

EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO

# PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE CUIDADOS

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN,  
TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL  
DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS  
MINISTERIO DE HACIENDA

Enero, 2026



**EVALUACIÓN FOCALIZADA DE ÁMBITO**  
**PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE CUIDADOS**

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN, TRANSPARENCIA Y PRODUCTIVIDAD FISCAL  
Dirección de Presupuestos – DIPRES © 2026 DIPRES

Directora de Presupuestos: Javiera Martínez Fariña.  
Jefe de Departamento de Evaluación, Transparencia  
y Productividad Fiscal: Rodrigo Díaz Mery.

Equipo a cargo de la publicación:  
Javiera Bravo Rodríguez, Camilo Jaramillo Agüero, Víctor Nahuelpan Painequal  
y Gonzalo Gaete Romeo (Jefa Subdepartamento de Transparencia y  
Productividad Fiscal).

La evaluación contó con el apoyo de María Verónica Monreal Álvarez como  
colaboradora externa. Esta evaluación se desarrolló como parte de la Línea de  
Evaluación Focalizada del Ámbito de acuerdo con lo establecido en el Decreto  
Exento N° 416, del 22 de noviembre de 2024, del Ministerio de Hacienda.

Siempre que es posible se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista.  
No obstante, para no obstaculizar la lectura, en los casos que sea pertinente, se  
usa el masculino genérico, que la gramática española entiende que representa  
a hombres y mujeres en igual medida. Se autoriza su reproducción, siempre y  
cuando se haga referencia explícita a la fuente.

Para referenciar emplear el siguiente formato:  
DIPRES (2026). Evaluación Centros Comunitarios de Cuidados. Informe Final.  
Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad.

Registro de Propiedad Intelectual: Pendiente  
ISBN: Pendiente  
Diseño y Diagramación: M. Martínez V.



## Contenido

|         |                                                              |    |
|---------|--------------------------------------------------------------|----|
| 1.      | Introducción.....                                            | 1  |
| 2.      | Objetivos.....                                               | 4  |
| 2.1.    | Objetivo general .....                                       | 4  |
| 2.2.    | Objetivos específicos .....                                  | 4  |
| 3.      | Contexto: política pública vigente .....                     | 5  |
| 4.      | Antecedentes presupuestarios .....                           | 9  |
| 5.      | Estrategia de intervención .....                             | 11 |
| 5.1     | Componentes del programa.....                                | 11 |
| 6.      | Estructura de costos .....                                   | 28 |
| 7.      | Información disponible .....                                 | 31 |
| 7.1.    | Información de actividades implementadas .....               | 31 |
| 7.2.    | Información presupuestaria y de gastos rendidos .....        | 34 |
| 7.3.    | Características de beneficiarios .....                       | 34 |
| 8.      | Estadísticas descriptivas de los beneficiarios .....         | 35 |
| 8.1.    | Cuestionario de diagnóstico persona cuidadora .....          | 35 |
| 8.2.    | Cuestionario de diagnóstico persona sujeta de cuidados ..... | 38 |
| 8.3.    | Línea de entrada.....                                        | 44 |
| 8.4.    | Plan de atención individual .....                            | 46 |
| 9.      | Metodología .....                                            | 50 |
| 9.1.    | Análisis de costos .....                                     | 50 |
| 9.2.    | Análisis de implementación .....                             | 51 |
| 10.     | Resultados.....                                              | 52 |
| 10.1.   | Gasto agregado .....                                         | 52 |
| 10.2.   | Implementación por etapas.....                               | 57 |
| 10.2.1. | Etapla 0: instalación y diagnóstico comunitario .....        | 57 |
| 10.2.2. | Etapla 1: diagnóstico y plan de atención.....                | 59 |
| 10.2.3. | Etapla 2: ejecución de los planes .....                      | 61 |

|     |                      |    |
|-----|----------------------|----|
| 11. | Conclusiones .....   | 68 |
| 12. | Recomendaciones..... | 71 |
| 13. | Referencias .....    | 72 |
| 14. | Anexos .....         | 74 |

## 1. Introducción

El presente informe corresponde a la Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA) que analiza la implementación y estructura de costos de los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC), que dependen de la Subsecretaría de Servicios Sociales (SSS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). Este programa está dirigido a personas cuidadoras no remuneradas de personas con dependencia funcional, niños, niñas y/o adolescentes. Su implementación comenzó en el año 2024 para mejorar el bienestar subjetivo de los y las cuidadoras.

La presente evaluación considera la implementación del programa en su primer año de ejecución, por lo que los resultados deben interpretarse como preliminares y constituyen un insumo relevante para el diseño, ajuste e implementación de los nuevos centros que se contemplan en la expansión del programa.

Los centros comunitarios son recintos que ofrecen diversos servicios orientados a personas cuidadoras. El ámbito de acción territorial del programa es local, con alcance barrial en contextos urbanos o de localidad en zonas rurales. La capacidad de los centros emplazados en áreas rurales es de hasta 60 cupos, con una cobertura mínima de 48 personas, mientras que los ubicados en zonas urbanas disponen de hasta 120 cupos, con una cobertura mínima de 96 personas.

Para su implementación se requiere de una coordinación intersectorial entre el MDSF, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu) y los municipios. El MDSF financia, supervisa y da soporte técnico al municipio, que es el ejecutor del programa. El Minvu provee la infraestructura a través de recintos construidos o mejorados con financiamiento del Decreto Supremo N° 27, de 2016 (para zonas urbanas) y del Decreto Supremo N° 10, de 2015 (para zonas rurales). Los Servicios de Urbanización y Vivienda (Serviu) regionales informan a la SSS sobre la disponibilidad de recintos con un nivel de avance de obra del 70%, para que invite a los respectivos municipios donde están ubicados. Éstos, si aceptan la invitación, deben presentar una propuesta técnica y económica, luego si son aprobados por la SSS, se suscribe un convenio de transferencia entre ambas partes. La transferencia de los recursos se realiza en dos cuotas, la primera de 40%, una vez que el convenio se encuentre totalmente tramitado y el 60% restante, luego de la presentación por parte de la municipalidad del documento emitido por la Dirección de Obras Municipales respectiva sobre la recepción final de la infraestructura. Esta forma de operación fue regulada para el año 2024 a través de la modalidad de transferencia aprobada mediante resoluciones N°087 y N°095, ambas de 2024<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> En la modalidad 2024 solo había centros construidos por el Minvu y está vigente para los convenios suscritos ese año que aún no finalizan su ejecución, dado que fueron extendidos. En la modalidad 2025 y en la de 2026 se incorpora la posibilidad de inmuebles públicos preexistentes, que son evaluados por el Serviu para operar como centros.

Los municipios que han suscrito un convenio deben contratar a un equipo ejecutor que cumpla con los roles de una o un coordinador, una o un gestor social<sup>2</sup>, una o un gestor comunitario, una o un gestor psicoemocional y una persona cuidadora remunerada.

El modelo de intervención de estos centros tiene cinco componentes que se ejecutan en 12 meses. Se propicia que el apoyo a las personas cuidadoras y a las personas sujeto de cuidado sea flexible, considerando sus particularidades, necesidades, propósitos y motivaciones, y que se mantenga mientras dure la intervención. Además, se espera que los y las cuidadoras no sean receptoras pasivas de bienes y servicios, sino que se fomenta su participación en las decisiones que les afecten. Los centros deben articular un trabajo colaborativo con organizaciones públicas y privadas, presentes en el territorio donde se sitúan por lo que es crucial, el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados - Chile Cuida y, en especial, el programa Red Local de Apoyos y Cuidados. Algunos de los servicios que ofrecen son: talleres, capacitaciones, contención emocional, grupos de autoayuda, intervenciones psicoeducativas para el cuidado, operativos de salud y de servicios públicos, actividades comunitarias, entre otros. Para facilitar la participación en estas actividades de las personas cuidadoras, se ofrece la posibilidad de que tengan un relevo. Esto está, dirigido a quienes cuidan niños, niñas, adolescentes y personas con dependencia funcional leve y moderada.

La estrategia de intervención se materializa en tres etapas sucesivas en un año en régimen, y cuatro en un año de instalación. La etapa 0, que ocurre sólo una vez al inicio es de instalación y diagnóstico comunitario. Las etapas sucesivas que se repiten anualmente son la etapa 1 de diagnóstico y plan de atención por persona cuidadora, la etapa 2 de ejecución del plan de atención y la etapa 3 de evaluación y cierre<sup>3</sup>.

Para esta evaluación se cuenta con información de los 26 centros que, al 31 de diciembre de 2024, tenían al menos 70% de avance de obra, y, por lo tanto, tenían convenios suscritos con los 24 municipios involucrados, ubicados en 10 regiones del país. De los 26 centros, 12 se encuentran en zona urbana y 14 en zona rural, y para la convocatoria 2024, el monto a transferir por centro fue de \$70.000.000 y \$57.900.000, respectivamente<sup>4</sup>. A junio de 2025, siete de los 26 centros se encuentran en la etapa 2 de ejecución del plan de atención. Los 19 restantes se encuentran en etapa 0 y 1, y en gestiones previas a la puesta en marcha del programa (compra de mobiliario y equipamiento por parte del municipio, la selección y contratación de profesionales y su capacitación, etc.).

La presente evaluación se desarrolla en los ámbitos de costos e implementación. En función de la información disponible, se analiza la estructura de costos de cada uno de los centros, su ejecución presupuestaria y los procesos de rendición de gastos. El análisis de implementación se desagrega por etapas, comparando el plan de prestaciones originalmente planificado con

---

<sup>2</sup> Solo para las zonas urbanas. En zonas rurales, la o el coordinador considera las funciones del gestor social.

<sup>3</sup> El programa obtuvo Recomendación Favorable (RF) en la evaluación *ex ante* del proceso de formulación presupuestaria de 2025.

<sup>4</sup> Para el 2025, los montos fueron ajustados según inflador, alcanzando \$72.940.000 para centros urbanos y \$60.331.800 para centros rurales y urbanos excepcionales.

aquel efectivamente ejecutado, mediante el uso de información cuantitativa y cualitativa recopilada a partir de las matrices de monitoreo y de los informes técnicos.

Este informe se estructura en 13 secciones. La primera es la introducción, la segunda presenta los objetivos de esta evaluación. La tercera describe la política pública en la que están insertos los Centros Comunitarios de Cuidados. La sección 4 presenta los antecedentes presupuestarios del programa, mientras que la 5 resume el modelo y la estrategia de intervención. La sección 6 explica la estructura de costos asociada a los componentes. La sección 7 exhibe la información disponible para los 26 centros. Luego, en la sección 8, se caracteriza a los beneficiarios del programa, y se presentan los planes de atención individual. En la sección 9 se expone la metodología utilizada en la evaluación, mientras que la sección 10 muestra los resultados. Finalmente, en la sección 11 y 12 se proporcionan las conclusiones de la evaluación, y, las recomendaciones de política pública, respectivamente.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Analizar y evaluar los Centros Comunitarios de Cuidados, en los ámbitos de implementación y costos, identificando espacios de mejora en su desempeño.

### 2.2. Objetivos específicos

1. Describir la política pública e institucionalidad vigente en materia de cuidados.
2. Describir antecedentes presupuestarios de los CCC.
3. Describir los componentes que entregan los CCC, las actividades y los insumos requeridos para su producción.
4. Describir la estructura de costos asociados a los componentes ofrecidos por los CCC.
5. Estimar el costo total, fijo y variable de los CCC, diferenciando por centro.
6. Evaluar la implementación de las etapas 0 y 1, mediante la cuantificación del levantamiento de información de potenciales beneficiarios, la cobertura efectiva del programa y la producción de los planes de atención individual.
7. Evaluar la implementación de la etapa 2, mediante la comparación de las prestaciones y servicios entregados con los planificados, y el análisis de la participación de los beneficiarios.
8. Evaluar potenciales ganancias de eficiencia en los procesos de producción de los distintos componentes que entregan los CCC.
9. Proponer recomendaciones para ajustar la estructura de costos y la implementación del programa, así como las asociadas a otras medidas de eficiencia.



### 3. Contexto: política pública vigente

Los Centros Comunitarios de Cuidados son parte del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) – Chile Cuida, el cual es una red integrada e intersectorial de servicios, prestaciones y beneficios públicos, comunitarios y privados articulados y regulados por el Estado que garantiza el derecho al cuidado y su redistribución. Está dirigida a personas con distintos grados de dependencia y a quienes cuidan remunerada y no remuneradamente.

Este sistema se originó en 2015, cuando el MDSF inició un trabajo con el Banco Mundial que incluyó asistencia técnica, pilotos locales y estudios de diagnóstico sobre necesidades de cuidado<sup>5</sup>. En ese contexto, se diseñó como un subsistema del Sistema Intersectorial de Protección Social (SIPS), creado por la Ley 20.379 en 2009, y que ya estaba compuesto por dos subsistemas: Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Contigo. Se definió como población objetivo a “los hogares con uno o más integrantes en situación de dependencia por razones de edad o discapacidad, incluyendo a las cuidadoras”. El objetivo declarado del subsistema Chile Cuida fue “mejorar el bienestar de personas dependientes y sus cuidadores, facilitando el acceso a servicios sociales mediante una Red Local de Apoyos y Cuidados.”

En 2016, se implementó un piloto en 31 comunas a través del Fondo de Iniciativas Locales, con lo que se sistematizaron las experiencias desarrolladas de servicios y prestaciones ejecutadas con población en situación de dependencia. A fines de dicho año, se inició la implementación del Subsistema Chile Cuida en 12 comunas, con una cobertura estimada de 937 hogares con personas en situación de dependencia funcional. En 2017 el Banco Mundial evaluó la implementación positivamente<sup>6</sup>.

En el periodo 2018 – 2021, se realizaron ajustes metodológicos en la conformación de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), el mapeo de oportunidades locales y servicios especializados, en el diagnóstico de necesidades y planes de cuidados personalizados. En ese periodo, se amplió la cobertura del RLAC de 12 comunas hasta llegar a 89 consolidando la RLAC como el Subsistema de Apoyos y Cuidados. En 2021 el MDSF elaboró un documento marco, que presentó una propuesta técnica para un Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados<sup>7</sup>.

Luego, en 2022, para acreditar a las personas cuidadoras, el MDSF implementó un registro de personas cuidadoras a través de un módulo en el Registro Social de Hogares (RSH). Quienes ingresen sus datos y sean identificadas como cuidadores, pueden obtener una credencial que les da acceso preferente en distintas instituciones públicas. La definición de persona cuidadora según el ministerio es aquella que, de manera no remunerada, entrega asistencia

---

<sup>5</sup> Banco Mundial y Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2016, P159331 – Apoyo técnico a la implementación gradual del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados – SNAC. INFORME FINAL

<sup>6</sup> Banco Mundial y Ministerio de Desarrollo Social de Chile, 2017, P164848 - Evaluación del proceso de implementación Primera Fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

<sup>7</sup> Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2025, Primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados y su Plan de Acción.

permanente a quienes tienen una discapacidad, dependencia funcional moderada o severa, invalidez y/o necesidades educativas especiales permanentes.

Durante 2023, el MDSF y ONU Mujeres Chile realizaron diálogos sociales “Hablemos de Cuidados”, que sustentaron el proceso de diseño del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) – Chile Cuida. Estas instancias aportaron a la identificación de necesidades como la existencia y ampliación de la infraestructura de cuidados, tanto de espacios que faciliten el relevo de personas cuidadoras como de los que se adecúen a las necesidades de las personas sujetas de cuidado. En este mismo año se instauró vía decreto presidencial el Comité Interministerial para la creación del SNAC.

En junio de 2024, se ingresó el proyecto de ley Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados<sup>8</sup>, para promover la autonomía, autovalencia y la vida independiente, junto con prevenir la dependencia y proveer apoyos y cuidados en un marco de corresponsabilidad social y de género. También busca institucionalizar y sistematizar la oferta de apoyos y cuidados que existe e incorporar una nueva oferta en este ámbito<sup>9</sup>.

Otros aspectos relevantes son que reconoce el derecho al cuidado como un derecho social, que es el cuarto pilar de la protección social, junto a salud, educación y pensiones. El derecho al cuidado está dividido en tres dimensiones: derecho a cuidar, derecho a ser cuidado y derecho al autocuidado. Específicamente, se establecen los derechos de las personas cuidadoras no remuneradas, dentro de los cuales se encuentra ejercer los cuidados en condiciones de igualdad y dignidad, acceder a los programas servicios y prestaciones del SNAC, acceder a instancias de formación, capacitación y certificación en cuidados, y a participar en el marco de los mecanismos de consulta y participación que establezca el Sistema.

Se estructura como un modelo de gestión intersectorial, con participación del Estado, privados y sociedad civil. Se crean instituciones como la Secretaría de Apoyos y Cuidados, Comités Regionales y Consejos Regionales de la Sociedad Civil. Además, se establece un Sistema de Gestión de Información para asegurar el acceso a servicios de cuidado y proteger los datos personales conforme a la Ley N° 19.628.

El SNAC articula programas de la SSS, del Servicio Nacional de la Discapacidad (Senadis) y del Servicio Nacional del Adulto Mayor (Senama). Esta articulación, se materializa a través de la Ley de Presupuesto, en el programa presupuestario Sistema Nacional de Cuidados, el cual se describe en la siguiente subsección. A estos, se añaden programas de diversos ministerios y servicios públicos, que se articulan mediante una red amplia a nivel nacional, regional y comunal.

A continuación, se describirán brevemente cada uno de estos programas.

---

<sup>8</sup> Boletín N° 16.905-31.

<sup>9</sup> El 14 de enero de 2026, el proyecto de ley fue aprobado y está actualmente en tramitación para ser promulgado.

a) Entre los programas de cuidados y alivio para personas cuidadoras de la SSS se encuentran<sup>10</sup>:

- Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC): busca mejorar la calidad de vida de personas en situación de dependencia (moderada y severa<sup>11</sup>) y disminuir la sobrecarga de sus cuidadores o cuidadoras. El acceso a los beneficios se coordina mediante las municipalidades en las que se encuentra instalada la red. Está disponible en 215 comunas del país<sup>12</sup>.
- Pago a cuidadoras de personas con discapacidad: es un aporte monetario que entrega el Estado al o la cuidadora de una persona con dependencia severa. Este beneficio no constituye renta ni es imponible y es compatible con otras transferencias monetarias que no tengan el mismo propósito. Se paga mensualmente vía depósito bancario, a través del Instituto de Previsión Social (IPS) a nombre del cuidador o cuidadora.
- Los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC): son recintos con una diversa oferta de servicios en base a los intereses de las personas cuidadoras, que incluye talleres, capacitaciones, contención emocional, grupos de autoayuda, intervenciones psicoeducativas para el cuidado, operativos de salud y de servicios públicos, actividades comunitarias, entre otros, que buscan mejorar el bienestar de las personas cuidadoras.

b) Los programas para personas con discapacidad del Senadis son:

- Residencias para personas en situación de discapacidad: busca contribuir a que, quienes están en esta condición, tengan entre 18 y 59 años y viven en residencias, ejerzan su autonomía en la toma de decisiones, a través de la generación de un modelo de atención integral acorde a sus necesidades.
- Tránsito a la vida independiente modalidad individual: busca dirigir gestiones y acciones hacia la promoción de la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad y dependencia. Se puede acceder a través de modalidad colectiva y de capacitación.
- Financiamiento de ayudas técnicas para personas con discapacidad: es una iniciativa que financia de manera total o parcial ayudas técnicas y/o tecnologías de apoyo, para fortalecer la autonomía de las personas con discapacidad.

c) Los programas para personas mayores del Senama corresponden a:

- Centros diurnos: son espacios comunitarios donde un equipo profesional realiza actividades y talleres durante el día para personas de 60 años o más, que están en

---

<sup>10</sup> A partir de 2026 comienza la implementación operativa del programa Chile te Cuida, cuyo propósito es que personas cuidadoras no remuneradas, de personas con dependencia moderada y severa disminuyan el nivel de desgaste personal. Fue recomendado favorablemente en el proceso de evaluación *ex ante* de la formulación presupuestaria 2025.

<sup>11</sup> A partir de los convenios 2025 se focaliza en dependencia severa.

<sup>12</sup> Se pueden conocer los lugares donde se ejecuta en:

<https://apoyosycuidados.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/donde-estamos>

situación de dependencia leve o moderada. El objetivo es que se mantengan activas y que conserven su autonomía para realizar actividades de la vida diaria.

- Cuidados domiciliarios: otorga servicios de apoyo y cuidados en actividades de la vida diaria en domicilio, a personas de 60 años o más, que se encuentran en una situación de dependencia moderada o severa. Por ejemplo: vestirse, preparar alimentos, acompañar a controles médicos, apoyar en el orden y limpieza del hogar, entre otros.
- Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT): conjuntos habitacionales de viviendas individuales, adecuadas para personas mayores de 60 años que sean autovalentes y se encuentren en situación de vulnerabilidad. Tienen el propósito de dar acceso a las personas mayores a una solución habitacional (casa) y a que reciban apoyo para su bienestar, autonomía, pertenencia e identidad.
- Establecimientos de Larga Estadía (Eleam): residencias para personas mayores, donde se entregan cuidados especializados según las necesidades de cada una.
- Fondo subsidio Eleam: busca mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en los Eleam sin fines de lucro. Para acceder a los recursos disponibles, estas residencias deben postular al llamado a concurso con iniciativas de apoyo directo hacia los residentes.

#### 4. Antecedentes presupuestarios

En la Ley de Presupuestos de 2023, en la partida 21 del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), capítulo 01 de la Subsecretaría de Servicios Sociales se creó el programa presupuestario 08 Sistema Nacional de Cuidados, para financiar programas y transferencias para el cuidado de personas con discapacidad, dependencia y otros grupos vulnerables.

Desde el 2024, el presupuesto de los CCC está en el programa presupuestario 08, específicamente en el subtítulo 24 transferencias corrientes, ítem 03 a otras entidades públicas. Estos recursos fueron incorporados en la asignación 351 Sistema Nacional de Cuidado.

En la siguiente tabla se presentan los antecedentes presupuestarios relevantes para los años 2023 y 2024.

**Tabla 1: Antecedentes presupuestarios 2023 y 2024 (M\$ 2025)**

| Programa                                       | 2023       | 2024             |
|------------------------------------------------|------------|------------------|
| <b>Sistema Nacional de Cuidado (24.03.351)</b> |            |                  |
| Presupuesto vigente                            | 12.480.869 | 19.803.884       |
| Gasto ejecutado                                | 12.461.292 | 19.789.517       |
|                                                |            |                  |
| <b>Centro Comunitario de Cuidados</b>          |            | <b>1.270.022</b> |
| Gasto ejecutado (24.03.351)                    |            | 1.139.333        |
| Gasto en personal (subt 21)                    |            | 130.689          |

Fuente: Elaboración propia en base a informe de ejecución presupuestaria y evaluación *ex ante* 2025

En el año 2025 se creó la asignación 354 Centros Comunitarios de Cuidado. En la siguiente tabla se presenta la importancia relativa de esta nueva asignación respecto al total de las transferencias corrientes.

**Tabla 2: Distribución transferencias corrientes del programa presupuestario 08 Sistema Nacional de Cuidados 2025 (M\$ 2025)**

| Item                                   | Asig. | Denominación                                          | 2025               | %             |
|----------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------|--------------------|---------------|
| 01 Al sector privado                   | 352   | Programa Pago Cuidadores de Personas con Discapacidad | 12.362.129         | 9,2%          |
| 02 Al Gobierno Central                 | 002   | Programas de Cuidados Senadis                         | 25.791.935         | 19,1%         |
|                                        | 003   | Programas de Cuidados Senama                          | 46.871.917         | 34,7%         |
| 03 A otras entidades públicas          | 351   | Red Local de Apoyos y Cuidados                        | 42.990.440         | 31,8%         |
|                                        | 354   | Centros Comunitarios de Cuidado                       | 4.730.940          | 3,5%          |
| 09 A unidades o programas del servicio | 001   | Apoyo al Sistema Nacional de Cuidados                 | 620.671            | 0,5%          |
|                                        | 002   | Chile te Cuida                                        | 1.670.577          | 1,2%          |
| <b>Total transferencias corrientes</b> |       |                                                       | <b>135,038,609</b> | <b>100,0%</b> |

Fuente: Elaboración propia en base a Ley de Presupuestos 2025

Como se observa el presupuesto de los CCC aumentó 315% entre 2024 y 2025, lo que se explica por el incremento en el número de centros y municipios que están implementando el programa. A medida que el programa logre la cobertura nacional, la importancia relativa de estos centros en el presupuesto del programa presupuestario 08 será mayor al 3,5% alcanzado el año 2025.

## 5. Estrategia de intervención

La estrategia de intervención de los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC) está diseñada según cinco componentes que se ejecutan en 12 meses, y se materializan a través de tres etapas sucesivas en un año en régimen, y cuatro en un año de instalación. Tanto los componentes como las etapas se estructuran bajo una modalidad flexible, que articula prestaciones y servicios acordes a las necesidades e intereses de las personas cuidadoras del territorio específico.

Los componentes son:

1. Diagnóstico individual y plan de atención
2. Servicios de gestión social
3. Promoción del bienestar psicoemocional
4. Servicios de cuidados
5. Promoción de la participación social y comunitaria

Por su parte, las etapas del programa son:

0. Instalación y diagnóstico comunitario (año de instalación)
1. Diagnóstico y plan de atención
2. Ejecución del plan de atención
3. Evaluación y cierre

El equipo está compuesto por: una o un coordinador (Coord.), una o un gestor social (GS), una o un gestor psicoemocional (GPS), una o un gestor comunitario (GC) y una persona cuidadora remunerada (PCR). En zonas rurales el rol de la o el gestor social lo asume la o el coordinador.

### 5.1 Componentes del programa

A continuación, se describe cada uno de los componentes.

#### **Componente 1 (C1): diagnóstico individual y plan de atención**

El objetivo es desarrollar un plan de atención a la persona cuidadora a partir de un diagnóstico de sus necesidades, para lo cual se aplica la ficha de ingreso y diagnóstico. Junto a ella, se levanta la línea de entrada de bienestar subjetivo, y los test de sobrecarga y de estrés parental. Este componente es el responsable de la asignación de cupos para las distintas actividades del centro y para elaborar listas de espera cuando los cupos son insuficientes.

Además, contempla actividades de seguimiento a los planes de atención de las personas cuidadoras. A los seis meses se revisa el estado de avance de las acciones comprometidas en el plan de atención individual para analizar de forma conjunta el nivel de cumplimiento, la pertinencia de las actividades y la necesidad de incorporar o eliminar acciones según el requerimiento de las personas cuidadoras y la opinión del profesional. El monitoreo a los productos y actividades es constitutivo de este componente y está presente en cada una de las etapas de la implementación de la estrategia.

Por último, también considera una evaluación a la participación de cada persona cuidadora teniendo en cuenta el levantamiento de la línea de salida de bienestar subjetivo, la aplicación

de una encuesta de valoración y el análisis del estado de cumplimiento de cada actividad de los planes de atención.

## **Componente 2 (C2): servicios de gestión social**

El objetivo es facilitar el acceso de las personas cuidadoras a servicios públicos que aborden sus necesidades. Lo anterior se materializa en postulaciones a diversas prestaciones sociales, derivaciones a servicios públicos, o bien, en la inscripción a servicios que estos programas puedan brindar en dependencias del centro.

Se coordina la provisión en el centro de la oferta intersectorial disponible en el territorio, por lo que deberá contactarse y llegar a acuerdos con diversos actores locales en materia de servicios sociales, salud, empleo, género, servicios municipales para personas mayores y con discapacidad, entre otros. Se considera como punto de partida para la provisión de la oferta intersectorial, la coordinación con aquellos programas e iniciativas que están en complementariedad con los CCC<sup>13</sup>.

A su vez, puede incluir actividades tales como: ferias de servicios, talleres, cursos, operativos móviles de salud, apoyo jurídico, realización de trámites, cursos de capacitación para el empleo, nivelación de estudios, habilitación laboral, actividades de prevención de la violencia de género, actividades deportivas, actividades recreativas, actividades culturales, entre otras.

Asimismo, puede considerar la ejecución de actividades informativas del centro, de otras instituciones públicas o de organizaciones sociales acerca del manejo de enfermedades, tratamientos y diagnósticos. La disponibilidad y diversidad de servicios depende de la existencia de oferta local, las gestiones que se hagan a nivel central por la SSS para la instalación de nueva oferta intersectorial y la capacidad de la o del gestor social de generar redes y movilizar oferta.

Cuando las acciones de derivación involucren a unidades que forman parte del programa gestión social local<sup>14</sup>, éstas se realizan a través de la plataforma GSL, lo que permite un seguimiento permanente de la derivación.

---

<sup>13</sup> El listado de alternativas está contenido en los anexos del texto Orientaciones Metodológicas.

<sup>14</sup> Gestión Social Local es un programa social que propone un modelo de atención social y gestión de casos sociales. a nivel subnacional (municipal, provincial o regional), basado en la coordinación sistémica de unidades funcionales intrainstitucionales y la articulación interinstitucional. El modelo promueve el funcionamiento de un sistema de derivación entre unidades participantes en GSL, fortaleciendo la provisión integrada de servicios a las personas. Funciona bajo una estructura modular que coordina unidades funcionales o programáticas en el ámbito social y las articula para lograr una gestión integrada de casos. A nivel municipal, el módulo base está compuesto por cuatro unidades: asistencia social, RSH, subsidios y el programa Familias. Del mismo modo, cuenta con módulos temáticos, tales como el módulo de empleabilidad y empleo, el GSL NNA y el GSL Salud. Cada módulo cuenta con distintos “mesones” de atención en la plataforma, que corresponden funcionalmente a cada una de las unidades municipales que la integran. En el caso de los Centros Comunitarios de Cuidados, el programa contará con un mesón visible para el o la gestora social y el o la gestora psicoemocional de las comunas en las que este programa se encuentre en ejecución.



### **Componente 3 (C3): promoción del bienestar psicoemocional**

El objetivo es mejorar el balance emocional de las personas cuidadoras a través de la mantención o disminución de la sobrecarga o la disminución del estrés parental.

Las actividades desarrolladas son tanto individuales como grupales, y entregan herramientas a las personas cuidadoras para que puedan sobrellevar de mejor manera la labor de cuidar y reducir sus efectos negativos sobre el bienestar psicoemocional.

Entre las principales acciones desplegadas están los grupos de autoayuda, intervenciones psicoeducativas, y el servicio de atención de casos. El listado de las personas cuidadoras que participan en la atención individual de casos es definido por la mesa técnica, compuesta por los profesionales del centro, que considera los resultados de la aplicación de instrumentos de sobrecarga y estrés parental, para dar prioridad a quienes presentan niveles más altos de ello.

### **Componente 4 (C4): servicios de cuidados**

El objetivo es proporcionar alternativas de relevo de cuidados, que permitan a las personas cuidadoras realizar actividades de su interés. Proporciona alternativas de cuidados en sus dependencias, dirigidas a quienes acuden en compañía de la persona cuidadora: niños, niñas y adolescentes (NNA) y personas con dependencia funcional leve o moderada. Estas alternativas son servicios de relevo, es decir, prestaciones temporales de atención a personas que requieren cuidado, destinadas a liberar el tiempo de la persona cuidadora para que participe de manera óptima en las actividades desarrolladas en el centro.

Los servicios de cuidado pueden incluir talleres u otras actividades orientadas a la estimulación, el desarrollo, la recreación, la promoción de la autonomía y/o la prevención de la dependencia, en ámbitos artísticos, recreativos, deportivos, de apoyo escolar, terapéuticos, entre otros.

Este componente puede complementarse con oferta pública disponible a nivel comunal en materia de cuidados, como programas de extensión horaria escolar, jardines infantiles y salas cunas de modalidad no convencional, programas diseñados para el cuidado de personas mayores o de personas con discapacidad, entre otros.

### **Componente 5 (C5): promoción de la participación social y comunitaria**

Este componente aporta al fortalecimiento de las capacidades comunitarias y de coordinación con las organizaciones sociales presentes en los territorios donde están instalados los centros. Tiene como propósito incentivar la vinculación de las personas cuidadoras con otras personas, organizaciones e instituciones, tanto del territorio como externas a él, mediante la conformación de redes comunitarias y vecinales y la generación de mecanismos de participación social y comunitaria que les permitan mejorar y ampliar sus redes de apoyo para fomentar la corresponsabilidad en los cuidados.

Considera la elaboración de un diagnóstico comunitario, que se construye participativamente por representantes de la comunidad del barrio durante el proceso de instalación del centro, buscando involucrar en todas sus acciones a las personas cuidadoras. En base al diagnóstico, se diseña un plan de acción comunitario.

También ofrece el taller Organizadas, cuyo objetivo es promover la capacidad de las personas cuidadoras para organizarse, participar en su comunidad y colaborar para alcanzar objetivos comunes. Complementariamente, este taller entrega asesoría y acompañamiento para la constitución de organizaciones de personas cuidadoras, diseñar y elaborar proyectos sociales y postular a fondos para financiarlos. Se realiza en sesiones quincenales en dependencias del centro.

Sumado a lo anterior, y como actividad de cierre del taller, se pone a disposición de los participantes el fondo de financiamiento Organizadas, que otorga recursos para la implementación de iniciativas diseñadas por los y las participantes que tengan el interés de diseñar colaborativamente proyectos que promuevan la participación, la vinculación con la comunidad y la corresponsabilidad comunitaria de los cuidados.

Por último, el componente ofrece talleres y otras actividades gestionadas por las organizaciones de la comunidad en torno al cuidado, propuestas por organizaciones, que tienen por objetivo dotar a las organizaciones del territorio de un espacio para desarrollar talleres u otras actividades dirigidas a la comunidad y, en particular, a las personas cuidadoras.

A continuación, se presenta para cada componente algunos descriptores que los caracterizan y distinguen entre sí.

**Tabla 3: Descripción de los componentes del programa**

| Descriptor                                | C1<br>Diagnóstico individual y plan de atención                                        | C2<br>Servicios de gestión social                                                                                                                    | C3<br>Promoción del bienestar psicoemocional | C4<br>Servicios de cuidados                | C5<br>Promoción de la participación social y comunitaria                                                                                             |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Población a la que se entrega el servicio | Personas cuidadoras no remuneradas de NNA y/o de personas de con dependencia funcional | Personas cuidadoras no remuneradas de NNA y/o de personas con dependencia funcional, derivadas a este componente por el plan de atención individual. |                                              | NNA y/o personas con dependencia funcional | Personas cuidadoras no remuneradas de NNA y/o de personas con dependencia funcional, derivadas a este componente por el plan de atención individual. |
| Profesional a cargo                       | GS y GPS                                                                               | GS                                                                                                                                                   | GPS                                          | Coord y PCR                                | GC                                                                                                                                                   |
| Duración estándar del componente (meses)  | 12                                                                                     | 12                                                                                                                                                   | 9                                            | 9                                          | 12                                                                                                                                                   |

Fuente: Elaboración propia

Cada componente descrito contempla un conjunto de actividades que se desarrollan y articulan en distintas etapas de implementación del programa.

## 5.2 Etapas del programa

A continuación, se describirán las etapas según actividades a desarrollar.

### **Etapas 0: instalación y diagnóstico comunitario** (2 meses, solo el primer año)

En esta etapa se presenta el programa y se conoce a las instituciones, organizaciones y personas cuidadoras de la comunidad para invitarles a participar y generar la nómina de potenciales participantes. Se requiere la contratación y capacitación del equipo por parte del municipio, en colaboración con la asistencia técnica de la contraparte del programa del MDSF. Aunque no se cuente con la infraestructura del centro totalmente habilitada para las personas usuarias, es posible desarrollar esta etapa.

Se ejecuta solo el primer año de implementación del programa. No es considerada en los años sucesivos, ya que sus acciones ocurren una sola vez.

Para lograr el objetivo de la etapa, el equipo deberá desarrollar las siguientes actividades:

#### *1. Inserción territorial: acercamiento a la comunidad y sus instituciones.*

*Profesionales responsables: GC, GS, GPS.*

Se inicia con la identificación de las organizaciones sociales e instituciones públicas y privadas y el contacto con personas cuidadoras que pudieran interesarse en participar en el programa y que se visualicen como colaboradoras para el proceso de instalación. Se detectan las necesidades de apoyo y participación en el ámbito de los cuidados, con énfasis en atraer oferta que la misma comunidad pueda poner a disposición del centro. El equipo deberá entregar información a la comunidad y a sus actores acerca de las vías de ingreso al programa. Para facilitar esta labor, el equipo podrá apoyarse en la cartilla de presentación del programa<sup>15</sup>.

Existen tres vías de ingreso al CCC: demanda espontánea<sup>16</sup>, búsqueda activa<sup>17</sup> y derivación<sup>18</sup>.

El equipo elabora la nómina de potenciales participante, considerando la información entregada a través de la ficha de persona cuidadora que cumplan los requisitos para participar: ser una persona cuidadora no remunerada de NNA y/o con dependencia funcional y habitar en el barrio donde está el centro. Luego del chequeo administrativo de los datos registrados se

---

<sup>15</sup> Se cuenta con dos cartillas de presentación: una para personas cuidadoras y otra para instituciones, en donde se entrega información del programa (en qué consiste, quiénes pueden participar y qué actividades se realizan), los datos de contacto del centro y los pasos a seguir si existe interés de participar o de sugerir la participación de una persona cuidadora.

<sup>16</sup> Se refiere al caso en que la persona cuidadora acude al centro de manera voluntaria y por sus propios medios, para solicitar información o participación en el programa. El o la profesional del programa la recibe y sostiene una breve conversación, indicándole las características del programa y, en caso de estar interesada, registra sus datos de identificación.

<sup>17</sup> Se refiere a todas aquellas salidas a terreno que realice el equipo del centro, que puede implicar visitas domiciliarias (gestor social y/o psicoemocional) y/o reuniones con organizaciones comunitarias o sus dirigencias (gestor comunitario y/o coordinador), presentes en el territorio.

<sup>18</sup> Se refiere a la solicitud, por parte de una o un profesional o técnico, que pertenezca a alguna institución pública o privada de la comuna en donde se emplaza el centro. La recopilación de información se hará formalmente por medio de la recepción digital de la ficha de derivación al centro, que contiene información respecto de la caracterización de potenciales participantes.

ordena la nómina según las vías de ingreso previamente identificadas y luego por la fecha y hora más antigua de llenado de la ficha.

## *2. Diagnóstico comunitario (Fase 1): levantamiento de información.*

*Profesional responsable: GC*

Los objetivos de esta fase son:

- Levantar información relevante para conocer y caracterizar las redes de cuidados presentes en el territorio.
- Levantar información referida a las personas cuidadoras para la construcción de la nómina de potenciales participantes.
- Identificar la oferta comunitaria para el centro.
- Indagar el interés de las personas participantes por desarrollar el diagnóstico comunitario e integrar la Mesa Comunitaria de Cuidados<sup>19</sup>.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, se desarrollan tres acciones: elaboración de catastro de organizaciones, instituciones y personas cuidadoras<sup>20</sup>, realizar la sesión cartografía social y realizar la sesión de círculos de interés<sup>21</sup>. El catastro de organizaciones, instituciones y personas cuidadora se actualiza trimestralmente.

## *3. Elaboración informe de diagnóstico comunitario de cuidados.*

*Profesional responsable: GC*

En el informe se analizan los principales problemas, necesidades, intereses, recursos y oportunidades manifestadas por los actores de la comunidad. Esto posibilita la construcción de un plan de acción comunitario de cuidados en base a la información levantada. El documento contiene al menos: caracterización de la situación de cuidados en el territorio<sup>22</sup>, redes de apoyo para el cuidado<sup>23</sup>, problemas detectados<sup>24</sup> y recursos de la comunidad<sup>25</sup>.

---

<sup>19</sup> La Mesa Comunitaria de Cuidados es la instancia que permite articular al centro con las organizaciones sociales, promoviendo la vinculación, el reconocimiento mutuo, la organización y la corresponsabilidad comunitaria de los cuidados.

<sup>20</sup> Producir información relevante de las instituciones y organizaciones del territorio para articular acciones de colaboración y construir la nómina de potenciales participantes.

<sup>21</sup> Se enmarcan en un trabajo grupal, en las que los actores invitados (identificados mediante el catastro), analizan las características de sus organizaciones, las necesidades en relación con la temática de cuidados, fortalezas, debilidades y principales problemáticas del barrio.

<sup>22</sup> Aspectos relevantes relacionados con la temática de cuidados a partir de datos proporcionados por el catastro de organizaciones, instituciones y personas cuidadoras que permitan dimensionar la situación, junto con otros elementos que el equipo considere relevantes.

<sup>23</sup> Análisis respecto a los servicios, prestaciones y soportes comunitarios existentes en el territorio en relación con las personas cuidadoras, datos que acompañen la información cualitativa y otros que el equipo considere importantes de resaltar.

<sup>24</sup> Información respecto a las principales problemáticas detectadas y cuál es su proyección a nivel territorial, el contexto que condiciona la situación-problema, principales causas y los efectos en las personas cuidadoras, en las personas que requieren cuidados, sus familias y la comunidad.

<sup>25</sup> Análisis de recursos que podrían colaborar en el abordaje de los problemas presentados.

4. *Hito de inicio.*

*Profesional responsable: GC*

Corresponde a la difusión masiva del programa mediante una actividad dirigida a la comunidad, organizaciones e instituciones del territorio.

5. *Conformación de la Mesa de Gestión de Casos y Oferta.*

*Profesional responsable: GS*

Para articular al programa con la red institucional de servicios de la comuna se conforma esta mesa, que facilita la atracción de oferta programática a las dependencias del centro y la derivación. Deben considerarse en esta instancia representantes de los programas en complementariedad con el centro, así como representantes de las unidades municipales de Asistencia Social, Empleo, Salud, Educación, Cultura, Género, Niñez, Discapacidad, Personas Mayores, entre otros.

Esta mesa sesiona con mayor frecuencia durante la etapa 0, esto es, una vez al mes y, durante las etapas sucesivas, se sugiere que se desarrolle cada tres meses o de acuerdo con las necesidades de gestión de prestaciones.

En aquellas comunas que cuentan con la red local base del programa RLAC no conforman la Mesa de Gestión de Casos y Oferta y el GS se suma a esta red de coordinación interinstitucional ya existente en el territorio<sup>26</sup>.

6. *Monitoreo de actividades/productos por componente de la etapa 0*

*Profesional responsable: Coord.*

Aquí se monitorea el desarrollo de las actividades/productos del programa al cierre de la etapa 0, al finalizar el segundo mes de ejecución.

En la siguiente tabla se resume la relación entre las actividades a realizar en la etapa 0, los profesionales responsables de cada una (marcado con color azul) y los profesionales que participan en ella (identificados con color verde), y los componentes a los que aportan en su producción (marcados con celeste).

---

<sup>26</sup> Modificación incluida en las orientaciones metodológicas durante el 2025.

**Tabla 4: Relación entre actividades, profesionales y componentes en la etapa 0**

| Actividades etapa 0 (2 meses) |                                                            | Profesional |    |     |    |     | Componente |   |   |   |   |
|-------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|----|-----|------------|---|---|---|---|
|                               |                                                            | Coord       | GS | GPS | GC | PCR | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1                             | Inserción territorial                                      |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |
| 2                             | Diagnóstico comunitario (fase 1)                           |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |
| 3                             | Elaboración informe de diagnóstico comunitario de cuidados |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |
| 4                             | Hito de inicio                                             |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |
| 5                             | Conformación de la Mesa de Gestión de Casos y Oferta       |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |
| 6                             | Monitoreo de actividades/productos por componente etapa 0  |             |    |     |    |     |            |   |   |   |   |

Fuente: Elaboración propia

Como resultado de esta etapa se obtienen los siguientes productos:

- Nómina de potenciales participantes.
- Conformación Mesa de Gestión de Casos y Oferta.
- Informe diagnóstico comunitario de cuidado.
- Hito de inicio.

### **Etapas 1: diagnóstico y plan de atención (2 meses)**

El objetivo de esta etapa es recopilar información relevante de las personas cuidadoras que ingresan al programa, que permita su identificación, caracterizar aspectos vinculados a su historia personal, su relación con el cuidado y los antecedentes de la o las personas a quienes cuida. Con estos datos, se elabora el plan de atención individual que acompañará a la persona cuidadora durante su participación en el programa.

Para lograr el objetivo de esta etapa, el equipo deberá desarrollar las siguientes actividades:

#### **7. Aplicación de la ficha de ingreso y diagnóstico**

*Profesionales responsables: GS y GPS*

Se propone identificar las principales características, intereses y necesidades de las personas cuidadoras beneficiarias del programa. El equipo toma contacto con las de la nómina de potenciales participantes priorizada para convocarlas a una entrevista individual y hacer efectivo su ingreso al programa. Los centros tienen 60 cupos en zonas rurales y 120 en urbanas.

En la entrevista se aplica la ficha de ingreso y diagnóstico<sup>27</sup> para constatar la calidad de la persona cuidadora no remunerada, acreditar que resida en el barrio donde está emplazado el centro, además de recoger información de identificación y diagnóstica de la persona cuidadora y de la persona que cuida, levantar la línea de entrada de bienestar subjetivo y medir efectos

<sup>27</sup> La ficha de Ingreso y Diagnóstico identifican necesidades en materia social, de salud, de educación, de trabajo y los intereses de participación.

del cuidado mediante la aplicación de la escala de Sobrecarga de la Persona Cuidadora (Zarit)<sup>28</sup>, en el caso de quienes cuidan a personas con dependencia funcional, y el cuestionario de Estrés Parental<sup>29</sup>, para quienes cuidan NNA.

Luego se elabora un plan de atención individual, que incluye una planificación de actividades a desarrollar durante su participación en el programa.

#### *8. Conformación de la mesa técnica.*

*Profesional responsable: Coord.*

Se conforma la mesa técnica con la finalidad de organizar la oferta programática del centro en base a las características, intereses y necesidades de apoyo de las personas cuidadoras, distribuir los cupos y acompañar técnicamente al equipo para abordar casos complejos. La frecuencia de las reuniones es semanal.

Tras la constatación de alternativas programáticas y los servicios disponibles en el territorio, se presenta a la mesa una propuesta de cada uno de los planes de atención. Esta instancia es el espacio de coordinación intersectorial del territorio que realiza la distribución de los cupos para cada uno de los planes de atención, que posteriormente son presentados a la persona cuidadora en la actividad de validación del plan de atención individual. Las acciones contempladas pueden corresponder a postulaciones a diversas prestaciones sociales, derivaciones a servicios públicos, o la inscripción a servicios que estos programas puedan brindar en dependencias del centro. La postulación a los servicios o prestaciones no aseguran necesariamente el acceso efectivo, pues está supeditado a los procesos internos de selección de cada servicio responsable para su otorgamiento.

En la mesa técnica se revisan los requerimientos de los distintos programas y servicios, y complementariamente se coordina la posibilidad de gestionar cupos para la derivación de las personas cuidadoras, la que se formaliza a través de la ficha de derivación a prestaciones y servicios públicos.

#### *9. Validación del plan de atención individual.*

*Profesionales responsables: GS y GPS*

Se definen las principales acciones, actividades, gestiones y derivaciones a desarrollar durante la participación de las personas cuidadoras en el centro. El plan de atención individual

---

<sup>28</sup> El objetivo de la escala Zarit es medir la sobrecarga de la persona cuidadora, evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos de la persona con dependencia funcional a la que cuidan. Este instrumento es aplicado a personas cuidadoras de personas con dependencia funcional al inicio del programa y en el mes 12, para evaluar posibles cambios.

<sup>29</sup> El estrés parental es entendido como un proceso en el que los progenitores o personas significativas que concentran la mayor cantidad de horas de cuidado se sienten desbordados ante las responsabilidades de su rol como padre, madre o cuidador principal, distinto de madre o padre (Padilla, Álvarez-Dardet e Hidalgo, 2014) y suele presentarse con mayor intensidad en las fases iniciales del desarrollo de niños y niñas. Para conocer el nivel de estrés parental que presentan madres y padres o cuidadores principales, distintos de la madre o padre, y con la finalidad de aportar al abordaje de esta situación, el programa dispone de un cuestionario que permite medir el nivel de angustia de madres, padres o cuidadores principales en lo específicamente relacionado con la crianza. Este instrumento es aplicado al inicio del programa y en el mes 12, para evaluar posibles mejoras o retrocesos.

debe ser acordado mediante una entrevista con la persona cuidadora, se realiza una revisión conjunta y, en caso de que ambas estén de acuerdo, validarlo mediante la firma<sup>30</sup>.

**10. Diagnóstico comunitario (fase 2): devolución de resultados y diseño del plan de acción**  
**Profesional responsable: GC**

Se deben validar los resultados del diagnóstico comunitario de cuidados con la comunidad. Primero se presentan los resultados de la fase 1 de levantamiento de información del diagnóstico comunitario a la comunidad, para lo cual se debe definir una metodología.

El diseño del plan de acción comunitario debe ser coherente con las temáticas que la comunidad y, en particular, las personas cuidadoras, han levantado como prioritarias durante esta fase del diagnóstico. El instrumento debe contar con perspectiva a corto, mediano y largo plazo, de modo que permita proyectar acciones futuras que den sustentabilidad al proceso de intervención.

El plan de acción puede ser modificado en la medida que surjan nuevos requerimientos o necesidades de la comunidad. Por ello, es posible agregar o reemplazar actividades en la medida que sea pertinente y así lo decida la comunidad.

**11. Monitoreo de actividades/productos por componente de la etapa 1: diagnóstico individual y plan de acción.**  
**Profesional responsable: Coord.**

Se monitorea el desarrollo de las actividades/productos del programa al momento del cierre de la etapa 1, que ocurre al cuarto mes de ejecución durante un año de instalación, o al segundo mes en un año regular.

En la siguiente tabla se presenta la relación de las actividades a realizar en la etapa 1, los profesionales responsables de cada una y los profesionales que participan en ella, y a los componentes a los que aportan en su producción.

**Tabla 5: Relación entre actividades, profesionales y componentes en la etapa 1**

| Actividades etapa 1 (2 meses) |                                                                 | Profesional |    |     |    |     | Componentes |   |   |   |   |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|----|-----|-------------|---|---|---|---|
|                               |                                                                 | Coord       | GS | GPS | GC | PCR | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7                             | Aplicación de la ficha de ingreso y diagnóstico                 |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 8                             | Conformación de la mesa técnica                                 |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 9                             | Validación del plan de atención individual                      |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 10                            | Diagnóstico comunitario fase 2                                  |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 11                            | Monitoreo de actividades/productos por componente de la etapa 1 |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |

Fuente: Elaboración propia

<sup>30</sup> En el caso que el plan de atención individual requiera derivación a un servicio público (estatal o municipal), y ésta no se realice a través de la plataforma GSL, la persona cuidadora deberá firmar la ficha de derivación a prestaciones y servicios públicos.



Como resultado de esta etapa se obtienen los siguientes productos:

- Conformación mesa técnica
- Aplicación ficha de ingreso y diagnóstico
- Primera planificación trimestral de actividades del centro
- Validación del plan de atención individual
- Conformación equipos para servicios de cuidado
- Diseño plan de acción comunitario

## **Etapla 2: ejecución - plan de atención (7 - 9 meses)**

El objetivo de esta etapa es implementar las acciones contempladas en los planes de atención de cada persona cuidadora participante del centro, lo que tiene como resultado la activación simultánea de los servicios ofrecidos por el programa a través de los componentes: servicios de gestión social, promoción del bienestar psicoemocional, servicios de cuidados y promoción de la participación social y comunitaria.

En esta etapa se realiza seguimiento a las personas cuidadoras que perdieron el contacto con el centro por más de un mes, considerando para ello hasta tres visitas domiciliarias, para lo cual se deja constancia de visita domiciliaria cada vez que el resultado sea infructuoso.

Durante esta etapa, la periodicidad de la mesa técnica es quincenal.

Para lograr el objetivo de la etapa, el equipo deberá desarrollar las siguientes actividades.

### **12. Gestión de casos y oferta**

*Profesional responsable: GS*

Independiente de si el GS se coordina con otras instituciones a través de la mesa de Gestión de Casos y Oferta o a través de la red local base del programa, debe ejecutar la oferta programática planificada en las dependencias del centro y la gestión de prestaciones individuales en aquellos casos que no han sido posible ser atendidas por la plataforma del programa GSL. Durante esta etapa, se gestiona el desarrollo de operativos móviles, ferias de servicios y cursos y/o talleres que den respuesta a las necesidades de las cuidadoras participantes y que, adicionalmente, estarán disponibles para la participación de la comunidad.

### **13. Gestión de prestaciones individuales.**

*Profesional responsable: GS*

El objetivo es gestionar prestaciones y servicios vinculados al plan de atención individual de las personas cuidadoras mediante la plataforma GSL.

#### *14. Grupos de autoayuda.*

*Profesional responsable: GPS*

Los grupos de autoayuda son intervenciones que ofrecen un espacio de apoyo, consejo, protección y acompañamiento a las personas cuidadoras, durante el proceso de cambios en el cual deben ajustar su vida a las nuevas condiciones que les impone atender la dependencia de un familiar o cercano significativo, o el cuidado de niños, niñas o adolescentes. La duración máxima de los grupos es de ocho sesiones de dos horas cronológicas cada una. Se realizan con una frecuencia semanal, lo que permitirá el desarrollo de tres ciclos durante la etapa de ejecución, considerando un máximo de 15 participantes por cada ciclo, coordinados por el o la gestora psicoemocional.

Los grupos están orientados al encuentro con otras personas que vivencian situaciones similares, brindando un espacio de apoyo mutuo y socialización, y de poner en común recomendaciones para el manejo de situaciones asociadas al estrés parental o la sobrecarga del cuidado. Se debe procurar la conformación de grupos separados de personas cuidadoras de NNA y de personas con dependencia funcional, considerando las diferencias en el tipo de cuidado y los efectos de cuidar entre ambos grupos de población. Eventualmente, según demanda y habiendo suficientes personas interesadas, es posible desarrollar grupos de autoayuda más específicos, como de personas cuidadoras de personas mayores con dependencia, o de niños, niñas y adolescentes TEA, por ejemplo.

#### *15. Intervenciones psicoeducativas.*

*Profesional responsable: GPS*

Las intervenciones psicoeducativas constituyen una herramienta formativa que permite fortalecer las habilidades para desarrollar de mejor manera la labor de cuidados, previniendo o reduciendo sus posibles efectos negativos. Se promoverá la participación de otros integrantes del hogar que pudieran interesarse en los temas abordados, para fomentar la corresponsabilidad, especialmente de género.

Se coordinan talleres psicoeducativos con una frecuencia quincenal, a través de tres sesiones con una duración de una hora y media, para un máximo de 30 personas. Ello implica la posibilidad de realizar tres ciclos durante la etapa de ejecución. Las temáticas son definidas a partir de las principales necesidades identificadas en la ficha de ingreso y diagnóstico, la sistematización de los grupos de autoayuda y las decisiones de la Mesa Comunitaria de Cuidados, por ejemplo, la comunicación efectiva, corresponsabilidad en el hogar, habilidades parentales y afrontamiento del cuidado.

Complementariamente, esta línea de trabajo considera la ejecución de actividades informativas propias del centro, de otras instituciones públicas o de organizaciones sociales acerca del manejo de enfermedades, tratamientos y diagnósticos.

#### *16. Atención de casos.*

*Profesional responsable: GPS*

La atención de casos tiene por objetivo brindar atenciones psicológicas individuales, brindadas por la o el GPS, a las personas cuidadoras que presenten altos niveles de sobrecarga y estrés parental para aportar a su disminución. Es una intervención breve<sup>31</sup> que consiste en el desarrollo de nueve sesiones de 45 minutos cada una, que se realizan con frecuencia semanal. Se podrá realizar tres ciclos durante la etapa de ejecución.

La decisión de quien accede a esta prestación es determinada por la mesa técnica, en función de los resultados las pruebas aplicadas en la etapa 1, como también de otros factores que complejizan la labor de cuidados.

Se evalúa la necesidad de derivar a la red de salud mental procurando la continuidad de vinculación con el centro. Este servicio cuenta con cupos, según la capacidad y criterios<sup>32</sup> de atención.

#### *17. Conformación de la Mesa Comunitaria de Cuidados.*

*Profesional responsable: GC*

El propósito de esta mesa es promover la colaboración entre las personas cuidadoras, las organizaciones sociales y comunitarias y el programa para la implementación del plan de acción comunitario. La mesa está conformada por personas cuidadoras participantes del centro, representantes de las organizaciones del barrio y de la organización que postuló al subsidio para la adjudicación de la infraestructura del centro, estableciéndose un mínimo de 15 participantes.

La mesa es un canal para la derivación de personas o grupos al taller y fondo de financiamiento Organizadas que, con ideas iniciales en materia de cuidados y corresponsabilidad, puedan adquirir herramientas para la formalización y gestión de iniciativas.

#### *18. Diagnóstico comunitario (fase 3): ejecución del plan de acción comunitario.*

*Profesional responsable: GC*

Esta fase consiste en implementar las actividades definidas en el plan de acción comunitario por la Mesa Comunitaria de Cuidados. Se impulsan iniciativas y se asegura el espacio físico para su realización, junto a los materiales necesarios. También se incentiva la difusión de las actividades, la participación de las personas responsables y el registro actualizado.

---

<sup>31</sup> La psicoterapia breve se centra en resolver activamente problemas en el menor tiempo posible. Aunque su duración es más corta que otros tipos de terapia, su objetivo es lograr cambios significativos y efectivos.

<sup>32</sup> Los criterios son: personas cuidadoras con mayores niveles de sobrecarga y estrés parental en las escalas aplicadas en la etapa inicial del programa; número de personas a las que cuida: esto es, a mayor número de personas cuidadas, mayor prioridad en el acceso al componente; número de años que la persona se desempeña como cuidadora de la persona con dependencia funcional: a mayor número de años que la persona cuidadora ejerce la labor de cuidados, mayor prioridad en el acceso al componente; ausencia de redes de apoyo significativas: mayor prioridad en el acceso al componente para quienes no cuentan con redes de apoyo significativas; nivel de dependencia funcional de la persona cuidada: a mayor nivel de severidad de la dependencia, mayor prioridad en el acceso a este componente.

#### *19. Servicios de cuidados.*

*Profesionales responsables: Coord. y PCR*

Los servicios de relevo para los cuidados proveen un espacio seguro y adaptado a las necesidades e intereses de las personas que requieren cuidados, de manera simultánea a la participación de las personas cuidadoras en actividades de su interés entregadas por el centro y así, desarrollar su plan de atención.

Los servicios de cuidados constituyen una oferta de talleres recreativos y temáticos, orientadas a la estimulación, desarrollo, recreación, promoción de la autonomía y prevención de la dependencia de las personas que requieren cuidados, mediante actividades artísticas, recreativas, apoyo escolar, actividades deportivas, culturales, entre otras. La definición de los grupos, tipo y características de las actividades se definirán según la población beneficiaria indirecta, la que puede estar constituida por NNA, personas adultas con discapacidad, personas mayores con dependencia funcional, etc.

El diseño es flexible para adaptarse a las necesidades específicas<sup>33</sup>.

#### *20. Taller y fondo de financiamiento Organizadas.*

*Profesional responsable: GC*

Ambas iniciativas buscan promover la capacidad de las personas para organizarse, participar en su comunidad y colaborar para el logro de objetivos comunes. Se entrega asesoría y acompañamiento a personas cuidadoras interesadas en organizarse, proporcionando información para diseñar y elaborar proyectos sociales y para postular a fondos que permitan generar recursos para su financiamiento.

Se estructura a través de seis sesiones que tienen una frecuencia quincenal y una duración de una hora y media cada una. Se recomienda que este taller se realice en un momento avanzado de esta etapa de ejecución (desde la semana 28) para un máximo de 15 personas. Dado que, para este momento de la intervención, es posible contar con mayor conocimiento de posibles liderazgos de las personas cuidadoras participantes del programa.

#### *21. Actividades comunitarias en torno al cuidado propuestas por organizaciones.*

*Profesional responsable: GC*

La actividad busca dotar a las organizaciones del territorio de un espacio para que desarrollen talleres y otras actividades dirigidas a la comunidad y a las personas cuidadoras para promover la corresponsabilidad comunitaria de los cuidados.

Como instrumento se cuenta con la ficha de actividades comunitarias, la que es analizada por la mesa técnica, que deberá definir si la propuesta se ajusta a las condiciones que ofrece el

---

<sup>33</sup> Para organizar los servicios se debe considerar: número de personas que requieren cuidados infantiles, cuidados en situaciones de discapacidad y/o gerontológicos, al finalizar la etapa 1 del programa; prever bloques diferenciados para no reunir en un mismo espacio a niños y niñas, adolescentes y personas adultas; contar con el equipamiento, materiales y adaptaciones del espacio adecuados para el desarrollo de actividades con niños, niñas y personas con dependencia funcional leve y moderada; disponer de personas con competencias, idealmente certificadas, para el cuidado de niños, niñas y personas con dependencia funcional leve y moderada.

centro (en función del espacio, disponibilidad, equipamiento, pertinencia, entre otras) para luego, ser validada, y agregada a la agenda y planificación trimestral.

## 22. Monitoreo de actividades/productos por componente de la etapa 2

*Profesional responsable: Coord.*

Se monitorea el desarrollo de las actividades/productos del programa al momento de cierre de la etapa 2, que ocurre al mes 11 (año de instalación) y al mes nueve (año en régimen) de ejecución del programa.

En la siguiente tabla se presenta la relación de las actividades a realizar en la etapa 2, los profesionales responsables de cada una y los profesionales que participan en ella, y a los componentes a los que aportan en su producción.

**Tabla 6: Relación entre actividades, profesionales y componentes en la etapa 2**

| Actividades etapa 2 (7-9 meses) |                                                                            | Profesional |    |     |    |     | Componentes |   |   |   |   |
|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|----|-----|----|-----|-------------|---|---|---|---|
|                                 |                                                                            | Coord       | GS | GPS | GC | PCR | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12                              | Ejecución de la Mesa de Gestión de Casos y Oferta                          |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 13                              | Gestión de prestaciones individuales                                       |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 14                              | Grupos de autoayuda                                                        |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 15                              | Intervenciones psicoeducativas                                             |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 16                              | Atención de casos                                                          |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 17                              | Conformación de la Mesa Comunitaria de Cuidados                            |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 18                              | Diagnóstico comunitario fase 3                                             |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 19                              | Servicios de cuidados                                                      |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 20                              | Taller y fondo de financiamiento Organizadas                               |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 21                              | Actividades comunitarias en torno al cuidado propuestas por organizaciones |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 22                              | Monitoreo de actividades/productos por componente de la etapa 2            |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |

Fuente: Elaboración propia

Como resultado de esta etapa se obtienen los siguientes productos:

- Seguimiento de plan de atención individual
- Segunda y tercera planificación de actividades del centro
- Ejecución operativos móviles
- Ejecución ferias de servicios
- Ejecución de talleres y/o cursos realizados por servicios públicos
- Ejecución de intervenciones psicoeducativas
- Ejecución grupos de autoayuda
- Ejecución atención de casos
- Ejecución de servicios de cuidado
- Conformación de la Mesa comunitarias de Cuidados

- Ejecución del plan de acción comunitario
- Implementación del taller Organizadas
- Desarrollo de actividades del fondo Organizadas
- Implementación de actividades comunitarias gestionadas por las organizaciones

### **Etapas 3: Evaluación y cierre (1 mes)**

La tercera etapa tiene por objetivo desarrollar la evaluación de la implementación del programa. Considera una evaluación por persona participante, una evaluación del plan de acción comunitario, y un hito de cierre con la comunidad. También se evalúa el cumplimiento de las actividades del plan de atención individual, aplicando el instrumento de línea de salida en el mes 12 de ejecución, que corresponde a una medición comparativa en relación con la línea de entrada, y que busca medir la variación del bienestar subjetivo de la persona cuidadora, luego del proceso de intervención brindado por el programa. Adicionalmente, se aplican los instrumentos de sobrecarga y/o de estrés parental, según corresponda. Los resultados de estas acciones se analizan en la mesa técnica, para evaluar la continuidad o egreso de las/los participantes.

#### *23. Evaluación a la participación individual.*

*Profesionales responsables: GS, GPS*

Se identifica la percepción de las personas cuidadoras respecto de su participación en el programa, el cumplimiento de las acciones del plan de atención individual, la variación del nivel de bienestar subjetivo, estrés parental y sobrecarga. Se aplica la encuesta de valoración.

#### *24. Diagnóstico comunitario (fase 4): evaluación del plan de acción comunitario.*

*Profesional responsable: GC*

Se reflexiona colectivamente sobre el cumplimiento del plan de acción comunitario. Se convoca a la Mesa Comunitaria de Cuidados, en la cual se recoge mediante una entrevista grupal semi estructurada, las opiniones y valoraciones de sus integrantes en relación con las actividades realizadas.

#### *25. Hito de cierre con la comunidad.*

*Profesional responsable: GC*

Consiste en una actividad ampliada, idealmente en las áreas abiertas del centro o en un espacio público de alta visibilidad dentro del barrio, donde participan personas beneficiarias del programa, vecinos/as, otras personas cuidadoras, representantes de las instituciones de la Mesa de Gestión de Casos y Oferta, organizaciones sociales, autoridades municipales y regionales, entre otros actores relevantes.

La Mesa Comunitaria de Cuidados y las personas cuidadoras, planifican una jornada que permita dar cuenta a la comunidad de las actividades desarrolladas en el centro durante el año.

En la siguiente tabla se presenta la relación de las actividades a realizar en la etapa 3, los profesionales responsables de cada una y los profesionales que participan en ella, y a los componentes a los que aportan en su producción.

**Tabla 7: Relación entre actividades, profesionales y componentes en la etapa 3**

| Actividades etapa 3 (1 mes) |                                           | Profesional |    |     |    |     | Componentes |   |   |   |   |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-------------|----|-----|----|-----|-------------|---|---|---|---|
|                             |                                           | Coord       | GS | GPS | GC | PCR | 1           | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23                          | Evaluación de la participación individual |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 24                          | Diagnóstico comunitario (fase 4)          |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |
| 25                          | Hito de cierre con la comunidad           |             |    |     |    |     |             |   |   |   |   |

Fuente: Elaboración propia

Los productos de esta etapa son:

- Evaluación de la participación individual
- Evaluación del plan de acción comunitario
- Hito de cierre con la comunidad

## 6. Estructura de costos

El programa CCC cuenta con una modalidad de transferencia, aprobada por la Resolución Exenta N°087 del 12 de marzo de 2024, y su modificación aprobada por la Resolución Exenta N°095 del 22 de marzo de 2024. Las resoluciones definen la asignación de recursos a los municipios ejecutores, los gastos e ítems financiables y el glosario del plan de cuentas, desagregados por componente.

La Tabla 8 resume el plan de cuentas, esto es, los ítems financiables para cada componente. El convenio de transferencia se suscribe una vez aprobada la propuesta técnica y financiera contenida en el proyecto que debe elaborar la respectiva municipalidad. La transferencia de los recursos se realiza en dos cuotas:

Primera cuota: El 40% de los recursos se transfieren una vez cumplidos los siguientes requisitos:

- Se encuentre totalmente tramitado el último acto administrativo que aprueba el convenio de transferencia de recursos suscrito entre la Subsecretaría de Servicios Sociales y la municipalidad ejecutora.
- Que el ejecutor se encuentra al día en la presentación de la rendición de cuentas del programa.
- Contar con un Oficio del Serviu regional respectivo, que informe a la Subsecretaría de Servicios Sociales, que un determinado centro en proceso de construcción o mejoramiento tiene un estado de avance de al menos un 70%.

Segunda cuota: El 60% restante de los recursos se transfiere luego de la presentación por parte de la municipalidad del documento emitido por la Dirección de Obras Municipales respectiva sobre la recepción final de la infraestructura, siempre que se encuentre al día en la rendición de cuentas del programa.



**Tabla 8: Plan de cuentas por componente**

|    | <b>Gastos directos a usuarios</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Gastos internos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos</li> <li>○ Servicios (colaciones, capacitación)</li> </ul> </li> <li>• Gastos de soporte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Otros gastos de soporte (movilización, indumentaria)</li> </ul> </li> </ul>                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gastos directos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos de soporte</li> <li>○ Material fungible (material de oficina, impresión, fotocopias, y útiles de aseo)</li> <li>○ Otros de administración (comunicación y difusión, servicios informáticos, equipos informáticos, movilización, equipo audiovisual, mobiliario y equipamiento)</li> </ul> </li> </ul> |
| C2 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos</li> </ul> </li> <li>• Gastos de soporte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidadación (implementos, mobiliario y equipamiento de estimulación, material didáctico y/o educativo, maquinarias y/o herramientas)</li> </ul> </li> </ul>                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| C3 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos</li> </ul> </li> <li>• Gastos de soporte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidadación (implementos, mobiliario y equipamiento de estimulación, material didáctico y/o educativo)</li> </ul> </li> </ul>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| C4 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos</li> </ul> </li> <li>• Gastos de soporte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidadación (implementos, mobiliario y equipamiento de estimulación, material didáctico y/o educativo)</li> </ul> </li> </ul>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| C5 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicio de recursos humanos <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Recursos humanos</li> </ul> </li> <li>• Gastos de soporte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Habilidadación (implementos, mobiliario y equipamiento de estimulación, material didáctico y/o educativo)</li> <li>○ Otros gastos de soporte (fondo iniciativas de la comunidad)</li> </ul> </li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Fuente: Elaboración propia

Además, la municipalidad debe encontrarse inscrita en el registro central de colaboradores del Estado según lo dispuesto en la Ley N°19.862.

Para el 2024, el monto transferido por centro fue de \$70.000.000 para centros ubicados en zonas urbanas y \$57.900.000 para los rurales<sup>34</sup>. A diciembre de 2024, el gasto ejecutado se distribuyó de la siguiente forma por componente.

**Tabla 9: Gasto ejecutado por componente a diciembre 2024**

| Componente | Gasto<br>ejecutado | %    |
|------------|--------------------|------|
| C1         | 375.963            | 33%  |
| C2         | 212.359            | 19%  |
| C3         | 212.609            | 19%  |
| C4         | 127.565            | 11%  |
| C5         | 210.837            | 19%  |
| Total      | 1.139.333          | 100% |

Fuente: Ficha de monitoreo programa CCC 2024

<sup>34</sup> Para el 2025, los montos fueron ajustados según inflador, alcanzando \$72.940.000 para centros urbanos y \$60.331.800 para centros rurales y urbanos excepcionales.

## 7. Información disponible

La información disponible es reportada por cada ejecutor y su equipo, a través de plataformas e instrumentos diferentes que se aplican en las distintas etapas:

- **Sistema de Gestión de Convenios (Sigec):** plataforma del MDSF destinada a gestionar los diversos programas que cuentan con transferencia de recursos económicos a través de convenios hacia otros ministerios, Seremis, municipios y servicios públicos o privados, que registra información técnica y/o financiera de cada programa<sup>35</sup>.
- **Sistema Integrado de Grupos Vulnerables (SIGV):** sistema informático de registro y monitoreo del MDSF para programas del Subsistema Seguridades y Oportunidades. El programa CCC se incorporó a ella en 2024, para poner a disposición de los equipos ejecutores un sistema de registro de información de las personas cuidadoras y sujetos de cuidados usuarias del programa y las acciones vinculadas a su participación, al mismo tiempo que permite al MDSF tener un sistema con datos para el seguimiento y monitoreo del programa. Las secciones del programa están asociadas con las etapas de intervención, de acuerdo con los principales instrumentos metodológicos, por lo que alguna de ellas aún se encuentra en proceso de construcción.
- **Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (Sisrec):** plataforma para rendición electrónica de cuentas que la Contraloría General de la República (CGR) pone a disposición de los servicios públicos. El Sisrec permite la rendición de transferencias de recursos públicos y que la CGR acceda a la información para efectuar un examen de cuentas como parte de sus tareas de fiscalización.

A continuación, se define la información relevante para esta evaluación, que es posible obtener de los distintos instrumentos e informes disponibles para este programa.

### 7.1. Información de actividades implementadas

Respecto a la información de cómo se han implementado las actividades en cada centro:

- Matriz de monitoreo para la etapa 0 y 1, en las cuales se especifica el cumplimiento de actividades.
- Primer informe técnico, que se entrega al término de la etapa 0, a través del cual es posible conocer la siguiente información para cada centro:

---

<sup>35</sup> En el ámbito financiero, específicamente se registra la distribución inicial de recursos en el marco de la propuesta técnica y financiera presentada, posteriormente las solicitudes de modificación presupuestaria, considerando que las rendiciones se realizan a través de SISREC

**Tabla 10: Información relevante para la evaluación en primer informe técnico**

|                                         |                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------|
| Para cada miembro del equipo de trabajo | Cargo profesión                    |
|                                         | Remuneración                       |
|                                         | Horas semanales                    |
|                                         | Cambios composición equipo         |
| Recorrido por el barrio                 | Zona                               |
|                                         | perímetro centro                   |
| Catastro personas cuidadoras            | Nº personas                        |
|                                         | Nº de personas por tipo de ingreso |
| Diagnóstico comunitario                 | Nº de organizaciones               |
|                                         | Nº de instituciones                |

Fuente: Elaboración propia

- Segundo informe técnico, que se entrega al término de la etapa 1, se pueden extraer los siguientes antecedentes:

**Tabla 11: Información relevante para la evaluación en segundo informe técnico**

|                                                                                                                                                 |                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipo de trabajo                                                                                                                               | Cambios composición equipo                                                            |
|                                                                                                                                                 | Cuidadora remunerada (remuneración y horas)                                           |
| Diagnóstico individual y plan de atención (desagregado por sexo)                                                                                | Nº de personas cuidadoras en nómina de potenciales participantes chequeadas           |
|                                                                                                                                                 | Nº de personas cuidadoras con ficha de ingreso y diagnóstico aplicados                |
|                                                                                                                                                 | Nº de personas cuidadoras con plan de atención individual validado y firmado          |
|                                                                                                                                                 | Nº de personas cuidadoras con plan de atención individual en proceso de firma         |
|                                                                                                                                                 | Nº de personas en lista de espera                                                     |
| Tipo de servicios de cuidado por grupos de servicios de cuidado (niñez temprana, niñez media, adolescencia, personas adultas, personas Mayores) | Nº de personas cuidadoras que requieren servicio de cuidado                           |
|                                                                                                                                                 | Nº de personas que requieren participar del servicio de cuidado por cada grupo        |
|                                                                                                                                                 | Cantidad de grupos por rango de edad                                                  |
| Observaciones/ sugerencias                                                                                                                      | Dificultades en el levantamiento de información en terreno                            |
|                                                                                                                                                 | Aspectos de mejoras del proceso                                                       |
|                                                                                                                                                 | Fortalezas del proceso a nivel local (del equipo, de la comunidad, a nivel municipal) |
|                                                                                                                                                 | Descripción actividades que no corresponde a la etapa 1                               |

Fuente: Elaboración propia

- Tercer informe técnico, que se entrega al término de la etapa 2, a través del cual se reporta lo producido en cada componente, es decir, las actividades realizadas, y el nivel de participación. Dada la diversidad de actividades y servicios que ofrece un centro, cada una de ellas tiene distintas formas de medirlas o registrarlas.

**Tabla 12: Información relevante para la evaluación en tercer informe técnico**

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Componente 1 | Nº de personas cuidadoras con ficha de ingreso y diagnóstico aplicados al finalizar la etapa 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|              | Nº de personas cuidadoras con plan de atención individual validado al finalizar la etapa 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|              | Nº de personas cuidadoras que mantienen su participación al finalizar la etapa 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|              | Cantidad de personas en lista de espera al finalizar la etapa 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Componente 2 | Para cada tipo de actividad implementada: fecha, nombre actividad, institución o instituciones colaboradoras, tipo de participantes, Nº de personas cuidadoras (beneficiarios/as directos/as) y Nº de personas que hacen uso del componente de cuidado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|              | Para cada PC beneficiaria: Nº derivaciones establecidas en plan de atención individual validado (etapa 1), Nº derivaciones a servicios requeridos (etapa 2), Nº de derivaciones efectivas (accede al beneficio o prestación).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|              | Aprendizajes del equipo respecto a las actividades del componente, principales logros del proceso, principales dificultades del proceso.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Componente 3 | <p>Para cada PC derivada a las distintas actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nº sesiones de atención de casos establecida en plan de atención individual validado y Nº total de sesiones a las que asistió durante el ciclo,</li> <li>Nº sesiones de grupos de autoayuda establecida en plan de atención individual validado y Nº total de sesiones a las que asistió durante el ciclo,</li> <li>Nº de sesiones taller psicoeducativo establecidas en plan de atención individual validado y Nº total de sesiones a las que asistió durante el ciclo.</li> </ul> <p>Se indica si la persona fue derivada a la red salud mental especializada y si recibió la prestación en la red de salud mental especializada.</p> |
| Componente 4 | Listado de PC con actividad establecida en plan de atención individual validado y Nº total de servicios de cuidados a los que asistió.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Componente 5 | Actividades del plan de acción comunitario:<br>Nº y ámbito actividad, Nº de personas que participaron, tipo de participantes CC, Nº de organizaciones que participan (si corresponde)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|              | Fondo Organizadas:<br>Nº y tipo sesiones fondo Organizadas CC, Nº de personas participantes CC, y fecha                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|              | Para cada persona derivada a este componente: Nº total de actividades comunitarias realizadas desde el componente (etapa 1 y 2) y Nº total de actividades a las que asistió.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

Fuente: Elaboración propia

En la siguiente tabla se detalla, para cada instrumento o informe, el número de centros que cuentan con ellos.

**Tabla 13: Número de centros que cuentan con instrumento**

| <b>Etapas</b> | <b>Instrumento/fuente de información</b> | <b>Cantidad de centros</b> |
|---------------|------------------------------------------|----------------------------|
| 0             | Primer informe técnico                   | 17                         |
| 0             | Matriz de monitoreo                      | 16                         |
| 1             | Segundo informe técnico                  | 5                          |
| 1             | Matriz de monitoreo                      | 4                          |
| 2             | Tercer informe técnico                   | 6                          |

Fuente: Elaboración propia

### 7.2. Información presupuestaria y de gastos rendidos

La propuesta económica presentada por cada municipalidad desagrega el monto de la primera cuota por componente y por ítem de gasto financiable según el plan de cuentas del programa, y especifica el monto del aporte local, si es que lo hay. Además, se declara (si / no) el tipo de infraestructura, mobiliario o equipamiento con la que dispone o aporta el ejecutor. Esta información es de referencia, considerando que se reporta previo a la firma del convenio y solo contempla los recursos de la primera cuota.

La información presupuestaria disponible más actualizada, es la que reportan los planes de cuentas aprobados para cada componente, que presenta la última redistribución de recursos solicitada por el ejecutor. Estos reportes contienen la distribución de los recursos totales del programa e incluyen la segunda cuota y/u otras modificaciones que solicite el ejecutor. Esta distribución es por componentes y por ítem de gasto.

Respecto a los gastos rendidos o efectivos, los informes que se obtienen del Sisrec, para cada centro, reportan el gasto rendido por mes, tipo de gasto (personal /operación), subclasificación (ítem de gasto según plan de cuentas), monto y detalles de la transacción. Solo 19 de los centros tienen informe de Sisrec, ya que la rendición mensual se realiza con uno o dos meses de rezago. Por ejemplo, a junio 2025, de los centros con mayor tiempo de ejecución, el de la comuna de Puerto Saavedra, ha rendido el gasto de junio 2024 a abril 2025, mientras que el de Nueva Imperial, entre junio 2024 a mayo 2025.

**Tabla 14: Centros Comunitarios de Cuidados con información presupuestaria y de gasto efectivo**

| Instrumento/fuente de información | Número de centros |
|-----------------------------------|-------------------|
| Propuesta económica               | 26                |
| Planes de cuentas                 | 26                |
| Informe Sisrec                    | 19                |

Fuente: Elaboración propia.

### 7.3. Características de beneficiarios

Al inicio de la etapa 1 se entrevista a los potenciales participantes aplicando la ficha de ingreso y diagnóstico. La información obtenida se puede organizar en tres bases de datos:

- Cuestionario de diagnóstico de la persona cuidadora (ficha ingreso).
- Cuestionario de diagnóstico de la persona sujeta de cuidados.
- Línea de entrada, que considera los resultados de la escala de bienestar subjetivo, sobrecarga y estrés parental.

En el Anexo 1 se presentan en detalle las variables que contienen cada uno de estos instrumentos. Además, se cuenta con el plan de atención individual diseñado y validado por los beneficiarios que han confirmado su participación. Hay planillas innominadas con toda la información que se levanta y cada día persona cuidadora – persona sujeta de cuidado tiene un id de familia que permite relacionarlos.

## 8. Estadísticas descriptivas de los beneficiarios

En la siguiente sección se describen las características de las personas cuidadoras y a quienes cuidan, considerando los instrumentos aplicados en la etapa 1 y el plan de atención individual. Éste último es un reflejo de sus intereses y necesidades, dada la oferta de servicios/prestaciones/actividades disponibles. Debido a que los sistemas de información se actualizan con rezago<sup>36</sup> y que los centros han entrado en operación en distintas fechas del 2024, se observan discrepancias en los volúmenes de registros entre las diferentes bases de datos. En el Anexo 2 se presentan estadísticas descriptivas sólo de las personas cuidadoras y sujetas de cuidados de los CCC con información para las etapas 1, 2 y 3.

**Tabla 15: Cantidad de registros por base de datos**

| <b>Base de datos</b>                                | <b>Fecha de actualización</b> | <b>Cantidad registros</b> |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Cuestionario diagnóstico persona cuidadora          | 07-07-2025                    | 925                       |
| Cuestionario diagnóstico persona sujeta de cuidados | 17-06-2025                    | 757                       |
| Línea de entrada                                    | 17-06-2025                    | 415                       |
| Plan de atención individual                         | 17-06-2025                    | 370                       |

Fuente: Elaboración propia

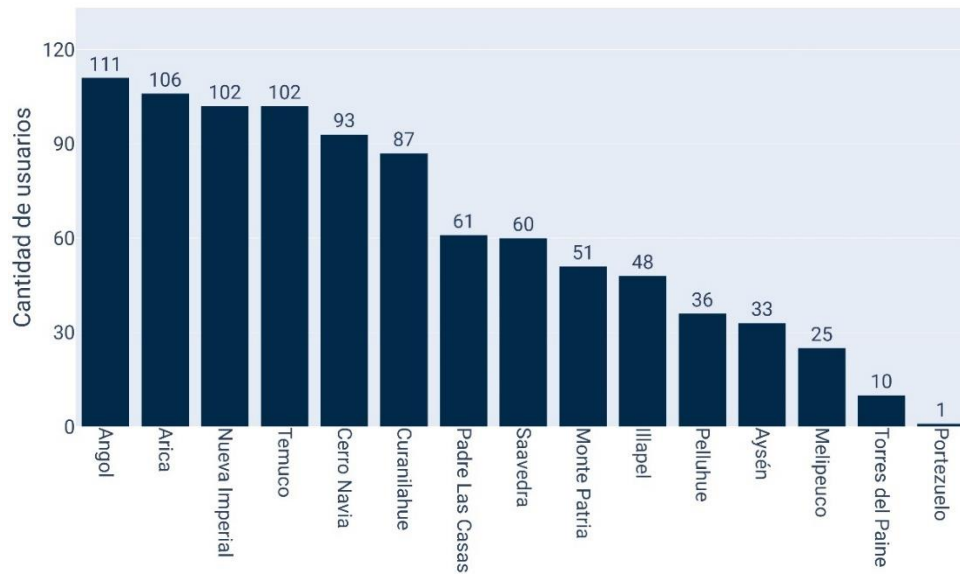
### 8.1. Cuestionario de diagnóstico persona cuidadora

La base de datos cuenta con 925 registros de 15 comunas distintas. En los gráficos que se presentan a continuación se muestra la distribución de los usuarios según comuna, sexo, rango de edad y nivel educativo.

---

<sup>36</sup> Es decir, que no muestra los datos en tiempo real, sino que los procesa y actualiza con una demora o un intervalo de tiempo determinado.

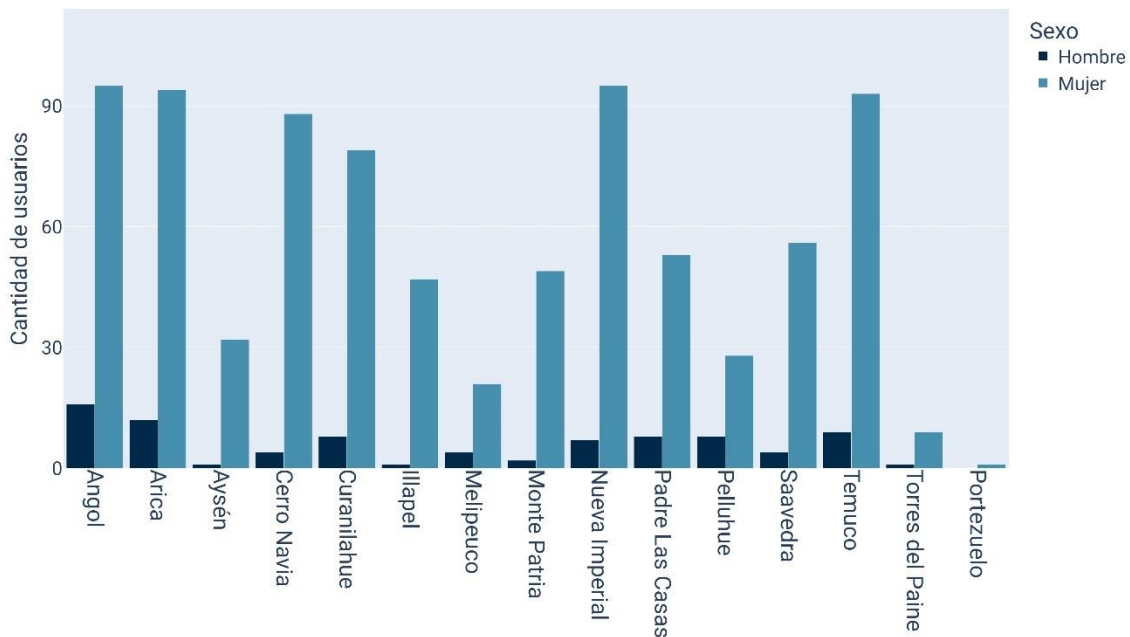
**Gráfico 1: Distribución usuarios por comuna**



Fuente: Elaboración propia

Cabe destacar que prácticamente en ninguna comuna se alcanza el máximo de cupos disponibles, considerando además que en algunas hay más de un centro<sup>37</sup>.

**Gráfico 2: Distribución personas usuarias por comuna y sexo**

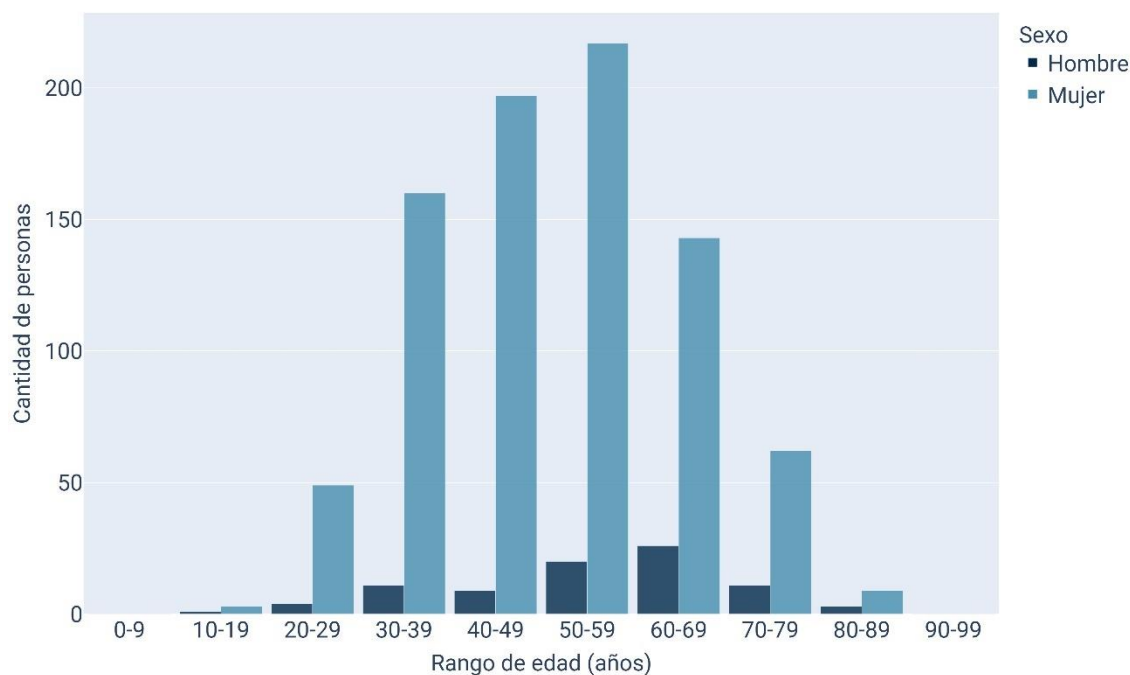


Fuente: Elaboración propia.

<sup>37</sup> A la fecha de la cohorte analizada, el programa en algunas comunas se encontraba en una etapa inicial de implementación.



**Gráfico 3: Distribución por rango de edad y sexo, total de personas cuidadoras con diagnóstico**

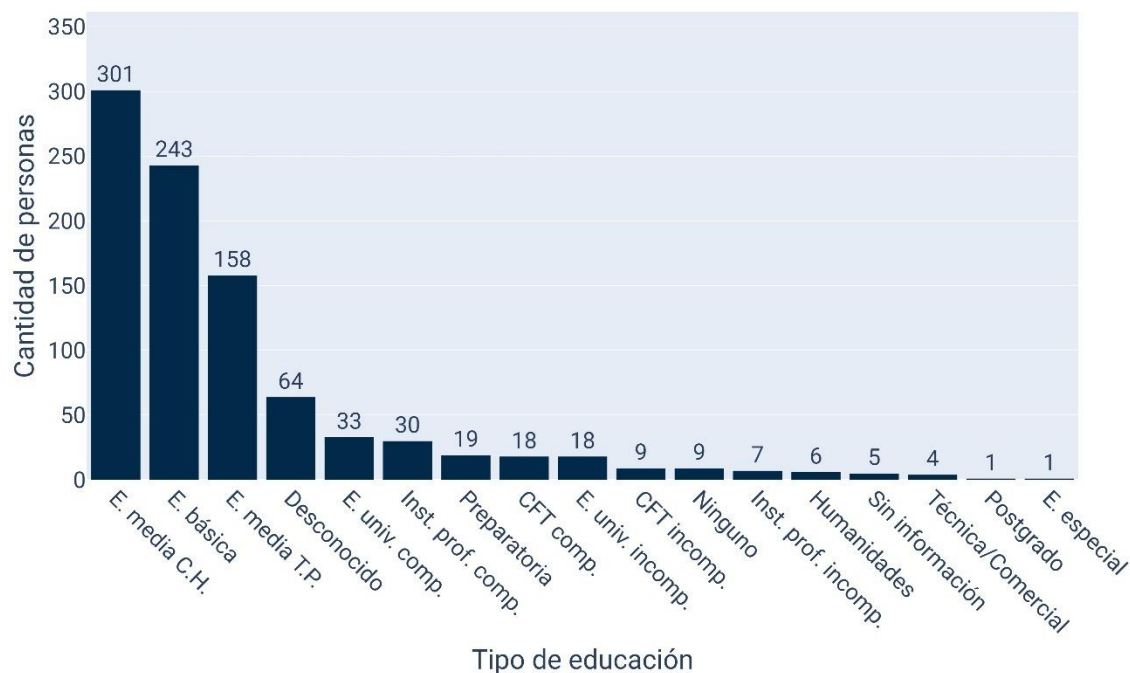


Fuente: Elaboración propia

El Gráfico 2 muestra que la mayoría de las personas usuarias corresponden al género femenino. A excepción de una comuna (Pelluhue), la ratio de feminidad es superior a 6<sup>38</sup>. Al considerar ambos sexos, el rango de edad que concentra más personas cuidadoras es entre 50 y 59 años si es mujer, y entre 60 y 69 años si es hombre. Respecto del nivel educacional, el Gráfico 4 revela que la mayor proporción de usuarios cuenta con enseñanza media científico-humanista, seguida por aquellos con educación básica completa y, en tercer lugar, por quienes poseen formación técnico-profesional de nivel medio.

<sup>38</sup> 600 si se calcula dividiendo el número de mujeres entre el número de hombres y multiplicando el resultado por 100.

**Gráfico 4: Distribución según el tipo de educación, total personas cuidadoras con diagnóstico**

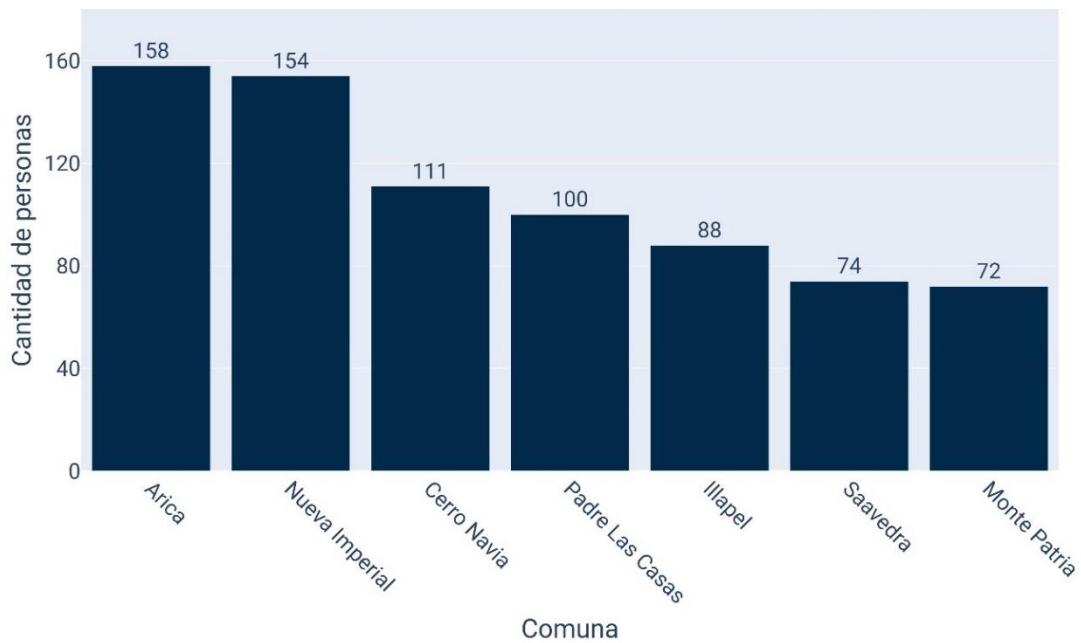


Fuente: Elaboración propia

## 8.2. Cuestionario de diagnóstico persona sujeta de cuidados

El conjunto de datos, compuesto por 757 registros de siete comunas distintas, incluye descriptores como comuna, rango de edad, sexo, grado de dependencia (si corresponde) y la declaración de condiciones de salud y autonomía para realizar ciertas actividades. En el siguiente gráfico se presenta la distribución de las personas sujetas de cuidado entre las comunas que tienen estos registros actualizados a la fecha de corte de esta evaluación.

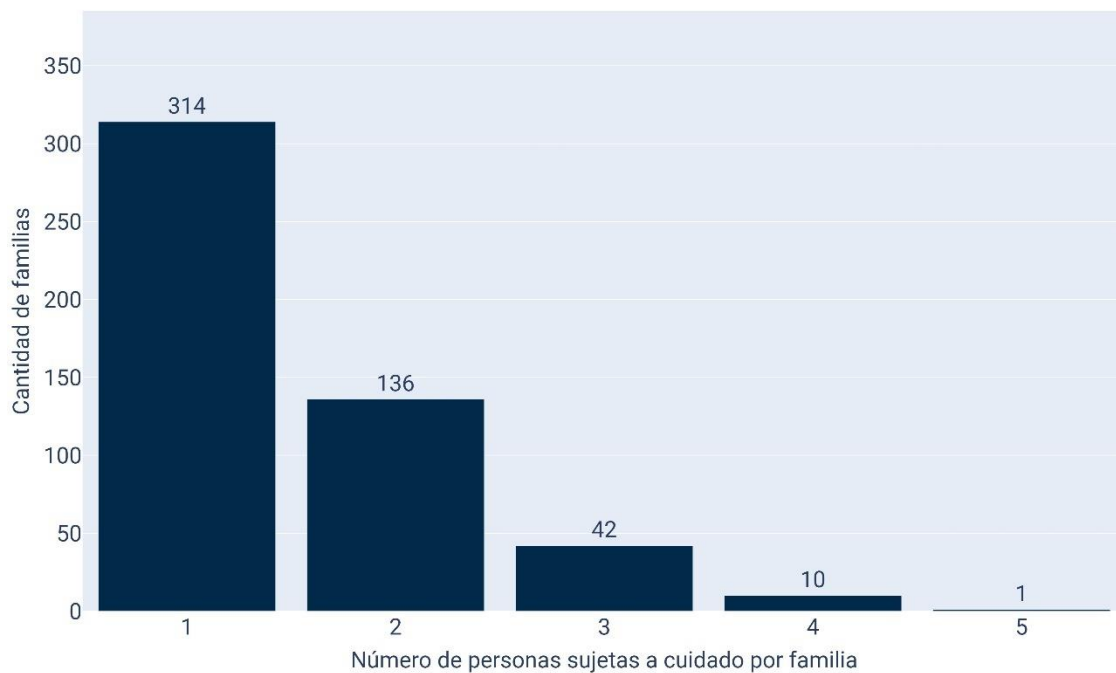
**Gráfico 5: Distribución de personas sujetas de cuidado por comuna**



Fuente: Elaboración propia

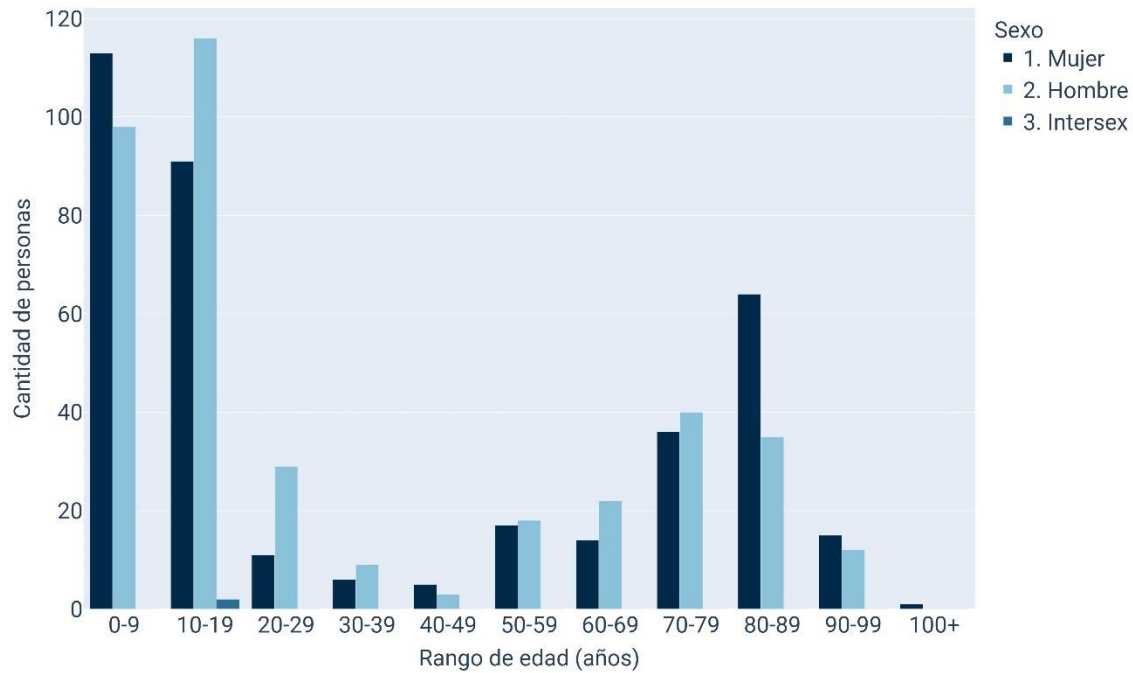
El Gráfico 6 revela que un 37,6% de los cuidadores tiene a su cargo dos o más personas.

**Gráfico 6: Distribución del número de personas sujetas de cuidado por persona cuidadora**



Fuente: Elaboración propia

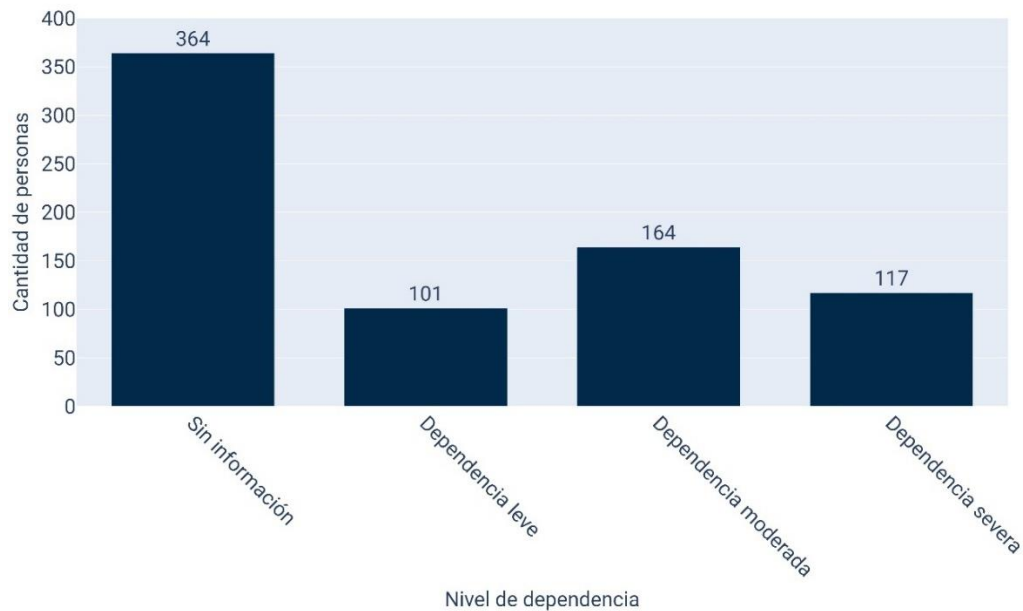
**Gráfico 7: Distribución personas sujetas de cuidado por sexo y rango de edad**



Fuente: Elaboración propia

Aunque la mayor concentración de personas sujetas a cuidado se encuentra entre los 0 y 19 años (que podría considerarse el grupo que representa a los NNA), también destaca un aumento progresivo desde los 50 años hasta los 80. Las mujeres son el grupo mayoritario en ambos extremos del ciclo vital: en la primera infancia (0-9 años) y en la adultez mayor avanzada (80-89 años). Tal como lo reconoce el diseño del programa, los distintos grupos etarios generan necesidades diferenciadas en las personas cuidadoras, lo que se debiera ver reflejado en los planes de atención individual (C1), en los servicios / prestaciones / actividades demandadas (C2, C3, C5) y en distintos tipos de servicios de cuidado (C4). En este sentido, uno de los factores que debiera contribuir a definir el perfil o tipo de beneficiario es el rango etario de las personas sujetas de cuidado, ya que influye directamente en las características de la atención requerida y, por ende, en la planificación de actividades y prestaciones por parte del centro.

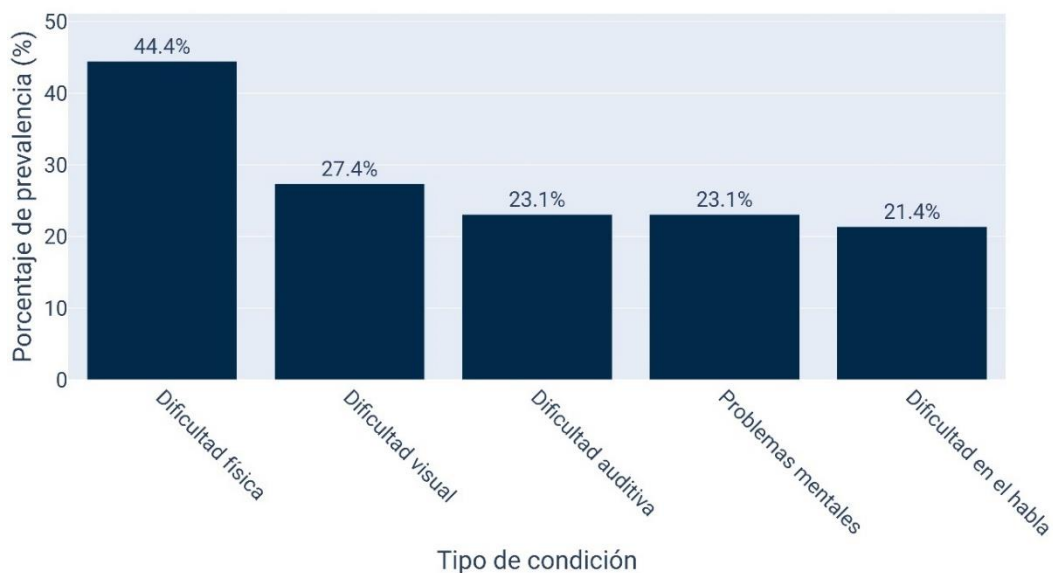
**Gráfico 8: Distribución personas sujetas de cuidado según nivel de dependencia**



Fuente: Elaboración propia

En los casos de personas sujetas de cuidado con algún nivel de dependencia, el moderado es el predominante. La concentración de dependencia severa (en comparación con la leve) es diferente según comuna, lo que sugiere variaciones en la complejidad de las necesidades de las personas sujetas de cuidado.

**Gráfico 9: Prevalencia de las condiciones de salud.**

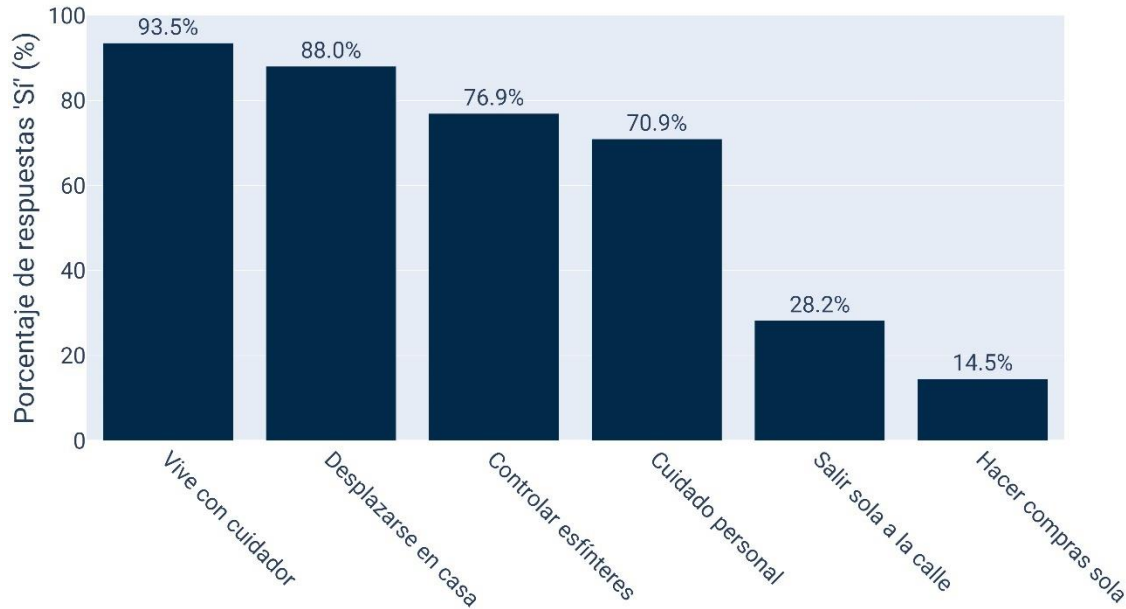


Fuente: Elaboración propia

A nivel general, la prevalencia de cada condición declarada por las personas sujeto de cuidados se sitúa entre un 20% y 30%, con la excepción de la dificultad física, que presenta una prevalencia superior al 40%. Al desagregar esta información por comuna, que se presenta en el Anexo 3, se observan variaciones significativas entre los distintos territorios. Por ejemplo, en Illapel el 50% de las personas sujetas de cuidado declaran tener dificultad visual y problemas mentales, en Cerro Navia, cerca del 70% declara tener problemas mentales, mientras que en Saavedra y Padre Las casas el 50% declara tener dificultades físicas.

Al analizar el grado de autonomía de las personas sujetas de cuidado<sup>39</sup>, se observa una clara distinción entre las capacidades dentro y fuera del hogar. Mientras que más del 70% de las personas puede realizar actividades básicas en casa (desplazarse, controlar esfínteres y cuidado personal), la autonomía es significativamente menor al estar en el espacio público: un 28% puede salir a la calle sin acompañamiento y un 14% es capaz de hacer compras o gestiones por sí mismo. Cabe destacar que la mayoría cohabita con su cuidador principal, factor que facilita la realización de las actividades fuera del hogar, dado los niveles de dependencia declarados. Al realizar la desagregación a nivel comunal, como se presenta en el Anexo 3, se observan las mismas tendencias.

**Gráfico 10: Distribución de las capacidades para realizar actividades de forma independiente**

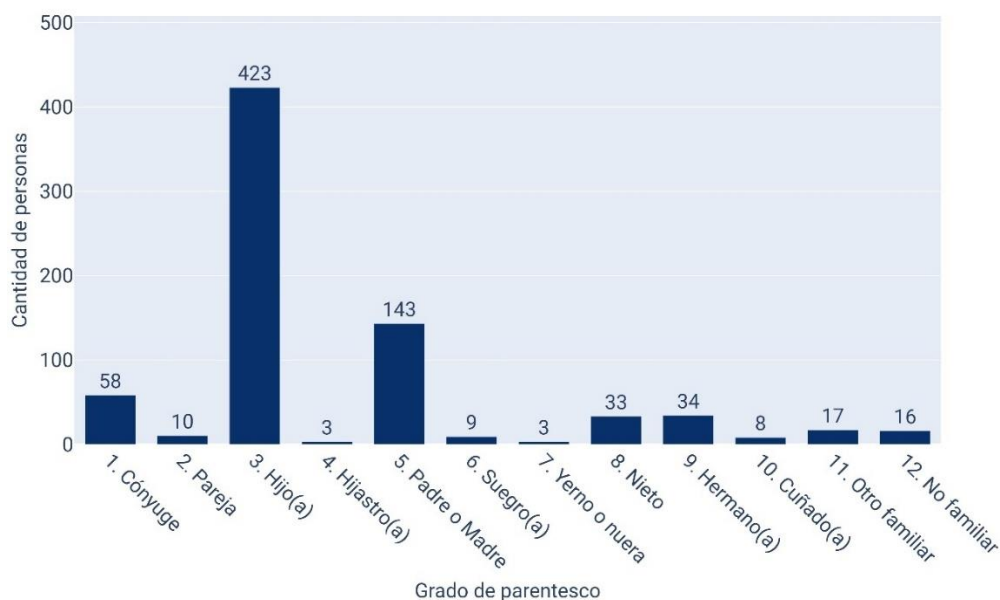


Fuente: Elaboración propia

<sup>39</sup> Considera a 117 personas sujeto de cuidado que respondieron estas preguntas.

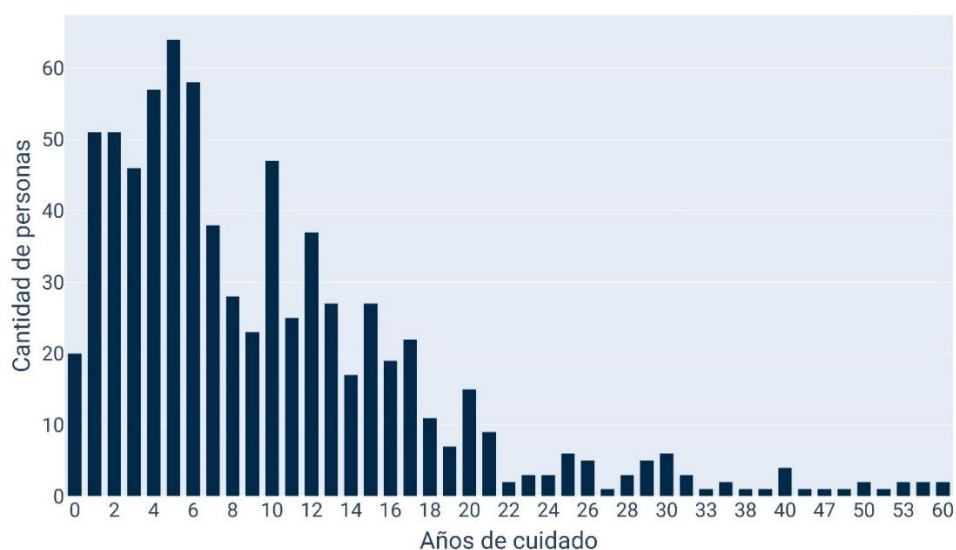
En promedio, más del 90% de las personas sujetas de cuidado viven con sus cuidadores. La mayoría de estos cuidadores tiene un parentesco directo, como la relación padre/madre con hijo/hija (o viceversa), y en menor proporción, son cónyuges. Lo anterior es consistente con los rangos etarios presentados anteriormente.

**Gráfico 11: Distribución de personas sujetas de cuidado según parentesco**



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 12. Distribución de años en que las personas sujetas de cuidado han sido cuidadas**



Fuente: Elaboración propia

La distribución de los años de cuidado revela una media de 9,9 años, lo que indica una duración promedio cercana a una década. No obstante, la desviación estándar de 9,15 años denota una considerable dispersión en la duración del cuidado<sup>40</sup>. Esta alta variabilidad implica que los datos no se agrupan de manera compacta en torno a la media; en cambio, exhiben un amplio rango de duraciones, desde periodos breves hasta extensiones prolongadas. Se observa una distribución asimétrica, donde existen casos de cuidado de muy larga duración, de 60 años en su máximo.

### 8.3. Línea de entrada

La línea de entrada cuenta con 415 registros distribuidos en seis comunas. Esta información se agrega a nivel de centro, a diferencia de la información previa organizada por comuna, debido a que los diagnósticos no contaban con la identificación del centro ya que existe más de un centro por comuna.

**Tabla 16: Nombre del centro y comuna a la que pertenece**

| Comuna          | Nombre del Centro           | Zona   |
|-----------------|-----------------------------|--------|
| Arica           | CCC Altos del Mar           | Urbano |
| Cerro Navia     | CCC Cerro Navia             | Urbano |
| Monte Patria    | CCC Cerrillos de Rapel      | Rural  |
| Nueva Imperial  | CCC Altos de Nueva Imperial | Urbano |
| Padre Las Casas | CCC San Ramón               | Rural  |
| Puerto Saavedra | CCC Puerto Domínguez        | Rural  |

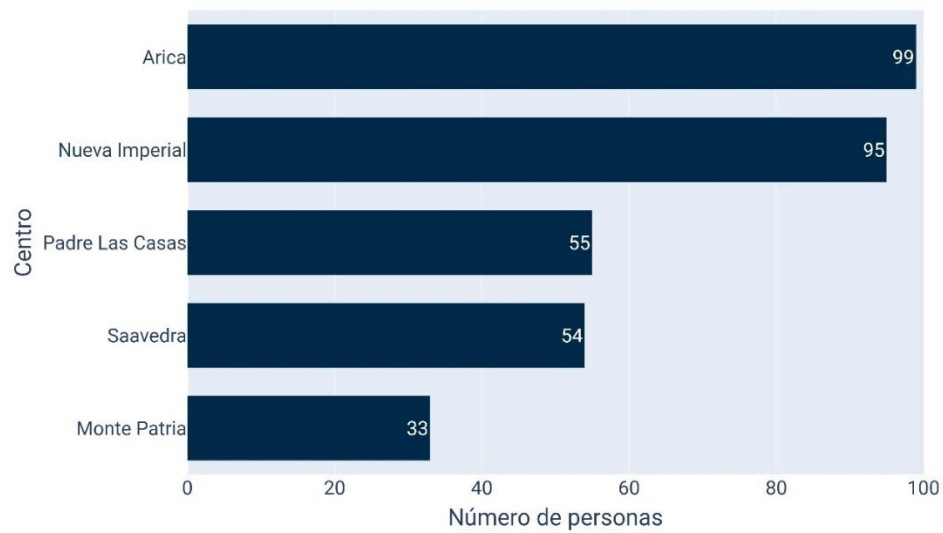
Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico, se observa el número de personas usuarias que han completado la línea de entrada al programa, por cada centro.

<sup>40</sup> Con mediana igual a 7 y moda de 5.



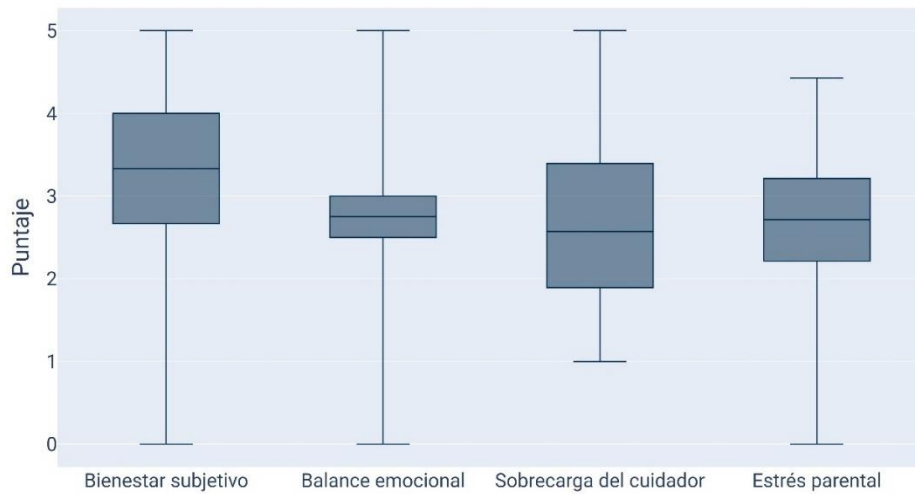
**Gráfico 13: Distribución personas usuarias por comuna / centro**



Fuente: Elaboración propia

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de los puntajes de las distintas escalas aplicadas a las personas cuidadoras<sup>41</sup>.

**Gráfico 14: Distribución puntajes por escala**



Fuente: Elaboración propia

<sup>41</sup> La escala de bienestar subjetivo y balance emocional cuenta con 321 registros, mientras que la de sobrecarga del cuidador tiene 267 registros y el de estrés parental 174.

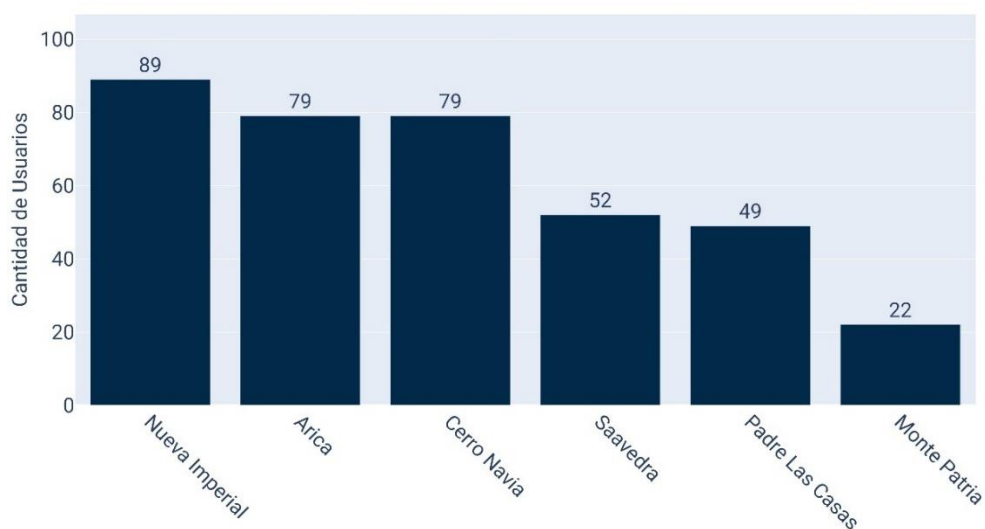
La escala de bienestar subjetivo y la de balance emocional, ambas con puntajes entre 0 y 5, presentan puntajes promedios de 3.22 y 2.71 y medianos de 3.33 y 2.75, respectivamente. Que el puntaje mediano sea mayor al promedio, implica que algunos registros tienen puntajes muy bajos que reducen el promedio, mientras que la mayoría de los registros se concentran en valores más altos. La escala de sobrecarga del cuidador esta entre 1 y 5, y presenta un puntaje promedio y mediano de aproximadamente 2.65 y 2.57 respectivamente. La escala de estrés parental tiene un puntaje promedio de 2.73 y mediano de 2.71.

En el Anexo 3 se presenta la información por cada centro. No se observan mayores diferencias en los puntajes promedio de las distintas escalas entre centros.

#### 8.4. Plan de atención individual

Para los seis centros mencionados en la subsección anterior, se cuenta con la información de los planes de atención individual de 370 personas usuarias, cuya distribución por centro se muestra en el Gráfico 15.

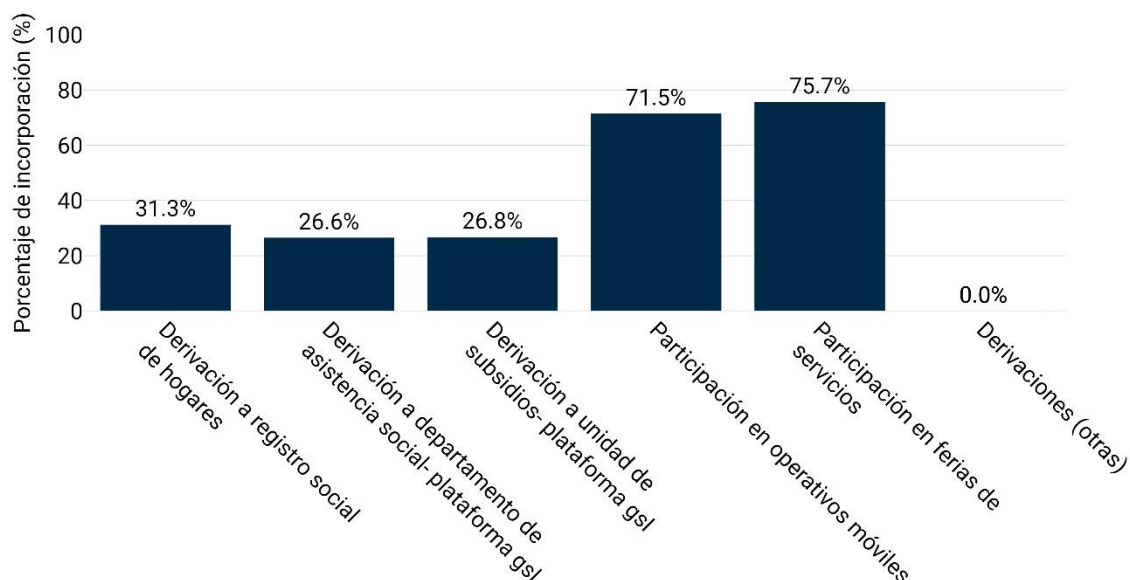
**Gráfico 15: Distribución de personas usuarias por centro de cuidado**



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se presenta la proporción de personas cuidadoras con plan de atención individual que tienen incorporadas las distintas actividades, servicios y prestaciones contempladas en cada componente del programa.

**Gráfico 16: Distribución componente 2 promedio general**



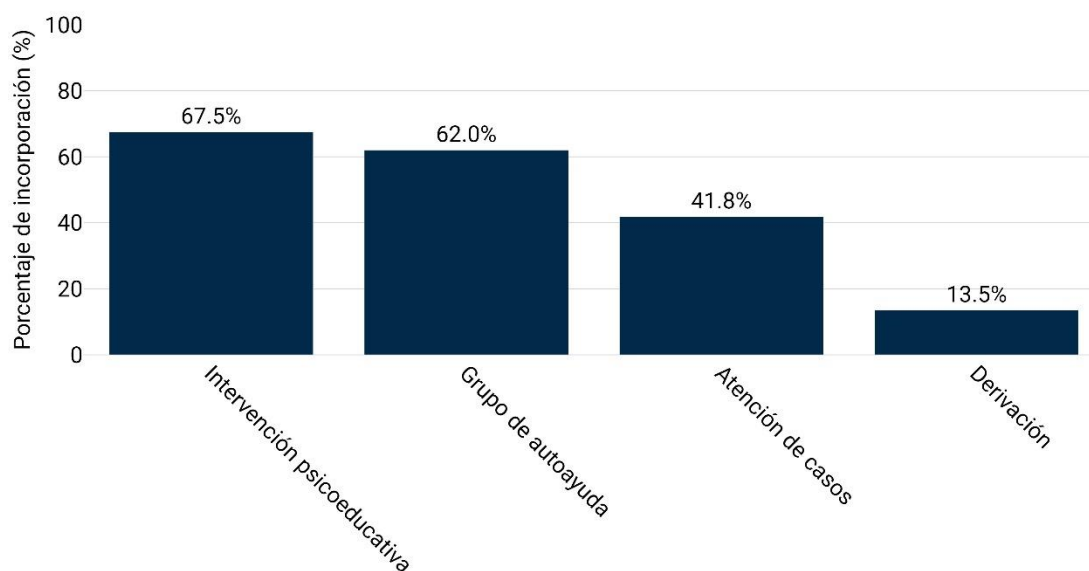
Fuente: Elaboración propia

Respecto a los servicios incorporados en el componente 2, existen variaciones significativas en la participación de las personas usuarias. Respecto del total de personas cuidadoras con plan de atención individual, el 31% cuenta con derivaciones al RSH, 26% al Departamento de Asistencia Social y 26% a la Unidad de Subsidios. En contraste, un 75% tiene considerada participación en ferias de servicios y un 71% en operativos móviles. Lo anterior se podría explicar porque ambas actividades se deben gestionar y proveer en el centro, mientras que la derivación a asistencia social y RSH depende de la disponibilidad de recursos y otros criterios de oficinas las municipales.

Estos dos últimos servicios tienen una tasa de incorporación considerablemente más alta, lo que sugiere que estas modalidades son las más demandadas. En el Anexo 3 se presenta la desagregación por centro, donde se observa que en las actividades con mayor demanda hay menor heterogeneidad entre los centros. Por ejemplo, respecto a las derivaciones al RSH, en el centro de Saavedra el 63,5% de los planes de atención individuales lo tienen incorporado, mientras que en el centro de Monte Patria solo el 4,5%. En contraste, el porcentaje de incorporación de ferias de servicios es de cerca de 90% en todos los centros, a excepción del de Puerto Saavedra.

Respecto a los servicios relacionados al componente 3 se observa que los que cuentan con mayor porcentaje de incorporación en los planes de atención individual son la intervención psicoeducativa (68%) y los grupos de autoayuda (62%), ambas son actividades grupales y por ende, de menor costo por persona. Por otro lado, la atención de casos (41%) presenta una incorporación moderada, ya que depende de las horas disponibles de la o el gestor psicosocial, mientras que las derivaciones están consideradas en el 14% de los planes. En el Anexo 3 se presenta esta distribución por centro, en donde se aprecia que en las actividades grupales y en la derivación hay bastante heterogeneidad entre centros. Por ejemplo, solo los centros de Cerrillos y Nueva Imperial consideran derivaciones y los grupos de autoayuda están presentes en cerca del 90% de los de Cerro Navia y Padre las Casas y en menos del 50% de los centros de Nueva Imperial y Monte Patria.

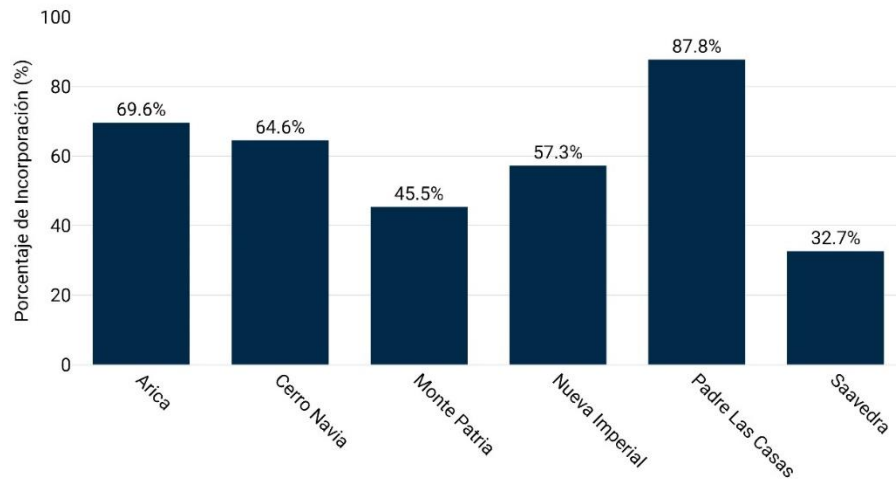
**Gráfico 17: Distribución componente 3 promedio general**



Fuente: Elaboración propia.

Respecto al componente 4, que ofrece solo el servicio de cuidado de relevo, se observa que el 60% de las personas cuidadoras lo tienen incorporado en sus planes de atención individual. Respecto a la diferencia entre centros, a excepción de los centros de Monte Patria y Puerto Saavedra, sobre el 50% de las personas cuidadoras usarán los servicios de relevo.

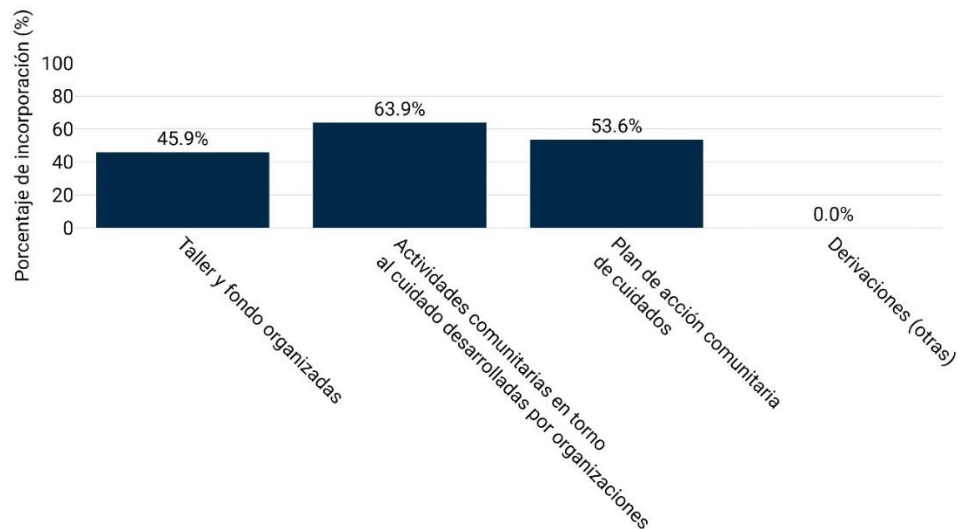
**Gráfico 18. Distribución componente 4 por centro**



Fuente: Elaboración propia

Para el componente 5, enfocado en la participación comunitaria, las actividades desarrolladas por organizaciones son las de mayor demanda, con un 63,9% de los planes de atención individual. Le sigue el plan de acción comunitaria de cuidados, con un 53,6%, mientras que los talleres y fondos Organizadas alcanzan un 45,9%. En el Anexo 3 se presenta la información desagregada por centro, en donde se observa que existen distintos porcentajes de incorporación de actividades entre los centros, pero se distingue Cerro Navia, Monte Patria y Padre Las Casas con alto interés en todas las actividades de este componente.

**Gráfico 19: Distribución de las actividades del componente 5 promedio general**



Fuente: Elaboración propia

## 9. Metodología

La metodología propuesta para la evaluación de los Centros Comunitarios de Cuidados considera la sistematización y análisis de información cuantitativa y cualitativa, proveniente de los instrumentos de planificación, seguimiento y rendición disponibles para el programa, para estudiar la heterogeneidad, a través de los centros, en su implementación y estructura de costos.

### Consideraciones generales

- Existe una marcada heterogeneidad entre los centros que se encuentran en la etapa 2, tanto en las características de las personas cuidadoras y de las personas sujetas de cuidado, como en las actividades, servicios y prestaciones planificadas (ver Anexo 3).
- La etapa 0, que corresponde al proceso de instalación y diagnóstico comunitario, se implementa exclusivamente en el primer año de funcionamiento de cada centro. Desde la perspectiva del análisis de costos, los recursos utilizados en ella son una inversión inicial del proyecto, por lo tanto, se consideran costos hundidos, es decir, no recuperables ni relevantes para decisiones operacionales futuras.
- La implementación de la etapa 0 ha sido heterogénea entre los centros considerados en esta evaluación, a pesar de contar con actividades y productos definidos en el diseño del programa. Se estima que entre 18 y 24 centros ya han concluido esta etapa, lo que plantea un desafío adicional para la sistematización y análisis comparativo.
- En los instrumentos de monitoreo aplicados es posible identificar si una actividad fue cumplida o no. Sin embargo, no se pueden identificar los plazos en los que se cumplen cada una de las actividades y las etapas. Otro insumo relevante que entregan los instrumentos de monitoreo es la percepción de los equipos de trabajo respecto a las dificultades o desafíos y logros que han enfrentado y alcanzado.

### 9.1. Análisis de costos

El análisis de costos busca evaluar la eficiencia en el uso de los recursos, considerando tanto el presupuesto asignado como el gasto ejecutado por cada centro.

La función de costos de un Centro Comunitario de Cuidados presenta una alta proporción de costos fijos, es decir, que no dependen del número y tipo de beneficiarios, principalmente asociados a la contratación del equipo ejecutor, cuya composición está definida por el diseño del programa.

Para estimar el gasto en personal de los CCC, se requiere conocer la remuneración bruta mensual del equipo de trabajo. El informe técnico 1, que se entrega después de terminada la etapa 0, reporta la profesión y remuneración bruta para cada integrante del grupo de trabajo,

jornada y duración del contrato. En el informe técnico 2, que se entrega después de terminada la etapa 1, se reporta lo mismo para el cuidador remunerado y si hubo cambios en el equipo de trabajo. Solo cinco centros entregaron el informe técnico 2 a la fecha de corte de esta evaluación, por lo que se estimó el gasto en remuneraciones para la mayoría de los centros sin la remuneración de la persona cuidadora remunerada. La composición del equipo de trabajo de cada centro depende si es rural o urbano, por lo cual también su gasto en personal. De esta manera, el costo se determina de la siguiente forma:

- **Costo en personal en centros urbanos:** 12\* (remuneración bruta coordinador + remuneración bruta gestor social + remuneración bruta gestor psicoemocional + remuneración bruta gestor comunitario) + 8\* remuneración persona cuidadora remunerada.
- **Costo en personal en centros rurales:** 12\* (remuneración bruta coordinador + remuneración bruta gestor psicosocial + remuneración bruta gestor comunitario) + 8\* remuneración persona cuidadora remunerada.

Complementariamente, se analiza la dispersión de la remuneración bruta de cada profesional a través de los CCC, además de compararlas con expectativas de remuneraciones por tipo de profesión, obtenidas de la Subsecretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación.

## 9.2. Análisis de implementación

El análisis se centra en la planificación y ejecución de prestaciones y servicios. En términos de las etapas de implementación de los CCC, este análisis se descompone de la siguiente manera:

- **Etapas 0**
  - Caracterizar el proceso de levantamiento de información de potenciales beneficiarios, y contrastarlo con la capacidad máxima de cada CCC.
- **Etapas 1**
  - Caracterizar el proceso de producción de los planes de atención individual, y contrastarlo con la capacidad máxima de cada CCC.
- **Etapas 2**
  - Caracterizar las prestaciones efectivamente ejecutadas y contrastarlas con aquellas definidas en los planes de atención individual. Para este propósito, se utilizan indicadores de participación contruidos a partir de información contenida en diversos instrumentos de gestión, tales como la planificación trimestral, el plan de acción comunitario, la planificación de servicios de cuidado, las matrices de monitoreo, los informes técnicos y los registros de actividades.

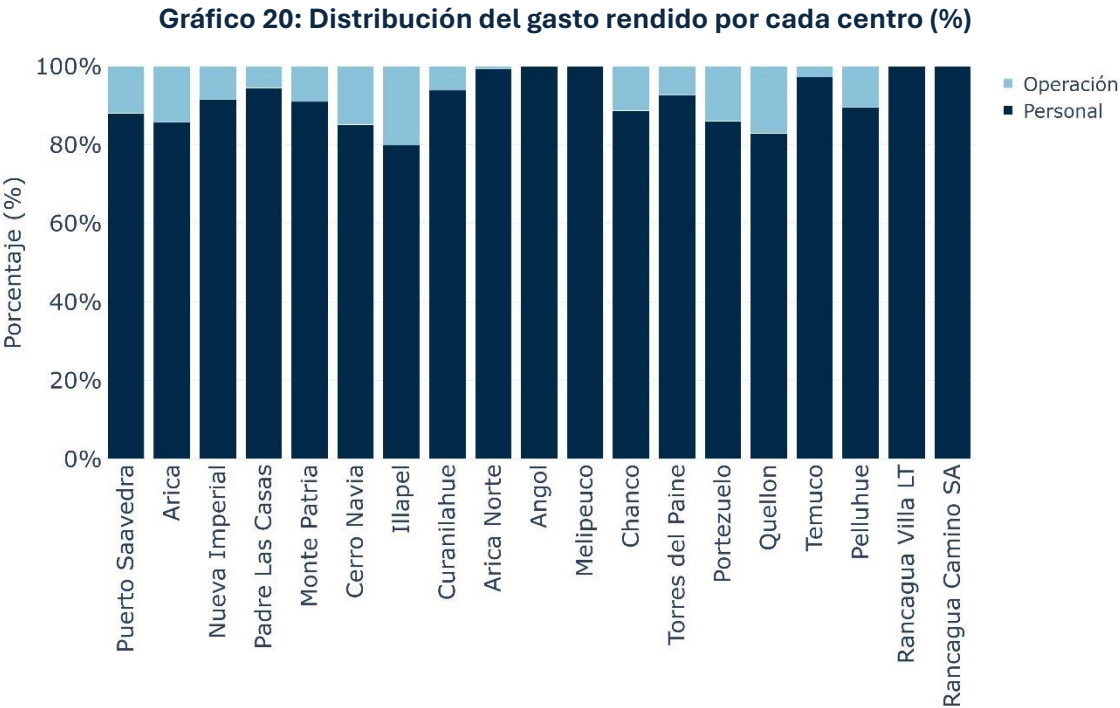
# 10. Resultados

## 10.1. Gasto agregado

Como se describe en la Sección 6, el financiamiento fiscal de los centros se encuentra definido exclusivamente en función de su zona geográfica. De los 26 centros que al 31 de diciembre de 2024 tenían convenios suscritos con los 24 municipios involucrados, 19 de ellos habían rendido parte del presupuesto transferido a la fecha de corte para esta evaluación (septiembre de 2025). Adicionalmente, en el 57,9% de los centros, la única fuente de financiamiento corresponde al fiscal, y sólo en el 15,8% de ellos el aporte municipal<sup>42</sup> supera el 15% del estatal, tal como muestra la Tabla A.4.1 (en anexos).

El Gráfico A.4.1 (en anexos) presenta, para cada centro, el porcentaje del presupuesto y el número de meses que han rendido. Se observa una relación bastante lineal entre el número de meses rendidos y el porcentaje de gasto ejecutado, lo que sugiere una ejecución bastante uniforme en el tiempo a través de los centros.

El Gráfico 20 muestra la distribución del gasto rendido descompuesto entre personal y operación. Se observa que el gasto en personal representa la mayor parte del gasto: en promedio, el 91,9% del gasto total corresponde a este tipo de gasto, y el cual nunca es menor al 79,9%.

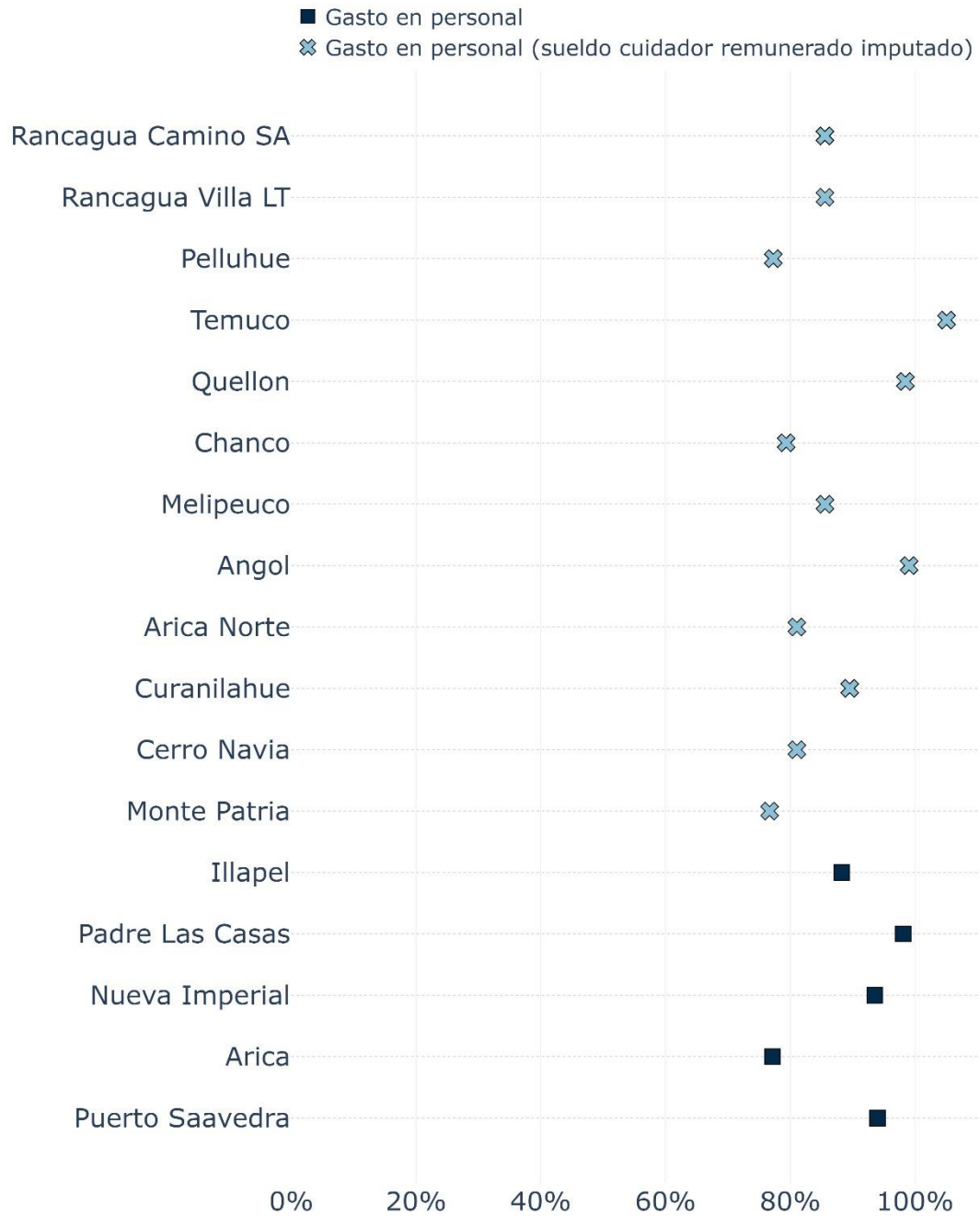


Fuente: Elaboración propia en base a información de Sisrec.

<sup>42</sup> Reportar el aporte municipal no es obligatorio para los municipios.



**Gráfico 21: Proporción del gasto estimado en personal respecto del presupuesto asignado a cada centro (%)**



Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 1.

Para tener una mejor aproximación a la proporción del gasto total que representa el que se destina en personal, se utiliza la información de las remuneraciones brutas de los profesionales de los equipos de cada centro, contenida en los informes técnicos, y se compara con su financiamiento anual, según la sección anterior<sup>43</sup>. Se observa el mismo patrón que al analizar los montos rendidos: la mayor parte del gasto rendido en Sisrec se destina a remuneraciones del personal, con un valor promedio de 90% en aquellos centros que se dispone del total de información de remuneraciones, y un valor promedio de 87% en los que se le imputa la remuneración bruta de la persona cuidadora remunerada.

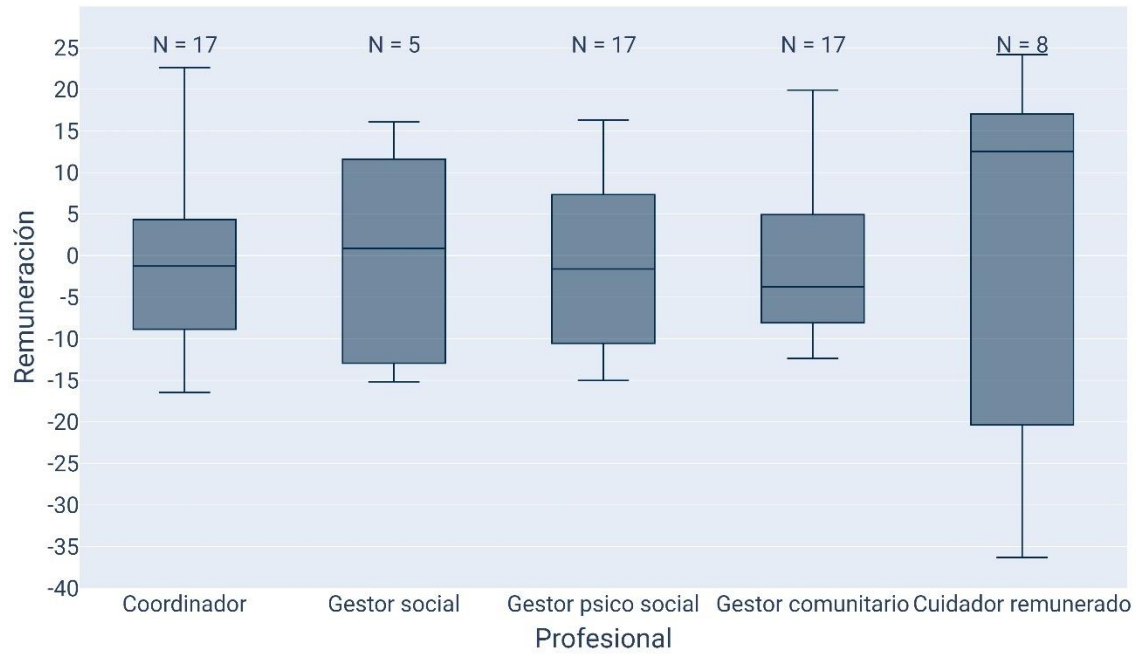
Debido a la relevancia del gasto en personal dentro del total, se analiza la distribución de las remuneraciones brutas por cada uno de los profesionales a través de los centros. Los gráficos A.4.2 a A.4.6 (en anexos) muestran estas distribuciones por tipo de profesional, además de sus profesiones.

El Gráfico 22 presenta la distribución de la renta bruta por tipo de profesional expresada como porcentaje de la media observada por cada profesional. Por ejemplo, en el caso del gestor comunitario, dentro de los observados a través de los 17 centros para los cuales se cuenta con información, la renta bruta más baja corresponde a un 17% menos de la renta promedio. En el gráfico se observa que la mayor dispersión de renta ocurre entre los cuidadores remunerados, que es el tipo de profesional para el cual se cuenta con menos información, y que en promedio es el que recibe la remuneración bruta más baja. Adicionalmente, se aprecia que, para el resto de los profesionales, el rango intercuartil (percentil 75 – percentil 25) se encuentra en torno a una variación de 10% de la media.

---

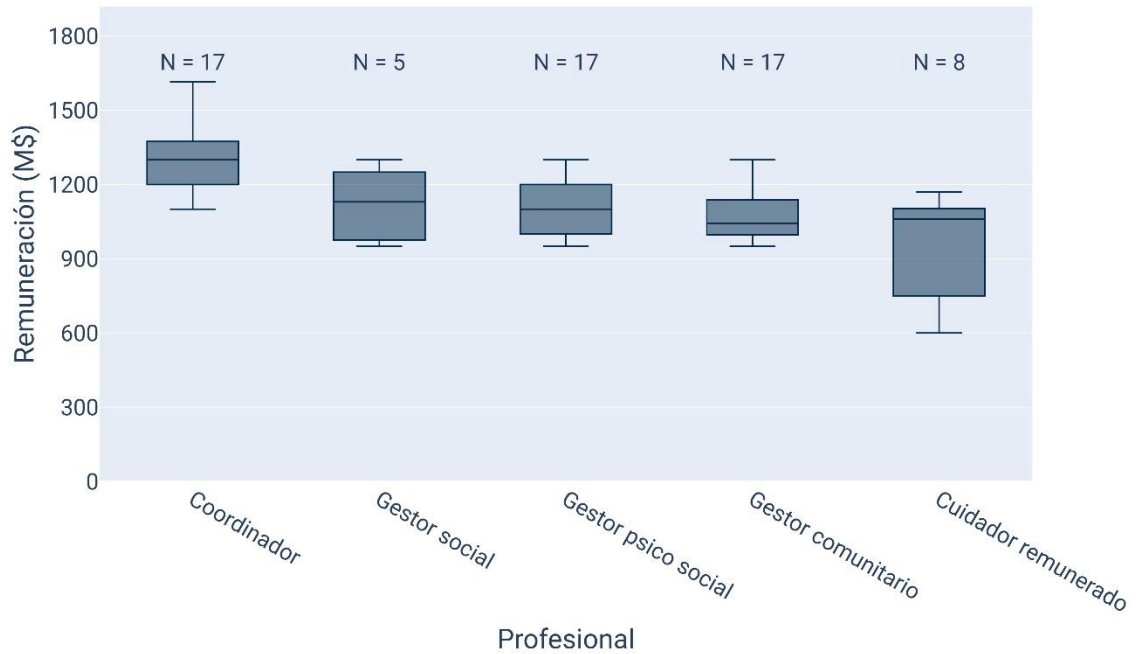
<sup>43</sup> En el caso de los centros en los que no se cuenta con información de la remuneración bruta del cuidador externo, se le imputa el valor de la remuneración bruta promedio de aquellos que poseen información.

**Gráfico 22: Distribución del gasto en remuneraciones brutas por tipo de profesional (% relativo a la media)**



Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 1 y 2

**Gráfico 23: Distribución del gasto en remuneraciones brutas por tipo de profesional (\$ miles 2025)**



Fuente: Elaboración propia en base a informes técnicos 1 y 2

**Tabla 17: Proyecciones de ingresos por carrera de los profesionales de los centros al primer año de egreso (\$ 2025)**

| <b>Profesión</b>                 | <b>Ingreso primer año: promedio</b> | <b>Ingreso primer año: p10</b> | <b>Ingreso primer año: p90</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Psicología                       | 934.946                             | 507.658                        | 1.352.603                      |
| Trabajo social (universidad)     | 955.977                             | 509.320                        | 1.452.141                      |
| Trabajo social (instituto)       | 1.020.558                           | 520.155                        | 1.661.426                      |
| Técnico en servicio social (CFT) | 745.836                             | 466.670                        | 1.116.774                      |
| Fonoaudiología                   | 828.781                             | 474.731                        | 1.252.758                      |
| Terapia ocupacional              | 843.398                             | 497.977                        | 1.297.583                      |
| Sociología                       | 1.013.679                           | 493.764                        | 1.616.845                      |

Fuente: Portal Mi Futuro (Mineduc)

**Tabla 18: Proyecciones de ingresos por carrera de los profesionales de los centros al quinto año de egreso (\$ 2025)**

| <b>Profesión</b>                 | <b>Ingreso quinto año: promedio</b> | <b>Ingreso quinto año: p10</b> | <b>Ingreso quinto año: p90</b> |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Psicología                       | 1.319.546                           | 672.541                        | 2.105.919                      |
| Trabajo social (universidad)     | 1.174.879                           | 628.850                        | 1.707.250                      |
| Trabajo social (instituto)       | 1.191.549                           | 572.114                        | 1.950.349                      |
| Técnico en servicio social (CFT) | 817.281                             | 477.113                        | 1.276.096                      |
| Fonoaudiología                   | 1.087.661                           | 561.245                        | 1.599.444                      |
| Terapia ocupacional              | 1.242.825                           | 636.176                        | 1.758.503                      |
| Sociología                       | 1.530.889                           | 657.522                        | 2.361.682                      |

Fuente: Portal Mi Futuro (Mineduc).

Para comparar el nivel de renta bruta de los profesionales de los centros, se utiliza la información del portal Mi Futuro de la Subsecretaría de Educación Superior del Ministerio de Educación (Mineduc), que contiene proyecciones laborales para diversas carreras, con información de ingresos al año y a los 5 años luego del egreso. Si bien no hay información detallada de la experiencia laboral de los profesionales que trabajan en los centros, la evidencia anecdótica indica que son trabajadores con experiencia previa en el mercado laboral.

Al contrastar las cifras, se observa que, en general, la renta bruta recibida por los profesionales de los CCC se encuentra en línea con las observadas en el mercado laboral. Por ejemplo, en el caso de los gestores comunitarios, donde más del 60% son trabajadores sociales, el percentil 75 de remuneración bruta es inferior al ingreso promedio de un trabajador social a los 5 años de egreso. Situación homóloga ocurre con el gestor psicoemocional, quienes son en su totalidad sicólogos, y con el cuidador remunerado, quienes en un 80% son terapeutas ocupacionales. En el caso de los gestores sociales, quienes son en su totalidad trabajadores sociales, la mediana de su remuneración es menor al ingreso promedio de este tipo de

profesionales a cinco años de egreso. El único caso en el cual los estadísticos de dispersión central se encuentran por encima de la renta promedio a 5 años es en el coordinador, quienes en más del 60% corresponden a trabajadores sociales.

## 10.2. Implementación por etapas

### 10.2.1. Etapa 0: instalación y diagnóstico comunitario

En esta etapa el equipo de trabajo está focalizado en la instalación del centro, por lo que tiene que darse a conocer a las instituciones, organizaciones y personas cuidadoras de la comunidad para invitarles a participar y así generar la nómina de potenciales participantes. También, se termina de contratar a los profesionales del equipo, por lo tanto, el principal producto de esta etapa corresponde al catastro de personas, instituciones y organizaciones, que levanta información de contacto para invitarlos a participar en el centro. Si bien el aporte estatal de los centros urbanos es un 20,1% mayor que el de los rurales, su capacidad máxima es el doble, por lo que, asumiendo una distribución de los recursos uniforme en el tiempo, los que se disponen para catastrar potenciales beneficiarios por cada cupo ofertado son menores que los recursos de los centros rurales.

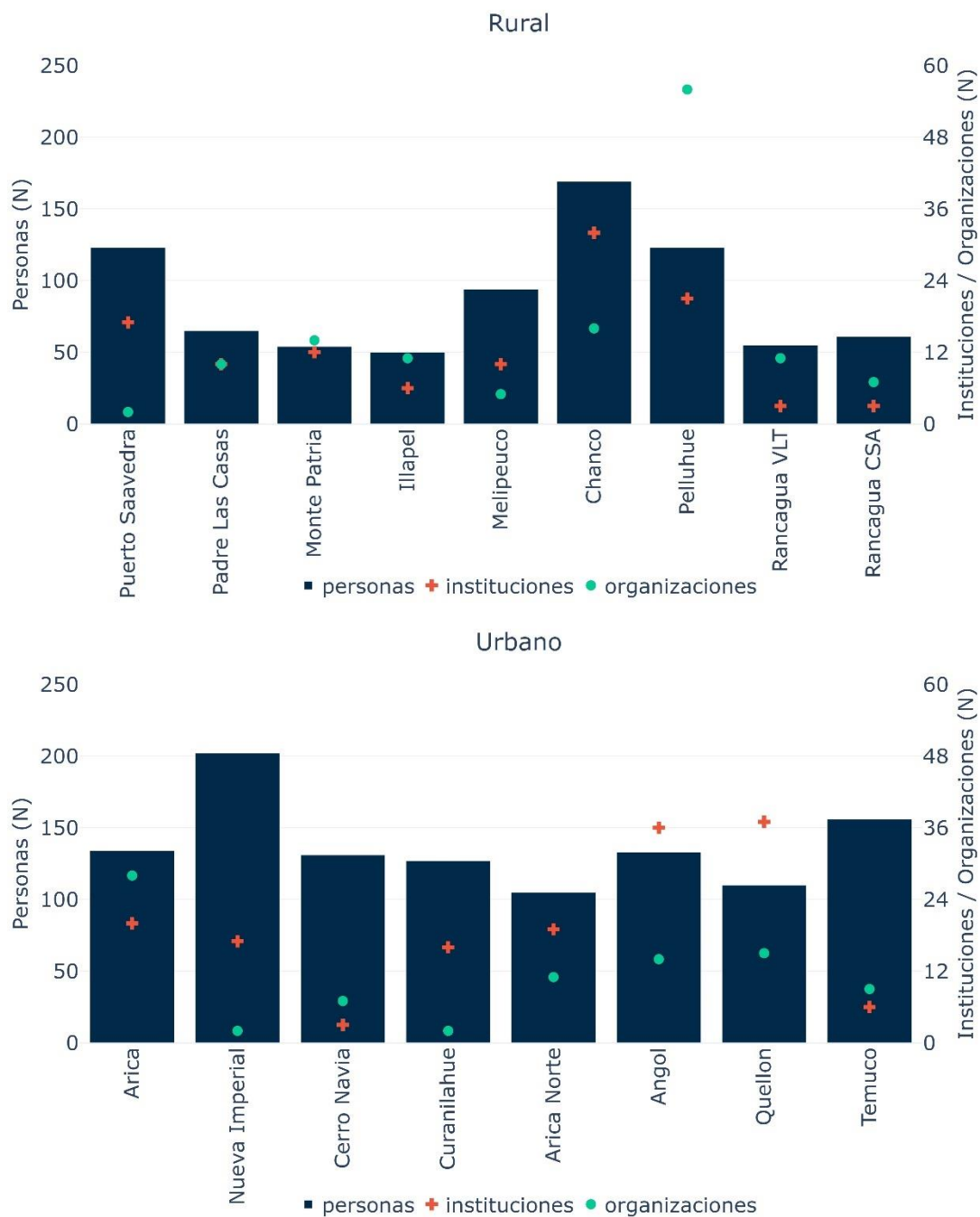
En el Gráfico 24 se presenta información de los 17 centros que tienen su informe técnico 1. Nueve de ellos son urbanos, y siete, rurales. Se observa que la cantidad de personas catastradas en los centros urbanos corresponde, al menos, a la capacidad máxima del centro (120 personas), con excepción de los centros de Arica Norte y Quellón, que en todo caso lograron catastrar a más de 100 personas. En los centros rurales, un 44,4% no logró catastrar una cantidad de personas, al menos equivalente a su capacidad máxima. Esto sugiere que en dichas áreas es más costoso identificar potenciales participantes. Lo anterior se explicaría porque los centros rurales tienen menor disponibilidad de horas profesionales para el levantamiento de cobertura, mayor dispersión territorial, mayores dificultades de desplazamiento y traslado.

Para complementar los resultados de esta etapa, se revisó su Matriz de Monitoreo (16 centros), cuyo resumen se presenta en la Tabla A.5.1 de la Sección de Anexos, en el cual se reporta el cumplimiento de las actividades programadas<sup>44</sup>.

---

<sup>44</sup> Cabe destacar que si bien en los primeros meses de ejecución del programa se consideraba reportar la fecha de cumplimiento específica, luego los informes de monitoreo de esta etapa y las siguientes solo se referían a si una actividad estaba o no cumplida.

**Gráfico 24: Resultado del catastro en la etapa 0**



Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 1.

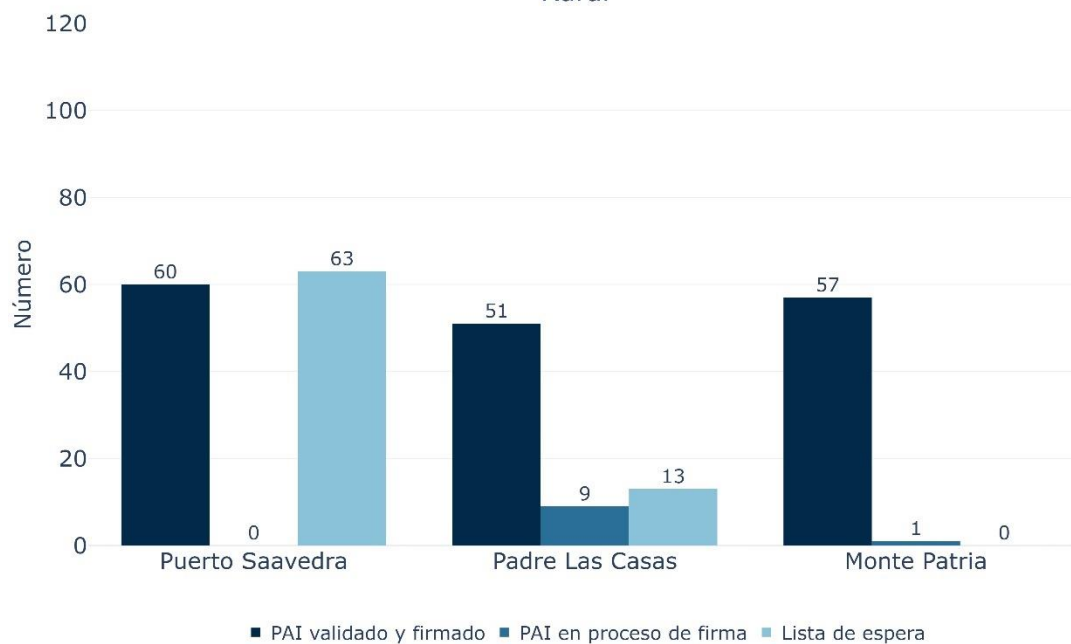
#### 10.2.2. Etapa 1: diagnóstico y plan de atención

El objetivo de esta etapa es la elaboración de los planes de atención individual, instrumento que orienta el acompañamiento a la persona cuidadora durante todo su proceso de participación en el programa. Para esto, se levanta información sobre las personas cuidadoras que ingresan al programa, para caracterizar dimensiones relativas a su trayectoria personal, su vinculación con las labores de cuidado y los antecedentes de la(s) persona(s) bajo su cuidado.

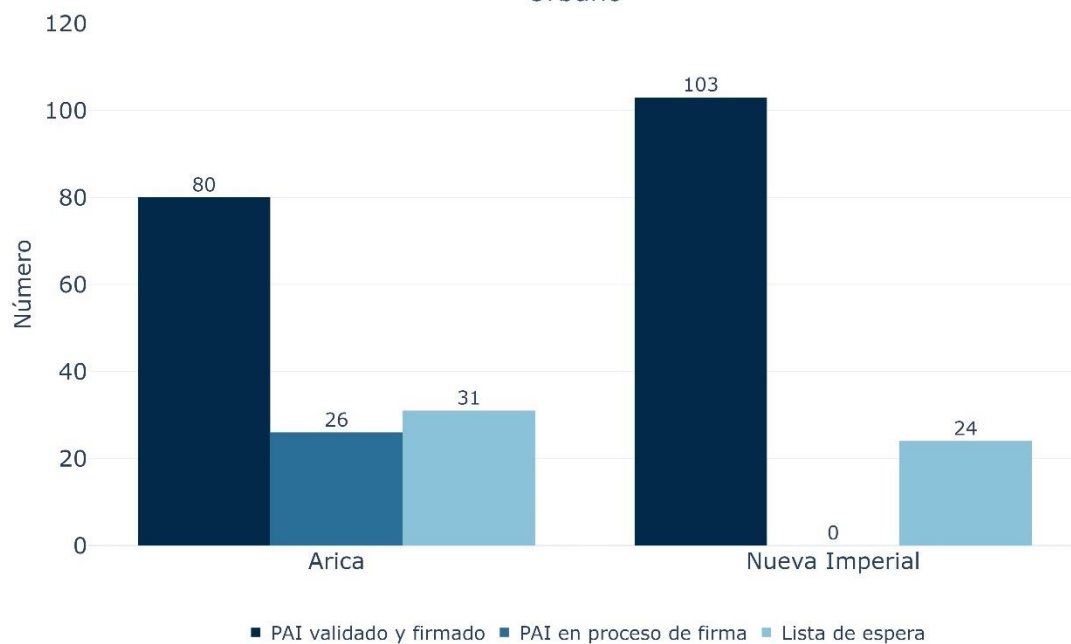
Para esta etapa, sólo se cuenta con información de cinco centros que dispone del informe técnico 2, dos urbanos (Arica y Nueva Imperial) y tres rurales (Puerto Saavedra, Padre e las Casas y Monte Patria). El Gráfico 25 presenta el nivel de producción de estos planes en cada uno de los centros. Al considerar los rurales, Puerto Saavedra cuenta con estos planes validado y firmado para su capacidad máxima. Padre de las Casas llega a su capacidad máxima sumando los validados y los que se encuentran en proceso de firma, mientras que Monte Patria se encuentra bastante cercano a esta cifra. La situación es distinta al observar los centros urbanos: en Arica hay validados y firmados equivalentes al 66,6% de su capacidad máxima, mientras que en Nueva Imperial esta cifra llega al 85,8%. Llama la atención que en ambos centros exista lista de espera para ingresar, ya que al sumar los validados y los que se encuentran en proceso de firma, en ninguno de ellos se llega a su capacidad máxima.

Para complementar estos resultados, en el Anexo A.6.1. se presenta la revisión de la Matriz de Monitoreo de la Etapa 1, donde se reporta el cumplimiento de las actividades a realizar en esta etapa, y el informe técnico 2.

**Gráfico 25: Plan de atención individual en la etapa 1 según nivel de avance**  
Rural



Urbano



Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 2



### 10.2.3. Etapa 2: ejecución de los planes

En esta etapa se implementan las acciones contenidas en los planes de atención individual de cada persona cuidadora participante del centro, lo que se traduce en la entrega de los servicios ofrecidos por el programa a través de sus componentes. Adicionalmente, en esta etapa también se contempla el seguimiento a las personas cuidadoras que perdieron el contacto con el centro por más de un mes a través de tres visitas domiciliarias. Al igual que para el componente 1, en este análisis se cuenta con la información de los cinco centros que entregaron el informe técnico 2 y la del centro de Illapel, ya que, si bien no se contó con su informe técnico 2, si se tuvo a disposición su informe técnico 3. En el Anexo 3 se presenta una caracterización de los cuidadores y sujetos de cuidado en cada uno de estos centros.

#### 10.2.3.1. Cobertura

La siguiente tabla presenta el número de personas cuidadoras que mantienen su participación al finalizar la etapa 2. Además, entrega el porcentaje que representan respecto de la capacidad máxima de cada centro y la tasa de deserción, medida respecto al número de personas cuidadoras con ficha de ingreso y diagnóstico.

**Tabla 19: Cobertura de la etapa 2**

| <b>Ejecutor</b> | <b>Beneficiarios (N)</b> | <b>Capacidad (%)</b> | <b>Deserción (%)</b> |
|-----------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Puerto Saavedra | 60                       | 100                  | 0,0                  |
| Arica           | 83                       | 69,2                 | 0,0                  |
| Nueva Imperial  | 102                      | 85,0                 | 0,0                  |
| Padre Las Casas | 56                       | 93,3                 | 6,7                  |
| Monte Patria    | 50                       | 83,3                 | 2,0                  |
| Illapel         | 46                       | 76,7                 | 0,0                  |

Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3

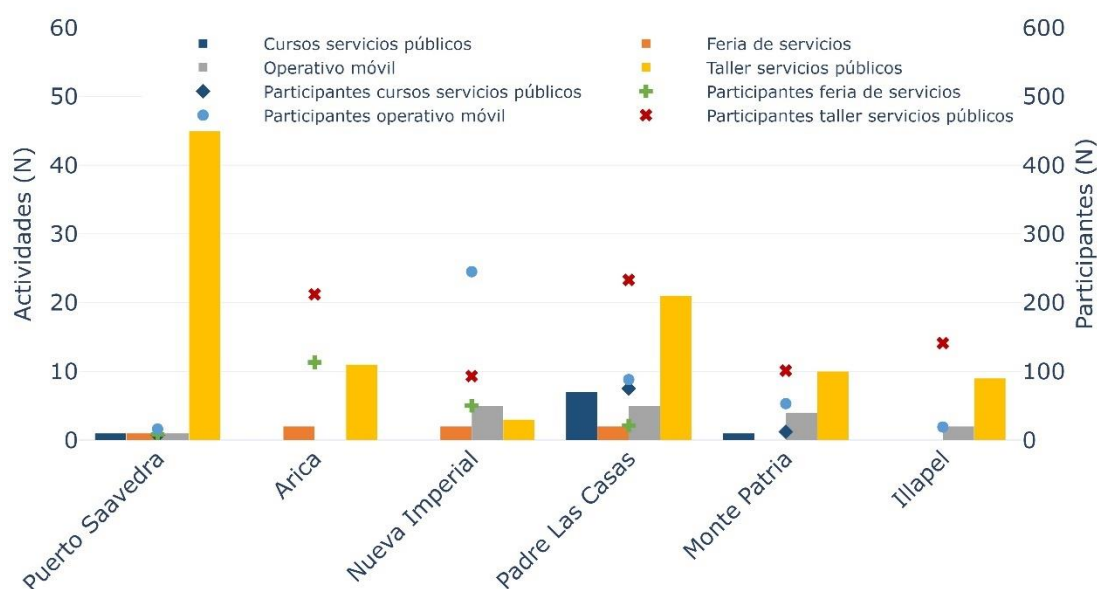
Como se observa, a excepción del centro de Puerto Saavedra, ninguno alcanza el 100% de su capacidad máxima. En particular, dos de ellos ni siquiera alcanzan el 80%, que corresponde a la cobertura mínima definida en las normas técnicas del programa. En promedio, los centros rurales han alcanzado mayor ocupación relativa a su capacidad, con 88,3%. Por su parte, los urbanos sólo llegan al 77,1%. Además, solo dos centros disminuyeron el número de beneficiarios durante la etapa 2, es decir, que no la concluyeron. En el caso de Padre Las Casas fueron cuatro personas, mientras en el de Monte Patria, solo una.

De manera complementaria, en el Anexo 7 se presentan los principales problemas y desafíos identificados por los centros en la ejecución de esta etapa, además de su percepción de sus principales logros. Toda esta información se encuentra contenida en el informe técnico 3.

### 10.2.3.2. Componente 2: servicios de gestión social

En el Gráfico 26 se aprecia que los talleres de servicios públicos son la principal actividad realizada en prácticamente todos los centros, con la excepción de Nueva Imperial, donde sólo son superados por los operativos móviles. Puerto Saavedra es con holgura el que más talleres de servicios públicos realizó (45 talleres), con más de 500 participaciones en el agregado. Lo anterior es aún más relevante si se considera que éste es un centro rural y, por lo tanto, de menor cantidad de beneficiarios.

**Gráfico 26: Actividades y participantes componente 2 según tipo de actividad**

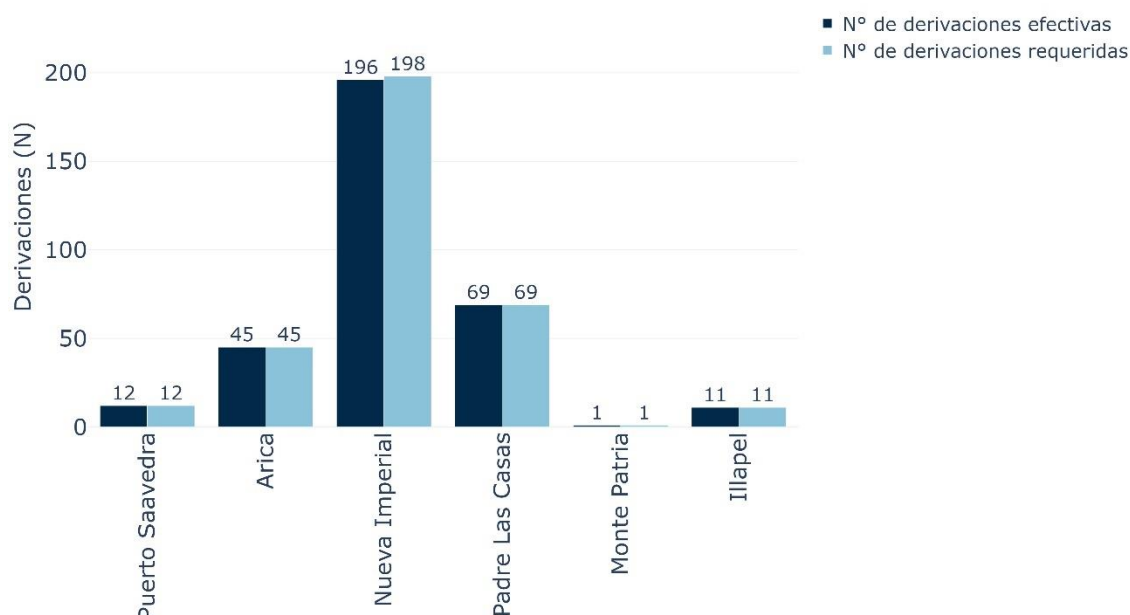


Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 3.

Cabe destacar que en al menos el 87% de los planes de atención individuales<sup>45</sup> de los centros de Arica, Monte Patria, Nueva Imperial y Padre Las Casas estaba considerada la asistencia a ferias. Esto implica que, con excepción de Arica, la asistencia a este tipo de actividad debería haber sido mayor. Por su parte, en el caso del centro de Puerto Saavedra sólo el 2% de estos planes incluían la asistencia a ferias, lo que es consistente con lo ejecutado. En cuanto a los operativos móviles, éstos se encontraban presentes en al menos el 94% de los planes de los centros de Monte Patria, Nueva Imperial, y Padre Las Casas. En Arica este porcentaje era de 50%, mientras que en el de Puerto Saavedra no se encontraban en ningún.

<sup>45</sup> En la fecha de cierre para esta evaluación, se contaba con información sistematizada de los planes de atención individuales de los centros de Saavedra, Arica, Nueva Imperial, Monte Patria y Padre Las Casas.

**Gráfico 27: Derivaciones a servicios públicos por Centro Comunitario de Cuidado**



Fuente: Elaboración propia en base a informe técnico 3

Hay un buen desempeño de las derivaciones a servicios públicos efectivamente realizadas respecto del total de las planificadas durante la etapa 1 y requeridas durante la etapa 2, ya que alcanzan un 100% en todos los centros, salvo en Nueva Imperial que es de 98%. Sin embargo, corresponde al centro con mayores derivaciones solicitadas.

#### 10.2.3.3. *Componente 3: promoción del bienestar psicoemocional*

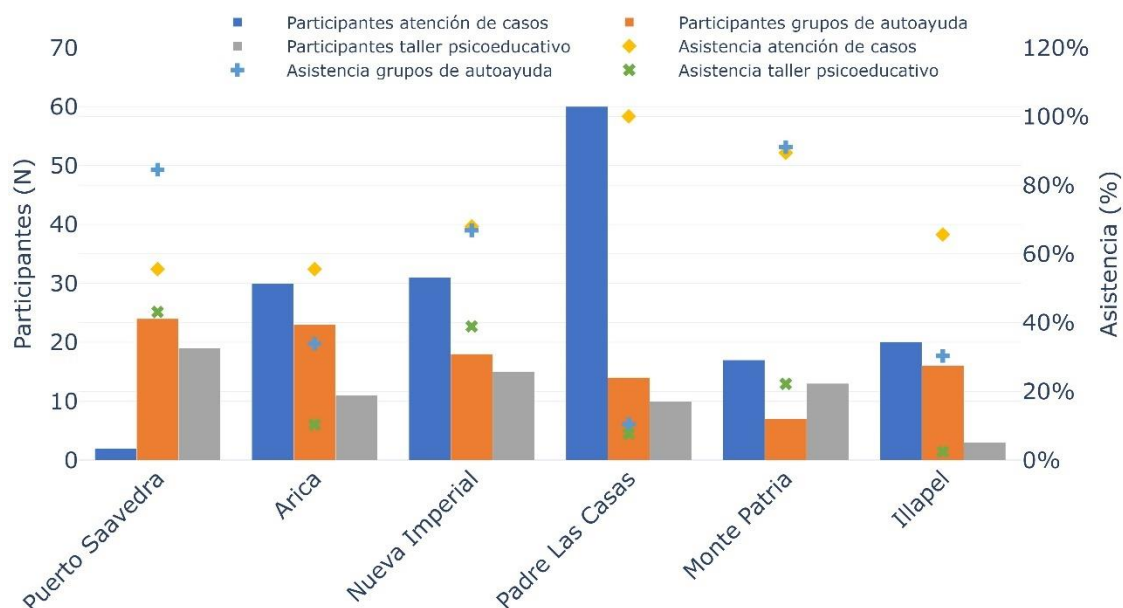
Respecto a este componente, se observa que, en los centros rurales, prácticamente todos los beneficiarios de la etapa 2 son derivados a este componente, mientras que, en los urbanos, es sólo alrededor de la mitad. Lo anterior podría explicarse porque este componente es ejecutado principalmente por el gestor psicoemocional, cuya dotación corresponde a una persona por centro; no obstante, la capacidad máxima en los centros urbanos duplica a la de los rurales.

**Tabla 20: Cobertura componente 3**

| Ejecutor        | Usuarios (N) | Relativo a los beneficiarios efectivos de la etapa 2 (%) |
|-----------------|--------------|----------------------------------------------------------|
| Puerto Saavedra | 60           | 100%                                                     |
| Arica           | 45           | 54%                                                      |
| Nueva Imperial  | 41           | 40%                                                      |
| Padre Las Casas | 60           | 100%                                                     |
| Monte Patria    | 50           | 100%                                                     |
| Illapel         | 45           | 98%                                                      |

Fuente: Elaboración propia en base a del informe técnico 3

**Gráfico 28: Participantes y asistencia en el componente 3 según tipo de actividad**



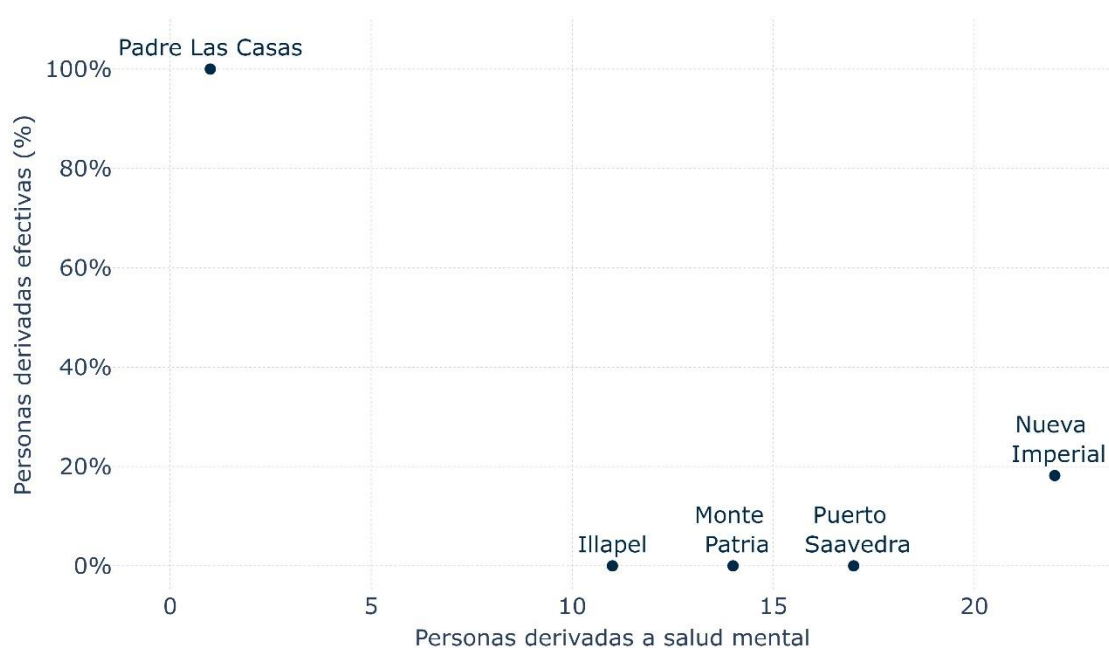
Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3.

Se desarrollaron tres tipos de actividades: grupos de autoayuda, talleres psicoeducativos, y atención de casos. Las dos primeras son grupales, mientras que la última, es individual.

El Gráfico 28 presenta un resumen de la cantidad de participantes y su asistencia. Se observa que la atención de casos es la actividad con la mayor cobertura en todos los centros, a excepción de Puerto Saavedra, en donde es la menos utilizada. En cuanto a la asistencia, se observa que es bastante más baja en las actividades grupales que en la atención de casos: en los grupos de autoayuda, la asistencia promedio es de 52,8%, y en los talleres psicoeducativos, 20,8%. Por su parte, la asistencia a las sesiones de atención de casos es de 72,4%.

Respecto a las derivaciones a la red de salud mental especializada, se constata que su efectividad es muy baja. Si bien sólo el centro de Padre de las Casas logró que el 100% de sus derivaciones fueran atendidas, son sólo dos casos. El centro de Nueva Imperial presenta una tasa de efectividad algo superior al 20%, mientras que los centros de Illapel, Monte Patria y Puerto Saavedra no lograron concretar ninguna derivación.

**Gráfico 29: Beneficiarios derivados a atenciones de salud mental y efectividad de la derivación**



Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3.

#### 10.2.3.4. Componente 4: servicios de cuidado

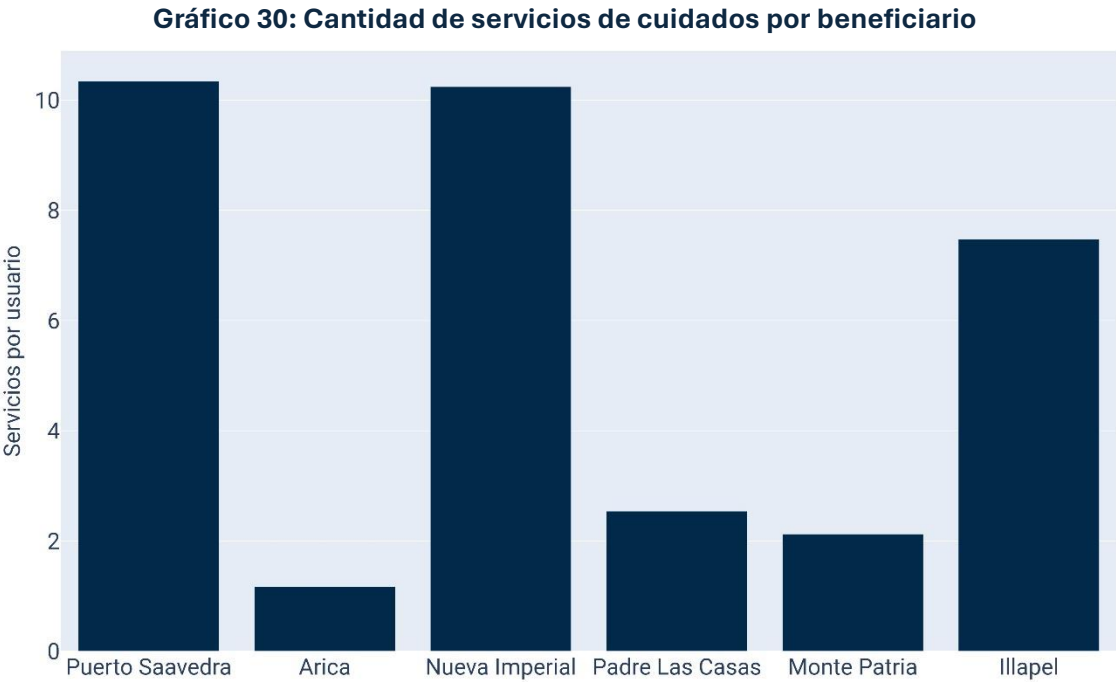
Se aprecia una gran heterogeneidad en la demanda por este servicio. Por ejemplo, en Padre de las Casas, todas las personas cuidadoras demandaron los servicios de cuidados, mientras que en Monte Patria sólo lo hizo el 16%.

**Tabla 21: Cobertura componente 4**

| Ejecutor        | Usuarios (N) | Relativo a los beneficiarios efectivos de la etapa 2 (%) | Total servicios (N) |
|-----------------|--------------|----------------------------------------------------------|---------------------|
| Puerto Saavedra | 29           | 48%                                                      | 300                 |
| Arica           | 58           | 69%                                                      | 68                  |
| Nueva Imperial  | 29           | 28%                                                      | 297                 |
| Padre Las Casas | 60           | 100%                                                     | 155                 |
| Monte Patria    | 8            | 16%                                                      | 17                  |
| Illapel         | 19           | 41%                                                      | 142                 |

Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3

La heterogeneidad no es sólo relativa a la proporción de personas cuidadoras que demandan este servicio, sino que también en su tasa de uso. Por ejemplo, en Arica las personas que utilizaron este componente lo hicieron en promedio aproximadamente una vez, mientras que en Puerto Saavedra y Nueva Imperial supera las 10 veces en promedio.



Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3.

*10.2.3.5. Componente 5: Promoción de la participación social y comunitaria*

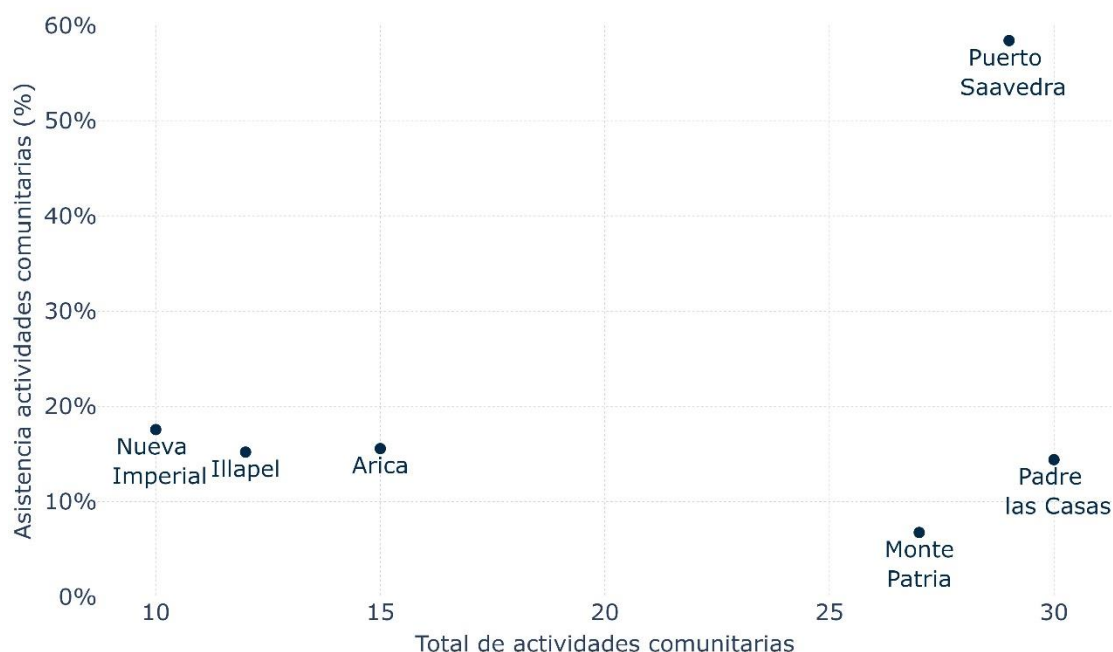
Es importante destacar que este componente se ejecuta a lo largo de las distintas etapas, y en esta subsección se abordan las actividades relacionadas a la ejecución del plan comunitario y talleres durante las etapas 1 y 2.

**Tabla 22:: Beneficiarios con actividades comunitarias en sus planes de atención individual**

| Ejecutor        | Participantes (%) |
|-----------------|-------------------|
| Puerto Saavedra | 22%               |
| Arica           | 40%               |
| Nueva Imperial  | 96%               |
| Padre Las Casas | 100%              |
| Monte Patria    | 100%              |
| Illapel         | 98%               |

Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3

**Gráfico 31: Actividades comunitarias y asistencia promedio**



Fuente: Elaboración propia en base al informe técnico 3

La Tabla 22 presenta la proporción de beneficiarios por cada centro que cuentan con actividades comunitarias en su plan de atención individual, mientras que el Gráfico 31 expone la relación entre la asistencia promedio de estas personas a actividades comunitarias con la cantidad de estas actividades desarrolladas en cada uno de los centros. Se aprecia que, independiente del número de actividades comunitarias realizadas, la asistencia promedio de los beneficiarios que deberían participar es muy baja; nunca supera el 20%, con excepción del centro de Puerto Saavedra, que está cercana al 60%. A su vez, no existe relación entre la proporción de beneficiarios que tienen en sus planes de atención individual la participación en actividades comunitarias, y la asistencia promedio. Es decir, los centros en los que más del 95% de sus planes considera la participación en actividades comunitarias, solo la mitad de ellos están entre los que más actividades realizan y ninguno destaca entre los de mayor tasa de asistencia.

Finalmente, el Anexo 8 contiene un breve resumen por cada Centro Comunitario de Cuidados sobre su proceso de implementación, que exhibe un grado de heterogeneidad entre estas experiencias.

## 11. Conclusiones

De los resultados obtenidos en esta evaluación, que analiza la estructura de costos y la implementación de los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC), se concluye sobre el gasto rendido en cada centro, que al menos el 79,9% se ha destinado a gasto en personal con un promedio de 91,9%, lo que se debe a la composición fija del equipo de trabajo y a sus remuneraciones y, no está determinada por la zona (urbano / rural) a la que pertenece el centro.

Adicionalmente, las remuneraciones efectivas de los profesionales de los centros se encuentran en línea con los promedios observados en el mercado laboral para las carreras que estudiaron.

De acuerdo con estos resultados, los centros no tienen mucha holgura para financiar otros ítems de gastos relevantes para la entrega de los distintos componentes, lo cual requiere que se evalúen formas alternativas de distribuir los recursos disponibles entre e intra-centros.

Respecto a la implementación, al analizar la información del catastro de personas, instituciones y organizaciones, principal producto de la etapa 0, se observa que el promedio de personas catastradas en los CCC urbanos es un 55,7% mayor que en los rurales (137 en los primeros, mientras que 88, en los segundos), lo que sugiere que en estos últimos es más costoso levantar dicha información. En particular, en todos los centros urbanos se logró catastrar una cantidad al menos equivalente a su capacidad máxima (120 personas), con excepción de los centros de Arica Norte y Quellón, los que en todo caso lograron catastrar a más de 100 personas. Sin embargo, en los centros rurales, un 44,4% no logró catastrar una cantidad de personas al menos equivalente a su capacidad máxima (60 personas).

Los planes de atención individual son el principal producto de la etapa 1, dado que es el instrumento que orienta el acompañamiento a la persona cuidadora durante todo su proceso de participación en el programa. Del análisis realizado destaca que solo un centro (Puerto Saavedra) haya concluido la etapa 1 con planes de atención individual validados y firmados para su capacidad máxima, que la mayoría de los centros que contaban con planes validados y no firmados finalmente no fueron firmados en su totalidad, y que en algunos de los centros que tienen una cantidad de planes validados y firmados menor a su capacidad máxima de atención, existe lista de espera para ingresar.

En la etapa 2 del programa, que corresponde a la implementación de las acciones contenidas en estos planes, se contó con la información de los cinco mismos centros estudiados en la etapa 1 y, además, con la del centro de Illapel.

Una primera constatación es que, a excepción del centro de Puerto Saavedra, ninguno alcanza el 100% de su capacidad. En particular, dos de ellos ni siquiera alcanzan el 80%, capacidad mínima definida. En promedio, los centros rurales han alcanzado mayor ocupación relativa a su capacidad, con 88,3%. Por su parte, los urbanos sólo llegan al 77,1%.



Otro resultado transversal a los distintos componentes es una baja asistencia promedio a las actividades, incluso en comparación a sus planes de atención individuales. Por ejemplo, en los servicios de gestión social (componente 2), la asistencia a ferias en los centros de Arica, Monte Patria, Nueva Imperial y Padre Las Casas fue bastante inferior a la planificada. En el componente de promoción del bienestar psicoemocional (componente 3), la asistencia promedio a los grupos de autoayuda es de 52,8%, y a los talleres de intervención psicoeducativa a un 20,8%. En el componente de promoción de la participación social y comunitaria (componente 5), la asistencia promedio de los beneficiarios que se comprometieron a participar en actividades comunitarias es muy baja: nunca supera el 20%, con excepción del centro de Puerto Saavedra, que está cercana al 60%.

Si bien resulta relevante realizar un diagnóstico individual y contar con una línea de base que permita orientar la planificación del trabajo en cada centro, los resultados previamente expuestos evidencian que las personas cuidadoras no participan necesariamente en las actividades definidas en sus respectivos planes de atención individual. A partir del análisis de la información cualitativa, se identifican dos factores que podrían explicar la baja asistencia a dichas actividades: las limitaciones de transporte en el caso de los centros ubicados en zonas rurales y la sobrecarga de responsabilidades asociadas al rol de cuidado.

Para facilitar la participación de las personas cuidadoras, algunos centros ajustaron la oferta de servicios y actividades en función de su nivel socioeconómico, educacional y cultural. En otros casos, para aprovechar economías de ámbito, determinados centros optaron por especializarse en la ejecución de tipos específicos de actividades para ciertos componentes del programa.

Al analizar componentes específicos de la Etapa 2, se observa que, en el componente de promoción del bienestar psicoemocional, prácticamente la totalidad de las personas beneficiarias de esta etapa es derivada a dicho componente en los centros rurales, mientras que en los centros urbanos esta proporción alcanza aproximadamente a la mitad. Esta brecha podría estar asociada a diferencias en la capacidad operativa relativa entre tipos de centros. En particular, la capacidad máxima de atención de los centros urbanos duplica a la de los centros rurales; sin embargo, el componente es implementado por el único gestor psicoemocional que hay por centro, con independencia de su carácter rural o urbano.

En este mismo componente, se observa que la efectividad de las derivaciones a la red de salud mental especializada es muy baja. Sólo el centro de Padre de las Casas logra que el 100% de sus derivaciones sea atendidas, no obstante, estos fueron sólo dos casos. El centro de Nueva Imperial presenta una tasa de efectividad algo superior al 20%, mientras que los centros de Illapel, Monte Patria y Puerto Saavedra no lograron concretar ninguna derivación.

En cuanto al componente de servicios de cuidados, que tiene por finalidad proporcionar alternativas de relevo de cuidados que les permitan a las personas cuidadoras asistir a las actividades del centro, se aprecia una gran heterogeneidad en la demanda por este servicio.

Por ejemplo, en Padre de las Casas, todas las personas cuidadoras demandaron los servicios de cuidados, mientras que en Monte Patria sólo lo hizo el 16%.

## 12. Recomendaciones

De acuerdo con los resultados se recomienda:

En cuanto a los costos

- Analizar la incorporación de variables adicionales, distintas de la zona geográfica (urbana o rural), en la determinación del presupuesto, la composición de los equipos y la capacidad operativa de los centros. Entre las variables relevantes a considerar se encuentra la cantidad y el tipo de personas cuidadoras inscritas en cada centro.
- Incorporar en los ítems de gasto el transporte de beneficiarios, en especial en los centros rurales. Esta demanda se origina desde los propios beneficiarios, y permitiría ganar cobertura territorial.

En relación con la implementación

- Mejorar el registro del gasto rendido. Para ello se debe instruir a las instituciones ejecutoras que en la subclasificación especifiquen componente y el ítem según el plan de costos. Además, se recomienda monitorear que la rendición se haga mensualmente.
- Registrar en la matriz de monitoreo el tiempo de ejecución de cada etapa.
- Regular la expansión territorial del programa según la demanda local. Actualmente, el programa se encuentra en un proceso de expansión acelerado, y la evidencia estudiada sugiere que no en todos los centros la demanda por las prestaciones del centro es equivalente a su capacidad máxima (y, en algunos casos, es bastante distante). Sin embargo, dada la importancia de los costos fijos y que gran parte de las actividades son grupales, es fundamental que la cobertura de cada centro tienda a su máxima capacidad.
- Revisar la planificación de actividades y prestaciones implementadas, luego de tomar en cuenta la baja asistencia transversal en varias de ellas. Esto también sugiere la revisión del plan de atención individual como instrumento de planificación.
- Realizar estudio de casos, que muestren los aprendizajes de experiencias de implementación positivas para luego transferirlos a otros centros.

### 13. Referencias

- Congreso Nacional. (2024). “*Proyecto de Ley que reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados*”. Mensaje N° 112-372.
- Banco Mundial y Ministerio de Desarrollo Social de Chile. (2017). “*Evaluación del proceso de implementación Primera Fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados*”. P164848.
- Banco Mundial y Ministerio de Desarrollo Social de Chile. (2016). “*Apoyo técnico a la implementación gradual del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados – SNAC*”. Informe Final P159331.
- Gobierno de Chile, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2025).” *Primera Política Nacional de Apoyos y Cuidados y su Plan de Acción*”.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). “*Resolución Exenta 084: Aprueba modalidad para la transferencia de recursos para la ejecución de los Centros Comunitarios de Cuidados implementados en el marco de la asignación Sistema Nacional de Cuidados*”, del Ministerio de Desarrollo social y familia, año 2024”.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2024). “*Resolución Exenta 095: Modifica Resolución Exenta 084*”.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024) “*Informe de detalle de Evaluación Ex Ante- Centro Comunitario de Cuidados*”. Formulación presupuestaria 2025.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024) “*Norma Técnica Centros Comunitarios de Cuidados*”. Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2024) “*Orientaciones Metodológicas Programa Centros Comunitarios de Cuidados*”. Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023) “*Informe de Evaluación Ex Ante- Centro Comunitario de Cuidados*”. Formulación presupuestaria 2024.

- Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu). (2018). “Decreto 27: Reglamenta Programa de Mejoramiento de Viviendas y Barrios”. <https://bcn.cl/u8yU81>
- Ministerio de Vivienda y Urbanismo. (2015). “Decreto 10: Reglamenta Programa de Habitabilidad Rural”. <https://bcn.cl/3lb9r>

## 14. Anexos

### Anexo 1: Descripción de las variables según instrumento

#### Anexo 1.1: Cuestionario Diagnóstico Persona Cuidadora (Ficha Ingreso)

**Tabla A.1.1.1.: Sección identificación y datos personales**

| Variable                 | Tipo Dato           | Descripción                                                     |
|--------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------|
| ID_FAMILIA               | Numérico/Categórico | Identificador único para cada grupo familiar.                   |
| RUT                      | Cadena de Texto     | Rol Único Tributario (número de identificación).                |
| DV                       | Cadena de Texto     | Dígito verificador del RUT.                                     |
| NOMBRES                  | Cadena de Texto     | Nombre(s) de la persona.                                        |
| APELLIDO_PATERNO         | Cadena de Texto     | Primer apellido de la persona.                                  |
| APELLIDO_MATERNO         | Cadena de Texto     | Segundo apellido de la persona.                                 |
| FECHA_NACIMIENTO         | Fecha               | Fecha de nacimiento del individuo.                              |
| SEXO                     | Categórico          | Sexo biológico de la persona.                                   |
| 1. Sexo                  | Categórico          | Categorización o autoidentificación de sexo.                    |
| 2. Género                | Categórico          | Identidad de género de la persona.                              |
| Otro ¿Cuál?              | Cadena de Texto     | Especificación si la identidad de género es "Otro".             |
| 3. Nombre Social         | Cadena de Texto     | Nombre preferido por la persona, si difiere del legal.          |
| 4. Pronombre que utiliza | Cadena de Texto     | Pronombre preferido por la persona (ej., "él", "ella", "elle"). |

**Tabla A.1.1.2.: Sección ubicación geográfica**

| Variable     | Tipo Dato           | Descripción                           |
|--------------|---------------------|---------------------------------------|
| C_REGION     | Numérico/Categórico | Código de la región de residencia.    |
| N_REGION     | Cadena de Texto     | Nombre de la región de residencia.    |
| C_PROVINCIA  | Numérico/Categórico | Código de la provincia de residencia. |
| N_PROVINCIA  | Cadena de Texto     | Nombre de la provincia de residencia. |
| C_COMUNA     | Numérico/Categórico | Código de la comuna de residencia.    |
| N_COMUNA     | Cadena de Texto     | Nombre de la comuna de residencia.    |
| 5. Domicilio | Cadena de Texto     | Dirección completa de la persona.     |

**Tabla A.1.1.3.: Sección participación en programas y estado en atención primaria de salud (APS)**

| <b>Variable</b>                         | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                  |
|-----------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------|
| ID_ESTADO_APS                           | Numérico/Categórico | Código del estado actual de la persona en el sistema de atención.   |
| ESTADO_APS                              | Cadena de Texto     | Descripción del estado actual en el sistema de atención.            |
| FECHA_CAMBIO_ESTADO                     | Fecha               | Fecha en que se actualizó el estado en el sistema.                  |
| PROGRAMA_CONVOCATORIA                   | Cadena de Texto     | Nombre del programa o convocatoria al que la persona está asociada. |
| ID_CONVOCATORIA                         | Numérico/Categórico | Identificador único de la convocatoria.                             |
| ID_CATEGORIA                            | Numérico/Categórico | Código de la categoría de la persona dentro del programa.           |
| CATEGORIA                               | Cadena de Texto     | Nombre descriptivo de la categoría.                                 |
| FECHA_FIRMA_PLAN_DE_ATENCION_INDIVIDUAL | Fecha               | Fecha de firma del plan de atención individualizado.                |

**Tabla A.1.1.4.: Sección contacto y conectividad digital**

| <b>Variable</b>                                                                       | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 6. ¿Cuenta con teléfono móvil propio para hacer y recibir llamadas?                   | Booleano/Categórico | Indica si la persona tiene un teléfono móvil personal.                      |
| Indique el número de teléfono móvil                                                   | Cadena de Texto     | Número de teléfono móvil principal.                                         |
| 7. ¿Puede ser contactada a través de otra persona?                                    | Booleano/Categórico | Indica si se puede contactar a la persona mediante un contacto alternativo. |
| Nombre (Contacto Alternativo)                                                         | Cadena de Texto     | Nombre de la persona de contacto alternativa.                               |
| Relación (Contacto Alternativo)                                                       | Cadena de Texto     | Relación del contacto alternativo con el individuo.                         |
| Indique el número de teléfono móvil (Contacto Alternativo)                            | Cadena de Texto     | Número de teléfono del contacto alternativo.                                |
| 8. ¿Su teléfono móvil cuenta con conexión a internet? (smartphone)                    | Booleano/Categórico | Indica si el teléfono móvil tiene capacidad de smartphone/internet.         |
| 9. ¿Tiene una tablet u otro dispositivo (computador) que permita conexión a internet? | Booleano/Categórico | Indica si la persona posee otros dispositivos con conexión a internet.      |
| 10. ¿Cuenta con correo electrónico?                                                   | Booleano/Categórico | Indica si la persona tiene una cuenta de correo electrónico.                |
| Indique el correo electrónico                                                         | Cadena de Texto     | Dirección de correo electrónico de la persona.                              |
| 11. ¿Lo utiliza regularmente?                                                         | Booleano/Categórico | Indica la regularidad de uso del correo electrónico.                        |



**Tabla A.1.1.5.: Sección educación y características socioeconómicas**

| <b>Variable</b>     | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                              |
|---------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO_CUESTIONARIO | Categórico          | Estado de completitud del cuestionario asociado al individuo.                   |
| CURSO               | Cadena de Texto     | Curso o nivel educativo actual o último cursado.                                |
| TIPO_EDUCACION      | Categórico          | Tipo de institución educativa (ej., "Pública", "Privada", "Subvencionada").     |
| ESCOLARIDAD         | Categórico          | Nivel de escolaridad alcanzado por la persona.                                  |
| FUENTE_ESCOLARIDAD  | Cadena de Texto     | Origen de la información sobre la escolaridad.                                  |
| INDIGENA            | Booleano/Categórico | Indica si la persona se autoidentifica como perteneciente a un pueblo indígena. |
| TRAMO               | Numérico/Categórico | Posible clasificación por tramos (ej., socioeconómicos, de edad).               |

## Anexo 1.2: Cuestionario Diagnóstico Persona Sujeto de Cuidados

**Tabla A.1.2.1.: Sección identificación y ubicación del participante**

| Variable         | Tipo Dato       | Descripción                                                                                    |
|------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID_FAMILIA       | Numérico        | Identificador único de la familia o del grupo asociado al participante.                        |
| RUT              | Cadena de Texto | Rol Único Tributario (identificador nacional en Chile) del participante.                       |
| DV               | Cadena de Texto | Dígito verificador del RUT.                                                                    |
| NOMBRES          | Cadena de Texto | Nombres de pila del participante.                                                              |
| APELLIDO_PATERO  | Cadena de Texto | Apellido paterno del participante.                                                             |
| APELLIDO_MATERNO | Cadena de Texto | Apellido materno del participante.                                                             |
| FECHA_NACIMIENTO | Fecha           | Fecha de nacimiento del participante.                                                          |
| EDAD             | Numérico        | Edad del participante en años.                                                                 |
| C_REGION         | Numérico        | Código de la región de residencia del participante.                                            |
| N_REGION         | Cadena de Texto | Nombre de la región de residencia del participante.                                            |
| C_PROVINCIA      | Numérico        | Código de la provincia de residencia del participante.                                         |
| N_PROVINCIA      | Cadena de Texto | Nombre de la provincia de residencia del participante.                                         |
| C_COMUNA         | Numérico        | Código de la comuna de residencia del participante.                                            |
| N_COMUNA         | Cadena de Texto | Nombre de la comuna de residencia del participante.                                            |
| 5. Domicilio     | Cadena de Texto | Dirección de residencia actual del participante.                                               |
| 6. Comuna        | Cadena de Texto | Comuna de residencia del participante (redundante con N_COMUNA, verificar si hay diferencias). |

**Tabla A.1.2.2.: Sección estado y categorización del programa**

| <b>Variable</b>                         | <b>Tipo Dato</b> | <b>Descripción</b>                                                                                               |
|-----------------------------------------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID_ESTADO_APS                           | Númérico         | Identificador del estado de Atención Primaria de Salud del participante.                                         |
| ESTADO_APS                              | Catégorico       | Descripción textual del estado de Atención Primaria de Salud del participante (ej. "Activo", "Inactivo").        |
| FECHA_CAMBIO_ESTADO                     | Fecha            | Fecha en que cambió por última vez el estado de APS del participante.                                            |
| PROGRAMA_CONVOCATORIA                   | Cadena de Texto  | Nombre del programa o la convocatoria a la que pertenece el participante.                                        |
| ID_CONVOCATORIA                         | Númérico         | Identificador único de la convocatoria específica del programa.                                                  |
| ID_CATEGORIA                            | Númérico         | Identificador de la categoría asignada al participante dentro del programa.                                      |
| CATEGORIA                               | Catégorico       | Descripción textual de la categoría del participante (ej. "Persona Cuidadora", "Persona Cuidada").               |
| FECHA_FIRMA_PLAN_DE_ATENCION_INDIVIDUAL | Fecha            | Fecha en que el participante firmó su Plan de Atención Individual, si aplica.                                    |
| ESTADO_CUESTIONARIO                     | Catégorico       | Estado actual del cuestionario o ficha de registro del participante (ej. "Completo", "Incompleto", "Pendiente"). |

**Tabla A.1.2.3.: Sección información sociodemográfica**

| <b>Variable</b>          | <b>Tipo Dato</b> | <b>Descripción</b>                                                                           |
|--------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Sexo                  | Catégorico       | Sexo del participante (ej. "Mujer", "Hombre", "Intersex").                                   |
| 2. Género                | Catégorico       | Género con el que se identifica el participante (ej. "Femenino", "Masculino", "No binario"). |
| Otro ¿Cuál?              | Cadena de Texto  | Especificación de género si se seleccionó "Otro".                                            |
| 3. Nombre Social         | Cadena de Texto  | Nombre social del participante, si aplica.                                                   |
| 4. Pronombre que utiliza | Catégorico       | Pronombre preferido por el participante (ej. "Él", "Ella", "Elle").                          |

**Tabla A.1.2.4.: Sección nivel de dependencia y condiciones de salud**

| <b>Variable</b>                                                                                        | <b>Tipo Dato</b>   | <b>Descripción</b>                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7. ¿Presenta algún nivel de dependencia funcional?                                                     | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante presenta algún nivel de dependencia funcional.                                           |
| 8. ¿Cuenta con un diagnóstico médico asociado a la dependencia funcional que lo acredite?              | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante tiene un diagnóstico médico que acredite su dependencia funcional.                       |
| 9. ¿Cuál?                                                                                              | Cadena de Texto    | Especifica el diagnóstico médico asociado a la dependencia funcional.                                              |
| 10. ¿En qué nivel de dependencia funcional se encuentra?                                               | Categorico         | Describe el nivel específico de dependencia funcional del participante (ej. "Leve", "Moderado", "Severo").         |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? 1. Ceguera o dificultad visual aun teniendo lentes    | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante tiene ceguera o dificultad visual incluso con el uso de lentes.                          |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? 2. Sordera o dificultad auditiva aun usando audífonos | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante tiene sordera o dificultad auditiva incluso con el uso de audífonos.                     |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? 3. Mudez o dificultad en el habla                     | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante tiene mudéz o dificultad en el habla.                                                    |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? 4. Dificultad física                                  | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante tiene alguna dificultad física (ej. para moverse, cargar objetos).                       |
| 11. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones? 5. Problemas mentales o problemas psiquiátricos       | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante presenta problemas mentales o psiquiátricos.                                             |
| 12. ¿Puede salir sola a la calle sin ayuda o compañía? (6 años o más)                                  | Categorico (Sí/No) | Evalúa la capacidad del participante para salir a la calle de forma independiente (aplicable a mayores de 6 años). |
| 13. ¿Puede hacer compras o ir al médico sola sin ayuda" o                                              | Categorico (Sí/No) | Evalúa la capacidad del participante para realizar actividades instrumentales                                      |

|                                                                   |                     |                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| "compañía"? (mayor de 15 años)"                                   |                     | de la vida diaria de forma independiente (aplicable a mayores de 15 años).                                       |
| 14. ¿Puede desplazarse sola dentro de la casa?                    | Categorico (Sí/No)  | Evalúa la capacidad del participante para moverse dentro de su hogar de forma independiente.                     |
| 15. ¿Puede controlar completamente sus esfínteres?                | Categorico (Sí/No)  | Evalúa la capacidad del participante para controlar sus esfínteres.                                              |
| 16. ¿Puede bañarse, lavarse los dientes, peinarse o comer solo/a? | Categorico (Sí/No)  | Evalúa la capacidad del participante para realizar actividades básicas de la vida diaria de forma independiente. |
| 17. Nivel de dependencia                                          | Numérico/Categorico | Resumen o clasificación del nivel general de dependencia del participante, basado en las preguntas anteriores.   |

**Tabla A.1.2.5.: Sección relación con la persona cuidadora**

| Variable                                                                      | Tipo Dato          | Descripción                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18. ¿Vive usted con la persona que le cuida?                                  | Categorico (Sí/No) | Indica si el participante reside en el mismo domicilio que su cuidador principal.                          |
| 19. ¿Cuál es el grado de parentesco que tiene usted con la persona cuidadora? | Categorico         | Describe el tipo de relación familiar entre el participante y su cuidador (ej. "Hijo/a", "Cónyuge", etc.). |
| Otro familiar (Especifique)                                                   | Cadena de Texto    | Permite especificar otro grado de parentesco si no está en las opciones predefinidas.                      |
| 20. ¿Hace cuánto tiempo es cuidada por esta persona? Años                     | Numérico           | Duración de la relación de cuidado en años.                                                                |
| 20. ¿Hace cuánto tiempo es cuidada por esta persona? Meses                    | Numérico           | Duración de la relación de cuidado en meses (complementario a años).                                       |
| 20. ¿Hace cuánto tiempo es cuidada por esta persona? Días                     | Numérico           | Duración de la relación de cuidado en días (complementario a años y meses).                                |

**Tabla A.1.2.6.: Sección intereses del participante**

| <b>Variable</b>                                              | <b>Tipo Dato</b> | <b>Descripción</b>                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21. ¿Qué tipo de actividades le gustaría hacer en el centro? | Cadena de Texto  | Descripción de las actividades o talleres en los que el participante estaría interesado en participar en el centro. |

### Anexo 1.3: Cuestionario Diagnóstico Persona Cuidadora (Ficha Ingreso)

**Tabla A.1.3.1.: Sección identificación y ubicación del participante**

| Variable         | Tipo Dato       | Descripción                                                             |
|------------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ID_FAMILIA       | Numérico        | Identificador único de la familia o del grupo asociado al participante. |
| RUT              | Cadena de Texto | Rol Único Tributario del participante.                                  |
| DV               | Cadena de Texto | Dígito verificador del RUT.                                             |
| NOMBRES          | Cadena de Texto | Nombres de pila del participante.                                       |
| APELLIDO_PATERO  | Cadena de Texto | Apellido paterno del participante.                                      |
| APELLIDO_MATERNO | Cadena de Texto | Apellido materno del participante.                                      |
| FECHA_NACIMIENTO | Fecha           | Fecha de nacimiento del participante.                                   |
| EDAD             | Numérico        | Edad del participante en años.                                          |
| SEXO             | Categorico      | Sexo del participante (ej. "Mujer", "Hombre", "Intersex").              |
| C_REGION         | Numérico        | Código de la región de residencia del participante.                     |
| N_REGION         | Cadena de Texto | Nombre de la región de residencia del participante.                     |
| C_PROVINCIA      | Numérico        | Código de la provincia de residencia del participante.                  |
| N_PROVINCIA      | Cadena de Texto | Nombre de la provincia de residencia del participante.                  |
| C_COMUNA         | Numérico        | Código de la comuna de residencia del participante.                     |
| N_COMUNA         | Cadena de Texto | Nombre de la comuna de residencia del participante.                     |

**Tabla A.1.3.2.: Sección estado y categorización del programa (participante y profesional)**

| <b>Variable</b>                         | <b>Tipo Dato</b> | <b>Descripción</b>                                                                                 |
|-----------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ID_ESTADO_APS                           | Numérico         | Identificador del estado de Atención Primaria de Salud del participante.                           |
| ESTADO_APS                              | Categórico       | Descripción textual del estado de Atención Primaria de Salud del participante.                     |
| FECHA_CAMBIO_ESTADO                     | Fecha            | Fecha en que cambió por última vez el estado de APS del participante.                              |
| PROGRAMA_CONVOCATORIA                   | Cadena de Texto  | Nombre del programa o la convocatoria a la que pertenece el participante.                          |
| ID_CONVOCATORIA                         | Numérico         | Identificador único de la convocatoria específica del programa.                                    |
| ID_CATEGORIA                            | Numérico         | Identificador de la categoría asignada al participante dentro del programa.                        |
| CATEGORIA                               | Categórico       | Descripción textual de la categoría del participante (ej. "Persona Cuidadora", "Persona Cuidada"). |
| FECHA_FIRMA_PLAN_DE_ATENCION_INDIVIDUAL | Fecha            | Fecha en que el participante firmó su Plan de Atención Individual, si aplica.                      |
| RUN_PROFESIONAL                         | Cadena de Texto  | Rol Único Nacional (RUN) del profesional a cargo.                                                  |
| NOMBRES_PROFESIONAL                     | Cadena de Texto  | Nombres del profesional a cargo.                                                                   |
| APELLIDOS_PROFESIONAL                   | Cadena de Texto  | Apellidos del profesional a cargo.                                                                 |
| CARGO_PROFESIONAL                       | Categórico       | Cargo o rol del profesional a cargo.                                                               |
| NOMBRE_CCC                              | Cadena de Texto  | Nombre del Centro Comunitario de Cuidado (CCC) al que pertenece el participante/profesional.       |
| ESTADO_LINEA_ENTRADA_PA                 | Categórico       | Estado de la línea de entrada del Plan de Atención Individual (PAI) del participante.              |



**Tabla A.1.3.2.: Sección intervenciones y derivaciones (Sección 2 - Línea de entrada)**

| Variable                                                            | Tipo Dato           | Descripción                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.- Fecha de Validación LE:                                         | Fecha               | Fecha de validación de la Línea de Entrada del participante.                                               |
| 2.1- Derivación a Registro Social de Hogares                        | Booleano/Categorico | Indica si el participante fue derivado al Registro Social de Hogares.                                      |
| 2.2- Derivación a Departamento de Asistencia Social- Plataforma GSL | Booleano/Categorico | Indica si el participante fue derivado al Departamento de Asistencia Social a través de la Plataforma GSL. |
| 2.3- Derivación a Unidad de Subsidios- Plataforma GSL               | Booleano/Categorico | Indica si el participante fue derivado a la Unidad de Subsidios a través de la Plataforma GSL.             |
| 2.4- Participación en Operativos Móviles                            | Booleano/Categorico | Indica si el participante ha participado en operativos móviles.                                            |
| 2.5- Participación en Ferias de Servicios                           | Booleano/Categorico | Indica si el participante ha participado en ferias de servicios.                                           |
| 2.6- Derivaciones (otras)                                           | Cadena de Texto     | Describe otras derivaciones no especificadas en los puntos anteriores.                                     |
| RESPUESTA                                                           | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '2.6- Derivaciones (otras)'.                          |
| 2.6_2- Derivaciones (otras)                                         | Cadena de Texto     | Segunda opción para describir otras derivaciones.                                                          |
| RESPUESTA_2                                                         | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '2.6_2- Derivaciones (otras)'.                        |
| 2.6_3- Derivaciones (otras)                                         | Cadena de Texto     | Tercera opción para describir otras derivaciones.                                                          |
| RESPUESTA_3                                                         | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '2.6_3- Derivaciones (otras)'.                        |
| 2.6_4- Derivaciones (otras)                                         | Cadena de Texto     | Cuarta opción para describir otras derivaciones.                                                           |
| RESPUESTA_4                                                         | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '2.6_4- Derivaciones (otras)'.                        |
| 2.6_5- Derivaciones (otras)                                         | Cadena de Texto     | Quinta opción para describir otras derivaciones.                                                           |
| RESPUESTA_5                                                         | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '2.6_5- Derivaciones (otras)'.                        |

**Tabla A.1.3.3.: Sección Intervenciones y derivaciones (Sección 3 - Plan de Cuidados)**

| <b>Variable</b>                  | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                                    |
|----------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.1- Intervención Psicoeducativa | Booleano/Categórico | Indica si el participante recibió una intervención psicoeducativa.                    |
| 3.2- Grupo de Autoayuda          | Booleano/Categórico | Indica si el participante ha participado en un grupo de autoayuda.                    |
| 3.3- Atención de Casos           | Booleano/Categórico | Indica si el participante recibió atención de casos individuales o grupales.          |
| 3.4- Derivación                  | Booleano/Categórico | Indica si el participante fue objeto de una derivación a otros servicios o programas. |

**Tabla A.1.3.4.: Sección intervenciones y derivaciones (Sección 4 - Servicios de Cuidados)**

| <b>Variable</b>            | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                   |
|----------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 4.1- Servicios de cuidados | Booleano/Categórico | Indica si el participante recibió servicios de cuidados específicos. |

**Tabla A.1.3.5.: Sección intervenciones y derivaciones (Sección 5 - Actividades Comunitarias)**

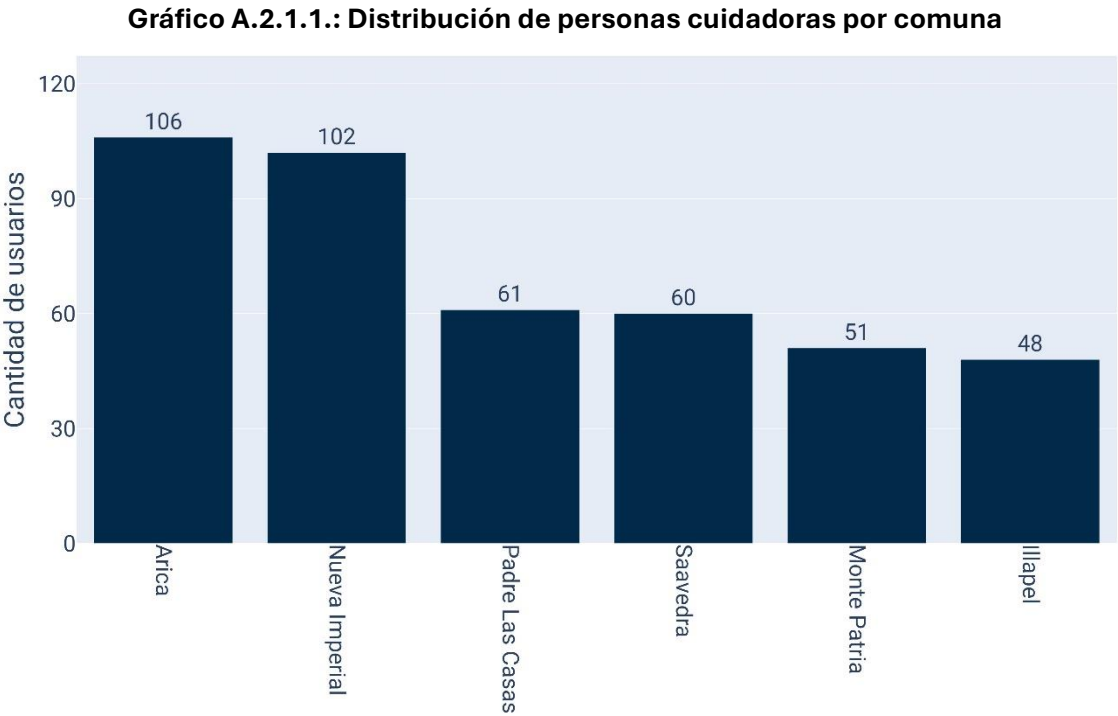
| <b>Variable</b>                                                                    | <b>Tipo Dato</b>    | <b>Descripción</b>                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1- Taller y fondo Organizadas                                                    | Booleano/Categórico | Indica si el participante ha participado en talleres y/o ha recibido apoyo de fondos para organizaciones.                            |
| 5.2- Actividades comunitarias en torno al cuidado desarrolladas por organizaciones | Booleano/Categórico | Indica si el participante ha participado en actividades comunitarias relacionadas con el cuidado organizadas por diversas entidades. |
| 5.3- Plan de Acción Comunitaria de Cuidados                                        | Booleano/Categórico | Indica si el participante está involucrado en un plan de acción comunitaria específico para los cuidados.                            |
| 5.4- Derivaciones (otras)                                                          | Cadena de Texto     | Describe otras derivaciones no especificadas en los puntos anteriores, dentro de esta sección de actividades comunitarias.           |
| RESPUESTA                                                                          | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '5.4- Derivaciones (otras)'.                                                    |
| 5.4_2- Derivaciones (otras)                                                        | Cadena de Texto     | Segunda opción para describir otras derivaciones dentro de esta sección.                                                             |
| RESPUESTA_2                                                                        | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '5.4_2- Derivaciones (otras)'.                                                  |
| 5.4_3- Derivaciones (otras)                                                        | Cadena de Texto     | Tercera opción para describir otras derivaciones dentro de esta sección.                                                             |
| RESPUESTA_3                                                                        | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '5.4_3- Derivaciones (otras)'.                                                  |
| 5.4_4- Derivaciones (otras)                                                        | Cadena de Texto     | Cuarta opción para describir otras derivaciones dentro de esta sección.                                                              |
| RESPUESTA_4                                                                        | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '5.4_4- Derivaciones (otras)'.                                                  |
| 5.4_5- Derivaciones (otras)                                                        | Cadena de Texto     | Quinta opción para describir otras derivaciones dentro de esta sección.                                                              |
| RESPUESTA_5                                                                        | Cadena de Texto     | Respuesta o resultado de la derivación mencionada en '5.4_5- Derivaciones (otras)'.                                                  |

Anexo 2: Estadísticas agregadas de las personas cuidadoras y sujetas de cuidados de los centros con información para las etapas 1, 2 y 3

En este anexo se describen las características de las personas cuidadoras (PC) y a las personas sujetas de cuidado (PSC), considerando los instrumentos aplicados en la etapa 1 y el PAI considerando únicamente los centros que se dispone de información completa, es decir a los de las comunas de Arica (sólo el centro Altos del Mar), Illapel, Monte Patria, Nueva Imperial, Padre las Casas y Saavedra

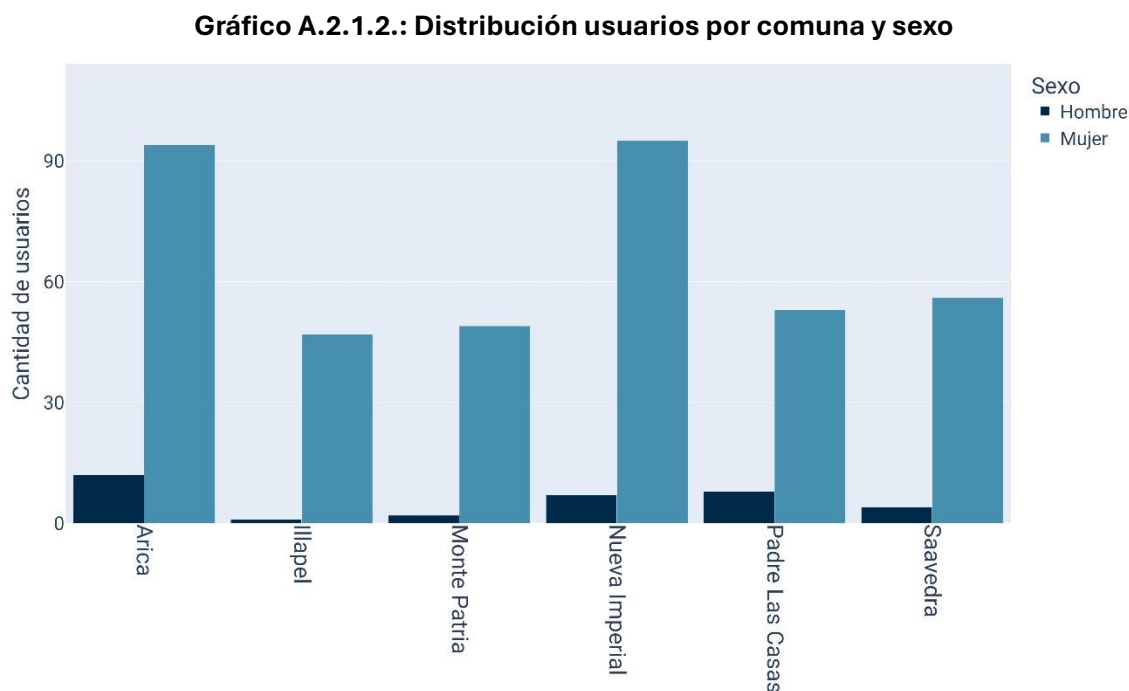
Anexo 2.1: Personas cuidadoras

La base de datos cuenta con 428 registros. En el gráfico que se presenta a continuación se muestra la distribución de los usuarios según comuna, destacándose la de Arica, con mayor cantidad de usuarios.



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

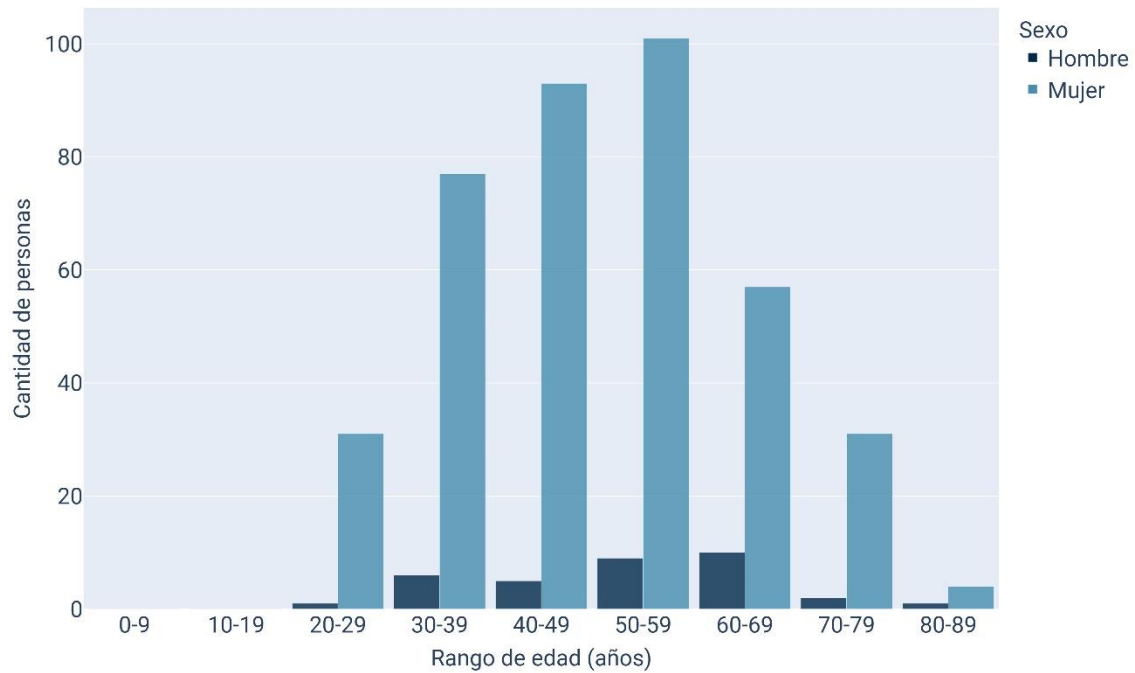
En cuanto a la distribución por sexo, en el total de las 6 comunas, 394 casos de personas cuidadoras corresponde a mujeres (92%) siendo esta proporción muy similar en cada uno de los centros.



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

El gráfico muestra que la mayor concentración de personas cuidadoras con diagnóstico se ubica entre los 30 y 59 años, con un punto máximo en el rango de 50 a 59 años. En todos los tramos etarios, las mujeres representan la mayoría. La presencia masculina es baja en todos los rangos, aunque presenta un leve aumento entre los 50 y 69 años. En conjunto, la distribución evidencia un patrón claro: la labor de cuidado se concentra en mujeres adultas de mediana edad, con menor presencia en hombres y escasa representación en otros grupos etarios.

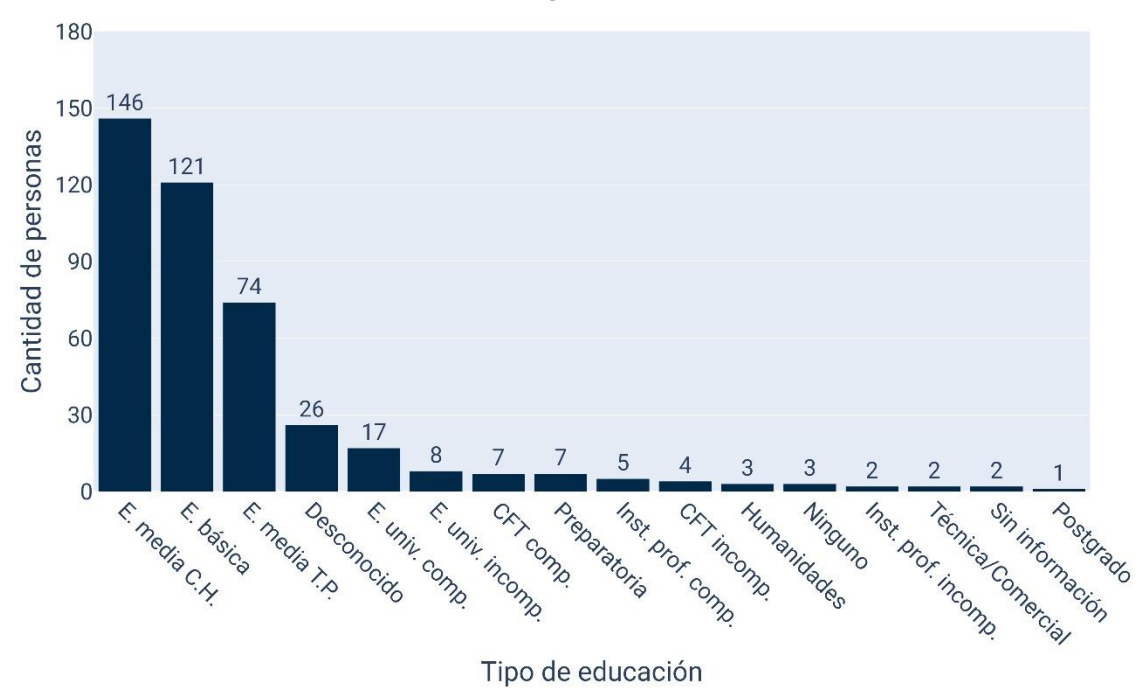
**Gráfico A.2.1.3.: Distribución por rango de edad y sexo, total de personas cuidadoras con diagnóstico**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

Respecto de los niveles educacionales en el gráfico siguiente se muestra que la mayor proporción de usuarios cuenta con enseñanza media científico-humanista completa, seguida por aquellos con educación básica completa y, en tercer lugar, por quienes poseen educación media técnico profesional

**Gráfico A.2.1.4.: Distribución según el tipo de educación, total personas cuidadoras con diagnóstico**

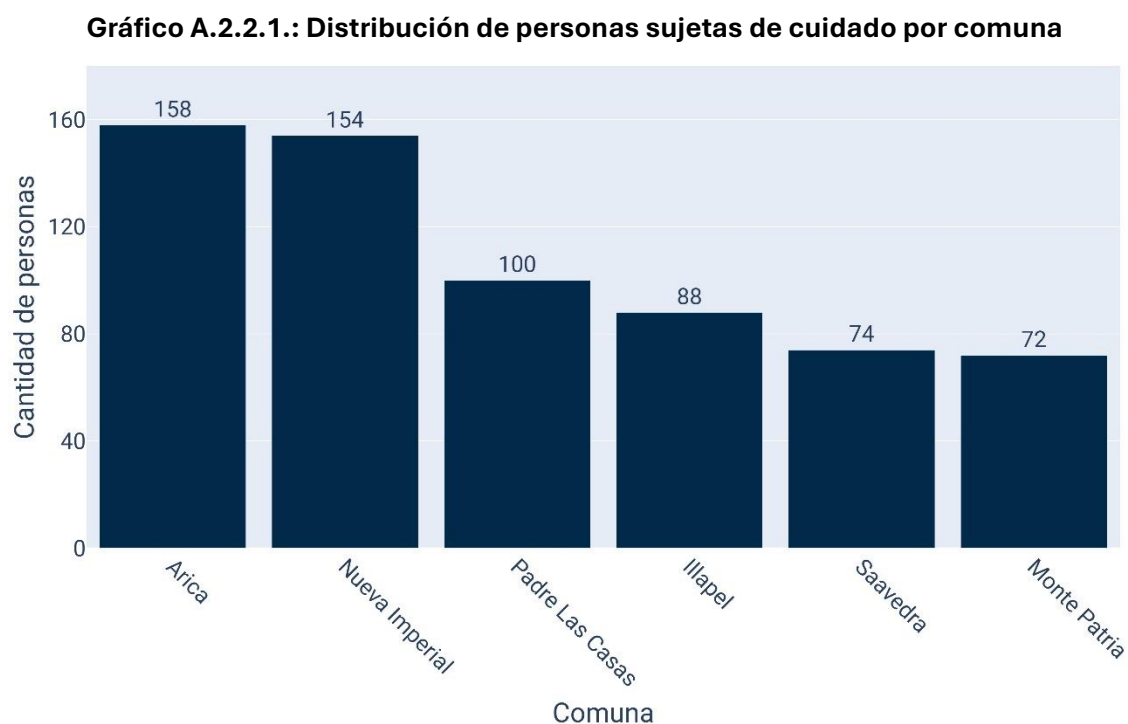


Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

## Anexo 2.2: Personas sujetas de cuidado

El conjunto de datos, compuesto por 646 registros de 6 comunas (equivalentes a 6 centros distintos), incluye descriptores como comuna, rango de edad, sexo, grado de dependencia (si corresponde) y la declaración de condiciones de salud y autonomía para realizar ciertas actividades.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de las personas sujetas de cuidado por cada una de las 6 comunas.

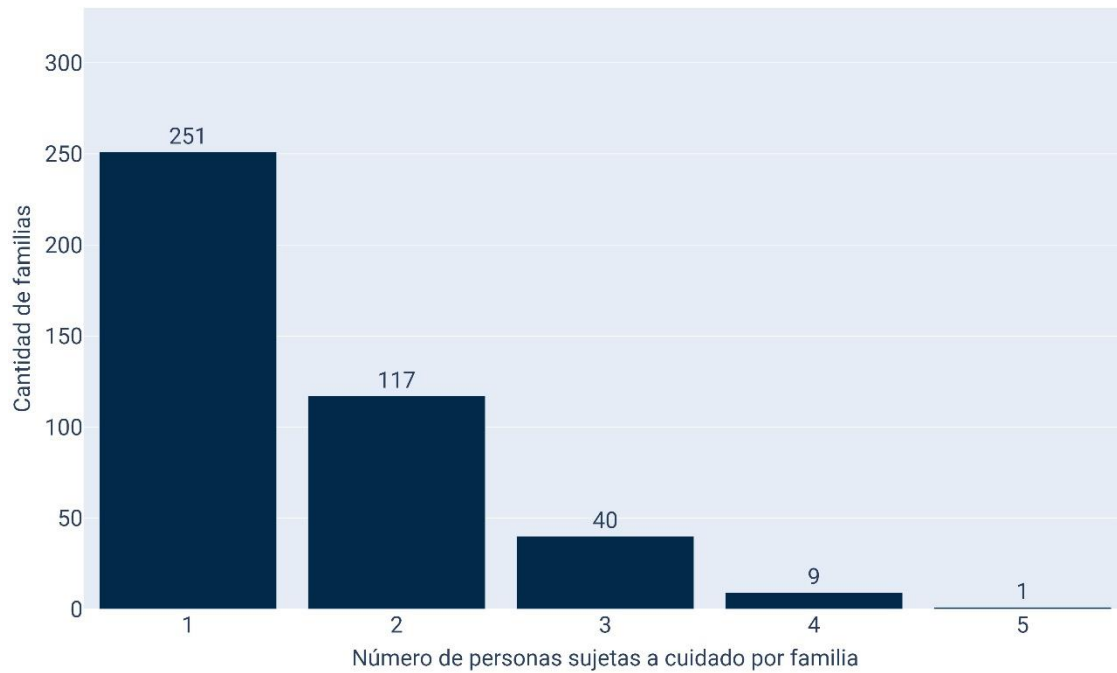


Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

En cuanto a la distribución de personas sujetas de cuidado por persona cuidadora, en el siguiente gráfico se observa que el 60% de los cuidadores tiene una persona a cargo. Las personas que tienen tres o más personas a cargo llegan al 11,9%.



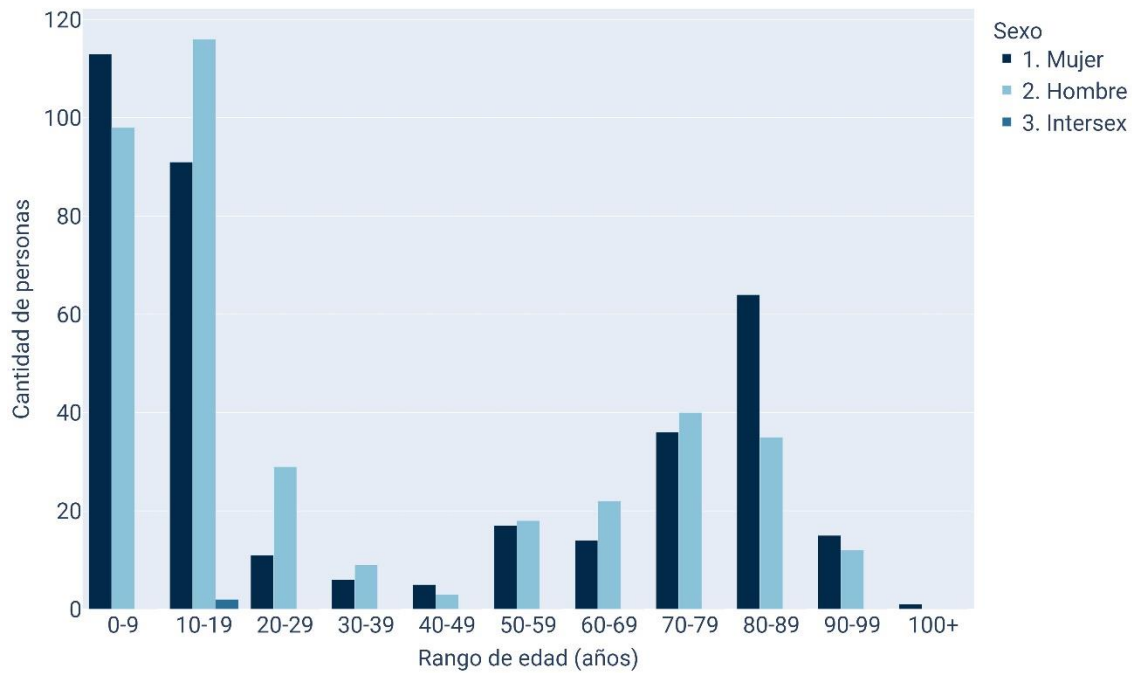
**Gráfico A.2.2.2.: Distribución del número de personas sujetas de cuidado por persona cuidadora.**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

Desagregando por edad y sexo, lo primero que se puede destacar es que, estas 6 comunas, el 51,2% de las personas sujetas de cuidado corresponde a mujeres. Aunque la mayor concentración de personas sujetas a cuidado se encuentra entre los 0 y 19 años (principalmente por la dependencia natural de la niñez y adolescencia) también se observa un nuevo incremento a partir de los 70 años, especialmente entre mujeres. Destaca que las mujeres son el grupo mayoritario en ambos extremos del ciclo vital: en la primera infancia (0-9 años) y en la adultez mayor avanzada (80-89 años). Tal como lo reconoce el diseño del programa, los distintos grupos etarios de las personas sujetas de cuidado generan necesidades diferenciadas en las personas cuidadoras, lo que se debiera ver reflejado en los PAI (C1), en los servicios / prestaciones / actividades demandadas (C2, C3, C5) y en distintos tipos de servicios de cuidado (C4). En este sentido, uno de los factores que debiera contribuir a definir el perfil o tipo de beneficiario es el rango etario de las personas sujetas de cuidado, ya que este influye directamente en las características de la atención requerida y, por ende, en la planificación de actividades y prestaciones por parte del centro.

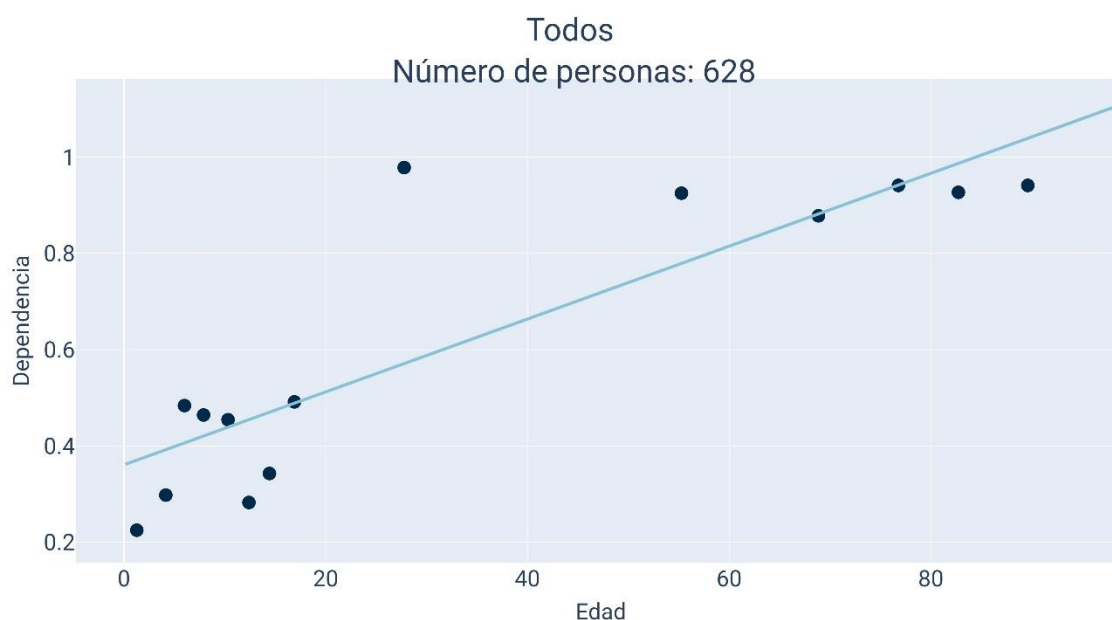
**Gráfico A.2.2.3.: Distribución personas sujetas de cuidado por sexo y rango de edad**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

En cuanto a la relación entre edad y dependencia se puede ver que esta última se incrementa con la edad. En las edades más tempranas se observa una dispersión amplia: algunas personas presentan niveles bajos de dependencia, mientras otras alcanzan valores moderados, lo que refleja la diversidad de situaciones dentro de ese grupo. A medida que la edad avanza, esta variabilidad disminuye y los niveles de dependencia comienzan a elevarse de manera más sostenida. Desde alrededor de los 60 años en adelante, la mayoría de los puntos se concentra en valores altos, indicando una necesidad creciente de apoyo. En conjunto, el gráfico sugiere que la dependencia aumenta de forma progresiva con la edad, transitando desde una etapa inicial más heterogénea hacia una adultez mayor donde la dependencia se vuelve más marcada.

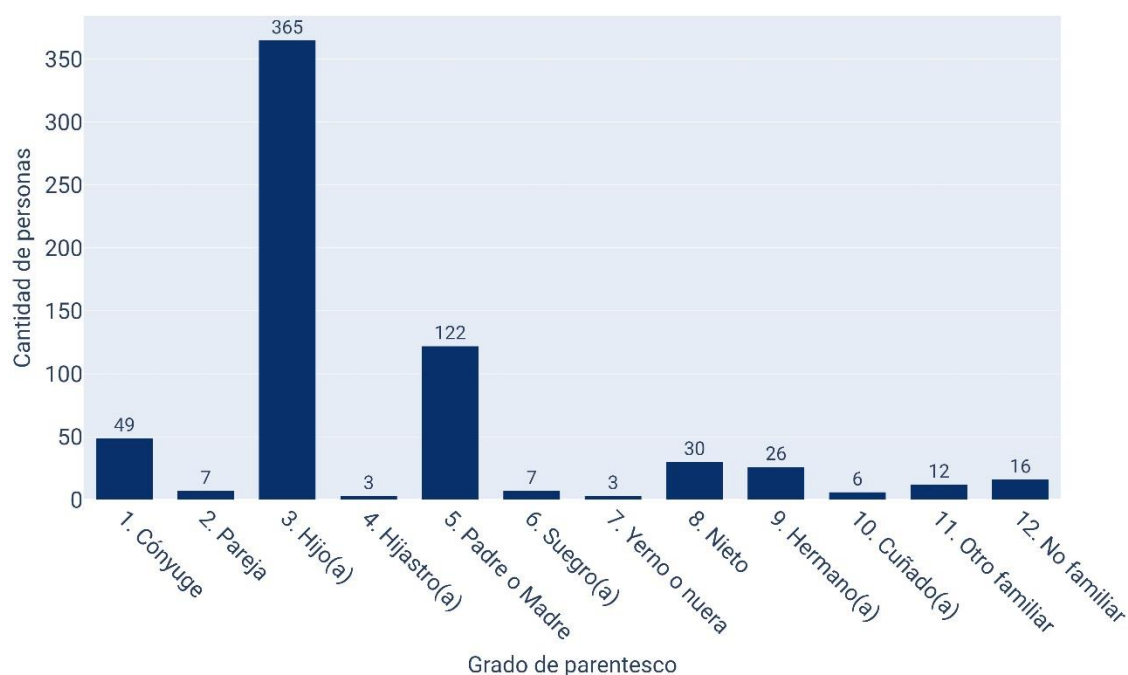
**Gráfico A.2.2.4.: Relación entre edad y dependencia**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

Respecto del parentesco de los cuidadores respecto de la persona sujeta de cuidado, el gráfico siguiente muestra que la mayoría de las personas sujetas de cuidado son atendidas por sus hijos o hijas, categoría que concentra con amplio margen el mayor número de casos (56,5%). En segundo lugar, aparece el grupo de padres o madres, que también representa una proporción importante dentro del total (18,8%). Otras relaciones familiares, como cónyuges, nietos, hermanos o familiares políticos, presentan una presencia bastante menor y se distribuyen de forma más dispersa.

**Gráfico A.2.2.5.: Distribución de personas sujetas de cuidado según parentesco.**



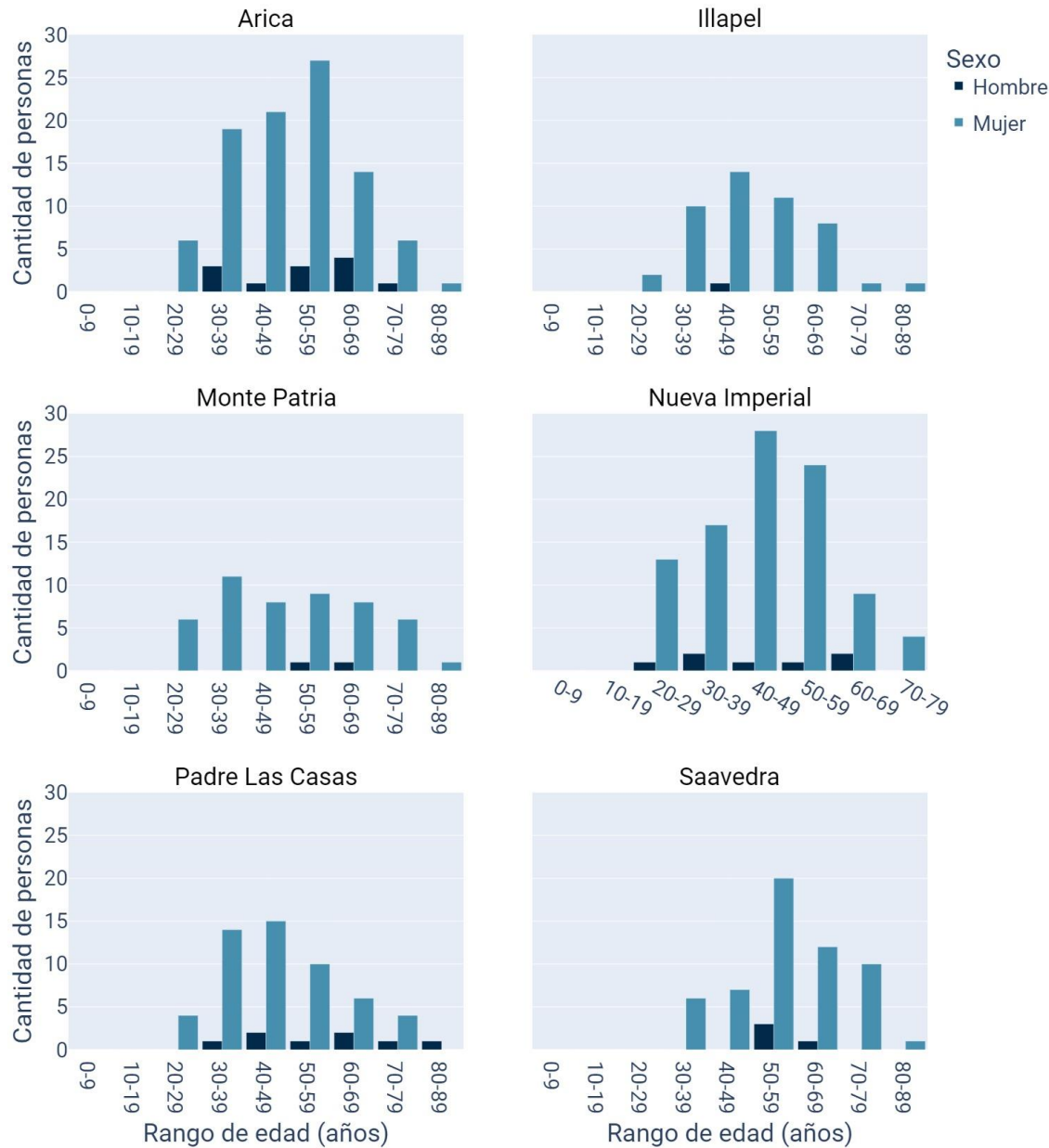
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

En el siguiente gráfico se presenta la distribución de los puntajes de las distintas escalas aplicadas a las personas cuidadoras. Considerando que cada escala se encuentra entre 1 y 5, el puntaje promedio de la de Bienestar subjetivo es de 3,22, mientras que el promedio del Balance emocional es de 2,71. Respecto a las escalas de Sobrecarga del cuidador y de estrés parental los puntajes promedios son de 2,65 y 2,73.

Anexo 3: Estadísticas por centro comunitario de cuidados de las personas cuidadoras y sujetas de cuidados de los centros con información para las etapas 1, 2 y 3

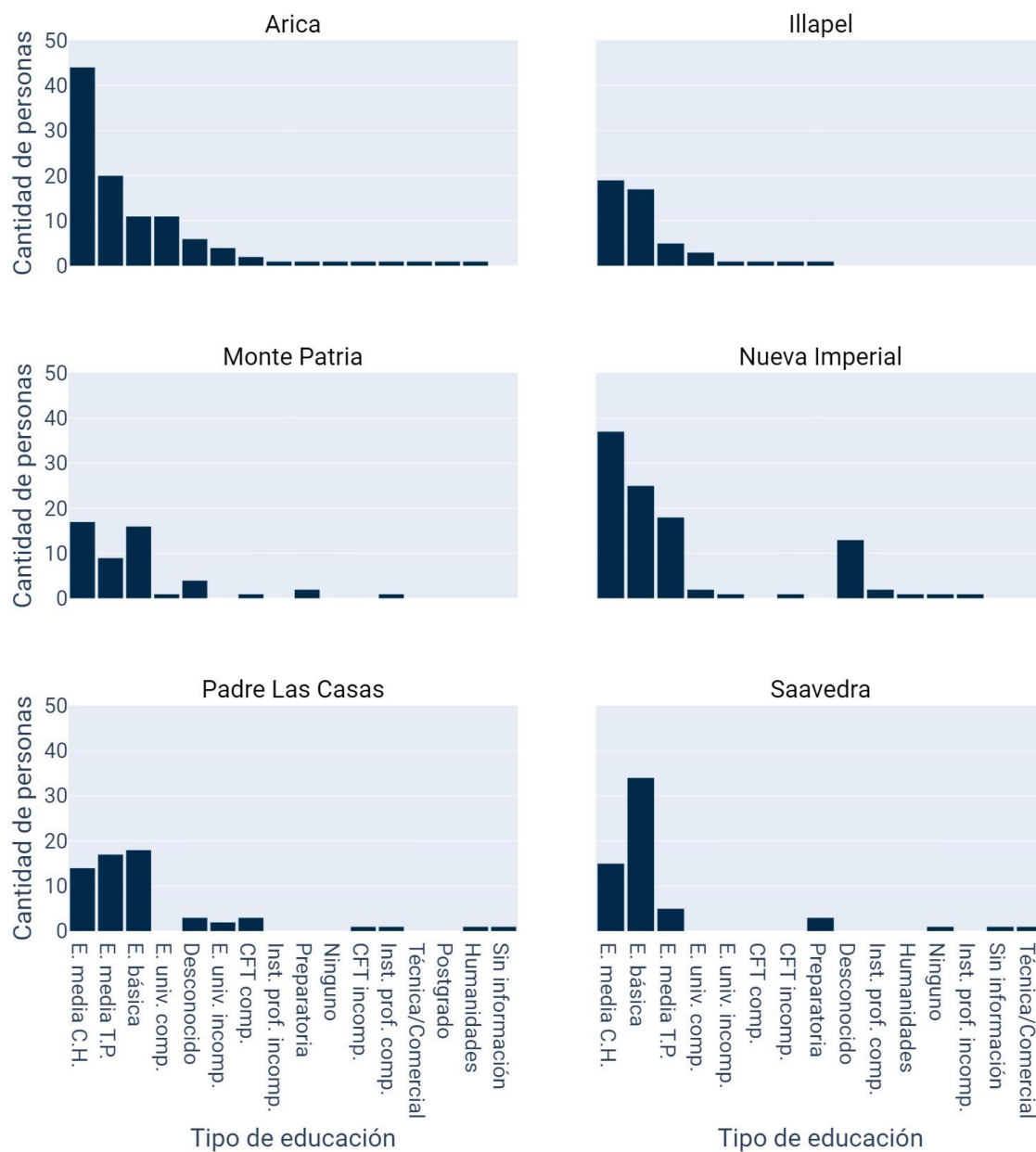
Anexo 3.1: Personas cuidadoras

Gráfico A.3.1.1.: Distribución por rango de edad y sexo, total de personas cuidadoras con diagnóstico



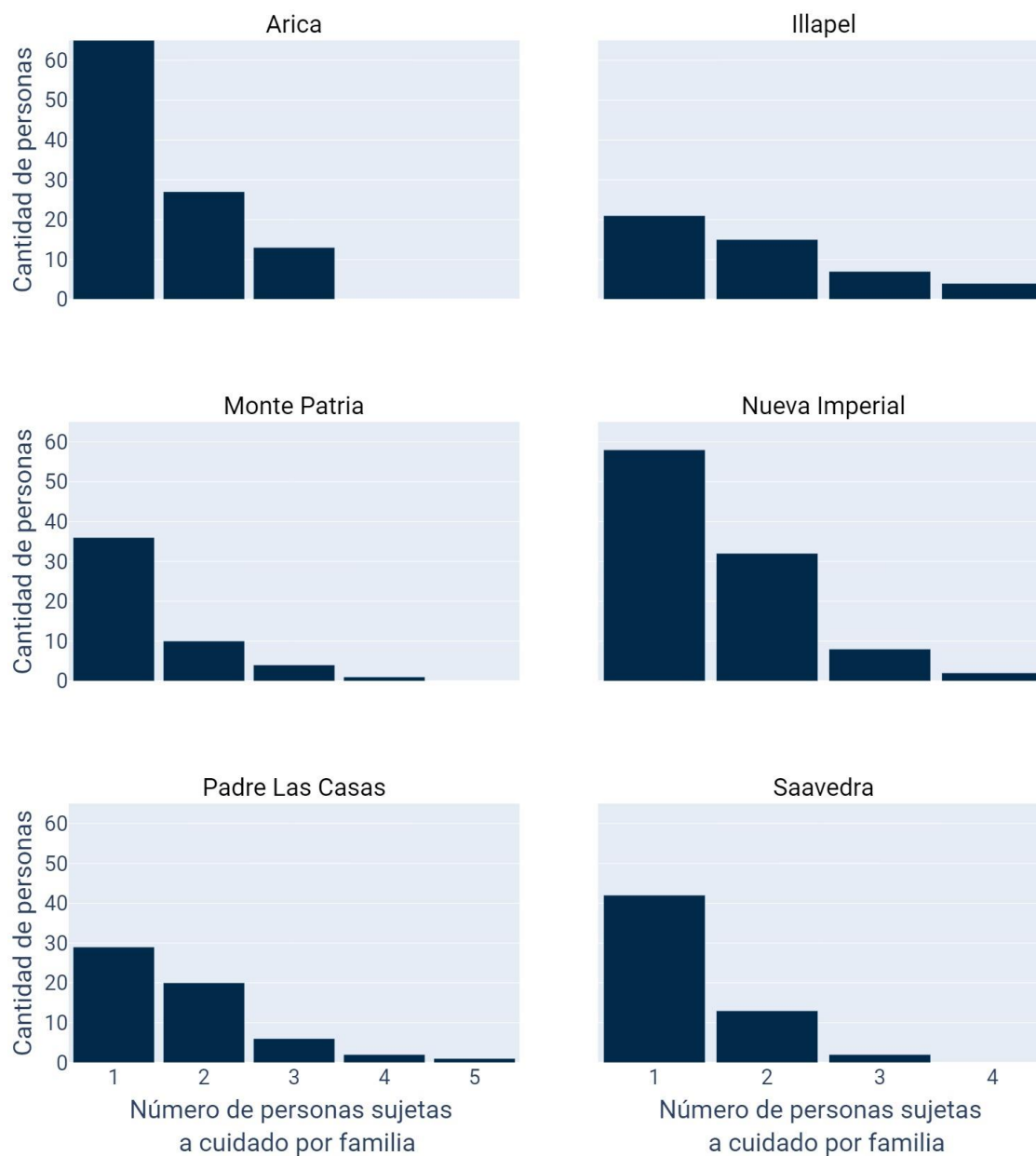
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

**Gráfico A.3.1.2.: Distribución según el tipo de educación, total personas cuidadoras con diagnóstico**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

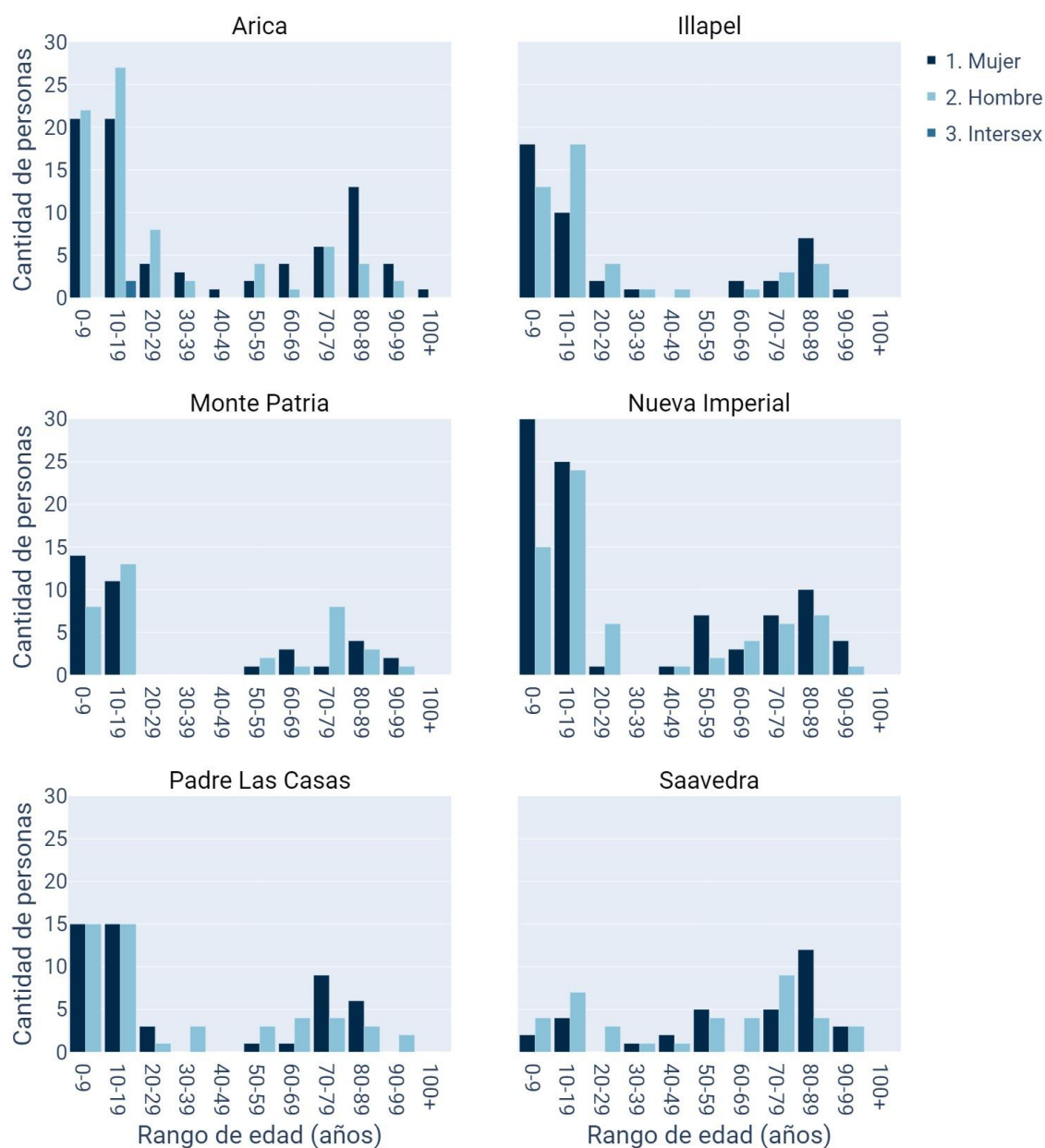
**Gráfico A.3.1.3.: Distribución de personas sujetas de cuidado por persona cuidadora**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

## Anexo 3.2: Personas sujetas de cuidados

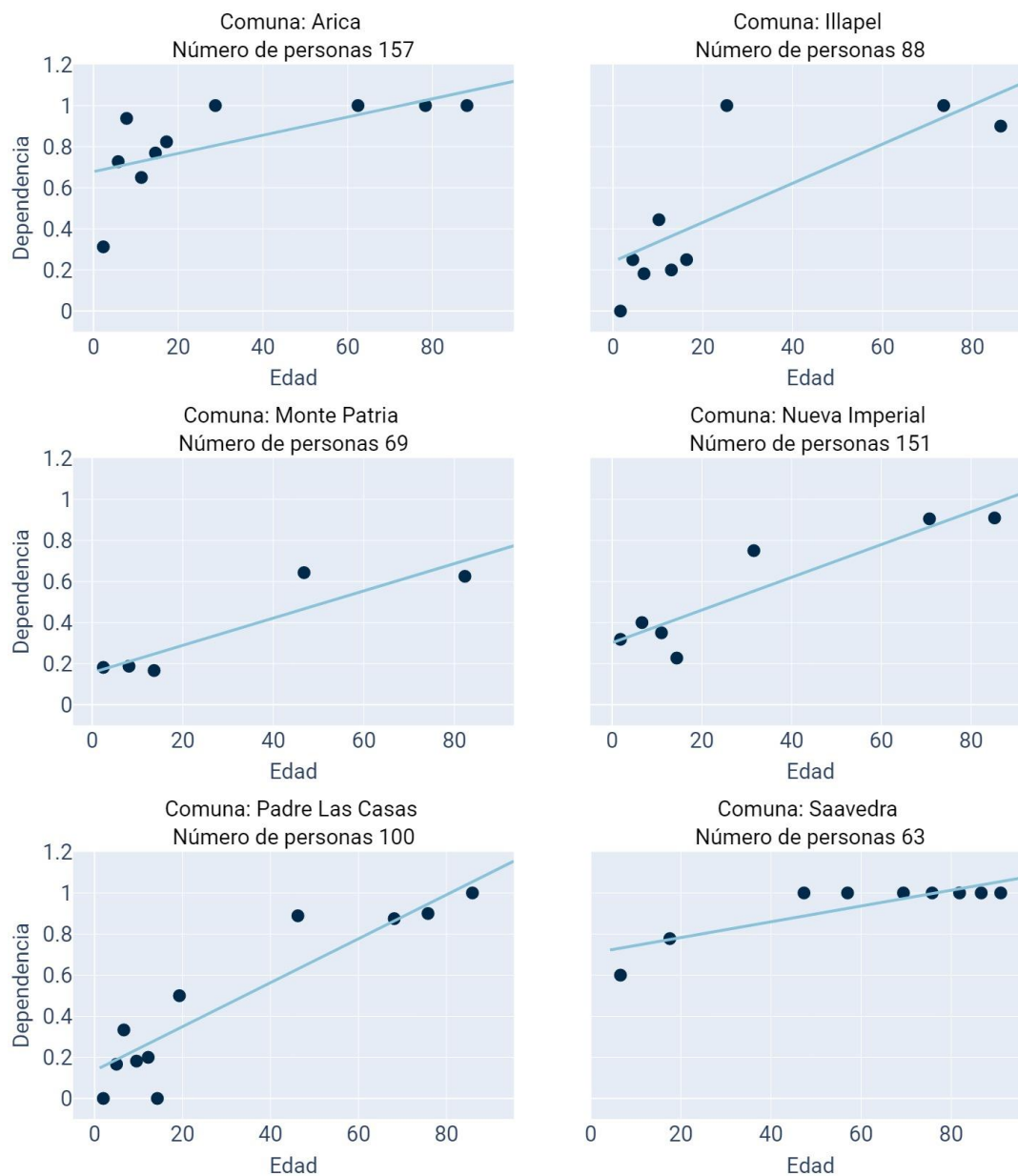
**Gráfico A.3.2.1.: Distribución personas sujetas de cuidado por sexo y rango de edad**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

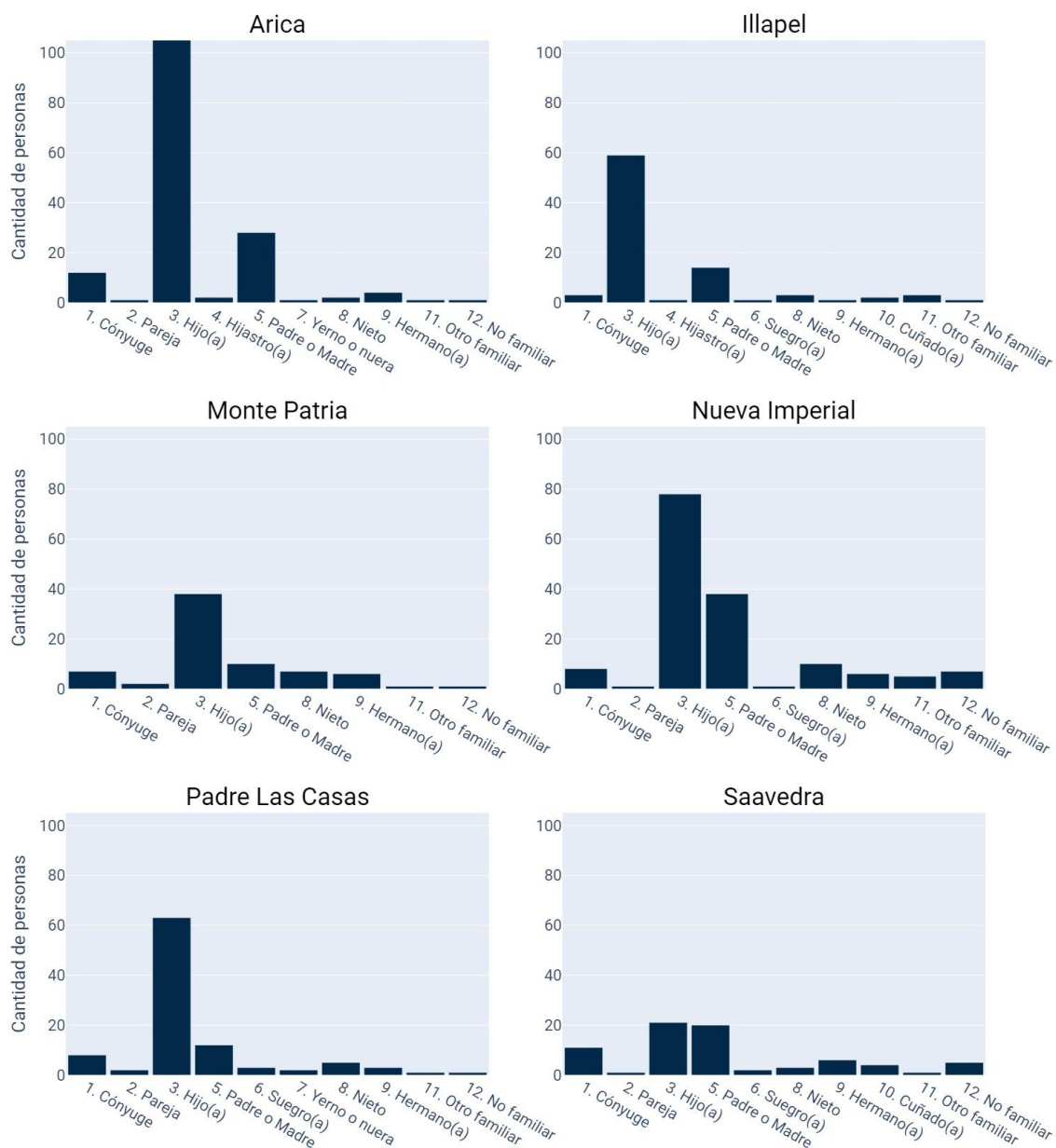


**Gráfico A.3.2.2.: Relación entre edad y dependencia**



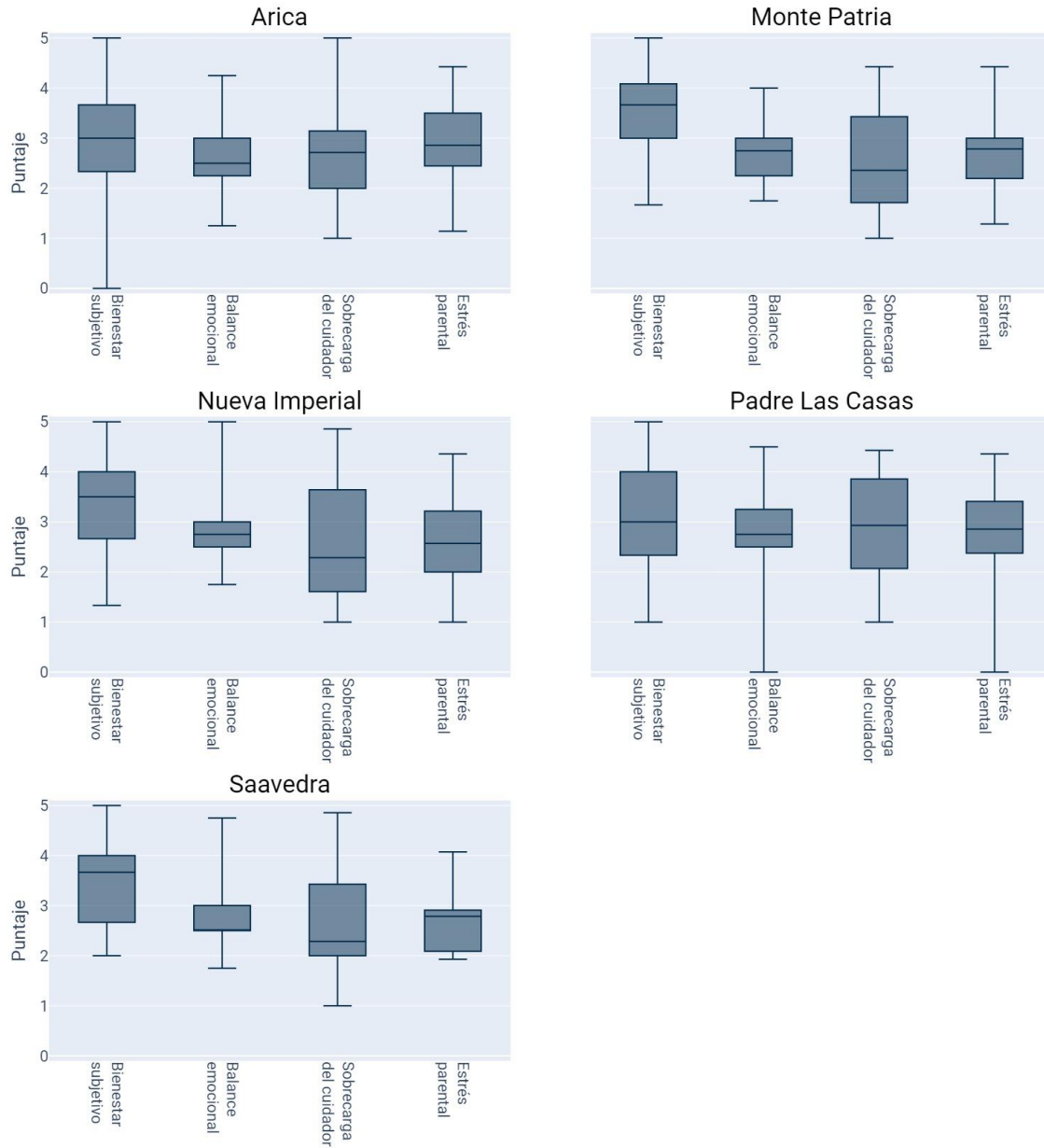
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

**Gráfico A.3.2.3.: Distribución de personas sujetas de cuidado según parentesco**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

**Gráfico A.3.2.4.: Distribución puntajes por escala**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

## Anexo 4: Gastos agregados

**Tabla A.4.1.: Aporte municipal para la operación de cada centro**

| <b>Centro</b>                   | <b>Aporte municipal<br/>(\$ pesos 2025)</b> | <b>Aporte municipal<br/>(% Aporte fiscal)</b> |
|---------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Puerto Saavedra                 | 1.640.000                                   | 2,8%                                          |
| Arica                           | -                                           | 0,0%                                          |
| Nueva Imperial                  | -                                           | 0,0%                                          |
| Padre Las Casas                 | 7.000.000                                   | 12,1%                                         |
| Monte Patria                    | 8.100.000                                   | 14,0%                                         |
| Cerro Navia                     | -                                           | 0,0%                                          |
| Illapel                         | -                                           | 0,0%                                          |
| Curanilahue                     | 10.000.000                                  | 14,3%                                         |
| Arica Norte                     | 21.500.000                                  | 30,7%                                         |
| Angol                           | -                                           | 0,0%                                          |
| Melipeuco                       | -                                           | 0,0%                                          |
| Chanco                          | -                                           | 0,0%                                          |
| Torres del Paine                | -                                           | 0,0%                                          |
| Portezuelo                      | 1.200.000                                   | 2,1%                                          |
| Quellon                         | -                                           | 0,0%                                          |
| Temuco                          | -                                           | 0,0%                                          |
| Pelluhue                        | -                                           | 0,0%                                          |
| Rancagua Villa LT <sup>46</sup> | 50.000.000                                  | 86,4%                                         |
| Rancagua Camino SA              | 50.000.000                                  | 86,4%                                         |

Fuente: Elaboración propia en base a información Sisrec.

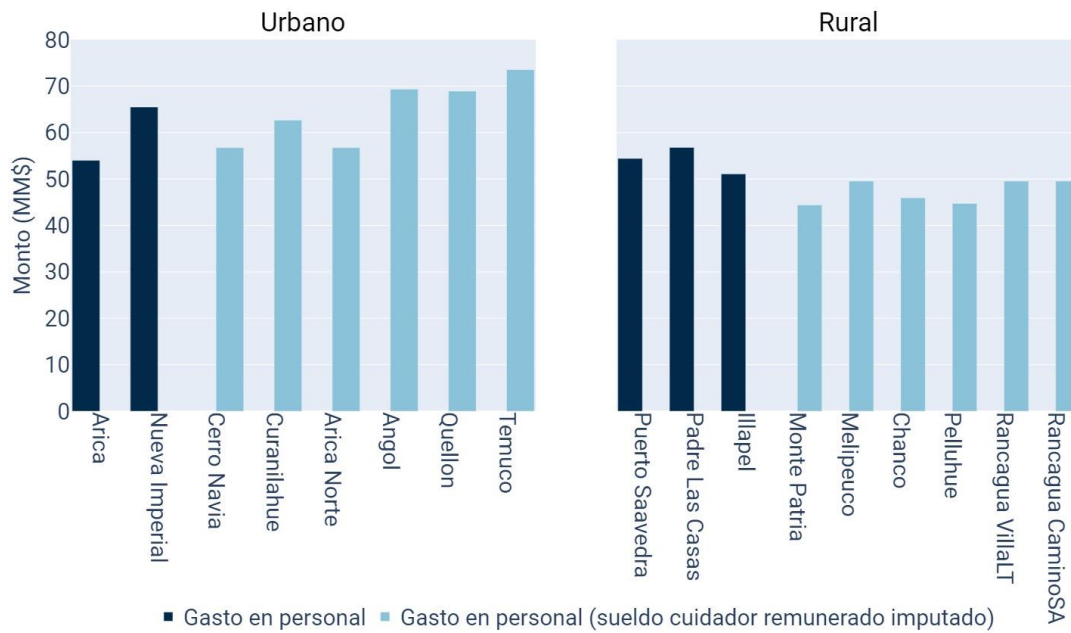
<sup>46</sup> El plan de cuentas de los dos centros, cuyo ejecutor es la municipalidad de Rancagua, reportan un aporte por el mismo monto.

**Gráfico A.4.1.: Trayectoria de las rendiciones de cada centro**



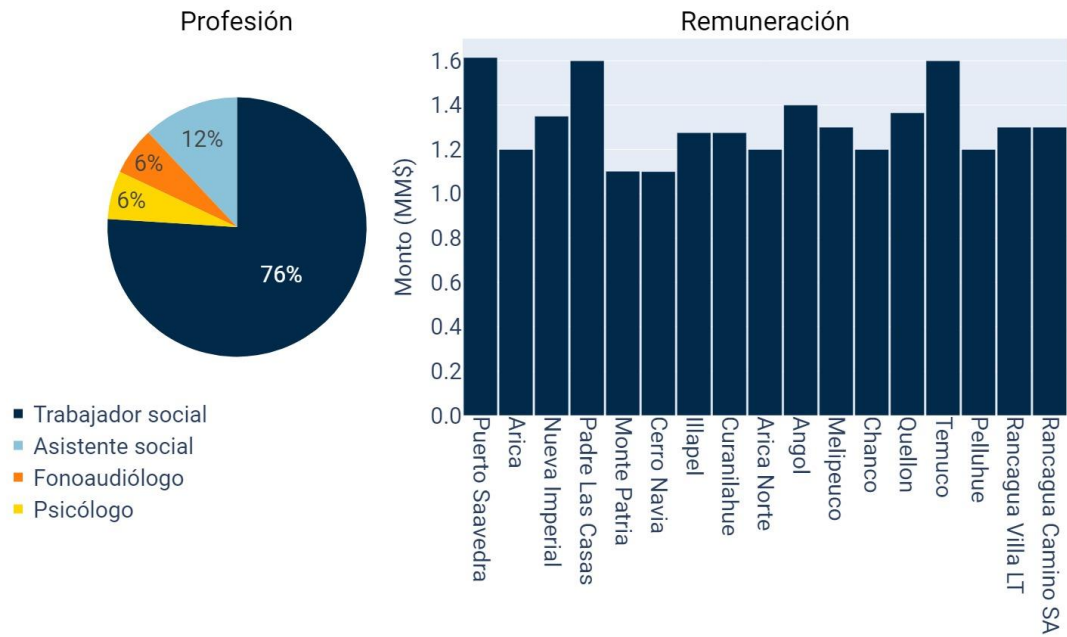
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1.

**Gráfico A.4.2.: Estimación gasto anual en personal**



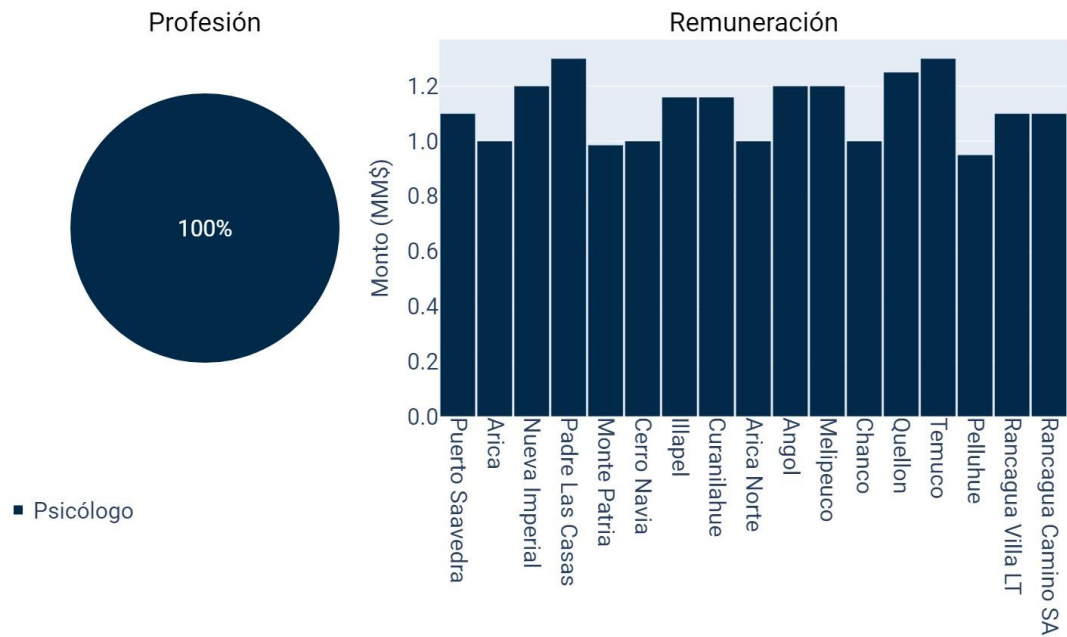
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1 y 2.

**Gráfico A.4.3.: Profesión y remuneración mensual coordinador**



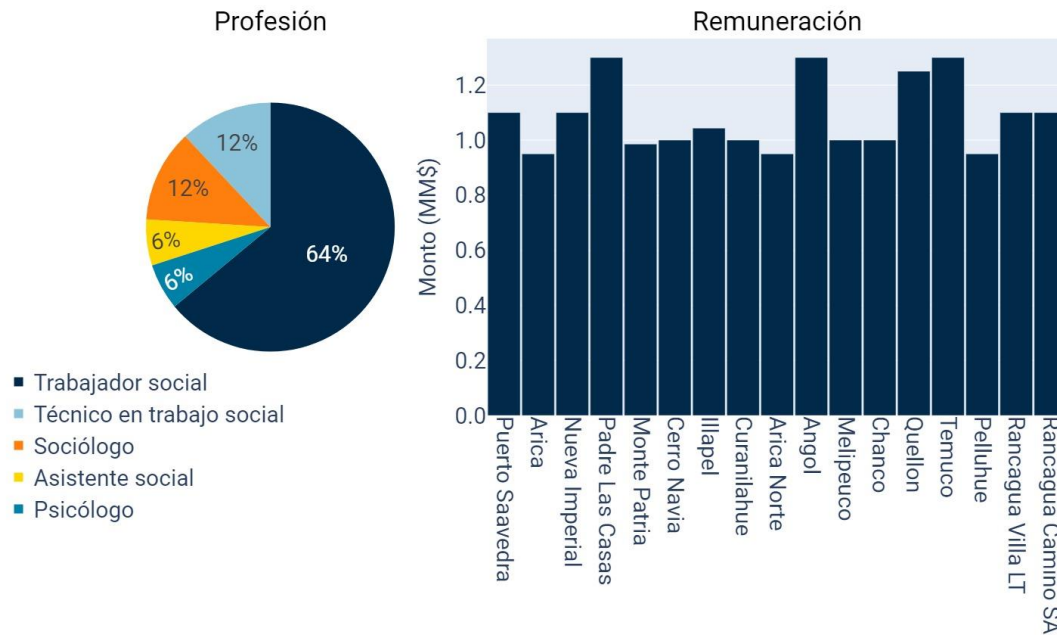
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1.

**Gráfico A.4.4.: Profesión y remuneración mensual gestor psicoemocional**



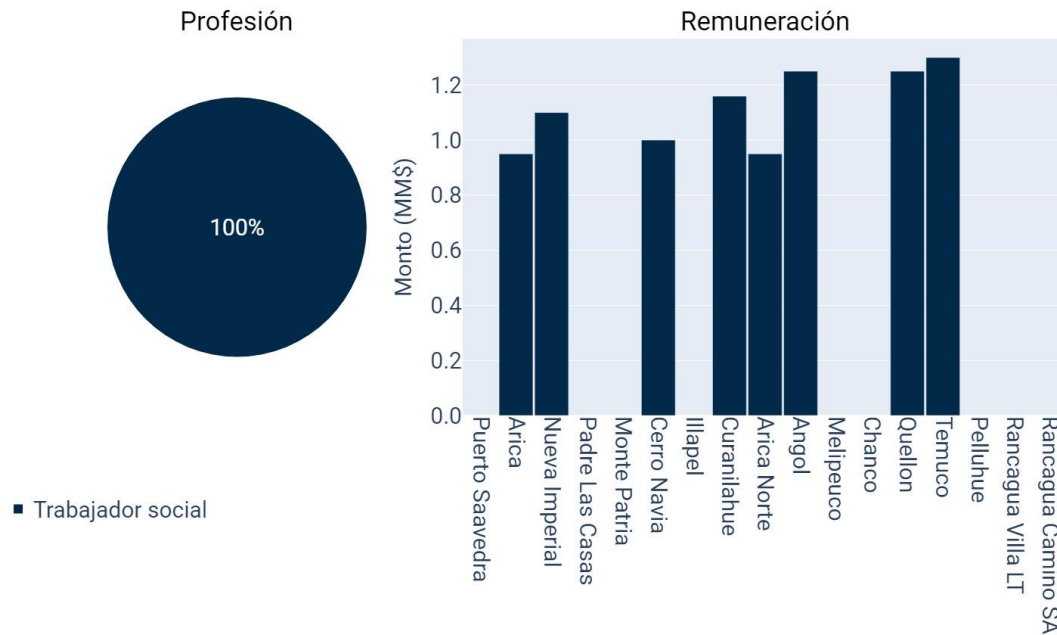
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1.

**Gráfico A.4.5.: Profesión y remuneración mensual gestor comunitario**



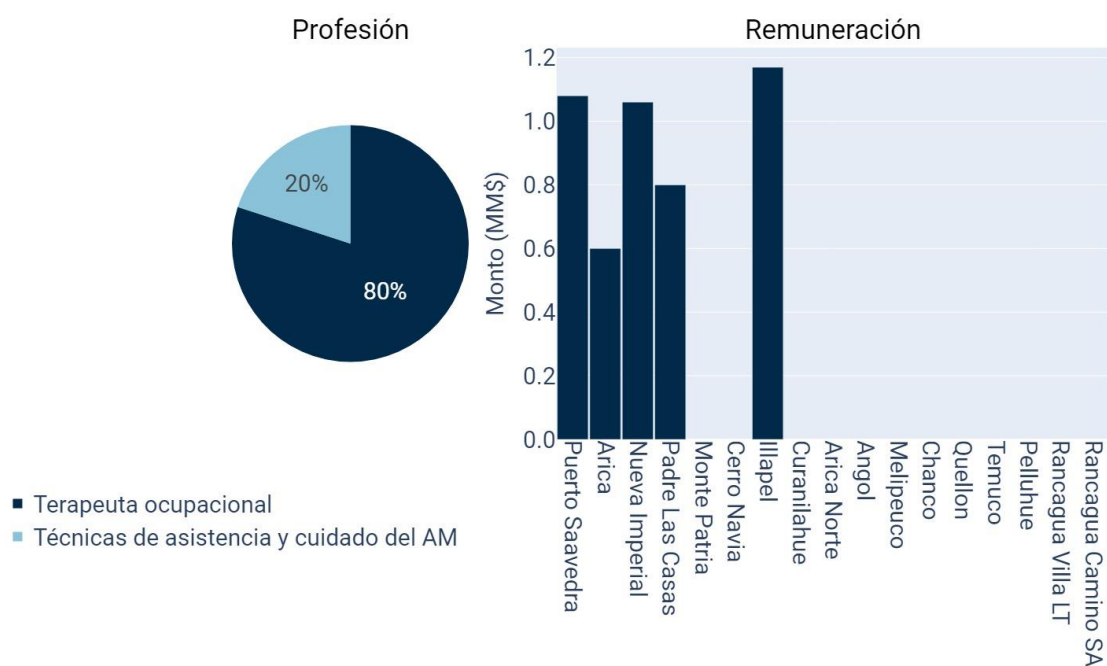
Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1.

**Gráfico A.4.6.: Profesión y remuneración mensual gestor social (sólo centros urbanos)**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 1.

**Gráfico A.4.7.: Profesión y remuneración mensual cuidador remunerado**



Fuente: Elaboración propia en base a Informe Técnico 2.



## Anexo 5: Implementación de la Etapa 0

**Tabla A.5.1.: Monitoreo actividades Etapa 0**

| <b>Actividad</b>                                                                                       | <b>Duración</b>       | <b>Cumplimiento</b>                                                                                                | <b>Problemas identificados</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaborar la Nómina de Potenciales Participantes del programa                                           | Entre semana 1 a la 6 | 100% centros reporta cumplido (16)                                                                                 | Centros urbanos reportan listas con número igual o mayor a la capacidad máxima, algunos rurales mencionan que la lista es menor a la capacidad y que esperan complementar. El retraso en contratación equipo o que el centro no se encontraba completamente habilitado o entregado dificulta la generación de vínculo e interés con la comunidad. |
| Conformar la Mesa de Gestión de Casos y Oferta (o incorporación a Red Local Base de Apoyos y Cuidados) | Semana 4              | De los 16 centros, solo uno reportó no cumplido (Cerro Navia)                                                      | En caso de conformar la mesa, es difícil coordinar una fecha en la que los participantes puedan asistir. Para los casos que se incorporan a la RLAC, dependen de que la red realice reuniones.                                                                                                                                                    |
| Informe Diagnóstico Comunitario de Cuidados                                                            | Semana 8              | De los 16 centros, uno reportó no cumplido (Cerro Navia) y otro en proceso (Torres del Paine).                     | En algunas subactividades sugeridas en las orientaciones metodológicas no llegan los convocados. Los retrasos en la contratación de equipo requerido dificultan cumplimiento en plazo.                                                                                                                                                            |
| Hito de inicio                                                                                         | Semana 8              | De los 16 centros, dos reportaron no cumplido (Angol y Rancagua Villa Las Tranqueras) y otro en proceso (Quellón). | Se atrasa porque se quiere inaugurar el centro en la misma actividad de Hito de inicio, o se espera la asistencia de algún servicio público o autoridad.                                                                                                                                                                                          |

Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Monitoreo de Etapa 0.

## Anexo 6: Implementación de la Etapa 1

**Tabla A.6.1.: Monitoreo actividades Etapa 1**

| <b>Actividad</b>                                                    | <b>Duración (desde inicio etapa)</b> | <b>Cumplimiento</b>                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Devolución de resultados Diagnóstico Comunitario                    | Semana 2                             | 100%                                                                            |
| Conformar mesa técnica                                              | Semana 4                             | 100%<br>Se realizan 8 reuniones en la etapa salvo en Arica que se realizaron 6. |
| Analizar la aplicación de las Fichas de Ingreso y Diagnóstico       | Semanas 2 a 4                        | 100%                                                                            |
| Levantar línea de entrada                                           | Semanas 2 a 4                        | 100%                                                                            |
| Planificar primer trimestre de la Agenda de actividades del Centro  | Semana 4                             | 100%                                                                            |
| Conformar el equipo del servicio de cuidado                         | Semana 4 y 5                         | 4 centros reportan cumplido y uno (Monte Patria) en proceso                     |
| Validar el Plan de Atención Individual                              | Semana 6 y 8                         | 100%                                                                            |
| Diseño Plan de Acción Comunitario                                   | Semana 8                             | 100%                                                                            |
| Planificar segundo trimestre de la Agenda de actividades del Centro | Semana 16                            | 100%                                                                            |
| Planificar tercer trimestre de la Agenda de actividades del Centro  | Semana 28                            | 100%                                                                            |

Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Monitoreo de Etapa 1.

**Tabla A.6.2.: Problemas reportados Etapa 1**

| <b>Problemas identificados en la etapa</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>Centro</b>                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Falta de presupuesto para traslados del equipo, lo cual se profundiza por condiciones climáticas y dispersión de potenciales beneficiarios en el territorio.                                                                                                     | Saavedra                                          |
| Cantidad y dificultad de instrumentos a aplicar a potenciales beneficiarios y reportar a MDSF. Se requiere más tiempo.                                                                                                                                           | Saavedra<br>Padre Las Casas                       |
| Procesos administrativos municipales toman mucho tiempo considerando la duración del convenio.                                                                                                                                                                   | Arica                                             |
| Desconocimiento y poca visualización de la importancia de cuidados. Desconocimiento del programa.                                                                                                                                                                | Arica                                             |
| Baja asistencia a reuniones o citaciones por parte de personas cuidadoras, para aplicar instrumentos. Por lo que en algunos casos parte del equipo profesional fue al domicilio respectivo.<br>Dificultad para contactar potenciales beneficiarios en sus casas. | Nueva Imperial<br>Padre Las Casas<br>Monte Patria |

Fuente: Elaboración propia en base a Matriz de Monitoreo de Etapa 1.

## Anexo 7: Implementación de la Etapa 2

**Tabla A.7.1.: Problemas y desafíos identificados en la Etapa 2**

| <b>Aspecto</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>Centro</b>                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Falta de transporte para acercar a las personas cuidadoras                                                                                                                                                                         | Saavedra<br>Monte Patria                 |
| Se deben ajustar oferta de servicios y actividades al nivel socioeconómico, educacional y cultural (religioso) de personas cuidadoras.                                                                                             | Saavedra<br>Monte Patria                 |
| Problemas presupuestarios para financiar cuidadora remunerada                                                                                                                                                                      | Saavedra                                 |
| No contar con información completa y actualizada sobre la oferta programática y beneficios disponibles en el territorio. Que servicios no reconozcan rol relevante de cuidadoras. Tiempos de respuesta de servicios públicos alto. | Illapel<br>Arica                         |
| Personas cuidadoras enfrentan sobrecarga de responsabilidades.                                                                                                                                                                     | Monte Patria<br>Arica<br>Padre Las Casas |
| Personas se reconozcan como cuidadoras.                                                                                                                                                                                            | Arica                                    |

Fuente: Elaboración propia en base a Información del Informe Técnico 3.

**Tabla A.7.2.: Logros percibidos por el equipo de trabajo en la Etapa 2**

| <b>Principal Logro</b>                                                                                                                                                                                                                                    | <b>Centro</b>   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obtención de personalidad jurídica para organización de cuidadoras.</li> <li>- Instalación del cuidado como una temática social relevante.</li> </ul>                                                            | Saavedra        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar derivaciones pertinentes y contextualizadas a las realidades de beneficiarios.</li> <li>- El centro visto como la puerta de entrada al municipio, y donde se accede a oferta intersectorial.</li> </ul> | Illapel         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor empoderamiento de las cuidadoras y aumento cohesión social y participación en las organizaciones territoriales.</li> </ul>                                                                                 | Monte Patria    |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ferias de servicios que están alineadas con demandas locales.</li> <li>- Coordinación con servicios públicos.</li> <li>- Gestión de derivaciones con seguimiento a través de plataforma GSL.</li> </ul>          | Nueva imperial  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento gestión y coordinación interinstitucional para garantizar acceso oportuno a prestaciones</li> <li>- Reconocimiento de personas cuidadoras en el territorio</li> </ul>                            | Arica           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinaciones interinstitucionales</li> <li>- Visualización de la necesidad del autocuidado de personas cuidadoras.</li> <li>- Relación de confianza y buena comunicación con personas cuidadoras</li> </ul>    | Padre Las Casas |

Fuente: Elaboración propia en base a Información del Informe Técnico 3.

## Anexo 8: Resumen implementación por Centro Comunitario de Cuidados

- **Puerto Saavedra**, desde el catastro hasta el término de la etapa 2, es el único que logra tener llenar su capacidad al 100% y sin deserción. En C2, se especializa en talleres (hace 52) y solo una de cada una de las otras actividades. En todas tiene asistencia promedio de 10 - 20 personas, muy parecido a los otros centros rurales. Realiza bajo número de derivaciones (12) a servicios públicos. A C3 todos los beneficiarios fueron derivados, principalmente participan en actividades grupales (24 personas en grupos de autoayuda y 19 en taller psicoeducativo), las que tienen alta asistencia (85% y 43%, respectivamente). Derivan sin éxito a 17 personas a salud mental. En C4, la mitad lo usa, con alta tasa de servicio por usuario (10 servicios por usuario). En C5, el 20% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Es de los que más actividades comunitarias realizó (29) y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 60% de asistencia.
- **Arica**, a pesar de que en el catastro logra identificar un número superior de personas a su capacidad, al final de la etapa 1 no logra tener 120 PAI firmados (80 firmados y 26 por firmar), alcanzando finalmente solo un 69% de capacidad (83 personas), la menor de los centros. En C2 realiza pocas actividades (2 ferias de servicios y 11 talleres), pero logra alta asistencia, alcanzando una tasa de asistente por actividad muy alta (57 y 19, respectivamente). Realiza 45 derivaciones al sector público. A C3, el 54% de los beneficiarios fueron derivados: 30 personas participaron en atención de casos, 23 en grupos de autoayuda y 11 en el taller psicoeducativo. La asistencia a estas actividades es de las más bajas (56%, 34% y 10% respectivamente). No realizan derivaciones a salud mental. En C4, el 69% de los beneficiarios utiliza el servicio de cuidado, pero en promedio, no lo ocupa más de dos veces cada persona. En C5, el 40% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Realiza 15 actividades comunitarias y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 16% de asistencia.
- **Nueva Imperial**, construye un catastro con 200 potenciales participantes, aunque al final de la etapa 1 solo obtienen 103 PAI firmados y validados, y al final de la etapa 2 concluyen con 102 beneficiarios (85% de su capacidad). En C2 realiza muy pocas actividades (2 ferias de servicios, 5 operativos móviles y 3 talleres) pero logra alta asistencia, alcanzando las mayores tasas de asistente por actividad (25, 49 y 31, respectivamente). Además, es el centro que mayor número de derivaciones a servicios públicos realizó (196). A C3, el 40% de los beneficiarios fueron derivados: 31 participaron en atención de casos, 18 en grupos de autoayuda y 15 en el taller

psicoeducativo. La asistencia a estas actividades es alta (68%, 67% y 39% respectivamente). De 22 personas derivadas a servicios de salud mental, solo el 18% fue logrado. En C4, el 28% de los beneficiarios utiliza el servicio de cuidado con alta tasa de servicio por usuario (10 servicios por usuario). En C5, el 96% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Realiza 10 actividades comunitarias y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 18% de asistencia.

- **Padre Las Casas**, presenta un catastro con 65 personas al finalizar la etapa 0 y logra 60 PAI validados y firmados. Sin embargo, al final de la etapa 2 se reportan 56 beneficiarios (6.7% de deserción, logrando un 93% de su capacidad). En C2, realiza un alto número de talleres (21), complementando con cursos (7), ferias de servicios (2) y operativos móviles (5), con asistencia promedio de 10 - 20 personas, muy parecido a los otros centros rurales. Alto número de derivaciones (69) a sectores públicos. A C3 todos los beneficiarios fueron derivados, y en particular, en la atención de casos con 100% de asistencia por parte de todos los participantes. También participaron en actividades grupales (14 personas en grupos de autoayuda y 10 en taller psicoeducativo), las que tienen baja asistencia (10% y 8%, respectivamente). Logran derivar a una persona a salud mental. En C4, el 100% de los beneficiarios utiliza el servicio de cuidado, pero en promedio, lo ocupa un poco más de dos veces cada persona. En C5, el 100% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Es de los que más actividades comunitarias realizó (30) y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 14% de asistencia.
- **Monte Patria**, en su catastro identifica un número menor a su capacidad (54), luego al final de la etapa 1, logra 58 PAI validado (firmados y en proceso de firma), pero finalmente los beneficiarios fueron 50 (83% de la capacidad). En C2, realiza 1 curso, 4 operativos móviles y 10 talleres, con asistencia promedio de 10 – 13 personas, de las más bajas entre las comunas rurales. Solo realizaron una derivación a servicios públicos. A C3 todos los beneficiarios fueron derivados, y participaron 17 en atención de casos, 7 en grupos de autoayuda y 13 en taller psicoeducativo, las que tienen alta asistencia (89%, 91% y 22%, respectivamente). Derivan sin éxito a 14 personas a salud mental. En C4, solo 8 beneficiarios utilizan el servicio de cuidado, con un poco más de dos veces cada persona. En C5, el 100% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Es de los que más actividades comunitarias realizó (27 y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 7% de asistencia.

- **Illapel**, en su catastro identifica un número menor a su capacidad (5), y finalmente los beneficiarios fueron 46 (77% de la capacidad). En C2, realiza solo 2 operativos móviles y 9 talleres, con asistencia promedio de 10 – 16 personas. Realizaron 11 derivaciones a servicios públicos. A C3 el 98% de los beneficiarios fueron derivados, y participaron 20 personas en atención de casos, 16 en grupos de autoayuda y 3 en taller psicoeducativo. Las asistencias promedio fueron 66%, 30% y 2%, respectivamente. En los últimos dos casos, es la más baja entre los centros. Derivan sin éxito a 11 personas a salud mental. En C4, el 41% de los beneficiarios utilizan el servicio de cuidado, con cerca de ocho veces cada persona. En C5, el 98% de los beneficiarios tiene actividades comunitarias en su PAI. Realiza 12 actividades comunitarias y, en promedio, los beneficiarios tuvieron 15% de asistencia.





DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS