiente moderado o severo en la comuna.
- b. Potencial demanda de cuidado: Corresponde 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 con la condición socioeconómica y al nivel de severidad de la dependencia, y 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 indicadores descritos se ponderan en el subíndice de demanda, de acuerdo con los siguientes porcentajes:²⁵⁷

$$\text{SiD} = 20\% \text{ Cpd} + 40\% \text{ Pdc} + 40\% \text{ Php}$$

Luego, se realiza la suma ponderada de los valores obtenidos de cada subíndice, considerando:²⁵⁸

$$\text{ISC} = 60\% \text{ SiCG} + 40\% \text{ SiD}$$

Con el puntaje final obtenido se genera un listado de comunas ordenado de mayor a menor puntaje, el cual es 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 selecciona a las nuevas municipalidades que participarán en el 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.

Convocatoria a Municipios

Identificadas las comunas a invitar, las coberturas estimadas y el presupuesto máximo para cada una de ellas, el MDSF envía la invitación a los municipios, y éstos envían una propuesta formal de plan de trabajo para abordar los cupos asignados y ejecutar el presupuesto indicado en los términos que requiere el programa. Este plan de trabajo es el compromiso formal que se asume en el Convenio de Transferencia de recursos que elabora el MDSF, para un plazo de ejecución de 12 meses contados desde la total tramitación del último acto administrativo que aprueba dicho convenio. Considerando que un Plan de Cuidados tiene como extensión máxima 36 meses, el Programa gestiona anualmente la

²⁵⁷ Los porcentajes asignados se explican como sigue: 20%, concentración de población con demanda de cuidado, dado el bajo poder de discriminación de este indicador entre comunas; 40%, potencial demanda de cuidado, dado el alto riesgo y demanda de cuidado que se encuentra en estos hogares; 40%, presencia de hogares en grupos prioritarios, dado que refleja dos criterios centrales para SNAC, condición socioeconómica y nivel de severidad de la dependencia. Fuente: MIDESO (2017). Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Documento Marco. Comité Técnico Interministerial Desarrollo Social.

²⁵⁸ Se asigna un mayor peso relativo al Subíndice de Capacidad de Gestión, pues se supone que es la variable que permitirá discriminar en la selección de las comunas.

suscripción de estos convenios para cada comuna ingresada al Programa. Los convenios estipulan que las municipalidades se comprometen a desarrollar, al menos, las siguientes acciones:

- Designar mediante decreto Alcaldicio a una contraparte Municipal del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, quien tendrá a su cargo la gestión del presente convenio, en los términos establecidos en la Modalidad.²⁵⁹
- Preparar e implementar un plan de trabajo para la instalación de la red local de Apoyos y Cuidados.
- Identificar a los hogares que serán seleccionados para ser beneficiarios, complementando dicha información con otras bases comunales.
- Ejecutar el Programa conforme a lo dispuesto en la modalidad de transferencia y ejecución definida por MDSF, el respectivo convenio suscrito por ambas partes y sus modificaciones, las orientaciones técnicas, y las instrucciones generales o particulares emitidas a este respecto por el Ministerio.
- Remitir los respectivos Informes Técnicos de avance y un Informe Técnico Final, que den cuenta de las actividades realizadas de manera trimestral.
- Rendir cuenta de los recursos transferidos en virtud del convenio de transferencia de recursos suscrito por las partes, de acuerdo con 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.
- 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.
- 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,

c) Municipio conforma la Red Local, Básica y Ampliada:

La conformación de redes locales para abordar la problemática de la dependencia funcional, que es multifactorial, se basa en el principio que ello sólo es posible mediante la articulación de diversos apoyos, que se encuentran institucionalmente disgregados. Lo anterior, en virtud de dos dimensiones particulares que provee el trabajo bajo este modelo asociado al intercambio de valores asignados socialmente:

- Reciprocidad, es decir, integrar en la práctica a las personas, grupos e instituciones público/privadas a un circuito regulado y permanente de intercambios de apoyos (efectivos, simbólicos, instrumentales).
- Redistribución, que implica la puesta en marcha de iniciativas para implementar acciones que permitan orientar y focalizar los recursos de las redes hacia donde más se necesitan.

La red que permitirá el intercambio a los diferentes actores del SNAC se proyecta entonces como una “red social abierta”,²⁶⁰ cuyo énfasis está puesto en materia de intervención, en lo que se denomina “práctica en red”.²⁶¹ Es decir, en el accionar de una **red de mediadores sociales** (grupos, organizaciones, instituciones, etc.), con el propósito de generar contextos

²⁵⁹ No se establecen condiciones en el convenio que indiquen ex ante en qué unidad del Municipio deba residir el programa.

²⁶⁰ Si bien existen múltiples tipologías y definiciones de redes, suele entenderse por “red social abierta” (en oposición a red social cerrada) al sistema de vinculaciones entre actores (nodos), amplio y flexible, con múltiples dimensiones entre organizaciones, instituciones, asociaciones, grupos y actores individuales, que articulan, conversan e intercambian recursos en relación a objetivos comunes, donde el poder se distribuye y la información se comparte (horizontalidad, o baja jerarquía).

²⁶¹ El modo de intervención puede ser: práctica en red o intervención en red. En este último, se interviene en la red del sujeto o foco con el propósito de desarrollarla operativamente en función de los problemas y necesidades de este. Su carácter es eminentemente terapéutico.

que posibiliten su desarrollo como **sistema de conversación / acción para el intercambio y distribución de apoyo social**. Se trata entonces de una secuencia programada de conversación / acción que tiene lugar entre un equipo profesional y un conjunto de actores sociales (institucionales, comunitarios y ambos) con el propósito de detectar redes sociales existentes, fortalecer y optimizar el funcionamiento de las redes sociales existentes y crear contextos favorables a la emergencia de nuevas redes sociales abiertas.

Tanto para el programa como en la experiencia internacional se reconoce que la “práctica en red” posibilita la construcción de un sistema de vínculos, conversaciones, coordinaciones y acuerdos que se darán entre las personas, grupos e instituciones en un determinado territorio, orientados al intercambio de acciones de protección y recursos en el ámbito de los apoyos y cuidados. Las relaciones derivadas de ello tienen carácter estable entre actores sociales que representarán diferentes niveles territoriales, articulándose alrededor de problemas, objetivos y metas comunes o complementarias.

Para ello, se requiere desarrollar objetivos o metas estratégicas comunes,²⁶² que supongan desafíos a lograr con el esfuerzo conjunto. Para el Programa, trabajar en red supone, por lo anterior, respetar y aprovechar las diversidades. Ellas constituyen un factor de fortalecimiento en la medida, precisamente, que se respeten y aprovechen y no se impongan unas particularidades sobre otras. Por eso, es importante el debate, la planificación y la fundamentación de los propósitos y acciones, así como la especialización de tareas, para posibilitar la complementariedad de esfuerzos y capacidades. Asimismo, se debe cuidar que todo lo que se haga sea transparente hacia el conjunto, sin temor a visibilizar los errores o dificultades. El trabajo en red es posible si está basado en la confianza mutua, que se construye (y se pierde, también) como parte de una relación. La honestidad, franqueza y disposición a la crítica consolidan las relaciones de una red. El Panel no encontró evidencia de que los elementos virtuosos de la práctica en red hayan ocurrido, y en particular que se hayan traducido en resultados de coordinación efectiva de las ofertas en el territorio.

La Red Local de Apoyos y Cuidados del programa se configura en dos niveles:

- a) Red Local Básica
- b) Red Local Ampliada

La Red Local Básica (RLB) se compone por actores institucionales municipales, de los cuales se espera una participación activa y estable en el tiempo,²⁶³ dado que son los que coordinan y/o ejecutan muchas de las acciones, que facilitarán el acceso de la población a prestaciones garantizadas y preferentes del SNAC. A nivel de municipalidades las unidades básicas que conforman la red se encuentran albergadas en la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) o en la Dirección de Desarrollo Social (DIDESO), según corresponda a la estructura organizacional del municipio, y son las siguientes:

- Departamento Social (unidades de asistencia social, subsidios sociales y Registro Social de Hogares).
- Unidad del Adulto Mayor.
- Unidad Personas en Situación de Discapacidad.
- Oficina Organizaciones Comunitarias.

²⁶² Comunes a los integrantes de la red, pudiendo incluir objetivos o metas de nivel local o nacional.

²⁶³ La expectativa de una participación “activa” alude a la observación de otras experiencias de redes locales donde, en el tiempo, algunos actores dejan de participar, básicamente atendiendo a sus propias prioridades institucionales en desmedro de los objetivos de la red.

- Unidad de la Mujer.
- Unidad Subsistemas Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo (si existen beneficiarios vinculados).
- Departamento Salud Municipal (Director Salud Municipal, Director CESFAM /Hospital u otra entidad en Salud, Representante COSAM).
- Otras unidades que en cada municipalidad coordinen servicios para la población objetivo del SNAC (por ejemplo, OTEC municipal, si corresponde, y OMIL).²⁶⁴
- Dirección de Asesoría Jurídica.
- Dirección de Obras Municipales.
- Dirección de Educación.

La Red Local Ampliada (RLA) está integrada por diversas instituciones con presencia local, cuyo campo de acción es el ámbito relativo a las necesidades de apoyos y cuidados. El principal objetivo de esta red es aportar con acciones que complementen y fortalezcan la agenda de trabajo de la Red Local Básica, imprimiéndole de la misma forma la mirada de la sociedad civil, especialmente en materia de ajustes y mejoramientos posibles de incorporar al proceso de intervención con los hogares y beneficiarios. La conformación de las redes ampliadas considera esencialmente el carácter colaborativo entre diferentes actores, alcanzando incluso a una gestión agregada en grupos de comunas, pudiendo ser coincidente para algunas regiones con la división administrativa de la provincia u otras instancias de coordinación del Sistema Intersectorial de Protección Social ya existentes, como el Comité Técnico Regional de Protección Social (COTER)²⁶⁵ y el Comité Técnico Provincial de Protección Social (COTEP). De esta forma, se espera que la Red comunal ampliada esté conformada por:²⁶⁶

- Fundaciones
- Corporaciones
- Organizaciones sociales territoriales
- Universidades y Centro de Formación Técnica

Por su parte, las acciones sectoriales de carácter regional se despliegan a través de las secretarías y oficinas regionales tanto del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo y Ministerio de la Mujer, así como organismos como la Comisión Médica Preventiva e Invalidez (COMPIN) que certifican la discapacidad.²⁶⁷

Estándares y Metodología de Intervención

En consonancia con lo anterior, el PRLAC ha definido ciertos estándares de calidad para el funcionamiento de la red local, básica y ampliada, estos son:

²⁶⁴ Esto principalmente para Cuidador/a principal, y Asistente de Cuidador.

²⁶⁵ COTER y COTEP corresponden a instancias de trabajo técnico del Sistema Intersectorial de Protección Social, a nivel de Gobiernos Regionales y Gobiernos Provinciales, en los que se reúne a representantes de diversos servicios públicos, con representación en el territorio (región o provincia) para coordinación y gestión de la oferta programática en el marco de la implementación de dicho Sistema,

²⁶⁶ No se dispone de información sistematizada respecto del funcionamiento de la red ampliada.

²⁶⁷ Como se verá enseguida, la gestión de la red precisamente considera el desarrollo e implementación de planes de trabajo conjunto, que entre otros aspectos (información recursos, etc.) considera el establecimiento de instancias de trabajo y coordinación.

Cuadro Nº 49. Estándares de Calidad Red Local

Estándar	Descripción
Recurso Humano	1 profesional encargado/a de la coordinación de la red
Acompañamiento	Mínimo de 1 seguimiento cada 3 meses en modalidad presencial o telefónica.
Gestión de Casos	Es la técnica metodológica para utilizar en el proceso de intervención en sus 4 componentes. Documento base: "Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red", Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019; y, "Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia" (A. Villalobos, 2012)
Red Local Básica	
Integrantes mínimos	Unidades municipales de Discapacidad, Adulto Mayor, RSH, Salud, Oficina de la Mujer, Departamento Social
Reuniones	1 mensual. Se deben establecer objetivos claros y medibles, y declarar compromiso que serán monitoreados en las reuniones posteriores.
Red Local Ampliada	
Integrantes mínimos	Organizaciones sociales (juntas de vecinos, agrupaciones, entre otros), ONGs, centros de estudios (universidades, centros de formación técnica, entre otros).
Reuniones	1 cada 2 meses. Se deben establecer objetivos claros y medibles, y declarar compromiso que serán monitoreados en las reuniones posteriores.

Fuente: Tabla Nº1 Estándares de Calidad, Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019

Respecto del funcionamiento regular de la red, el PRLAC entiende que la ejecución de las actividades de coordinación (reuniones) de la Red Local deben cumplir con ciertos criterios para su buen funcionamiento, a saber:

- Cumplir con los estándares preestablecidos.
- Debe tener objetivos en común.
- Los convocados deben sentir que su participación tiene una utilidad desde sus áreas de especialidad.
- Debe responder a una planificación estratégica.
- La dinámica de la reunión debe invitar a la participación, a la discusión y reflexión conjunta.
- No deben ser extensas, se sugieren reuniones ejecutivas de máximo 1 hora. Para casos particulares, agendar reuniones bilaterales con las contrapartes.
- Cada reunión debe tener un acta de los temas tratados, acuerdos y compromisos, y en cada reunión se debe iniciar con la lectura del acta anterior.
- Es importante, que en cada reunión se destine un tiempo acotado donde se reporten las coberturas (activos, fallecidos, términos, suspensiones, entre otros), cupos, servicios disponibles y aspectos administrativos importantes, por ejemplo; fechas de ejecución. Dar cuenta de los avances o dificultades hace creíble el proceso.

Que lo anterior ocurra, o no, depende en gran medida de las competencias y habilidades del Encargado Comunal de la Red Local y de los Coordinadores de SAD y SSEE, y del involucramiento de la Contraparte municipal que ha definido la autoridad edilicia, pues en la práctica esta última suele ser el/la director/a de DIDECO o un/a coordinador/a de todos los programas que financia MDSF.²⁶⁸

²⁶⁸ Nótese que, en efecto, el programa, y en particular la Unidad SNAC del nivel central del MDSF, no tienen instrumentos efectivos para controlar el funcionamiento de las redes locales. Los convenios suscritos resguardan más bien el correcto uso de los recursos.

Adicionalmente, el Programa “Red Local de Apoyos y Cuidados” (PRLAC) ha definido que la **gestión de casos** es la técnica, transversal (debe ser abordado por todos los componentes) y longitudinal (durante toda la trayectoria de los hogares), de la intervención. Se define en el Programa como una técnica de gestión y articulación de servicios en el que los integrantes de la Red comprenden el contexto de las necesidades de apoyos y cuidados de las personas en situación de dependencia, sus cuidadores principales y su familia. Esta gestión implica organizar, coordinar, monitorear y evaluar la provisión de servicios a los beneficiarios en el marco de la Red Local. Acorde lo anterior, la Gestión de Casos se plantea ciertos objetivos, tanto a nivel de los beneficiarios como a nivel de la red local:

Cuadro N° 50. Objetivos de la Gestión de Casos

A nivel de los beneficiarios	A nivel de la Red Local
<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los servicios existentes y proporcionados sean pertinentes y a la vez adecuados para dar respuesta a las necesidades detectadas de la persona beneficiaria. • Supervisar las condiciones de la persona beneficiaria para garantizar la adecuación de los servicios. • Mejorar el acceso y la continuidad de y entre los servicios. • Apoyar a los cuidadores y personas de apoyo de la persona en situación de dependencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar debilidades y falencias de servicios existentes en la comunidad. • Proveer y facilitar el desarrollo de más servicios existentes y que no sean institucionales. • Mejorar la coordinación entre los distintos servicios. • Visualizar la pertinencia del acceso a los servicios (claridad en la presencia de alternativas de otros servicios presentes en el territorio, los cuáles fuesen más eficientes y pertinentes). • Punto de encuentro en la coordinación de servicios, provenientes de sistemas distintos y fragmentados. • Conectar a los servicios, instituciones y al sistema de atención basado en la comunidad.

Fuente: Tabla N°4 Objetivos Gestión de Casos, Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019

La gestión de casos se despliega, en la práctica, en las instancias establecidas en la red local, hogares beneficiarios e instancias de coordinación de las unidades básicas que conforman la red, y se realiza a través de los distintos instrumentos aplicados por los equipos de la red. Las etapas en la gestión de casos dan cuenta de los principales hitos de la intervención con beneficiarios, distinguiéndose 5 grandes etapas para el desarrollo de esta técnica, que se relacionan a los componentes del Programa de la siguiente manera:

Cuadro N° 51. Etapas de la Gestión de Casos y Componentes asociados

Etapas	Objetivos	Características	Herramientas Asociadas en la Red Local	Componente asociado
Valoración Integral	Recoger información integral sobre la situación de la persona. Permite identificar sus necesidades de apoyos y cuidados.	Permite recoger información detallada de las necesidades de apoyo y cuidado que requiere la persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de Evaluación • Georreferenciación • Genograma • Ecomapa • Informe Visita domiciliaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 1
Planificación del Caso	Elaborar una estrategia de acción articulada para resolver el problema que detectado.	Se planifica de qué manera los servicios existentes y disponibles en el territorio pueden dar respuesta a las necesidades detectadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento de evaluación • Mapa de oportunidades • Actas de reunión 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 1
Implementación del Plan y Acceso a Servicios (Derivación)	Articular y coordinar el despliegue de los servicios planificados según las necesidades detectadas.	Se instalan los servicios, además se refuerzan los recursos y redes comunitarias con las que se cuenta.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Cuidados • Actas de reunión • Medios de verificación de acceso a los servicios 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 2 • Componente 3
Acompañamiento	Monitorear el acceso y la actualización de necesidades.	Velar por el cumplimiento de los acuerdos establecidos en el plan, y actualizar las necesidades del hogar, modificando los servicios a	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista telefónica • Visita Domiciliaria • Actas de reuniones • Encuestas de satisfacción usuario 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 1 • Componente 2 • Componente 3

		proveer, cuando corresponda.		
Valoración	Identificar los cambios producidos.	Se revisa la situación de la persona beneficiaria, con la finalidad de verificar si se han producidos los cambios positivos esperados y se han logrado las metas establecidas en el Plan de Cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de Cuidados • Reevaluación líneas intermedias • Reevaluación línea de salida • Actas de reuniones 	<ul style="list-style-type: none"> • Componente 1 • Componente 2 • Componente 3

Fuente: Tabla N°5. Etapas para la aplicación de la técnica de gestión de casos, Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019.

Considerando los aspectos señalados que el Programa ha definido para el funcionamiento de una Red Local de Apoyos y Cuidados, se puede señalar que las principales actividades relativas a la conformación de la contraparte comunal y puesta en marcha de la red local las siguientes:

- 1) Designación del Encargado Comunal de la Red Local: una vez que el municipio ha suscrito el convenio de transferencia de recursos con el MDSF, y éste le ha transferido los recursos, el municipio contrata o designa al Encargado Comunal de la Red Local.
- 2) Constitución formal de la red local: el Encargado Comunal convoca a las entidades locales para la constitución de la red local, realizando una “Reunión de Constitución de la Red Local”. El programa sugiere que esta red local constituida se formalice mediante un decreto alcaldicio,²⁶⁹ que contenga la nómina de integrantes de la Red Local Básica pertenecientes a los programas y oficinas municipales que la integrarán, comprometiéndose así a los recursos humanos de las unidades organizacionales que la integran, e identificando claramente al Encargado de la Red Local.
- 3) Definición de un Plan de Trabajo: 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 dar cumplimiento a los objetivos del Programa “Red Local de 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, al objeto de dar cumplimiento a cada actividad comprometida en el plan de trabajo de la Red y el Plan de cuidados. El siguiente cuadro describe las principales actividades de la Red Local a considerar en la elaboración de plan de trabajo, por ámbito de trabajo:

Cuadro N° 52. Ámbitos de gestión para la planificación de la Red Local

Ámbito	Actividades
Administrativo	Proceso de contratación
	Proceso de compras y licitación
	Ingreso de información al Sistema Informático
	Atención de beneficiarios
Coordinación	Reuniones de Red Base
	Reuniones Red Ampliada

²⁶⁹ El PRLAC ha dispuesto un formato para tal efecto, el “Instrumento N° R 25 Formato Decreto Alcaldicio.doc”.

	Reuniones de equipo SNAC
	Procesos de formación
	Mapa de Oportunidades
Metodológico	Gestión de casos
	Aplicación Instrumento de Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados
	Elaboración y entrega Plan de Cuidados
	Derivaciones
	Acompañamiento a la Trayectoria

Fuente: Tabla N°2. Ámbitos de Gestión Red Local de Apoyos y Cuidados, Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019.

- 4) Formulación de un Mapa de oportunidades: Es una herramienta fundamental para la gestión de las coordinaciones y complementariedades de la oferta de servicios locales, toda vez que se entiende que la provisión de servicios a los beneficiarios no se agota en el presupuesto de los componentes 1, 2 y 3 transferidos por convenio al municipio, sino que se potencia en el trabajo de red. La articulación de la oferta del programa con la oferta a nivel local significa la posibilidad de otorgar prestaciones pertinentes y oportunas a la población objetivo. En este sentido, el mapa de oportunidades consiste en un levantamiento de los recursos existentes en la comuna, tanto públicos como privados, con el objetivo de:
- ✓ Conocer la oferta pública y privada que existe en la comuna.
 - ✓ Permitir abordar de manera más integrada las necesidades de los beneficiarios.
 - ✓ Identificar la posibilidad de derivaciones.
 - ✓ Generar acuerdos y compromisos intersectoriales.
 - ✓ Disminuir la duplicidad de servicios, y hacer más eficiente el uso de los recursos.
 - ✓ Permitir la coordinación de las intervenciones, y facilitar las derivaciones, ya que existen acuerdos previos entre las partes integrantes de la red local.
 - ✓ Generar credibilidad en los beneficiarios.

El programa ha diseñado y provisto un instrumento estandarizado para todas las comunas²⁷⁰ para identificar a las contrapartes de la oferta potencial de la red, sean públicas o privadas, con datos de contacto y programas que representan. En este instrumento se presenta, a modo indicativo, qué entidades y programas contactar para incorporar a la red:²⁷¹

Cuadro N° 53. Mapa de Oportunidades de la Red Local

Institución	Programa
MINSAL	Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa / Estipendio
	Rehabilitación Integral en la Red de MINSAL (CCR's)
	Centros Diurnos de Demencia
	Residencias y Hogares Protegidos
	Atención Primaria Salud (APS) Mental y Atención Secundaria Salud (Centro Comunitario de Salud Mental - COSAM) Mental
	AVNI - AVNIA (Asistencia Ventilatoria No Invasiva)

²⁷⁰ Corresponde al Instrumento N° R 03.1 Listado_validado por la Red.xls.

²⁷¹ Nótese que, por su conformación, en la red local básica están los servicios que el Estado, nivel central, regional y local, provee a través de la oferta programática pública, mientras que en la red local ampliada se identifica la oferta de instituciones, organizaciones, agrupaciones, del mundo civil.

	Hospitalización Domiciliaria
	Cuidados Paliativos
	Fondo de Farmacias (FOFAR)
SENADIS	Tránsito a la Vida Independiente
	Programa de Prevención y Promoción de la Salud en Personas con Discapacidad
	Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo
SENAMA	Cuidados Domiciliarios
	Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor
	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)
	Vínculos

Fuente: Basado en Instrumento N° R 03.1 Listado_validado por la Red.xls

En el marco del trabajo en Red, se debe considerar que las posibilidades de oferta son una conjugación entre los servicios ya existentes en la comuna, y aquellos servicios que se pueden administrar vía Servicios Especializados (Componentes 2 y 3), provengan de recursos públicos del nivel central, regional o provincial, o recursos privados. Considerando que los recursos del Programa son limitados en comparación a las demandas y costos asociados a los servicios de cuidado, se espera que, al momento de la definición de la oferta a entregar, se vea reflejada la unificación de los servicios locales y propios del SNAC.

- 5) Red Local asegura estándares de funcionamiento: Proceso de Formación. A efectos del buen funcionamiento de la red local, el Programa ha dispuesto la posibilidad de desarrollar un proceso continuo de formación, que permita la nivelación de contenidos y el desarrollo de competencias / habilidades específicas en los equipos de trabajo.²⁷² Se concibe como un espacio que convoca a los participantes a realizar un análisis crítico y una reflexión conjunta del quehacer profesional. Las características de este proceso de formación son:
- ✓ Debe ser planificada por la red, y debe generar continuidad en el tiempo.
 - ✓ Se orienta al desarrollo de habilidades y conocimientos claramente definidos, que impactan en la persona, y por ende en lo colectivo.
 - ✓ Genera procesos de desarrollo y metodologías específicas.
 - ✓ Incorpora, mejora y optimiza los estándares de servicio entregados.
 - ✓ Se implementa mediante diversas metodologías y formatos.

Para desarrollar un proceso de formación se debe considerar la realización de las siguientes actividades:

- ✓ Elaboración de un diagnóstico de las necesidades individuales, territoriales y culturales, siendo necesario vincular los temas de formación con el estado del arte presente en la comuna (gestión y proceso madurativo).
- ✓ Definir temáticas,²⁷³ considerando: grupos objetivos (red básica y red ampliada), niveles de formación, distintos perfiles de beneficiarios(as), y planificar el plan formativo.
- ✓ Solicitar validación en el nivel central MDSF, mediante formulario de solicitud para el proceso de formación.
- ✓ Ejecutar el plan de formación.

²⁷² Incluye integrantes de la contraparte comunal y representantes de las instituciones que forman parte de la red local.

²⁷³ Esta estructura se propone en el instrumento N° R 1. "Formación Estructura".

d) Elaboración de la Nómina de Hogares

Una vez constituida la red local, el primer paso para producir el ingreso de hogares con personas beneficiarias es establecer la Nómina de Hogares. Dicha nómina es un listado de hogares que potencialmente podrían participar del Programa, los cuales se ordenan por región, provincia y comuna. Este listado contiene una caracterización básica de los hogares con datos, entre otros, de composición familiar, territorialidad, niveles de dependencia. La construcción de la Nómina de Hogares tiene dos fuentes:

- Nómina centralizada, construida por el nivel central del Ministerio en base a información del Registro Social de Hogares, del Subsistema Seguridades y Oportunidades, del Subsistema Chile Crece Contigo, del Registro Nacional de la Discapacidad y de las bases administrativas disponible en MDS para realizar Prestaciones Monetarias, y aplicando un método de prelación definido por el MDSF, que establece puntajes por criterios para cada hogar, según las variables Grupos vulnerables, Tramo Calificación Socioeconómica, Ratio Unidad Vecinal, Número de dependientes en el hogar, Número de integrantes no dependientes mayores de edad por hogar e Ingreso equivalente del hogar. La aplicación de estos puntajes origina una Nómina de Hogares potenciales, conocida como nómina centralizada.²⁷⁴
- Nómina local, construida por la Red Local de Apoyos y Cuidados, con información de hogares disponible en la red local y que actualiza o corrige la información centralizada, mediante la incorporación de criterios de prelación adicionales acordados en la mesa de trabajo de la Red Local, por ejemplo, criterios territoriales o culturales. La necesidad de aplicar criterios locales se basa en la observación que, anualmente, se verifica una movilidad de beneficiarios cercana al 20%, esto debido a fallecimientos, términos y suspensiones en los distintos programas. Entonces es factible incorporar casos de hogares con personas en situación de dependencia que cumplan los requisitos de acceso al SNAC y que han sido previamente identificados en base a su registro y atención regular por parte de los integrantes de la Red Local (Centros de Salud de la comuna, Oficina Discapacidad, Oficina Adulto Mayor, entre otras). En particular, la red Local revisa la nómina centralizada para constatar lo siguiente:
 - ✓ Existencia de personas dependientes fallecidas.
 - ✓ Hogares que no cumplen con el nivel de dependencia (moderado o severo).
 - ✓ Domicilios erróneos o inexistentes.
 - ✓ No hay coincidencias entre la nómina centralizada y los posibles casos a nivel local.

En base a información disponible localmente, se elabora un listado validado por la Red Local, mediante la suscripción de un acta, la cual es despachada a la contraparte técnica del MDSF para su verificación en términos del cumplimiento de requisitos de acceso y un nuevo cruce con el Registro Social de Hogares.²⁷⁵ Este listado contiene la siguiente información de las personas: RUN, nombre completo, dirección, comuna, fuente de origen del caso.²⁷⁶

²⁷⁴ Nótese que las familias, y las personas que las integran, son visibles en estos registros en la medida que se hayan inscrito en ellos. Esto explica que, por ejemplo, el RSH contenga sólo aquella información que ha sido capturada cuando una familia se inscribe en el municipio, como requisito básico para acceder a apoyos de la oferta estatal. En este sentido, el municipio, a través de sus distintas oficinas, potencialmente posee mejor información de las familias que podrían ser beneficiarias de los distintos programas públicos, y lo que ocurre en la práctica es que cuando detecta esta situación promueve que la familia se inscriba o actualice sus datos en el RSH.

²⁷⁵ El programa ha señalado que la nómina final de beneficiarios se construye con una o dos iteraciones de la nómina centralizada inicial. Es decir, la red local envía información (nómina local) para validación del RSH una o dos veces, antes de generarse la nómina final para la comuna.

²⁷⁶ No se tiene evidencia de cómo se generaron los listados para el piloto, a partir del RSH, es decir qué criterio específico se aplicó para establecer el número de casos a incluir. Sí se sabe que el número de casos no es homogéneo entre las comunas, depende de la estimación de la demanda.

Una vez validado dicho listado por el MDSF, con el RSH, los potenciales hogares del SNAC identificados en la nueva nómina local pueden presentar los siguientes estados:

- 1) Hogares que cumplen requisito SNAC (60% CSE y dependencia moderada - severa). Estos hogares se incluyen de inmediato en la planificación de la cobertura y programación de entrevistas para iniciar proceso Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados.
- 2) Hogares que presentan desactualización de información en módulo de Salud RSH, es decir, información no coincide con nivel de dependencia (moderada o severa). Estos casos deben ser derivados a Encargado comunal del Registro Social de Hogares para actualización y paralelamente, si es posible, evaluar con instrumento SNAC tras previa verificación de antecedentes de salud de la persona dependiente con integrantes de la Red.
- 3) Hogares que no se encuentran en RSH pero cuya condición de dependencia es verificada a través de evaluación y/o atención regular de Centro de Salud comunal, Centro Comunitario de Rehabilitación (CCR) u Oficina de la Discapacidad. Estos casos deben ser ingresados a RSH y esperar su Calificación Socioeconómica (CSE) para ser incorporados a la nómina y posteriormente realizar la evaluación PRLAC²⁷⁷
- 4) Hogares que se encuentran en RSH cuya CSE es superior al 60% con presencia de integrantes con dependencia que es verificada a través de la evaluación y/o atención regular del Centro de Salud, CCR u Oficina de la Discapacidad, deben ser derivados al Encargado del RSH para actualización y, paralelamente, gestionar la evaluación con instrumento PRLAC, previa confirmación de antecedentes con salud.

Con el listado final de hogares, la Nómina Local de Hogares final validada, se procede a la programación de la cobertura que atenderá la Red Local para cumplir la meta de casos comprometidos en el Convenio suscrito entre MDSF y el Municipio. La asignación de Hogares se realiza mediante el sistema de información del Programa (SNAC) y consiste en la distribución que realiza el Encargado de la Red comunal de la cobertura comprometida para el mes calendario entre los integrantes de la Red. Dicha distribución se debe realizar ciñéndose por el orden de prelación en que aparecen los hogares en la Nómina.

e) Visita inicial a 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 toma contacto telefónico con la persona para coordinar día y horario de la visita. En aquellos casos, donde no sea factible el contacto telefónico preliminar la red debe permitir identificar la mejor opción de contacto para ubicar el hogar. Concertada la visita, en un primer momento de la sesión, el integrante de la Red procede a presentarse, explica el sentido de esta y señala que el objetivo de la visita es actualizar información respecto del hogar y, principalmente, del integrante que se encuentra en situación de dependencia. Considerando que 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, se debe asegurar el cumplimiento de las siguientes acciones:

- Señalar a los integrantes del hogar (persona con dependencia y su cuidador según corresponda) que es potencial beneficiario del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, informando los objetivos, la oferta disponible y las temporalidades asociadas a la intervención (se entrega “Carta Presentación y Bienvenida”).

²⁷⁷ Ver paso siguiente del proceso.

- Si la persona acepta la participación, se manifiesta que es necesaria la firma de un consentimiento informado al objeto de resguardar la información entregada y formalizar el ingreso al Sistema (se entrega formato “Consentimiento informado”).²⁷⁸
- Firmado el consentimiento, el integrante de la Red explica los objetivos del instrumento de evaluación.

f) Acompañamiento a la Trayectoria

El acompañamiento como metodología de intervención social tiene como propósito (en la Red Local de Apoyos y Cuidados) trazar un proyecto con las familias beneficiarias²⁷⁹ (consignada en el Plan de Cuidados, que se construye en el Componente 1), donde se establece un punto de partida (estado actual de la persona en situación de dependencia y su cuidador/a principal) y un objetivo común. El acompañamiento constituye una acción conjunta y es función central de los integrantes de la Red Local en el proceso de intervención, y comienza a implementarse una vez acordado el Plan de cuidados con el hogar. La lógica es simple, el acompañamiento a la trayectoria de los beneficiarios se hace desde la red, y no desde cada uno de sus integrantes, por ello es relevante que la red de continuidad a los procesos de cada hogar con un único profesional (Evaluación y Seguimiento), al objeto de mantener un interlocutor válido, evitando la multiplicidad de profesionales en el proceso de seguimiento.

Acorde lo anterior, el PRLAC ha establecido una metodología con un estándar mínimo de 10 hitos que se inicia una vez acordado y firmado el Plan de Cuidados por parte de los hogares. Desde esta fecha y cada 3 meses, durante un periodo de 3 años, la Red Local realizará un acompañamiento a los hogares mediante dos modalidades de aplicación: entrevista telefónica y visita en el domicilio de los hogares. No obstante, de acuerdo con las características de cada beneficiario (niveles de urgencia) el equipo de Red podrá establecer seguimientos con mayor frecuencia.

El modelo de gestión del SNAC tiene establecido tres momentos para identificar el estado de los beneficiarios y actualizar los planes de cuidados: a los 12, 24 y 36 meses contados desde la firma del Plan de Cuidados. En cada uno de estos hitos se debe aplicar nuevamente el instrumento de evaluación a cada beneficiario, misma versión empleada en el ingreso del hogar al Programa.

- Línea Base: corresponde la primera aplicación del instrumento de evaluación en el ingreso de los beneficiarios al Programa.
- Reevaluación Líneas intermedias: corresponde a la aplicación del instrumento de evaluación en los meses 12 y 24, contados desde la firma del Plan de Cuidados. Su objetivo es identificar los avances de los beneficiarios (cumplimiento de objetivos de los servicios desplegados) y actualizar o mantener los servicios acordados inicialmente. Para los casos donde aplicado el instrumento se evidencia ausencia de los niveles de dependencia moderada o severa, el equipo tendrá que reevaluar el caso para definir su continuidad o término por ausencia de la situación de dependencia en el hogar.

²⁷⁸ Básicamente, son cuatro los aspectos declarados por el beneficiario: 1) Se está informado/as que responder a la evaluación es completamente voluntaria y que ello no significa que se encuentren participando del PRLAC; 2) que se tiene conocimiento que la información social, familiar, socioeconómica y de salud entregada es confidencial y de uso exclusivo para los fines del Programa; 3) que se está informado que la aplicación de la evaluación no generará necesariamente beneficios directos inmediatos para su familia; 4) y que se compromete a no entregar información falsa, parcial o adulterada, ni ocultar información relevante, acerca de la situación del hogar.

²⁷⁹ La intervención, destinada a las PSDF y sus cuidadores/as principal, se diseña acorde las condiciones del grupo familiar, entendido este como sinónimo de “hogar” de acuerdo a las definiciones estándares de CASEN.

- **Reevaluación Línea de salida:** corresponde a la aplicación del instrumento de evaluación en el mes 36, contado desde a firma del Plan de Cuidados. Su objetivo es validar el nivel de dependencia, e identificar la continuidad de los hogares en el Programa. De acuerdo con los datos levantados en el instrumento de evaluación, el equipo comunal deberá definir si el hogar continúa en el Sistema de Apoyos y Cuidados o egresa del proceso de intervención.²⁸⁰
- En función de lo anterior, el Programa ha definido ciertos criterios para la continuidad o el egreso, que se revisan a los 12, 24 y 36 meses:²⁸¹
 - ✓ **Continuidad:** Los beneficiarios mantienen su nivel de dependencia (moderado o severo), se encuentran dentro del 60% de la Condición Socioeconómica del Registro Social de Hogares, y requieren de la continuidad de las prestaciones entregadas por la Red Local de Apoyos y Cuidados. Cumpliendo los requisitos, el equipo de Red puede dar continuidad a la intervención, siempre y cuando los beneficiarios acepten su participación mediante la firma del nuevo Plan de Cuidados.
 - ✓ **Egreso:** Cuando el nivel de dependencia es leve o hay autovalencia, cuando el tramo de Registro Social de Hogares supera el 60% o cuando el/los beneficiarios deciden voluntariamente no seguir en el Programa. El equipo deberá realizar el informe de egreso de acuerdo al caso particular, con la siguiente información: Antecedentes del hogar; nombre hogar, nombre PsD, Cuidadora, ID, folio RSH, dirección, teléfonos; Hitos, fecha evaluación, fecha plan de cuidado, fecha reevaluaciones; Servicios entregados por año y especialidad; Seguimientos realizados; Estado actual de la PSDF y su Cuidadora Principal; Genograma y Ecomapa; Observaciones y desarrollo de la decisión que toma la Red para egreso del hogar; Consideraciones

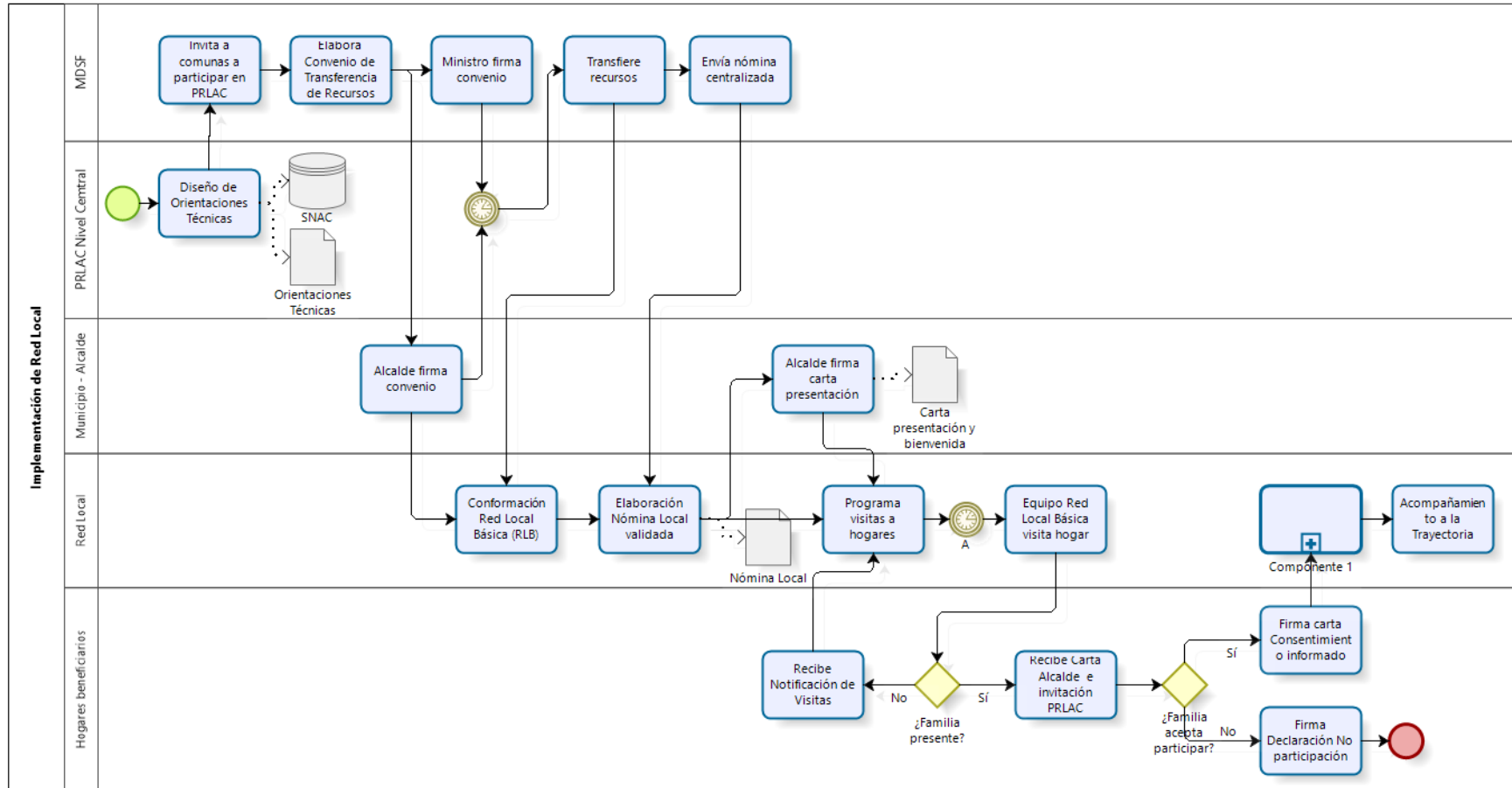
El objetivo de las sesiones de seguimiento es verificar el acceso a la oferta, aclaración de dudas, levantamiento de reclamos, supervisión a la calidad de los servicios, uso del material educativo, levantamiento de nuevos requerimientos. Con la información recopilada los profesionales de la Red deben elaborar informes que contengan,²⁸² principalmente, los avances de los objetivos del Plan de Cuidados y las gestiones que se deben realizar para solucionar los aspectos surgidos en las sesiones. Estas deben ser monitoreadas periódicamente y presentadas en las instancias de coordinación de la Red Local.

²⁸⁰ Debe notarse que, por las características de la población beneficiaria, en particular las PSDF, el egreso del programa ocurre en la mayoría de los casos por fallecimiento o abandono, y no por una mejoría de la condición. A su vez, el egreso de la Red local se produce en general por traslado de comuna del beneficiario.

²⁸¹ A la fecha el programa no tiene egresados.

²⁸² En la siguiente etapa de la evaluación el Panel evaluador recogerá antecedentes desde los equipos de las redes locales para establecer, entre otros aspectos, si el seguimiento ocurre como se describe.

Figura Nº 6. Proceso de Implementación Red Local



Fuente: Elaboración propia en base a documentación del Programa y entrevistas a profesionales PRLAC.

2. Proceso de Producción del Componente 1: Plan de Cuidados

El proceso de producción del Componente 1 se desarrolla del siguiente modo:

- Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución
- Implementación de Primera visita a hogares y Evaluación de Hogares
- Elaboración de versión preliminar del Plan de Cuidados
- Entrega al hogar de versión preliminar del Plan de Cuidados
- Elaboración de la versión final Plan de Cuidados
- Ejecución del Plan de Cuidados²⁸³

a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución:

Para este componente el Programa ha definido una guía de orientación técnica y un conjunto de instrumentos para su implementación, que conforman el cuerpo metodológico e instrumental para su implementación a nivel local, que se listan a continuación:

- Orientaciones Técnicas Componente N°1 - Gestión de Red 1907019
- Instrumento N° R 09 Orientaciones Plan de Cuidado
- Instrumento N° R 09.1 Plan de Cuidados
- Instrumento N° R 09.2 Plan de Cuidados Nuevos Servicios
- Instrumento N° R 09.3 Plan de Cuidados rechazo prestaciones
- Instrumento N° R 10 Ficha derivación

El programa ha definido dos estándares de calidad para este componente, que deben ser cumplidos por el equipo de la Red Local:

Cuadro N° 54. Estándares de Calidad Plan de Cuidados

Estándar	Descripción
Tiempo de visita domiciliaria	Mínimo de 30 minutos, el máximo dependerá de cada situación y perfil de hogar. ²⁸⁴
Plan de Cuidados	Temporalidad: elaboración y firma del plan por parte de beneficiarios debe ser durante el mes siguiente a la aplicación de la evaluación, Contenido: cada plan de cuidados debe contener como mínimo 1 servicio.
Derivación	La derivación debe ser oportuna a cada uno de los servicios acordados en el Plan de Cuidados, por lo que el tiempo máximo para este proceso es de 1 mes desde la firma del Plan de Cuidados. ²⁸⁵

Fuente: Tabla N°1 Estándares de Calidad, Orientaciones Técnicas, Componente Gestión de Red, Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Julio 2019

b) Implementación de Evaluación de Hogares

Durante la primera visita, y una vez que la familia ha firmado la carta de consentimiento informado, se procede a aplicar el instrumento de evaluación, o bien a programar una visita posterior para realizarlo.

²⁸³ Por la modalidad de atención integral, metodología de gestión de casos, no se considera una etapa de evaluación para cada componente, sino que ello queda contenido como parte del funcionamiento de la red local, bajo actividades de seguimiento y evaluación.

²⁸⁴ No se establecen ni sugieren tiempos promedios, sólo un mínimo para cada visita domiciliaria, basados en la experiencia de otros programas del SIPS y de la ejecución del servicio de cuidados domiciliario realizado por FUNFA, y que es un antecedente del componente 2.

²⁸⁵ El estándar que define el programa, y que señala lo que se entiende por "oportuna", es máximo un mes para la derivación de cualquier servicio.

El instrumento de Evaluación de Hogares tiene como propósito establecer la valoración del nivel de dependencia, y levantar 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 requeridos por las personas en situación de dependencia y su familia, que se expresa en la formulación del Plan de Cuidados.

El instrumento de evaluación tiene dos versiones, diseñadas en función de tramos etarios de las personas a entrevistar.²⁸⁶ A la persona que motiva y agenda la visita de entrevista se la denomina Persona en Situación de Dependencia índice (PSDF Índice). Esta persona es aquella que por lo general tiene un grado mayor de dependencia o es la de mayor edad en el grupo parental o familiar, siempre que esta condición exista.

La aplicación del instrumento de evaluación de hogares, a las PSDF si ello es posible o a su cuidador/a principal, requiere realizar las siguientes actividades:

- 1) Integrante de la Red procede a aplicación del Instrumento de Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados, según las orientaciones establecidas en el manual respectivo elaborado por el PRLAC.
- 2) Realizada la entrevista, se coordina con los integrantes del hogar (PSDF y Cuidador/a principal) la segunda visita al domicilio para hacer entrega de los resultados de la evaluación y de una propuesta de Plan de Cuidados.
- 3) Posteriormente, el equipo de trabajo de Red local realiza un proceso de análisis de casos al objeto de identificar: el perfil del hogar, las necesidades de apoyos y cuidados de las personas, nivel de urgencia, entre otros. Dicha información permite contrastar los servicios disponibles a nivel local, la cobertura efectiva del SNAC, y la ejecución de los servicios especializados.
- 4) 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 al objeto de clarificar las expectativas generadas en la aplicación del instrumento. Estos objetivos se plasman en el instrumento denominado “Plan de Cuidados”.

c) Elaboración de versión preliminar del Plan de Cuidados:

Posterior a la primera visita el equipo de la Red Local Básica se espera que el ingreso de los datos recogidos con el instrumento de evaluación²⁸⁷ se realice al día siguiente en el sistema SNAC, ello pues este sistema genera de manera automática una propuesta de plan de cuidados con los datos ingresados.²⁸⁸ Con ambos insumos, el instrumento

²⁸⁶ Ver Instrumento N° R 04 Guía para la Aplicación del Instrumento Mayores de 15 años.pdf, Instrumento N° R 04.1 Instrumento Mayores de 15 años.pdf, Instrumento N° R 04.2 Guía para la Aplicación del Instrumento 0 a 14 años.pdf e Instrumento N° R 04.3 Instrumento 0-14 años PDF.pdf.

²⁸⁷ El instrumento de evaluación posee 9 secciones, en 8 páginas de extensión, y recopila datos en detalle de: a) SECCION 1: Identificación de la persona en situación de dependencia (PSD) que requiere acceso al subsistema de apoyos y cuidados (índice): nombre completo, sexo, edad, RUT, datos de contacto, domicilio, etc.; b) SECCION 2: Situación de las dificultades permanentes de la persona en situación de dependencia (Dificultades permanentes de la persona, Capacidad funcional de la Persona en situación de Dependencia: Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD), Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD)); c) SECCION 3: Identificador de el/la cuidador o cuidadora principal de la persona en situación de dependencia; d) SECCION 4: Caracterización del grupo familiar de la persona en situación de dependencia (PSD); e) SECCION 5: Caracterización de las necesidades de apoyo de la persona en situación de dependencia; f) SECCION 6: Caracterización actualizada del trabajo de cuidado desarrollada por el/la cuidador/a principal; g) Sección 7: Caracterización de la sobrecarga del cuidador/a principal; h) Sección 8: Condiciones de vivienda y habitabilidad de la persona dependiente; i) SECCION 9: Registro del entrevistador/a.

²⁸⁸ Esta facilidad está disponible desde la convocatoria 2017.

evaluación de hogares y la propuesta automática de plan de cuidados, el equipo de la Red Local Básica realiza un análisis de las evaluaciones efectuadas para cada hogar y produce una versión preliminar del Plan de Cuidados, considerando las orientaciones técnicas definidas por el PRLAC.²⁸⁹ La versión preliminar puede trabajarse en los equipos especializados de la red (unidades de adulto mayor, discapacidad, salud, subsidios, entre otros), con aquella unidad de especialidad según el tipo de hogar. Para la definición de los servicios, se utiliza la matriz de los servicios especializados del Componente 3,²⁹⁰ para la cual el Programa ha sistematizado 7 ámbitos de servicios, 9 categorías de servicios y 29 tipos de servicios especializados, que constituyen la oferta específica a entregar a los beneficiarios.

d) Entrega al hogar de versión preliminar del Plan de Cuidados:

El Plan de Cuidados, debe dar cuenta de la heterogeneidad de los orígenes de la dependencia, física o mental, y de las necesidades particulares de cada caso. En este contexto, cada beneficiario debe tener un plan individualizado, el cual debe reflejar las estrategias de intervención que la Red define y acuerda con los hogares. El Plan de Cuidados constituye el instrumento de intervención social que refleja el acuerdo de acciones que responden al requerimiento individualizado de apoyos y cuidados levantados en el proceso de evaluación. Por lo tanto, establece el acuerdo entre el beneficiario, dependiente y/o cuidador, y el representante de la Red Local respecto del resultado de la evaluación y las necesidades de apoyo y cuidado priorizadas por la familia. El Plan debe ser redactado en lenguaje comprensible para el beneficiario, es decir, no utilizar conceptos o términos técnicos ni abreviaciones. El objetivo es facilitar la comprensión y que el hogar comprenda qué se le entregará como prestaciones.

Validada internamente la versión preliminar del Plan de Cuidados por los integrantes de la red local pertinentes a los servicios a comprometer (unidad de adulto mayor, discapacidad, mujer, etc.), se procede a planificar y coordinar con los hogares la devolución de la evaluación y la presentación del Plan de Cuidados preliminar.

En la visita para hacer entrega del Plan de Cuidados preliminar a los beneficiarios, el profesional a cargo detallando la oferta a la cual accederán, indicando claramente las temporalidades de inicio y ejecución de cada una de ellas. Con la información proporcionada por el integrante de la Red, el hogar puede aceptar, observar o rechazar la propuesta del Plan de Cuidados preliminar:

- Observar el Plan de Cuidados: El integrante de la Red deberá realizar ajustes para modificar el Plan de acuerdo con 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.²⁹¹
- Aceptar el Plan de Cuidados: Si el hogar valida la propuesta de Plan de cuidados preliminar, esta debe ser firmada por el cuidador principal (si existe el cuidador), la persona en situación de dependencia (de acuerdo con sus 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 de Cuidados debe tener dos copias, uno queda en el hogar y el otro para la carpeta del equipo Municipal.

e) Elaboración de la versión final Plan de Cuidados:

²⁸⁹ Considerando el instrumento N° R 9 "Orientaciones Plan de Cuidados".

²⁹⁰ Ver Cuadro N° 59. Tipología de Servicios Especiales, según ámbito y categoría.

²⁹¹ Instrumento N° R 9.3 Plan de Cuidados rechazo prestaciones.

Una vez firmado el Plan de Cuidados, se debe registrar la información en el sistema SNAC, lo que permitirá realizar las respectivas derivaciones a los servicios acordados en dicho plan.

El procedimiento que debe realizar el integrante de la Red para definir la versión final del Plan de Cuidados de cada hogar consiste en realizar un conjunto de operaciones en el Sistema de registro, seguimiento, monitoreo y derivación (SNAC), y son las siguientes:

- 1) Completar “Información sobre Dependencia”: Nivel de Dependencia y Nivel de Urgencia.
- 2) Completar “Necesidades de Apoyo y Cuidados”. Para ello se consideran las siguientes definiciones de necesidades de apoyo y cuidado según ámbitos:

Cuadro Nº 55. Ámbitos de servicios y descripción

Ámbito de Servicio	Descripción
1. Cuidados Domiciliarios	Contempla los servicios destinados a la realización de cuidados domiciliarios a la persona en situación de dependencia, realizados por un cuidador remunerado.
2. Dispositivos de Apoyo	Considera todos los; objetos, equipos, productos o adaptaciones funcionales que son utilizados para aumentar, mantener o mejorar las habilidades de las personas en situación de dependencia, de tal forma que promueven la independencia en todos los aspectos de la vida diaria de la persona.
3. Orientación e Información	Provee de material educativo a las familias usuarias, en temáticas de cuidado.
4. Transferencias Monetarias	Contempla la gestión de acceso a los subsidios y pensiones creados por Ley a los hogares o integrantes que cumplan con los requisitos establecidos.
5. Cuidados Residencias	Identifica las necesidades de cuidado de las personas en situación de dependencia que requieran ser parte de una vivienda Protegidas o una residencia debido a su situación familiar.
6. Apoyos Sociales y/o Comunitarios	Considera toda aquella necesidad social y/o comunitaria que la persona en situación de dependencia requiere.
7. Gestión de trámites	Identifica la necesidad de generar acciones para que los beneficiarios ingresen, actualicen o postulen a distintas prestaciones públicas o privadas.

Fuente: Instrumento N° R 9 “Orientaciones Plan de Cuidados”

- 3) Cruce de los resultados de la evaluación con las prestaciones asociadas a los ámbitos de servicios.
- 4) Estructurar las “Necesidades de Apoyo y Cuidados”, levantadas en la Sección 5 del instrumento de Evaluación aplicado, seleccionado en el menú del sistema los tipos de servicios por ámbito de servicio.
- 5) Estructurar el “Acceso a Servicios y Prestaciones Sociales”. En esta sección se refleja el resultado del proceso de acuerdos y priorización entre los beneficiarios de los hogares y la Red Local respecto de los servicios y prestaciones, registrándose todos los servicios que la Red Local proveerá a los beneficiarios.
- 6) Por último, en el campo “Observaciones” se registra de forma sintética los aspectos más relevantes que fueron levantados en la Sección 9 del instrumento de Evaluación aplicado, y que serán de utilidad para efectos del proceso de acompañamiento que realizará la Red Local.

f) Ejecución del Plan de Cuidados:

La ejecución del Plan de Cuidados acordado con el hogar puede requerir

- Utilizar recursos propios del PRLAC.
- Ejecutar el proceso de derivación de hogares a los servicios y prestaciones declarados en el Plan de Cuidados, sean estos administrados por la Red Local o coordinados intersectorialmente de la oferta local existente.

La derivación, se define como el procedimiento por el cual la red local refiere a los usuarios a un programa o servicio, que sea pertinente para responder a la necesidad de apoyo y cuidado identificada en el plan de cuidado. Para las derivaciones se utiliza un formulario ad hoc,²⁹² que debe ser presentado por la entidad que deriva y validado en la entidad receptora de la Red Local.

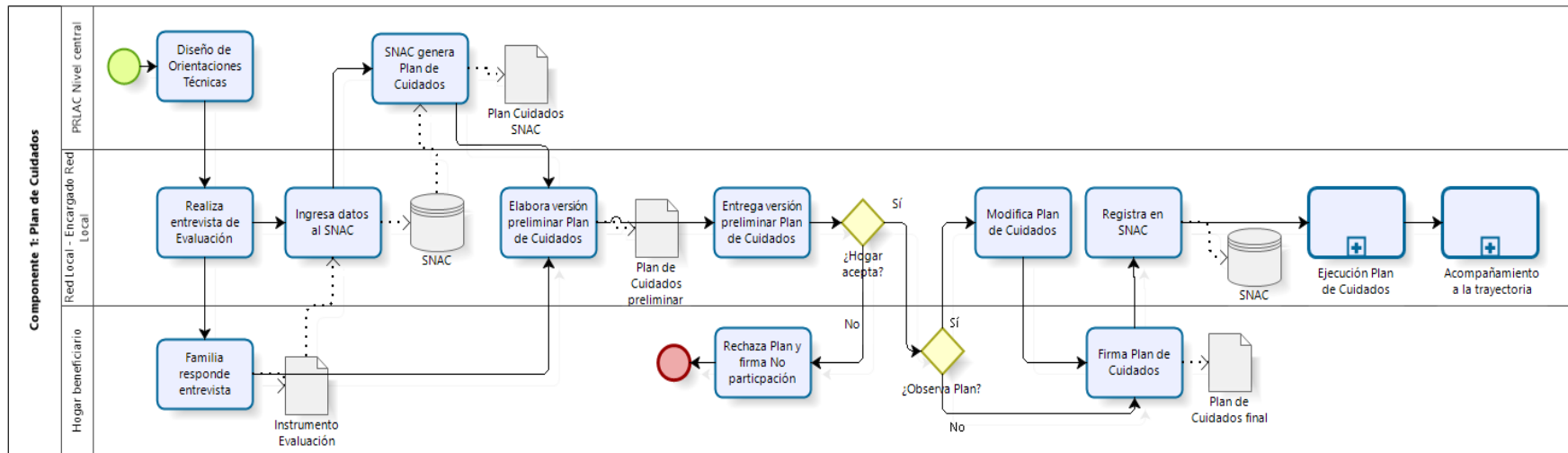
Toda derivación tiene un acuerdo y planificación previa entre las contrapartes de los programas (aquellos que derivan y los que reciben la derivación). El marco inicial de acción se identifica al momento de conformar la red en el Mapa de Oportunidades, que establece las ofertas programáticas vigentes en la comuna, y más tarde, la red ya constituida define de manera más precisa los recursos y cupos efectivamente disponibles para el año calendario, acorde la tipología de servicios especiales definida en el catálogo del sistema SNAC. Dada las características y situaciones de los beneficiarios, el programa ha establecido que no se realicen derivaciones sin previo acuerdo, pues casi sin excepción la atención será en el domicilio del beneficiario. En este sentido, el proceso de derivación no es sólo un acto administrativo, se entiende como una acción en el proceso de intervención y una de las tareas relevantes del modelo de gestión de casos. Los actores de la Red acompañan a los beneficiarios en dos ámbitos:

- Orientaciones: El objetivo es guiar y clarificar las dudas que pueden surgir en el proceso.
- Acompañamiento: Existen programas o servicios donde se requiere que los referentes de la Red asistan a los beneficiarios en el proceso. Algunas de las acciones a realizar son; agendamiento de horas, acompañamiento presencial, llenado de formularios, intermediación, entre otras acciones.

La etapa de derivación finaliza una vez que el servicio es entregado al beneficiario, y se realiza el seguimiento durante la etapa de acompañamiento.

²⁹² Ver instrumento N° R 10 "Ficha Derivación".

Figura N° 7. Proceso de Producción del Componente 1



Fuente: Elaboración propia en base a documentación del Programa y entrevistas a profesionales PRLAC.

3. Proceso de Producción del Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria

El trabajo de cuidado de personas dependientes ha sido históricamente realizado por las mujeres como una labor no remunerada, invisible y de responsabilidad exclusiva, dedicando extensas jornadas de trabajo y enfrentando deterioro en la calidad de vida de la cuidadora y de la persona en situación de dependencia.²⁹³ En este contexto, los apoyos y cuidados emergen como problema público, demandando al estado nuevas estrategias de acción. En este contexto, el objetivo del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) es proveer servicios básicos de cuidado en el domicilio del beneficiario, contribuyendo a disminuir la sobrecarga del cuidador/a principal,²⁹⁴ y mejorando las condiciones de atención del beneficiario.

El SAD es una prestación social gratuita, complementaria a los cuidados sociales que otorga la familia o el cuidador/a principal, es realizado por personal calificado, denominado Asistente de Cuidado, en el domicilio familiar, y está dirigida a los hogares que son derivados desde la Red Local de Apoyos y Cuidados, en el marco de la ejecución del Plan de Cuidados. La ejecución de este servicio, en la práctica, se incluye en el plan de cuidados en la medida que la evaluación técnica que se ha realizado (análisis del instrumento de evaluación) indica que hay presencia de sobrecarga en el cuidador/a principal, lo que efectivamente no ocurre en todos los casos.

El programa define al cuidador/a principal como aquel adulto significativo, mayor de 18 años, que asume la responsabilidad, representación y cuidado de la persona dependiente, en forma regular y permanente, sin percibir remuneración por el trabajo de cuidado. Estas personas pueden tener o no un vínculo consanguíneo con la persona dependiente o bien, formar parte de su red de apoyo directa. El rol de cuidador abarca labores domésticas, preocuparse de la situación económica de la persona cuidada, mantener las condiciones de salud de la persona, responsabilizarse por su higiene y alimentación, realizar actividades de compañía y recreación.

El programa entiende la sobrecarga del cuidador como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, que amenaza la salud física y mental del cuidador. 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. La literatura²⁹⁵ ha mostrado que un cuidador/a que presente estrés o sobrecarga, puede tener efectos negativos sobre el receptor de cuidados, incidiendo en una mayor institucionalización y malos tratos hacia la persona dependiente.

Las orientaciones técnicas del PRLAC indican que las actividades de cuidado a realizar en cada hogar se establecen en una planificación específica del SAD, que implica un responsable y una calendarización específica acordada con el cuidador/a beneficiario las que son de carácter personalizado, de acuerdo con las necesidades y preferencias de las personas en situación de dependencia y sus cuidadores/as. Éstas se orientan desde una ética del cuidado basada en el respeto a la dignidad y al reconocimiento de la autonomía

²⁹³ Ver, por ejemplo, Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010), Estudio Nacional de la Dependencia en Adultos Mayores. Santiago (Chile); Subsecretaría de Evaluación Social, MDS (2015) Caracterización de Cuidadoras/es Dependientes/CGP, Informe Final.

²⁹⁴ Sobrecarga medida según la Escala Zarit. Ver Zarit, S.H. (2002). Caregiver's Burden. En S. Andrieu y J.P. Aquino: Family and professional carers: findings lead to action. Paris: Serdi Edition y Fondation Médéric Alzheimer.

²⁹⁵ Carretero, S., Garcés, J., Ródenas, F., San José, V. (2006) "La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes", Editorial Tirant Lo Blanch, España, ISBN 10: 8484565548 ISBN 13: 9788484565543.

de las personas para decidir sobre todo aquello que les incumbe. No puede ni debe reemplazar a ninguna acción que sea propia de los profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, psicólogos, kinesiólogos, entre otros. El servicio asistencial está orientado al apoyo en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que aporten confort y bienestar a la díaada del cuidado.

La planificación específica de este servicio se plasma en un Plan de Apoyo SAD,²⁹⁶ que orienta la atención que se producen dentro del hogar en materia de cuidados personales, apoyo a la alimentación, administración de medicamentos, inserción e inclusión en redes familiares, sociales y de servicios.

Como se indicó al comienzo de este anexo, a través de este componente el programa entrega dos servicios, la Selección, contratación y nivelación de Asistente de Cuidados y el Aseguramiento de calidad. El servicio propiamente tal, asistencia domiciliaria, la provee el Asistente de Cuidados asignado al respectivo hogar. Considerando lo señalado, el proceso de ejecución del componente SAD es el siguiente:²⁹⁷

- Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución (PRLAC nivel central)
- Preparación del Servicio (PRLAC nivel local)
- Planificación del Servicio (PRLAC nivel local)
- Ingreso a Domicilio (PRLAC nivel local)
- Provisión del Servicio (Asistente de Cuidados)
- Aseguramiento de calidad (PRLAC nivel local)

El detalle de estas actividades se presenta a continuación.

a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución:

Para este componente el Programa, en el nivel central, ha definido una guía de orientación técnica y un conjunto de instrumentos para su implementación, que conforman el cuerpo metodológico e instrumental para su implementación a nivel local, que se listan a continuación:

- Orientaciones Técnicas Componente N°2 - Servicio Atención Domiciliaria
- Instrumento N° S 01 Perfil por Competencias
- Instrumento N° S 02 Funciones y Normas Asistentes de Cuidado
- Instrumento N° S 03 Insumos y Kit de estimulación
- Instrumento N° S 03.1 Acta entrega insumos Asistentes
- Instrumento N° S 04 Indumentaria Asistentes
- Instrumento N° S 04.1 Proceso contratación profesionales SAD2017
- Instrumento N° S 05 Perfil Hogar y PSD
- Instrumento N° S 06 Presentación del Servicio
- Instrumento N° S 07 Rechaza participación
- Instrumento N° S 08 Compromiso de Participación
- Instrumento N° S 09 Listado 36 actividades de apoyos y cuidados
- Instrumento N° S 10 Ficha de Ingreso al Servicio
- Instrumento N° S 11 Plan de Apoyo
- Instrumento N° S 11.1 Consentimiento realización actividades higiene y cuidado

²⁹⁶ No confundir con el Plan de Cuidados, que da origen al SAD. Este plan para el SAD se formula siguiendo el Instrumento N° S 11 Plan de Apoyo.

²⁹⁷ En paréntesis se indica al responsable principal de la actividad.

- Instrumento N° S 11.2 Consentimiento Informado medicamentos validación
- Instrumento N° S 11.3 Consentimiento Informado medicamentos rechazo
- Instrumento N° S 12 Registro diario de las actividades realizadas por las Asistentes
- Instrumento N° S 13 Ficha Registro Incidencias, Emergencias, Consultas o Reclamos
- Instrumento N° S 13.1 Finalización Participación
- Instrumento N° S 14 Ficha Supervisión Asistente
- Instrumento N° S 15 Encuesta de Satisfacción Usuario
- Instrumento N° S 16 Checklist revisión documental
- Instrumento N° S 17 Plan Formativo
- Instrumento N° S 26 Plan Formativo Asistentes Cuidados

El programa ha establecido para este componente los siguientes estándares de calidad:

Cuadro N° 56. Estándares de Calidad SAD

Sujeto	Estándar
Comuna	1) Cada comuna tiene una cobertura promedio de 30 a 90 hogares en el SAD. 2) Cada comuna cuenta con presupuesto, para efectos de formación y perfeccionamiento de los/las Asistentes de Cuidado. 3) Cada comuna dispone de un/a Coordinador/a del Servicio.
Asistente de Cuidado	4) Cada Asistente de Cuidado tiene un máximo de 5 hogares a cargo. 5) Las funciones de los/las Asistentes de Cuidado, se realizan en base a un listado de 36 actividades de la vida diaria predefinidas. 6) Cada Asistente dispone de indumentaria, materiales e insumos para la realización de las actividades de cuidado en los hogares. 7) Las/los Asistentes de Cuidado son supervisadas/os cada 3 meses, o con espacios menores de tiempo si el Coordinador SAD así lo establece.
Hogar	8) Cada hogar recibe en promedio 2 visitas domiciliarias semanales de 4 horas cada una o 1 visita de 8 horas a la semana, a excepción de casos urgentes que deben ser validados por la Red local e informado a la contraparte del Ministerio. 9) A cada hogar se le aplica un mínimo de 2 encuestas de satisfacción por año, pudiendo responder la persona dependiente o su cuidador/a.

Fuente: Orientaciones Técnicas Componente N°2 - Servicio Atención Domiciliario, julio 2019.

b) Preparación del Servicio, se realizan las siguientes actividades a nivel local:

- **Reclutamiento.** El reclutamiento, es un conjunto de procedimientos y actividades usados en el proceso de convocatoria de personas aptas para un determinado tipo de actividad, en este sentido, es el primer paso para atraer personas interesadas en un puesto de trabajo. Usualmente descansa en el conocimiento y forma de trabajo de la OMIL respectiva.
- **Selección Asistentes de Cuidado.** Considerando los riesgos²⁹⁸ que se pueden presentar en la entrega del servicio en los domicilios de los beneficiarios, los postulantes requieren de un conjunto de competencias específicas,²⁹⁹ así como un alto grado de responsabilidad, compromiso y motivación.³⁰⁰ En este marco, los profesionales que

²⁹⁸ Entre otros, el inadecuado tratamiento de las afecciones de los pies de los PSD, o del apoyo funcional (físico y cognitivo), o en la administración de medicamentos.

²⁹⁹ Asociadas a la realización de las actividades del servicio domiciliario (ver Cuadro N° 58 Actividades de cuidados especializadas del SAD).

³⁰⁰ Atendiendo q que no se establecen requisitos técnicos o nivel de formación previa, el perfil del cuidador se define (en Instrumento N° S 02 Funciones y Normas Asistentes de Cuidado) por las funciones que este debe cumplir: 1) Atender a usuarios/as, cuidadores/as, familiares y/o red de apoyo de beneficiarios/as, según las potencialidades y necesidades identificadas en el proceso de evaluación; 2) Participar de reuniones interdisciplinarias de análisis y gestión de casos; 3) Establecer y mantener canales de comunicación efectiva entre los equipos técnicos (Red Local, otros servicios); 4) Cumplir

realizarán el proceso de selección deben ser los más idóneos para realizar el proceso,³⁰¹ considerando las siguientes tareas: recepción de documentación de candidatos,³⁰² contextualización de la oferta laboral (dará conocer el PRLAC), entrevista psicológica y aplicación de pruebas de personalidad, entrevista laboral y/o técnica, selección y contratación de candidatas/os.

- Nivelación de conocimiento previo a ingreso a domicilio. Debido a que el perfil de los/las Asistentes es diverso en conocimientos teóricos, prácticos y de experiencia laboral, es fundamental, que previo al inicio del ingreso a domicilio, el coordinador/a SAD planifique una etapa de nivelación de conocimiento al equipo de Asistentes contratados. Para el proceso de nivelación el Programa (nivel central) ha establecido una estructura temática mínima, a desarrollar en un periodo mínimo de 4 días, donde los temas indicados en el siguiente cuadro se puedan trabajar en una primera instancia, para luego profundizar en un proceso de formación continua. Estas capacitaciones son realizadas, primero, por el equipo del nivel central a los equipos locales (3 coordinadores), y luego estos coordinadores más profesionales de servicios de la red local a los asistentes de cuidado contratados.

Cuadro N° 57. Temáticas para la formación inicial

Marco	Módulo	Contenidos
Red Local de Apoyos y Cuidados	Red Local	<ul style="list-style-type: none"> • Red Local • Etapas, modelo de gestión
Servicio de Atención Domiciliaria	SAD	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivos • Características • Funciones y Normas para el/la Asistente de Cuidado, Instrumento N° S 2. • Lenguaje común, enfoques y modelos
Plan Formativo SENCE, Resolución Exenta N°2595, "Asistentes de Cuidado a Personas en Situación de Dependencia" ³⁰³	Módulo 3 Discapacidad, Dependencia, Enfoque de derecho, Atención y ética del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Conceptos de Dependencia y de Discapacidad. • Concepto Autonomía en la vida diaria. • El cuidador como promotor de autonomía. • El resguardo de la información confidencial. • Los límites de la relación de apoyo al cuidado.
	Módulo 4 Atención centrada en la persona y Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Características del Modelo de Atención Centrada en la Persona. • Los principios (valores) del modelo de atención Centrada en la Persona. • Relación Persona a Persona - Importancia del vínculo entre cuidador formal y la persona en situación de dependencia. • Escucha activa • Comunicación • Comprensión Empática

Fuente: Orientaciones Técnicas Componente N°2 - Servicio Atención Domiciliario, julio 2019.

con lo propuesto en el plan de intervención elaborado y sesiones a domicilio; 5) Establecer y mantener el vínculo con la familia; 6) Reportar, a lo menos, semanalmente a Coordinador/a SSEE.

³⁰¹ Por ello, las orientaciones técnicas de este componente sugieren que para el desarrollo de las etapas de reclutamiento y selección se active la coordinación con la Oficina de Intermediación Laboral (OMIL) de cada comuna (Red Local), de modo tal que en conjunto se establezcan los procedimientos y responsabilidades de cada unidad o departamento.

³⁰² En el marco de la ley 20.594 y dado que la población del SAD es heterogénea en edad, es necesario que revisen cada uno de los RUN en el Registro de personas con prohibición para trabajar con menores de edad.

³⁰³ Este Plan consta de 7 módulos: Descripción del trabajo, legislación laboral y derechos previsionales (debe estar orientado a la tipología de contrato de las asistentes); Género, trabajo y autonomía económica; Discapacidad – dependencia - enfoque de derechos, atención y ética del cuidado; Atención centrada en la personas y comunicación; Autocuidado: conceptos y técnicas de autocuidado; Acompañamiento en la realización de rutinas diarias; Cuidados primarios a personas en situación de dependencia; Trato respetuoso de las personas con discapacidad mental y demencias.

- La actividad formativa inicial se refuerza posteriormente mediante un proceso de formación continua, que es una modalidad compuesta por actividades y/o programas que tiene como objetivo entregar herramientas teóricas y/o prácticas al equipo de Asistentes. Las actividades se pueden ejecutar mediante modalidades tales como; asesorías técnicas, relatorías y talleres. Para la implementación de la formación continua el Ministerio de Desarrollo Social entrega a cada municipio un monto global asignado a la Línea de Servicios de Atención Domiciliaria, en los ítems; “Servicios de Capacitación”, “Expositor de talleres” y “Arriendo de Infraestructura o Recinto”. Es importante considerar que no todos los procesos formativos están asociados a recursos monetarios que entrega el MDSF, las estrategias son diversas. Por ejemplo, se podría coordinar con algún integrante de la Red que tenga la experiencia y conocimiento en alguna temática específica y el lugar de la capacitación se podría gestionar en los espacios que existen en la comuna.

La Formación Continua considera realizar:

- ✓ Procesos de capacitación de los asistentes de cuidado. El coordinador/a del SAD es responsable de formular y diseñar el plan formativo para todos los asistentes de cuidado contratados por el PRLAC, y que se ejecutará durante la implementación del servicio.³⁰⁴ Una vez construido el plan, debe ser enviado a la contraparte del SAD del PRLAC nivel central con copia a la contraparte regional. El coordinador/a del Servicio revisa la propuesta, realiza observaciones o aprueba el Plan. Este proceso se debe realizar durante el primer mes del ingreso a domicilio. Para establecer la secuencia de formación, se propone utilizar los módulos planteados en el plan formativo del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo.³⁰⁵
- ✓ Reunión periódica de gestión de caso. Es una actividad liderada por el coordinador/a del SAD, con participación de los/las Asistentes de Cuidado. No tiene una periodicidad preestablecida, si bien se enmarca en los estándares generales del Plan de Cuidado, que requiere un seguimiento mínimo de una vez al mes. A este espacio se debe involucrar a los profesionales de los Servicios Especializados y/o al coordinador/a de la Red Local de Apoyos y Cuidados. El objetivo es analizar de forma integrada cada caso, incorporando a todos aquellos servicios y profesionales que están realizando algún tipo de intervención en el hogar.
- ✓ Autocuidado equipo SAD. Se entiende como el conjunto de estrategias de afrontamiento que se pueden implementar para prevenir déficits y propiciar o fortalecer el bienestar integral en las áreas físicas, emocionales y psicoespirituales.
- Adquisición de materiales e indumentaria para los/las Asistentes. El encargado de la Red Local es responsable de la adquisición de insumos para el cuidado,³⁰⁶ Kit estimulación,³⁰⁷ e indumentaria.³⁰⁸ Para la entrega de los insumos y materiales, el/la asistente, a modo de constatación, debe completar el formulario preestablecido.³⁰⁹

c) Planificación del Servicio, se realizan las siguientes actividades:

- Análisis de los criterios para la asignación de hogares. La asignación de hogares es un

³⁰⁴ Según Instrumento N° S 17 Plan Formativo para los/las Asistentes de Cuidado.

³⁰⁵ Resolución Exenta N°2595 (2017).

³⁰⁶ Definidos en Instrumento N° S 3 Insumos y Kit de estimulación. Son todos aquellos insumos o materiales que se requieren para desarrollar las actividades de cuidado con la persona en situación de dependencia y su espacio físico. Los insumos o materiales deben ser considerados como una de las herramientas de trabajo de las Asistentes.

³⁰⁷ Contiene diversos implementos, tales como, memorice, cartas, bolsas sensoriales, encajables o apilables.

³⁰⁸ En Instrumento N° S 4, se detalla la indumentaria a utilizar. Esta es parte de la formalidad del servicio. Su utilización es un facilitador para el ingreso a domicilio, disminuir los riesgos en los territorios más complejos y permite una mayor validación por parte de las contrapartes de la Red y de las organizaciones territoriales.

³⁰⁹ Instrumento N° S 03.1 Acta entrega insumos Asistentes.

proceso de análisis respecto del perfil de los/las Asistentes (conocimientos teóricos, prácticos y habilidades blandas) y ciertas características de los beneficiarios que son relevantes de considerar, que implica considerar criterios para una definición equilibrada de asignación de hogares. El PRLAC ha definido estos criterios, en términos de sectorización permite utilizar eficientemente los tiempos de traslado de los/las asistentes entre los hogares que tiene asignado, niveles de dependencia de los beneficiarios (moderada o severa), origen de la dependencia (física, psíquica, intelectual, entre otras), edad, sexo y talla de la PSD, situación familiar (posible consumo de alcohol o drogas, entre otras), antecedentes Cuidadora Principal (tiempo que lleva cuidando, sobrecarga, entre otros), perfil de el/la Asistente de Cuidados (experiencia práctica, teórica).

- Asignación de hogares preliminar. Consiste en la distribución y asignación de los hogares derivados por la Red Local de Apoyos y Cuidados a cada una de los/as Asistentes de Cuidado. La asignación es realizada por el Coordinador/a SAD de acuerdo con los estándares de calidad definidos, sobrecarga del cuidador principal, personas con gran dependencia y escasa o nula red familiar de apoyo para el cuidado, traslado entre un hogar y otro (para zonas rurales se sugiere asignar día completo, 8 horas), reuniones de equipo y análisis de casos, proceso de formación continua.
- Presentación y análisis de caso hogares asignados. Establecida la primera versión de la asignación, el coordinador/a del SAD debe coordinar una reunión de análisis de casos previo al primer encuentro entre los/las asistentes y los beneficiarios. La información para considerar para esta reunión es el perfil de hogares y PSD. El coordinador/a SAD debe realizar una breve presentación de los hogares a los/las Asistente, con el objetivo de traspasar información que será de utilidad para efectos del proceso de intervención. Administrativamente, en esta etapa se debe construir la carpeta de cada hogar.

d) Ingreso a Domicilio, se realizan las siguientes actividades:

- Coordinación de la visita. El coordinador/a del SAD agenda la visita con los hogares, utilizando la información de contactos telefónicos levantados en el instrumento de evaluación, acordando día y hora con la cuidadora principal y la PSD. En los casos donde no exista un número de teléfono para realizar el contacto previo a la visita domiciliaria, se debe dar aviso al Encargado de la Red para que coordine la visita mediante el equipo de servicios especializados. Si coincide, se puede también agendar en las sesiones que la Red realiza en el seguimiento a la trayectoria. Es preciso agotar todas las instancias para coordinar previamente la primera visita del SAD, de ese modo, cerciorarse que los beneficiarios/as se encontrarán en el domicilio y disponibles el tiempo que dure la visita.
- Desarrollo de la visita. A la primera visita debe asistir el coordinador/a del SAD y el/la Asistente asignada (El Coordinador SAD podrá definir si la primera visita se realiza en conjunto con la/el Asistente o si asiste en una primera instancia solo). Este primer encuentro entre la PSD/Cuidador y el/la Asistente es significativo, dado que la primera impresión cobra importancia en este tipo de servicio. Siempre se debe tener presente que cada hogar tiene una realidad particular y sus integrantes son diversos entre sí. En este sentido las estrategias de acercamiento a cada hogar deben ser planificadas y pensadas teniendo en cuenta estas premisas. La primera visita contempla las siguientes tareas: Presentación del Servicio, Firma de instrumentos y aproximación al Plan de Apoyo, Presentación del/la Asistente, Validación de horarios y días. En la presentación del servicio, el hogar puede aceptar participar, solicita un tiempo para decidir sobre su participación, rechazar la participación. En este último caso, el coordinador/a SAD debe indagar sobre los motivos y si persiste la decisión del hogar debe registrar el rechazo a

- la participación en el formulario preestablecido.³¹⁰
- Cierre de la visita. Para terminar la visita es necesario hacer un cierre del proceso con la cuidadora principal y la persona en situación de dependencia, agradeciendo primero el espacio y el tiempo, reafirmando lo importante de la participación en este servicio, y por último consultando si queda alguna duda. Finalmente, se agenda la primera visita donde el Asistente iniciará la ejecución del SAD.

e) Provisión del Servicio

El/la Asistente de Cuidados debe enmarcar su trabajo dentro de un conjunto de 36 actividades de cuidados especializadas y reguladas en instructivos, acordando con la diada (PSD-Cuidador principal) cuáles específicamente realizará. Este acuerdo se establece en un Plan de Atención SAD.

Cuadro Nº 58. Actividades de cuidados especializadas del SAD

Área	Servicio
Higiene y Cuidado Personal	1. Baño/ Ducha.
	2. Aseo Corporal.
	3. Lavado de Cabello en Cama.
	4. Higiene de los pies.
	5. Aseo Genital.
	6. Aseo Dental y Bucal.
	7. Apoyo a la micción y defecación.
	8. Uso de la Chata.
	9. Cambio de Pañal.
	10. Lubricación y cuidado de la piel.
	11. Prevención de úlceras por presión.
	12. Peinado y Maquillaje.
	13. Apoyo a la vestimenta.
Apoyo Funcional (Físico y Cognitivo)	14. Importancia de la estimulación física.
	15. La preparación de la actividad física.
	16. Ejercicios respiratorios y de relajación.
	17. Estimación física a personas con dependencia severa (movilización en cama)
	18. Estimulación física para personas dependientes que se levantan a diario.
	19. Ejercicios para personas con demencias que se movilizan.
	20. Apoyo en la movilidad de la persona (cambios posturales, movilización en cama)
	21. Apoyo en Transferencias.
	22. Manejo postural.
	23. Prevención de caídas.
	24. Apoyo en las actividades significativas de la vida diaria.
	25. Estimulación cognitiva, sensorial y motora
Apoyo en uso correcto de los Medicamentos.	26. Apoyo a la organización de los medicamentos.
	27. Apoyar la correcta administración de los medicamentos.
Apoyo para la alimentación e hidratación.	28. Manipulación y preparación de alimentos.
	29. Apoyo en la ingesta de alimentos y líquidos.
	30. Administración de los alimentos de acuerdo al tipo y nivel de dependencia.
Aseo y orden de la unidad.	31. Apoyo en la limpieza y mantenimiento de las unidades donde habita mayormente la persona en situación de dependencia.
	32. Orden de la cama y cambio de ropa de cama.
Actividades recreativas, sociales y vinculación familiar.	33. Apoyo o acompañamiento en actividades recreacionales, culturales, religiosas o de interés de la persona
	34. Apoyo o acompañamiento para la vinculación familiar, social y barrial.

³¹⁰ Instrumento Nº S 7 Rechaza participación.

Acompañamiento para la inclusión social y uso de servicio.	35. Acompañamiento y apoyo en el uso de los servicios de salud.
	36. Apoyo y acompañamiento para trámites, gestiones, uso de los servicios sociales y cobro de jubilaciones.

Fuente: Instrumento N° S 9 Listado de las 36 actividades de apoyos y cuidados Servicio de Atención Domiciliaria – SAD.

- Vinculación Asistente de Cuidado / Cuidadora principal y Personas en Situación de Dependencia. Para la provisión del servicio se debe considerar la realidad actual de los cuidadores principales y las dinámicas propias que emergen de la relación en la diada cuidadora/persona en situación en dependencia. Entre otras, aprensiones o temores que pueden existir en la cuidadora principal a ser juzgada o perder dicho rol asignado al interior de la familia, o la PSDF presenta distancia y rechazo en un inicio.
- Desarrollo regular de las actividades acordadas. Posterior al primer mes de vinculación y definido el Plan de Apoyo, el/la asistente de Cuidado debe dar inicio al proceso regular y recurrente de las actividades definidas en el Plan. Se sugiere que al término del primer mes (aproximado), el/la coordinador/a SAD realice una visita al domicilio con el/la asistente de cuidado para firmar el Plan de Apoyo acordando, si es necesario, explique nuevamente a los beneficiarios el sentido del servicio, los límites, los derechos y deberes. Luego de esto, el/la asistente de cuidado debe dar inicio al proceso regular y recurrente de las actividades definidas en dicho Plan. Las visitas domiciliarias se deben realizar en los horarios y días acordados con los beneficiarios. Hay que recordar que existen deberes y derechos que están acordados y firmados en el documento denominado “Compromiso de Participación”. El coordinador del SAD debe velar por el cumplimiento de cada uno de ellos, siendo la/el Asistente la persona responsable de alertar y señalar cuando exista algún incumplimiento.
- Procedimientos para situaciones especiales. Durante el proceso de ejecución del SAD pueden ocurrir situaciones inesperadas que afecten y pongan en riesgo tanto a los beneficiarios como a los/las Asistentes de Cuidado. Por ello, el programa ha dispuesto que todo evento especial quede registrado en las carpetas de los beneficiarios y en el sistema de registro de información SNAC.³¹¹ La tipificación es la siguiente:³¹²

Cuadro N° 59. Tipología situaciones especiales en la provisión del SAD

Tipología	Descripción	Eventos
Incidencia	Las incidencias se refieren a cualquier evento que provoque una alteración al desarrollo normal de la visita domiciliaria.	Incumplimiento de los horarios
		Dinámica familiar compleja
		Violencia Intrafamiliar – VIF
		Consumo problemático de alcohol / drogas
		Maltrato hacia el/la Asistente de Cuidado
		Maltrato hacia el encargado/a SAD
Emergencia	Son las circunstancias inesperadas, que suceden de manera súbita, y que tienen como consecuencia la aparición de situaciones de peligro, tanto para los beneficiarios como para el/la Asistente/integrantes de la Red Local del SNAC.	Otra
		Emergencia de salud
		Accidente
		Catástrofe natural
		Problemas en el trayecto de el/la Asistente
Reclamo	Queja verbal o escrita respecto de la calidad de Servicio o situaciones donde se ve involucrada la Asistente y los integrantes del hogar.	Otra
		Mal desempeño de la/el Asistente
		Trato brusco o inadecuado de el/la Asistente hacia la PSD
		Pérdida de objetos / robo

³¹¹ Se utiliza el Instrumento N° S 13 Ficha Registro Incidencias, Emergencias, Consultas o Reclamos.

³¹² A la fecha, el programa no ha sistematizado información al respecto, si bien ella se encuentra registrada en las carpetas de los casos en que han ocurrido.

		Otra
Consulta	Preguntas, solicitud de información u orientación de alguno de los integrantes del hogar relativa al Servicio de Atención Domiciliaria.	Toda consulta que sea necesaria aclarar.

Fuente: Orientaciones Técnicas Componente N°2 - Servicio Atención Domiciliario, julio 2019.

- Estados de los hogares en el servicio. Los estados tienen como objetivo identificar en qué etapa se encuentra cada beneficiario en el proceso de ejecución del servicio. Los estados son los mismos que se reflejarán en el sistema de registro, monitoreo, seguimiento y derivación, SNAC.
 - ✓ Derivado. Hogar que se encuentra en la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados, cuenta con un Plan de Cuidados, está ingresado en sistema de información como demanda de la Red Local y aún no ingresa al Servicio de Atención Domiciliaria.
 - ✓ Asignado. Hogar que se encuentra en la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados cuenta con un/a turno y asistente de cuidado asignado/a según los criterios de asignación de los casos, se encuentra registrado en el sistema de información y sin la visita domiciliaria de ingreso realizada.
 - ✓ Activo. Hogar que se encuentra en la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados, con la visita domiciliaria de ingreso realizada y finalizada, un Plan de Apoyo acordado con la persona y/o su cuidadora y una asistente del cuidado presentada en el domicilio.
 - ✓ Finalizado. Hogar finaliza su participación de forma regular dada su situación actual, de forma voluntaria o debido al incumplimiento de los acuerdos establecidos en el documento denominado “Compromiso de Participación”.
 - ✓ Término. Hogar que se encuentra en la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados como activo y que finaliza su participación anticipadamente en el servicio por alguna de las causas de término del servicio. Este estado sólo se define y ejecuta desde la Red Local.
 - ✓ Suspendido. Hogar que se encuentra activo en la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados, y que la persona causante del servicio se encuentra hospitalizada, o ha se producido un cambio temporal de residencia superior a un mes e inferior a tres meses. Este estado sólo se define y ejecuta desde la Red Local.³¹³

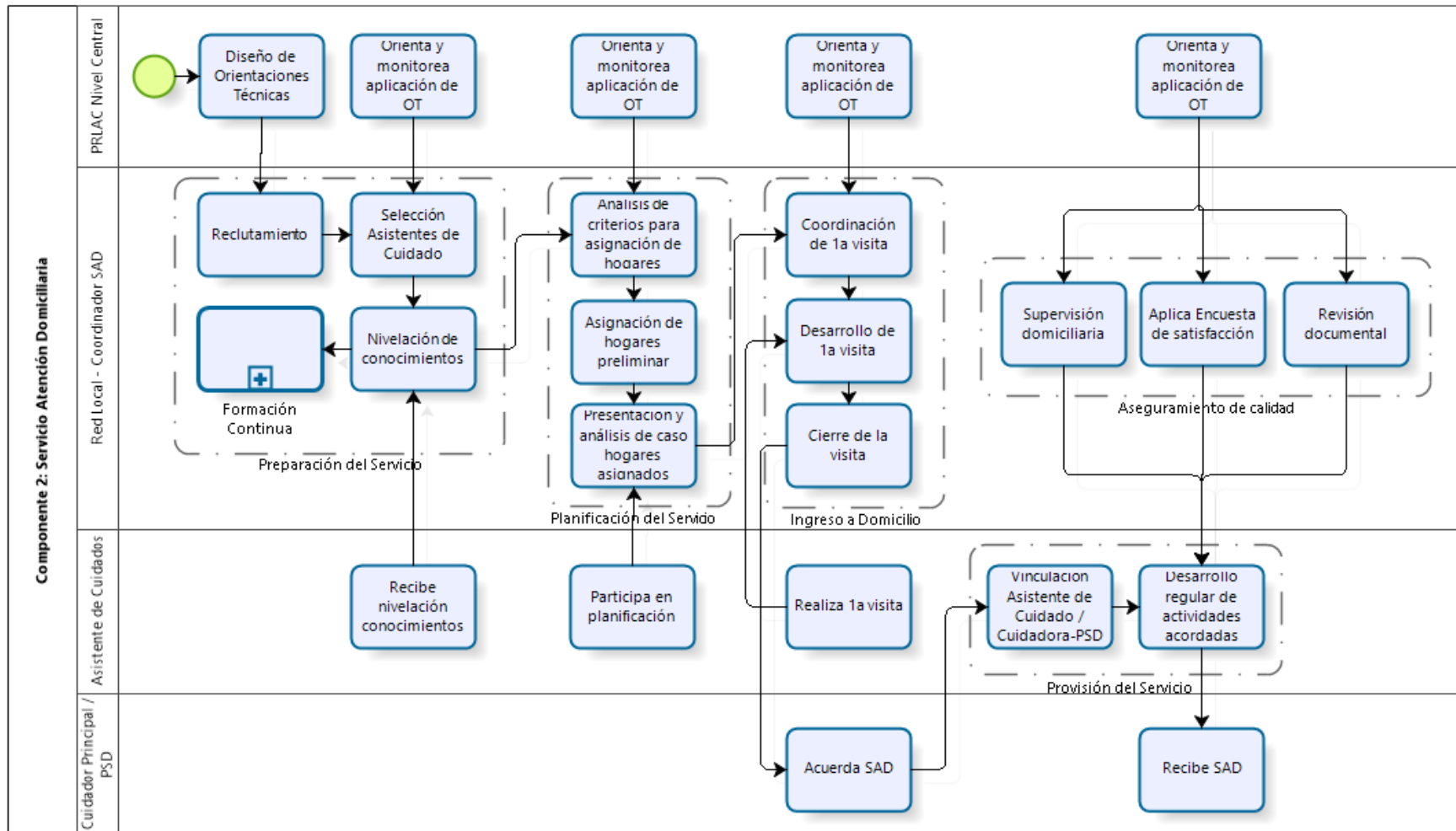
f) Aseguramiento de calidad, se realizan las siguientes actividades:

- Supervisión domiciliaria. El Coordinador/a del SAD es responsable de realizar la supervisión en domicilio, donde el estilo con los supervisados, Asistentes de Cuidados, pone foco en la intervención realizada, su actitud y orientación con las personas atendidas.
- Encuesta de satisfacción. El Coordinador/a del SAD es responsable de aplicar 2 encuestas al año por hogar, al cuidador o la persona con dependencia, con una diferencia de 3 meses entre cada supervisión, para conocer el nivel de satisfacción de los beneficiarios respecto del Servicio de Atención Domiciliaria, entender sus necesidades y obtener información necesaria para realizar mejoras continuas al servicio. La encuesta de satisfacción se debe aplicar en un horario y día donde no esté presente el/la Asistente de Cuidado, a la cuidadora principal y la PSD.
- Revisión documental. Coordinador/a del SAD es responsable de efectuar, una vez al

³¹³ El Programa dispone de esta información en las carpetas de los casos, pero ello no ha sido registrado de manera sistemática en el sistema SNAC.

mes, la revisión administrativa, en el lugar de trabajo, de cada carpeta de hogar beneficiario, cuidando que existan, al menos, los siguientes documentos: Compromiso participación, Ficha ingreso, Supervisión, Encuesta satisfacción.

Figura N° 8. Proceso de Producción del Componente 2



Fuente: Elaboración propia en base a documentación del Programa y entrevistas a profesionales PRLAC.

4. Proceso de Producción del Componente 3: Servicios Especializados

Las personas con dependencia funcional suelen presentar dificultades crónicas y progresivas de salud y cuidado,³¹⁴ por lo que se vuelve relevante comprender que, a consecuencia de lo anterior, se multiplica la variedad de requerimientos y atenciones, en tanto ciclo vital y características propias de la condición permanente de salud.

Los Servicio Especializados (SSEE) como tercer componente de acción del Programa RLAC, pone a disposición de los hogares beneficiarios un catálogo de prestaciones y servicios especializados, que suma un total de 41 tipos, que permiten prevenir la progresión de la dependencia, y promover la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria en personas con dependencia y sus redes de apoyo. Entre ellos se encuentran: podología, peluquería, kinesiología, terapia ocupacional, ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, movilización y otros. Lo anterior, en respuesta a cubrir prestaciones son necesarias para las personas dependientes y que no puedan ser provistas desde la red de servicios que se encuentra presente en el territorio, ya sea por cobertura insuficiente o inexistencia del servicio en lo local. Se contempla, además, la entrega bienes y/o especies de artículos de aseo y cuidado, indumentaria, entre otros.

El diseño original del componente SSEE, describe y propone la contratación de prestaciones de servicios de forma individual y excepcional para casos críticos y urgentes, sin embargo, a medida que se fue implementando el programa, este componente empezó fortalecerse a partir de la conformación de un equipo técnico de SSEE sustentado en la necesidad de observar al hogar de manera integral. Simultáneamente, facilitó la reflexión y análisis de casos interdisciplinariamente entre los profesionales e integrantes que componen el equipo, enriqueciendo la gestión del programa en su conjunto.

Considerando la especificidad de cada prestación, y que cada entidad de la red local disponía de un cierto espectro de servicios que ya proveía en la práctica, surgió la necesidad de una orientación técnica actualizada y acorde a los criterios propios de Servicios Especializados, que detalle el estándar de calidad de atención, metodología, etapas de implementación y despliegue de los servicios, considerando variables y ejes transversales tales como territorialidad, emergentes psicosociales y comunitarios, tipos de apoyos y cuidados a largo plazo, evidenciando el desarrollo de un modelo sociosanitario. De esta manera, la elaboración de las orientaciones técnicas de SSEE prevé la articulación con las redes locales y el intersector. Lo anterior, supone delimitar roles y funciones en la complementariedad entre SSEE y los servicios sanitarios disponibles en el territorio, preferentemente los vinculados a la atención primaria en salud (CESFAM, CECOF, COSAM, CCR) y sus programas asociados (PADDS, MAS AM, RBC, Demencia).

El componente de Servicios Especializados permite destinar y administrar recursos para adquirir bienes o servicios que faciliten la atención integral y centrada en las personas con sus características y necesidades de apoyo específicas, de acuerdo con los Planes de Cuidado elaborados, y que no puedan ser provistos desde la red de servicios que se encuentre presente en el territorio, por cobertura insuficiente o inexistencia del servicio en el territorio. El componente es coordinado por un profesional del área social o sanitaria contratado por el programa, quien gestiona y compra los servicios requeridos por los

³¹⁴ Ver Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S. y Siu, A. L. (2012). Association of Chronic Diseases and Impairments with Disability in Older Adults: A Decade of Change? *Medical Care*, 50(6), 501-507. doi:10.1097/MLR.0b013e318245a0e0.

beneficiarios según su Plan de Cuidados.

Las características relevantes del Servicio Especializado son:

- Su carácter preventivo, con un fuerte componente sociocomunitario y educativo, relevando factores protectores (redes, conocimientos de base, complementariedad de atenciones) y mitigando los de riesgo (abandono, VIF, progresión de la dependencia, hospitalización, otros).
- Otorga los servicios en el domicilio del beneficiario asociados a los apoyos y cuidados, definidos en su Plan de Cuidados
- Avanza hacia el ejercicio de autonomía personal y desarrollo de las actividades de la vida diaria, a través de la entrega integral de servicios profesionales (kinesiología, terapia ocupacional, psicología, entre otros).

La tipología de servicios especializados de apoyos y cuidados se agrupa en dos categorías generales:

- **Servicios:** Corresponde a un conjunto de actividades provistas por profesionales, técnicos y oficios que buscan satisfacer las necesidades del hogar. Entre ellos, se encuentran: ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda (adaptaciones a la vivienda, equipamiento para la vivienda), prestaciones de servicios especializados (kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, psicólogo/a, técnico/a en enfermería, médico/a, podólogo/a, peluquero/a, movilización), procedimientos médicos (consultas médicas y exámenes de laboratorio) y material complementario a las prestaciones de servicio (material didáctico y/o educativo, material de estimulación).
- **Especies:** Contempla un conjunto de objetos fungibles, tales como artículos de aseo, artículos de cuidado, equipamiento para la vivienda, alimento complementario e indumentaria, que apoyen y complementen las labores desarrolladas por los integrantes del equipo SNAC durante la ejecución del programa en el territorio. La entrega de especies se enmarca en la vulnerabilidad socioeconómica vinculada al cuidado de la persona en situación de dependencia, y toma importancia toda vez que se complementan con los servicios profesionales o técnicos que permiten intervenir de manera integral a la persona, resguardando la dignidad de la persona y enfoque de derechos. Las especies debiesen ser cubiertas por programas sociales presentes en la municipalidad, sin embargo, a través de este tipo de servicio, es posible aportar al cumplimiento de la necesidad hasta un 50% del requerimiento total del hogar.

El Componente de Servicios Especializados tiene el siguiente proceso de producción:

- Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución (PRLAC nivel central)
- Planificación del servicio (PRLAC nivel local)
- Ingreso al hogar y Evaluación y diagnóstico situacional (PRLAC nivel local)
- Devolución (PRLAC nivel local)
- Despliegue de servicios en los domicilios (PRLAC nivel local)
- Reevaluación (PRLAC nivel local)

El detalle de estas actividades se presenta a continuación.

a) Diseño de orientaciones técnicas y modalidad de ejecución

Para este componente el Programa ha definido una guía de orientación técnica y un conjunto de instrumentos para su implementación, que conforman el cuerpo metodológico e instrumental para su implementación a nivel local, que se listan a continuación:

- Orientaciones Técnicas Componente N°3 - Servicios Especializados 30.09

- Instrumento N°1 Catálogo de Servicios Especializados
- Instrumento N°2 Ayudas técnicas
- Instrumento N°3 Estándares Técnicos Adaptaciones funcionales
- Instrumento N°4 Ficha Adapta
- Instrumento N°4.1. Autorización de Adaptaciones a la vivienda
- Instrumento N°5 Modelo de Gestión SSEE
- Instrumento N°6 Planilla planificación usuarios SSEE
- Instrumento N°7 Informe Diagnóstico y de intervención SSEE
- Instrumento N°9 Acta entrega materiales profesionales SSEE
- Instrumento N°10 Presentación del SSEE
- Instrumento N°11 Compromiso de Participación SSEE
- Instrumento N°12 Instrumento de ingreso y evaluación al SSEE
- Instrumento N°13 Plan de intervención usuario SSEE
- Instrumento N°14 Registro atención Servicios especializados
- Instrumento N°16 Informe final SSEE
- Instrumento N°21 Encuesta de Satisfacción Usuario
- Instrumento N°23 Funciones y Normas Profesionales SSEE
- Instrumento N°24 Proceso contratación Coordinador SSEE
- Instrumento N°25 Proceso contratación profesional o técnico SSEE
- Instrumento N°26 Perfil por Competencias profesionales SSEE
- Instrumento N°28 Acta de entrega insumos SSEE
- Instrumento N°29 Reporte mensual SSEE
- Instrumento N°30 Finalización Participación SSEE
- Instrumento N°31 Rechaza participación SSEE
- Instrumento N°32 Ficha Registro Incidencias, Emergencias, Consultas o Reclamos

El componente contempla los siguientes estándares de calidad:

Cuadro N° 60. Estándares de Calidad Servicios Especializados

Etapa / Actividad	Estándar
Planificación	1) Para la ejecución de esta etapa se espera en promedio 1 mes de desarrollo.
Ingreso al hogar	2) Se considere hasta 2 visitas domiciliarias por persona / hogar (aprox. 45 minutos). En casos que se requiera, el profesional debe evaluar la necesidad de una tercera sesión de ingreso.
Evaluación y diagnóstico situacional	3) Considerar 1 mes de análisis y elaboración de planes de intervención SSEE.
Devolución	4) Se debe ejecutar en el transcurso del mismo mes que la etapa diagnóstica situacional.
Despliegue de servicios	5) Mantener una actitud empática, cordial, respetuosa, donde el o la profesional sea un facilitador/a en el proceso de intervención, promotor de la autonomía personal y la corresponsabilidad. 6) Cada sesión debe contemplar un mínimo de 30 minutos y un máximo de 1 hora cronológica, sujeto a cambios de acuerdo al formato de intervención, individual o grupal, o al cumplimiento de objetivos.

Fuente: Orientaciones Técnicas Componente N°3 - Servicios Especializados 30.09

b) Planificación del servicio

La planificación es una de las etapas más relevantes del proceso del componente. Permite proyectar las acciones, estrategias y técnicas a desarrollar, oportunas y pertinentes a las características del usuario/a, su hogar y territorio donde habita, consistentes con los

objetivos del programa. Esta etapa está sujeta a nuevos datos e información obtenida durante todo el proceso, desarrollándose mayoritariamente al inicio del flujograma. Sin embargo, posterior a las etapas diagnóstico situacional, despliegue de los servicios y reevaluación, se revisa nuevamente lo planificado, haciendo ajustes de acuerdo con los antecedentes levantados recientemente. Esta actividad contempla realizar las siguientes tareas:

- Levantamiento de características territoriales y recursos comunitarios disponibles respecto de la dependencia funcional: incluye servicios, públicos o privados, organizaciones sociales (de todo tipo: culturales, vecinales, juveniles, agrupaciones, otras), voluntariados, iniciativas locales, y cualquier otro espacio que permita la interacción entre pares y colectivos.
- Planificación territorial de los SSEE: en la planificación territorial, es importante la georreferenciación de los usuarios/as atendidos por los SSEE. Lo anterior, permitirá identificar las rutas de visitas que signifiquen menor pérdida de tiempo en traslado entre hogares, aprovechando los recursos disponibles. Si se identifica la extensión territorial de la comuna a través de un mapa detallado por sectores se puede georreferenciar los hogares a atender, y agrupar a los hogares SNAC más próximos entre sí. En simultáneo, se deben conocer los horarios de todos los profesionales, técnicos o asistentes de cuidado que visiten ese hogar para evitar coincidir en las visitas, o en el caso contrario, cuando se realice una visita en dupla, es preciso planificar y acordar con anterioridad los horarios, según rutas. Para otras atenciones de la red local (salud, discapacidad, RSH, etc.), idealmente se deben conocer también los horarios de visita de manera de no sobre intervenir el hogar.³¹⁵
- Caracterización al perfil o tipología de hogar: con la información emanada del instrumento de evaluación del programa, y los antecedentes recopilados desde la red local y otros servicios, se realiza un análisis de los datos de los hogares. Con lo anterior, se puede alcanzar una tipología³¹⁶ de hogar que permita preparar estrategias y técnicas pertinentes a las características de ese hogar, para un adecuado desarrollo de la intervención.
- Planificación por especialidad: la planificación por especialidad debe considerar el tiempo de ejecución del convenio y contratación de los servicios. Una vez definido lo anterior se debe especificar:³¹⁷ Criterios de ingreso al servicio (requisitos que justifiquen la demanda del servicio); Objetivos del plan de intervención (de corto, mediano y largo plazo); Estrategias de intervención (visitas a terreno en equipo, en complemento con otro servicio SNAC o de la red local); Temporalidad de la intervención (número de semanas o meses que abarcará la intervención con el/la usuario/a); Frecuencia (semanal, bimensual, mensual, semestral); Criterios de término del servicio (requisitos que justifiquen el término del servicio).
- Integración de atenciones: considera la coordinación o el intercambio de información, la articulación comunitaria, es decir, colaboración de forma estable y sistemática por evitar duplicidades, competencia de recursos, descoordinación y potenciar el trabajo en conjunto.
- Preparación de carpetas por usuario/a/hogar: incluye el plan de cuidados, antecedentes y/o informes de derivación de la red local, instrumento de ingreso y evaluación, pautas de evaluación de especialidad, informe diagnóstico y de intervención, plan de

³¹⁵ Se ha dispuesto el uso de una planilla de atenciones por especialidad y otra mensual por hogar (ver Instrumento N°6 Planilla planificación usuarios SSEE).

³¹⁶ Por ejemplo, hogar bipersonal, ambas personas mayores con grados de dependencia leve y moderada, cuidadora principal mujer, con escasa red familiar que apoye las labores de cuidado.

³¹⁷ Según formato del Instrumento N°7 Informe Diagnóstico y de Intervención SSEE.

intervención por especialidad a consensuar con el hogar, carta de compromiso y aceptación de los servicios, actas de entregas, encuestas de satisfacción, otras.

- Entrega de materiales a equipo SSEE: la entrega de material a los profesionales, se desarrolla en el marco de lo planificado en los hogares. Los materiales se utilizan como complemento en el desarrollo de la sesión con el usuario/a, y los profesionales deben contar con criterio técnico que sustente su uso en el proceso de intervención.
- Preparación previo ingreso al hogar: disponer, con anticipación a la hora convocada, de todos los documentos, materiales y herramientas necesarias para el desarrollo de la sesión.

c) Ingreso al hogar y Evaluación y diagnóstico situacional

Esta tarea se inicia con la coordinación y realización de la visita domiciliaria³¹⁸ para la aplicación del instrumento de ingreso y evaluación al SSEE,³¹⁹ que tiene como objetivo levantar de manera complementaria aquellos antecedentes generales de la persona en situación de dependencia y cuidador/a principal que no fueron consignados en la primera evaluación que realice la Red Local de Apoyos y Cuidados en la ejecución del Componente 4.³²⁰ Se aplica una vez por usuario/a, y no en relación al número de SSEE que posteriormente reciba el beneficiario/a. Este Instrumento permite organizar información relevante sobre el beneficiario/a, tales como datos de personas de contacto para situaciones de emergencia enfermedades crónicas o preexistentes, uso de medicamentos, genograma,³²¹ red de apoyo, capacidades e intereses del usuario/a, rutina diaria.

Una vez obtenidos los datos diagnósticos de la situación del hogar, se inicia el análisis conjunto (SNAC y redes locales existentes) de la evaluación, que permite distinguir entre una intervención y otra, buscando precisión y pertinencia de la planificación del servicio especializado por hogar, y se elabora una propuesta de Plan de Intervención de SSEE,³²² considerando como posibles servicios disponibles en las redes locales los siguientes:

Cuadro N° 61. Tipología de Servicios Especializados, según ámbito y categoría

Ámbito de Servicio	Categorías de Servicio Especializado	Tipo Servicio
Apoyos sociales y/o comunitarios	Insumos	Compra de alimentos / suplementos
		Compra de insumos para el cuidado - Kit de cuidado
		Compra de pañales y/o sabanillas
		Compra medicamentos de especialidad
		Kit de aseo personal
	Social	Equipamiento para el Hogar
		Indumentaria Talleres, actividades comunitarias, entre otros
Transporte	Servicio de transporte y movilización	
Cuidados domiciliarios	Recursos humanos	Cuidados Domiciliarios
		Servicio de Atención en Domicilio – Fundación de las Familias
		Servicio de Atención Domiciliaria SAD

³¹⁸ No se debe confundir la visita domiciliar que se realiza en el marco de la primera evaluación, previa al plan de cuidados, con las visitas que requiere efectuar un profesional especialista (por ejemplo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, etc.) para establecer el diagnóstico técnico (clínico) del PSD y elaborar su plan de servicio a desarrollar (sesiones, terapia, etc.).

³¹⁹ Instrumento N°12.

³²⁰ En el Componente 4, siguiente sección, se refiere a los instrumentos: Instrumento N° R 04.1 Instrumento Mayores de 15 años e Instrumento N° R 04.3 Instrumento 0-14 años.

³²¹ Historia familiar y características del grupo que habita el hogar: dinámica familiar, la composición, la estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado.

³²² Corresponde al Instrumento N°13 Plan de Intervención Usuario SSEE.

Cuidados residenciales	Cuidados residenciales	Cuidados Residenciales
Dispositivos de apoyo	Adaptaciones	Adaptaciones funcionales de la vivienda
	Ayudas técnicas	Compra de ayudas técnicas
		Confección de ayudas técnicas y asistencias tecnológicas de bajo costo
		Instalación de ayudas técnicas y tecnologías asistivas
		Reparaciones o mantenimiento de ayudas técnicas y tecnologías asistivas
	Procedimientos médicos	Atención médica y exámenes de laboratorio
	Recursos humanos	Atención de Asistentes Personales / Cuidadores
		Atención de nutricionista
		Atención de peluquería a domicilio
		Atención de podología
		Atención educación física
		Atención enfermería
		Atención fonoaudiológica
		Atención gerontológica
		Atención kinesiológica
		Atención odontológica
		Atención oftalmológica
Atención psicológica		
Atención psiquiátrica / neurológica		
Atención técnico enfermería (TENS)		
Atención terapeuta ocupacional		
Gestión de trámites	Gestión de trámites	Actualización cédula de identidad
		Actualización e Ingreso a RSH
		Asistencia Judicial
		Certificación COMPIN y Registro Nacional Discapacidad
		Pensión (PBSI, PBSV, APSI, SUF Duplo)
		Subsidios y estipendio
		Transferencias monetarias MDSF (control niño sano, beca escolar, etc.)
Orientaciones e información / Material Complementario (a las atenciones de especialistas)	Material de estimulación	Kit de estimulación
	Material didáctico y/o educativo	Organizador del cuidado u otros
Transferencias	Transferencias	Transferencias

Fuente: Instrumento N°1 Catálogo de Servicios Especializados.xlsx

d) Devolución

La devolución al usuario/a y su cuidador/a se desarrolla en el marco del enfoque de derecho, que sostiene que la persona tiene la facultad para decidir sobre los tipos de servicios que recibirá y cómo éstos se desarrollarán. Es una especie de contrato que se establece entre el profesional y la persona, que describe el plan de intervención consensuado, el tiempo de desarrollo, objetivos, y aquellos compromisos por cumplir desde ambas partes. Si el número de servicios especializados es amplio, puede que se requiera realizar más de una visita para abordar la devolución del plan de intervención.

La devolución contempla consensuar y validar el Plan de Intervención SSEE con el hogar, una vez entregados los antecedentes diagnósticos. Comprendido y aprobado dicho plan por el usuario/a y su familia, deben firmar este documento ambas personas y el profesional o técnico del servicio especializado. Luego, se procede a la coordinación del inicio de intervención o despliegue del o los servicios especializados.

e) Despliegue de servicios en los domicilios

El despliegue del servicio en los domicilios requiere efectuar una calendarización y horario de las sesiones, ajustada a las condiciones y necesidades del hogar, realizar el registro de la información, que es fundamental para el respaldo de la intervención y seguimiento del hogar en la trayectoria del programa y servicios. El registro debe mantenerse actualizado con los datos de cada sesión,³²³ y disponible en carpetas y/o plataforma informática. Lo anterior contempla: plan de cuidados y anexos, plan de intervención por especialidad, bitácora de sesiones con objetivos y estrategias desarrolladas en las visitas domiciliarias. Por último, se deben contemplar espacios de coordinación, que tienen por objeto la reflexión de la práctica y los procesos de intervención; por ello, en términos promedio, los equipos organizan los espacios de coordinación semanalmente.

En caso de que la PSDF o el Cuidador/a principal considere que haya ocurrido alguna vulneración de sus derechos en el hogar, debe comunicarlo al Coordinador del SSEE, y en caso que ello no entregue el resultado esperado, puede acudir a la contraparte municipal designada para la gestión del respectivo convenio MDSF – Municipio.

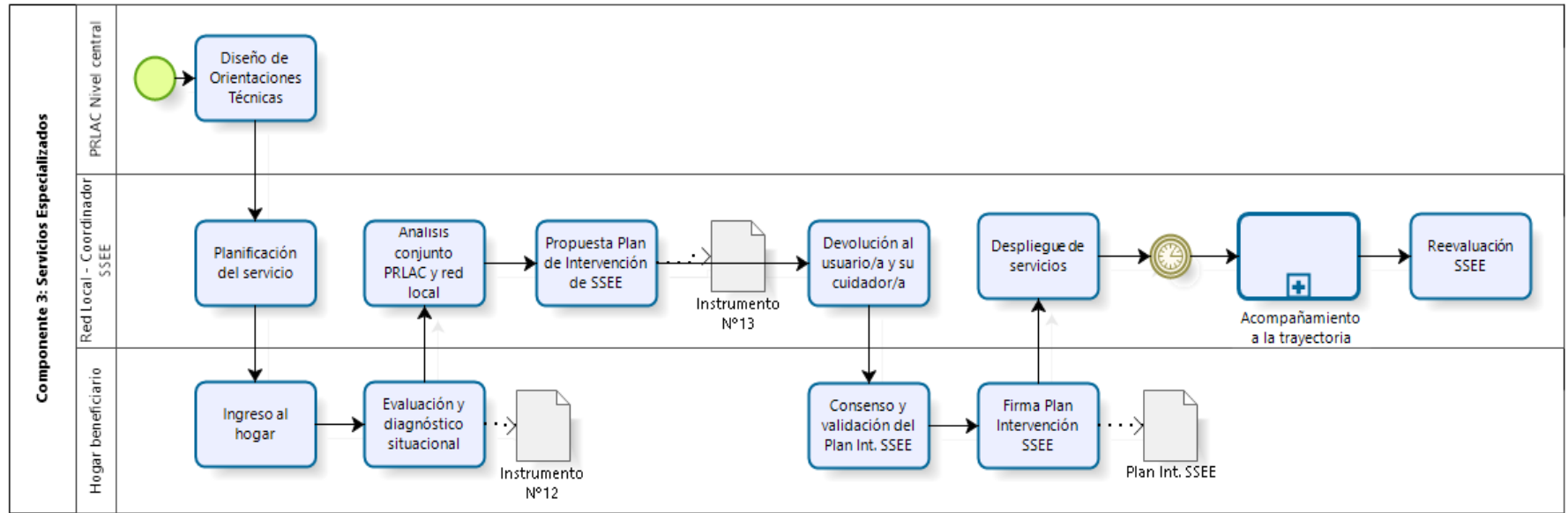
f) Reevaluación

Implica volver a aplicar las pautas de evaluación o a valorar los avances, según el estado inicial del hogar. La reevaluación da cuenta de la continuidad o término del servicio (no así del programa o componente). Podría coincidir o no con la etapa de reevaluación del seguimiento a la trayectoria del hogar, contenido en el componente 4 del programa. La reevaluación está sujeta a la temporalidad declarada en el Plan de Intervención de cada especialidad.

La reevaluación requiere coordinar y realizar la visita domiciliaria y el registro de antecedentes. El resultado puede significar actualizar el plan de intervención de servicios especializados o el Plan de Cuidados, según corresponda.

³²³ Según formato del (Instrumento N°14 Registro de Atención.

Figura N° 9. Proceso de Producción del Componente 3



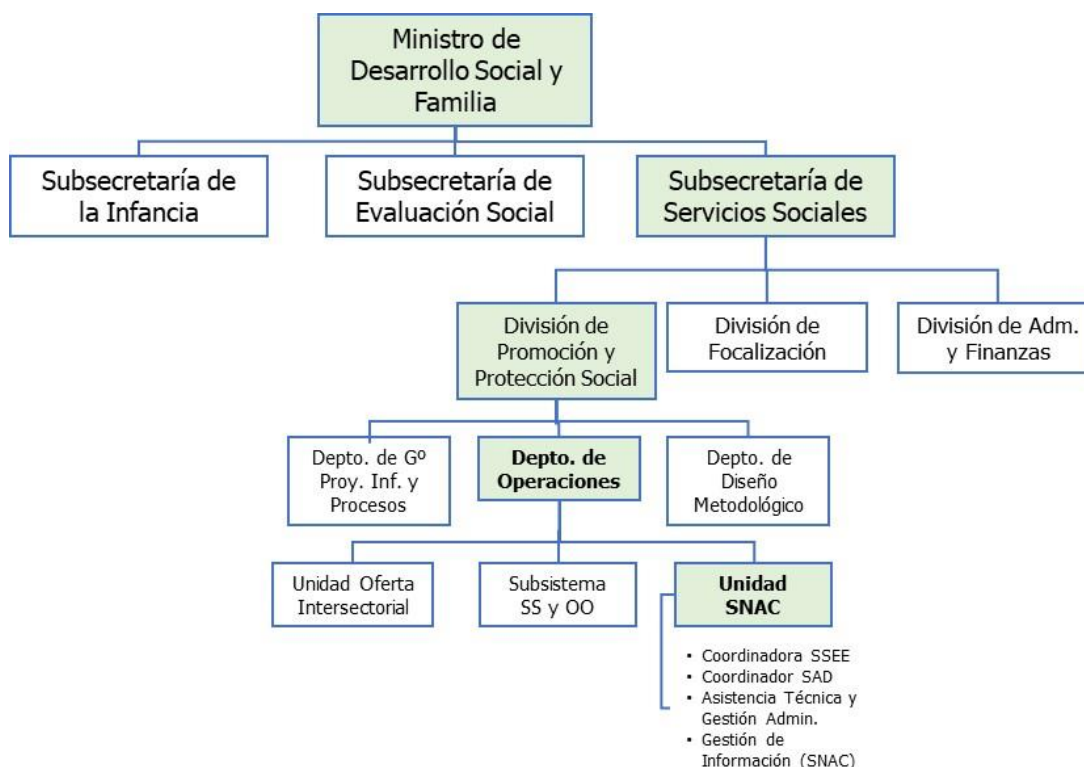
Fuente: Elaboración propia en base a documentación del Programa y entrevistas a profesionales PRLAC.

B. Estructura Organizacional y Mecanismos de Coordinación al Interior de la Institución Responsable y con Otras Instituciones

1. Estructura organizacional

El organigrama que se presenta a continuación muestra cómo, al 2019, se inserta el Programa en la estructura del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y de la Subsecretaría de Servicios Sociales. En particular, el Programa RLAC depende jerárquicamente del Departamento de Operaciones de la División de Promoción y Protección Social.

Figura Nº 10. Organigrama RLAC 2019 y su inserción en la estructura Ministerial



Fuente: BGI 2018 para organigrama Ministerio de Desarrollo Social y Familia y de la Subsecretaría de Servicios Sociales

El Programa en el nivel central tiene una estructura simple, con una coordinación y unidades que se relacionan principalmente con el nivel comunal. A diferencia, por ejemplo, de otros programas del SIPS, el PRLAC no tiene una relación operativa con las SEREMIs, estableciendo directamente la relación con municipios de los aspectos contractuales (convenios) y de transferencia de recursos. Sin embargo, sí se han designado contrapartes regionales (16 en total), a efectos de coordinaciones generales.

La dotación total de personal contratada por la unidad responsable del programa, nivel central, es de 6 profesionales, todos a contrata, mientras que el grueso de los recursos humanos contratados, a honorarios, por los municipios para la gestión de la red local con recursos del Programa en las 22 comunas donde este opera, suman 65 personas, y corresponden al Encargado Comunal de la red y los Coordinadores SAD y SSEE, todos en jornada de trabajo completa. Otro recurso, que por convenio de transferencia de recursos el municipio debe cumplir, es una contraparte municipal contratada con sus propios

recursos. Esta contraparte, de acuerdo con las entrevistas realizadas por el Panel en tres comunas,³²⁴ no es de dedicación exclusiva al PRLAC, y suele tener un rol de contraparte del MDSF (toda su oferta programática), o del sector social (MDSF, Salud y Vivienda), y en algunos casos es la jefatura DIDECO la que asume el rol de contraparte, como una tarea más dentro de sus obligaciones habituales.³²⁵

Por otra parte, debe notarse que, a diferencia de otros subsistemas del SIPS, en el PRLAC la participación definida para las SEREMI de Desarrollo Social, según los convenios suscritos con las municipalidades,³²⁶ es de apoyo programa. En los otros subsistemas del SIPS las Seremías asumen un rol activo de contraparte técnica y administrativa de los municipios, con foco en el seguimiento técnico y financiero de los convenios de transferencia de recursos. Al contrario, en el caso del PRLAC esta labor no ha sido encargada a las SEREMI, siendo distribuida al interior del equipo del nivel central. El detalle de la composición del recurso humano del programa es el siguiente:

Cuadro N° 62. Composición de Personal de Red Local Básica, 2019

Comuna	Financia PRLAC			Financia Municipio		Total
	Enc. Red	Coord. SAD	Coord. SSEE	C.M. (a)	DIDECO	
Alto Hospicio	1	1	1	1 (b)		4
Arica	1	1	1	1	1	5
Calama	1	1	1	1		4
Cañete	1	1	1	1 (b)		4
Chillán	1	1	1	1	1	5
Collipulli	1	1	1	1		4
Copiapó	1 (c)	1	1	1 (b)		4
Coyhaique	1	1	1	1		4
Independencia	1	1	1	1		4
La Calera	1	1	1	1		4
Los Vilos	1	n.a.	1	1		3
Natales	1	1	1	1		4
PAC	1	1	1	1		4
Paillaco	1	1	1	1		4
Peñalolén	1	1	1	1		4
Purranque	1	1	1	1 (b)		4
Quinta Normal	1	1	1	1	1	5
Rancagua	1	1	1	1		4
Recoleta	1	1	1	1		4
San Clemente	1	1	1	1		4
Santiago	1	1	1	1		4
Talagante	1	1	1	1		4
Total	22	21	22	22	4	91

Fuente PRLAC (Copia de Contactos SNAC 17122019.xlsx) y observaciones MDS enero 2020.

Notas:

(a): C.M es Contraparte Municipal

(b) DIDECO y Contraparte Municipal

(c): Encargado de la Red es financiado con recursos Municipales

Arica cuenta, además, con una Encargada Convenios MDSF.

n.a. es no aplica (Los Vilos no incorporó el SAD en la fase piloto)

n.d. es no disponible (no contratado)

³²⁴ Pedro Aguirre Cerda, Recoleta y Talagante.

³²⁵ En este último caso, contraparte municipal no se tiene registro o estimación respecto de su dedicación laboral al Programa.

³²⁶ El detalle se presenta más adelante en esta sección.

El cuadro anterior muestra que cada municipio aporta recursos para el funcionamiento de la red local,³²⁷ en el rol de contraparte municipal designada para la gestión del respectivo convenio. En algunos municipios (Alto Hospicio, Cañete, Copiapó y Purranque)³²⁸ este rol es desempeñado por el/la directora/a de DIDECO. En otras comunas junto a la contraparte municipal se designa también a personal de DIDECO (Arica, Chillán y Quinta Normal).

En relación con la definición de funciones, el programa es explícito en relación a las personas que se desempeñan en la red local, quedando ello definido en los respectivos convenios de transferencia de recursos. En el caso de los seis profesionales del PRLAC del nivel central no existe una definición formal de funciones, y sí una asignación de áreas de trabajo.

Para el equipo del nivel central los datos muestran que en la contratación se ha especificado sólo dos roles, los que en la práctica se han asignado del siguiente modo:

Cuadro Nº 63. Asignación de roles Equipo PRLAC nivel central, 2019

Rol según contrato	Rol asignado en PRLAC
1 coordinador Unidad Sistema de Apoyos y Cuidados (Área Social)	1 encargado Asistencia Técnica y Gestión Administrativa
5 profesionales de apoyo (Área Social)	1 coordinación gestión administrativa financiera y apoyo transversal en componentes, con énfasis en red local. 1 coordinación SSEE 1 coordinación SAD 2 encargados Gestión de Información (SNAC)

Fuente MDSF Transparencia Activa 04. Personal y remuneraciones: Personal a Contrata noviembre 2019.

En lo formal, según consta en la Resolución Exenta Nº0377 (2018),³²⁹ las responsabilidades del MDSF, están concentradas en el equipo PRLAC nivel central, mientras que a las SEREMI se le asignan funciones de coordinación general, tal como se aprecia a continuación:

Las obligaciones equipo PRLAC, establecidas para el Ministerio, a través de la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales, son las siguientes:

- a) Transferir los recursos comprometidos, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula séptima del presente convenio.
- b) Realizar el seguimiento y monitoreo del plan de 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 uno de los componentes a implementar), y ejecutar las acciones que permitan abordar dichas anomalías de manera oportuna.
- c) Supervisar la correcta implementación del Proyecto³³⁰ presentado por la Municipalidad

³²⁷ A continuación, en esta misma sección, se aborda este tema con mayor detalle.

³²⁸ En el caso de Purranque no ha sido designada una contraparte municipal, sino que opera en este rol un funcionario de DIDECO.

³²⁹ Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que establece la modalidad para la transferencia de recursos y ejecución del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la asignación Sistema Nacional de Cuidado.

³³⁰ En el convenio suscrito se establece que el municipio debe elaborar un "proyecto", con acciones específicas de visitas a

y velar por el cumplimiento de los plazos establecidos en la Modalidad y en el presente Convenio.

- d) Aprobar o rechazar las redistribuciones presupuestarias solicitadas formalmente por la Municipalidad, de conformidad a lo dispuesto en la Modalidad y en el presente convenio.
- e) Revisar, aprobar, rechazar u observar, los Informes Técnicos y de Inversión entregados por la Municipalidad.
- f) Revisar la información final de los beneficiarios, a fin de que estos datos puedan ser incorporados a la base de datos de registro de beneficiarios por parte de la División de Promoción y Protección Social.
- g) Exigir Rendición de Cuentas, de conformidad a la Resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República.
- h) Tramitar la dictación de la resolución que aprueba el cierre técnico y financiero del “Programa” en base a la revisión y aprobación del Informe Técnico Final e Informe de Inversión Final presentado por la Municipalidad.

Por su parte, las Secretarías Regionales Ministeriales de Desarrollo Social y Familia tiene un rol de apoyo 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. Como se aprecia, a diferencia, por ejemplo, del Subsistema Seguridades y Oportunidades, las SEREMI no asignan, ni transfieren recursos a los municipios, ni tampoco suscriben los respectivos convenios. En particular, las SEREMI realizan las siguientes actividades:³³¹

- a) Apoyar al Nivel Central en la revisión del proyecto y propuesta económica de apoyos y cuidados en los territorios a nivel regional.
- b) Apoyar el seguimiento de las propuestas implementadas en base a las Orientaciones Técnicas que se encontrarán disponibles en el SIGEC para la implementación del Programa. Las observaciones que sean realizadas respecto de la gestión y ejecución de la Municipalidad en relación con el Programa y los componentes serán entregadas por escrito a la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales, para que se realicen los ajustes y/o mejoras pertinentes.
- c) Apoyar al Nivel Central en la revisión de los informes técnicos de avance y final.

En relación con los municipios, los términos de los convenios de transferencia incorporan de manera estándar lo establecido en la Resolución Exenta N°0377 (2018),³³² que señala como obligaciones de estos, lo siguiente:

- a) Designar mediante decreto Alcaldicio a una Contraparte Municipal del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, quien tendrá a su cargo la gestión del presente convenio, en los términos establecidos en la Modalidad.
- b) Preparar e implementar un plan de trabajo para la instalación de la red local de Apoyos y Cuidados.
- c) Identificar a los hogares que serán seleccionados para ser beneficiarios, complementando dicha información con otras bases comunales.
- d) Ejecutar el Programa conforme a la propuesta presentada y aprobada por MDSF, según lo dispuesto en la modalidad, en el presente convenio, en las orientaciones técnicas, y

hogares, SAD y SSEE enmarcadas en el presupuesto definido en dicho convenio. Como se verá más adelante, no se trata de la elaboración de un proyecto de libre disposición del municipio, sino que uno definido en un marco preciso que entrega el Programa previo a la forma del convenio.

³³¹ En la siguiente fase de esta evaluación se deberá establecer si efectivamente las SEREMI cumplen estas funciones u otras.

³³² Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que establece la modalidad para la transferencia de recursos y ejecución del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la asignación Sistema Nacional de Cuidado.

así como en las instrucciones generales o particulares emitidas a este respecto por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

- e) Remitir los Informes Técnicos de avance y final, conforme a las exigencias contenidas en la cláusula décima del presente convenio. El formato de estos informes se pondrá a disposición de las Municipalidades a través del SIGEC y su uso será obligatorio.
- f) Realizar los procesos de compras y contratación de servicios relacionados con cada componente, de acuerdo con la planificación aprobada. En la adquisición de los bienes materiales y contratación de servicios necesarios para la ejecución de la propuesta, se aplicarán los procedimientos que correspondan de conformidad a la normativa vigente.
- g) Destinar los recursos que se le transfieran al financiamiento de los componentes en su comuna, ajustándose a lo dispuesto en el presente convenio y al Plan de Cuentas aprobado por el MDSF, que se encuentra disponible en el SIGEC.
- h) Poner a disposición del MDSF, todos los antecedentes e informes que le fueren requeridos a través de su contraparte técnica o a través de la Secretaría Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia de la región respectiva, con el objeto de hacer las supervisiones que correspondan. Dar efectivo cumplimiento a los componentes de la propuesta aprobada por MDSF.
- i) Restituir al MDSF los saldos no ejecutados, no rendidos, observados y/o rechazados, según corresponda.
- j) Rendir cuenta de los fondos transferidos, de conformidad a lo dispuesto en la Resolución N° 30, del 2015, de la Contraloría General de la República, que fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas o norma que la reemplace.
- k) Ajustarse a las orientaciones comunicacionales, entregadas por el MDSF, con el fin de difundir y posicionar el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados del Sistema Nacional de Cuidados a nivel comunal.
- l) Ingresar la información de los beneficiarios en el sistema de registro que ponga a disposición el Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
- m) 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.

Ahora bien, para el equipo comunal de la Red Local Básica,³³³ las orientaciones técnicas del Programa han definido funciones específicas, a saber:

Encargado de la Red Local

- a) 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.
- b) Coordinación y gestión en la red las siguientes acciones con los hogares, identificación de las personas beneficiarias, 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 los cuidadores remuneradas que proveen servicios de respiro.

³³³ Se trata de un profesional en cada rol: un Encargado de la Red Local, y que ejerce de jefatura de los otros dos coordinadores de servicios, un coordinador SAD y un coordinador SSEE.

Coordinador/a Servicio de Atención Domiciliaria

- a) Apoyo en la planificación y ejecución de los procesos formativos del Equipo SAD.
- b) Apoyo en la organización, planificación y ejecución del despliegue del servicio en el territorio.
- c) Acompañamiento, seguimiento y supervisión territorial del servicio y las/los Asistentes de Cuidado.
- d) Velar por el ingreso diario de las/los Asistente a los domicilios de los beneficiarios.
- e) Realizar los procesos de aplicación de encuestas de satisfacción usuario y supervisión en terreno.
- f) Proponer, ejecutar y realizar el seguimiento de las medidas de solución para situación que se presentan en el desarrollo del servicio.
- g) Reportar periódicamente y estar a disposición de los lineamientos entregados por el encargado del SAD.
- h) Realizar el registro de la información en el sistema informático.
- i) Generar los espacios grupales de gestión y análisis de casos.
- j) Colaborar en los procesos de evaluación de las necesidades de cuidado de los hogares.
- k) Colaborar en el desarrollo de los planes de cuidados y seguimiento a la trayectoria de hogares.

Coordinador/a Servicios Especializados

- a) Planificar terreno y visitas a domicilio en coordinación con el resto de los integrantes de los servicios y consensuado con Coordinador/a de SSEE, de acuerdo con el Modelo de Gestión de SSEE establecido.
- b) Aplicar pautas de evaluación propias de la especialidad para identificar variables psicosociales y/o sociosanitarias a intervenir.
- c) Mantener carpeta usuaria y/o plataforma con los datos de los usuarios/as atendidos actualizados.
- d) Reforzar y relevar las capacidades presentes para resolver las problemáticas que se observan en el hogar.
- e) Elaborar plan de intervención consensuado con el hogar y Coordinador/a SSEE. Será responsable de actualizar dicha información y/o derivar a otro servicio, según corresponda.
- f) Participar activamente de las reuniones de análisis y gestión de casos de SSEE y la Red Local de Apoyos y Cuidados.
- g) Integrar atenciones con otras especialidades de SSEE, la Red Local y otros servicios relacionados.
- h) Consensuar objetivos comunes que contengan una mirada interdisciplinaria de ejercicio profesional/técnico.
- i) Reevaluar según corresponda.
- j) Promover y/o participar de atenciones o intervenciones grupales y/o comunitarias, que contemplen la participación de organizaciones sociales de y para PSD, hogares beneficiarios/as, otros.
- k) Conocer la oferta local e identificar a los actores de la red de SSEE.
- l) Aplicar estándares técnicos en el desarrollo de las sesiones, según las orientaciones técnicas de SSEE.
- m) Mantener la articulación y coordinación entre los actores de la red de SSEE de forma permanente, a lo menos, 2 veces por mes (APS, otros).

A lo anterior, la documentación disponible indica que las distintas entidades, en caso de que integren la Red Local Básica, deben cumplir al menos las siguientes funciones, para

las cuales en la práctica la Unidad SNAC no dispone de evidencia de su cumplimiento:

Cuadro Nº 64. Asignación de Roles a Entidades de la RLB, 2019

Actor de la red	Función
Oficina Municipal de Intermediación Laboral, OMIL	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria y reclutamiento asistentes de cuidado. • Evaluación de asistentes de cuidado • Selección de asistentes de cuidado • Inclusión laboral PSD • Inclusión laboral Cuidadora/a Principal
Oficina de la Mujer	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria y reclutamiento asistentes de cuidado (en coordinación con OMIL) • Inclusión laboral Cuidadora/a Principal • Desarrollo de estrategias sobre equidad de género y corresponsabilidad en dependencia. • Capacitaciones y talleres grupales
Oficina de la Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación nómina local beneficiarios/as. • Análisis y gestión de casos • Vinculación con organizaciones sociales • Solicitud de ayudas técnicas • Aplicación IVADEC³³⁴ • Solicitud de credencial discapacidad • Vinculación con Programa EDLI y TVI (SENADIS) • Capacitaciones y talleres grupales
Oficina del Adulto Mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación nómina local beneficiarios/as. • Análisis y gestión de casos • Vinculación con organizaciones sociales • Solicitud de ayudas técnicas • Vinculación con Programa Cuidados Domiciliarios (SENAMA). • Capacitaciones y talleres grupales
Unidad del Registro Social de Hogares, RSH	<ul style="list-style-type: none"> • Actualización ficha hogar (RSH) • Conformación nómina local beneficiarios/as
Departamento Social	<p>Complementariedad y adquisición de beneficios sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferencias monetarias • Bonos • Caja alimentos • Alimentación Complementaria • Medicamentos • Insumos cuidado • Insumos higiene • Indumentaria • Otros
Departamento Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación nómina local beneficiarios/as. • Análisis y gestión de casos • Complementariedad de atenciones • Solicitud de ayudas técnicas • Aplicación IVADEC³³⁵ • Solicitud de credencial discapacidad • Prevención primaria y terciaria • Capacitaciones y talleres grupales

³³⁴ Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad, que es parte del Sistema de Calificación y Certificación de Discapacidad en Red (MINSAL).

³³⁵ Instrumento de Valoración de Desempeño en Comunidad, que es parte del Sistema de Calificación y Certificación de Discapacidad en Red (MINSAL).

Departamento Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis y gestión de casos • Complementariedad de atenciones • Solicitud de ayudas técnicas en educación (JUNJI) • Inclusión educativa PSD • Inclusión educativa Cuidador/a Principal • Capacitaciones y talleres grupales
Departamento de Obras Municipales	<ul style="list-style-type: none"> • Reclutamiento y selección de jornaleros o maestros de construcción. • Evaluación adaptaciones funcionales vivienda • Refacción viviendas • Uso de dependencias municipales para jornaleros o maestros de construcción. • Evaluación técnica producto final

Fuente: Orientaciones Técnicas Componente N°3 - Servicios Especializados, Julio 2019

2. Mecanismos de coordinación

En relación con los mecanismos de coordinación se tiene lo siguiente:

- a) Al interior del MDSF la Unidad PRLAC reporta regularmente a la Jefatura del Departamento de Operaciones, y por su intermedio a la División de Promoción y Protección Social (DPPS). A nivel de esta División se reportan los aspectos administrativo-financieros en coordinación con la Unidad de Gestión Interna, y los aspectos de información estadística, de transferencias y subsidios en coordinación con el Departamento de Gestión de Proyectos Informáticos y Procesos.³³⁶
- b) De manera externa a la División de Promoción y Protección Social, pero al interior de MDSF, la Unidad PRLAC, a través del Departamento de Operaciones, se coordina con las siguientes Unidades:
 - ✓ Departamento de Monitoreo de Programas Sociales (Subsecretaría de Servicios sociales), para el proceso de evaluación ex - ante, reformulación de programas y proceso de monitoreo.
 - ✓ Departamento de Contabilidad y Finanzas, División de Administración y Finanzas, para gestión de transferencia de recursos y rendición de cuentas, asociadas al Programa.
- c) A nivel territorial, el PRLAC se relaciona con las contrapartes de las Secretarías Regional Ministeriales de Desarrollo Social y Familia, donde se designa un responsable regional de apoyo al acompañamiento técnico a la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Sin perjuicio de lo anterior, se debe señalar que el programa no cuenta con delegatoria de funciones a las SEREMIs, por lo cual la gestión administrativa y técnica radica en nivel central (Subsecretaría de Servicios Sociales), y en consecuencia la asistencia técnica y la gestión administrativa financiera la realiza la Unidad PRLAC vinculándose directamente con la contraparte municipal del equipo ejecutor. Por su parte, a nivel comunal, y a efectos de coordinación, y de la adecuada ejecución del convenio suscrito, la Municipalidad designa a una persona con responsabilidad administrativa como su contraparte técnica frente al PRLAC³³⁷ y la informa al MDSF a través del sistema de gestión de documentos ministerial (SIGEC).

³³⁶ La División de Promoción y Protección Social se estructura en tres Departamentos: Depto. de Diseño Metodológico, Depto. de Operaciones y Depto. de Gestión de Proyectos Informáticos y Procesos.

³³⁷ Dentro del plazo de 10 días corridos, contados desde la suscripción del respectivo convenio.

- d) A nivel de Ministerio el PRLAC se vincula con Fiscalía para efectos de gestión de convenios entre MDSF y Municipios en el marco del Programa Red Local.
- e) A nivel externo al MDSF, el PRLAC se coordina con las siguientes entidades,³³⁸ para implementar su estrategia de intervención:

Cuadro N° 65. Articulación Externa al MDSF

Nombre o tipo de institución	Descripción de la articulación
Municipalidad (OMIL)	La articulación con el/la Encargado/a de la OMIL constará en que éste último será el responsable de proveer el componente de "Capacitación en Cuidados para Cuidadoras/es de Respirio" del programa y velar porque los recursos financieros transferidos se utilicen acorde a los fines establecidos en el convenio. Cumplirá la función de reclutar, seleccionar e incluir laboralmente a las/os cuidadores/as de respiro, y gestionar la capacitación por intermedio de la OTEC. Se encargará de perfilar para un reclutamiento y selección específica de las personas a capacitar en cuidados e incluir laboralmente. Todo lo anterior en coordinación con el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados y los actores restantes de la red permanente.
SENCE	Coordinación para el proceso de formación de Asistente de Cuidados, en el marco del con sistema nacional de competencias laborales.
Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género (Oficina de la Mujer)	El coordinador del componente SAD debe articularse con el Encargado/a de la Oficina de la Mujer, con la finalidad de gestionar derivaciones cuando se detecten casos de violencia intrafamiliar, así como capacitaciones pertinentes dirigidas a las cuidadoras principales, para apuntar a mejorar las condiciones de autocuidado de éstas.
Fondo de Solidaridad e Inversión Social	Asistencia técnica de FOSIS, a objeto de utilizar la estructura actual de asistencia con la que cuenta el Programa de Habitabilidad de Seguridades y Oportunidades, para la implementación de servicios especializados de adaptaciones de la vivienda
MINSAL	Los Profesionales de Salud, son parte de la Red local toda vez que conocen la intervención desde la perspectiva socio sanitaria en la atención de salud para la población con dependencia. Son claves en el proceso de acceso al sistema dada su relevancia en la evaluación del estado de salud de potenciales beneficiarios del PRLAC, que se realiza en la red de los CESFAM.
SENADIS	Esta Institución, parte de la Red local, dispone a nivel local de oferta sectorial y proporciona asistencia técnica a los equipos comunales en materias de inclusión para personas con discapacidad y dependencia.
SENAMA	Esta Institución, parte de la red local, dispone a nivel local de oferta sectorial y proporciona asistencia técnica a los equipos comunales en materias de adultos mayores en situación de dependencia.
Comunidad de Organizaciones Sociales (Sociedad Civil)	Las organizaciones sociales de adultos mayores y/o personas en situación de discapacidad forman parte de la Red Local Ampliada, para la coordinación de acciones de contenido programático y desarrollo de intervenciones participativas conjuntas en cuanto asistencia técnica y reflexividad del proceso de intervención en dependencia.

3. Gestión y coordinación con programas relacionados

En esta sección se identifican las complementariedades³³⁹ a nivel interno y externo del Programa.

A nivel interno del MDSF el programa se complementa con otros programas o intervenciones para implementar su estrategia de intervención, para lo cual declara

³³⁸ Respecto de temas de diseño y orientaciones técnicas, el programa lo trata con cada entidad especializada (SENCE, SENAMA, SENADIS, etc.) a nivel central con cada una de ellas. En el cuadro siguiente se despliegan las funciones para la operación de la red local.

³³⁹ Las complementariedades corresponden a las relaciones que se establecen entre programas que apuntan a un mismo fin, lo que implica una coordinación programática.

disponer de mecanismos de coordinación a nivel local, en el trabajo de las redes del SIPS, a raíz de la activación de algún servicio especializado a cargo de programas que pertenecen a estos subsistemas. Por ejemplo, en la gestión de apoyo para la tramitación de beneficios contemplados en el subsistema Seguridades y Oportunidades o Chile Crece Contigo, tales como actualización cédula de identidad, pensiones (PBSI, PBSV, APSI, SUF Duplo), subsidios y transferencias monetarias MDSF (control niño sano, beca escolar, etc.).

Cuadro Nº 66. Complementariedades Internas al MDSF

Nombre del programa o intervención con que se complementa	Estado del programa o intervención complementaria (ejecución o diseño)	Descripción de la complementariedad
Subsistema Chile Crece Contigo	Ejecución	Derivación de casos de gestantes que presenten condición de dependencia y/o discapacidad de manera de fortalecer la implementación del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social, a nivel local.
Subsistema Seguridades y Oportunidades.	Ejecución	Derivación de casos de niños, niñas y adolescentes con un adulto significativo privado de libertad, adulto mayor, persona en situación de calle que presenten condición de dependencia y/o discapacidad de manera de fortalecer la implementación del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social, a nivel local,
Programas Subsistema Seguridades y Oportunidades.	Ejecución	Derivación de hogares que se encuentran participando en alguno de los otros subsistemas del SIPS a objeto de complementar soluciones constructivas que entrega Habitabilidad Chile Solidario e Ingreso Ético Familiar con las adaptaciones funcionales entregadas por PRLAC.

A nivel externo el PRLAC declara complementarse con los siguientes programas o intervenciones de otras instituciones o servicios públicos para implementar su estrategia de intervención:

Cuadro Nº 67. Complementariedades Externas al MDSF

Ministerio, servicio, organismo	Nombre del programa o intervención con que se complementa	Estado del programa o intervención complementaria (ejecución o diseño)	Descripción de la complementariedad
Ministerio de Salud	Atención Domiciliar a personas con dependencia severa <ul style="list-style-type: none"> Propósito: Mantener y/o mejorar la condición de salud de la persona con dependencia severa y su cuidador, beneficiarios del sistema público de salud e inscritos en los establecimientos de Atención Primaria, mediante atenciones de salud integrales en su domicilio en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario. Población Objetivo: 	Ejecución	El PRLAC realizará la derivación de las personas con dependencia y sus cuidadores serán incorporados al componente de Servicio de Atención Domiciliaria, de manera de mitigar la sobrecarga en el cuidado.

	<p>Personas (toda edad) inscritas y validadas en el Centro de Salud de Atención Primaria, clasificadas como Dependiente Severo según el Índice de Barthel y su cuidador/a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cobertura: nacional. 		
SENAMA	<p>Cuidados Domiciliarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propósito: Entregar servicios de apoyo y cuidado en la realización de las actividades de la vida diaria a adultos mayores dependientes moderados y severos que no cuentan con cuidador principal vulnerables socioeconómicamente • Población Objetivo: Mujeres y hombres de 60 años y más, vulnerables socioeconómicamente (dentro 40% CSE RSH), con dependencia moderada y severa y que no cuentan con un cuidador principal, que viven con uno o más adultos mayores. • Cobertura: nacional. 	Ejecución	Este programa entrega servicios a adultos mayores con dependencia severa en hogares uni y bipersonales sin cuidador/a principal. La complementariedad está dada por la derivación que hará el PRLAC (gestión de red), previa evaluación y plan de cuidado, de los casos que requieren servicios de apoyo en cuidados al interior del hogar.
SENADIS	<p>Tránsito a la vida independiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propósito: Resolver las dificultades que presentan las personas en situación de discapacidad y dependencia para transitar hacia una vida independiente, mediante la entrega de servicios de apoyo y cuidados, servicios de intermediación, y adaptaciones al entorno. • Población Objetivo: Personas (todo tango etario) en situación de discapacidad y dependencia. • Cobertura: nacional. 	Ejecución	El PRLAC derivará a beneficiarios en condición de dependencia en cualquiera de sus grados para la entrega servicios de apoyo de cuidado y/o asistencia e intermediación y adaptaciones del entorno basados en un enfoque de derechos, en donde la asistencia personal se presenta como un agente de cambio que promueve y facilita la participación e inclusión social de las personas, la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad de vida. Lo anterior se realizará previa aplicación de evaluación y plan de cuidados.
SENADIS	<p>Ayudas Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propósito: financiar el acceso a ayudas 	Ejecución	En el Programa de Ayudas Técnicas ³⁴⁰ las personas en situación de discapacidad son

³⁴⁰ Las reglas de operación se establecen cada año mediante resolución exenta del Servicio. Para el 2020 aplica la REX 2611, del 12-dic-2019.

	<p>técnicas, definidas (por Ley N° 20.422) como los elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Objetivo: (Ley 20.422, sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad, y aplicación) personas de 4 años y más, inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad (obligatorio a partir de los 6 años), que pertenecen al 70% más vulnerable de la población (según RSH). • Cobertura: nacional. 		<p>beneficiarios de ayudas técnicas según su origen de discapacidad y necesidad requerida. En este marco, el componente Servicios Especializados se complementan con estos dispositivos de asistencia (que promueven la autovalencia y funcionalidad de las personas con dependencia)</p>
SENCE	<p>Programas de Becas Laborales: Capacitación en oficios y Más Capaz</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propósito: Posibilitar el acceso a un trabajo dependiente o independiente de calidad. • Población Objetivo: a jóvenes, personas vulnerables y/o en situación de riesgo, cesantes, que buscan trabajo por primera vez o con empleos precarios o de baja calificación laboral, y que desean desempeñarse como asistentes de cuidados primarios y socioeducativos a las personas en situación de dependencia. • Cobertura: nacional 	Ejecución	<p>Se gestiona el apoyo al proceso de formación de Asistente de Cuidados, respecto del calendario de convocatorias a postulaciones y cupos regionales, que se definen para el año y que se completan por orden de llegada.</p> <p>SENCE incorporó el Plan Formativo denominado "Asistente de cuidados a personas en situación de dependencia" en el Catálogo Nacional de Planes Formativos mediante Resolución Exenta N° 2595, 16-06-2017.</p>

Dentro de la oferta 2020, no se advierten coordinaciones con el programa piloto Redes Vecinales y Locales para Personas con Discapacidad y Dependencia (REVELO), de SENADIS, cuyo propósito es que personas con discapacidad y dependencia de 18 años y más, se vinculen socialmente con su comunidad. Esto, mediante la entrega de un Servicio

de Apoyo Comunitario³⁴¹ y un Servicios de Apoyo Biopsicosocial.³⁴² Esta coordinación sería beneficiosa para el PRLAC en la medida que los aprendizajes de REVELO mejoren la estrategia y oferta de servicios del PRLAC.

C. Criterios de Asignación de Recursos, Mecanismos de Transferencia de Recursos y Modalidad de Pago

Asignación de recursos

La asignación y distribución de recursos para las regiones tuvo como criterio primordial instalar el Programa iniciando la implementación del modelo de gestión en al menos una comuna por región. La excepción es la región Metropolitana, en la cual se implementa el Programa en las comunas que, como se comentó anteriormente, se ejecutó el Programa Chile Cuida.

Como se explicó previamente, la asignación de comunas se desarrolla a través de la utilización del índice de selección de comunas en el cual se define el ingreso de las comunas a PRLAC en función de dos subíndices: uno de Capacidad de Gestión, que busca dar cuenta de la capacidad local de gestión para la instalación del Programa, y otro de Demanda, que busca reflejar la presencia de demanda por cuidados definida como población con dependencia por edad o discapacidad) en la comuna.

La distribución del presupuesto en comunas la realiza el programa en el nivel central en función de las coberturas y tarifas asociadas a cada uno de los componentes, que permiten la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.³⁴³ La cobertura que cada comuna abordará queda explicitada en el convenio de transferencia de recursos suscrito, la cual previamente el municipio ha validado, remitiendo al MDSF una propuesta de trabajo³⁴⁴ con actividades y número de beneficiarios estimados. Esto quiere decir que no existe un presupuesto único para todas las comunas, y las diferencias se explican por el volumen de ejecución de los componentes 2 (SAD) y 3 (SSEE). A continuación, se describe el presupuesto por componente:

- Componente Plan de Cuidados y Componente Red Local de Apoyos y Cuidados. Financia remuneración Encargado/a Red Local de Apoyos y Cuidados, presupuesto para movilización equipo de trabajo que permite realizar las evaluaciones para el ingreso al SNAC, firma de Planes de Cuidado y seguimiento a los hogares, presupuesto para formación continua de la Red, presupuesto para viáticos y pasajes que permitan la asistencia del equipo a jornada de Asistencia Técnica con equipo Nacional PRLAC, presupuesto para el pago de servicio básico como celular, gas, leña e indumentaria para el equipo de trabajo.
- Componente Servicio de Atención Domiciliaria. Financia remuneración Coordinador/a Servicio de Atención Domiciliaria, para comunas con cobertura SAD de 90 usuarios, remuneración para gestores territoriales, remuneración para las asistentes de cuidado, presupuesto para el pago de seguro contra accidente de las asistentes de cuidado, formación continua para las asistentes de cuidado, indumentaria para las asistentes de cuidado, recursos para implementos de estimulación y artículos de aseo.

³⁴¹ Para el 2020 se estima que 28 Redes vecinales locales presten servicios de apoyo comunitario.

³⁴² Para el 2020 se estima que 1.000 personas sean atendidas por el servicio de apoyo de telecuidado.

³⁴³ No se dispone de evidencia de los criterios específicos aplicados a la fecha.

³⁴⁴ Estas propuestas quedan registradas en el sistema SIGEC, y son denominadas "Proyecto", aunque corresponden en la práctica a una planilla sencilla (una página) con un objetivo genérico, actividades y número estimado de beneficiarios a atender.

- Componente Servicios Especializados. Remuneración Coordinador/a Servicios Especializados, presupuesto para implementar servicios (Kinesiología, Terapeuta Ocupacional Psicología, Podología, Peluquería, otros) y especies (insumos para el cuidado, pañales, indumentaria, alimentos especiales) para el 80% de la cobertura y la implementación de adaptaciones funcionales a la vivienda para el 50% de la cobertura.

Modalidad de transferencia y pago

Como se advirtió previamente, el PRLAC no tiene delegación de funciones en las SEREMI de Desarrollo Social y Familia, por tanto, el proceso de convocatoria, evaluación del proyecto municipal, gestión del convenio, transferencia de recursos, asistencia técnica y seguimiento a la implementación del Programa lo realiza el equipo PRLAC del nivel central.

El mecanismo de transferencia de recursos y modalidad de pago a los Municipios se realiza de la siguiente manera:

- a) Considerando que el PRLAC no tiene una ley asociada que le garantice recursos en la ley de presupuestos,³⁴⁵ la Ley de Presupuestos del Sector Público del año correspondiente,³⁴⁶ contempla los recursos para su ejecución. Para el año 2019 los recursos se identifican en la partida 21, capítulo 01, programa 01, Subtitulo 24, ítem 03, asignación 351, Glosa 13, recursos destinados a financiar el denominado "Sistema Nacional de Cuidado".
- b) Por otra parte, mediante Resolución Exenta N° 372 de 2019, la Subsecretaría de Servicios Sociales aprobó la "Modalidad para la transferencia de recursos en el marco del "Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, SNAC, de la Asignación Sistema Nacional de Cuidado"" del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, año 2019", y establece la cobertura y monto a transferir las comunas que se invitarán a participar.
- c) Dispuesto lo anterior, desde la División de Promoción y Protección Social se envía una invitación vía correo electrónico a las comunas para que acepten y/o rechacen la participación al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados informando el presupuesto, la cobertura, el cronograma de la convocatoria y la modalidad de operación. Una vez que las comunas contestan el mail se abre la convocatoria en el Sistema de Gestión de Convenio (SIGEC) del MDSF, para que los municipios presenten el proyecto a evaluar por los Profesionales de PRLAC nivel central. Una vez aprobado el proyecto, se pone a disposición de los Municipios el Convenio para ser firmado por los alcaldes/as. Las comunas deben enviar el convenio firmado al Ministerio para continuar con la tramitación de firmas del Subsecretario y posteriormente la firma del Decreto Exento por el Ministro de Desarrollo Social y Familia. Una vez tramitado, se envía copia a los Municipios para la elaboración del Decreto Municipal que corresponde a la total tramitación del Convenio.
- d) El Decreto Municipal firmado por los Alcaldes/as, debe ser enviado al Ministerio de Desarrollo Social y Familia ya que, junto con estar al día en la presentación de cualquier otra rendición, son requisitos para comenzar la solicitud de transferencia de recursos

³⁴⁵ Como sí ocurre en el caso de los Subsistemas Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo. Esto es, que en este caso no ha aplicado la Resolución Exenta N° 01 (2017), del Ministerio de Desarrollo Social, que delega en los Secretarios Regionales Ministeriales de Desarrollo Social el ejercicio de la facultad de celebrar convenios que tengan relación con la implementación del Sistema Intersectorial de Protección Social, y sus Subsistemas de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo", "Chile Solidario" y "Seguridades y Oportunidades".

³⁴⁶ Ley N°21.125 para el año 2019.

desde la División de Promoción y Protección Social hacia la División de Administración y Finanzas, pues su Departamento de Contabilidad, a través de la Unidad de Rendiciones y Transferencia, realiza la transferencia de recursos a las comunas. Los recursos son transferidos en una sola cuota, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la total tramitación del último acto administrativo que apruebe el respectivo convenio. Los recursos son depositados en la cuenta corriente que la Municipalidad disponga para la recepción exclusiva de fondos provenientes de Programas administrados por el MDSF. El plazo para implementar el programa es de 12 meses, contados desde la transferencia de recursos. Al término de la ejecución del Programa, y en caso de que no se utilicen todos los recursos transferidos, la Municipalidad, dentro de los 10 días hábiles siguientes a la aprobación del Informe final de Inversión, debe hacer reintegro al MDSF de los excedentes.

El programa no contempla recuperación de gastos total o parcial, ni aporte de terceros; así tampoco contempla Subsidios o bonificaciones.

D. Funciones y Actividades de Seguimiento y Evaluación que realiza la Unidad Responsable

El programa no dispone de un panel de indicadores suficiente para realizar su seguimiento y evaluación. La MML vigente especifica 5 indicadores (2 de propósito y 1 para cada uno de los tres componentes). El seguimiento descansa en el monitoreo permanente de la actividad del programa en las 22 comunas en que se ejecuta, es decir, de los compromisos que establece el convenio de transferencia de recursos a los municipios.³⁴⁷ En virtud de lo anterior, el Panel evaluador propuso un set completo de indicadores, a nivel de Propósito y Componentes, que el Programa ha acordado incorporar en su funcionamiento.³⁴⁸

En la cláusula décima del convenio de transferencia de recursos firmado entre el MDSF y las Municipalidades, se indican los instrumentos que permiten dar cuenta del avance de la ejecución técnica y financiera del Programa. En dicha cláusula se indica que la Municipalidad debe entregar a la División de Promoción y Protección Social de la Subsecretaría de Servicios Sociales, del MDSF, tres Informes de Avance de actividades, el primero de ellos dentro de los 10 días hábiles de iniciado el cuarto mes de ejecución del proyecto, el segundo informe dentro de los 10 días hábiles de iniciado el séptimo mes de ejecución y el tercero dentro de los 10 días hábiles de iniciado el décimo mes de ejecución. Dichos informes deben ser remitidos por escrito, y con respaldo electrónico en el “Sistema de Gestión de Convenios” (SIGEC) del MDSF.

El formato de esta clase de informes es proporcionado por el Ministerio a través del SIGEC y su uso es obligatorio para la Municipalidad. Los Informes de Avance de actividades deben contener a lo menos el registro de las actividades o procesos desarrollados en torno a la implementación del programa durante el respectivo periodo informado, en el marco del plan de trabajo de la red, de acuerdo con los componentes ejecutados en cada proyecto:

- Gestión de Red
- Servicio de Atención Domiciliaria
- Servicios Especializados.

Además, la Municipalidad debe entregar un Informe Técnico Final dentro del plazo de 7

³⁴⁷ Básicamente, cumplimiento de cobertura comprometida y ejecución de recursos transferidos.

³⁴⁸ El programa se ha comprometido a realizar el cálculo de todos los indicadores posterior a la entrega de este informe.

días hábiles de terminada la ejecución del respectivo proyecto, el cual debe ser remitido por escrito, con respaldo electrónico en el SIGEC. En el formato que disponga el Programa en el SIGEC, debe contener al menos, la siguiente información:

- a) Detalle de las acciones realizadas en la ejecución de los componentes y cronograma de efectivo cumplimiento de las etapas asociadas;
- b) Cumplimiento de indicadores y resultados, asociado a meta de aplicación del instrumento y meta de Planes de Cuidados realizados;
- c) Nómina completa de beneficiarios que incluya los datos solicitados de acuerdo a formato de informe final dispuesto para tal fin en el SIGEC;
- d) Breve descripción de elementos o aspectos facilitadores y obstaculizadores del proceso de ejecución por cada componente; y
- e) A efectos de velar por la continuidad del proyecto 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 prolongación de éste.

Para el seguimiento técnico periódico, se ha dispuesto que los municipios ejecutores presenten cada 3 meses un informe de avance, el cual es evaluado por la contraparte técnica del Ministerio. Los informes permiten identificar el avance en las siguientes dimensiones:

Componente Gestión de Red

- Conformación de la Red Local Básica y Ampliada
- Ejecución de los planes formativos de la Red Local
- Instancias de coordinación de las Redes
- Avance coberturas

Componente Servicio de Atención Domiciliaria

- Conformación del equipo
- Planificación del servicio
- Ejecución planes formativos
- Antecedentes cualitativos de la ejecución
- Descripción de la intervención con los beneficiarios

Componente Servicios Especializados

- Detalle de las intervenciones Individuales
- Detalle de las Intervenciones Grupales
- Detalle de las Especies entregadas
- Detalle de las Ayudas Técnicas entregadas
- Detalle de las Adaptaciones entregadas
- Servicios articulados con la Red

Para el seguimiento financiero periódico, el MDSF, a través de la División de Administración y Finanzas de la Subsecretaría de Servicios Sociales,³⁴⁹ exige una rendición mensual de cuentas de los fondos otorgados, la cual debe ser entregada dentro de los quince primeros días hábiles del mes siguiente a aquel que se está rindiendo, y procede a su revisión para

³⁴⁹ De conformidad con las normas establecidas por la Contraloría General de la República sobre Procedimiento de Rendiciones de Cuentas. En todo caso, es la División de Administración y Finanzas de la Subsecretaría de Servicios Sociales la responsable de monitorear y fiscalizar situaciones problemáticas que puedan surgir dentro del programa respecto de los recursos transferidos.

determinar la correcta inversión de los recursos concedidos y el cumplimiento de los objetivos pactados. Conjuntamente, la Municipalidad debe hacer entrega al MDSF de los comprobantes de ingresos que justifiquen los ingresos percibidos con los recursos transferidos en virtud del convenio suscrito. El comprobante debe ser firmado por la persona responsable legalmente de percibirlo.

Sistema de información SNAC

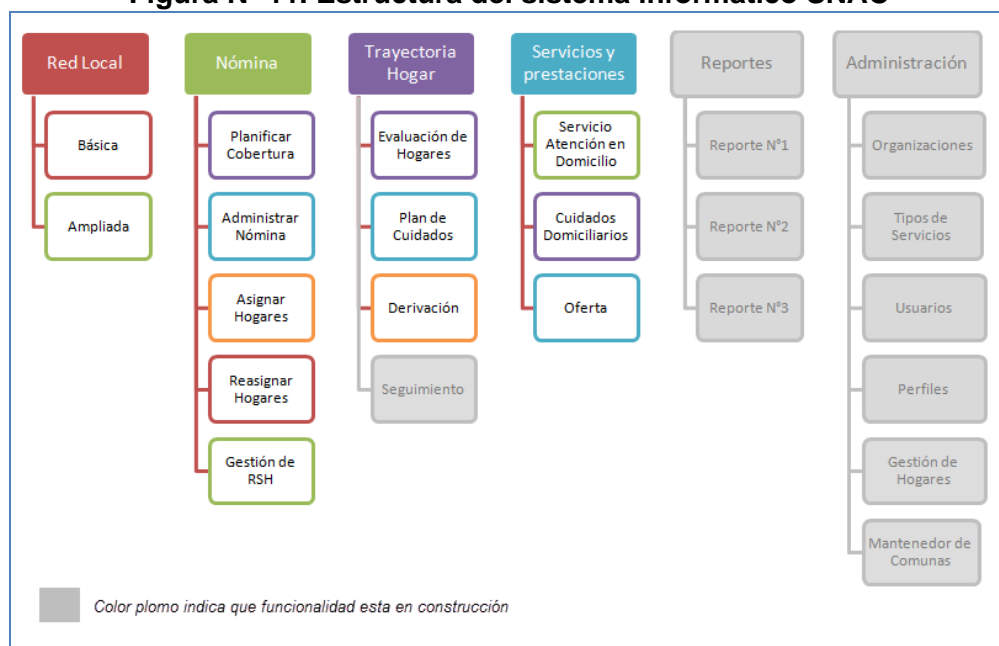
El programa dispone de un sistema informático, denominado “SNAC”, que le permite consolidar la información de los beneficiarios durante la ejecución de los componentes, elaborar estadísticas y disponer de información de detalle para ir monitoreando el avance de las actividades del programa.

El SNAC se organiza a partir de cuatro módulos:

- Integrantes de la red local: Red Local Básica y Red Local Ampliada
- Nómina de hogares y beneficiarios
- Seguimiento a la trayectoria de los hogares y sus integrantes (beneficiarios, tanto PSDF como cuidador/a principal no remunerado) de acuerdo a las modalidades y periodicidad establecida, que se organiza, a su vez, en el resultado de la Evaluación, Plan de Cuidados y Derivaciones (a entidades de la red local)
- Servicios y Prestaciones entregadas, que registra la Oferta existente, los Servicios de Atención en Domicilio y los Cuidados Domiciliarios.
- Administración: Esta funcionalidad permite la creación de claves de los usuarios que registrarán información al sistema. Asimismo, la gestión de hogares que permite realizar otras tareas que no se encuentran en los módulos ya establecidos, como cambio nombre del hogar, dar término al hogar, cambiar estados del hogar, volver a etapas anteriores y agregar nuevos servicios.

La siguiente figura muestra o anterior:

Figura Nº 11. Estructura del sistema informático SNAC



Fuente: Manual Usuarios - Perfil Encargado Red Local, Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Versión 1.0, Octubre 2017.

Este sistema informático, desarrollado exclusivamente para el programa, opera sobre la siguiente definición de perfiles de actores del PRLAC, cada uno de los cuales puede ingresar, modificar o consultar datos, según los atributos otorgados al perfil, a medida que procede la intervención del PRLAC, modificando los estados del beneficiario (evaluación, derivación, etc.):

Cuadro Nº 68. Niveles de gestión y perfiles disponibles

Nivel	Perfil	Descripción
Comuna - Red Local	Encargado/a Red Local - Administrador	Perfil destinado al encargado/a de la Red Local de Apoyos y Cuidados, quien tiene la responsabilidad de articular y gestionar diversas solicitudes.
	Integrante Red Local	Perfil destinado a los integrantes de la Red Local de Apoyos y Cuidados, quien tiene la responsabilidad de ingresar y actualizar información de los hogares.
	Consulta	Perfil solo de consulta, permite visualizar información específica
Comuna-Servicio de Atención en Domicilio - SAD	Coordinador/a comunal del servicio	Perfil destinado al Coordinador/a del servicio, quien tiene la responsabilidad de administrar y gestionar el SAD
	Asistentes de Cuidados	Perfil destinado a las cuidadores, quienes tiene la responsabilidad de ingresar y actualizar información de los beneficiarios
	Supervisor/a	Perfil destinado a realizar las acciones de supervisión del servicio
Comuna-Cuidados Domiciliarios	Coordinador/a	Perfil destinado al Coordinador/a del servicio, quien tiene la responsabilidad de administrar y gestionar el Cuidado Domiciliario
	Profesional Área de Salud	Apoyo a la implementación y ejecución del Programa
	Supervisor/a	Perfil destinado a realizar las acciones de supervisión del servicio
	Asistente	Perfil destinado a cuidadores, quienes tiene la responsabilidad de ingresar y actualizar información de los beneficiarios
Regional	Encargado/a Regional – MDS	Perfil destinado a monitorear y gestionar acciones a nivel regional del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados
	Encargado/a Regional – SENAMA	Perfil destinado a monitorear y gestionar acciones a nivel regional del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados
	Consulta	Perfil solo de consulta, permite visualizar información específica
Nivel Central	Contraparte Técnica	Perfil destinado a monitorear el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados a nivel nacional
	Administrador/a	Perfil destinado para actualizar, adecuar y dar soluciones a los usuarios del sistema
	Consulta	Perfil solo de consulta, permite visualizar información específica
Nivel Central – SENAMA	Administrador/a SENAMA	Perfil destinado para actualizar, adecuar y dar soluciones a los usuarios del Cuidado Domiciliario
	Encargado/a Nacional	Perfil destinado a monitorear el Programa Cuidados Domiciliarios a nivel nacional

Fuente: Manual Usuarios - Perfil Encargado Red Local, Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, Versión 1.0, octubre 2017.

ANEXO 4: ANÁLISIS DE GÉNERO DE PROGRAMAS EVALUADOS

Cuadro N° 69. Cuadro Análisis de Género

CUADRO ANÁLISIS DE GÉNERO			
Nombre del programa	Red Local de Apoyos y Cuidados		
Objetivo del programa	La diáda ³⁵⁰ disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial ³⁵¹ posterior a la implementación del Programa.		
¿Corresponde aplicar enfoque de género según la evaluación?	SI	¿Por qué?: Dada las características de las diádas, compuestas principalmente por mujeres, corresponde aplicar el enfoque en las estrategias de detección de beneficiarios, en la planificación de las actividades y prestaciones entregadas y en el enfoque de intervención, con estrategias de sensibilización pertinentes y diferenciadas según género	NO ¿Por qué?:
Si la respuesta es SI, continuar el análisis			
¿Se aplica satisfactoriamente en la población objetivo?	SI	NO Los datos entregados hasta ahora no dan cuenta de la aplicación del enfoque de género en la definición de la población objetivo	RECOMENDACIÓN Incorporar el criterio de género en la selección de los participantes
¿Se aplica satisfactoriamente en la definición del propósito y los componentes?	SI	NO Los datos entregados hasta ahora no dan cuenta de la aplicación del enfoque de género en la definición del propósito y los componentes	RECOMENDACIÓN Analizar la pertinencia de incorporar el enfoque a las definiciones de propósito y componentes
¿Se aplica satisfactoriamente en la provisión del servicio?	SI	NO Si bien el diseño de las actividades tiene en consideración el importante número de mujeres que participan del programa, se requiere profundizar este aspecto en la planificación	RECOMENDACIÓN Revisar las intervenciones diseñadas y analizar sus implicancias desde la perspectiva de género
¿Se aplica satisfactoriamente en la formulación de indicadores?	SI	NO No se advierten indicadores que contemplen el enfoque	RECOMENDACIÓN Proponer indicadores que consideren el enfoque

Con respecto a la identificación del problema, la situación de dependencia moderada y severa afecta a hombres y mujeres, pero tiene mayor prevalencia en estas últimas. Además, la mayor parte de los beneficiarios del programa son mujeres. El panel estima que esta participación es coherente con la mayor prevalencia presentada por las mujeres. Además, la gran mayoría de las personas que ejercen como cuidadores son mujeres. Por ello, el panel considera que el programa debiera definir estrategias diferenciadas según género, tanto para la persona en situación de dependencia como para quien ejerce su cuidado. En especial, se deben diseñar medidas para evitar que el cuidado no se convierta en una doble jornada para las mujeres cuidadoras. Es importante señalar que la necesidad de aplicar enfoque de género ha sido reconocida por el programa.³⁵²

³⁵⁰ Para efectos de esta evaluación, se entenderá por diáda al conjunto persona en situación dependencia funcional-cuidador principal.

³⁵¹ En el contexto de esta evaluación, se entenderá como vulnerabilidad biopsicosocial de la diáda a: i) Nivel de funcionalidad en personas en situación de dependencia funcional, medida a través del instrumento usado por el PRLAC; ii) Nivel de sobrecarga en cuidadores principales, medida a través del instrumento usado por el PRLAC.

³⁵² El programa se ha planteado incorporar el enfoque de género en su proceso de mejoramiento.

ANEXO 5 FICHA DE PRESENTACIÓN DE ANTECEDENTES PRESUPUESTARIOS Y DE GASTOS

Cuadro N° 1
Fuentes de Financiamiento del Programa, período 2016-2020 (en miles pesos, año 2020)

Fuentes de Financiamiento	2016		2017		2018		2019		2020		Variación 2016-2020
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	%
1. Presupuestarias	657.570	100,00%	1.867.840	100,00%	3.380.880	100,00%	3.359.902	100,00%	6.572.542	100,00%	899,52%
1.1. Asignación específica al Programa	469.352	71,38%	1.636.808	87,63%	3.164.451	93,60%	3.173.594	94,45%	6.386.405	97,17%	1260,68%
1.2. Aportes institución responsable (subtítulos 21, 22 y 29, entre otros)	167.650	25,50%	210.904	11,29%	188.198	5,57%	168.815	5,02%	186.137	2,83%	11,03%
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	20.567	3,13%	20.129	1,08%	28.230	0,84%	17.493	0,52%	-	0,00%	-100,00%
2. Extrapresupuestarias	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	0
2.1 Otras fuentes, sector privado, aportes de beneficiarios, organismos internacionales, etc.	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	0
Total (Presupuestarias + Extrapresupuestarias)	657.570		1.867.840		3.380.880		3.359.902		6.572.542		899,52%

Cuadro N° 2
Presupuesto del Programa respecto del Presupuesto de la Institución Responsable, período 2016 - 2020
(en miles pesos, año 2020)

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto)	% Respecto del presupuesto inicial de la institución responsable
2016	51.197.236	637.003	1,24%
2017	57.392.773	1.847.712	3,22%
2018	61.589.601	3.352.650	5,44%
2019	66.331.626	3.342.409	5,04%
2020	74.401.688	6.572.542	8,83%

Fuente: PRLAC

Cuadro N° 3
Presupuesto Inicial y Gasto Devengado del Programa, período 2016 -2020 (en miles pesos, año 20120)

AÑO 2016	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	191.801	191.801	191.801	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	36.171	80.071	69.849	87,2%	193,1%
Transferencias	332.204	332.204	332.204	100,0%	100,0%
Inversión	76.825	76.825	75.047	97,7%	97,7%
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
Total	637.002	680.902	668.902	98,2%	105,0%

AÑO 2017	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	182.429	182.429	182.429	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	28.475	28.475	28.475	100,0%	100,0%
Transferencias	1.636.808	2.458.184	2.385.116	97,0%	145,7%
Inversión	-	-	-	-	-
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
Total	1.847.712	2.669.088	2.596.020	97,3%	140,5%

AÑO 2018	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	188.199	188.199	188.199	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	75.257	75.257	75.209	99,9%	99,9%
Transferencias	3.089.194	3.421.179	3.421.179	100,0%	110,7%
Inversión	-	-	-	-	-
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
Total	3.352.650	3.684.635	3.684.586	100,0%	109,9%

AÑO 2019	Presupuesto Inicial (A)	Presupuesto Vigente (B)	Gasto Devengado del Presupuesto Ejecución (C)	Indicadores Ejecución y Planificación Presupuestaria	
				(C/B) %	(C/A) %
Personal	168.815	168.815	168.815	100,0%	100,0%
Bienes y Servicios de Consumo	90.995	542.435	523.372	96,5%	575,2%
Transferencias	3.082.600	3.082.600	3.082.600	100,0%	100,0%
Inversión	-	-	-	-	-
Otros (Identificar)	-	-	-	-	-
Total	3.342.409	3.793.849	3.774.786	99,5%	112,9%

Fuente: PRLAC

Cuadro N° 4
Gasto Total del Programa, período 2016-2020 (en miles peso, año 2020)

AÑO	Gasto Devengado del Presupuesto	Otros Gastos	Total Gasto del Programa
2016	668.902	-	668.902
2017	2.596.020	-	2.596.020
2018	3.684.586	-	3.684.586
2019	3.774.786	-	3.774.786

Fuente: PRLAC

Cuadro N° 5

Gasto Total del programa según uso, desagregado en gastos de administración y gastos de producción (en miles pesos, año 2020), período 2016-2019

AÑO 2016	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	191.502	191.502	28,6%
Otros Gastos	242.319	234.782	477.101	71,4%
Total	242.319	426.283	668.602	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	36,2%	63,76%	-----	-----

AÑO 2017	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	182.429	182.429	7,0%
Otros Gastos	2.303.138	110.453	2.413.591	93,0%
Total	2.303.138	292.882	2.596.020	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	88,7%	11,28%	-----	-----

AÑO 2018	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	188.199	188.199	5,1%
Otros Gastos	3.421.179	75.209	3.496.388	94,9%
Total	3.421.179	263.407	3.684.586	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	93%	7,15%	-----	-----

AÑO 2019	Gasto Total del Programa		TOTAL	% (RR.HH vs Otros Gastos)
	Gasto Producción	Gasto Administración		
Recursos Humanos	-	168.815	168.815	4,5%
Otros Gastos	3.082.600	523.372	3.605.971	95,5%
Total	3.082.600	692.187	3.774.786	-----
% (Gasto Produc. Vs Admin)	81,7%	18,34%	-----	-----

Fuente: PRLAC

Cuadro N° 6

Gasto de producción de los componentes del Programa, período 2016-2019 (en miles \$2020)

AÑO 2016	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	-	-	-	-	-	7.200	7.101	-	6.294	6.146	-	-	6.857	-	49.965	83.563
Componente 2	-	-	-	-	-	6.585	-	-	7.244	9.219	-	-	8.780	-	17.450	49.278
Componente 3	-	-	-	-	-	10.087	9.904	-	9.012	7.222	-	-	6.941	-	66.312	109.479
Total	-	-	-	-	-	23.873	17.005	-	22.550	22.587	-	-	22.578	-	133.727	242.319

AÑO 2017	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	-	13.033	15.561	20.281	11.056	10.258	24.624	12.718	22.558	24.113	10.886	14.692	22.264	14.885	181.576	398.505
Componente 2	-	7.072	9.065	6.552	-	21.246	208.013	7.897	28.815	30.364	8.000	7.794	37.948	8.063	920.832	1.301.662
Componente 3	-	17.730	10.580	25.519	21.971	53.552	56.042	16.168	21.676	21.183	16.320	12.720	27.558	14.887	287.062	602.970
Total	-	37.835	35.206	52.352	33.027	85.056	288.679	36.784	73.050	75.660	35.206	35.206	87.771	37.836	1.389.469	2.303.137

AÑO 2018	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
Componente 1	29.364	28.646	32.256	14.870	24.618	25.604	34.999	29.867	35.405	30.788	19.637	27.803	28.801	29.180	31.051	287.658	710.547
Componente 2	27.084	36.050	40.494	31.646	-	47.301	206.864	39.304	32.989	51.054	40.070	41.088	39.106	50.351	40.401	964.495	1.688.296
Componente 3	40.694	35.424	24.454	56.518	25.820	35.904	102.060	36.080	39.681	29.241	52.470	28.313	29.297	28.637	31.613	426.129	1.022.336
Total	97.142	100.119	97.204	103.034	50.438	108.809	343.924	105.252	108.075	111.083	112.176	97.204	97.204	108.168	103.065	1.678.282	3.421.179

AÑO 2019	Arica y Parinacota	Tarapacá	Antofagasta	Atacama	Coquimbo	Valparaíso	O'Higgins	Maule	Ñuble	Bío Bío	Araucanía	Los Ríos	Los Lagos	Aysén	Magallanes	Región Metropolitana	Total
----------	--------------------	----------	-------------	---------	----------	------------	-----------	-------	-------	---------	-----------	----------	-----------	-------	------------	----------------------	-------

Componen te 1	21.216	20.468	20.093	20.842	19.485	21.637	25.520	20.561	22.620	21.310	21.450	20.09 3	20.09 3	20.935	20.280	159.471	476.076
Componen te 2	45.518	45.518	45.518	45.518	-	45.518	188.064	45.518	45.518	45.518	45.518	45.51 8	45.51 8	49.243	45.518	848.169	1.631.6 93
Componen te 3	39.793	33.793	30.793	36.793	25.918	43.168	74.294	34.543	51.044	40.543	41.668	30.79 3	30.79 3	37.543	32.293	391.055	974.831
Total	106.528	99.779	96.405	103.153	45.403	110.324	287.878	100.62 3	119.18 1	107.371	108.637	96.40 5	96.40 5	107.721	98.092	1.398.695	3.082.6 00

Fuente: PRLAC