

**RESUMEN EJECUTIVO  
EVALUACIÓN DE PROGRAMAS GUBERNAMENTALES  
(EPG)**

**PROGRAMA RED LOCAL DE APOYOS Y CUIDADOS**

**MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA**

**SUBSECRETARIA 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 - JUNIO 2020**

## **RESUMEN EJECUTIVO**

**NOMBRE PROGRAMA:** Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC)  
**AÑO DE INICIO:** 2016  
**MINISTERIO RESPONSABLE:** Ministerio de Desarrollo Social y Familia  
**SERVICIO RESPONSABLE:** Subsecretaría de Servicios Sociales

**PERÍODO DE EVALUACIÓN:** 2016 - 2019

**PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2020:** \$6.572,5 millones

### **1. Descripción general del programa**

El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC) se inició el año el año 2016 y tiene un diseño sin plazo de término. El programa busca entregar apoyo a personas en situación de dependencia funcional (PSDF)<sup>1</sup> y sus cuidadores<sup>2</sup> mediante distintos servicios, como la identificación de necesidades y elaboración de un plan de cuidados, servicios de respiro para cuidadores y un conjunto de servicios especializados para PSDF. 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 funcional, distribuidos de manera equitativa entre dependientes leves, moderados, y severos,<sup>3</sup> y cerca de un 60% del ese total corresponde a personas mayores de 65 años.<sup>4</sup>

El Programa sigue la lógica de los sistemas de cuidados de largo plazo, los que 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. Si bien las PSDF requieren apoyo, también se necesitan servicios para los cuidadores, quienes se ven enfrentados a llamada sobrecarga del cuidador, definida como un estado resultante de la acción de cuidar a una persona dependiente, que amenaza la salud física y mental del cuidador.<sup>5</sup> 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.<sup>6</sup>

El Programa se vincula al Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS) creado en el 2009 en virtud de la Ley N° 20.379,<sup>7</sup> que 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 socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida.<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Si bien 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 básicas de la vida diaria sin ayuda de un tercero (World Health Organization, 2015). 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 (Ley N° 20.422 de discapacidad).

<sup>2</sup> De acuerdo a 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; 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.

<sup>3</sup> En adelante utilizaremos la denominación "cuidadores" indistintamente si se trata de "cuidadoras" o "cuidadores". De acuerdo a la clasificación del Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010) y Gajardo (2019), la población de 15 años y más se clasifica en tres niveles de dependencia de acuerdo a la verificación de la dificultad para realizar una o más Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), que son 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; y una o más Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que son Salir a la calle, Hacer compras o ir al médico, Realizar sus tareas del hogar, Hacer o recibir llamadas.

<sup>4</sup> Villalobos Dintrans (2019a).

<sup>5</sup> Zarit (2002).

<sup>6</sup> PUC (2015).

<sup>7</sup> 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".

<sup>8</sup> A la fecha, el Sistema Intersectorial de Protección Social está compuesto por dos Subsistemas: Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo.

El proceso de diseño del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) comenzó en el año 2014, radicando las decisiones en el Comité Interministerial de Desarrollo Social.<sup>9</sup> 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 definía 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.<sup>10</sup>

El año 2015 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) implementó en 31 comunas<sup>11</sup> el Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados (FILAC) a modo de sistematizar experiencias desarrolladas a partir de los servicios y prestaciones ejecutadas en los territorios con población en situación de dependencia.<sup>12</sup> 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, 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,<sup>13</sup> para expandirse a un total de 22 comunas para el periodo 2016-2018.<sup>14</sup> Esta experiencia ha dado origen a la documentación metodológica y operativa del PRLAC en la actualidad.<sup>15</sup> 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, que se considera la experiencia de base para uno de los actuales componentes del PRLAC (Servicios de Atención Domiciliaria, SAD).

A efectos de la evaluación es útil establecer la evolución del diseño del SNAC en primer lugar, y luego del PRLAC:

- En sus inicios el SNAC consideraba la entrega de los siguientes tipos servicios (MIDESO 2017): a) Servicios de cuidados domiciliarios; b) Prevención de la dependencia; c) Formación de cuidadores; d) Servicios de respiro para cuidadores; e) Adaptaciones y modificaciones de viviendas; f) Cuidado institucional; g) Subsidios monetarios. Dentro del marco del SNAC, el Programa 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: a) Fin: Contribuir en la prevención de la dependencia y la promoción de la autonomía en los hogares con integrantes con dependencia; b) 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. Este conjunto de servicios sería entregado a través de los distintos programas públicos, todos los cuáles fueron presentados a evaluación ex ante de programas nuevos para el proceso presupuestario de 2017.<sup>16</sup> Finalmente, los otros

<sup>9</sup> 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 (hoy, de Mujer y Equidad de Género), 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.

<sup>10</sup> MIDESO (2017).

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

<sup>13</sup> Coyhaique, Cañete, Collipulli, Rancagua, La Calera, Peñalolén, Quinta Normal, Recoleta, Independencia, Santiago, Talagante, Pedro Aguirre Cerda.

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Documentación cuya consolidación y actualización se publicó a partir de julio 2019.

<sup>16</sup> Estos son: a) Red Local de Apoyos y Cuidados: programa eje del subsistema, encargado de realizar el diagnóstico de dependencia; b) Respira: servicios de capacitación y respiro para cuidadores; c) Adapta: adaptación funcional de viviendas;

- programas de MDSF que formaban parte del SNAC no recibieron financiamiento.
- Como forma de continuar adelante con su implementación, el PRLAC fue rediseñado y enviado a proceso de reformulación el año 2018 absorbiendo parte de las iniciativas establecidas por otros programas del SNAC y agrupándolas en un único programa. En esta reformulación 2018, el PRLAC adquiere su forma actual, vigente a la fecha de inicio de esta evaluación. En este nuevo proceso, se reformulan sus objetivos, quedando definidos como: a) Fin: Fortalecer el Sistema Intersectorial de Protección Social; b) 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

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 al inicio de esta evaluación. Estas definiciones fueron validadas por el Programa, y son las siguientes: a) 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; b) Propósito: La diada<sup>17</sup> disminuye su vulnerabilidad biopsicosocial<sup>18</sup> posterior a la implementación del Programa.

El Programa se organiza en torno a tres componentes, que se implementan previa conformación de una red local de actores,<sup>19</sup> entregando los siguientes bienes y servicios a sus beneficiarios:

**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 todos los servicios que se entregan en los componentes 2 y 3. La materialización de la entrega de 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, a cargo del Encargado/a Comunal de la red local y del Equipo que conforman las entidades integrantes de dicha red, incluye: a) Evaluación de funcionalidad; b) Elaboración de versión preliminar del plan de cuidados; c) Entrega al hogar de la versión final plan de cuidados; d) Elaboración de la versión final del plan de cuidados.

**Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria (SAD).** Es una prestación complementaria a los cuidados sociales que otorga la familia o el cuidador/a principal, y es realizado por personal calificado, 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. 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 acordados de hasta ocho (8) horas semanales, y de un proceso de aseguramiento de calidad de este servicio. La producción del componente 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. Éste 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.

---

d) Cuidados domiciliarios: visitas a hogar para brindar servicios de cuidados; e) Acción educativa: material educativo a familias sobre cuidados; f) Tránsito a la vida independiente: servicios para cumplir los planes de cuidado. 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.

<sup>17</sup> Para efectos de esta evaluación, se entenderá por diada al conjunto persona en situación dependencia funcional-cuidador principal.

<sup>18</sup> 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.

<sup>19</sup> Una red local básica (RLB) y una red local ampliada (RLA) La RLB se compone por actores institucionales municipales, típicamente, unidades de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) o en la Dirección de Desarrollo Social (DIDESO). Esta RLB es gestionada por el equipo a cargo del Encargado/a Comunal, y colaboran un Coordinador Componente 2 y un Coordinador Componente 3. La RLA se compone por diversas instituciones con presencia local como fundaciones, corporaciones, organizaciones sociales territoriales, universidades y centro de formación técnica.

**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. La lógica del componente es la articulación de la oferta pública existente en el nivel local, complementando dichos recursos para producir una atención más oportuna y pertinente. En los servicios 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 las especies, 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 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. 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.

### Caracterización y cuantificación de población potencial y objetivo

El programa define su población potencial a la díada compuesta por las personas en situación de dependencia funcional (PSDF) moderada o severa y sus cuidadores.<sup>20</sup> De acuerdo a la CASEN 2017, una **persona con dependencia funcional**: a) Tiene dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria,<sup>21</sup> o b) Recibe 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. Por otra parte, de acuerdo a la CASEN 2017, el **cuidador principal** corresponde, hombre o mujer, que destina varias horas a las labores de cuidado de forma no remunerada.<sup>22</sup> El programa define su población objetivo a la díada compuesta por las personas con dependencia funcional moderada o severa y sus cuidadores 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.

**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	699.574	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	678.798	50,51%
% Var 2016-2019	-	-	-	2,5%	2,5%	2,5%	1,2%

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

### Antecedentes presupuestarios

El presupuesto asignado al Programa (que incluye tanto la asignación directa como los aportes de la institución responsable) ha ido aumentando en el tiempo, registrando un aumento de 932% en el periodo 2016-2019, equivalente a un aumento de más de 10 veces

<sup>20</sup> 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 toda o una parte de la población potencial.

<sup>21</sup> Se entiende por: a) 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 y vestirse; b) 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; c) 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; d) Dependencia severa: Incapacidad para efectuar 1 ABVD (excepto bañarse), o Incapacidad para efectuar 2 AIVD.

<sup>22</sup> Para efectos de la estimación de los cuidadores/as principales, se asume que por cada persona con 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, lo cual podría justificar un ajuste en la población objetivo de cuidadores.

respecto del asignado el año 2016.

**Cuadro N° 2. Presupuesto Asignado al Programa en Ley de Presupuestos, 2016-2020 (miles \$ 2020)**

Año	Presupuesto inicial de la Institución responsable (A)	Presupuesto Inicial del Programa (Asignación en Ley de Presupuesto) (B)	% B / A
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

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.<sup>23</sup> El presupuesto total del PRLAC incluye recursos públicos desde distintas fuentes, la asignación presupuestaria directa al programa (Sistema Nacional de Cuidados, 24 03 351), el aporte de la institución responsable al programa, y el aporte de las municipalidades al programa.

## 2. Resultados de la Evaluación

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.<sup>24</sup> En este sentido, y especialmente en el análisis de la implementación del programa, se hace referencia a los subsistemas ya creados en el SIPS,<sup>25</sup> 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.

A continuación, se presentan las principales conclusiones de la evaluación para cada uno de los ámbitos evaluados:

### a) Justificación del programa

El Programa se justifica, considerando que: i) actualmente Chile se encuentra experimentando un proceso de acelerado proceso de envejecimiento poblacional y el consecuente incremento esperado en la demanda por servicios de cuidados; ii) los cambios socio-culturales amenazan la sustentabilidad de las estrategias de cuidados tradicionales, basadas principalmente en la miembros del grupo familiar, y fundamentalmente en mujeres, las cuales se han incorporado recientemente al mercado del trabajo; iii) se requiere contar con un sistema coordinado que permita dar respuestas a estas demandas no cubiertas con eficacia y eficiencia, recogiendo las recomendaciones de la OMS y las mejores prácticas de países que han recorrido este camino, ofreciendo como respuesta la construcción de un sistema de cuidados de largo plazo, el cual se define como un sistema nacional que garantiza cuidados de largo plazo apropiados, asequibles, accesibles y que defiendan los derechos de las personas mayores y sus cuidadores por igual.

<sup>23</sup> 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).

<sup>24</sup> 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.

<sup>25</sup> Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo.

**b) Desempeño del programa**  
**Eficacia y Calidad**

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

**Cuadro Nº 3. Niveles de Producción por Componente**

Componente	2017 /a	2018	2019	2017-2019
<b>Componente 1: Plan de Cuidados</b>				
• N° Plan de Cuidados a elaborar <sup>26</sup>	885	560	451	1.896
• N° Plan de Cuidados elaborados <sup>27</sup>	758	421	286	1.465
• N° Plan de Cuidados no elaborados <sup>28</sup>	127	139	165	431
• N° derivaciones a la red local	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.
<b>Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria</b>				
• Cobertura de Hogares SAD (N° hogares) <sup>29</sup>	227	1.047	-- /b	1.274
• N° de Asistentes de Cuidado contratados (vigentes y nuevos)	43	211 <sup>30</sup>	--	254
• N° de Asistentes de Cuidado promedio contratados por comuna	7 <sup>31</sup>	13 <sup>32</sup>	--	10
• N° de hogares promedio a cargo de un Asistente de Cuidado	4 <sup>33</sup>	4 <sup>34</sup>	--	4
• N° de capacitaciones realizadas a Asistentes de cuidado <sup>35</sup>	103	183	--	286
<b>Componente 3: Servicios Especializados</b>				
• N° Promedio de SSEE entregados por hogar (22 comunas)	5	6	4	5
• N° 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 fecha 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.<sup>36</sup> Esta falta de medición del desempeño del programa es un resultado negativo. Los cuatro indicadores medidos, de un total de 20, muestran lo siguiente:

**Cuadro Nº 4. Indicadores medidos, por Componente**

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

Fuente: PRLAC.

<sup>26</sup> 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 N° de hogares atendidos (visitados) menos N° hogares que rechazan participar en el PRLAC.

<sup>27</sup> Significa que están administrativamente reportados en el SNAC como elaborados y suscritos por los beneficiarios (se registra como "finalizados").

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> N° hogares con planes de cuidados elaborados y con servicio SAD incluido en dichos planes. La diferencia corresponde básicamente a hogares sin cuidador principal.

<sup>30</sup> Se compone de 170 vigentes y 41 nuevos.

<sup>31</sup> El rango de Asistentes por comuna va desde 6 (Cañete y Coyhaique) hasta 10 (Pedro Aguirre Cerda).

<sup>32</sup> El rango de Asistentes por comuna va desde 5 (Calama) hasta 25 (Recoleta).

<sup>33</sup> El rango de N° hogares por Asistente por comuna va desde 3 (Coyhaique) hasta 5 (Quinta Normal).

<sup>34</sup> El rango de N° hogares por Asistente por comuna va desde 3 (Purranque) hasta 7 (Chillán).

<sup>35</sup> 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 N°47 reglamento para la calificación PSD), entre otras. El año 2017 fueron 51 áreas de formación distintas, y el 2018 se incrementó a 99.

<sup>36</sup> 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).

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,<sup>37</sup> 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 para acceder a los cupos de dicha oferta. 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.<sup>38</sup> En consecuencia, con los datos que dispone el programa, no se puede 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, fineza no reportable desde el sistema SNAC a fecha.

### Cobertura y focalización

Los datos de beneficiarios efectivos, muestran que las PSD son en mayor parte mujeres (60% versus 40% de hombres). En las cuidadoras la proporción aumenta al 80% o más de mujeres versus 19% de hombres:

**Cuadro Nº 5. Número de Beneficiarios Efectivos (ingresos), 2016-2019, según sexo**

	2017 a/		2018		2019		Total del periodo	% Variación 2017-2019	Promedio del periodo
<b>PSD</b>									
Hombres	326	36,8%	256	45,7%	198	43,9%	780	-39,3%	42,2%
Mujeres	559	63,2%	304	54,3%	253	56,1%	1.116	-54,7%	57,9%
Total	885	100,0%	560	100,0%	451	100,0%	1.896	-49,0%	100,0%
<b>Cuidador/as</b>									
Hombres	147	19,3%	96	18,8%	73	18,2%	316	-50,3%	18,8%
Mujeres	613	80,7%	414	81,2%	328	81,8%	1.354	-46,5%	81,2%
Total	760	100,0%	510	100,0%	401	100,0%	1.671	-47,2%	100,0%

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

**Cuadro Nº 6. 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

Finalmente, en cuanto a la focalización el criterio utilizado es Pertener hasta al 60% de la calificación socioeconómica declarada en RSH<sup>37</sup>, 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-Municipio<sup>39</sup> para la fase

<sup>37</sup> Que aún no tiene disponible el módulo de reportes.

<sup>38</sup> Por ejemplo, los datos indican 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 Nº 3 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).

<sup>39</sup> Son beneficiarios del Programa: a) Los hogares con integrantes en situación de dependencia moderada y severa de acuerdo



piloto, la focalización se cumple parcialmente, sólo para el 74,7% de las PSDF y en el 94,3% para los/las cuidadores/as, constituyendo errores de focalización la inclusión de PSDF para las cuales no queda registrada su nivel de discapacidad o su nivel de dependencia, y en el caso de cuidadores personas menores de 18 años no remuneradas y personas remuneradas o sin datos de remuneración.

Este último caso, cuidadores menores de 18 años, sugiere considerar con cautela los criterios que defina el programa para determinar la condición de beneficiario, pues los datos del programa 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, a cargo de su madre, padre o hermano, siendo muy probable que estos casos, precisamente, sean prioritarios para apoyo del programa (especialmente, servicio SAD).

### **Eficacia a nivel de resultados intermedios y finales**

La actual matriz de Marco Lógico del Programa cuenta con cuatro indicadores a nivel de Propósito, de los cuales dos han sido medidos,<sup>40</sup> e indican que la diada tiende a disminuir su vulnerabilidad biopsicosocial<sup>41</sup> posterior a la implementación del Programa: a) sobre el 80% PSD mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad (2017-2019); y, b) 70% de cuidadores/as mantiene o disminuye su sobrecarga. Los datos disponibles, sólo dos de cuatro indicadores, además calculados de manera parcial, no permiten establecer el logro del propósito del programa.

### **Calidad**

Los datos del programa de la fase piloto (2016-2018) permiten señalar lo siguiente:

- Instalación de la red local: 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, puesto que son 159 días promedio que toma al municipio establecer formalmente la red local, sobre el límite de lo establecido como estándar para este proceso (120 días). Los plazos anteriores a la transferencia de recursos, si bien no están sujetos a estándares preestablecidos, en promedio son 102 días corridos,<sup>42</sup> y es razonable pensar en rediseños de procesos que agilicen estos plazos y acorten de manera importante estos tres meses y fracción.
- Elaboración de la Nómina de Hogares: los datos que posee el programa del piloto (2016-2018) muestran que la nómina local<sup>43</sup> 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.<sup>44</sup>
- Elaboración del Plan de Cuidados: 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, ha pasado de 62 (2017) a 31 (2019) días corridos. De acuerdo con el estándar

---

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).

<sup>40</sup> Porcentaje de PSDF que mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad y Porcentaje Cuidadores Principales que disminuyen su nivel de sobrecarga. Se debe señalar que los datos reportados no corresponden a una muestra estadísticamente construida, 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.

<sup>41</sup> En el contexto de esta evaluación, se entiende 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.

<sup>42</sup> La firma de convenios por parte de los alcaldes toma en 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.

<sup>43</sup> 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.

<sup>44</sup> Más adelante, en la sección sobre implementación del programa, se presentan reparos a la forma de construcción de la nómina.

establecido,<sup>45</sup> 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.

- Servicio de Asistencia Domiciliaria: para el 2017 su cobertura 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.<sup>46</sup> 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 demanda<sup>47</sup> 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.

## Economía

- El presupuesto total del PRLAC incluye recursos públicos desde distintas fuentes: por una parte, la asignación presupuestaria directa al programa (Sistema Nacional de Cuidados, 24 03 351), por otro lado, el aporte de la institución responsable al programa, que consiste principalmente en gastos en personal, 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 efectivamente forman parte del Programa, dichos aportes son voluntarios y, por lo tanto, no exigibles a las municipalidades. Lo anterior hace que, a pesar 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.
- 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) necesario para la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Para los años 2017, 2018, 2019 y 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 \$440.000.000 para el pago de Asistencia Técnica Banco Mundial.
- La distribución del gasto del Programa por subtítulo muestra 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.
- La desagregación del gasto del Programa de acuerdo con 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

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> 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.

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%.

### **Eficiencia**

El programa entregó los resultados del cálculo de sólo 2 (de 4) indicadores de resultados intermedios y finales, sobre la base de datos parciales no representativos de las 22 comunas, lo que junto a los datos estadísticos disponibles no permiten efectuar un análisis costo-efectividad. El Programa tampoco ha definido metas que permitan realizar comparaciones del logro de resultados.

Sin embargo, los datos disponibles del programa permiten indicar lo siguiente:

- 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. 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 nuevos planes de cuidado. El efecto combinado es un aumento del 27% en el gasto promedio por plan de cuidado elaborado.<sup>48</sup>
- En el 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,<sup>49</sup> 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 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).

Estos niveles de gastos unitarios son satisfactorios, en comparación a otras experiencias conocidas, que indican que el costo anual de un servicio de cuidados domiciliarios podría alcanzar entre M\$1.575 y M\$2.267.<sup>50</sup>

### **c) Implementación del programa**

#### **Operación y diseño versus Estrategia definida**

- La operación en el periodo 2016 - 2019 refleja el tránsito desde la lógica de un subsistema que debiera contener a un conjunto de programas,<sup>51</sup> 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. 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. La gestión de

<sup>48</sup> 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.

<sup>49</sup> 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.

<sup>50</sup> Mátus-López y Cid (2015) y Zagreb Consultores Ltda (2016).

<sup>51</sup> Red Local de Apoyos y Cuidados, Respira, Adapta, Cuidados domiciliarios, Acción educativa y Tránsito a la vida independiente.

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.<sup>52</sup> 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.<sup>53</sup> 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.<sup>54</sup> 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.<sup>55</sup>
- Respecto del funcionamiento de las redes locales (prácticas y protocolos de coordinación, mecanismos e instrumentos para optimizar y vincular la ofertas de servicios, instrumentos para registro de la información que fluye entre los distintos actores, etc.), hay más interrogantes que respuestas, pues no se dispone de información sistematizada que permita explicar su conformación 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,<sup>56</sup> 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.<sup>57</sup> 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.
- Por otra parte, se reconoce que las fortalezas del programa han estado en lo operativo,

<sup>52</sup> 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”.

<sup>53</sup> 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.

<sup>54</sup> Ver nota al pie N° 140, letra g).

<sup>55</sup> 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.

<sup>56</sup> 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 el departamento de salud municipal.

<sup>57</sup> 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.

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. En particular, falta desarrollo del proceso de planificación del sistema y sus redes locales (abordar desde la perspectiva nacional la caracterización de la demanda, la identificación de la oferta, y el diseño y rediseño de las redes locales), del proceso de implementación (elementos comunes a la ejecución de una oferta programática diversa para las mismas familias u hogares) y del proceso de evaluación (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).

### **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,<sup>58</sup> que resulta adecuada al encargo que le corresponde realizar, esto es la canalización de recursos a través de convenios de transferencia con municipios. La literatura<sup>59</sup> 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.
- La Unidad SNAC no cuenta con recursos que permitan realizar algunas funciones importantes en presencia de ejecución tercerizada, en municipios, como es la capacidad para supervisar en terreno la correcta implementación de las actividades comprometidas por los municipios, y el oportuno registro en los sistemas informáticos. Por ejemplo, y a diferencia de otros programas del SIPS, no cuenta con la capacidad supervisora de las SEREMI. Por otra parte, los convenios de transferencia con municipios 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.

En lo operativo se observa lo siguiente:

- Selección de comunas: el mecanismo de selección de comunas,<sup>60</sup> es una herramienta útil para la fase piloto, por cuanto establece cierta racionalidad al ingreso de unas comunas respecto de otras. Sin embargo, 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, 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.
- Elaboración 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

<sup>58</sup> 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.

<sup>59</sup> Ver, Kates, A. y Galbraith, J.R: (2007) Designing your organization: Using Star Model to solve 5 critical design challenges, Jossey-Bass Publishers.

<sup>60</sup> Recomendado por el Banco Mundial, consiste en un algoritmo que incluye tanto la necesidad de servicios, como la capacidad instalada en cada comuna para ofrecer los componentes de Programa.

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.<sup>61</sup> 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.

- 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.
- Elaboración del Plan de Cuidados: es positivo que, tras un periodo de aprendizaje (2017 y 2018) de parte de los equipos municipales, se ha logrado el cumplimiento del estándar esperado (30 días). Las entrevistas en municipios indican que este instrumento es considerablemente extenso,<sup>62</sup> y que su utilización (escrito en papel) y posterior registro de información en el sistema SNAC resulta muy consumidora de tiempo. Por su parte, un instrumento anexo al Plan, el Formulario de Derivación, es, básicamente, de índole administrativo, no resultando útil para la operación.

#### **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. Para el seguimiento el programa se encuentra completando el desarrollo de una plataforma informática denominada “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. No hubo una concepción acabada del sistema que se requeriría, sino que se fue elaborando en el transcurso de la ejecución piloto, y producto de ésta 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. Las dificultades para gestionar la data del programa derivan de la conjunción de tres elementos: piloto en ejecución, diseño informático en paralelo y cambios en el diseño del programa. Los cuales dieron origen a una base de datos que, en la práctica, se compone de 4 bases, que requiere verificaciones y validaciones de los especialistas informáticos de la División de Promoción y Protección Social para generar la data de seguimiento del programa. A esta dificultad se suma el rezago que presenta el registro de los casos (beneficiarios) en los módulos habilitados del sistema SNAC, aproximadamente 12 meses de desfase, datos que se encuentran en los expedientes individuales. En suma, no hay evidencia que señale que la data de seguimiento registrada en SNAC no sea confiable, sino que está incompleta y es laborioso y poco eficiente el proceso para generar la información útil a partir de dicha data, y en consecuencia para realizar el seguimiento.

#### **d) Desempeño Global**

##### **Diseño**

Respecto del diseño del Programa, se concluye que éste se hace cargo de un problema

<sup>61</sup> 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.

<sup>62</sup> Son 3 formularios distintos, con + 200 filas a llenar en 8 páginas de extensión.

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 lo siguiente:

- 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.
- Sobre la definición de beneficiarios, el plan basa la selección en la definición teórica y operacional propuesta por SENAMA.<sup>63</sup> Se considera que esta es una estrategia apropiada, tanto porque se basa en un trabajo justificado teóricamente y una definición que, además, ha sido usada por la institución (MDSF) como guía para políticas en el sector (por ejemplo, se incluyó en CASEN y RSH).
- Respecto de los bienes y servicios entregados, si bien a nivel mundial no existe un consenso sobre el paquete de beneficios “óptimo” o “estándar”,<sup>64</sup> se considera que éstos deben ajustarse a las necesidades de los beneficiarios y al mercado disponible para proveerlos.<sup>65</sup> 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. En la práctica, los beneficiarios acceden a un conjunto de servicios predefinidos y cuya disponibilidad depende de la oferta local. Aunque en teoría estos elementos son correctos, 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 los servicios que las personas necesitan, no restringirse a los que están disponibles (construcción de mercados y capacidades).
- La caracterización de la población beneficiaria indica que 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.
- Ligado al enfoque de ciclo vital aparece la relevancia de las actividades preventivas,<sup>66</sup> 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.<sup>67</sup>

## 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

<sup>63</sup> 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).

<sup>64</sup> Brodsky & Clarfield (2008).

<sup>65</sup> Villalobos Dintrans (2020).

<sup>66</sup> Guzmán-Olea et al (2016) y Montorio (2007).

<sup>67</sup> Campos (2014).

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 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), 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 una 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 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.

Otros temas específicos que requieren atención son los siguientes:

- 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 funcionamiento<sup>68</sup> 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 testeo 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 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.

---

<sup>68</sup> Requiere que las personas se inscriban, para luego validar el cumplimiento de requisitos para la focalización.

## **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, 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.

## **Resultados**

- El programa ha cuantificado sólo dos indicadores de propósito: i) 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; ii) 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.

## **3. Principales Recomendaciones**

### **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 y población objetivo, y posibles segmentaciones de la población objetivo en vistas construir ofertas programáticas más focalizadas.
- c) Relacionado a lo anterior, se sugiere incorporar el enfoque de ciclo de vida en las actividades diseñadas para la PSD, teniendo en cuenta que la diversidad de necesidades de los distintos grupos etarios requiere 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. Especialmente considerar 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.<sup>69</sup> En cualquier 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.<sup>70</sup>

### **Resultados**

- a) Se sugiere que el programa complete el cálculo de la matriz de evaluación, y establezca metas tentativas, que permitan establecer juicios apropiados sobre todos los niveles de resultados.

---

<sup>69</sup> Villalobos Dintrans (2017; 2020).

<sup>70</sup> Villalobos Dintrans (2020).

**RESPUESTA DE INSTITUCIÓN RESPONSABLE  
A INFORME FINAL DE EVALUACIÓN**

2370

OFICIO N°061/ \_\_\_\_\_/

ANT.: Ord. N° 1400 de fecha 12.06.2020 de la Dirección de Presupuesto, que envía Informe Final de Evaluación de Programas Gubernamentales Proceso 2020.

MAT.: Remite comentarios a Informe Final preparado por Panel de Evaluación. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, Subsecretaría de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.

SANTIAGO,

21 JUL 2020

DE : SR. CRISTIÁN MONCKEBERG BRUNER  
MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA

A : SR. MATÍAS ACEVEDO FERRER  
DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

En el marco del proceso de la Evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) realizada por DIPRES al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, a continuación, se presenta la respuesta institucional que da cuenta de la evaluación en general y la postura respecto de los resultados presentados en el informe final enviado mediante Oficio N° 1400 del 12 de junio de 2020.

1. Sobre el proceso de evaluación.

En primera instancia nos gustaría agradecer el proceso de evaluación, por cuanto permite visualizar el estado de implementación de una política pública en el amplio espectro de las dimensiones de la intervención social. Si bien este no estuvo exento de dificultades, creemos que esta instancia fue una excelente oportunidad para revisar el programa y realizar los ajustes necesarios para su mejora. La temporalidad de la evaluación puede no haber sido la más adecuada, ya que cuando esta se inició el programa había pasado recientemente por un proceso de reformulación ex ante, lo que implicó ciertas dificultades para disponer a tiempo de información actualizada que permitiera dar cuenta de la implementación, incluyendo las últimas modificaciones. Sin embargo, sin duda las reflexiones que surgieron a partir de este proceso de EPG, más los comentarios y recomendaciones del panel evaluador, serán de gran utilidad para el mejoramiento del programa.

2. Rol del Ministerio de Desarrollo Social y Familia en la temática de la dependencia, en cuanto problema público.

El aumento de los índices de dependencia y la demanda potencial de cuidados, plantean desafíos para Chile en torno a la organización social de los cuidados y la respuesta del Estado. En los últimos años, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia ha hecho un esfuerzo por aumentar considerablemente la cobertura del programa Red Local de Apoyos y Cuidados, abarcando 12 comunas en 2016, 20 comunas en 2017, 22 en 2018 y 2019 y expandiéndose a 40 comunas más durante el 2020, partiendo con una cobertura de 937 beneficiarios hasta llegar a 3.766 para este año. Si bien quedan muchos aspectos por mejorar, hemos logrado sentar las bases de una respuesta organizada en torno al cuidado para personas en situación de dependencia y sus cuidadores. En este sentido, es importante mencionar algunos de los aspectos destacados por el panel evaluador:

E 59912/2020

- a. El 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.
- b. 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 cuidados de largo plazo de la población.
- c. El programa alinea 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.
- d. Respecto de los indicadores de propósito, sobre el 80% de personas en situación de dependencia mantienen o mejoran su nivel de funcionalidad y el 70% de cuidadores/as mantiene o disminuye su sobrecarga.

Todos estos elementos indican que es necesario seguir aumentando la cobertura del programa, lo que requiere contar con mayores recursos que permitan tal expansión. Una de las principales recomendaciones del panel, fue la siguiente: "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". Este incremento en población, además del desarrollo de acciones que vayan en esa línea, precisan de mayor financiamiento. De esta manera, podremos avanzar hacia la necesaria creación de un Sistema Integral de Apoyos y Cuidados como parte del Sistema Intersectorial de Protección Social. Con este objetivo en el horizonte, hemos estado trabajando en la consolidación del modelo de gestión que propone el programa, con miras a su constitución como Subsistema.

### 3. Respecto de las recomendaciones elaboradas por el panel.

Nos encontramos trabajando en varias de ellas:

- a. En cuanto al diseño, estamos revisando la población potencial y objetivo, incorporando dentro de la primera a las personas en situación de dependencia leve, cuyo nivel de dependencia probablemente va a avanzar con el tiempo, cumpliendo con los criterios para ser parte de la población objetivo. Junto con lo anterior, se está incorporando también como beneficiario a la persona que cuida o cuidador/a principal como parte de la población objetivo, y, en consecuencia, de la potencial.
- b. Sobre la implementación, se recomendó revisar la estrategia de implementación y el enfoque de red, e incorporar al nivel regional como intermediario con el nivel local, considerando también el nivel territorial de la provincia. Esto está siendo incorporado, y prontamente comenzaremos un proceso de traspaso de la administración de los convenios de transferencia y de la asistencia técnica al nivel regional.
- c. Por otro lado, nos encontramos revisando el mecanismo de selección de las comunas - originalmente propuesto por el Banco Mundial-, para ajustarlo a las necesidades actuales del programa, por lo que se está trabajando en una actualización del índice de selección de comunas.
- d. A su vez, se recomendó reducir la cantidad de instrumentos utilizados durante la ejecución del programa. Estos ya se encontraban en proceso de revisión y se redujeron a cerca de la mitad, introduciendo mayor racionalidad y coherencia entre los distintos documentos. El panel también propone repensar el mecanismo de registro de datos de la operatoria del programa y estudiar la posibilidad de digitalización, de tal manera que sea "cero papeles". En esta línea, estamos en permanente mejora del sistema informático de monitoreo y seguimiento del programa para avanzar en esa dirección.

redujeron a cerca de la mitad, introduciendo mayor racionalidad y coherencia entre los distintos documentos. El panel también propone repensar el mecanismo de registro de datos de la operatoria del programa y estudiar la posibilidad de digitalización, de tal manera que sea "cero papeles". En esta línea, estamos en permanente mejora del sistema informático de monitoreo y seguimiento del programa para avanzar en esa dirección.

- e. Otro elemento que el panel recomienda, y que se está incorporando en el rediseño del programa, es el fortalecimiento de la perspectiva de género en el proceso de intervención, considerando que, de acuerdo con información del programa, aproximadamente el 80% de los cuidadores principales corresponden a mujeres, así también las personas en situación de dependencia (60%).
- f. Finalmente, en términos de los resultados, el panel propone completar el cálculo de la matriz de evaluación y establecer metas, para lo que se está trabajando en la actualización de los indicadores y en la creación de instrumentos que permitan dar cuenta de los avances de la implementación.

#### 4. En cuanto a ajustar del diseño del programa

Actualmente se encuentra en un proceso de reformulación ex ante, donde se están evaluando y desarrollando la mayoría de estos elementos.

Finalmente, el proceso de evaluación a la implementación del programa y sus resultados se valora positivamente, toda vez que refuerza el interés sostenido del MDSF en los últimos años por abordar la dependencia a través de una línea programática de corte sociosanitario, que entregue una respuesta integral a las personas que vivencian esta problemática. Sin duda propone como desafío continuar la consolidación de la estrategia de intervención y avanzar en el desarrollo de condiciones que permitan en un futuro contar con un Subsistema Integral de Apoyos y Cuidados.

Por último, este Ministerio establecerá las medidas necesarias conducentes a preparar los compromisos que deriven de las recomendaciones del Informe en comento.

Sin otro particular, se despide atentamente,



*Cristián Monckeberg Bruner*

**CRISTIÁN MONCKEBERG BRUNER**  
**MINISTRO DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA**



*[Handwritten signature]*  
LL/ACD/SVB/CHO/MRD/MAS/OLQ/CHB/FFF/cbm

#### DISTRIBUCIÓN

1. Sr. Director de Presupuestos.
2. División de Control de Gestión, Dirección de Presupuestos.
3. Gabinete Ministro, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
4. Sr. Subsecretario de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
5. Gabinete Subsecretaría de Evaluación Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
6. División de Promoción y Protección Social, Subsecretaría de Servicios Sociales.
7. División de Políticas Sociales, Subsecretaría de Evaluación Social y Familia.
8. Oficina de Partes.