

NOMBRE DEL PROGRAMA: CHILE TE CUIDA

PROGRAMA NUEVO - VERSIÓN: 3
SUBSECRETARÍA DE SERVICIOS SOCIALES
MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

CALIFICACIÓN

Recomendado favorablemente

I. ANTECEDENTES

PROBLEMA

Personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia moderada y severa presentan altos niveles de desgaste personal

PROPÓSITO

Personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia moderada y severa disminuyen el nivel de desgaste personal.

DIAGNÓSTICO

Este programa comprende el cuidado no remunerado de personas con dependencia moderada y severa como un trabajo, al igual que la Organización Internacional de Trabajo (2019) y el Proyecto de Ley que reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (2024), esto porque las personas cuidadoras no remuneradas desarrollan las mismas funciones que las cuidadoras formales (Valle-Alonso, 2014). Por lo anterior, este puede ser considerado un trabajo de difícil manejo o exigente (Cantera y Cantera, 2014; Montoro et al., 2024) que produce desgaste personal en quienes lo ejecutan.

Así, el desgaste personal se desprende del concepto de desgaste profesional o síndrome de burnout profundizado por Maslach y Jackson (1981) y es definido por el programa como la conjunción del agotamiento emocional, que aparece como sentimientos de estar saturado y cansado emocionalmente por el trabajo, la despersonalización, que se describe como una respuesta fría e impersonal e insensibilidad hacia los sujetos objeto de atención y, por último, la realización personal que refiere a la tendencia a evaluar dicho trabajo de forma negativa o insatisfactoria (Maslach y Jackson, 1981; Rogero-García, 2010; Martínez, 2019; Fernández y Herrera, 2020; Izaguirre, 2021).

El desgaste personal se mide a través de la escala de burnout o Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), que ha sido aplicada a personas cuidadoras familiares (Valle-Alonso, 2014; Izaguirre et al., 2021). La escala consta de 22 ítems distribuidos en las 3 dimensiones del desgaste personal, a saber: Agotamiento Emocional (AE), 9 ítems; Despersonalización (DP), 5 ítems y Realización Personal (RP), 8 ítems. En las dimensiones AE y DP, a mayor puntuación, mayor nivel de desgaste personal, mientras que para RP a menor puntuación mayor nivel de desgaste. Por tanto, un alto nivel de desgaste corresponde a los siguientes puntajes por dimensión: AE 28-54, DP 11-30 y RP 0-24.

El problema del desgaste personal se encuentra relacionado con la sobrecarga, pero no son lo mismo, dado que este último informa en qué medida se ve impactada la vida de la persona cuidadora en lo emocional, físico, social y financiero siendo un concepto que busca medir el impacto del cuidado en distintas áreas (Zarit, 2002; González et al., 2004), mientras que el desgaste refiere al agotamiento de los recursos emocionales para enfrentar las tareas y fuertes sentimientos de incompetencia sobre el rol desempeñado (Valle-Alonso, 2014; Martínez, 2020). Cabe señalar que el factor que relaciona a ambos conceptos, según estudios en que se han aplicado ambas escalas (Zarit y Maslach) es el tiempo diario dedicado al cuidado (Valle-Alonso; 2014; Izaguirre, 2021).

El cuidado de una persona con dependencia moderada o severa de forma no remunerada requiere de dedicación permanente o exclusiva dentro de las jornadas diarias. El 94,1% de las personas cuidadoras dedican hasta 16 horas diarias dentro de la semana a esta actividad (SENADIS, 2023). Las personas cuidadoras se hacen cargo de tareas técnicamente médicas sin tener la calificación para ello (Hester y Srnicek, 2023). El 77,1% de las personas cuidadoras de personas con dependencia residen en el mismo hogar (SENADIS, 2023), lo que genera que sea una labor sin inicio ni término durante el día, provocando disminución del tiempo personal o libre, afectando la participación social y laboral, además de las relaciones sociales o significativas de la persona que cuida. Por su parte, el 93,6% de los y las cuidadoras dentro de hogar no recibe remuneración, es decir, el trabajo de cuidado en este grupo no cuenta con el reconocimiento ni la regulación, lo que produce la indivisión del trabajo de cuidar y de la vida para sí de las personas cuidadoras (Lagarde, 1996; Hester y Srnicek, 2023).

Estudios sobre la población chilena que realiza cuidados, revelan que los problemas más frecuentes percibidos corresponden a "la falta de tiempo para ellos o ellas mismos" (18,6%), le siguen los "problemas de salud" (12,1%), las "dificultades económicas" (11,1%) y "agotamiento físico y/o psicológico" (10,3%) (SENAMA, 2009). Por su parte la ENDIDE (2022), muestra que el 27% de las cuidadoras refiere no tener tiempo libre, el 32,4% reportan sobrecarga intensa, lo que en algunos estudios se correlaciona con la dimensión de agotamiento emocional del síndrome de burnout (Valle-Alonso, 2014), mientras que el 42,9% presenta algún grado de sintomatología depresiva o ansiedad. Por su parte, diversos estudios internacionales revelan el progresivo deterioro de la salud del cuidador, la poli consulta médica, el aislamiento social y problemas de salud mental (Vandepitte et al., 2016).

La ENDIDE (2022) muestra que los cuidados de personas adultas con dependencia son desarrollados principalmente por integrantes del hogar (82,1%), de los cuales el 69,9% son mujeres, principalmente cónyuges, convivientes, hijas o hijastras. La Base de Datos de Personas Cuidadoras del Registro Social de Hogares (2024), contabiliza a junio de 2024 a 114.228 personas identificadas como cuidadoras no remuneradas, de las cuales 86,6% son mujeres y 13,4% hombres. La existencia de este grupo tiene el origen en una desigual organización social del cuidado, el que es mayoritariamente familiar, feminizado y social y económicamente invisible. Lo anterior se acrecienta por la inexistencia de alternativas para el cuidado fuera del hogar y por el alto costo que éstos tienen, además de la preferencia de las personas de seguir viviendo en sus hogares, tendencia que se refleja en la Sexta Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez (UC-Caja los Andes, 2022) donde, por ejemplo, el 57% de las personas mayores muestran no estar dispuestas a asistir a centros diurnos.

Asimismo, se identifica que 59,2% de las personas que cuidan de manera no remunerada se encuentran en edad económicamente activa, a lo que se suma la baja escolaridad y la concentración de los cuidados en los quintiles más bajos (SENAMA, 2009; MDSyF, 2023; MDSyF, 2024a). De acuerdo con ello, en el primer quintil la participación en el trabajo de cuidado no remunerado es de 59,92%, a diferencia del 35,02% del quinto quintil. Por su parte, las mujeres del primer quintil tienen una participación de un 65,8%, destinando 3,26 hrs. a esta actividad, mientras que las mujeres del quinto quintil participan un 38,4%, con 3,06 horas al día. Es decir, las personas que realizan el trabajo de cuidado no remunerado son más pobres socioeconómicamente y también lo son en términos de tiempo (INE, 2015). Estas situaciones en conjunto pueden acrecentar los sentimientos de falta de desarrollo o realización personal, dimensión que forma parte del síndrome de burnout (Maslach y Jackson, 1981) y que de acuerdo con Valle-Alonso (2014) presenta la mayor incidencia en personas cuidadoras.

Asimismo, el problema del desgaste personal de las cuidadoras seguirá aumentando en términos de la magnitud de personas afectadas, dado que la población mayor de 18 años con dependencia moderada y severa en Chile en la actualidad es de 3,6% y un 2,7% respectivamente, lo que equivale a cerca de 950 mil personas (ENDIDE 2022; MDSyF, 2024a), sin embargo, esta población seguirá en aumento y con ello las necesidades de cuidado. Uno de los principales factores asociado a las necesidades de cuidado es el envejecimiento avanzado a nivel país (Huenchuan, 2018), caracterizado por el incremento de la población de 60 años y más, que aumentó de 9,5% en 1992 a 19,2% en 2021, lo que equivale a un incremento de 186% en 30 años (MDSyF, 2024a). A lo anterior, contribuye el aumento de la esperanza de vida al nacer, que pasó de 78 a 81 años entre 2007 y 2021 (INE, 2022). Ello implica un incremento de personas mayores de 80 años (CEPAL, 2017 en DIPRES, 2020). Si bien envejecimiento y cuidados no son lo mismo, sí están relacionados, por lo tanto, se estima que el aumento en la población de personas mayores sea el principal factor detrás del aumento de las necesidades de cuidados, pues la prevalencia y gravedad de las necesidades aumentan con la edad (DIPRES, 2020), tanto que, en la población de 90 y más, la dependencia aumenta a 62,7%, factores que en conjunto incrementan la demanda de cuidados (UC-Caja los Andes, 2023).

ESTRUCTURA Y GASTO POR COMPONENTES

Componente	Gasto estimado 2025 (Miles de \$ 2024)	Producción estimada 2025 (Unidad)	Gasto unitario estimado 2025 (Miles de \$ 2024)
Set de Estimulación del Autocuidado	913.400	5.000 (Personas)	182,68
Centro de Acompañamiento Virtual	174.953	5.000 (Personas)	34,99
Comunidad de Personas Cuidadoras	110.888	167 (Grupos de apoyo)	664,00
Teleasistencia para personas cuidadoras	396.000	5.000 (Personas)	79,20
Gasto Administrativo	104.759		
Total	1.700.000		
Porcentaje gasto administrativo	6%		

POBLACIÓN Y GASTO

Tipo de Población	Descripción	2025 (cuantificación)
-------------------	-------------	-----------------------

<p>Población Potencial</p>	<p>La población potencial del programa está constituida por personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia funcional moderada o severa.</p> <p>El Informe de Cuidados (MDSF, 2024a) define a las personas cuidadoras como quienes asisten a otra persona u otras personas para realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad.</p> <p>La dependencia funcional se define como una situación en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades, por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra(s) persona(s) (ENDIDE, 2022).</p> <p>CASEN 2022 estima dicha población a partir de actividades como alimentarse, asearse o lavarse (lavarse partes del cuerpo o todo el cuerpo y secarse), moverse o desplazarse dentro de la casa, usar el baño (WC), acostarse o levantarse de la cama y vestirse. La graduación considera:</p> <p>Dependencia severa: necesidad de asistencia o ayuda siempre para realizar 1 o más actividades relacionadas con niveles severos de dependencia; o necesidad de asistencia o ayuda muchas veces en 2 o más actividades relacionadas con niveles severos de dependencia.</p> <p>Dependencia moderada: necesidad de asistencia o ayuda siempre para realizar 2 o más actividades NO relacionadas con niveles severos de dependencia; o Necesidad de asistencia o ayuda muchas veces en 3 o más actividades NO relacionadas con niveles severos de dependencia; o necesidad de asistencia o ayuda muchas veces en 1 actividad relacionada con niveles severos de dependencia.</p> <p>CASEN 2022 identifica 454.464 personas con dependencia moderada y severa. Para la cuantificación de la población potencial, se estiman 0,91 personas cuidadoras por cada una de ellas.</p>	<p>413.562 Personas</p>
<p>Población Objetivo</p>	<p>La población objetivo del programa está constituida por personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia funcional moderada y severa que residen en comunas Chile Cuida.</p> <p>Una persona cuidadora es quien asiste a otra u otras personas para realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad (MDSF, Informe de Cuidados, 2024).</p> <p>El programa establece un criterio de focalización territorial, determinado por la presencia del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC), lo que se entiende por comuna Chile Cuida.</p> <p>Las comunas denominadas Chile Cuida son seleccionadas por PRLAC buscando identificar a aquellas que más lo necesitan. Para ello, utiliza una metodología que considera dos indicadores: i) índice de demanda potencial por apoyos y cuidados, ii) porcentaje de pobreza multidimensional comunal. Asimismo, la metodología utiliza un clasificador de comunas, con 6 pasos: 1) continuidad de comunas, 2) presupuesto y número de comunas a ingresar, 3) planos por región para identificar comunas prioritarias según los indicadores de demanda potencial y pobreza multidimensional, 4) asignación de cupos por tipo de comunas a nivel regional, 5) asignación de cupos de comunas por región según presupuesto disponible, y 6) selección de comunas según cupos asignados por tipo, región y necesidad de contar con el programa, de acuerdo con la demanda potencial. El mecanismo de selección de comunas de PRLAC está regulado por una resolución.</p> <p>La presencia de la Red Local Base de PRLAC es un requisito para el funcionamiento de la estrategia del programa, que busca favorecer la coordinación entre programas en el marco del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, evitar duplicidades en funciones y roles a nivel local y promover una atención integral a las personas.</p> <p>El cálculo de la población objetivo considera a las personas cuidadoras de personas con dependencia funcional moderada y severa definidas como población potencial, que residen en las 140 comunas que contarán con PRLAC al finalizar el 2024.</p>	<p>252.867 Personas</p>

<p>Población Beneficiaria</p>	<p>La población beneficiaria del programa está constituida por personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia funcional moderada y severa que residen en comunas Chile Cuida y tienen voluntad de participar en el programa.</p> <p>Una persona cuidadora es quien asiste a otra u otras personas para realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad (MDSF, Informe de Cuidados, 2024).</p> <p>La persona debe ser identificada como cuidadora de persona con dependencia moderada o severa en RSH o como usuaria potencial del programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC). Además, debe demostrar residencia en la comuna y manifestar voluntad de participar mediante su firma.</p> <p>Se consideran los siguientes criterios sucesivos de priorización de comunas que ingresarán anualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Debe contar con PRLAC. - Cuenta con Centro Comunitario de Cuidados (CCC) con convenio de transferencia firmado, ordenada según fecha de total tramitación del primer convenio. En empate, se la mayor proporción de población con dependencia severa (RSH). - Cuenta con convenio de transferencia de PRLAC, según fecha de total tramitación del primer convenio, desde la más antigua. <p>Las comunas se organizan en dos tramos según la cantidad de personas cuidadoras de personas con dependencia moderada y severa identificadas en RSH:</p> <p>a) de 10 a 500 y b) 501 y más.</p> <p>En el tramo a) se busca cubrir cuantos cupos sean posibles según disponibilidad presupuestaria, priorizando sucesivamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personas cuidadoras de personas con dependencia severa 2. Personas cuidadoras de personas con dependencia moderada <p>En el tramo b), se busca cubrir cuantos cupos sean posibles según disponibilidad presupuestaria, con un mínimo de 501, priorizando sucesivamente a personas cuidadoras de personas con dependencia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Severa, hasta el 60% CSE 2. Severa, desde el 61% CSE 3. Moderada, hasta el 60% CSE 4. Moderada, desde el 61% CSE. <p>De acuerdo a la estrategia del programa, las personas pueden ser beneficiarias de todos los componentes durante un año, sin renovación, sin perjuicio de que puedan continuar accediendo a algunos servicios durante años siguientes. De este modo, la población beneficiada al año es siempre nueva, avanzando progresivamente en la cobertura de la población objetivo.</p> <p>La cantidad de comunas nuevas y los cupos para cada una depende de la disponibilidad presupuestaria de cada año, combinando la necesidad de atender los casos en lista de espera de las comunas ingresadas al programa en años anteriores y las nuevas comunas.</p> <p>Se proyecta el ingreso de personas beneficiadas por comuna, considerando 11 comunas el año 2025, 22 el 2026, 51 el 2027 hasta llegar a un total de 121 comunas el 2028. Esta estimación se realiza con datos de RSH a mayo de 2024. La cantidad de comunas puede variar considerablemente con el eventual aumento de personas registradas en los próximos años.</p>	<p>5.000 Personas</p>
-------------------------------	---	-----------------------

Gasto por beneficiario 2025 (Miles de \$2024)	Cuantificación de Beneficiarios			
	2025 (Meta)	2026	2027	2028
340 por cada beneficiario (Personas)	5.000	10.000	20.000	30.000
Concepto		2025		
Cobertura (Objetivo/Potencial)		61%		
Cobertura (Beneficiarios/Objetivo)		2%		

INDICADORES A NIVEL DE PROPÓSITO			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de personas cuidadoras que disminuyen el nivel de desgaste personal	(Número de personas cuidadoras que disminuyen su nivel de desgaste personal en el año t / Número de personas cuidadoras que finalizan su intervención en el año t) * 100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	50%
INDICADORES A NIVEL DE COMPONENTES			
Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Información adicional	2025 (Estimado)
Porcentaje de personas cuidadoras satisfechas con el set de estimulación del autocuidado y la consejería psicoeducativa	(Número de personas cuidadoras satisfechas con el set de estimulación del autocuidado y consejería psicoeducativa en el año t / Número de personas cuidadoras que reciben el set de estimulación del autocuidado y consejería psicoeducativa en el año t) *100	Dimensión: Calidad Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	70%
Porcentaje de personas cuidadoras que incorporan la actividad física como parte de su rutina	(Número de personas cuidadoras que incorporan la actividad física en su rutina al menos 4 veces al mes en el año t / Número de personas cuidadoras que se inscriben en al menos un taller de actividad física del Componente Centro de Acompañamiento Virtual del programa en el año t) *100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	30%
Porcentaje de personas cuidadoras que aumentan su nivel de apoyo social percibido	(Número de personas cuidadoras que participan de los grupos de apoyo virtual que aumentan su nivel de apoyo social percibido en el año t / Número de personas cuidadoras que participan en los grupos de apoyo virtual en el año t) * 100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	60%
Porcentaje de personas cuidadoras que acceden a servicios de salud mental	(Número de personas cuidadoras que asisten a la primera sesión de atención en salud mental en Hospital Digital el año t / Número de personas cuidadoras derivadas a Hospital Digital por Salud Responde en el año t) * 100	Dimensión: Eficacia Periodicidad: Anual Sentido de medición: Ascendente Unidad de medida: Porcentual	90%

II. EVALUACIÓN

1. Atingencia : Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

2. Coherencia: Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.

3. Consistencia: Cumple con los criterios de evaluación de la dimensión.