

Red Local de Apoyos y Cuidados - SNAC

Versión: 3
Ministerio de Desarrollo Social y Familia
Subsecretaría de Servicios Sociales
Año de inicio: 2017
Año de término: Permanente

1. ANTECEDENTES

Unidad responsable: Departamento de Operaciones

Nombre del encargado: Mónica Gamin Guzmán

Cargo: Coordinadora Sistema de Apoyos y Cuidados

Teléfono(s): 2-27637030

E-mail: mgamin@desarrollosocial.cl

Programas presupuestarios según Ley de Presupuestos:

Partida presupuestaria	Capítulo	Programa	Subtítulo	Ítem	Asignación
21	01	01	24	03	351

Señale dentro de qué Política Ministerial se encuentra el programa descrito, y si este corresponde a algún compromiso contenido en el "Programa de Gobierno 2018-2022": En el programa de Gobierno del presidente Sebastián Piñera, se consigna la Red Clase Media protegida que propone crear un sistema de apoyo a las familias en su rol de cuidado e integración de las personas mayores (Capítulo 2, punto 4).

A su vez, la Red Local de Apoyos y Cuidados se vincula con el Seguro (subsidio) de Dependencia para personas mayores que requieren apoyo de terceros, que incluye un mecanismo de apoyo para los cuidadores familiares informales. Este compromiso se encuentra contenido dentro de la Política de Envejecimiento Positivo y Pensiones Dignas del mencionado programa de gobierno (Eje Seguro - Plan Adulto Mejor, páginas 105 y 106).

El programa Red Local de Apoyos y Cuidados adhiere al modelo de gestión de intervención social basada en acompañamientos a la trayectoria de personas, planteado en el Sistema Intersectorial de Protección Social, de la Ley N° 20.379.

¿El Programa descrito se vincula con un subsistema o conjunto articulado de programas de una determinada política pública?: Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)

Señale la Misión del Servicio o Institución Pública responsable del programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): Ejecutar e implementar las políticas, planes y programas sociales del Ministerio, articulando y coordinando de manera integrada las acciones de los organismos e instituciones públicas, con el fin de erradicar la pobreza y brindar protección social a las personas y grupos vulnerables, promoviendo su integración y desarrollo social en el tiempo.

Señale el/los objetivo/s estratégico/s de la institución responsable a los que se vincula el programa (acorde al Formulario A-1 Dirección de Presupuestos): • Proveer una red de protección social a personas familias y territorios vulnerables, que les permita ampliar sus oportunidades, promoviendo la autonomía en el logro de sus proyectos de desarrollo.

- Fortalecer la institucionalidad de los distintos servicios que conforman el MDS, garantizando la coordinación intersectorial para la intervención de personas, familias y territorios vulnerables.
- Fortalecer el Sistema Intersectorial de Protección Social de modo que el Estado, además de brindar asistencia otorgue herramientas efectivas que permitan a las familias en situación de vulnerabilidad, mejorar sus condiciones de vida.
- Diseñar e implementar el Subsistema Nacional de Cuidados dirigido tanto a adultos mayores y personas en situación de discapacidad, con dependencia, así como también a sus cuidadoras o cuidadores.

Identifique el marco normativo que regula al Programa, especificando Leyes, Decretos, Resoluciones, Bases, Convenios, detallando que contiene cada uno, su año de promulgación y cuáles son los aspectos regulados: El marco normativo que regula a los programas del Ministerio de Desarrollo Social y Familia dice relación con la Ley N° 20.379, del Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS). El sistema es un modelo de gestión constituido por el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas intersectorialmente por distintos organismos del Estado, destinado a la población más vulnerable socioeconómicamente, y que requieran de una acción concertada de dichos organismos, considerando la incorporación de la variable género, según corresponda.

Mediante la ley de presupuesto N°21.192, de fecha 19 de diciembre de 2019, se aprueba el presupuesto para la ejecución del Programa para el año 2020. En cuanto a la ejecución del Programa, la Resolución N°0372, de fecha 16 de mayo de 2019 del Ministerio de Desarrollo Social y familia, aprueba la Modalidad de Operación que regula la transferencia de recursos y los aspectos técnicos y financieros que se deben realizar durante la ejecución del programa.

2. DIAGNÓSTICO

Problema principal que el programa busca resolver: Vulnerabilidad biopsicosocial que enfrenta la diada compuesta por la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) moderada o severa y su cuidador principal, producto de la limitación en la realización de actividades de la vida diaria de la PSDF y la sobrecarga de su cuidador/a principal.

Analice cómo ha evolucionado el problema o necesidad, identificando su variación desde que se inició la implementación del programa hasta la actualidad, presentando datos cuantitativos que permitan dimensionar esta evolución y la necesidad de un cambio de diseño. Asimismo, se debe caracterizar a la población afectada por el problema (población potencial), utilizando la fuente de información más actualizada e indicando si afecta de manera particular a algún grupo específico de la población (mujeres, pueblos indígenas, entre otros). Señale la fecha y fuente de información utilizada (Ej: CENSO, CASEN 2017, Registro Social de Hogares, etc.):

Se entenderá por diada del cuidado, a la unidad de intervención biopsicosocial, compuesta por la persona en situación de dependencia funcional, como receptora de cuidados, y la persona que entrega cuidados, como cuidador/a principal no remunerado/a.

En cuanto al concepto de vulnerabilidad biopsicosocial de la diada, se entenderá por; a: i) Nivel de funcionalidad de la persona en situación de dependencia funcional, medida a través del instrumento usado por el programa; ii) Nivel de sobrecarga de los cuidadores principales, medido a través del instrumento usado por el programa.

De acuerdo con lo anterior, la independencia funcional se ha definido como "el desempeño de las tareas de cuidado personal sin supervisión, dirección o asistencia personal activa" (Rodgers W, Miller B. 1997). Por su parte, en el año 2010 la Ley 20.422 en Chile definió la dependencia como "el 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 o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida". Según la OMS, la dependencia es la "disminución o ausencia de la capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro de los márgenes considerados normales". Constituye un estado permanente donde las personas en su mayoría presentan problemas de movilidad y desplazamiento, de higiene y aseo personal, condiciones de salud crónicas, dificultad para relacionarse con su entorno y participar de actividades cotidianas, entre otras situaciones. Estas definiciones implican que debe haber otra persona que intervenga directamente en el cuidado de la persona dependiente e incluso en la satisfacción de sus necesidades básicas (Vicente A, Pociello E, 2004).

De acuerdo con datos de la Encuesta CASEN 2015, existía un total de 421.094 personas en situación de dependencia, de los cuales, 268.037 correspondía a dependencia moderada y 153.057 a dependencia severa. Al año 2017, el total de personas aumenta a 444.383 a nivel nacional. En efecto, el aumento en el número de dependientes en el país entre 2015 y 2017 es de 5,2%.

Según los datos del INE (2017) 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. La evidencia nacional e internacional señala que si bien ambos conceptos (envejecimiento y cuidados de largo plazo o dependencia) 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 (Manton y Stallard, 1994; Freedman et al., 2008; SENAMA, 2010).

Los cuidados de largo plazo suponen el apoyo de un otro, por tanto, la OMS (2015) los define 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".

De lo anterior, se desprende otro grupo de la población que se ve afectado por la falta de políticas públicas en cuidados que son los cuidadores informales (no remunerados, sin formación). 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 (Villalobos Dintrans, 2019b). De acuerdo con los datos de la primera fase de implementación, sobre los cuidadores/as, el 81% corresponde a mujeres y el 19% a hombres, (SNAC, 2018). Uno de los efectos del cuidado de largo plazo en personas con dependencia dice relación con la sobrecarga del cuidado, el cual se define como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, que amenaza la salud física y mental del cuidador (Zarit, 2002). Entre sus 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 (PUC, 2015).

Según los datos de la primera fase de implementación del programa el 76,5% (SNAC, 2018) de las cuidadoras presenta sobrecarga intensa, proporcionando el cuidado con una frecuencia de 6 a 7 días a la semana en promedio. En cuanto al nivel de funcionalidad de la persona en situación de dependencia, el 53% presenta un nivel de dependencia moderada y 47% severa (SNAC, 2018).

A partir del problema o necesidad identificado, detalle la/s causa/s que generan dicha situación negativa, considerando aquellas causas que se relacionan al ámbito de acción de la institución responsable del programa y de la/s que el programa se hará cargo de resolver a través de los componentes de su estrategia de intervención. Señale la fecha y fuente de información utilizada:

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 (INE 2017). El porcentaje de personas mayores respecto del total de la población se duplicará en los próximos 25 años (ONU, 2019). 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 (CEPAL, 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 (Manton y Stallard, 1994; Freedman et al., 2008; Servicio Nacional del Adulto Mayor, 2010; Colombo et al., 2011; Carrera et al., 2013). 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 (Colombo et al., 2011; Norton, 2016).

La estrategia estándar que ha tenido el país ha sido vincular la edad con la salud y presentar el problema como uno relacionado a la carga de la enfermedad. Aunque los cuidados de largo plazo y dependencia están estrechamente relacionados a la edad y el estado de salud, estas no son las únicas dimensiones del problema. Según lo reconocido por Thumala D. y col. (2017), allí también hay un componente social adjunto a los conceptos de cuidados de largo plazo y dependencia. Definir el problema desde una perspectiva holística implica un esfuerzo multisectorial y una coordinación que es más difícil de lograr. Circunscribir el problema a una "dificultad de salud" o un "problema social" hace que sea más sencillo de abordar utilizando las instituciones actualmente existentes, tal como el sistema de salud o el sistema de protección social (Villalobos Dintrans, 2018). Otro grupo de la población que se ve afectado por la falta de políticas públicas para cuidados son los cuidadores informales (no remunerados, sin formación). 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 (Villalobos Dintrans, 2019).

En conclusión, por una parte, 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 PSDF que den respuesta a sus necesidades, generando una mayor sobrecarga sobre los cuidadores informales.

Según el problema o necesidad identificada, señale los efectos y/o consecuencias negativas que se espera evitar producto de la implementación del programa, tanto en el corto como en el largo plazo. Justifique su respuesta usando datos y evidencia empírica nacional o internacional:

Mediante la entrega y articulación de servicios del programa, las consecuencias negativas que se esperan evitar se relacionan con la progresividad de la dependencia, hospitalizaciones e institucionalización de personas con dependencia, planteando la posibilidad y el derecho de vivir, envejecer y morir en casa (Art. 7, Convención Interamericana de la protección de los derechos de las personas mayores). Sin embargo, para lo anterior se requiere de una estrategia eficaz para enfrentar las crecientes necesidades de cuidados a largo plazo de la población con dependencia moderada y severa y sus cuidadores/as principales (informales), que mitigue la desarticulación y fragmentación de la oferta local y refuerce su complementariedad entre servicios.

Otra de las consecuencias a evitar se relaciona con el aumento de los niveles de sobrecarga en cuidadoras/es principales producto de cuidados de largo plazo, y la falta de bienes y servicios disponibles en el territorio que mejoren la situación de los hogares con dependencia. A su vez, el aislamiento social que conlleva el ser cuidador/a de una persona en situación de dependencia, traducido en la pérdida de redes sociales, laborales, afectivas, entre otras. Lo anterior, impacta negativamente en la percepción de calidad de vida o del bienestar autopercibido de personas con dependencia, sus cuidadores/as y familiares o red de apoyo.

De acuerdo con los efectos y/o consecuencias identificadas en la pregunta anterior, señale cuál es el costo fiscal que éstas generan, tanto en el corto como en el largo plazo. En caso de no contar con la valorización del costo fiscal, a modo de aproximación, especifique el detalle de los gastos asociados: Como aproximación a los costos fiscales que genera el fenómeno de la dependencia, se citará la investigación de Matus-López M, Cid Pedraza C. 2014, respecto de "Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile". En el estudio se manifiesta que, en términos relativos, el costo anual total del sistema de atención domiciliaria evaluado se eleva a 0,45% del PIB chileno, aproximadamente US\$1.214 millones de dólares anuales. Las proyecciones de los costos se realizan en un total de 9 años ascendentes.

El servicio estipulado en el estudio está dirigido a la población con dependencia moderada y severa. Las estimaciones de población indicadas son de 446.568 beneficiarios. Las prestaciones se centran en dos áreas; cuidados domiciliarios (cuidadoras) y atenciones domiciliarias de técnicos o profesionales de la Salud (Enfermera/o). Los costos per cápita varían de acuerdo con la intensidad de los servicios requeridos por los beneficiarios.

Justifique la solicitud de reformulación del programa, detallando los resultados positivos y negativos que ha logrado el programa con su intervención, para lo cual debe considerar la presentación de resultados de indicadores de desempeño y/o de evaluaciones realizadas anteriormente. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: El despliegue de los servicios y la metodología de intervención del programa ha permitido cumplir con los indicadores de propósito. En este contexto, se evidencia como resultado positivo que sobre el 80% de las personas en situación de dependencia mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad y cerca del 70% de cuidadores/as mantiene o disminuye su sobrecarga.

Respecto de los resultados de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG), realizada el 2019, se indica que, "el diseño del Programa 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, "el objetivo y la estrategia se alinean para resolver el problema que enfrentan los países que han abordado el desafío de las crecientes necesidades de largo plazo de la población". En cuanto a la estrategia para definir las prestaciones que se entregan a cada beneficiario, se valora positivamente la metodología de elaboración del plan de cuidados, instrumento que permite alinear los servicios ofrecidos y las necesidades de cuidados de los beneficiarios, adaptando la oferta a las características y perfil de cada usuario, como, por ejemplo; edad, nivel de dependencia, características de la vivienda que habita, territorio, entre otros.

Respecto de los aspectos que el programa debe fortalecer, dice relación con la ausencia en el reconocimiento de la diada del cuidado como sujeto de intervención, actualmente el programa tiene definido sólo a la persona en situación de dependencia como beneficiario. No obstante, en la práctica se entregan servicios tanto para la PSDF como para el cuidador principal".

Otro aspecto que el programa debe reorientar está situado en el componente N°1, donde actualmente la estrategia está dirigida principalmente a la constitución y trabajo con la red local, mientras que debe relevarse aquellos servicios dirigidos directamente a los beneficiarios como lo son la aplicación de la evaluación de necesidades de apoyos y cuidados, y la elaboración conjunta del plan de cuidados.

En cuanto al diseño actual, otro aspecto a mejorar dice relación con las consideraciones para cuantificar los universos reales en la población potencial y objetivo, esto debido a que no se considera a la diada del cuidado dentro de las poblaciones (personas en situación de dependencia funcional y cuidadora principal).

Respecto de la matriz de indicadores, la evaluación realizada por Dipres en el año 2019, indica que el programa debe establecer metas tentativas para cada componente y optimizar la disponibilidad de información oportuna para cada una de ellas.

Detalle los cambios y mejoras que se implementarán en el programa reformulado en comparación con el diseño anterior, es decir, mencione aquellos elementos del programa que serán modificados a partir de este nuevo diseño (Ej.: población potencial, componentes, estrategia de intervención, indicadores, etc.): El diseño original del Programa Red Local señala como componente N°1 la Gestión de Red, centrando las actividades a los procesos de conformación y trabajo de la red local, y dejando como actividades secundarias, las prestaciones directas que se entregan a los beneficiarios. En este contexto, para el nuevo diseño, se dará mayor importancia a los procesos de evaluación de apoyos y cuidados y a la construcción del plan de cuidados que se realiza directamente con los beneficiarios. En este mismo sentido, el nombre del componente pasa a llamarse Plan de Cuidados, ya que es el instrumento donde se especifican las prestaciones que recibirá cada beneficiario y declara el ingreso al Programa.

Otro elemento que se integrará a este nuevo diseño dice relación con el reconocimiento de la cuidadora principal como población objetivo, dado que en el en el diseño actual sólo se menciona a la persona en situación de dependencia funcional, excluyendo a la cuidadora principal. En esta nueva lógica de implementación, se integran el concepto de diada de cuidado, direccionando los ejes de la intervención hacia a la persona con dependencia funcional y su cuidadora principal.

Respecto de la actual matriz de indicadores para el nuevo diseño, se integra a los indicadores de propósito el indicador del componente N°2 del diseño original, el cual está relacionado con la "mitigación de la sobrecarga de la Cuidadora principal".

En la misma línea de argumentos relacionado a la incorporación de la cuidadora principal, se actualizan los universos de la población potencial y objetivo, así como también, se definen las fuentes de información que permita cuantificar de mejor forma los universos más próximos a la realidad. En este sentido, para la población potencial, se utilizará la información de CASEN 2017 y para la población objetivo, se utilizará el Registro Social

de Hogares.

Proporcione evidencia de experiencias nacionales y/o internacionales (proyectos, programas, intervenciones, estudios, etc. y sus resultados) que permitan justificar este nuevo diseño (reformulación) y avalar la pertinencia de este tipo de intervención en la solución del problema identificado. Mencione las fuentes de información y fecha de los datos entregados: Respecto de la importancia que tiene la inclusión de la cuidadora como beneficiario/a junto a la Persona en situación de dependencia (díada del cuidado), En un estudio realizado por Comunidad Mujer y el Banco Interamericano de Desarrollo (2014), respecto de "Modelos de cuidado de personas adultas dependientes, cuidadoras y su participación en el mercado laboral", se destaca como política pública, en los países de Latinoamérica, el Sistema de Cuidados de Uruguay, donde las intervenciones están dirigidas tanto a la persona en situación de dependencia y sus cuidadores/as. Respecto de los servicios entregados, destaca, los cuidados domiciliarios para las personas con dependencia y para los cuidadores/as, los servicios de orientación y asesoramiento psicológico.

En el estudio "Envejecer con cuidado, Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe", realizado por Banco Interamericano de Desarrollo (2019), se manifiesta que, para diseñar un sistema de atención a la dependencia, es importante definir su menú de servicios, los cuales deben estar direccionado tanto para las personas con dependencia como para los cuidadores. En las categorías que se entregan en el estudio, se pueden destacar, los servicio en domicilio (asistencia) como así también, los servicio para cuidadores/as (aportando a disminuir la carga y estrés).

En cuanto a los resultados del proceso de evaluación al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, realizado por la Dirección de Presupuesto - Dipres, en el año 2019, las principales recomendaciones al diseño dicen relación con; declarar a la díada del cuidado como el beneficiario indisoluble, conformada por la persona en situación de dependencia y su cuidadora principal; reorientar las acciones del componente N°1, hacia el proceso de evaluación, el cual identificar la vulnerabilidad biopsicosocial de la díada, y la construcción del Plan de cuidados, donde se establecen y acuerdan las prestaciones que recibirá la díada del cuidado.

3. OBJETIVO Y FOCALIZACIÓN

3.1) Objetivo

Fin del programa: Contribuir a la mejora de la calidad de vida de la población más vulnerable del país que participa del Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS).

Propósito del programa: La díada compuesta por la persona en situación de dependencia funcional (PSDF) y su cuidador principal disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial en tanto que la PSDF mejora o mantiene su nivel de funcionalidad o retarda su declive, y el cuidador/a principal mantiene o reduce la sobrecarga.

3.2) Población potencial

Descripción: El programa define su población potencial a la díada compuesta por las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) leve, moderada o severa y sus cuidadores.

De acuerdo con la CASEN 2017, las personas con dependencia funcional:

- a) Tienen dificultades extremas o que 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 que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales.

Se entenderá por:

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 WC 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 tareas del hogar, hacer o recibir llamadas.

A partir de las definiciones anteriores, se define operacionalmente dependencia:

Dependencia Leve: Incapacidad para realizar 1 de las AIVD o necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse) o necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar 2 AIVD.

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 con CASEN 2017, el cuidador principal es la persona (mayor de 18 años) que destina más horas a las labores de cuidado de forma remunerada o no remunerada. Para efectos de la estimación de los cuidadores/as principales, se considera la relación 1 es a 0,8

Unidad de medida: Personas

Cuantifique la población potencial para el año 2021, en base a la unidad de medida señalada anteriormente: 1.263.315

Fuente de información utilizada para cuantificar la población dada: Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2017.

3.3) Población objetivo

Descripción: El programa define como su población objetivo a la díada compuesta por las personas con dependencia funcional moderada o severa y sus cuidadores principales que pertenecen a hogares en el estrato del 60% o menor de calificación socioeconómica (CSE) según el Registro Social de Hogares. No incluye a personas dependientes que habitan en Hogares o Residencias.

La nómina de hogares se construye a partir de la información contenida en el RSH, tanto la condición de dependencia, como la CSE. El nivel de dependencia se corrobora a través del instrumento de evaluación que se aplica al inicio de la intervención. En caso de que se trate de una persona autovalente o con dependencia leve, se deriva a otros servicios pertinentes dentro de la oferta local.

Los beneficiarios deben residir en las comunas donde se ejecuta el programa, las cuales se seleccionan a partir de un índice creado por el Banco Mundial, que considera aspectos como la capacidad de gestión de los municipios (presencia de oficinas municipales o programas que atienden a población similar) y a la demanda potencial de cuidados (presencia de personas en situación de dependencia funcional y condición socioeconómica). Los cupos por comuna son definidos en el convenio que se firma con el municipio ejecutor, según disponibilidad presupuestaria.

Si la demanda para ingresar es mayor a los cupos asignados, se calcula un puntaje de prelación de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) Grupos vulnerables: mujeres gestantes, adultos mayores, y menores de 18 años. Mayor puntaje según presencia de 1 o más grupos vulnerables en el hogar. (Puntajes: 3 grupos-10ptos., 2 grupos-5ptos., 1 grupo-2,5ptos., 0 grupo-0pto.)
- 2) Tramo CSE: mayor puntaje mientras menor es el tramo de la CSE según el RSH (40%, 50% y 60%). (Puntajes: tramo 0-40%-15ptos., tramo 40-50%-10ptos., tramo 50-60%-5ptos, tramo 60-100%-0pto.)
- 3) Ratio Unidad Vecinal (UV): índice que considera la relación entre el N° de hogares con dependientes por UV. Mayor puntaje si el hogar se encuentra en UV con mayor presencia de personas dependientes. (Puntajes: 2 o más-30ptos., 1-1,99-20ptos., 0,75-0,99-10ptos., 0-0,74-0ptos.)
- 4) N° de personas dependientes en el hogar: a mayor N°, mayor puntaje. (Puntajes: 4 o más-30ptos., 3-20ptos., 2-10ptos., 1 o menos-0ptos.)
- 5) Número de integrantes no dependientes mayores de edad: mayor puntaje a hogares que tienen menos personas no dependientes. (Puntajes: 0-15ptos, 1-15ptos, 2-5ptos, 3 o más-0ptos.)
- 6) Ingreso equivalente del hogar: ingreso monetario de los últimos 12 meses de cada uno de sus integrantes según registros administrativas del Estado. (No se asigna puntaje, se considera luego de ordenar a los hogares según los puntajes asignados en los criterios anteriores).
- Fuentes de información: Base de datos del Registro Social de Hogares (RSH), Subsistema Seguridades y Oportunidades, Subsistema Chile Crece Contigo, Registro Nacional de la Discapacidad, Prestaciones Monetarias en las bases administrativas disponible

¿Se utiliza el Registro Social de Hogares (RSH) para seleccionar a los beneficiarios?: Si

Variable	Criterio
Pertenencia al Registro Social de Hogares (RSH)	Debe pertenecer
Pertenecer a uno de los tramos de la Calificación Socioeconómica (CSE)	60%
Uso de información del Registro Social de Hogares (RSH), que no sea la Calificación Socioeconómica (CSE)	Módulo Salud, nivel de dependencia moderada o severa

	2020	2021	2022	2023
Población objetivo	3.766	3.766	3.766	3.766

4.1) Estrategia

El programa presenta 3 componentes.

Nombre	Descripción
<p>Plan de Cuidados Apoyo Psicosocial (Apoyo Psicosocial)</p>	<p>Es la puerta de entrada al programa, que realiza la clasificación de dependencia funcional en moderada o severa (según el algoritmo del módulo de salud de RSH), la sobrecarga del cuidado (según Escala de Zarit) y la identificación de necesidades a partir del Instrumento de Evaluación de Necesidades de Apoyos y Cuidados del programa. Permite la selección de beneficiarios: persona en situación de dependencia moderada o severa y su cuidador/a principal, que ambos componen la diada del cuidado. Establece un plan de cuidados, seguimiento y reevaluación de los beneficiarios a los 12, 24 y 36 meses respectivamente, asegurando una participación en el programa de, a lo menos, 3 años. El plan de cuidados define los beneficios a obtener a través de este (es decir, el paquete de prestaciones), de acuerdo con lo identificado en la evaluación inicial y mediante un trabajo conjunto de las entidades locales que componen la red local (oficina de discapacidad, del adulto mayor, APS, RSH, otros). Entre las prestaciones, se encuentran los servicios de cuidados, servicios especializados, insumos o especies, apoyo en gestiones y/o trámites, entre otros. El Plan de Cuidados es presentado a la diada quienes validan (o rechazan) mediante una firma como medio de verificación. En caso de que la diada no valide el plan, se acuerdan las modificaciones en conjunto y se realiza la nueva propuesta. Lo anterior, es desarrollado por los equipos comunales del programa, expertos en la temática y que cumplen con un perfil sanitario y/o social.</p> <p>Meta de producción año 2021: 3.766 Díada con planes de cuidados firmados</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.028.831</p>
<p>Servicio de Atención Domiciliaria-SAD Apoyo Psicosocial (Apoyo Psicosocial)</p>	<p>Entrega servicios de cuidado dirigido a personas con dependencia moderada o severa y servicio de respiro a sus cuidadores/as (éstos informales) con sobrecarga de acuerdo con lo obtenido en la Escala de Zarit. Éste último servicio consiste en que la cuidadora, al ser reemplazada en sus labores de cuidado, tiene la posibilidad de ocupar ese tiempo para lo que necesite, toda vez que se haya consolidado el vínculo de confianza entre la asistente de cuidados y la diada, respectivamente. Lo anterior, ayuda a prevenir el avance de la sobrecarga en el cuidador/a. El componente se desarrolla mediante 2 visitas domiciliarias semanales en promedio de 4 horas cada una, donde asistentes de cuidados, capacitadas por el programa, realizan las siguientes actividades en los domicilios de los beneficiarios/as: aseo corporal de la persona, lavado de cabello, aseo de pañal, prevención de úlceras por presión, apoyo en transferencias, manejo postural, estimulación física y cognitiva, manipulación de alimentos, apoyo o acompañamiento para la vinculación familiar, social y barrial. Para evaluar el servicio entregado, se aplica una encuesta de satisfacción al usuario/a, con una frecuencia promedio de 1 vez por semestre. El componente incluye un profesional del área social o sanitaria contratado por el programa, quien lidera el proceso de capacitación de las asistentes de cuidado, previo a la asignación de hogares SAD. Además, coordina las actividades del equipo de asistentes de cuidado que tendrán a cargo un promedio de 5 hogares cada una, entre ellas, planifica las rutas para las visitas domiciliarias, el proceso de formación continua, el tiempo de entrega del servicio (según la reevaluación al mes 12, 24 y 36 respectivamente); coordina los espacios en que se desarrolla la gestión de casos, la articulación con los integrantes de los otros componentes del programa, acoge dudas y apoya en la resolución de incidencias en los hogares.</p> <p>Meta de producción año 2021: 1.700 Díada con SAD recibido</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.475.019</p>

Nombre	Descripción
<p>Servicios Especializados-SSEE Apoyo Psicosocial (Apoyo Psicosocial)</p>	<p>Entrega un conjunto de bienes y servicios especializados, según las necesidades particulares de los beneficiarios/as (personas con dependencia moderada o severa y sus cuidadores/as principales), complementando la oferta local programática. Los servicios se pueden desarrollar en el domicilio de los beneficiarios/as, o en plazas, juntas vecinales y otros, según corresponda. Entre ellos, se encuentran: podología, peluquería, psicología, kinesiología, terapia ocupacional, ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda (instalación de rampas de acceso a la vivienda, grifería, receptáculo en baños, barras de apoyo en baños, pasillos y/o dormitorios, nivelación de pisos), artículos de aseo y cuidado (pañales, sábanas, gasa, alcohol, guantes, otros), movilización para asistir a consultas médicas, a tratamientos, entre otros. La modalidad de trabajo de disciplinas tales como psicología, kinesiología, terapia ocupacional u otras, puede ser individual o grupal en formato de taller.</p> <p>Mantiene una frecuencia de atención semanal y/o mensual, de acuerdo al Plan de Intervención establecido por especialidad. La frecuencia está determinada por las necesidades identificadas, lo sugerido por el especialista para prevenir la progresión de la dependencia funcional y la sobrecarga en el cuidador/a, y lo acordado entre usuario/a y especialista. El estándar mínimo corresponde a 1 vez mensual y el máximo de 1 vez por semana durante un tiempo aproximado de entre 6 y 12 meses, según reevaluación. Para evaluar el servicio entregado y la calidad del insumo, se aplica una encuesta de satisfacción al usuario/a, con una frecuencia promedio de 1 vez por semestre.</p> <p>El componente es coordinado por un profesional del área social o sanitaria contratado por el programa, quien es responsable de planificar las rutas para las visitas domiciliarias, organizar al equipo de profesionales, garantizar el desarrollo de los Planes de Intervención y complementar la oferta local.</p> <p>Meta de producción año 2021: 3.013 Díada con SSEE recibidos</p> <p>Gasto por componente 2021(\$miles) : 2.183.415</p>

Estrategia de intervención: El componente 1, conforma las redes locales integradas por: Representantes de la Of del Adulto Mayor, Of de la Discapacidad, Depto Social (Unidad de Subsidios, RSH), Salud (CESFAM, CECOF), Of de la Mujer; representantes de la sociedad civil vinculados a discapacidad, dependencia y adulto mayor, entre otros. Las funciones convergen principalmente en la derivación de usuarios/as y la gestión de casos, donde se revisan las necesidades de la diada del cuidado, la modalidad de intervención, complementariedad de atenciones, acceso a beneficios sociales y oferta local. El componente también administra la nómina de potenciales beneficiarios creada por el nivel central del MDSF (a partir de información del RSH) verificando los criterios de ingreso al programa. Con la información de la nómina, el Encargado de la Red Local, que se encuentra alojado en la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) de la municipalidad, organiza a los integrantes de la Red que aplican el instrumento de evaluación del programa. En base a la información recopilada y mediante un trabajo conjunto con las entidades que componen la red local, el componente 1 produce una propuesta específica de intervención en el hogar, con apoyos y cuidados para la diada. La propuesta se estructura y formaliza en un Plan de Cuidados, que constituye 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, sector social y sociedad civil). La materialización de la entrega de bienes y servicios comprometidos en el 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 lo involucra activamente en la entrega de soluciones a los hogares beneficiarios. Simultáneamente, este componente realiza un seguimiento a la trayectoria durante tres años que garantiza el despliegue de los servicios y las atenciones a los hogares de manera integral y oportuna. La derivación a los componentes 2 y 3, se activa toda vez que la diada haya firmado el Plan de Cuidados acordado y el Encargado de la Red Local derive a los beneficiarios a los servicios.

El componente 2 (SAD), supone un Plan de Apoyo por beneficiario que establece las actividades a desarrollar en domicilio. Es una prestación complementaria a los cuidados sociales que se otorga a la diada del cuidado. Es realizado por personal calificado en el domicilio familiar y está dirigida a la diada derivada por el Encargado/a de la Red, en el marco de la ejecución del Plan de Cuidados. El servicio consiste en proveer al hogar de una Asistente de Cuidados que asiste al domicilio por un período acordado, lo que incluye un proceso de selección, contratación y nivelación de conocimientos, junto con un proceso de aseguramiento de calidad de este servicio.

El componente 3 (SSEE), supone un Plan de Intervención por beneficiario/a que establece el número de sesiones, obs y metodología a desarrollar en domicilio u otro, según el diagnóstico situacional que se realice. Da cuenta de un catálogo que suma un total de 41 tipos de servicios y especies, que permiten prevenir la progresión de la dependencia funcional y el avance de la sobrecarga en el cuidador/a principal, además de promover la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria de la diada. En los primeros se encuentran actividades provistas por profesionales, técnicos y oficios que buscan satisfacer las necesidades de la diada, otorgando ayuda psicológica, kinésica, terapéutica, y adaptaciones funcionales a la vivienda. En los segundos, se dispone de un conjunto de objetos fungibles, tales como artículos de aseo, de cuidado, equipamiento para la vivienda, que complementan las intervenciones desarrolladas.

De esta manera, se logra prevenir la vulnerabilidad biopsicosocial de la diada del cuidado: que las personas en situación de dependencia mantengan o mejoren su nivel de funcionalidad, y por consecuencia que sus cuidadores/as mantengan o disminuyan el nivel de sobrecarga producto del cuidado, previniendo el avance de cada una.

El MDSF firmará convenios de transferencias con los municipios del país, el cual contiene un plan de trabajo de la Red Local anual regulado por las orientaciones técnicas del Ministerio, que asegure la oportuna y correcta ejecución del programa. La contraparte de la SEREMI, otorgará asistencia técnica, que tendrá como función principal supervisar la implementación del programa en la comuna, asistiendo técnicamente a los ejecutores en cada fase del programa y apoyando en la resolución de situaciones complejas que no se logren subsanar a nivel local. El trabajo con la red provincial, busca facilitar el despliegue del Sistema de Protección Social en la provincia y sus comunas.

Tiempo de duración del ciclo de intervención del programa: Indique en cuántos meses/años promedio egresarán los beneficiarios del programa: 3 años

Criterios de egreso: Por la naturaleza y características de la dependencia y sus condicionantes, la díada del cuidado permanece en el programa.

¿Pueden los beneficiarios acceder más de una vez al programa?: Si, Mientras la díada del cuidado presente vulnerabilidad biopsicosocial, podrá pertenecer al programa.

Identifique si el programa atiende un riesgo potencial y por lo tanto es de carácter "preventivo", (como por ejemplo, programas que previenen la deserción escolar, o que proporcionan seguros ante distintos eventos) o bien, atiende o da solución a un problema ya existente (como por ejemplo programas que atienden a escolares que ya han desertado del sistema escolar): El programa y sus componentes son de carácter preventivo, ya que evita que aumente la dependencia, manteniendo o mejorando el desarrollo de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Respecto de lo paliativo el programa otorga una solución al problema identificado (Dependencia funcional), a través de la provisión de servicios pertinentes para la población que se encuentre en esa situación.

Identifique si el programa incorpora en su intervención, al hogar/familia/cuidadores del beneficiario, (por ejemplo, la intervención a un niño o niña que incorpore a sus padres, sus hermanos, sus cuidadores, o a su familia). Describa el modo y las instancias en las que se incorpora este enfoque en la estrategia del programa: Actualmente, se habla de "binomio" o "díada" del cuidado, compuesto por la persona en situación de dependencia y su cuidadora/or principal. En este marco, el programa debe abordar de forma integrada esta dinámica, estableciendo servicios pertinentes para cada uno de ellos/as. Se establece la integración de los componentes, permitiendo aliviar la sobrecarga de cuidados y apoyar en la realización de las actividades de la vida diaria, definido en el Plan de Cuidados.

4.2) Ejecutores, articulaciones y complementariedades

Ejecución: El programa es ejecutado por terceros.

Nombre	Tipo de institución	Nivel	Rol de la institución	Mecanismos
Municipio - Dirección de Desarrollo Comunitario DIDECO	Municipio o Corporación Municipal	Programa	Administración de recursos transferidos e implementación del programa en sus tres componentes. Contratación del equipo comunal que gestionará a nivel local los componentes, el equipo se constituye de; Para el componente 1 contratación del Encargado del programa, componente 2 la contratación del coordinador del servicio y asistentes de cuidados y para el componente 3 un profesional que administrará los servicios especializados.	Para la selección de comunas se utiliza una metodología que considera la construcción de dos sub-índices: un sub-índice de capacidad de gestión (presencia de servicios a nivel local) y un sub-índice de demanda (presencia de población objetivo).

Articulaciones: El programa se articula con otras instituciones.

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Servicio Nacional del Adulto Mayor	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Institución que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas mayores del país.	Esta Institución dispone a nivel local de oferta sectorial y proporciona asistencia técnica a los equipos comunales en materias de adultos mayores en situación de dependencia. En este sentido será parte de la red local.
Servicio Nacional de la Discapacidad	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Institución que promueve el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, con el fin de obtener su inclusión social,	Esta Institución 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. En este sentido será parte de la Red local

Nombre	Tipo de institución	Especifique tipo de institución	Descripción de la articulación
Ministerio de Salud	Subsecretaría, Servicio o Institución Pública del Nivel Central	Institución que centra su accionar en el cuidado de poblaciones durante todo el ciclo de vida, estimula la promoción y prevención en salud.	Los Profesionales de Salud, serán 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. Serán claves en el proceso de acceso al sistema dada su relevancia en la evaluación de salud. El MINSAL, a través de los CESFAM participará como un actor clave en la validación del estado de las personas con dependencia.
Organizaciones Sociales y Sociedad Civil	Otro	Promover el bienestar de la población.	Las organizaciones sociales de adultos mayores, personas en situación de discapacidad y dependencia serán parte de la Red local. Las principales actividades relacionadas son: ? Conformación nómina local beneficiarios/as ? Análisis y gestión de casos ? Complementariedad de atenciones ? Solicitud ayudas técnicas ? Prevención terciaria y primaria ? Inclusión laboral, educativa y social ? Capacitaciones y talleres grupales

Complementariedades Internas: El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de la misma Institución o Servicio Público.

Nombre	Nivel	Descripción
Programa Familias	A nivel de gestión	Derivación personas en situación de dependencia que requieran de servicios integrados en cuidado. El objetivo es fortalecer la implementación del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social, a nivel local.
Programa Fortalecimiento Municipal - CHCC	A nivel de gestión	Derivación de niños, niñas y adolescentes con dependencia de manera de fortalecer la implementación del Sistema Intersectorial de Promoción y Protección Social, a nivel local.

Complementariedades Externas: El programa se complementa con programa(s) o intervención(es) de otra(s) Institución(es) o Servicio(s) Público(s).

Ministerio u Organismo	Servicio	Nivel	Nombre programa	Descripción
------------------------	----------	-------	-----------------	-------------

Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicio Nacional del Adulto Mayor	A nivel de gestión	Cuidados Domiciliarios	Este programa entrega servicios a adultos mayores con dependencia en hogares uni y bipersonales sin cuidador/a principal. Una vez evaluados con el instrumento que identifica las necesidades de apoyos y cuidados, se activa la complementariedad mediante la derivación de las Personas con dependencia de acuerdo a su perfil, desde el Programa Red Local al Cuidados Domiciliarios.
---	------------------------------------	--------------------	------------------------	--

4.3) Enfoque de Derechos Humanos

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Género	Si	El trabajo de cuidado ha sido históricamente realizado por mujeres (81%, SNAC 2018) 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. En este contexto, el enfoque de género se incorpora desde el diseño y la ejecución del programa. En la evaluación inicial se aplica el test de Zarit, que mide sobrecarga del cuidador, indicador que es monitoreado anualmente. El componente Servicio de Atención Domiciliaria se presenta como un apoyo concreto a las cuidadoras, entregando un servicio de respiro. Además, a través de las visitas domiciliarias, las cuidadoras informales reciben conocimientos relacionados al cuidado mediante imitación y entrega de indicaciones. Finalmente, a través del componente Servicios Especializados, las cuidadoras informales pueden acceder a espacios terapéuticos individuales o grupales.	
Pueblos indígenas	No		El programa no aborda de manera explícita la pertenencia a pueblos originarios, sin embargo, en la práctica el programa sí lo considera, ya que se ejecuta en comunas con presencia de pueblos indígenas, y en el contexto de la expansión del programa a nuevas comunas, se ve necesario incorporar de algún modo esta temática. También se cuenta con experiencias puntuales implementadas por las propias comunas, donde se incorporan aspectos culturales particulares de cada territorio, considerando, por ejemplo, el tema indígena.

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Pertinencia territorial	Si	<p>La pertinencia territorial se considera a nivel de diseño, de focalización y de ejecución. El ingreso de beneficiarios tiene una lógica de pertinencia territorial, considerando las realidades locales en cuanto a necesidades y n de población. El programa se ejecuta en zonas urbanas y rurales, con alta y baja dispersión geográfica.</p> <p>Reconociendo la diversidad de comunas, se creó una tipología que considera el tamaño del municipio (capacidad de gestión) y la cantidad de población en situación de dependencia (demanda potencial). A partir de esta tipología se generó un modelo de ingreso progresivo de comunas al programa, incorporando un enfoque de equidad territorial y asegurando que todas las comunas cuenten con las mismas condiciones de acceso al programa. Por su parte, el componente Servicios Especializados tiene un diseño flexible, en el que los servicios son definidos territorialmente en base a las necesidades, preferencias y particularidades de cada territorio y su población.</p>	
Niños, niñas y adolescentes (NNA)	No		<p>El programa no realiza diferencias por rango etario, incorporando como población potencial a todas las personas que cumplan con los requisitos (encontrarse en situación de dependencia). El programa considera a la dependencia como una situación que puede ocurrir en cualquier momento del curso de vida, por lo tanto, si bien no existe una focalización particular por grupo etario, la mayor parte de los beneficiarios corresponden a personas mayores. No obstante, niños, niñas y adolescentes son beneficiarios en tanto se encuentren en situación de dependencia, por lo que, durante la ejecución del programa, existe una vinculación con las redes pertinentes a nivel nacional, regional y local que trabajan directamente con dicha población.</p>
Discapacidad	Si	<p>La situación de discapacidad se incorpora en el programa desde su diseño, focalización y ejecución. Si bien el concepto de dependencia no es homologable al de discapacidad, están relacionados: encontrarse en una situación de dependencia puede ser considerado como una discapacidad, y personas en situación de discapacidad pueden encontrarse (o no) en una situación de dependencia. Parte del grupo objetivo del programa corresponde a personas con discapacidad que se encuentran en situación de dependencia. Por esta razón, el enfoque de discapacidad se incluye en las orientaciones técnicas, considerando la promoción del ejercicio de derechos de las PSD y fomentando en los equipos el manejo de un lenguaje y acciones inclusivas. A su vez, a través de los componentes, se ofrecen bienes y servicios diseñados especialmente para satisfacer las necesidades y requerimientos de esta población. Para abordar de mejor manera esta temática, se requiere de la articulación con instituciones como Senadis.</p>	

Enfoques y/o perspectivas	¿Incorpora o no?	¿En qué etapas se incorpora?	Justificación de la no incorporación del enfoque o perspectiva
Migrantes	No		La condición migratoria no se aborda de manera directa en el programa, sin embargo, personas que cumplan con los criterios de ingreso, independiente de su nacionalidad o país de origen, pueden acceder al programa. Por su parte, en el componente Servicios de Atención Domiciliaria, un grupo significativo de las personas que participan como asistentes de cuidados, corresponde a población migrante.
Otra condición	Si	La condición de dependencia se incorpora en el programa desde el diseño, focalización y ejecución, siendo la temática principal abordada por el programa. La dependencia (funcional o de cuidados) es entendida como un estado en el 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. 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. Cerca de un 60% de ese total corresponde a personas mayores de 65 años. Esta condición tiene consecuencias en la calidad de vida tanto de las personas en situación de dependencia como en sus cuidadores, que en su mayoría son mujeres. La dependencia se aborda de manera transversal en todos los componentes del programa, en las orientaciones técnicas, en la ejecución y en el seguimiento.	

4.4) Participación Ciudadana y Transparencia Pública

Mecanismos de participación ciudadana: Si

- Entrevistas a beneficiarios
- Encuestas de satisfacción
- Otros

Descripción: Sí, a través de entrevistas a beneficiarios realizadas al inicio y cada 3 meses mientras permanezca activo en el programa. Lo anterior, corresponde al proceso de acompañamiento a la trayectoria a los hogares, donde uno de los módulos tiene el objetivo de indagar acerca de los niveles de satisfacción de los beneficiarios respecto a los servicios recibidos.

Asimismo, la evaluación del hogar implica la participación de los hogares (tanto de la persona en situación de dependencia como de su cuidador principal) y el Plan de Cuidados el cual es co-construido entre el equipo Red Local y los propios beneficiarios.

Mecanismos de participación y transparencia pública: Si

- Documentos y Publicaciones
- Otros

Descripción: El programa Red Local de Apoyos y Cuidados cuenta con mecanismos de transparencia y participación ciudadana. Entre ellos destaca:

La entrega de información del programa solicitada por la ciudadanía mediante el Sistema de Información y Atención Ciudadana (SIAC).

El programa entrega trimestralmente un informe del estado de avance del programa a la comisión mixta del Senado, El cual es de acceso libre a la ciudadanía.

Otro mecanismo es el acceso a la página web, donde se publica mensualmente información de la ejecución del Programa.

5. INDICADORES

5.1) Indicadores

Indicadores a nivel de Propósito:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje de personas en situación de dependencia que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en situación de dependencia que mantienen o mejoran su evaluación funcional al final del periodo } t / \text{N}^\circ \text{ de personas en situación de dependencia en el programa a comienzos del periodo } t}{1} \right) * 100$ <p>Fuente de información: Para los indicadores la información se encontrará en el Sistema de Registro y Monitoreo del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados y en el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC).</p>	El indicador se construye comparando el nivel de dependencia obtenido a partir del instrumento de evaluación (que mide el nivel de funcionalidad, considerando la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, calificando el nivel de dependencia en leve, moderado y severo) y los resultados obtenidos en la primera reevaluación, donde se aplica el mismo instrumento, luego de 1 año de implementación.	83,00%	83,00%	83,00%
Porcentaje de Cuidadores Principales que mantienen o disminuyen su nivel de sobrecarga	$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores Principales que participan del servicio de atención domiciliaria que declaran mantener o disminuir su sobrecarga en periodo } t, \text{ que ingresaron al programa en el año } t-1 / \text{N}^\circ \text{ de Cuidadores Principales que participan del servicio de atención domiciliaria con sobrecarga en } t-1}{1} \right) * 100$ <p>Fuente de información: Para los indicadores la información se encontrará en el Sistema de Registro y Monitoreo del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados y en el Sistema de Gestión de Convenios (SIGEC).</p>	Se compara el nivel de sobrecarga de los cuidadores principales medido en el instrumento de evaluación a través de la escala Zarit y luego en la re-evaluación.	68,00%	68,00%	68,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: Para los dos indicadores de propósito la información se encuentra centralizada, en el Sistema de Registro y Monitoreo del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que es completado por los equipos comunales, con la información obtenida en el instrumento de evaluación y re-evaluación, a través del cual se mide el nivel de funcionalidad de las personas con situación de dependencia y el nivel de sobrecarga del cuidador principal a través de la escala Zarit.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: Actualmente no se cuenta con el total de evaluaciones y re-evaluaciones subidas al sistema, por lo tanto los datos utilizados son una proyección en base a los datos reales con los que se cuenta. Por lo tanto la evidencia para definir la situación actual es la información subida al sistema por los equipos comunales. Las proyecciones para el 2021 y 2022 se hicieron en base a la cobertura esperada para este año considerando la expansión a 40 nuevas comunas y manteniendo las proporciones de los indicadores actuales (83% de mantención o aumento de la funcionalidad de la persona en situación de dependencia y 68% de mantención o disminución de la sobrecarga del cuidador principal).

Indicadores a nivel de Componentes:

Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Metodología y definiciones conceptuales	2020 (Situación actual)	2021 (Con programa)	2022 (Con programa)
Porcentaje derivaciones efectivas a partir de los servicios establecidos en el plan de cuidados	(N° de derivaciones efectivas de servicios del plan de cuidados realizadas en el año t/ N° total de servicios establecidos en el plan de cuidados en el año t)*100 Fuente de información: Sistema Gestión de Convenios (SIGEC) y Sistema de Registro y Monitoreo SNAC.	La formula se establece considerando el total de derivaciones efectivas, dividido por el total de servicios establecidos en el plan de cuidados, entendiéndose derivaciones efectivas como el ingreso del usuario al servicio acordado.	60,00%	71,00%	71,00%
N° promedio de hogares a cargo de un Asistente de Cuidado	N° de hogares que reciben el componente Servicio de Atención Domiciliaria en periodo t / N° total de asistentes de cuidado contratadas en el periodo t. Fuente de información: Sistema Gestión de Convenios (SIGEC) y Sistema Registro y Monitoreo SNAC.	La formula de calculo contempla el total de hogares activos que reciben el componente 2 de Servicios de Atención Domiciliaria (SAD) en el periodo t, dividido por el total de asistentes de cuidado contratadas que realizan el servicio de respiro en el mismo periodo. Se escogió este indicador porque se entiende como un estándar de calidad, a partir de la experiencia estudiada durante el diseño del programa, de tal forma que lo óptimo es que cada asistente de cuidado no tenga a su cargo más de 5 hogares.	5,00	5,00	5,00
Porcentaje de usuarios que participan del componente 3, que son atendidos por al menos un profesional especializado en el área de la dependencia.	(N° de usuarios que participan del componente 3 que son atendidos por al menos un profesional especializado en el área de la dependencia en el periodo t / N° total de beneficiarios que acceden a servicios especializados en el periodo t)*100 Fuente de información: Sistema Gestión de Convenios (SIGEC) y Sistema Registro y Monitoreo SNAC.	Los servicios especializados se componen de 1) servicios profesionales (psicólogo, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, podólogo, como base), 2) entrega de insumos o especies. Para el indicador del componente 3 escogimos relevar la atención de los servicios profesionales, dado que estos aportan directamente al proposito del programa, a mantener o disminuir la vulnerabilidad biopsicosocial, en este caso de la persona en situación de dependencia funcional. Por esta razón se considera como un estándar de calidad que cada persona en situación de dependencia funcional esté siendo atendido por al menos un profesional especializado en el área de la dependencia. Se calcula considerando el n° de usuarios que reciben al menos un servicio profesional en el periodo t, dividido por el total de usuarios que cuentan con el componente 3 en el periodo t.	92,00%	92,00%	92,00%

Mencione para cuáles de los indicadores se encuentra centralizada la información y describa los instrumentos utilizados para su recolección y cuantificación: La mayoría de la información necesaria para construir los indicadores de cada componente se encuentra centralizada en el Sistema de Registro y Monitoreo SNAC y también es obtenida a través del instrumento Plan de Cuidados y de los informes técnicos subidos por las comunas ejecutoras cada tres meses al SIGEC.

Señale la evidencia que le permitió definir la situación actual y proyectada de los indicadores: El indicador del componente 1 se calculó con información del Sistema de Registro y Monitoreo SNAC y las proyecciones 2021 y 2022 de la siguiente forma: el nominador se calculó multiplicando la mediana de servicios derivados durante el 2019 (5 por benef.) por la cantidad de benef. proyectados (3.766). El denominador se calculó multiplicando la mediana de servicios acordados en el plan de cuidados (7 por benef.) por 3.766. El indicador del componente 2 se obtuvo con información enviada por los equipos comunales: total de asistentes de cuidado contratadas y el n° de hogares que reciben SAD, y se proyectó esa proporción para el 2021 y 2022. El indicador del componente 3 se calculó considerando el n° de usuarios atendidos por al menos un profesional especializado en el área de la dependencia (2019), dividido por el total de usuarios que recibieron SSEE en el mismo periodo. Esta información fue

extraída del Sistema de Registro y Monitoreo SNAC y esa proporción se proyectó para 2021 y 2022.

5.2) Sistemas de información del programa

¿El Servicio o la institución responsable, cuenta con sistemas de información que permitan identificar beneficiarios (RUT, RBD, Datos de Contacto, etc.)? Si su respuesta es afirmativa, descríbalos. Indique además si esta información se encuentra digitalizada y centralizada en una base de datos: El programa cuenta con un sistema de información que permite por parte de los equipos comunales de la red, ingresar información de los beneficiarios, a través de los distintos instrumentos metodológicos que recoge en el proceso de intervención (evaluación, planes de cuidados y seguimientos), en donde se registran datos de identificación de la PSD (run, nombre, ubicación geográfica), composición familiar y datos generales del hogar, situación y dificultades permanentes de la Persona en situación de Dependencia y sobrecarga del Cuidado. Siendo factible de extraer base de datos de los usuarios beneficiarios y grupo familiar contenidos de los distintos instrumentos utilizados en la intervención del hogar. Además, se vincula e integra con otros sistemas o base de datos (Registro Social de Hogares, Registro Civil, Seguridades y Oportunidades, Chile Crece Contigo y Transferencias Monetarias).

¿El programa reporta información al Registro de Información Social (RIS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia?: No

6. PRESUPUESTO

6.1) Gastos

Componente	Gasto (M\$)	Detalle
Plan de Cuidados	2.028.831	Este componente considera recursos para la contratación de un Encargado/a de Red, Gestor/a Comunitario/a a partir del segundo año de implementación, formación de la Red, seguimientos telefónicos, visitas domiciliarias de evaluación, plan de cuidado, seguimiento a usuarios, difusión, mater. oficina. El presupuesto es pre-existente y sólo lo que corresponde al gestor comunitario será nuevo presupuesto.
Servicio de Atención Domiciliaria-SAD	2.475.019	Este componente considera recursos para la contratación de un Coordinador/a del Servicio, Gestores Territoriales, Asistentes de Cuidado, Seguro, Formación, Indumentaria, Art. de aseo, Implementos de estimulación. El presupuesto es pre-existente, no se solicitó adicional.
Servicios Especializados-SSEE	2.183.415	Este componente considera recursos para la contratación de un Coordinador/a de los Servicios especializados y para la adquisición de bienes y servicios de acuerdo al requerimiento de los usuarios. El presupuesto es pre-existente, no se solicitó adicional.

Gastos Administrativos: 78340

Detalle gastos administrativos: Considera un RRHH para dar continuidad al trabajo de implementación por el crecimiento del número de comunas y la mantención evolutiva y correctiva de la plataforma SNAC, para realizar los ajustes necesarios del proceso de implementación. El presupuesto es pre-existente, no se solicitó adicional.

Total Gastos: 6765605

6.2) Gastos de Inversión

Gasto Total del Programa (sumatoria del gasto por componente, gasto administrativo y gasto de inversión) (M\$): 6.765.605

6.3) Gastos por Subtítulo

Detalle el Gasto Total del Programa Social (componentes, gastos administrativos e iniciativas de inversión) por subtítulo, ítem y denominación, indicando el número de asignación y valor correspondiente:

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Ítem, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
21	01	01	21 Gastos en personal	1.504	18.340
21	01	01	22 Bienes y servicios de consumo	1.501	143.498

Partida	Capítulo	Programa	Subtítulo, Item, Denominación	Asignación	Gasto (\$miles)
21	01	01	24 03 TRANSFERENCIAS CORRIENTES Transf. a otras entidades públicas (1)	15	6.603.767

Gasto Total por Subtítulo (M\$): 6.765.605