

RESUMEN EJECUTIVO

PROGRAMA CENTROS COMUNITARIOS DE CUIDADOS

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

Enero, 2026



RESUMEN EJECUTIVO

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.
Resumen Ejecutivo. Departamento de Evaluación, Transparencia y Productividad.

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



NOMBRE PROGRAMA: Centros Comunitarios de Cuidados
AÑO DE INICIO: 2024
MINISTERIO RESPONSABLE: Ministerio de Desarrollo Social y Familia
SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Servicios Sociales

RESUMEN EJECUTIVO

Período de Evaluación: 2024-2025

Presupuesto año 2025 (miles \$2025): \$4.730.940

Introducción

El presente informe corresponde a la Evaluación Focalizada de Ámbito (EFA) de los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC), que dependen de la Subsecretaría de Servicios Sociales (SSS) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), durante el período 2024-2025.

La evaluación es focalizada en los ámbitos de costos e implementación, y su objetivo general es identificar espacios de mejora en su desempeño. Entre los objetivos específicos se encuentra estimar los costos fijos y variables de cada uno de los centros; evaluar la etapa de instalación de los centros, a través la información levantada de potenciales beneficiarios, la cobertura efectiva y la producción de planes de atención individual; y evaluar la etapa de implementación de los centros, mediante la comparación de las prestaciones y servicios entregados con los planificados, y el análisis de la participación de los beneficiarios.

Descripción general del Programa

Los centros comunitarios son recintos que ofrecen diversos servicios orientados a personas cuidadoras no remuneradas, con el objetivo de aumentar su bienestar subjetivo. Su ejecución la realizan los municipios regulada a través de un convenio con la SSS, quien entrega los recursos. 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.

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. 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.

Principales resultados de la evaluación

Dado que el programa comenzó a implementarse en 2024, en la presente evaluación sólo se cuenta con información de 19 centros que han rendido los recursos transferidos. El análisis de estas rendiciones indica que una proporción mayoritaria del gasto se destina a personal: en al menos el 79,9% de los centros este ítem representa la principal categoría de gasto, la que alcanza en promedio el 91,9% del total ejecutado. Esta composición del gasto se asocia a la estructura definida del equipo de trabajo requerido para la operación de los centros y al nivel de remuneraciones asociado a dichos cargos, las cuales se encuentran en línea con los promedios observados en el mercado laboral para las respectivas áreas de formación de los profesionales contratados.

De acuerdo con estos resultados, los centros no cuentan con 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.

Para analizar la etapa de instalación y diagnóstico comunitario (etapa 0), se dispuso de información de 17 centros. Al examinar la información del catastro de personas, instituciones y organizaciones; principal producto de esta etapa, 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 de diagnóstico y plan de atención por persona cuidadora (etapa 1), dado que es el instrumento que orienta el acompañamiento a la persona cuidadora durante todo su proceso de participación en el programa. Para este análisis, se dispuso de información de cinco centros. Destaca que sólo uno de ellos (Puerto Saavedra) concluyó la etapa 1 con planes de atención individual validados y firmados para su capacidad máxima.

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 individual. 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%.

Principales recomendaciones

A nivel de 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.

A nivel de 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.



DIRECCIÓN DE PRESUPUESTOS