



Transitar hacia una política nacional de Cuidados

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**Alumno: Nicolás Wiechert Risopatrón
Profesor Guía: Oscar Landerretche Moreno**

Santiago, agosto de 2023

ÍNDICE

El fenómeno biopsicosocial de la dependencia y la Crisis de los Cuidados en Chile	3
Posibilidades de mejora: Tensiones políticas y técnicas	5
Metodología y resultados	9
Conclusiones	18
Bibliografía y referencias	21
Apéndice	23
FIGURA 1: Modelo de gestión del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC).	23
FIGURA 2: El Diamante de los Cuidados (Razavi, 2007). Elaboración propia.	23
TABLA 1: Tipología de comunas del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC).	24

El fenómeno biopsicosocial de la dependencia y la Crisis de los Cuidados en Chile

Uno de los mayores desafíos que enfrenta Chile de cara al futuro próximo es lo que conocemos como la Crisis de los Cuidados, cuyo origen y explicación son complejos y de carácter multifactorial. Como toda crisis, la de los cuidados se define por una escasez progresiva y creciente de éstos. Y si tal situación no se aborda oportunamente, las consecuencias repercutirán en millones de personas.

Para comprenderla, debemos remontarnos al origen del problema, es decir, al hecho de que ciertos individuos necesiten de que otros los cuiden. Comúnmente, se conoce a esta necesidad como el “fenómeno biopsicosocial de la dependencia”, que en términos simples, se trata de las necesidades que surgen desde una persona incapacitada para realizar actividades básicas, instrumentales y/o avanzadas de su vida diaria¹. La dependencia es, entonces, el estado o situación de la persona que necesita apoyos y cuidados provistos por un tercero².

De lo anterior se desprende que, además de estar afectada la propia persona que padece la dependencia, a ella se suman uno o más individuos que se hacen cargo de cuidarla, es decir, su cuidador/a principal (en adelante, CP) y cuidadores secundarios, en caso de haberlos. Entonces, el concepto de “cuidados provistos por un tercero” corresponde a la entrega cotidiana de bienestar a una persona con dependencia funcional (en adelante, PcDF), que se materializa en forma de asistencia en actividades diarias como comer, vestirse, asearse, o desplazarse; así como en tareas domésticas de aseo, preparación de comidas, lavado de ropa, entre otras.

Por lo tanto, el/la CP es toda persona que permanentemente asiste, ya sea de forma gratuita o remunerada, la realización de actividades de la vida diaria en el entorno del hogar a PcDF, estén o no unidas por vínculos de parentesco, según estipula la Ley N°20.422, en su Artículo Sexto. Estas personas, cuando no perciben una remuneración por sus cuidados, se ven expuestas a una serie de vulnerabilidades de carácter multidimensional, donde el factor económico, psicológico y de integración social se ve comprometido, dada la cantidad de tiempo y energía que destinan a cuidar.

Y no se trata de casos aislados: En Chile, de acuerdo a información del Registro Social de Hogares (en adelante, RSH), existen 650 mil hogares con al menos un integrante con dependencia moderada o severa. Y a esta realidad se suma el factor de inequidad de género que feminiza los cuidados: De acuerdo a cifras de la cobertura nacional del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, un 81% de las personas que realizan labores de cuidados -con o sin remuneración- son mujeres.

Ahora bien, la dependencia como fenómeno biopsicosocial afecta a la población de manera transversal, aunque tiende a concentrarse en ciertos grupos etarios y socioeconómicos. De acuerdo a información Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) 2022, la población del

¹ Para mayor información acerca de cómo se clasifican las Actividades de la Vida Diaria (AVD), que son un indicador determinante para establecer el grado de dependencia de una persona, revisar el Anexo 1 en el documento de Anexos.

² Para mayor información acerca de lo que son los apoyos y lo que son los cuidados, además de las diferencias que ambos conceptos tienen entre sí, revisar el Anexo 1 en el documento de Anexos.

quintil más vulnerable presenta hasta casi tres veces más casos de dependencia moderada o severa que la población del quintil menos vulnerable: 9.1% contra 3.3%, respectivamente. En términos de tramos etarios, la propia ENDIDE 2022 arroja que alrededor de un 63,7% de las personas con dependencia moderada o severa en Chile son personas mayores de 60 años.

Otro aspecto relevante es el carácter irreversible de la dependencia funcional: A medida que el tiempo avanza, el nivel de dependencia aumenta. En ese sentido, es importante diferenciar la dependencia funcional de la discapacidad o de la indisposición temporal. La dependencia es una condición permanente y progresiva, cuyo avance es posible ralentizar, más no detener del todo. Y a diferencia de la discapacidad, es necesariamente inhabilitante para que una persona realice ciertas actividades de la vida diaria³, lo que hace de los cuidados una necesidad impostergable.

Dicho eso, ¿por qué se considera que hay una crisis vinculada a los cuidados? En pocas palabras, existe una alta y creciente necesidad de cuidados, y un acotado y decreciente número de individuos dispuestos a cuidar. Los cuidados, como ya se explicó anteriormente, son una tarea necesaria para preservar la vida y dignidad de las personas con dependencia (PcDF). Y como en Chile hay una demanda que supera con creces a la oferta, la situación se ha tornado crítica.

Si nos remitimos a las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y la Encuesta Casen 2017, nos encontramos con que la población del país envejece a un ritmo acelerado, donde cada mujer tiene 1,77 hijos en promedio, generando más población mayor que demanda cuidados y menos jóvenes que los provean. En ese sentido, cabe recordar que un 63,7% de PcDF moderadas o severas son mayores de 60 años, lo que marca una tendencia que vincula a la dependencia con el envejecimiento.

Por otro lado, y también de acuerdo a Casen 2017, ha aumentado en un 6,4% el número de hogares unipersonales compuestos por una persona mayor, lo que genera el mismo problema mencionado anteriormente que se asocia al envejecimiento. La diferencia, en este caso, es que en este tipo de hogar hay una menor probabilidad de que la persona cuente con redes de apoyo.

Otro factor que agrava esta Crisis de los Cuidados son las implicancias que la inequidad de género trae consigo: Como la distribución de las tareas domésticas y de cuidados han sido históricamente asumidas por las mujeres, se genera un problema de relevo ante la incorporación de la mujer al mercado laboral. Aquello se traduce en que la cantidad de personas con tiempo disponible para cuidar se reducirá en cada vez mayor medida si los hombres no asumen también parte de esa carga.

De acuerdo a información del Observatorio de Género y Equidad, la distribución rígida de tareas domésticas y de cuidados que asumen las mujeres dentro del hogar no ha variado significativamente, lo que les genera una sobrecarga física y emocional. Esto sucede sobre todo cuando no hay relevo en el domicilio, realidad cada vez más frecuente, donde de acuerdo a la Encuesta Casen 2017, hubo un aumento del 16,5% en los hogares mono-maternales con jefas de hogar que trabajan.

En síntesis, se observa que el envejecimiento de la población chilena aumenta la demanda de cuidados por parte de las personas mayores, mientras disminuye su potencial oferta desde los tramos más jóvenes. Esto, al tiempo que la permanencia de la inequidad de género en nuestra sociedad

³ Para mayor información acerca de cómo se diferencia la dependencia de la discapacidad, revisar el Anexo 1 en el documento de Anexos.

termina por socavar la calidad de vida de las PcDF, en un contexto social en el que las mujeres potencialmente cuidadoras aún no pueden equilibrar su vida laboral y doméstica sin presentar sobrecarga física o mental. De acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), un 77% de las mujeres que realizan labores de cuidados tuvieron que dejar de trabajar para poder hacerlo.

Ahora bien, incluso si los cuidados no solo se realizan para PcDF, sino que también con niños, niñas y adolescentes (NNA), en este estudio el enfoque estará sólo en la dependencia. Esto, dada su naturaleza irreversible que genera una necesidad permanente de cuidados, en contraste con lo que ocurre con NNA, donde eventualmente crecerán hasta convertirse en adultos autónomos.

En este contexto, la principal interrogante a responder es: ¿Cómo podemos integrar la oferta pública y crear un sistema de protección para abordar la Crisis de los Cuidados en Chile? Aquello se responde, *a priori*, por dos cosas: **(i)** Identificando cómo se articula la oferta estatal existente y **(ii)** proponiendo ampliar el abanico de prestaciones y/o mejorar las que ya operan.

Posibilidades de mejora: Tensiones políticas y técnicas

Para identificar la oferta ya operativa para dependencia y cuidados, se opta por comenzar a través del programa índice que aborda la temática desde un enfoque intersectorial y socio-comunitario: El Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC), presente en 90 de las 346 comunas del país.

Según el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el PRLAC, “tiene como propósito, acompañar y apoyar a personas de todo rango etéreo en situación de dependencia moderada o severa, así como a su cuidador/a principal y su familia (...) Su intervención consiste en visitas directas a los hogares de cada usuario, realizadas por funcionarios del municipio (...) También implica un seguimiento permanente a los hogares, mediante visitas y llamadas telefónicas, para reconocer los avances y nuevas necesidades que surjan en el hogar” (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

La intervención está dirigida a hogares con personas con dependencia moderada o severa que sean parte del 60% más vulnerable de acuerdo al RSH. Esta oferta estatal se rige a partir de un modelo de gestión, que se grafica en la Figura 1 (ver apéndice). Como se observa en la figura, el primer paso de la instalación del PRLAC en cada territorio es identificar actores potenciales que puedan conformar las redes básica y ampliada de apoyos y cuidados en la comuna intervenida.

Luego, se realiza el proceso de generar una nómina con diadas del cuidado, que consisten en la unidad de intervención del programa, que se compone de la PcDF y su CP. De esta forma, el PRLAC ingresa a su cobertura a aquellas diadas que cumplan con el perfil requerido y las deriva a los servicios disponibles en la Red comunal, haciendo seguimiento periódico a sus avances⁴.

Dicho lo anterior, cabe señalar que el principal valor de la Red Local es que coordina el trabajo intersectorial en dependencia y cuidados. Y aunque hay otras ofertas, del Ministerio de Salud por ejemplo, que se derivan usuarios entre sí, ninguna tiene el mismo rol articulador del PRLAC. Por lo

⁴ Para mayor información sobre el programa Red Local de Apoyos y Cuidados, con sus distintas etapas y componentes, revisar el Anexo 2 en el documento de Anexos.

tanto, y atendiendo a la interrogante planteada acerca de cómo integrar la oferta pública, se puede descartar la necesidad de generar otro vector de coordinación a nivel intersectorial, al menos desde un enfoque socio-sanitario, puesto que el programa ya existe para ese objetivo.

Lo anterior, sin embargo, no implica que dicha función no pueda potenciarse: Al igual como ocurre con las Oficinas Locales de la Niñez, se pueden proponer leyes que obliguen a ciertos actores a formar parte de estas redes locales, asumiendo una responsabilidad legal asociada a su participación.

Sin embargo, la implementación del PRLAC, al abordar la temática de la dependencia y los cuidados desde un enfoque asistencial y de forma integral, no genera tensiones políticas o técnicas, ya que se concentra en suplir la necesidad más evidente. Distinto es el caso del que trata este estudio: La Crisis de los Cuidados como tal y por consiguiente, el cómo abordarla desde este punto, ya considerando los avances logrados desde el Programa Red de Apoyos y Cuidados.

En esa misma línea, y entrando a lo que se consideran las tensiones técnicas respecto al abordaje de la Crisis de los Cuidados en Chile, resulta pertinente separarlas en cuatro categorías:

1. **La ausencia de un enfoque de promoción y prevención** que trascienda la mirada asistencialista en la oferta estatal existente.
2. La saturación de los servicios públicos en general, ligada a las **limitaciones presupuestarias**.
3. Las **dificultades logísticas** que obstruyen el acceso del público a las prestaciones disponibles, sobre todo en términos de movilización, que **agravan su situación de aislamiento**.
4. La **asimetría en la información** que manejan los distintos servicios públicos que trabajan la temática y los **problemas de agencias** que se generan en la gestión de casos.

Con respecto a la oferta estatal en materia de dependencia y cuidados distinta a PRLAC, se detectó un número acotado de programas sociales que abordan la temática y que puedan ser futuros integrantes de un mayor Sistema Nacional de Cuidados. En concreto, son solo doce, y se reparten en su mayoría dentro de la oferta ministerial de Salud y de Desarrollo Social, bajo el alero del Servicio Nacional de la Discapacidad y el Servicio Nacional del Adulto Mayor⁵.

Al indagar sobre su modelo de intervención, se concluye que la mayor parte de estos programas se construye a partir de la asistencia directa, lejos de la compleja tarea que sería abordar esta crisis desde la promoción y la prevención. Al ser la dependencia un fenómeno de causas multifactoriales, no se puede establecer un camino único para prevenirla, por lo que tendrían que generarse tantas políticas públicas como posibles causas de la dependencia para que el enfoque de prevención sea completo.

Sin embargo, y dentro de las causas que se identifiquen, se pueden priorizar aquellas que aborden problemas específicos que afectan a un porcentaje significativo de personas, previniendo que haya más PcDF. Un ejemplo podría ser el promover a gran escala los hábitos de alimentación saludable y ejercicio al aire libre, a través del Sistema Elige Vivir Sano o el Programa de Promoción de la Salud.

Pero respecto a las políticas de promoción y prevención asociadas al envejecimiento y discapacidad, principales factores relacionados a la dependencia, se encuentran las siguientes:

⁵ Para mayor información acerca de los programas sociales con mayor vinculación al Programa Red Local de Apoyos y Cuidados desde un enfoque socio-sanitario, revisar Anexo 3 en el documento de Anexos.

- Envejecimiento: Programa Envejecimiento Activo, Voluntariado País de Mayores, Centros Diurnos del Adulto Mayor y Fondo Nacional del Adulto Mayor.
- Discapacidad: Tránsito a la Vida Independiente (TVI), Fondo Nacional de Proyectos Inclusivos (FONAPI), Programa Ayudas Técnicas y Estrategia de Desarrollo Local Inclusiva (EDLI). Ley de Accesibilidad Universal.

Pese al potencial de promover el enfoque de promoción y prevención desde los programas que se mencionan, el problema radica en la disponibilidad de recursos que resulta del bajo impacto reflejado en los indicadores que evalúan su desempeño. Según la plataforma gubernamental Data Social, a partir de la cual se pueden extraer Informes de Seguimiento de todos los programas sociales del Estado, el porcentaje de cumplimiento en sus indicadores de propósito que en promedio logran los programas Elige Vivir Sano, Envejecimiento Activo, Centros Diurnos del Adulto Mayor, TVI y FONAPI -todos de presupuesto nacional por debajo de los \$1.000 millones- no llegan al 30%, dándose además que no pueden evaluarse dos terceras partes de los indicadores identificados.

En ese sentido, la limitación presupuestaria es un mal que padece toda oferta estatal. Los cupos son limitados y no alcanzan a llegar siquiera al 5% de la población que requiere de los distintos servicios. Ejemplos de aquello son las coberturas de hasta 60 personas por comuna en el Servicio de Atención Domiciliaria del PRLAC o la capacidad limitada de los CESFAM y hospitales para ingresar pacientes al Programa de Atención Domiciliaria para Dependencia Severa (PADDS). Las listas de espera para acceder a estas prestaciones de Salud oscilan desde los tres hasta los nueve meses.

En lo referente a las dificultades logísticas, la más compleja de abordar es la movilización de usuarios a los dispositivos a los que deben concurrir, dado su alto costo. En los casos en los que una persona no puede desplazarse a recibir una prestación comprometida, se corre el riesgo de que se pierden horas médicas o citas para realización de exámenes en el sistema público de Salud, en un contexto en el que los tiempos de espera para dichos servicios son prolongados. Y cuando ello ocurre, el paciente que perdió su hora debe solicitar otra nuevamente, generando una mayor saturación en el sistema.

Un ejemplo de ello es lo que ocurre con el subsidio del Fondo Nacional de Salud (FONASA) para los pacientes que requieren diálisis. El monto máximo a pagar corresponde a los \$800 mil mensuales, lo que cubre la mayoría, sino la totalidad del costo del tratamiento. Según la última encuesta de Hemodiálisis Crónica en Chile, realizada por la Sociedad Chilena de Nefrología, 23.598 personas reciben hemodiálisis y 1.482 diálisis peritoneal, ambos tratamientos incluidos dentro de las patologías garantizadas por el plan AUGE, cuyos valores van de los \$ 750 mil a los \$ 900 mil pesos (Encuesta de Hemodiálisis Crónica en Chile, 2021).

Este aporte ayuda a personas de escasos recursos a que accedan a un tratamiento crítico para su salud. Sin embargo, el 9,2% de los más de 23 mil pacientes que requieren hemodiálisis crónica en Chile está postrado/a de forma permanente. Por lo tanto, para trasladar a estas personas a sus respectivos centros de diálisis, los vehículos deben tener la capacidad de que una persona postrada en un catre clínico o sentada en una silla de ruedas pueda subirse. Y para este fin, un vehículo común y corriente no sirve, por lo que necesariamente se requiere de traslado en ambulancia.

El problema surge en que los convenios que FONASA tiene con los centros de diálisis no incluyen movilización para los beneficiarios del subsidio, por lo que gestionar una ambulancia con cargo a

esta prestación no es factible. Pero por otra parte, las ambulancias de APS y dispositivos de Salud en general ya están comprometidas para el traslado de otros pacientes, por lo que la posibilidad de gestionar el traslado a un centro de diálisis para una persona postrada mediante la red pública es improbable. Entonces, sólo queda contratar un servicio particular o no realizar adecuadamente su tratamiento de diálisis, que potencialmente agrave su condición.

Otro aspecto relevante en el abordaje de la Crisis de los Cuidados en Chile consiste en la asimetría en la información que manejan los distintos servicios públicos que trabajan la temática. Si bien, el PRLAC en su rol articulador se encuentra desarrollando una plataforma informática a la que todos los actores de sus redes locales puedan acceder, la información sobre las diadas / pacientes aún está dispersa en distintas bases de datos que se manejan desde servicios diferentes. Por lo tanto, no es de extrañar que exista asimetría y descoordinación en estos términos.

Sin embargo, existen avances en esta materia que tienen que ver con la información del RSH, a través de la creación de un Complemento por Cuidados⁶. Esta medida consiste en que, a partir de la inscripción de personas cuidadoras formalmente reconocidas por dicho instrumento de focalización, se genera una credencial virtual en forma de código QR que les permite atención preferencial en los servicios estatales que atienden público, como Registro Civil, dispositivos de Salud, Chile Atiende, IPS, etc.

En lo que respecta a las tensiones políticas relacionadas a la Crisis de los Cuidados, cabe señalar que éstas tienen que ver, principalmente, con la falta de corresponsabilidad en los cuidados, tanto a nivel macrosocial como microsocioal.

De esta forma, la organización social del cuidado (OSC), analiza la provisión de cuidado que la familia, el mercado, la comunidad organizada y el Estado proporcionan a la sociedad. En ese sentido, se ha propuesto una política a nivel macro-social de corresponsabilidad en los cuidados, lo que implica una conciliación entre la vida laboral y la vida familiar, donde las tareas de cuidados sean compartidas por los actores mencionados anteriormente (Daly y Lewis, 2000).

Para graficar estas interrelaciones, en la Figura 2 del Apéndice se ilustra lo que se conoce como el Diamante del Cuidado (Razavi, 2007), que indica la presencia de estos cuatro actores -Estado, mercado, familia y comunidad-, pero también las relaciones que se establecen entre ellos. De acuerdo a esta teoría, la provisión de los cuidados no ocurre de manera aislada, sino que resulta de un trabajo conjunto entre los entes que forman el Diamante, estableciendo roles, límites y responsabilidades.

Si se observa la OSC en su conformación actual, concretamente en la sociedad chilena, resaltan dos factores centrales que determinan un incumplimiento en la propuesta de Razavi a través de su Diamante del Cuidado: **(i)** No se detecta una distribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hogares, Estado, mercado y organizaciones comunitarias; **(ii)** y la falta de regulación al respecto, que permite, y por ende ampara, que esta inequidad se perpetúe.

En síntesis, la evidencia muestra que el trabajo del cuidado es asumido mayoritariamente por los

⁶ Para mayor información acerca del Complemento por Cuidados del Registro Social de Hogares, revisar Anexo 4 en el documento de Anexos.

hogares y, dentro de éstos, por las mujeres. Desde esta perspectiva, en tanto que las responsabilidades de cuidado se distribuyen de forma desigual a nivel macro y micro social, se profundiza la situación crítica en la provisión de cuidados en la sociedad, en cuanto es limitado el número de actores que asumen alguna responsabilidad ligada a cuidar.

Una segunda “tensión política” tiene que ver con el escaso énfasis en la inequidad de género presente en el fenómeno mismo de la Crisis de los Cuidados. La mayoría de las personas que asumen tareas de cuidado son mujeres, lo que refleja también una falta de corresponsabilidad a nivel micro-social. Y si bien es cierto que dentro de la oferta estatal existente se incorpora el enfoque de género y la corresponsabilidad en general dentro de las temáticas para capacitación de funcionarios/as públicos, no se observan propuestas concretas para revertir la feminización de los cuidados dentro de los hogares, ni tampoco protocolos del PRLAC u otros programas, en caso de que se detecte violencia de género en el domicilio entre quienes habitan el espacio, o incluso desde usuarios a trabajadoras.

Metodología y resultados

Establecido todo lo anterior, se aplicará una metodología de dos etapas, donde la primera consta de recoger las percepciones y retroalimentación que se genera desde los territorios a nivel nacional, mientras que la segunda es una revisión de la experiencia internacional.

A la luz de estos hallazgos, se debe determinar qué propuestas proveen soluciones a los problemas de política pública presentes en la temática. En ese sentido, cabe aclarar que dentro del quehacer gubernamental existen distintos programas que son evaluados por el Sistema de Evaluación y Monitoreo de la Oferta Pública, donde actualmente existe un universo de 184 programas estatales, de los cuales 107 se clasifican como “programas sociales” (Subsecretaría de Evaluación Social, 2022).

Lo que es considerado como “social” está definido por un acuerdo entre los ministerios de Hacienda y Desarrollo Social, basado en la clasificación funcional del gasto. Dicha clasificación se realiza a nivel institucional, por lo que todos los programas de una institución considerada como “social”, son evaluados y monitoreados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia; mientras que los no sociales son evaluados y monitoreados por la Dirección de Presupuestos (DIPRES).

Entonces, y para construir oferta estatal dirigida a un gasto asociado al fenómeno biopsicosocial de la dependencia y los cuidados inherentes a éste, es preciso identificar a la Subsecretaría de Evaluación Social (SES), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, como el ente a cargo de diseñar, evaluar y monitorear los programas que se formulan a propósito de esta problemática.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta las tensiones técnicas y políticas ya mencionadas, corresponde aplicar la metodología planteada desde la SES para generar un diagnóstico, que se comprende como el “proceso de análisis, medición e interpretación que ayuda a identificar necesidades o problemas y los factores causales implicados, a fin de obtener los antecedentes necesarios para planificar y orientar la acción pública requerida” (Subsecretaría de Evaluación Social, 2022).

Desde la SES se indica que es necesario presentar datos cuantitativos que sean pertinentes para dimensionar el problema identificado, o bien, para dar cuenta de la vigencia de éste, especificando

fechas y fuente de información. Clasifican las fuentes en dos tipos: Primarias y secundarias.

Para la SES, las fuentes primarias válidas se consideran (i) las entrevistas a informantes calificados, (ii) los *focus group*, (iii) las encuestas específicas (estudio de casos), y (iv) los registros administrativos. Por otro lado, las fuentes secundarias consistirán en censos, estadísticas económicas y encuestas indirectamente relacionadas con la temática a abordar o alguna de sus aristas.

Establecido lo anterior, y para efectos del presente estudio, se procede a continuación a explicar las primera etapa en la que consiste la metodología a aplicar:

Recoger la experiencia nacional a través de un ejercicio realizado por la SEREMI Metropolitana de Desarrollo Social y Familia, en lo relativo a la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, donde a través de una serie de *focus group* realizados en 10 comunas de la Región Metropolitana, se consultó lo que sus participantes consideran los principales facilitadores, obstaculizadores, aspectos positivos y nudos críticos en la implementación del PRLAC, además de identificar los desafíos y posibilidades de mejora para este programa y los que integran su Red Local.

Las personas que participaron de estos focus group, realizados bajo la denominación de “Encuentros Comunales de la Red Local de Apoyos y Cuidados 2022”, se pueden dividir en cuatro categorías:

- **Trabajadores/as del PRLAC:** Equipo del programa que realiza labores administrativas y/o en domicilio de los usuarios. Tienen la experiencia de trabajar de forma remunerada en la temática de cuidados bajo un enfoque socio-sanitario. Si hubiese que asignarles un lugar dentro del Diamante de los Cuidados, representan al Estado, desde su nivel central.
- **Integrantes de la Red Local⁷:** Personal municipal que se desempeña en las Áreas de Salud, departamento Social y/u oficina de Género/Inclusión. Abordan la temática de forma directa o indirecta a través de su propia oferta, donde complementan los servicios del PRLAC y trabajan desde el enfoque de derechos. Si hubiese que asignarles un lugar dentro del Diamante de los Cuidados, representan al Estado, desde los gobiernos locales.
- **Cuidadores/as Principales:** Son quienes aportan la mirada de las personas que trabajan de forma no remunerada en los cuidados. Si bien reciben prestaciones estatales en apoyo a su labor, de todos modos se ven afectados por la Crisis de los Cuidados, cuyas implicancias merman su bienestar y calidad de vida. Si hubiese que asignarles un lugar dentro del Diamante de los Cuidados, representan a los Hogares.
- **Organizaciones de la Sociedad Civil:** Son quienes tienen la experiencia de abordar la Crisis de los Cuidados desde la solidaridad a los hogares afectados por ésta, no siendo necesariamente remunerados por su labor. Si hubiese que asignarles un lugar dentro del Diamante de los Cuidados, representan a la Comunidad.

Comprendiendo entonces la pertinencia de que cada actor convocado a los Encuentros Comunales participara de estas instancias, cabe señalar que -en total- asistieron 284 personas a estos diálogos, donde 58 fueron trabajadores/as del PRLAC, 72 integrantes de las redes locales, 113 cuidadores/as y 41 representantes de distintas organizaciones y/o agrupaciones de la sociedad civil.

⁷ Para mayor información acerca de lo que es la Red Local de Apoyos y Cuidados, así como también el perfil de qué actores la conforman, revisar Anexo 2 en el documento de Anexos.

La metodología de los encuentros consistió en separar a los participantes en tres grupos o *focus group* -identificados con las letras A, B y C- que dispusieron sus sillas formando un círculo, para que cada grupo trabajara una temática en particular. Una vez finalizada la primera etapa, los asistentes debían volver a su disposición inicial, es decir, en modo de auditorio. Dispuesto el espacio de aquel modo, un representante de cada grupo debía pasar adelante a leer las conclusiones a las que se llegó, para así compartirlas con los demás participantes en un breve plenario final.

En términos específicos, la metodología -que se replicó en todas las comunas- consideró lo siguiente:

a) Instancia de conversación grupal: Se dividió a los participantes en tres grupos, velando que cada uno tuviera la mayor diversidad posible en sus integrantes. El grupo A analizó el contexto en el cual el programa está inmerso, indagando en facilitadores y obstaculizadores que el propio territorio comunal supone para la implementación de un programa articulador de oferta como lo es el PRLAC. Por su parte, el grupo B conversó sobre los aspectos positivos en la implementación del programa y el grupo C sobre sus nudos críticos. Se asignó un tiempo de 50 a 55 minutos.

b) Plenario final: Consistió en realizar la siguiente pregunta al conjunto de participantes: ¿Qué desafíos o aspectos de mejora detecta usted en la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados en su comuna? Para responder a esta pregunta, cualquier participante podía pedir la palabra e intervenir de manera voluntaria. No se estableció un mínimo o un máximo de personas que podían intervenir, sino que se definió que el ejercicio se realizaría de forma libre. Una vez transcurridos 15 o 20 minutos, y de no haber más personas interesadas en tomar la palabra, se daba término a la actividad.

Como se puede ver en el Anexo 5 del documento de Anexos, en el ejercicio de sistematización se traspasó lo conversado en cada comuna a un acta digital que agrupa los puntos conversados en frases que se van repitiendo con mayor o menor frecuencia en la sumatoria de todos los encuentros. Si bien las palabras presentes en cada acta no son las que textualmente se dijeron, de todos modos rescatan el punto que fuera relevado y lo convirtieron en una “frase tipo” que dé cuenta de una realidad, nudo crítico, desafío o necesidad que pueda darse también en otro territorio comunal.

Por tanto, se consignó desde un enfoque más general. Esta estrategia de sistematización nos permite contabilizar cuántas veces se relevó un aspecto de la implementación del PRLAC en particular, lo que a su vez nos facilita establecer una prelación entre cuáles son los aspectos más relevantes a considerar para cualquier tipo de análisis que pueda surgir a partir de este trabajo de campo.

Esta recopilación de impresiones y experiencias realizado a través de estos *focus groups* refleja lo trabajado en términos de reunir a cuatro tipos de actores diferentes que aportaran, cada quien desde su experiencia, a la co-construcción de un diagnóstico comunal acerca de la implementación del PRLAC en cada uno de los territorios. Dicho aquello, podemos identificar como sus principales hallazgos los siguientes aspectos:

PRINCIPALES FACILITADORES:

- I. De entre las 10 comunas donde se realizaron los Encuentros Comunales, en 8 se relevó la actividad de la Sociedad Civil en temáticas de dependencia y cuidados. Cabe mencionar que se releva su preexistencia al PRLAC y el rol vinculante que tienen a nivel comunitario. Asimismo, se releva en 6 de los 8 casos que son mujeres quienes han protagonizado esta iniciativa.
- II. En 7 de las 10 instancias se mencionó una positiva comunicación entre departamentos municipales. De este punto, se releva el potencial de derivación que ello significa. También se menciona que existe fluidez y una virtuosa comunicación entre departamentos de Salud y Social.
- III. Finalmente, se mencionó en 6 de 10 oportunidades dos aspectos diferentes: (i) La alta presencia de dispositivos de salud, que más allá de su saturación habitual, constituyen un referente de derivación; (ii) y el hecho de que las voluntades políticas acompañen la transversalización de los enfoques de inclusión -en todo su espectro- y de género, creándose oficinas que trabajan directamente la temática.

PRINCIPALES OBSTACULIZADORES:

- I. En todos los Encuentros Comunales se comentó acerca de la saturación en los Servicios de Salud: Desde la necesidad de reforzar la cantidad de personal, hasta la escasez de insumos médicos, baja asignación presupuestaria, prolongados tiempos de espera, y sobre-demanda en general, se estimó transversalmente que el sistema sanitario no logra cubrir su demanda.
- II. Por otro lado, en 9 de las 10 comunas se relevó que las condiciones infraestructurales en el territorio, tanto referente a servicios públicos como estructura vial, no son aptas para el tránsito de personas con movilidad reducida, tuviesen o no dependencia funcional. Se percibe que no habría cumplimiento de lo estipulado en la Ley 20.422 de Accesibilidad Universal.
- III. En 7 de los 10 encuentros se reflexionó a la par sobre dos aspectos: (i) Los problemas de movilización dentro del territorio comunal, que abarca desde la dispersión geográfica en todo su espectro hasta el costo del transporte. Se menciona que se pierden horas médicas y que cualquier trámite o gestión, por rudimentarios que puedan ser, se ven obstaculizados por este problema logístico. (ii) No existe una cultura de corresponsabilidad en los cuidados, ni dentro ni fuera de los hogares. Se valora que el entorno inmediato y que la comunidad son apáticos para con las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados.

PRINCIPALES ASPECTOS POSITIVOS:

- I. En todas las comunas donde se realizaron los encuentros, se reconoció el (i) estándar en los servicios, así como también (ii) la calidad del Servicio de Atención Domiciliaria, en especial por el vínculo humano que se genera con las Asistentes del Cuidado, (iii) y la disposición / profesionalismo del equipo base.
- II. Por otro lado, hubo 8 comunas en las que se relevó que el PRLAC “genera

- conciencia” respecto de la situación de las personas cuidadoras no remuneradas, lo que puede interpretarse como la promoción de corresponsabilidad en el territorio.
- III. Por último, en 7 de las 10 comunas se resaltó la atención integral o multidisciplinaria que el PRLAC lleva a los domicilios, lo que sugiere que existe la necesidad de mayor articulación con la oferta intersectorial (rol articulador de oferta pública).

PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS:

- I. En todos los encuentros se resaltó lo limitado de los recursos, la capacidad de atención de las coberturas asignadas y los cupos disponibles como el principal nudo crítico. En síntesis, se detecta que la oferta no satisface una fracción relevante de la demanda.
- II. Por otro lado, en 8 de las 10 comunas se mencionó las “lagunas” y/o pausas temporales que marcan la ausencia del PRLAC en el territorio por un tiempo cada año. Esto corresponde al período que transcurre entre el término de un convenio y el inicio del siguiente, espacio en el cual los municipios no cuentan con financiamiento ministerial para implementar el programa.
- III. Por último, existen dos situaciones que se conversaron en 7 de las 10 instancias, donde (i) la movilización de los equipos de trabajo y la posibilidad de trasladar usuarios a centros asistenciales o servicios públicos de toda índole es acotado, (ii) al tiempo que se releva la carencia de participación de personas cuidadoras -beneficiarias del PRLAC- en instancias formativas.

PRINCIPALES PROPUESTAS DE MEJORA:

- I. En línea con lo identificado en el primer nudo crítico, hubo 5 de los 10 encuentros en los que se mencionó la necesidad de aumentar las coberturas y el presupuesto para el programa. Esto, no sólo para efectos de extender su implementación a un mayor número de comunas, sino que también para ampliar su alcance dentro de las comunas donde el PRLAC ya se ejecuta.
- II. En 4 de las 10 comunas, por otro lado, se hizo mención a la necesidad de contrarrestar el segundo nudo crítico detectado, que corresponde a las implicancias que el período de pausa administrativa inter-convenio trae consigo. En cada encuentro se debatieron propuestas distintas para lograrlo, aunque el punto en común fue abordar el desafío de eliminar estas pausas o “lagunas” en la intervención.
- III. Por último, hubo 3 territorios comunales de entre los 10 participantes en los que sugirieron incorporar instancias de capacitación y respiro, tanto para personas cuidadoras como para la comunidad en general, dando así respuesta a uno de los dos nudos críticos identificados en el tercer punto del apartado anterior.

Por otro lado, la segunda etapa de la metodología a aplicar corresponde a lo siguiente:

Un ejercicio comparativo con la experiencia internacional, donde los criterios escogidos para realizar la comparación de las políticas implementadas en los diferentes países considera: **(a)** Una descripción breve de la política que se implementa en cada uno, para conocer qué elementos contiene; **(b)** un apartado con similitudes entre el modelo analizado y la política chilena; **(c)** un apartado con diferencias entre el modelo analizado y el chileno, para identificar aquellos elementos que una

propuesta considera sin que la otra lo haga; **(d)** y los costos asociados a la implementación, que podrían permitirnos explicar, en parte, las diferencias entre los modelos a estudiar.

Dentro de las ventajas de este modelo comparativo de carácter cualitativo, se observa cierta facilidad en términos de ordenar los datos, pues se identifican elementos que pueden o no estar presentes en la política de cuidados de cada país. De esa forma, se podrá determinar con mayor facilidad qué elementos no existen en el modelo chileno que sí existen en propuestas internacionales, de modo de analizar posteriormente su pertinencia técnica y viabilidad de implementación.

La mayor limitante de esta propuesta metodológica, sin embargo, radica en que al ser una temática que los estados trabajan de manera incipiente, la calidad de la muestra puede ser debatida. Esto, al tiempo que no necesariamente hay evidencia que respalde que lo implementado con éxito en un país vaya necesariamente a funcionar en Chile, puesto que la particularidad territorial puede tener un rol impredecible al momento de implementar una política pública.

Comenzando entonces con el ejercicio planteado, se comienza por realizar un breve recuento de la política pública hasta el momento implementada en Chile:

CHILE

1.a) La política chilena: Consiste, de momento, principalmente en el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, descrito detalladamente en el Apéndice (Anexo 2). Consta de prestaciones en domicilio tanto de cuidados como de servicios profesionales y entrega de insumos, artículos de aseo, ayudas técnicas, alimento complementario y adaptaciones a la vivienda. Tiene potencialidad de lograr derivación a programas vinculados a Salud, Discapacidad y Adulto Mayor, a través de una coordinación articulada entre prestaciones presentes en el territorio intervenido.

Asimismo, ofrece capacitación continua a los miembros de la Red en temáticas de género y cuidados. También trabaja la activación de redes comunitarias entre vecinas y vecinos de las diadas. Hay una política nacional en construcción, que se plantea implementar entre 2024 y 2034, sin aún una propuesta definitiva.

1.d) Costos asociados a la implementación: En vista de que el PRLAC es el único programa estatal que aborda la crisis de los cuidados de manera directa, es la única oferta cuyos costos se analizarán. En ese sentido, la inversión total a nivel nacional para su implementación en 90 comunas, asciende a algo más de \$12.800.000.000, que equivalen a USD 13.312.000, para atender a alrededor de 10.200 diadas del cuidado.

Por otro lado, y a nivel de unidad de intervención, de acuerdo al tipo de comuna intervenida, el costo unitario por diada del cuidado oscila entre los \$1.568.000 y los \$1.828.000 anuales equivalentes -aproximadamente- a USD 1.630 y USD 1900, respectivamente.

Revisada la política chilena, ahora se procederá a revisar las políticas de cuidados presentes en países como Uruguay, Costa Rica y Argentina:

URUGUAY

2.a) La política uruguaya: Con un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) funcionando desde 2012, y oficializado a través de la Ley 19.353 del 08 de diciembre de 2015, “se promueve el desarrollo de la autonomía de las personas dependientes, su atención y asistencia, a través de acciones y medidas basadas en la solidaridad y la corresponsabilidad entre familias, Estado, comunidad y mercado” (Ley 19.353 de la República Oriental del Uruguay, 2015).

¿Qué hacen en concreto? Garantizan: **(i)** Universalidad de los derechos a la atención, a los servicios y prestaciones, para todas las personas dependientes y en condiciones de igualdad; **(ii)** la continuidad, calidad y accesibilidad de los servicios y las prestaciones de cuidados; **(iii)** la permanencia de las personas en situación de dependencia en el entorno de su vida cotidiana cuando sea posible, considerando sus preferencias sobre el tipo de cuidado a recibir; **(iv)** atención de las distintas necesidades de mujeres, hombres, considerando las edades y procurando la distribución de las tareas de cuidados entre todos los integrantes de la sociedad por igual; y **(v)** solidaridad en la financiación.

2.b) Similitudes entre el modelo uruguayo y el chileno: En cuanto a lo que intervención al domicilio se refiere, así como a hitos de seguimiento y procesos de derivación, el SNIC posee un modelo de gestión casi idéntico al del PRLAC. Esto se explica en el hecho de que el Banco Mundial asesoró a ambos países en la constitución de sus respectivas políticas públicas, siguiendo una estrategia similar. Además, existe un Registro Nacional de Cuidados, casi idéntico a la plataforma de monitoreo que opera en nuestro país, y que concentra la información relativa de las atenciones y caracterización a esta población en específico.

Adicional a todo lo anterior, en Uruguay se dispone de una ley similar a la 20.422 chilena, con la diferencia de que en lugar de tratarse sobre personas con discapacidad, ésta se enfoca en el público dependiente y sus cuidadores/as principales.

2.c) Diferencias entre ambos modelos: En Uruguay, establecen distintos derechos y deberes para las personas en situación de dependencia y sus cuidadores/as principales. Como los derechos son hasta cierto punto, intuitivos, es de mayor provecho reparar en los deberes que el Estado uruguayo propone para las personas dependientes y/o quienes los representen, que no tienen réplica en Chile:

- Entregar los datos que les pida la autoridad para corroborar su grado de dependencia.
- Informar sobre sus ingresos, sus bienes y sobre las ayudas, prestaciones o servicios que reciben.
- Destinar la ayuda económica a los fines correspondientes (existen sanciones asociadas a posibles faltas)
- Quienes presten los servicios de cuidados deberán cumplir con las obligaciones que establezca la normativa aplicable (Ley 19.353).

Algunas instituciones relevantes en Uruguay que complementan al SNIC - equivalente a lo que sería el aún inexistente Sistema Nacional de Cuidados chileno- son la Junta Nacional de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, y el Comité Consultivo de Cuidados. Ninguno de estos entes existe en Chile con sus atribuciones específicas.

La Junta Nacional de Cuidados, por ejemplo, se encarga de definir y proponer al Poder Ejecutivo los objetivos y estrategias del SNIC, y velar por su transparencia y el acceso público a información de calidad. Por su parte, la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad se encarga de formular el Plan Nacional de Cuidados y diseñar las acciones para su cumplimiento. Por último, el Comité Consultivo de Cuidados asesora al ente público respecto de la temática, participando en instancias intersectoriales.

La Ley 19.670 del 15 de octubre de 2018, en su artículo 225, describe todo lo relativo a la aproximación conceptual, derechos de personas dependientes y cuidadores, así como las obligaciones del Estado, en la materia descrita. No existe aún una ley chilena que tenga esos mismos contenidos, donde también, se reconocen los cuidados informales como un trabajo no remunerado.

2.d) Costos asociados a la implementación: La inversión total anual en el período 2021 del SNIC en Uruguay asciende a los 194 millones de dólares, beneficiando a un poco más de 80.000 hogares en todo el país. En cuanto al costo unitario de intervención anual, el promedio por hogar asciende a un gasto de USD 2.425 anual, que es entre un 22 % y 33 % más de lo que se invierte en Chile.

COSTA RICA

3.a) La política costarricense: Mediante la Ley 9.220 de 2014, el Estado costarricense creó la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, que como su nombre indica, no se enfoca en personas dependientes y sus cuidadores/as principales. Sin embargo, en 2019 se modificó la Ley 9.220 para ampliar sus prestaciones a Adultos Mayores que desarrollan algún grado de dependencia funcional. De ese modo, es que comenzó la creación de un sistema mayor de cuidados, donde actualmente se encuentran transitando hacia una Política Nacional de Cuidados, que comprende también un proceso de 10 años -entre 2021 y 2031-, pero de diferentes características a su símil chileno.

3.b) Similitudes entre el modelo costarricense y el chileno: En ninguno de los dos países existe aún un marco normativo que organice los servicios de apoyo al cuidado. Sin embargo, existen algunas políticas, leyes y acciones institucionales previas que se constituyen como antecedentes relevantes para avanzar en la articulación de un sistema de apoyo al cuidado y atención a la dependencia que estructure la oferta existente y dé respuesta a la demanda creciente de estos servicios en la población.

Se crearon en Costa Rica prestaciones similares al Servicio de Atención Domiciliaria y el programa Cuidados Domiciliarios existentes en Chile. También, en general, se observan políticas similares -en torno a la discapacidad- desde la oferta pública de Salud. Asimismo, existen centros de referencia para que personas mayores y niños puedan pasar el día (como los Centros Diurnos del Adulto Mayor que hay en Chile). Ya hay algunos de estos programas en implementación en las ciudades de Cartago, Heredia y Alajuela, además de algunas localidades de la capital San José.

3.c) Diferencias entre ambos modelos: La mayor diferencia entre las políticas costarricense y chilena, sin duda, es que en Costa Rica no existe el concepto de dependencia en el diseño de los programas y prestaciones sociales de las instituciones que los ofrecen.

Aunque el modelo para el ingreso, derivación y seguimiento de usuarios es similar en ambos países,

difieren en los instrumentos de evaluación que sirven para el diagnóstico del hogar a intervenir, por lo que las derivaciones, aunque tengan procedimientos administrativos similares, obedecen a criterios diferentes.

Otro punto relevante a mencionar es que, en Costa Rica, esta política nace y se articula en torno a los cuidados de personas mayores, incorporando de manera posterior las políticas vinculadas al fenómeno biopsicosocial de la dependencia. Por ello, es que la articulación de su oferta pública después integra a las personas con discapacidad y dependencia -que incluye casos leves- o incluso personas en situación de calle. El concepto de “cuidados” de este conjunto de políticas abarca también a niños, niñas y adolescentes (NNA), por lo que el criterio de esta política nacional aborda los cuidados en todo su amplio espectro. En Chile no se incorpora a personas en situación de calle.

En cuanto a la coordinación estatal, no existe -como tal- un modelo de articulación territorial como el PRLAC que complemente la oferta a nivel local en temáticas de cuidados, incluso infantiles, pues las políticas públicas costarricenses funcionan de manera más aisladas que las de sus pares en Chile. Y en relación a cuidados de NNA, aunque no sean objeto de análisis del presente documento, se ven replicadas, con incluso mayor profundidad, en el Sistema Chile Crece Contigo.

3.d) Costos asociados a la implementación: Para beneficiar a 54.103 familias en total, el Gobierno de Costa Rica invirtió USD 85.143.135 durante el período 2021, lo que se traduce en un gasto de USD 1.573,72 per cápita, lo que es un 4 % menos que los USD 1.630 del límite inferior de inversión por diada en Chile. Cabe recordar que comparamos un sistema enfocado en cuidados de NNA y personas mayores con un PRLAC que aborda los costos de la dependencia funcional.

ARGENTINA

4.a) La política argentina: Con un Sistema de Cuidados en construcción y en forma de proyecto de Ley, los avances hasta la fecha, han sido significativos desde el punto de vista institucional: Además de conformar la Mesa Interministerial de los Cuidados, cuya labor es definir la política pública en esa materia de cara a los próximos años, tienen además numerosas políticas sociales dispersas en los Ministerios de las Mujeres, Géneros y Diversidad; Desarrollo Social de la Nación; Salud; Economía; y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, que ya trabajan directa e indirectamente las mismas temáticas que dispone la ley chilena en materias de cuidados, inclusión, discapacidad y adulto mayor.

La mayor iniciativa dirigida a esta temática, sin embargo -y al menos desde un enfoque comunitario que obedece al planteamiento de Razavi y su Diamante de los Cuidados-, se puede dilucidar a través de su Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios, donde se puede contactar cuidadoras y cuidadores domiciliarios formados de todo el país. Además, hay datos de cursos de capacitación para el cuidado de personas mayores, para que cualquier ciudadano/a pueda iniciarse o perfeccionarse en la tarea. Esto, para idealmente dar un paso adicional: Conformar una cooperativa de Cuidados, que mediante subsidio estatal, buscan satisfacer las necesidades locales de cuidados a nivel territorial.

Sin embargo, poseen también un mayor número de prestaciones de transferencias monetarias a los hogares que cumplen cierto perfil, donde además de símiles a la pensión de invalidez, se otorga un beneficio económico a personas con y sin redes de apoyo que ejercen labores de cuidados. Esta

prestación, en términos absolutos, al menos triplica el monto del estipendio chileno, otorgándose en Argentina de forma mensual y ajustado a la inflación.

4.b) Similitudes entre el modelo argentino y el chileno: En ambos casos, no hay leyes vigentes que respalden o potencien la oferta pública de cuidados. Otra similitud -hipotética- sería el proyecto de ley que el Gobierno del Presidente Alberto Fernández ingresó en mayo de 2022 al Congreso de la Nación, que establece la creación del Sistema Integral de Cuidados de Argentina, similar del aún no presentado proyecto de ley que crearía el Sistema Nacional de Cuidados en Chile.

4.c) Diferencias entre ambos modelos: Además de ciertas diferencias mencionadas en el punto 4.a), en Chile ya hay una oferta pública funcionando bajo un rol articulador, a la espera de que se genere un proyecto de ley que constituya un Sistema Nacional de Cuidados. En Argentina, tal ente coordinador no existe, identificando como su principal debilidad la dispersión de oferta y problemas de agencias. Pese a ello, se suman regulaciones como la Ley 26.514 que reconoce los cuidados informales como un trabajo -que no ocurre en la normativa vigente chilena-, o donde destacan las leyes federales como la 27.678 que tiene como objetivo "garantizar prestaciones integrales a las personas que sufren enfermedades amenazantes o limitantes para su vida (dependencia) y brindar acompañamiento a su entorno familiar".

4.d) Costos asociados a la implementación: Dentro del 16% del PIB que se destinan a políticas sociales, equivalente a USD 77.9 mil millones, menos de un 4% de esa cantidad se destina a políticas de cuidados o relacionadas. Eso dejaría la inversión estatal en el abordaje de la Crisis de los Cuidados -excluyendo cuidados infantiles, pero considerando políticas dirigidas a personas mayores- en un tope de USD 3.1 mil millones, que representan un 0,58% del PIB de la nación.

Ahora bien, y con respecto a las coberturas, no se pudo obtener el dato de cuántos beneficiarios(as) en total se atienden bajo las políticas públicas argentinas relacionadas a los cuidados, que se reparten entre 5 ministerios. Por ello, no podemos establecer el costo per cápita en este caso.

Conclusiones

A partir de la aplicación de las metodologías escogidas, y en consideración de las tensiones políticas y técnicas que se visualizaron, se vuelve a plantear la pregunta de investigación para darle respuesta: ¿Cómo podemos integrar la oferta pública y crear un sistema de protección para abordar la Crisis de los Cuidados en Chile?

Aquello debe definirse, en primer lugar, por identificar desde dónde se articula la oferta estatal existente, de modo de poder indagar en dichas medidas y evaluar su implementación desde la experiencia local. Tal ejercicio se realizó durante los Encuentros Comunales de la Red Local de Apoyos y Cuidados, donde se corroboró lo levantado en las tensiones técnicas y políticas.

Estas instancias, ejecutadas bajo una metodología de *focus groups*, permitieron generar un diagnóstico comunal en cada territorio que se visitó, donde la co-construcción de dicho diagnóstico plasmó las experiencias de distintos actores que representan al Diamante de los Cuidados en cada uno de sus aspectos, excepto el del mercado.

Tras indagar en facilitadores y obstaculizadores para implementar oferta estatal de cuidados en cada comuna, así como también en aspectos positivos y negativos de la intervención del PRLAC -entendiéndolo como el programa eje de un futuro Sistema Nacional de Cuidados-, se llegaron a variados desafíos y propuestas de mejora en el abordaje de la Crisis de los Cuidados, entre los cuales, los tres más mencionados tienen que ver directamente con las tensiones técnicas levantadas:

- Se establece la necesidad de aumentar las coberturas y el presupuesto para el programa. El crecimiento de la asignación presupuestaria, determinante de la capacidad estatal en general, compone el principal desafío para abordar esta crisis.
- Se releva la importancia de la continuidad permanente, atendiendo razones de buen servicio y por la vulnerabilidad de los beneficiarios, es otro desafío a abordar. El que se produzcan las llamadas “lagunas presupuestarias”, supone una merma en la intervención de los beneficiarios, ya que hay períodos en los que se interrumpe la intervención y se genera rotación de profesionales en los equipos comunales. Por lo tanto, se requerirá de una ley, similar a como ocurre en los casos de Chile Crece Contigo y SENAME -con el artículo “80 bis” de la Ley 19.968, intentando no replicar los mismos nudos críticos que ésta genera- para garantizar los recursos y continuidad del programa eje de un hipotético Sistema Nacional de Cuidados.
- Se señala que, desde las comunidades y personas cuidadoras beneficiarias, requieren de mayor difusión, sensibilización, capacitación e instancias de respiro dirigidas a estos actores. De este modo, se levanta el punto de involucrar a la comunidad y sociedad civil en los cuidados, utilizando el financiamiento y plataformas del Estado para lograrlo. En ese sentido, podemos atribuir un rol articulador al Estado, propiamente tal, dentro de la teoría del Diamante de los Cuidados. Esto, dada su capacidad de convocar a los demás actores y regular sus acciones.

Pasando a la segunda parte de la metodología, nos encontramos que las comparaciones de la política pública chilena con la experiencia internacional -al menos dentro de Latinoamérica- nos sugieren que, excepto por ciertos avances en materia jurídica e institucional, Chile se ubicaría, junto con Uruguay, en la cabeza de la implementación en políticas de Cuidados a nivel latinoamericano.

Dentro de las similitudes que se dan entre distintos países de la región, lo que más se repite es lo incipiente de sus políticas, todas en fases de construcción y/o perfeccionamiento. Otra similitud que se detecta entre Chile y sus pares latinoamericanos es que el enfoque de género sólo se aborda desde lo reflexivo y lo teórico.

Las diferencias, entonces, radican en el grado de avance que se ha dado en cada nación, donde sólo en Costa Rica aún no se acuña el término “dependencia” en la construcción de políticas de cuidado para personas dependientes, sino que sólo se enfocan en los fenómenos de la discapacidad y el envejecimiento. Su Política Nacional de Cuidados, cuya construcción concluirá en 2031, sí incorpora el término, por lo que esta situación debería cambiar en el corto o mediano plazo.

A nivel de inversión, por otro lado, se destaca por sobre las demás la política uruguaya, donde el gasto per cápita y la cobertura total de su SNIC logra asistir a cada usuario con un mayor financiamiento, al tiempo que se atiende a un espectro de la población de PcDF y cuidadores/as

principales significativamente mayor a la que el PRLAC y otras ofertas -como el Programa Cuidados Domiciliarios- cubren en Chile. Esto, bajo un enfoque socio-sanitario de acompañamiento y monitoreo. No se consideran en este análisis las prestaciones de los ministerios de Salud de cada país.

En síntesis, y fuera del marco legal que existe en cada una de las naciones analizadas, se puede establecer que en Chile se han dado avances que -a nivel latinoamericano- sólo tienen símil en Uruguay, quedando países como Argentina, Colombia o Brasil más atrás en términos del diseño e implementación de una política nacional de cuidados para PcDF y sus cuidadores/as principales.

Sin embargo, ello no quiere decir que no existan posibilidades de mejora que pueden construirse desde la mirada técnica que vemos en países como Uruguay. En específico, y como se mencionaba anteriormente, el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, en vista de su rol articulador y de su acceso a la información tanto del Registro Social de Hogares como al de su propia plataforma informática, sea el lógico eje central de la información que el hipotético Sistema Nacional de Cuidados maneje en lo que a cuidados de personas con dependencia funcional se refiere.

Y en esos términos, se puede emular la metodología intersectorial con apoyo del trabajo en red digital que el sector público uruguayo ha implementado a través de su Junta Nacional de Cuidados.

Ya en términos legislativos, y cuando hablamos de generar un sistema de protección social en Chile, debe entenderse por tal un entramado intersectorial de políticas y programas de carácter social, que emergen como eje de la acción política, con énfasis en la población más vulnerable en el país (pobreza multidimensional).

En ese marco, lo primero que debe existir es una Ley, que por definición obligue, prohíba y/o permita determinadas conductas que cada actor social realice o deje de realizar. En esa línea, cabría instalar la corresponsabilidad en los cuidados a todo nivel de la sociedad a través de dicho ejercicio.

Pero además de atender la corresponsabilidad macro y micro social, dicha ley también debe contener una manera distinta a la actual de integrar, coordinar y articular la oferta estatal existente, re-ordenando de tal manera, que las coordinaciones futuras se faciliten. Y que, de paso, queden mandatadas y definidas en el mismo cuerpo legal.

De esta forma, se definen responsabilidades y una división clara de los roles dentro de la institucionalidad estatal, que si bien -según Razzavi- no es el único ente responsable de abordar la Crisis de los Cuidados, de todos modos sí resulta el lógico articulador y protagonista de una eventual reorganización social de los cuidados, con todo lo que ello implica.

Por último, y para cerrar las conclusiones, sólo queda evaluar la pertinencia de las propuestas formuladas en la presente investigación a medida que transcurre el tiempo. Esto, dado que así se podrá observar cómo se desarrolla la política pública nacional desde este punto en adelante, donde a la fecha del cierre de esta investigación, no se determinaba aún lo que en concreto se trabajará desde el Sistema Nacional de Cuidados, estando en construcción. Lo anterior refleja el carácter progresivo y perfectible de todo lo planteado en el presente documento.

Bibliografía y referencias

1. Ley 20.422, Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>
2. Contenidos generales sobre Chile Cuida / Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, y oferta complementaria ministerial de SENAMA y SENADIS, 2017-2022, www.desarrollosocialyfamilia.cl
3. Encuesta Nacional de la Discapacidad y la Dependencia (ENDIDE) 2022, http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Presentacion_resultados_ENDIDE_2022_Poblacion_adulta_version_mayo_2023.pdf
4. CASEN 2017, <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>
5. Instituto Nacional de Estadísticas, 2015. Uso de tiempo libre y distribución de labor doméstica. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/uso-del-tiempo-tiempo-libre/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/sintesis-resultados-regionales-enut.pdf?sfvrsn=eac63260_5
6. Contenidos generales sobre oferta de Salud, 2014-2022, www.minsal.cl
7. Encuesta de Discapacidad ENDISC 2017, <https://bit.ly/3KHSgP9>
8. Encuesta de Hemodiálisis Crónica en Chile, 2021. <https://nefro.cl/web/biblio/registro/37.pdf>
9. Daly, M. y Lewis, J. (2000). “The concept of social care and the analysis of contemporary welfare state” British Journal of Sociology, Vol 51 Issue N° 2
10. Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options”. Gender and Development, paper N° 3, Ginebra, UNRISD.
11. REGISTRO SOCIAL: Cabe señalar que a través de correos electrónicos, se consultaron fuentes de servicios públicos relacionadas a la oferta de manera directa, por lo que no hay enlaces directos a las cifras del Registro Social de Hogares (RSH).
12. Pérez Orozco, A. (2021). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico”. Revista De Economía Crítica, 1(5), 8–37. <https://revistaeconomicacritica.org/index.php/rec/article/view/388>
13. Fantova Azcoaga, F. (2015) Crisis de los Cuidados y Servicios Sociales, Revista de servicios sociales, ISSN 1134-7147, N°. 60, 2015, págs. 47-62
14. Ezquerro, Sandra (2010). Otra vida es posible: la crisis de los ciudadanos: orígenes, falsas soluciones y posibles oportunidades”. <https://bit.ly/3AdbZBB>
15. Escribano, F. y Pardo, I. (2010). Long-term care, dependence and the third sector. Small Business Economics, 1-11.
16. Montserrat, J. (2007). El impacto de la Ley de la dependencia y del efecto demográfico en los gastos de los cuidados de larga duración. Estudios de Economía Aplicada, nº 25, 379-406. <https://www.redalyc.org/pdf/301/30113193003.pdf>
17. RICO, María Nieves (2009) “Crisis de cuidado y políticas públicas. El momento es ahora”. Ponencia presentada en el Seminario Regional “Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas”. Santiago de Chile, 29 y 30 de octubre de 2009.

18. SETIEN, María Luisa ACOSTA, Elaine (2010) “La gestión de la crisis de los cuidados y su relación con la feminización de las migraciones. Análisis comparativo de los modelos de España y Chile”, Alternativas, num. 17, pp. 63-81
19. SAAD-IMSERSO (2011) Estadísticas del sistema para la autonomía y la atención a la dependencia. <http://www.imsersodependencia.csic.es/estadisticas/saad/saad2011.html>
20. V. Tripodoro, V. Veloso, V. Llanos (2015) ”Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos”, número 17 de Revista de la Universidad de Buenos Aires. <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/1324>
21. Martínez, R. (2019). Cuidados con “sentido común”: desafíos, vacíos y contradicciones. Investigaciones Regionales - Journal of Regional Research, 2019/2 (44), 111-124. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/24566>
22. Artiaga Leiras, Alba (2015). Producción política de los cuidados y de la dependencia: políticas públicas y experiencias de organización social de los cuidados. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/32816/>
23. Blázquez Rodríguez, María Isabel (2004) Influencia de la política en los cuidados a inmigrantes y grupos desfavorecidos. Cultura de los cuidados (16). pp. 41-46. ISSN 699-6003. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57612/>
24. Ezquerro, Sandra (2011) Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real”. mjcamacho,+175- 194.pdf
25. Ley 19.353 de la República Oriental del Uruguay, 2015. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
26. Política Nacional de Cuidados de Costa Rica, 2021. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf

Apéndice

FIGURA 1: Modelo de gestión del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC).

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022.



FIGURA 2: El Diamante de los Cuidados (Razavi, 2007). *Elaboración propia.*

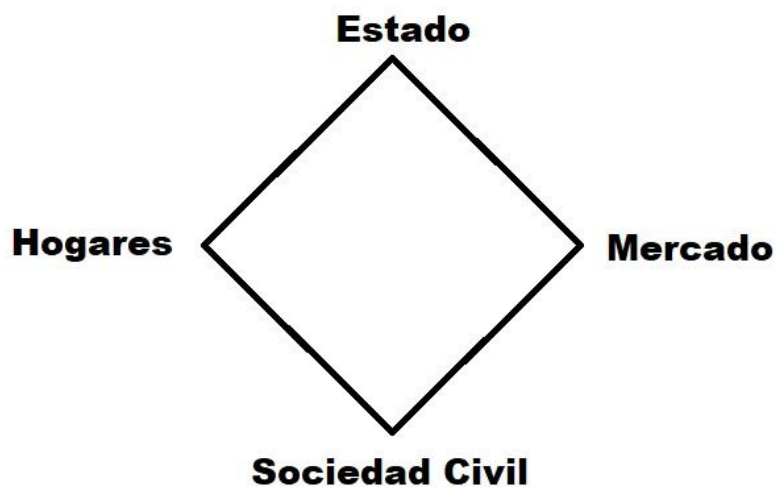


TABLA 1: Tipología de comunas del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC).

Fuente: *Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020.*

TIPO A	TIPO B	TIPO C
<p>Su población no supera los 50 hogares con beneficiarios potenciales y por economía de escala, los costos de instalación de los tres componentes del PRLAC son más altos que los beneficios que se pueden proveer. No obstante, la población requiere de la prestación, por lo que se hace un Diagnóstico Comunal y se entregan SSEE.</p>	<p>Hogares con potenciales beneficiarios oscilan entre las 51 y 100 diadas. Se instalan los componentes Plan Cuidados y Servicios Especializados, no siendo factible la instalación del componente Servicio de Atención Domiciliaria debido a lo elevado de los costos en relación a la cantidad de usuarios a los que es posible entregar este servicio.</p>	<p>La población objetivo se encuentra entre los 101 a 150 y más. Coberturas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> i) Plan Cuidados: coberturas de entre 71 y 120 usuarios. ii) Servicios Especializados: 80% cobertura de Red. iii) Servicio Atención Domiciliaria (SAD): De acuerdo con el N° de beneficiarios en la Red, se asignarán coberturas de 30, 40 o 60.