

DE LA INTERVENCIÓN A LA

POLÍTICA PÚBLICA

2021



INDICE

3 DE LA INTERVENCIÓN
A LA POLÍTICA
PÚBLICA 2021

5 SOSTENIBILIDAD DE LAS
ORGANIZACIONES DE
LA SOCIEDAD CIVIL

6 COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

8 EDUCACIÓN

11 SALUD
Trato digno en salud

13 Salud Mental

17 Casas de Acogida Transitorias
para niños, niñas y adolescentes
con patologías de alta complejidad

19 HÁBITAT

21 VIVIENDA
ENTORNO

22 Gobernanza y
Participación
Derecho al agua

23 DEPENDENCIA Y CUIDADOS

25 NIÑEZ

28 PERSONAS CON DISCAPACIDAD

32 PERSONAS
MAYORES

37 PERSONAS EN
SITUACIÓN DE CALLE

41 CONSTRUYENDO EL
FUTURO EN COMUNIDAD

42 ANEXOS

44 REFERENCIAS

DE LA INTERVENCIÓN A LA POLÍTICA PÚBLICA 2021

Hoy más que nunca, el rol de las organizaciones de la sociedad civil cobra relevancia en un contexto marcado por el estallido social del 18-O y la pandemia COVID-19, donde se han agudizado las experiencias de pobreza y desigualdad, lo cual se ve reflejado en que, por primera vez en 20 años, se produjo un quiebre en la tendencia de reducción de la pobreza, con un aumento de la incidencia de pobreza a nivel nacional, siendo usualmente los hogares monoparentales encabezados por mujeres, y los niños, niñas y adolescentes.

Al hablar de transformaciones sociales, la sociedad civil es uno de los actores fundamentales para la movilización del interés público, pues son un vínculo entre las personas y el Estado, promueven la diversidad y el pluralismo, y al estar presentes en todo el territorio nacional, aportan pertinencia territorial a las temáticas, lo cual es vital para facilitar la descentralización y perfeccionamiento de las políticas públicas vigentes, lo cual es factor relevante en los procesos de toma de decisiones y para avanzar en una mayor democratización.

Esto se ve reflejado en la resistencia y largo trabajo realizado en las ollas comunitarias repartidas a lo largo del país, en las cientos de organizaciones de la sociedad civil organizada que se desplegaron por el territorio e hicieron un trabajo indispensable, no solo para mitigar los efectos sociales, económicos y sanitarios de la crisis, sino también para fortalecer el tejido social y la confianza.

El éxito del desarrollo, la gobernabilidad y la recuperación depende de todos y todas: de un Estado fuerte, que facilite, acompañe y trabaje en conjunto con la sociedad civil; de un sector privado, social y medioambientalmente activo y consciente de su rol y efectos; de una sociedad civil activa y fortalecida; de una participación ciudadana amplia, en un marco de respeto y colaboración.

Por lo anterior, es que desde la Comunidad de Organizaciones Solidarias, por segunda vez, presentamos nuestras propuestas que surgen desde las distintas experiencias de nuestras organizaciones, buscando aportar **de la intervención a la política pública** para el periodo presidencial 2022 - 2026.

Sobre la Comunidad de Organizaciones Solidarias y sus propuestas

La Comunidad de Organizaciones Solidarias es una red de más de 240 organizaciones de la sociedad civil que cree en el actuar colaborativo para la construcción de un país más justo, equitativo y sostenible. Articulamos a organizaciones de la sociedad civil mediante la creación de espacios de encuentro y fortalecemos su gestión y participación, a través de diferentes áreas como incidencia, transparencia y alianzas.

Una de las áreas donde la Comunidad enfoca su trabajo es el área de Políticas Públicas e Incidencia, que busca posicionar a la Comunidad de Organizaciones Solidarias y sus organizaciones miembros como un interlocutor clave en el ciclo de las políticas públicas del país, para fortalecer el rol político de las organizaciones de la sociedad civil, para que el país logre un mayor y mejor desarrollo involucrando a diversos actores en los procesos decisionales, y finalmente para visibilizar el conocimiento y experiencia acumulada de nuestras organizaciones en diversos temas de interés público. Para ello, desde las Mesas Técnicas de Políticas Públicas e Incidencia construimos una voz común, basada en el consenso, con el fin de, mediante el conocimiento y experiencias de nuestras organizaciones, realizar propuestas y observaciones a las políticas públicas en las diversas causas que abordan.

Al año 2021, el área cuenta con 16 Mesas Técnicas y más de 130 organizaciones participando de estos espacios.

- Mesa de Sociedad Civil
- Mesa Cooperación Internacional
- Mesa de Educación
- Mesa Salud
- Mesa Casas de Acogida
- Mesa Hábitat Región de Antofagasta
- Mesa Hábitat Región de Valparaíso
- Mesa Hábitat Región de Araucanía
- Mesa Hábitat Región Metropolitana
- Mesa Infancia Región de Antofagasta
- Mesa Infancia Región de Valparaíso
- Mesa Infancia Región de Araucanía
- Mesa Infancia Región Metropolitana
- Mesa Discapacidad e Inclusión
- Mesa Personas Mayores
- Mesa Calle

Cada una de estas mesas ha trabajado por años levantando propuestas de cambio y perfeccionamiento de las políticas públicas con una metodología basada en la colaboración, la participación, el respeto y la constante búsqueda de consensos. Para el desarrollo del presente documento, las Mesas Técnicas abordaron la generación de las propuestas en los siguientes temas:

- Sostenibilidad de las Organizaciones de la Sociedad Civil
- Cooperación Internacional
- Educación
- Salud
- Hábitat
- Dependencia y Cuidados
- Niñez
- Personas con Discapacidad
- Personas Mayores
- Personas en Situación de Calle

Es importante señalar que, tomando en consideración los instrumentos internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por el Estado de Chile, las propuestas presentadas en este documento consideran los siguientes principios y enfoques que son transversales a todas las mesas y temáticas trabajadas en el área de Políticas Públicas de la Comunidad de Organizaciones Solidarias:

- Colaboración
- Respeto
- Participación
- Pertinencia Territorial
- Trabajo articulado en redes y gestión intersectorial
- Grupos de Especial Protección
- Enfoque de Derechos Humanos
- Enfoque de Género
- Enfoque de Curso de Vida

Esperamos que este material sea de utilidad y considerado para el período 2022-2026 de un próximo gobierno.

EDUCACIÓN

Una problemática central que se identifica actualmente en las políticas educativas del país, que atraviesa todos los niveles educativos, desde la educación inicial hasta la educación superior, es la dificultad del sistema educacional para asegurar, desde una perspectiva pertinente (adecuada a los distintos niveles y contextos educativos), equitativa, inclusiva y de calidad, el pleno desarrollo integral de todos los actores que lo componen. A fin de operacionalizar las problemáticas y construir propuestas integradas que faciliten su abordaje desde una lógica comprensiva e integrada, la Mesa ha identificado 3 niveles en el sistema:

1. **Nivel Macro:** que involucra las dimensiones de política educativa, institucionalidad y oferta pública e integración sistémica.
 - 1.1. Política Educativa: marcos educacionales, técnicos, jurídicos y de funcionamiento (currículum, orientaciones, normas de funcionamiento entre otras) poco pertinentes y descontextualizados a la realidad de los establecimientos escolares; la adopción de sistemas de evaluación y retroalimentación basados en el accountability y en la responsabilización externa; existen representaciones y concepciones simbólicas de la política desde una mirada atomizada y funcional y el establecimiento de lógicas de financiamiento de tipo individual, que ponen el acento en dinámicas de premio/castigo y en resultados a corto plazo.
 - 1.2. Institucionalidad y Oferta Pública: falta de gobernanza en el sistema educativo (institucionalidad pública atomizada y desarticulada), una excesiva oferta de programas que se les mandata a las escuelas implementar y problemáticas estructurales relacionadas con las modalidades o tipos de educación que se imparten (educación inicial, de adultos, especial, técnico profesional, rural, en contexto de encierro, entre otros). El acompañamiento técnico a las escuelas y sus actores es casi inexistente con una baja capacidad del sistema para entregar información oportuna y sistemática que pueda apoyar la toma de decisiones de los actores escolares. A esto se agregan importantes problemas a nivel de aseguramiento de condiciones laborales del ejercicio docente, de las condiciones de infraestructura y de equipamiento escolar.
 - 1.3. Integración sistémica: insuficiente articulación entre el mundo laboral y la oferta pública educativa, y baja vinculación con el entorno. Es decir, la experiencia educativa de niñas, niños y adolescentes, sobre todo en la etapa escolar, está desarticulada del mundo social externo a la escuela, incluso muchas veces de los centros de formación en la educación superior, lo que convierte a las escuelas, sobre todo, en espacios cerrados, limitados a la interacción de quienes ahí conviven y con pocas posibilidades de andamiar su aprendizaje por medio de la aplicación y socialización de experiencias de aprendizajes en interacción orgánica con la sociedad a la que pertenecen.
2. **Nivel Intermedio:** asociado a los liderazgos intermedios y a los soportes de colaboración del sistema (Asistencia Técnica Educativa, Universidades, ONGs, entre otros).
 - 2.1. Liderazgo y gestión intermedia: problemas importantes asociados a la gestión y liderazgo técnico de los sostenedores, por ejemplo, a la falta de trabajo en red que se observa en los establecimientos que pertenecen a un sostenedor, además de deficiencias en términos de recursos y de aseguramiento de condiciones de funcionamiento.
 - 2.2. Soportes externos y organismos de colaboración: se observan dos tipos de nudos. El primero refiere a la necesidad de una mayor regulación en cuanto a la calidad y a la oferta de los organismos de asistencia técnica educativa. La segunda refiere

a la necesidad de una mayor coordinación y articulación del sector intermedio. Esto, debido a la amplia gama de programas ofrecidos sin que se fiscalice estrictamente la calidad de estos servicios ofrecidos a las comunidades escolares (educación inicial y escolar). Por otro lado, la sobre intervención a través de estos y otros programas externos a la escuela, lo que deviene en, muchas veces, una sobre intervención desarticulada, desconociendo a la escuela como un sistema orgánico.

2.3. Formación inicial-profesional y metodologías de enseñanza: se observan poco pertinentes y desactualizadas en relación a las demandas actuales de la sociedad de hoy. Un claro ejemplo de esto tiene que ver con la gran necesidad levantada en el último tiempo en torno a la formación integral de las y los estudiantes y la falta de créditos en el currículum de la formación inicial docente que permita que los futuros educadores puedan responder profesionalmente y con excelencia a este foco educativo y de derecho de niñas y niños.

3. Nivel Micro: circunscrito a la escuela, que es el lugar donde se congrega la comunidad educativa: directivos, docentes, técnicos, estudiantes, las familias y la comunidad.

3.1. Marcos y definiciones estratégicas: necesidad de mayor pertinencia de los proyectos pedagógicos e institucionales y de los procesos escolares que se llevan a cabo en los establecimientos escolares.

3.2. Actores escolares y comunidad: baja participación y vinculación de los participantes de la comunidad educativa en el proceso educativo y toma de decisiones. Presencia de creencias y motivaciones negativas acerca de las capacidades de los actores, por ejemplo, baja confianza de los docentes en sus estudiantes (capacidades), poca valoración de la profesión y ejercicio docente por parte de la sociedad.

3.3. Liderazgo de los actores escolares: necesidad de fortalecer los liderazgos de todas los actores escolares, con énfasis en el liderazgo situacional de los directivos escolares. Esto debería desembocar en el aseguramiento de las condiciones organizativas, técnicas y culturales de funcionamiento de los establecimientos escolares, esto es, de las estructuras organizacionales, rutinas y dinámicas de trabajo, cultura y clima escolar.

Lo anterior, pone el desafío de una política educativa debe cambiar de forma urgente, desde un cambio de mirada donde ésta se construya desde una mirada con el estudiante en el centro, que contemple la interrelación de los distintos niveles desde una lógica comprensiva e integrada, y que contemple un abordaje intersectorial de las distintas situaciones, donde todas y todos los ciudadanos deben estar comprometidos a aprender y a enseñar; a empatizar con las dificultades que las personas tienen y a analizar, definir, implementar y mejorar mecanismos que permitan la accesibilidad a los diversos contenidos que permitan a la ciudadanía el desarrollo del pensamiento crítico y la exploración del desarrollo de todas sus potencialidades.

Por consecuencia, desde una perspectiva pertinente, equitativa, inclusiva y de calidad para todos los actores que lo componen resulta relevante revisar los criterios y objetivos de la educación escolar, buscando la inclusión transversal de experiencias socializantes desde la formación socioemocional, donde prime el desarrollo de vínculos afectivos saludables, reconocimiento de emociones, valoración de lazos de amistad significativos perdurables en el tiempo, desarrollo del autoestima y autoconcepto para el fortalecimiento de la identidad, desarrollo de las habilidades sociales, emocionales e interpersonales.

Sumado a esto, los impactos de la pandemia COVID-19 son evidentes. Actualmente, según datos de MINEDUC, cerca de 40 mil niños, niñas y jóvenes en edad escolar abandonaron sus estudios en el último año. Tal como plantea la OCDE los efectos en las personas que no terminan su educación formal no son sólo repercusiones personales de por vida, sino también generan costos económicos y sociales enormes, pues incluyen fenómenos tales como: incrementos en la criminalidad, caídas en el crecimiento económico, menores beneficios intergeneracionales (de padres a hijos), mayor gasto social en salud, menor cohesión social y menor participación en actividades cívicas y políticas.

Esto es muy preocupante pues desde una perspectiva sistémica, una alta proporción de la población adulta con baja escolaridad implica una merma en el capital humano y, por ende, una menor capacidad de dinamizar la economía (Krueger & Lindahl, 2001); desde el punto de vista del sujeto, una baja escolaridad se encuentra asociada a una inserción laboral que tiende a ser más precaria y, en definitiva, vinculada a una mayor desprotección social (Riquelme & Olivares-Faúndez, 2015; OCDE, 2016) y a bajos niveles de bienestar subjetivo (De la Cruz-Sánchez, Feu, & Vizúete Carrizosa, 2013).

Por lo anterior, es necesario considerar que las políticas educativas deben avanzar hacia un cambio de enfoque donde es el individuo que vivirá la experiencia educativa, haciendo uso del sistema educativo, quien está en el centro. Por consecuencia, todo el sistema educativo debe asegurar ciertas condiciones en todos sus niveles que garanticen que cada estudiante se pueda desarrollar en el pleno ejercicio de sus derechos, donde las políticas para la reducción de la deserción son de primera prioridad.

PROPUESTAS PARA LA EDUCACIÓN

1. Nuevos estándares: hacernos cargo de la diferencia de necesidades que tiene los y las estudiantes.
2. Experiencia educativa: desarrollo de las vocaciones durante todo el proceso educativo.
3. Acompañamiento en todos los niveles: desde el acompañamiento técnico desde el ministerio al acompañamiento de los estudiantes.
4. Acceso universal a educación de calidad.
5. Garantizar equidad en el acceso a educación superior.
6. Ampliación de cobertura y acceso a la educación inicial de calidad.
7. Las políticas públicas educacionales deben garantizar que cada estudiante en todos sus niveles se pueda desarrollar en el pleno ejercicio de sus derechos, considerando la educación socioemocional y la experiencia educativa como herramientas claves para el desarrollo integral.
8. Inclusión a personas con discapacidad y validación de estudios realizados en escuelas especiales en el nivel laboral.
9. Crear políticas públicas para la reducción de la deserción escolar por medio de incentivos para finalización de estudios, conectando con escuelas de reingreso o de segunda oportunidad.
10. Creación de oferta que garantice el acceso a educación para personas mayores de 21 años sin 4° Medio aprobado.
11. Rediseñar políticas para la Educación de adultos, asegurando oportunidades y apoyos durante el proceso de nivelación de estudios formales.
12. Garantizar una educación intercultural para apuntar a un modelo educativo que respete la interculturalidad, cuya finalidad es el intercambio entre personas sobre la base del respeto mutuo, clave al momento de educar en un mundo cada vez más diverso.

SALUD

En cuanto al ámbito de la salud, existen tres temáticas que se consideran urgentes en su abordaje para el perfeccionamiento de las políticas públicas: trato digno, salud mental y Casas de Acogida Transitorias para niños, niñas y adolescentes con patologías de alta complejidad.

1. Trato digno en salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), junto con mejorar la salud de las personas y protegerlas del costo financiero que representa una enfermedad, uno de los objetivos fundamentales de los sistemas de salud, es responder a las expectativas de las personas, otorgando un trato digno y adecuado a los usuarios. En nuestro país desde el año 2012, el trato digno es reconocido como un derecho de los usuarios en la atención de salud a través de la Ley N°20.584 o Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes¹. Esta norma en su párrafo 2 artículo 5, indica que los prestadores de salud deberán:

1. Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida;
2. Velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; y
3. Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso.

Sin embargo, tanto la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil, que día a día acompañan a pacientes y sus familias en el desarrollo de su tratamiento médico, como estudios realizados por el propio Ministerio de Salud, demuestra que a pesar de la legislación existente, la ausencia de trato digno sigue siendo un problema que atraviesa transversalmente el camino de muchos pacientes, convirtiéndose en uno de los más frecuentes en el ámbito de la salud pública.

Una demostración de lo anterior se observa en que el 38% de los usuarios de FONASA sostiene que los derechos de los pacientes “no se respeta generalmente o se respetan poco”, siendo los consultorios y hospitales las instituciones que principalmente contribuyen a esto. Asimismo, las principales vulneraciones se observan a partir de la demora en la atención, explicaciones y diagnósticos poco claros, la falta de privacidad y mal trato por parte del personal médico. Por último, los datos recolectados por los canales que hoy existen para hacer reclamos no representan la disconformidad de los usuarios. “Si bien los usuarios de salud se declaran dispuestos a exigir que se cumplan sus derechos, están más reticentes a formalizar un reclamo: solo un 19% de quienes declaran estar insatisfechos con la atención de salud recibida realizaron un reclamo al mismo centro de salud y solo un 3% se acercó a reclamar ante otra institución de salud o fiscalizadora”(Criteria Research, 2015).

Derecho a la Información en las Atenciones de salud

Uno de los aspectos que forman parte de la definición de Trato Digno en Salud y que suele ser

¹ La Ley N°20.584 regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, la cual entró en vigencia el 1 de octubre de 2012.

uno de los principales derechos vulnerados es el derecho a la información (Criteria Research, 2015). En Chile, la entrega de información en atenciones de salud está normada a través de la Ley 20.584 y el Reglamento sobre Entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud². Esta normativa no solo establece la información que el personal de salud ha de entregar al paciente sino que también asegura que la misma debe proveerse de forma oportuna y comprensible para quien la recibe, teniendo en cuenta la edad de la persona, su condición personal, capacidad de comprensión y su estado emocional” (MINSAL, 2012).

La comunicación es la pieza básica en la relación médico-paciente y ha sido objeto de múltiples estudios, donde se ha abordado su influencia sobre el cumplimiento terapéutico y la satisfacción del usuario, esto en un entorno relacional paternalista donde el médico toma las decisiones que conciernen al paciente. Adicionalmente, se ha demostrado que la comunicación es también un requisito previo a la autonomía del paciente y a su derecho a la información, en un modelo de relación más deliberativo y participativo, entre profesionales de la salud menos protagonistas y pacientes más expertos e informados (Beca Infante, 2017; Navarro Rubio, 2008; Barca Fernández, 2004).

En esta línea, la comunicación se nos presenta también como la base sobre la cual se construye la entrega de la información por parte del médico al paciente. Este hecho tan sencillo reviste una importancia esencial ya que permite al paciente autodeterminarse y recibir las herramientas para elegir libremente sobre un determinado tratamiento o procedimiento. Es indudable que la ignorancia y desconocimiento de una enfermedad, sus complicaciones, tratamientos y los riesgos involucrados en ellos evitan que el paciente sea verdaderamente libre y pueda tomar una decisión racional e informada.

Paralelamente, distintos estudios coinciden en que un paciente informado, no solo puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, sino que también influir en la calidad del servicio. Entre otros factores³, una comunicación deficiente entre el equipo de salud y el paciente puede provocar una falta de confianza hacia el profesional sanitario o el mismo sistema. Asimismo esta situación de insatisfacción, sumado a la posibilidad de que el paciente no haya recibido suficiente información sobre su patología y tratamiento, pueden influir negativamente en la adherencia al tratamiento⁴.

Esta relación entre la comunicación “médico-paciente” y la adherencia a los tratamientos se puede observar en los resultados publicados por Marchant Olivares (2013) donde, en un estudio con pacientes con epilepsia, demuestra que quienes tienen una mejor percepción de su enfermedad son más adherentes⁵.

² A esta normativa puede sumarse el D.S. N° 41/2012, del Ministerio de Salud, que aprueba el reglamento sobre fichas clínicas por considerar que este es un instrumento que debe estar disponible para el paciente cuando éste lo solicite.

³ Según la OMS los factores que intervienen en la adherencia terapéutica se pueden clasificar en cinco dimensiones: factores socioeconómicos, factores relacionados con el sistema sanitario y sus profesionales, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la patología y factores relacionados con el paciente (OMS, 2004)

⁴ Se entiende por adherencia al tratamiento “el grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria”. Cabe destacar que según la OMS la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de alarmante magnitud. La adherencia al tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún menores (OMS,2004).

⁵ Para mayor profundización véase Ramos Morales (2015).

Finalmente, es importante recordar que el sistema de salud chileno es un sistema complejo, caracterizado por la intervención de muchas instituciones distintas, públicas y privadas, procesos médicos y burocráticos intrincados, y normativa especializada de difícil acceso y entendimiento. Todo lo anterior, sumado a la elevada carga emocional y económica que suele ir asociada a una situación médica, tiene como resultado que muchos ciudadanos y ciudadanas no sepa ni tenga las herramientas para entender cómo desenvolverse y navegar correctamente las distintas etapas médicas, económicas y administrativas que puede implicar una enfermedad y su tratamiento. Avanzar en la información y motivación al paciente permitirá contrarrestar algunas de las tantas barreras que muchos pacientes encuentran al iniciar y mantener sus tratamientos.

PROPUESTAS PARA UN TRATO DIGNO EN SALUD

1. Creación del rol de la enfermera/o de enlace o facilitadora dentro de los equipos de servicios de larga hospitalización (servicios de oncología y de pacientes crónicos).
2. Este rol deberá ser ocupado por un profesional perteneciente a alguna de las carreras del área de salud, idealmente por lo que hoy se conoce como enfermeras/os de continuidad: personal que asiste al establecimiento de lunes a viernes en el mismo horario, para facilitar la vinculación con pacientes y sus familias
3. Este/a profesional será el responsable de acoger a pacientes y familiares y acompañarlos durante su tratamiento, entregando información y respondiendo las consultas que pudieran surgir en relación a su patología y tratamiento y que no hayan podido ser resueltas por el médico/a tratante. Si bien este rol se deberá cumplir durante el tiempo que dure el tratamiento, su actuar es fundamental durante los primeros días y semanas luego de la detección de la enfermedad.
4. La enfermera/o de enlace deberá conocer en profundidad y orientar a los pacientes respecto al funcionamiento del sistema de salud y las instalaciones donde será atendido. Lo anterior incluye explicar los respectivos protocolos de tratamiento para las distintas patologías, el equipo médico y administrativo que lo atenderá y entregar contactos a los que recurrir en casos de urgencia, entre otras.
5. La enfermera/o de enlace deberá convertirse en el nexo entre el servicio de salud y los pacientes, convirtiéndose en la persona de confianza de los pacientes a la que pueden acudir por dudas o consultas de forma permanente. Se recomienda incluso que el equipo de enfermeras/os de enlace pueda disponer de un teléfono al que los pacientes puedan recurrir en caso de tener alguna pregunta médica y/o administrativa. Esto facilitará que muchas consultas se resuelvan más rápidamente evitando, en muchos casos, que los pacientes se acerquen a Urgencias.
6. La enfermera/o de enlace debe trabajar articuladamente con el resto del equipo del servicio de salud (trabajadores/as sociales, psicólogos/as, personal médico y administrativo) para poder hacer las preguntas necesarias con el fin de conocer en profundidad la situación de cada paciente y orientarlos mejor cuando estos necesiten consultar temas específicos.
7. Implementación de un plan piloto en un hospital que permita evaluar los resultados de contar con personal especialmente dedicado a la orientación y contención de pacientes.

2. Salud Mental

La OMS (2018), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición entregada por la OMS, demuestra de manera muy concisa la visión amplia respecto a la salud mental, entenderla más allá de la patología, sino más bien desde la promoción y prevención, previo a la patología misma.

La Ley 21.331 (2021) que establece el reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental en Chile, considera a la salud mental como un “estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus propias capacidades, puede realizarlas, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar y contribuir a su comunidad. En el caso de niños, niñas y adolescentes, la salud mental consiste en la capacidad de alcanzar y mantener un grado óptimo de funcionamiento y bienestar psicológico”.

A partir del año 2000, en Chile se establece en el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, un modelo comunitario en la cual la red sanitaria y el trabajo del sistema público de salud se articulan considerando las dinámicas relaciones y vínculos de las personas adultas, niños, niñas, adolescentes y sus comunidades, ha evidenciado las dificultades de instalación del modelo en vistas del bajo gasto público y la ausencia de una política integral que articule distintos sectores del Estado. Desde la política pública solo se mencionan garantías de acceso en un sentido amplio, es decir, no existe un cuerpo legal que permita garantizar y desplegar acciones específicas de manera articulada y sostenible. A su vez, el sistema de salud, de carácter mixto (público y privado), así como las diferencias territoriales, acentúan las desigualdades de acceso y calidad de los servicios de salud mental.

Desde la perspectiva de salud pública, el gasto público en salud mental en Chile es reducido, representando solo el 2,78% del gasto en salud (OMS,2011), cifra muy por debajo de países con similar o superior nivel de desarrollo. Este bajo gasto público, no se condice con la evidencia de que son condiciones neuropsiquiátricas las principales fuentes de carga de enfermedad para todos los grupos etarios. Respecto a la población infanto-juvenil representa un 30,3 % en el rango de 1 a 9 años y 38,3% en población de 10 a 18 años. La carga de enfermedad neuropsiquiátrica en Chile es superior a las reportadas en LAC y similares a las de EEUU y Canadá (MINSAL 2008).

Cabe señalar que el sistema sanitario es responsable de implementación de políticas y estrategias y se ha visto interferido dadas las condiciones impuestas por la pandemia, pues las medidas de confinamiento y miedo al contagio impacta en la continuidad de la atención oportuna y se ve agravado por la cobertura y acceso previos a la pandemia debido a desigualdades sociales y resultados de salud. Se suma a lo anterior la alta demanda de atención respiratoria generando una desviación de diversos tipos de recursos del sistema de salud para atender a pacientes COVID-19, lo cual profundiza la brecha de atenciones a pacientes con diversas patologías distintas al COVID-19 (Siches, et al., 2020).

Desde un enfoque preventivo y de desastres, es relevante indicar que los diversos impactos de la pandemia traerán consecuencias severas en la salud mental de la población de mayor vulnerabilidad social, razón por la que es necesario disminuir el riesgo con la incorporación de estrategias en promoción, prevención y reparación de los efectos por daño postraumático. Asimismo, contener criterios comunicados acerca de las consecuencias de la postpandemia con una perspectiva prudente y atinente en las intervenciones que se requieren para superar dichos efectos nocivos en la población.

En este contexto, la inversión social en salud mental, será crucial si queremos sostener y sustentar una base suficiente para el bienestar personal y grupal, considerando fundamental el apoyo a las familias que garanticen desde las políticas públicas su protección integral, velando por el bienestar en general.

Salud Mental en Chile en niños, niñas y adolescentes

Las estadísticas epidemiológicas, el bajo gasto público, la carga de las enfermedades

neuropsiquiátricas, las brechas de atención sanitaria y la escasa oferta pública en programas promocionales y preventivos, sumado a contextos adversos tanto para el bienestar de niños, niñas y adolescentes, como para sus cuidadoras/es, son antecedentes de un escenario altamente complejo para la situación de la salud mental en Chile. En población infanto juvenil, este escenario se vuelve aún más preocupante, debido a la correlación entre la presencia de problemas de salud mental en la infancia y sus manifestaciones durante la etapa adulta.

En términos epidemiológicos, son escasas las investigaciones que den cuenta de la prevalencia de patologías neuropsiquiátricas en población infanto, donde un 38,3% de la población entre 4 y 18 años presenta manifestaciones compatibles con un diagnóstico de salud mental; esta prevalencia alcanza un 43,3% en las mujeres y un 42,9% en el grupo de 4 a 11 años. Los diagnósticos que alcanza mayor prevalencia es el Trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH), con un 15,1% en toda esta población y un 23,9% en niñas y niños entre 4 y 11 años; y, los trastornos de ansiedad (fobia social y trastornos de ansiedad generalizada y ansiedad por separación) cuya prevalencia es de 21% en la población en rango de 4 a 11 años y de 15,7% en la población de 12 a 18 años. Sumado a esto, la percepción de disfunción familiar, presencia de trastornos psiquiátricos, pertenecer a un hogar uni-parental⁶, historia de abuso sexual, maltrato y deserción escolar, son factores que aumentan la probabilidad de manifestar algún problema de salud mental (Vicente, Saldivia, De la Barra, Melipillán, Valdivia, & Kohn, 2012).

Sumado a esto, la falta de formación con foco en trauma complejo y la carencia de acompañamiento clínico especializado y multidisciplinario, tiene como consecuencia una ineficaz respuesta a las necesidades de salud mental específicas de los niños, niñas y adolescentes, por parte de los equipos del sistema de protección y todos los demás sistemas de atención en su conjunto. La problemática de salud mental en el sistema de protección de niños, niñas y adolescentes muestra cifras alarmantes. En el “Proyecto Piloto de Residencias Infanto Adolescentes” del Hogar de Cristo (2020), se constata que el 60% de los adolescentes había sufrido algún tipo de maltrato, el 77% había sufrido maltrato psicológico y un 52% abuso sexual; mientras que el 47% tenía un diagnóstico psiquiátrico y el 43% consumía algún medicamento psiquiátrico. Por su parte, el Ministerio de Salud condujo una evaluación de los niños, niñas y adolescentes en las residencias de protección, concluyendo que un 27,9% presentaban trastornos de salud mental grave tales como ideación e intento suicida, autoagresiones, depresión grave, trastorno bipolar, consumo perjudicial, esquizofrenia y trastorno de conducta grave (MINSAL, 2017). Por otra parte, 86,3% de jóvenes entre 14 y 18 años que se encuentran en centros privativos de libertad presenta algún problema de salud mental, principalmente consumo de sustancias (Gaete, 2014).

Bienestar

En la actualidad, el progreso y crecimiento de un país se miden a partir del Producto Interno Bruto (PIB), sin embargo, pareciera que existen otras estadísticas que buscan llegar al desarrollo a través de un indicador holístico desde la convicción de que la humanidad busca la felicidad. Es así cómo aparece la idea del FIB o Felicidad Interna Bruta, indicador que busca un equilibrio de los aspectos materiales y no materiales, o subjetivos, de una población. En 2011 la ONU estableció que la felicidad es un objetivo humano fundamental, y que el PIB no fue concebido para reflejar esto.

Daniel Kahneman fue el primer psicólogo en ganar el Nobel de Economía el 2002 al demostrar

⁶ Pertenecer a un hogar uni-parental (familia monoparental), no es un factor de riesgo por sí mismo, sino que en su interacción con otros factores constitutivos de riesgo y vulneración, aumentan la probabilidad de afectar el bienestar del niño, niña o adolescente.

que la felicidad podía ser medida e informada por las personas, y que la felicidad no se eleva en forma proporcional al crecimiento económico. Según sus estudios, una vez cruzado cierto umbral de riqueza económica, mayores ingresos no se relacionan directamente con un incremento de la felicidad (Reyes, 2017), inclusive, pudiendo generar problemas como mayor desigualdad, envejecimiento de la población, contaminación ambiental, exceso de trabajo, y otros factores que serían “el costo de la riqueza” (Kahneman, 2002). Se observa que altos niveles de bienestar subjetivo se relaciona con una mejor salud, beneficios para la familia y las comunidades, para la economía del país, para la cooperación, para la creatividad, para la confianza y para el optimismo, por ejemplo.

Si bien las interpretaciones de felicidad cambian de cultura en cultura, el concepto de bienestar subjetivo es trabajado por la Encuesta Mundial Gallup (2021) como la satisfacción con el estándar de vida, la calidad del trabajo y el nivel de salud, tanto de la persona misma como de la sociedad. Los últimos resultados de esta encuesta posicionan a Finlandia, Dinamarca, Suiza, Islandia y Países Bajos, en respectivo orden, dentro de los cinco países con mayor felicidad reportada, mientras que Chile se encuentra cuadragésimo tercero. Por otra parte, esta encuesta, además, estudia ciertos factores de confianza en la sociedad que son relevantes para explicar el impacto de éstos en la felicidad de las personas: por ejemplo, la confianza en las instituciones y la confianza en la sociedad tiene mayor impacto en la felicidad de las personas que estar cesante o tener dificultades económicas. Gallup realiza dos afirmaciones: Las personas quieren una vida larga y buena. De esta forma, conceptualizan el WELLBY, que sería un puntaje que se obtiene de multiplicar el bienestar subjetivo de un individuo, por la expectativa de vida de las personas en su país Chile lugar n°28 (Helliwell, J., Huang, H., Wang, S. & Norton, M., 2021).

En general, estudios convergen en que incluir el bienestar subjetivo en las políticas públicas posee variados beneficios en el desarrollo de un país, entre ellos un impacto positivo en la capacidad de agencia de los habitantes de la población (Veenhoven, 2009; PNUD, 2012)

PROPUESTAS EN SALUD MENTAL

Urgentes

1. Promoción y prevención en salud mental: Salud mental en todo el ciclo de vida
2. Oferta especializada en protección de niños, niñas y adolescentes.
3. Gravedad no hay oferta adecuada para los casos más graves
4. Intervención en crisis producto de la pandemia.
5. Reforzar la oferta de Salud Mental en Atención Primaria de Salud para niños, niñas y adolescentes ampliando los programas existentes.
6. Diagnóstico claro:
 - a. Estado, Academia y organizaciones de la sociedad civil, para hacer un diagnóstico certero y actualizado sobre la situación de la población general que permita tomar buenas decisiones y focalizar las políticas públicas de cara a la crisis y en el largo plazo como estrategia país.
 - b. Focalización en diagnóstico infanto juvenil con escalas acotadas y transversales que permitan tener un panorama más completo sobre las necesidades reales.
 - c. Alianza entre Mineduc y Minsal para levantar la información requerida sobre la cual construir intervenciones eficientes, que incluya un sistema de derivación expedito.
7. Aumento progresivo del presupuesto en salud mental acorde a estándares internacionales.

En el mediano plazo

1. Instalar dispositivos preventivos para todo el ciclo vital que disminuya la prevalencia, evite la agudización de problemáticas de Salud Mental y sus repercusiones, además de evitar la estigmatización y patologización en Salud Mental .
2. Necesidad de oferta especializada para niños, niñas y jóvenes que han sido vulnerados, se encuentren en la red de protección, mejorando en la red pública la posibilidad de atención focalizada (no estándar).
3. Aumento de cobertura para atenciones de salud mental tanto en urgencia psiquiátrica, cupos de hospitalización según diagnóstico.

A largo plazo

1. Creación de una política de salud mental que incorpore la promoción, prevención, respuesta y recuperación.
2. Una ley de salud mental global, abordaje integral.
3. Generar una cultura del cuidado y bienestar.
4. Mejor prevención: trabajar sobre los vínculos.
5. Promoción: cuidado de la salud mental como un derecho.
6. Generar lazos comunitarios y fortalecer las acciones locales sistémicas.
7. Estado cuyo objetivo sea lograr el bienestar de la ciudadanía.
8. Se deben gestionar, desarrollar y coordinar acciones orientadas al bienestar para potenciar el desarrollo humano.
9. Ampliar el concepto de salud, sus factores protectores y barreras.

3. Casas de Acogida Transitorias para niños, niñas y adolescentes con patologías de alta complejidad

Considerando la complejidad geográfica, la división de los Servicios de Salud y la distribución de redes de atención GES y no GES, en Chile se hace necesario que muchas personas deban movilizarse dentro del marco de la red y salir de su lugar de origen para resolver sus necesidades de salud según corresponda. Sin embargo, hasta la fecha, no existe una designación de presupuesto específico dentro del Ministerio de Salud para abordar la variable “traslado de paciente” ni tampoco la variable “acogida de paciente o su familiar” cuando llega al lugar donde se efectúa el traslado.

Las Casas de Acogida son un servicio que se otorga a usuarios del sistema de salud público y sus acompañantes o tutores, que deben viajar por tratamientos médicos a los centros de referencia en Chile y deben dejar sus hogares y familias por un tiempo muchas veces indeterminado. Este servicio de Casas de Acogida les ofrece residencia acondicionada a las necesidades médicas, alimentación, acompañamiento a la cuidadora y educación en temas de salud, principalmente.

Actualmente en Chile las patologías más comunes en infancia que ocupan este servicio son: cáncer, patologías renales y cardiología, con una incidencia de 12 cada 100.000 niños/as en cáncer, sumando 500 niños nuevos anualmente (Vallebuona, 2018). Así también, entre 15 y 74.7 por cada millón de niños menores de 15 años poseen patologías renales crónicas (Ingelfinger, Kalantar-Zadeh y Schaefer, 2016). A su vez, según datos del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (2018), entre 2007 y 2011, 2.404 niños habían sido registrado en el RENC (Registro Nacional de Cáncer Infantil), y de los cuales el 97% de estos presentaba tumores de tipo maligno.

La baja incidencia a nivel nacional de algunas de estas enfermedades justifica que el tratamiento se aborde en unidades hospitalarias especializadas, que permitan que los equipos médicos cuenten con la experiencia y el soporte de infraestructura y equipamiento apto para atender la complejidad de cada patología. Sin embargo, estudios⁷ indican que el éxito del tratamiento de enfermedades de alta complejidad depende de un conjunto de factores de orden biopsicosocial, que necesariamente deben estar apropiadamente cubiertos para garantizar que la población más vulnerable acceda a una intervención integral de la enfermedad.

En la actualidad el sistema público chileno no cuenta con una red gestionada a nivel nacional que permita garantizar la permanencia del paciente y familiares en dependencias que cubran sus necesidades en las distintas etapas de tratamiento por el tiempo necesario. En su lugar, la sociedad civil se ha hecho parte de esta problemática entregando el servicio de casas de acogida para pacientes y familiares con el fin de colaborar en el aseguramiento del acceso a tratamientos de alta complejidad a pacientes que en Chile lo requieren, no obstante, al no estar regulado, su existencia y viabilidad dependen de muchos factores externos a la gestión.

Las instituciones que actualmente brindan Casa de Acogida, tienen como misión entregar este servicio al más alto nivel profesional, cuentan con la experiencia necesaria para abordar integralmente a sus beneficiarios y están comprometidas con la calidad de vida de sus usuarios, pero dependen de fondos no garantizados en el tiempo (privados y/o públicos) que hacen imposible su proyección a largo plazo. Los costos de este servicio no están incorporados en las garantías AUGE en los diagnósticos que corresponden ni tampoco cuentan con un financiamiento estandarizado y estable para todas las Casas de Acogida.

Por otro lado, si bien actualmente en el Ministerio de Salud existe un registro parcial de los traslados a través de la Unidad de Gestión Centralizada de Camas UGCC y el REM A08⁸, no está definido un ítem presupuestario específico para estos temas, por lo que existe una gran incertidumbre financiera. En su mayoría los traslados se financian a través de los DFL 36 y Fonasa lo reembolsa sólo si se hace por este decreto, el cual es bastante acotado, por lo que generalmente quedan ingresados en los distintos Servicios de Salud como deuda. Cabe destacar que, en caso de fallecimiento del paciente durante el tratamiento fuera de su lugar de origen tampoco existe financiamiento para el traslado fúnebre ni del acompañante a su residencia original.

Según estimaciones realizadas por la Mesa Casas de Acogida (2021), el costo día del niño, niña o adolescente más su cuidador no se cubre con los convenios logrados con el sistema público, que subsidia en parte este servicio. Esta compleja situación económica puede ser ejemplificada con la recaudación del año 2019 de las casas de acogida que conforman nuestra mesa: los convenios con Servicios de Salud⁹ solo lograron financiar \$273.669.000.- lo que significa un 26% del total de los gastos de las casas consideradas¹⁰.

⁷ Véase Holguín, Correa, Arrivillaga, Cáceres & Varela, 2006; Puente-Ferreras, Barahona-Gomariz, & Fernández-Lozano, 2011; para mayor profundización.

⁸ El REM A08 registra las actividades de los Servicios de Urgencia, de todos los niveles de atención: Unidades de Emergencia Hospitalarias, según complejidad (Alta, Mediana o Baja) y Atención Primaria (SAPU, SUR, SAR), definidos según códigos estructurales establecidos por DEIS según Norma 820.

⁹ Cabe destacar que todos estos convenios se firmaron por cantidades y con topes distintos y que no se condicen con el nivel de complejidad del servicio proporcionado.

¹⁰ El presupuesto varía entre las casas según la complejidad de servicios ofrecidos. Así se pudo estimar que mientras que las casas de acogida de alta complejidad ocupan un presupuesto aproximado de \$24.843, las casas consideradas de media complejidad presentan un gasto diario de \$15.300.

En este sentido, bajo la necesidad de contar con el más alto estándar de atención y especificidad en los tratamientos, se requiere con urgencia avanzar en políticas públicas eficaces y pertinentes en este ámbito.

PROPUESTAS PARA CASAS DE ACOGIDA TRANSITORIAS PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON PATOLOGÍAS DE ALTA COMPLEJIDAD

1. Contar con una red de acogimiento y traslado que permita que el paciente y su acompañante puedan cumplir con las distintas etapas del tratamiento. Esperando con ello:
 - Contar con tratamiento y control oportuno de los pacientes GES en las condiciones apropiadas para la complejidad y tiempo de evolución de la enfermedad
 - Entregar un servicio integral, a escala humana al paciente, su tutor y la familia favoreciendo la adhesión al tratamiento y su éxito.
 - Descongestionar las unidades hospitalarias, optando por una RED complementaria de menor costo diario que el valor día cama en el sistema público.
2. Fortalecer los servicios de salud como articuladores de traslado y seguimiento de pacientes que se trasladan a otras regiones a realizar tratamientos, incorporando la figura de gestor de casos¹¹.
3. Reconocer el servicio de casas de acogida como parte del sistema de salud, estableciendo una estandarización de éstas según niveles de complejidad¹².
4. Lograr que cada centro de referencia en salud (hospitales) cuente con casas de acogida asociadas a sus servicios, con el fin de garantizar que todos quienes lo necesitan puedan realizar sus tratamientos en condiciones adecuadas y por el tiempo que se requiera.
5. Definir financiamiento estable y estandarizado para las casas de acogida que se vinculan a los distintos centros de referencia a lo largo del país, incorporando los gastos de alojamiento, alimentación y traslado¹³.
6. Asumir el traslado de salud del acompañante: Si el acompañante tiene un tratamiento en su lugar de origen, que éste se pueda trasladar su ficha médica con el enfermo. Actualmente, si un acompañante tiene tratamiento de diabetes u otro, lo pierde por estar en otra ciudad con la persona enferma y no retirar en el consultorio que le corresponde sus medicamentos.
7. Contemplar dentro del proceso el traslado del paciente fallecido y su acompañante, si finalmente existe el deceso fuera de su lugar de origen.

HÁBITAT

Chile, hoy supera los 18 millones de habitantes, proyectando a 2050 una población 21 millones (INE, 2018; INE 2021) y un nivel de urbanización de un 88%, lo que supera considerablemente

¹¹ La gestión de caso es un enfoque de proximidad, no sólo porque se aproxima al espacio personal de a persona y trabaja conjuntamente con él, sino también porque trabaja (visualiza, coordina, informa, media...) con el sistema local asistencial de protección (social, sanitario, judicial, asegurador, entre otros). (...) Los profesionales de la salud especialmente entrenados, como enfermeras y asistentes sociales, ayudan a los pacientes a gestionar sus afecciones crónicas a largo plazo. Los gestores de casos tienen muchas de las funciones de asesoría y seguimiento de pacientes. Se trata de un modelo de intervención holístico, centrado en la persona como un todo inserto en un entorno, que potencia la autonomía personal y la participación social y, sobre todo, que facilita el acceso a recursos coordinados que responden a las necesidades integrales de éstos. (Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario, MINSAL, 2019. Versión Preliminar y Estado de Avance)

¹² Para mayor información sobre niveles de complejidad ver Anexo 1.

¹³ Para conocer información en relación a financiamiento estable y estandarizado para casas de acogida ver Anexo 2.

el promedio de América Latina que alcanza un 80% (BBVA research, 2017) y el promedio mundial, que es de un 55% (Banco Mundial, 2021).

En este contexto, la política urbana-habitacional actualmente se encuentra en un momento crítico. La vivienda social ha sido expulsada a la periferia de la ciudad y, paradójicamente, la obtención de la casa propia ha implicado nuevos y profundos problemas que hoy debe resolver el Estado: concentración de pobreza, inseguridad, hacinamiento, mala conectividad y falta de acceso a bienes públicos urbanos (Rodríguez, A. & Sugranyes, A., 2015).

Asimismo, se observa la consolidación de un modelo urbano que ha implicado la metropolización de varias áreas urbanas del país desbordando, en muchas ocasiones, la capacidad de las ciudades de funcionar sin alteraciones en la vida cotidiana de las personas. La segregación habitacional y exclusión social continúan presentándose como aspectos críticos en la configuración de las ciudades chilenas (CNDU, 2014). Un estudio realizado por Fundación Vivienda (2018) grafica la magnitud de la desigualdad urbana en la ciudad de Santiago, donde podemos observar una fragmentación muy notoria: grupos socioeconómicos altos se encuentran ubicados fundamentalmente en las comunas de la zona oriente de la capital; y los grupos socioeconómicos bajos y medios residen en la periferia y en la zona pericentral de la ciudad, algo que no dista mucho de la realidad que se viven en distintas ciudades del país.

Según datos de la Encuesta CASEN 2020, se requieren 438.113 viviendas nuevas para solucionar el déficit cuantitativo, es decir, aún existen miles de familias que viven allegadas, en núcleos hacinados o en viviendas irrecuperables. Sumado a esto, el Catastro Nacional de Campamentos 2020-2021 refleja que la cantidad de familias viviendo en estos asentamientos presenta un máximo histórico desde el año 1996. Hay 81.643 familias que habitan 969 campamentos a lo largo de Chile. Esto implica un aumento de un 73,52% en la cantidad de familias, y de un 20,32% en el número de asentamientos con respecto al catastro 2019 (MINVU, 2021).

Así también según los datos del Ministerio de Vivienda entre 2011 y 2018, se han otorgado 1.931.714 subsidios, no obstante un 19,5% (377.648 subsidios) no han sido pagados por la institución gubernamental y entre los principales motivos detrás de esta situación se encuentra con la falta de oferta o destiempo en la entrega de los beneficios respecto de la necesidad inmediata, lo que implica una postergación de los sectores más vulnerables que requieren una vivienda.

En cuanto al entorno, se visibiliza que el equipamiento y acceso a servicios posee grandes inequidades, observando que en los hogares pertenecientes a los primeros quintiles poseen un porcentaje inferior de acceso de salud, educación y transporte público en comparación al promedio nacional. Bien sabemos que la calidad de vida desde el punto de vista del hábitat, depende fuertemente del entorno en el que se desarrolla la vida cotidiana. Existen fuertes inequidades en cuanto a la dotación y calidad del espacio público en los distintos paños de ciudad. La CASEN 2017 expone que el déficit de acceso a servicio ha aumentado en tres puntos porcentuales con respecto al 2015, representando un 6,6%. A su vez, la misma encuesta, da cuenta que en lo que respecta al requerimiento de acceso a servicios sanitarios básicos, la magnitud del déficit cualitativo es de 339.353. El entorno es lamentablemente un reflejo de las inequidades sociales y por tanto es urgente avanzar en la búsqueda de mayor equidad y justicia urbana, a través de equipamientos de calidad, la construcción de espacios públicos y áreas verdes dignas y de calidad, transporte público bien conectado con la ciudad y en el sector rural ; y acceso a bienes y servicios adecuados.

Para hacer frente a los fenómenos anteriormente descritos, es que se vuelve urgente cambiar la forma de hacer ciudad y la manera en que se satisfacen las necesidades habitacionales de las personas; las políticas de integración social deben resguardar el derecho a la ciudad, a fin de terminar con la vulnerabilidad habitacional, cumpliendo un doble propósito: enfrentar el déficit habitacional y democratizar el acceso al espacio urbano y a las oportunidades de la ciudad. En este contexto, es urgente hacer frente a los desafíos del acceso a la vivienda con condiciones de integración social y urbana, especialmente considerando el aumento del déficit habitacional cuantitativo, la cantidad de familias en situación de allegamiento o viviendo en campamentos y los altos precios de la vivienda.

Por lo anterior, la reflexión, objetivos y propuestas se presentan en torno a tres ejes fundamentales: vivienda, entorno, gobernanza y participación, y derecho al agua.

PROPUESTAS PARA HABITAR LOS TERRITORIOS

1. Vivienda

- 1.1. Posicionar un concepto amplio de integración. La integración socio-espacial es un fenómeno multidimensional, y por tanto mucho más amplio que fomentar sólo el emplazamiento de viviendas bien localizadas. El concepto de integración social presenta las siguientes dimensiones: física, funcional, relacional y simbólica.
- 1.2. Impulsar una política pública de integración social que apunte a la inversión y regeneración del tejido urbano, vida comunitaria con diversidad cultural, social y económica, que genere disposiciones al contacto horizontal entre grupos sociales distintos.
- 1.3. Diversificar las alternativas de acceso a la vivienda, ampliando la visión de propiedad individual, dando soluciones diferenciadas a grupos actualmente excluidos. Como por ejemplo:
 - 1.3.1. Arriendo protegido.
 - 1.3.2. Desarrollar una política habitacional de mejoramiento de barrios menos burocrática y con menor tiempo de gestión.
 - 1.3.3. Estudio de zonas para radicación de campamentos. Inversión pública para regularización, urbanización y radicación de familias en zonas espaciales.
 - 1.3.4. Potenciar la incorporación de familias de microcampamentos y campamento a proyectos de integración social.
 - 1.3.5. Proteger la localización de los proyectos de relocalización y radicación.
- 1.4. Mayor inversión física y social en la recuperación de barrios deteriorados, desde la perspectiva de la vivienda, sus espacios públicos, su tejido social y organización, disminuyendo el déficit cualitativo desde una mirada integral y sustentable.
- 1.5. Rol activo del Ministerio en la adquisición y gestión de suelo.
 - 1.5.1. Propuesta Banco Suelos Públicos
 - 1.5.2. Zonas de Inversión Pública Prioritaria o de “Regeneración Urbana”
 - 1.5.3. Mecanismos de recuperación de plusvalía
- 1.6. Impulsar una política pública de vivienda que sea pertinente a la realidad y cultura de las comunidades que habitan sectores rurales.

2. Entorno

- 2.1. Ampliar la oferta programática que permita la inversión sobre el espacio público existente, de modo que haya posibilidades de inversión en barrios deteriorados y abandonados, así como en los sectores rurales donde las comunidades lo requieran.

- 2.2. La inversión en espacio público debe considerar siempre el proceso participativo desde su inicio, para asegurar un buen plan de activación y uso, y con esto apuntar a la sostenibilidad de los proyectos.
- 2.3. Proyectos públicos detonantes. El Estado tiene la capacidad de distribuir la inversión en proyectos de infraestructura pública que sean atractivos para todos los ciudadanos. Los proyectos públicos pueden ser detonantes de activación del mercado, atrayendo inversión a zonas deterioradas. Si esto se acompaña con una buena política de protección de los residentes originales, se pueden gatillar procesos positivos de redistribución de bienes y de mayor equidad e interconexión, evitando el desplazamiento de los residentes originales.
- 2.4. Protección del Patrimonio Intangible.
- 2.5. Fortalecimiento Comunitario para el fortalecimiento de los barrios y de las comunidades en el mundo rural.
- 2.6. Sistema de transporte público integrado que responda a las necesidades de quienes viven en la ciudad y en el mundo rural.

3. Gobernanza y Participación

- 3.1. Fortalecer el tejido social (Resguardo de redes de apoyo comunitaria y sentimientos de pertenencia y arraigo territorial de las comunidades).
- 3.2. Empoderar a las comunidades en la toma de decisiones, de manera incidente y efectiva. Considerando la participación ciudadana de manera transversal en todo el proceso de política pública urbano habitacional: en el diseño, implementación y evaluación.
- 3.3. Desarrollar diagnósticos y planes futuros a escala de barrio y a escala de comunidades rurales. Considerando a quienes viven en los territorios y a los futuros residentes (en el caso que se proyecten proyectos habitacionales).
- 3.4. Establecer una figura o instancia comunitaria que sea la contraparte del proyecto, compuesta por quienes serán los participantes de la iniciativa, con el fin de dar seguimiento y monitorear las acciones desarrolladas en su barrio y conjunto habitacional.
- 3.5. Crear una institución pública autónoma que promueva la participación para potenciar a las organizaciones territoriales y funcionales, así como a los comités de administración en temas de copropiedad. Contenidos que apunten al fortalecimiento y formación como organizaciones pero también en miras de gestión de proyectos urbano habitacionales.
- 3.6. Promover la participación de la sociedad civil organizada en el perfeccionamiento de las políticas públicas relacionadas con el hábitat y en el diseño y construcción de la ciudad, espacios públicos, barrios y vivienda en la cual habitan. Una real participación permite restituir la confianza entre los distintos actores, fortalecer el tejido social de las distintas comunidades y una mayor sustentabilidad física y social de los proyectos relacionados al desarrollo urbano.
- 3.7. Fortalecer a las organizaciones territoriales con el fin que tengan las herramientas necesarias para incidir y ser parte del desarrollo activo de sus territorios.
- 3.8. Promover la colaboración en el desarrollo urbano social de la ciudad, propiciando un modelo relacional que considere al Estado, la empresa y la sociedad civil.
- 3.9. Promover la descentralización en los procesos participativos, para que las comunidades rurales o semi-rurales puedan desarrollar diagnósticos y propuestas pertinentes a sus territorios.

4. Derecho al agua

“El derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para el uso personal y doméstico” (ONU, 2002), depende en gran medida de la consideración de que el agua es un derecho humano, sin embargo la gestión de este bien común necesita de la construcción de una política a largo plazo considerando que el agua es limitada en cuanto a su acceso para el consumo y la crisis de la disposición de este bien común. Por ello es necesario:

- 4.1. Institucionalidad única que permita una gestión sostenible del agua a través de la creación de una agencia o ministerio del Agua, con un enfoque de economía circular que asegure la gestión sostenible del agua como un principio garante para combatir la crisis hídrica y encargada de diseñar e implementar de manera intersectorial políticas públicas que promuevan el uso, cuidado y gestión responsables de las aguas, para mitigar los efectos negativos del cambio climático en este bien común natural.
- 4.2. Garantizar mecanismos de formación y educación temprana en niños, niñas y adolescentes relativo a la gestión sostenible y conservación del agua.
- 4.3. Definir mecanismos de participación ciudadana, en sus distintos niveles territoriales, para la toma de decisiones en torno al uso del bien común natural.

DEPENDENCIA Y CUIDADOS

El concepto de “Economía del Cuidado” ha ingresado con fuerza en la discusión internacional, desafiando los conceptos tradicionales de cómo se entiende el trabajo remunerado, la reproducción social y la perspectiva de género. De cómo se visualiza el trabajo doméstico y el cuidado de otros miembros de la familia dentro del circuito del trabajo productivo y el desarrollo de las sociedades.

En Chile la temática del apoyo y cuidado de las personas con dependencia ha sido largamente abordada por organizaciones de la sociedad civil, generando respuestas que buscan mantener el mayor grado de autonomía e independencia de las personas con dependencia, como también visibilizar alternativas de relevo e inclusión de quienes ejercen la labor de cuidado. En nuestro país, la situación de dependencia es transversal a distintos colectivos que se agrupan en dos grandes bloques: personas mayores y personas con discapacidad.

En Chile no existe una mirada intersectorial y longitudinal del fenómeno de las personas con dependencia, su contexto y cuidadoras, sino que los análisis y datos siempre han sido recogidos desde el diagnóstico o condición específica de ciertos subgrupos dentro de este gran colectivo. Sin embargo, aun cuando los datos existentes son parcelados, igualmente dan cuenta de una necesidad de nuestro país respecto de desarrollar e implementar una política social de apoyo y cuidados.

Por ejemplo, actualmente en Chile, un total de 2.836.818 personas desde los 2 años en adelante, se encuentra en situación de discapacidad; de éstas, la población de niños, niñas y adolescentes es de 5.80%, lo cual corresponde a 229.904 personas, y la población de adultos es de 20%, lo que corresponde a 2.606.914 personas (SENADIS, 2016). En el caso de las personas mayores, aproximadamente 3,8 millones de personas están por sobre los 60 años, lo que representa un 19,4% de la población en el país, proyectándose a 2050 que este porcentaje representa el 25% de la población o en valores absolutos 7 millones aproximadamente; el 70,4% de las personas mayores se encuentran en el grupo etario entre 60 y 74 años, y sólo un 16,7% tiene 80 años o más. En la actualidad, las personas en Chile que cumplen los sesenta años esperan vivir en promedio 24 años más, convirtiendo así la vejez en una de las etapas más largas de la vida

(CASEN, 2017, 2021; INE, 2018). En relación a la situación de dependencia de ambos colectivos, en el caso de personas con discapacidad, el 59,6% está en situación de dependencia funcional y requieren cuidados (ENDISC, 2015). Por su parte, respecto de las personas mayores, un 14,2% presenta dependencia funcional, ya sea moderada, leve o severa, siendo la población de 80 y más años, quienes mayor prevalencia de dependencia poseen (CASEN, 2017).

Respecto a quién realiza los cuidados, es preciso destacar que en la mayoría de los casos, estos están a cargo de un familiar o miembro del hogar, principalmente mujeres. Según la un 49,7% de las personas con discapacidad con dependencia y un 46,4% de las personas mayores con dependencia sólo recibe apoyo de un cuidador integrante del hogar. De este porcentaje el 77,1% señala que su cuidador/a vive en la misma casa y un 77,9% son mujeres, respectivamente (ENDISC, 2015; CASEN, 2017). Estos cuidadores, denominados cuidadores informales, por lo general no reciben una remuneración económica ni cuentan con la formación necesaria para realizar esta tarea. Asimismo, presentan una carga de trabajo sustantivamente mayor a la de los cuidadores formales, principalmente determinado por la extensión de la jornada y la percepción de ser imprescindible en su realización.

Diversos estudios han evaluado como esta sobrecarga en el cuidado puede afectar la salud de los cuidadores. En el caso de la salud física, la sobrecarga de los cuidadores puede asociarse a la presencia de dolor muscular, seguido del cansancio físico y quejas cardiovasculares, mientras que, en relación a la salud mental, la misma se reflejada en una mayor presencia de problemas relacionados con ansiedad y depresión, pérdida de sensación de control y autonomía, peores estados anímicos, así como alteraciones en el sueño, apatía e irritabilidad (Fernández y Herrera; 2020).

PROPUESTAS EN DEPENDENCIA Y CUIDADOS

1. Implementación de un Sistema Nacional de Apoyo y Cuidados con enfoque de derechos que garantice el acceso a servicios que promuevan la autonomía de las personas en situación de dependencia.
2. Extender el programa de Red Local existente a todas las comunas del país, respetando las particularidades territoriales y articulando la oferta pública y privada existente. Consideramos fundamental que en esta articulación se consideren todas las organizaciones presentes en el territorio, acercando la red particularmente a organizaciones más pequeñas que hoy no tienen vinculación con el Estado.
3. Innovar en la diversidad de servicios que las personas en situación de dependencia y sus familias requieran. El sistema propuesto debe contemplar tanto servicios domiciliarios como residenciales y ambulatorios que permitan dar una respuesta efectiva a las diversas necesidades que pudieran requerir las personas según grado de dependencia.
4. Desarrollar una normativa que regule los servicios de cuidados, con estándares de calidad que garanticen niveles adecuados independiente del nivel socioeconómico de quien requiera estos apoyos y cuidados. El sistema debe no sólo supervisar y fiscalizar a las instituciones que brindan servicios, si no también es necesario acompañarlas y capacitarlas en el alcance de estos estándares.
5. Reconocer el trabajo de las cuidadoras informales generando un sistema de seguridad social para quienes ejercen el rol de cuidador(a) de un familiar en situación de dependencia, capacitación respecto a su rol y apoyo económico que permita garantizar el cuidar en dignidad.
6. Promover la inclusión laboral de mujeres que tuvieron que no pueden trabajar debido a la realización de labores de cuidado.

NIÑEZ

Se estima que a nivel mundial, existen cerca de 1.200 millones de niños y niñas y adolescentes entre los 10 y 19 años, de los cuales, 140 millones viven bajo la línea de la pobreza (UNICEF, 2021). Así también, aproximadamente 150 millones de niños se encuentran viviendo en pobreza multidimensional y sin acceso a servicios esenciales.

En Chile viven 4.259.155 niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años. Esto corresponde a casi un cuarto (24,2%) de los habitantes del país (CENSO 2017). Resulta preocupante constatar que 1 de cada 5 niños, niñas o adolescentes viven en situación de pobreza multidimensional¹⁴ (CASEN 2017). La última CASEN (2020) no mide pobreza multidimensional, pero indica que los niños, niñas y adolescentes que viven en situación de pobreza pasaron de 13,9% (577.000) a 15,6% (703.045) entre 2017 y 2020, lo que implica un aumento de 1.7 puntos porcentuales (UNICEF 2021) lo que sigue afectando en mayor medida a este grupo etario, representando un tercio del total de personas que experimentan pobreza en Chile, según la encuesta. Particularmente la primera infancia (0 a 3 años) es el grupo que presenta mayores porcentaje de pobreza por ingreso.

En este contexto, la crisis social, económica y sanitaria que estamos viviendo pone en riesgo los avances que se han logrado en las últimas décadas, y junto con ello, agudiza la urgencia de los temas que estaban pendientes. Los efectos del desempleo y del distanciamiento físico y social pueden impactar directamente el aprendizaje escolar, aumentar la recurrencia de la violencia en los hogares, disminuir drásticamente los ingresos de las familias y como consecuencia, impactar el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes en sus distintas etapas de vida. Sería un grave error no considerar la relevancia e impacto que tendrá esta crisis en los más de 4 millones de niñas, niños y adolescentes de nuestro país, porque el impacto social, económico, de salud mental y educativo indudablemente afectará en distintos grados a toda la niñez. Esta crisis, sin duda, intensificará las brechas ya existentes en diversas áreas del bienestar (salud, educación, servicios básicos) con distintas manifestaciones territoriales y por un tiempo indeterminado. Las condiciones de precariedad de los padres y madres va a ser indudablemente trasladada a los niños, como en todas las crisis, por un período de tiempo más largo que lo que ésta dure, lo cual impactará sus trayectorias de vida y marcará, en definitiva, la trayectoria de nuestro país.

Sin ir más lejos, el monitoreo que realizó el Observatorio Niñez y Adolescencia respecto de los datos entregados por la Encuesta CASEN 2020 en Pandemia, indica que 4 de cada 10 hogares con NNA sintió preocupación por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos durante la pandemia (40,6%). Mientras que un 30% comió poca variedad de alimentos y una cifra similar no tuvo acceso a alimentos saludables y/o nutritivos. 1 de cada 10 hogares con niños, niñas y adolescentes tuvieron que dejar de desayunar, almorzar, tomar onces o cenar por falta de dinero o recursos.

Evitar que esto ocurra depende directamente de las medidas que se tomen en distintas dimensiones interseccionales de la niñez y que se anticipen a estos cambios desde una mirada prospectiva; ahí radica la importancia de su atención oportuna y pertinente, de acuerdo a cada contexto, a fin de garantizar pertinencia y eficacia en su abordaje. La recuperación es tarea de todos y todas, pues es la sociedad en su conjunto y el Estado, a través de sus políticas públicas, quienes deben sentar las bases y las condiciones necesarias, desde un enfoque de Derechos

¹⁴ Producto de la crisis sanitaria, la Encuesta CASEN tuvo que reajustar su modalidad de levantar información, mayoritariamente a través de entrevistas telefónicas, lo que significó una reducción de los contenidos de la encuesta y por tanto de los indicadores incluidos para calcular la metodología de carencias de la pobreza multidimensional (se incluyen 10 de los 15 indicadores) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2021)

Humanos y de la Convención Internacional de los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, para garantizar un desarrollo integral de la niñez. Invertir recursos financieros para garantizar la sobrevivencia y desarrollo pleno de los niños, niñas y adolescentes y sus potencialidades es, ante todo, un imperativo moral. Pero además, invertir en la niñez también es importante desde el punto de vista práctico, pues redundaría en beneficio de las economías y las sociedades. Asignar recursos a los niños y las niñas se considera, cada vez más, como una de las inversiones más valiosas a largo plazo.

Sumado a lo anterior, si bien se ha logrado avanzar en ciertos programas y sistemas, que han ido aportando a la sociedad, y específicamente a los niños, niñas y adolescentes durante su desarrollo, siendo ejemplo de esto la creación del Sistema Chile Crece Contigo en el año 2007, todavía existen múltiples desafíos para garantizar su bienestar. El reciente cambio del Servicio Nacional de Menores (SENAME), por el Nuevo Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia “Mejor Niñez” se ha desarrollado sin contar con el marco de una Ley de Protección Integral de los Derechos de la Niñez, por lo que su implementación no cuenta con una ley que guíe su funcionamiento. En este sentido, contar con esta Ley es urgente. Con la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño en 1990, el Estado de Chile asume la obligación de garantizar el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas de manera universal e integral, lo que implica transformar el enfoque tutelar de la política pública, hacia uno donde los niños y niñas son sujetos de derechos, y a pesar de significativos esfuerzos, de varios gobiernos, han pasado más de 6 años de tramitación legislativa y aún no existe una ley capaz de generar un marco legislativo e institucional que garantice el efectivo ejercicio de derechos de los niños y niñas.

Por otro lado, la crisis también nos ha mostrado la urgencia de impulsar medidas de conciliación trabajo-familia, puesto que las existentes son insuficientes para el escenario actual, ya que principalmente: 1) excluyen en gran medida a hombres y padres, y sin considerar a personas sin contrato, prestadores de servicios a honorarios o personas que no son madres o padres y cumplen un rol significativo en el ámbito familiar; o 2) Centradas en demandas conciliatorias específicas asociadas al embarazo y maternidad, no considera responsabilidades familiares asociadas al cuidado de personas con problemas de salud complejos o graves, sean estos niños, niñas, adolescentes, adultos mayores o personas dependientes.

La sociedad civil siempre ha sido puente entre las comunidades, el Estado, el sector privado, los territorios y sus comunidades. La sociedad civil organizada, por su parte, posee una amplia conexión territorial a lo largo del país y tiene la capacidad de flexibilizar su quehacer buscando dar respuestas rápidas y pertinentes, pues ven diariamente como los impactos sociales y económicos asociados a la emergencia sanitaria se manifiestan en personas y territorios, pues son demandadas de manera creciente para abordar necesidades emergentes de la ciudadanía, en particular de los sectores más vulnerables. Sin embargo, en esta crisis el rol del Estado es fundamental, pues es un actor relevante en garantizar el ejercicio de los derechos por parte de los niños, niñas y adolescentes y, haciendo uso de todas las facultades que éste posee, puede construir una estructura que promueva y proteja los derechos de estos y prevenga que puedan ser vulnerados.

Por ello, ahora, más que nunca, se debe fortalecer el trabajo articulado y colaborativo entre los distintos actores para superar la crisis y abordar conjuntamente el periodo de recuperación, buscando llegar a todas las familias y territorios a fin de poder cubrir las necesidades de la niñez.

PROPUESTAS PARA LA NIÑEZ

1. Reconocerles en su derecho a la participación a todos y todas los niños, niñas y adolescentes, como actores sociales y en su capacidad de agencia, como sujetos promotores de cambios, como ciudadanos que participan activamente desde su cotidianidad y como tales, deben participar en todo el proceso de diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas que les afectan en los distintos ámbitos de su vida.
2. La aplicación y cumplimiento de la Política Nacional de Niñez 2015- 2025, así como la transversalidad del enfoque de derechos, en niñez, en todas y cada una de las políticas públicas y sociales.
3. Contar con un Sistema de Protección Integral y de Garantía de Derechos que pueda atender sus necesidades y urgencias, y reconozca, promueva y garantice todos los derechos de la Convención a todas las niñas, niños y adolescentes que viven en Chile.
4. Asegurar la conciliación trabajo y familia a través de un sistema de cuidado que en su diseño contemple el enfoque de género, orientado a favorecer la vida laboral y familiar de todos y todas las personas que trabajan, sin distinción de su vínculo laboral, considerando las responsabilidades familiares asociadas al cuidado de personas dependientes o con problemas de salud complejos, con el propósito de garantizar el ejercicio de los derechos de niñas y niños, en cuanto al principios de desarrollo y supervivencia de todos los niños y niñas contenidos en la Convención de los Derechos del Niño.
5. Fortalecer la intersectorialidad y coordinación de los servicios relacionados (aspecto ya establecido en la Ley de Bases Generales de la Administración del Estado) para desarrollar un sistema de información y ejecución coordinado e integrado en niñez y adolescencia.
6. Promover políticas públicas que favorezcan la cultura, el deporte, el turismo y el esparcimiento.
7. Todos los servicios, planes y programas orientados a la niñez deben cumplir con los siguientes principios: reconocimiento de niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, autonomía progresiva, protección universal e integral; interés superior del niño, pleno respeto y promoción de la participación de niños, niñas y adolescentes, no discriminación y pertinencia territorial.
8. Garantizar alimentación y acceso al agua, a través de políticas que permitan a las familias el acceso a una alimentación básica para sus niños, los efectos psicomotores y cognitivos en los niños y niñas menores de 5 años pueden ser permanentes e irreversibles.
9. Acortar las brechas digitales, para asegurar el acceso al aprendizaje.
10. Crear un sistema de incentivo en la contratación y la empleabilidad de jóvenes en el mundo laboral mientras estudian y se preparan para la vida interdependiente.
11. Fortalecer los canales de acompañamiento y apoyo psicológico y psiquiátrico para niños, niñas y adolescentes y promover el buen trato.
12. Avanzar políticas de apoyo a cuidadores y a las familias que permitan una flexibilización de la carga de trabajo.
13. Promover la colaboración y la corresponsabilidad: la sociedad en su conjunto son responsables de cuidar y proteger a niños, niñas y adolescentes, es decir, su familias, sus cuidadores, sus barrios, el Estado, las empresas, la sociedad civil y la comunidad.
14. Reconocer la diversidad de niños, niñas y adolescentes y sus particularidades como en edad, cultura, características físicas, psicológicas y género, o cualquier otra característica propia determinante de su identidad.
15. Contar con un aparato de justicia que desarrolle canales y medios para reflexionar internamente sus propias prácticas, incorporando miradas desde otras áreas del conocimiento con miras a mejorar el proceso de acceso y seguimiento a la información de cada niño, niña o adolescente así como sus procesos resolutivos.

16. Incorporar en el concepto de la protección especializada, el cuidado hasta que la/el joven se encuentren preparados y con su máximo nivel educacional al momento del egreso, evitando su re-vulneración y favoreciendo la inserción socio-laboral.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

De acuerdo a la Convención de Derecho de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile el año 2008, la discapacidad es un concepto que se encontraría en constante evolución y que es resultado de la interacción compleja entre el déficit que pueda presentar una personas y las barreras del entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad (ONU, 2006). A esto se puede agregar que la discapacidad forma parte de la condición humana y es posible que gran parte de la población atraviese por esta situación en algún momento de su vida, ya sea de forma transitoria o permanente. De igual forma, en la medida que las personas envejezcan, éstas irán experimentando dificultades crecientes de funcionamiento (Banco Mundial, 2021).

El informe Mundial de Discapacidad (OMS, 2011), señala que más de 1.000 millones de habitantes a nivel mundial (o sea un 15% de la población mundial), viven con algún tipo de discapacidad, y de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Sumando a esto, entre 110 millones y 190 millones de personas, o sea la quinta parte de la población mundial, se ve afectada por algún tipo de discapacidad severa. Lo anterior, debido al sostenido aumento que ha tenido su prevalencia durante las últimas décadas, como consecuencia del envejecimiento en la población e incremento mundial de condiciones crónicas tales como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos de salud mental (Banco Mundial, 2021).

Es importante considerar que la discapacidad afecta de forma desproporcionada a la población más vulnerable. La pobreza aumenta los riesgos de discapacidad en las personas, en donde factores tales como, la mala nutrición, el acceso inadecuado a la educación, la atención de salud y las condiciones laborales poco seguras, los entornos contaminados y la falta de agua potable y saneamiento (Banco Mundial, 2021). La prevalencia de la discapacidad es mayor en países de bajos ingresos en comparación a aquellos con mayores ingresos. En específico, aquellas personas pertenecientes al quintil más pobre, así como las mujeres y personas mayores, son quienes presentan una mayor prevalencia de la discapacidad. En este mismo sentido, quienes tienen menos recursos económicos, una baja formación o están sin trabajo, los niños y niñas de las familias más pobres y los que pertenecen a grupos étnicos minoritarios presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los demás (OMS, 2011).

Ahora bien, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC) 2015 (SENADIS, 2016), la población con discapacidad en Chile se estima en 2.836.818 personas, lo que equivale al 16,7% del total de la población. De ésta, aproximadamente el 92% corresponde a población adulta, en tanto que el 8% a población de entre 2 y 18 años. Del total de la población adulta con discapacidad, el 8,3% presenta discapacidad severa en tanto que el 11,7 %, discapacidad leve a moderada, siendo significativamente mayor la proporción de personas en situación de discapacidad en la población perteneciente al grupo de menor ingreso (I quintil) en comparación a aquéllas de mayores ingresos (IV y V quintil). De hecho el 70% de la población con discapacidad se concentra en los quintiles I al III (ENDISC, 2015).

Capacidad Jurídica

La Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por Chile en el año 2008, establece que los Estados Parte deben reafirmar que las

personas con discapacidad tienen derechos, y con ello el reconocimiento de su capacidad jurídica. Sin embargo, el Estado de Chile actualmente no asegura ni promueve el pleno ejercicio de todos los derechos humanos, al desconocer la capacidad jurídica de esta población y no adecuar su legislación en concordancia a la Convención antes mencionada. Un ejemplo de esto, se observa en el artículo 1.447 del Código Civil, el cual se refiere de la siguiente forma a las personas con discapacidad: “son absolutamente incapaces los dementes, los impúberes y los sordos o sordomudos que no pueden darse a entender claramente” o el artículo 456 del mismo Código que sostiene que “El adulto que se halla en un estado habitual de demencia, deberá ser privado de la administración de sus bienes, aunque tenga intervalos lúcidos”.

La ausencia de un modelo de apoyo explícito en la legislación, atenta contra los derechos principalmente de las personas con discapacidad intelectual o cognitiva, ya que prevalece el modelo de sustitución de la voluntad, bajo el procedimiento de interdicción, que sustituye la voluntad de la persona con discapacidad por la de un tercero denominado “representante legal”, presumiendo la incapacidad de ejercicio. Esta situación restringe explícitamente a las personas con discapacidad el derecho a administrar sus bienes o contraer matrimonio, entre otras cosas.

Inclusión escolar

En el ámbito educativo, nuestro país ha intentado dar respuesta a la diversidad presente en nuestra sociedad, a través de variadas medidas legislativas que buscan permitir el acceso de personas con discapacidad a escuelas regulares. Sin embargo, todas estas medidas resultan insuficientes para dar conformidad a lo señalado por la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad en el ámbito educativo. De hecho, el informe del Comité de la ONU sobre personas con discapacidad emitido en Abril de 2016, manifestó su preocupación debido a la falta de prioridad que el Estado de Chile le ha dado a la educación inclusiva de niñas, niños y adultos con discapacidad y la segregación que aún genera la presencia de la educación especial en nuestro país. La tasa de asistencia neta en educación media de personas con discapacidad es de 49,9%, lo que manifiesta una alta deserción. A ello se puede agregar que un 7,4% de los adultos con discapacidad no recibieron ningún tipo de educación formal, mientras que en el resto de la población este porcentaje se limita al 1,3%. Asimismo, un 23,4% de las personas con discapacidad presenta educación básica incompleta frente a un 11,3% de las personas sin discapacidad (SENADIS, 2016).

Un aspecto a destacar de esta normativa es que con la entrada en vigencia de la Ley de Inclusión Escolar 20.845 y mediante el Artículo 7º septies, el Estado Chileno consciente que el derecho a la inclusión educativa de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, quede sujeto a la libertad de enseñanza, es decir, a la voluntad de los oferentes de los servicios educativos para admitir a personas con discapacidad (pueden determinar y desarrollar sus propios procedimientos de admisión, decidir si desarrollar proyectos de integración en educación regular o crear escuelas especiales). Asimismo, se encuentran en vigencia la Ley General de Educación 20.370/2009, la Ley 20.422/2010 que establece normas para la plena inclusión social de las personas con discapacidad,, el decreto No 170/2010 y el Decreto No83/201, entre otros.

Inclusión laboral

La ley 21.015, implementada el 1º de abril de 2018, ha sido un importante paso en la inclusión laboral de las personas con discapacidad y en avanzar hacia una sociedad más justa y con igualdad de oportunidades para todos y todas. Sin embargo, la evaluación presentada por los Ministerios de Hacienda, Trabajo y Previsión Social y Desarrollo Social y Familia (2021), permitió visibilizar que a pesar de las buenas intenciones que se tradujeron en esta normativa, aún queda un largo camino por recorrer para alcanzar una plena inclusión de las personas con discapacidad en el mundo del trabajo. Uno de los puntos a destacar es el bajo cumplimiento observado al

momento de realizar la evaluación que, en el caso del sector público se ve acompañado de una falta de entrega de información por parte de las propias instituciones: mientras que sólo un 24% de las instituciones públicas demostraron el cumplimiento con las obligaciones de selección preferente y cuota de 1% en 2018 y 2019, un 36% no respondió a la solicitud de información sobre esta obligación y un 9,2% adicional entregó antecedentes incompletos.

Asimismo, en el ámbito privado, y según el informe ya mencionado (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Ministerio de Hacienda, 2021 para 2021 solo un 30,1% de las empresas obligadas a cumplir con norma lo hicieron. A ello podemos agregar que del total de contratos registrados desde la implementación de la Ley, solo el 55,7 % fue iniciado posterior al 1 de Abril de 2018, lo que nos permite observar que no todas estas contrataciones significaron la inclusión de personas que se encontraban fuera del mercado del trabajo. A esto, se puede agregar, que solo un 36,2% de los contratos fueron para mujeres con discapacidad y que la distribución geográfica de los trabajadores y trabajadoras con contratos vigentes registrados bajo la ley difiere de la distribución regional de la población adulta con discapacidad: si bien, según el II Estudio Nacional de la Discapacidad de 2015, del total de las personas con discapacidad solo un 20,3% se concentraría en la Región Metropolitana, se observa que de los contratos registrados en la Dirección del Trabajo, un 53,0% se concentran en la Región Metropolitana (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, Ministerio de Desarrollo Social y Familia y Ministerio de Hacienda, 2021).

PROPUESTAS EN DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN

1. Reconocimiento de la Capacidad Jurídica de las Personas con Discapacidad.

- 1.1. Reconocimiento de las personas con discapacidad como individuos capaces y desarrollar mecanismos para la toma de decisiones con apoyo, los cuales deben ser aplicables a todas las esferas de la vida pública y privada de las personas.
- 1.2. Adoptar medidas concretas para establecer un modelo de toma de decisiones con apoyo de distinto tipo e intensidad que respete la autonomía, voluntad y preferencias de las personas con discapacidad, en armonía con el artículo 12 de la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad.
- 1.3. Derogar toda disposición legal que limite parcial o totalmente la capacidad jurídica de las personas adultas con discapacidad. Esto es, modificar el código civil y derogar la ley 18.600.
- 1.4. Establecer mecanismos transitorios claros que velen por que no se produzcan acciones contra los derechos humanos de las personas con discapacidad, y de quienes requieran apoyo en la toma de decisiones, mientras se elabora y discute el proyecto de ley.

2. Inclusión Escolar y Educación en Personas con Discapacidad:

- 2.1. Derogar el artículo 7° Septies de la ley Inclusión Escolar 20.845 que no reconoce el derecho a la inclusión educativa de los niños, niñas y jóvenes con discapacidad, quedando sujeto a la voluntad de los oferentes de los servicios educativos el escoger el método de admisión a escuelas de personas con discapacidad y si desarrollarán proyectos de integración.
- 2.2. Fomentar investigaciones que permitan contar con información confiable acerca de la cobertura y calidad del proceso de inclusión de personas con discapacidad (Necesidades Educativas Especiales Permanentes), en escuelas regulares del país.

- 2.3. Promover cambios en el currículum que aseguren el desarrollo de la autonomía y participación de los y las estudiantes con discapacidad.
- 2.4. Considerar a las Organizaciones de la Sociedad Civil de y para personas con discapacidad como centros de recursos especializados para la inclusión educativa de esta población al momento de la elaboración de políticas públicas en la materia.

3. Inclusión laboral de Personas con Discapacidad

- 3.1. Establecer estándares mínimos de calidad en la intermediación laboral y exigir que la asistencia prevista en el proyecto de ley Boletín 1445-13 sólo pueda ser realizada por instituciones acreditadas que cumplan con estos estándares. Las mismas podrían ser tanto organismos administradores del seguro de la ley N°16.744 como OMIL, organizaciones sin fines de lucro especializadas en este tema o agencias privadas de intermediación.
- 3.2. Implementar un sistema de incentivos tributarios específico para empleadores privados que contraten personas con discapacidad. Este incentivo, no debería estar orientado a subvencionar los salarios de las personas contratadas, sino a financiar servicios de intermediación laboral y/o ajustes razonables.
- 3.3. Velar por la aplicación efectiva de la evaluación a la ley de inclusión laboral comprometida como parte del proceso de instalación de la misma. El aumento de las multas a empleadores que no cumplan con las obligaciones establecidas a partir de la Ley 21.015 - actualmente propuesto en el proyecto de ley que se está debatiendo en el Congreso - debe ir precedido de un fortalecimiento del proceso de fiscalización tanto al sector público como privado.
- 3.4. En relación con el sector público específicamente, resulta objeto de preocupación los altos índices en la falta de entrega de datos por parte de las reparticiones públicas que no permiten conocer el real cumplimiento de la ley en este sector y por lo mismo sugerimos reforzar las atribuciones de la Contraloría General de la República para efectos de que pueda ser exigible el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la Ley 21.105 en el sector público.
- 3.5. Considerar a organizaciones sin fines de lucro que trabajen en la inclusión laboral de personas con discapacidad a través de la formación laboral y la promoción de emprendimientos y/o cooperativas, dentro de las instituciones que pueden presentar proyectos ante Consejo de Donaciones bajo Ley 21.015
- 3.6. Considerando que el proyecto de ley que actualmente se encuentra en tramitación incorporó el concepto de inclusión social a los objetos sociales de fundaciones que podrían presentar proyectos o programas ante el Consejo de Donaciones¹⁵ consideramos necesario que en la definición de este concepto se incluya a organizaciones sin fines de lucro que trabajen en la inclusión laboral de personas con discapacidad a través de la formación laboral y la promoción de emprendimientos y/o cooperativas.
- 3.7. Eliminar barreras en la contratación de personas con discapacidad en el sector público estableciendo que la exigencia salud compatible con el cargo se adecue a las funcionalidades de cada persona con discapacidad e implementando un proceso de certificación para personas egresadas de escuelas especiales que no cuenta con cuarto medio.
- 3.8. Promover contratación de mujeres con discapacidad.

¹⁵ El 21 de Septiembre se aprobó la indicación en la Comisión de Trabajo del Senado que modifica el numeral 2 del inciso 4 del artículo 157 del Código del Trabajo: "Las donaciones deberán dirigirse a proyectos o programas de asociaciones, corporaciones o fundaciones cuyo objeto social considere la inclusión laboral, intermediación laboral capacitación, rehabilitación, promoción y fomento para la creación de empleos, contratación o inserción laboral de las personas con discapacidad."

- 3.9. Promover contratación en regiones distintas a la Metropolitana y obligando a que empleadores con presencia nacional cumplan con el total de su cuota de forma proporcional en cada región.
- 3.10. Crear un portal web donde se publique regularmente un informe de ejecución de la Ley 21.015 tanto en el sector público como privado. Es fundamental que estos informes cuenten con el número de personas contratadas según región, género, rango etario, tipo de discapacidad, ocupación o puesto de trabajo, rubro, permanencia en el cargo y razones del fin del contrato. Asimismo, creemos importante disponer de datos sobre cuántas empresas ofrecen cargos para personas con discapacidad en la Bolsa Nacional de Empleo.
- 3.11. Fortalecer políticas públicas orientadas a reducir la brecha educacional existente de personas con discapacidad, incluyendo procesos de certificación de competencias para el trabajo. Se requiere establecer perfiles reales de egresos y de ofertas laborales para identificar brecha y generar articulación de los actores relevantes (organismos educacionales de todos los niveles, empresas, sociedad civil, etc) para definir programas educativos actualizados y procesos de implementación acorde a las necesidades, y el contexto histórico actual y futuro.

PERSONAS MAYORES

Actualmente en Chile habitan 3,8 millones de personas por sobre los 60 años, lo que representa un 19,4% de la población total del país (CASEN, 2021). La tasa de envejecimiento de la población continúa aumentando progresivamente y las proyecciones realizadas sostienen que para 2050, en cifras absolutas, el grupo de los mayores de 60 años se aproximará a los 7 millones de personas o un 32% de la población total, que la población de 64 años o más representará el 25% de la población total del país, llegando a representar proporcionalmente a 200 personas mayores aproximadamente por cada 100 niños menores de 15 años (INE, 2018).

Este proceso de envejecimiento no sólo implica modificaciones en el tamaño de la población, sino también cambios graduales en la estructura etaria y la pirámide demográfica. Si bien al día de hoy el 70,4% de las personas mayores se encuentra en el grupo etario entre 60 y 74 años (CASEN, 2017), lo que permitiría decir que nuestro país presenta aún una vejez joven, el grupo de los mayores de 80 años es hoy el que más aumenta: según proyecciones del INE (2018), para el 2050 se espera que este grupo etario represente el 28% del total de las personas mayores.

Al día de hoy, la situación socioeconómica de las personas mayores se ve caracterizada por una disminución de sus ingresos producto principalmente de la salida del mercado laboral y los bajos montos recibidos a modo de pensión, y un incremento de sus gastos en salud. Como consecuencia de ello podemos ver que, según la Quinta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez (UC-Caja los Andes, 2020), un tercio de las personas mayores continúa trabajando, justificado principalmente por necesidad económica (72%). Asimismo, se debe destacar que en ocasiones el trabajo coexiste con la jubilación. Es así como un 26% de las personas que se ha jubilado se encuentra incorporada al mundo del trabajo.

A su vez, un 5,6% de las personas mayores en Chile se encuentran bajo la línea de la pobreza (CASEN, 2021), y a nivel de pobreza multidimensional este grupo representa el 22,1% (CASEN, 2017). Esto da a entender que, en relación a la medición por ingresos, si bien las personas mayores son el grupo etario menos pobre, también son el grupo de mayor vulnerabilidad multidimensional.

Esa vulnerabilidad también se observa en la deuda educacional existente con las generaciones mayores actuales: las personas mayores en Chile tienen en promedio 8,3 años de estudios, cifra que, en comparación a la población entre 19 y 59 años, es menor – estos últimos tienen un promedio de escolaridad de 12,2 años (CASEN, 2017). Es preciso recordar que la baja escolaridad, sumada a las barreras que aún persisten para la formación continua de las personas mayores, tienen una incidencia negativa en los niveles de autonomía de las personas mayores.

Sumado a esto, la mayoría de las personas mayores son autovalentes y autónomas (85,8%), sin embargo, a partir de los 80 años aumentan las probabilidades de tener algún grado de dependencia: mientras que entre los 60 y 64 años, sólo un 5,8% presenta algún grado de dependencia, este número aumenta a 39,2% en las personas que tienen entre 80 y 84 años y a 65,6% sobre los 85 años¹⁶ (CASEN, 2017).

En Chile, los programas de cuidados sociosanitarios hacia personas mayores están principalmente orientados a personas en situación de dependencia moderada o severa. Según información del presupuesto 2021 de SENAMA, los recursos destinados a dispositivos de prevención de la dependencia, tales como Condominios de Viviendas Tuteladas y Centros Día, alcanzan solamente el 30% de los recursos destinados a personas mayores con dependencia establecida, tales como Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) y Programa de Atención Domiciliaria¹⁷.

Asimismo, pese al aumento identificado en la oferta de estos servicios, podemos afirmar que la cobertura continúa siendo escasa: a nivel nacional se observan 86 Centros de Día Comunitarios, entre urbanos y rurales y sólo 5 referenciales a nivel país, mientras que sólo podemos reconocer la existencia de 55 Condominios de Viviendas Tuteladas financiados por SENAMA¹⁸. En el caso de los ELEAM, en Chile existen 862 ELEAM que atienden en su conjunto a 23.568 personas mayores. De estos, el 1,9% son públicos, un 30,3% sin fines de lucro y un 67,9% privados. Asimismo, más de un 70% de este último grupo representa a pequeñas empresas (SENAMA, 2021). Por otro lado, si bien no hay un catastro oficial de los ELEAM que operan en condiciones irregulares, se estima que existe un número mayor de dependencias adaptadas para este tipo de atención a lo largo del país. Cabe señalar que la atención institucionalizada corresponde a menos del 1% de los adultos mayores de Chile, cifra que contrasta con la realidad de otros países¹⁹.

La pandemia ha visibilizado otras problemáticas que si bien se podían observar en las personas mayores con anterioridad, hoy se han agudizado. En Chile las tasas de enfermedades de salud mental para este grupo son altas: en 2019, un 24% de las personas de 60 años y más presentaba síntomas depresivos y un 40% síntomas de ansiedad (Herrera, 2021). Los sentimientos de soledad, así como la inactividad y dependencia son algunos de los factores que afectan la salud mental de las personas mayores, aumentando el riesgo de padecer cuadros depresivos, ansiedad y/o estrés (Gallardo-Peralta et al, 2015; Palma- Ayllón y Escarabajal-Arrieta, 2021; Sandoval Garrido et al, 2016). A ello debemos agregar que, este grupo etario tiene una de las mayores tasas de suicidios del país, de 12,5 por cada 100.000 habitantes (MINSAL, 2019).

¹⁶ A lo anterior se puede agregar que, respecto al grado de dependencia, un 14,2% de las personas de 60 años o más presenta dependencia funcional, de las cuales un 4,4% es dependencia leve, un 5,5% moderada, y un 4,3% severa (CASEN, 2017).

¹⁷ Es preciso destacar que estos porcentajes se mantienen desde 2019, fecha anterior al inicio de la pandemia por Covid 19.

¹⁸ A la fecha no existen catastros de los Centros Día y Condominios de Viviendas Tuteladas financiados en su totalidad por privados.

¹⁹ Por ejemplo, en España alcanza un 4% y en Francia un 7%.

La CIPM²⁰ (OEA, 2015) reconoce expresamente el derecho a la independencia y autonomía de las personas mayores. En particular, reconoce el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a la definición de su plan de vida, a desarrollar una vida autónoma e independiente, conforme a sus tradiciones y creencias, en igualdad de condiciones y a disponer de mecanismos para poder ejercer sus derechos.

En Chile, el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) se crea con la Ley N°19.828 en 2002, pero hasta la fecha, este sigue siendo un servicio pequeño, con poco presupuesto y atribuciones, y cuya institucionalidad no es suficiente para dar respuesta de manera oportuna e integral en materia de políticas públicas para la vejez y envejecimiento en nuestro país. En octubre de 2020 se inicia la tramitación de un proyecto de ley “Para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor”²¹, que busca asegurar de mejor manera una política de envejecimiento positivo para la población, actualizando la legislación a los estándares internacionales y fortaleciendo la institucionalidad de SENAMA. Sin embargo, a más de un año de su ingreso, este proyecto aún continúa en Primer Trámite Constitucional.

Actualmente, Chile es el segundo país más envejecido de la región, pero si consideramos las proyecciones para el 2050, lo más probable es que seamos los primeros, por lo que es necesario contar con políticas públicas que garanticen un envejecimiento positivo y dentro de estándares adecuados de bienestar social.

PROPUESTAS PARA PERSONAS MAYORES

1. Fortalecer la institucionalidad especializada en personas mayores

1.1. Apoyar la tramitación de proyecto “Para promover el envejecimiento positivo, el cuidado integral de las personas mayores, y el fortalecimiento de la institucionalidad del adulto mayor” (Boletines N° 12.451-13, 12.452-13 y 13.822-07, refundidos) e impulsar su rápida implementación una vez aprobado.

2. Reconocer y ampliar los servicios requeridos por las personas mayores

2.1. Promoviendo y colaborando con la creación de Centros de Día, Programas de Atención Domiciliaria, Condominios de Viviendas Tuteladas, Teleasistencia y otros dispositivos que fomenten a que la persona mayor permanezca inserta en su hábitat, con su familia y/o en sus redes.

2.1.1. Promover que la administración de éstos sea por instituciones que aseguren su permanencia en el tiempo (Soc. Civil, Academia).

2.1.2. Asegurar que estos servicios puedan ser accesibles para todas las personas mayores que lo requieran, independiente de su condición económica y territorio en el que habitan. Estos servicios deben estar en concordancia con el territorio en el que están insertos, así como también deben poder llegar a los lugares rurales, asegurando el acceso y transporte.

2.2. Fortalecer el financiamiento de programas y servicios.

2.2.1. Promover nuevos fondos que permitan aumentar la oferta de atención para prevención de la dependencia, con el fin de retrasar la pérdida de funcionalidad, así como centros especializados, destinados a tratar demencias.

²⁰Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

²¹Boletines N° 12.451-13, 12.452-13 y 13.822-07, refundidos.

- 2.2.2. Asegurar un financiamiento estable, estandarizado y abierto a las organizaciones de la sociedad civil de los servicios residenciales y ambulatorios, para dar continuidad en el tiempo y asegurar la seguridad social de los y las trabajadores/as.
- 2.2.3. Basados en la alta demanda de servicios para personas mayores y la baja oferta disponible, tanto pública como privada, se propone:
 - 2.2.3.1. Evaluar la posibilidad de establecer nuevos vínculos con prestadores con fines de lucro, bajo un sistema de subsidio a la demanda.
 - 2.2.3.2. Aportar con recursos para la administración a los prestadores sin fines de lucro, con el fin de incentivar la ejecución de estos servicios por parte de estas organizaciones. Hoy se subsidia solo la operación y no hay recursos disponibles para administración y otros gastos necesarios para la sostenibilidad de las organizaciones.
- 2.3. Fortalecer una canasta de prestaciones y servicios para el apoyo y cuidado de personas mayores que se encuentren en establecimientos de larga estadía (ELEAM) consecuente con la especialización y costos de atención reales per cápita, e incorporar esta prestación como Garantía explícita de salud (GES).
- 2.4. Programas de apoyo a ELEAM sin resolución.
 - 2.4.1. Implementar un Programa Intersectorial a nivel nacional, liderado desde el SENAMA en coordinación con el MINSAL y apoyo de la Sociedad Civil de abordaje regional, con la finalidad de apoyar con recursos económicos, capacitación y asesoría técnica profesional a los ELEAM sin resolución en un proceso de avance y obtención de la resolución sanitaria definitiva.
 - 2.4.2. Levantar un Catastro Nacional de los ELEAM con y sin resolución, que pueda aportar información actualizada, dimensionar la magnitud y que sirva de insumo para la generación de políticas públicas que respondan en forma concreta a avanzar en la solución a esta grave situación que afecta a estas instituciones, lo cual repercute directamente en la calidad de vida de las personas mayores que residen en ellas.
 - 2.4.3. Ampliar y flexibilizar la normativa vigente sobre resolución sanitaria, para incorporar a programas residenciales intermedios, actualmente sin resolución, para que puedan acceder a recursos y avanzar en su implementación como ELEAM.
- 3. Modificar normativa en capacidad jurídica**
 - 3.1. Modificar normativa referida a la capacidad jurídica de personas mayores, creando mecanismos de voluntad anticipada o un sistema de apoyo gradual para aquellas personas que así lo requieran, entre otros.
- 4. Fortalecer política en salud mental para personas mayores**
 - 4.1. Sustener la Mesa Técnica Salud Mental para Personas Mayores creada en 2019 por SENAMA y MINSAL donde participan expertos en la materia, representantes de la academia, organizaciones de la sociedad civil y otros organismos públicos con el objetivo de crear una "Estrategia de Salud Mental para Personas Mayores".
 - 4.2. Recoger los aportes ya realizados por esta Mesa y hacer seguimiento de sus propuestas.
 - 4.3. Aumentar horas y extensión de la intervención destinadas a salud mental de personas mayores en CESFAM, prioritariamente brindadas por psicogerontólogos y psiquiatras con especialización en geriatría.

- 4.4. Promover la formación en psicogerontología y prácticas en esta área. La misma podría lograrse con cursos optativos durante la carrera de grado o la creación de posgrados en esta especialidad.
- 4.5. Incentivar la integración social de personas mayores que viven solas con su comunidad en sus barrios, provocando el intercambio intergeneracional.
- 5. Promover la inclusión laboral de personas mayores**
 - 5.1. Modificar la normativa actual, igualando el salario mínimo de las personas mayores al del resto de los trabajadores mayores de 18 años.
 - 5.2. Crear incentivos tributarios destinados a facilitar a las empresas la contratación de personas mayores y así reforzar la participación de estos trabajadores en el mercado laboral. Puede ser un sistema de subvenciones a las empresas que contraten a personas mayores, o bien una deducción en el pago de sus impuestos.
 - 5.3. Revisar la actual normativa del SENCE respecto del acceso y requisitos a programas de capacitación de personas mayores, eliminando toda forma de discriminación por razones de edad, y abordando intersectorialmente las barreras administrativas y brechas que generan marginación y exclusión de las personas mayores.
 - 5.4. Fortalecer las atribuciones de SENCE para que cumpla un control más estricto de las normativas que rigen el actual sistema de capacitación en nuestro país, asegurando que no pudieran existir discriminaciones por edad en las capacitaciones financiadas a través de la Franquicia tributaria por los Organismos Técnicos de Capacitación (OTEC).
 - 5.5. Asegurar que no existan barreras que impidan que, por el hecho de ser una persona mayor, cualquier persona pueda acceder a una cuenta corriente o configurarse como sujeto de crédito legítimo.
- 6. Promover la formación continua de las personas mayores**
 - 6.1. Indagar y consultar necesidades educativas de las personas mayores en la actualidad.
 - 6.2. Promover el acceso de las personas mayores a la educación superior.
 - 6.3. Fortalecer los programas educativos de nivelación de estudios básicos e incluir la enseñanza media.
 - 6.4. Fomentar espacios educativos en aulas de educación continua destinado a personas mayores, que ofrezcan cursos de capacitación, educación en diversos temas para un envejecimiento saludable, y que también sean espacios de recreación y participación social. Estos espacios deben contar con metodología de enseñanza adecuada como es la gerontagogía o gerontología educativa.
- 7. Inclusión Digital**
 - 7.1. Se sugiere ampliar la comprensión del concepto de inclusión digital, ya que hoy se asocia principalmente al acceso a tecnologías, pero la inclusión necesita tanto del acceso a TICs, como conectividad y adquisición de habilidades digitales.
 - 7.2. Adecuar las actuales iniciativas digitales y proyectos transversales que hoy promueven el estado digital, a una sociedad que ponga realmente al centro de estas soluciones a la ciudadanía, y en especial a las personas mayores, además de la interoperatividad de los servicios del Estado.
 - 7.3. Articular e impulsar desde el Gobierno con la Sociedad Civil acciones que contribuyan a disminuir la brecha digital en las personas mayores de nuestro país, a través de la capacitación presencial y online en el uso de las TICs, generando recursos y espacios tecnológicos que faciliten el acceso, uso y apropiación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs).
 - 7.4. Centrar el foco de las futuras políticas públicas y programas digitales en las personas y en la sociedad en general y que los esfuerzos por modernizar nuestro

país, no solo sean puramente administrativos o de gestión, sino que incorporen la capacidad de fortalecer aspectos claves como es la capacitación digital y acceso universal a Internet, con énfasis en personas mayores y sectores de la población vulnerables.

8. Impulsar aumento de comunas amigables con las personas mayores

- 8.1. Aumentar los recursos de Programa CAPM vía presupuesto anual de la nación a fin de:
 - 8.1.1. Informar y promover la Iniciativa Ciudades Amigables a nivel local, regional y nacional.
 - 8.1.2. Realizar un acompañamiento técnico a Municipios que actualmente son parte de la Red CAPM.
 - 8.1.3. Proveer de recursos destinados a proyectos de Mejora Local.
 - 8.1.4. Avanzar hacia ciudades 8-80: incorporando en el diseño de políticas públicas de urbanización y vivienda el modelo de ciudades que incorporen mejoras en la movilidad y el espacio público para crear comunidades más inclusivas, saludables y equitativas, acordes con los objetivos del proyecto CAPM. Esta experiencia internacional promueve el diseño de ciudades aptas para toda la comunidad (desde un niño de 8 años a un adulto de 80 años).
- 8.2. Revisar y adecuar el reglamento del Fondo Nacional de Desarrollo Regional FNDR (circular 33) con el fin de que permita que, a nivel regional, el 6% de los recursos de cada año puedan destinarse con mayor focalización a las comunas pertenecientes al proyecto CAPM que postulan en conjunto a las Organizaciones de la Sociedad Civil a recursos para actividades de inversiones públicas, con fines de compensación territorial, financiamiento de acciones en los distintos ámbitos de infraestructura social y económica, evitando así, que la asignación de estos recursos se efectúe de manera competitiva con otros proyectos de la región mediante un llamado general realizado por el Gobierno Regional para los fondos de cada año.

9. Sensibilización anti-edadismo

- 9.1. Fomentar programas intergeneracionales en espacios educativos que promuevan la interacción entre las diversas generaciones.
- 9.2. Generar programas de sensibilización y educación en el ámbito de la atención en servicios públicos a los diversos técnicos y profesionales sobre el trato digno y respetuoso, desde un enfoque de derechos y no de carencias, hacia las personas mayores.
- 9.3. Generar una normativa que regule el uso del lenguaje en material audiovisual, destinados a personas mayores en programas de intervención de diversa naturaleza.
- 9.4. Establecer programas de formación en gerontagogía, que permita entrenar a técnicos y profesionales en el manejo y aplicación de estrategias, técnicas e instrumentos educativos, especialmente diseñados y dirigidos a población mayor.
- 9.5. Favorecer imágenes positivas de la vejez y promover el uso del lenguaje adecuado en medios de comunicación.
- 9.6. Incorporar la obligatoriedad de protocolos que respeten la autonomía de las personas mayores y tengan un consentimiento informado de éstas en las terapias que se realicen en los diversos programas y en el ámbito de salud.
- 9.7. Que los textos educacionales incorporen en el currículum escolar, conceptos positivos de envejecimiento y vejez.
- 9.8. Incentivar la investigación en temáticas de vejez y envejecimiento otorgando fondos específicos para este tipo de iniciativas.

PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

La situación de calle constituye una grave vulneración de los derechos de las personas y una expresión de la exclusión y déficit de protección de nuestras sociedades contemporáneas. Una persona en situación de calle es aquella que carece de un lugar permanente para residir a causa de una ruptura estructural y/o biográfica asociado a la exclusión social y que se encuentra viviendo en la intemperie, y/o en espacios públicos o privados no acondicionados para vivienda o en lugares que brindan alojamiento temporal.

Según el Anexo Calle del Registro Nacional de Hogares, hoy en Chile viven más de 16.500 personas en situación de calle, de los cuales un 15,5 % son mujeres y 84,1 hombres. De este total más de un 44% reside en la Región Metropolitana, mientras que un 11,9% lo hace en la Región de Valparaíso y un 8,6 en la de Biobío²².

Lo anterior hace emerger el siguiente cuestionamiento ¿por qué necesitamos una política integral para las personas en situación de calle?. En primer lugar, las personas en situación de calle no eligen, ni han elegido estar en esta situación. Llegan a esta condición luego de un proceso gradual y progresivo fractura de los vínculos societales y luego de fallas múltiples de los sistemas de protección, muchas veces presentes desde la infancia u otros estadios de su vida. En segundo lugar, vivir en la calle es peligroso, indigno y extenuante para quienes pernoctan en ella ya sea de manera transitoria o más permanente. Esta situación supone además, que el vivir en calle afecta otros ámbitos de la vida social, los vecinos, los barrios y la propia ciudad, se transforman en lugares hostiles para las personas en situación de calle.

El país tiene una deuda histórica con las personas en situación de calle, quienes fueron por mucho tiempo no consideradas en las estadísticas, ni en la oferta programática de programas sociales. En las actuales candidaturas presidenciales su ausencia programática es evidente lo que da cuenta de su invisibilización y de la necesidad de promover políticas integrales para este fenómeno global. Temas abordados en los debates presidenciales como violencia generalizada, falta de vivienda y migración irregular tienen intersecciones con las situaciones de calle, pero no abordan la magnitud del problema.

No tener un hogar es quedar fuera de los sistemas de ayuda, incluso de las medidas excepcionales que se han impulsado en el país producto de la pandemia de COVID-19, variantes SARS-Cov-2 y sus futuras expresiones producto de las cepas nuevas.

Una Ciudad hostil

La ciudad se ha convertido en un lugar hostil para habitar, transitar o vivir. La infraestructura y el mobiliario urbano se ha modificado para evitar aglomeraciones u otros usos de los espacios. Si analizamos la ciudad, podemos percibir varias edificaciones que denotan expulsión, exclusión e incluso incomodidad para los grupos más vulnerables de la población.

Un ejemplo de ello es el cierre de parques y plazas urbanas por las noches, con el fin de impedir que se pueda pernoctar en ellos; la ausencia de servicios de aseos y la falta de lugares de descanso. Al mismo tiempo aumentan los mecanismos de control y vigilancia de los trayectos y recorridos. La seguridad ciudadana aparece como un valor importante a la hora pensar estas iniciativas que promueven el cierre de los espacios públicos y el control de todo aquellos que se considera “peligroso”, extraño o amenazante.

²² Información solicitada por transparencia por la Mesa Calle en marzo de 2021.

El diseño del mobiliario urbano, incluyendo los asientos públicos ha sido propuesto para evitar que las personas que viven en la calle puedan recostarse. Otra situación hostil en la ciudad se observa en el déficit de servicios de aseo. En general hay escasez de baños de acceso públicos, y los existentes cuentan con una tarifa de pago asociada que no supone calidad de servicio. Los estándares en estos servicios son bajos y/o su oferta es discontinua, observando falta de insumos como: papel higiénico, jabón, dispensador de toallas higiénicas, incluyendo los productos de higienización asociados a la estrategias para frenar la pandemia. El mobiliario anti-mendigos y la “aporofobia” - rechazo al pobre - (Cortina 2017) se apoderan de la ciudad, específicamente de los lugares que las personas en situación de calle ocupan en su cotidianidad.

Importancia que las personas cuenten

Históricamente, tanto el Censo Nacional de Población y Vivienda como la Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN) no solían contar a las personas en situación de calle. Desde inicios de 2000 las organizaciones de la sociedad civil hicieron un proceso de incidencia para lograr que ellas y ellos fueran considerados en las estadísticas oficiales y pudieran así acceder a la oferta pública.

Tanto el 2005 como el 2011 se han realizado Catastros Nacionales de Persona en Situación de Calle. Una de las conclusiones del último de estos, fue la necesidad de realizar un levantamiento sistemático de información para la actualización permanente de las cifras y características de los distintos grupos que se encuentran en esta condición. En el año 2017 se llevó a cabo un censo abreviado de población y vivienda que incluyó a las personas en situación de calle en un registro especial, pero esta información no se encuentra disponible, ni hay proyecciones censales al respecto.

Desde agosto de 2016 se implementa el Registro Social para Personas en Situación de Calle, este registro denominado Anexo Calles es un sistema que busca complementar el Registro Social de Hogares. No obstante, con los avances aún hay problemas de subregistro, actualización de los catastros e información fidedigna.

La información es clave para poder elaborar políticas públicas y promover acciones intersectoriales, y por lo mismo para el año 2023 esperamos que este Censo se lleve a cabo contando con una solución de vivienda para quienes no la tienen hoy. En este sentido el registro individualizado es clave, pero también la voluntad política de avanzar en el diseño, implementación y evaluación de una política pública integral orientada a erradicar esta situación.

Oferta programática para personas en situación de calle

La situación de calle es una expresión de vulnerabilidad extrema que requiere ser atendida de manera multidimensional y multicausal y sin embargo, los programas existentes hoy no se articulan o lo hacen de manera insuficiente en temáticas clave como: salud y vivienda. Los dispositivos de intervención existentes operan como distintos niveles de oferta diferenciada, de modo que los participantes no son insertos en un proceso lineal ascendente.

Por otro lado, es preciso recordar que la situación de calle de las grandes ciudades no es igual a la de las localidades de menor tamaño. La situación de calle en el extremo norte exhibe una cantidad mayor de población joven que en el resto del país, y la problemática se encuentra fuertemente marcada por el consumo de drogas. En el extremo sur, las personas en situación de calle presentan mayor edad promedio, un mayor consumo de alcohol y se desempeñan en actividades productivas propias de ese territorio. La zona centro-sur, históricamente marcada por altos niveles de pobreza y vulnerabilidad, muestra una situación de calle que se prolonga en el tiempo mucho más que en el resto del país (MIDESO, 2012).

Asimismo, la oferta programática actual dirigida a personas en situación de calle es estacional, con un enfoque masculinizante. Si bien a partir del año 2020, algunos servicios se mantuvieron todo el año, la mayoría sigue concentrándose en los meses de invierno con espacios de emergencia y de protección ante condiciones climáticas adversas.

PROPUESTAS PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Diseñar e implementar una política Integral para las Personas en Situación de Calle (PSC), con sello en acciones de carácter permanente y no condicionada que esté vigente en el año 2023.

1. La política propuesta enfatiza en las siguientes acciones afirmativas, que exigen actuación del Estado en el reconocimiento del:
 - 1.1. Derecho a la vida independiente, con énfasis en dos fases del ciclo de vida de las personas: en edades tempranas con viviendas de transición para los jóvenes que egresan de los sistemas de protección y en la proximidad de la vejez, donde los sistemas de asistencia y de salud enfrentan mayores exigencias para el cuidado de todas las personas.
 - 1.2. Derecho a una vida digna, lo que supone acciones de asistencia no condicionada y el resguardo de la salud mental como un ámbito de actuación prioritario para la inclusión social, lo que supone la estabilización y desestigmatización de algunas condiciones de base (consumo problemático, patologías de salud mental no tratadas).
 - 1.3. Del derecho a la vivienda (+ que alojamiento suficiente): la oferta de alojamientos no es solo insuficiente para el número de PSC, sino que además no logra responder a las necesidades de ciertos perfiles, que por sus características quedan fuera de la cobertura o esta sólo está disponible en determinados periodos del año.
2. Incorporar la perspectiva de una ciudad amigable con las personas en situación de calle en el diseño urbano, incorporando criterios de accesibilidad y usabilidad de los espacios y servicios públicos.
3. Incluir a las personas en situación de calle en el próximo Censo Nacional de Población y Vivienda.
4. Fortalecer el Programa Vivienda Primero, como una política social regular y sostenible²³.
5. Contar con una oferta permanente, con independencia de la estacionalidad (operación invierno), no condicionada (a diferencia de los modelos de escalera) y diversa con el fin de responder a las particularidades etarias y de género de la población que vive en situación de calle.
6. Creación de más alojamientos permanentes a lo largo del país, avanzando en programas que favorezcan la vida independiente y que cada uno cuente con un aumento en la capacidad y diversificación de su cobertura, con la finalidad de poder atender a distintos grupos y edades.
7. La oferta programática requiere ser conocida e informada a sus destinatarios.

²³ Esta iniciativa representa un cambio de paradigma para enfrentar la problemática de la situación de calle que hoy afecta a más de 16.500 personas (RSH, 2021). El modelo considera brindar seguridad habitacional y servicios de apoyo especializados, como un soporte básico para gatillar los cambios más estructurales; demostrando a nivel nacional, así como en el mundo, que es una respuesta exitosa y costo-efectiva para impulsar trayectorias de inclusión, permitiendo reducir hasta en un 50% el gasto social per cápita que le significa al Estado las consecuencias biopsicosociales asociadas a la vida en calle.

CONSTRUYENDO EL FUTURO EN COMUNIDAD

Las propuestas presentadas en este documento son la ruta que han elegido las distintas Mesas Técnicas de la Comunidad de Organizaciones Solidarias, para avanzar colectivamente en los cambios que Chile requiere, de cara a los desafíos multisectoriales impuestos por la recuperación y el considerable aumento de la pobreza.

Como lo dijimos en la conmemoración del Día Internacional de la Erradicación de este año, no cualquier proceso de recuperación sirve. Se requiere que las medidas que se implementen también se enfoquen en cerrar las brechas sociales en educación, salud, vivienda o ingresos. La recuperación es tarea de todos y todas, en que cada persona, desde sus distintos espacios y sectores, contribuya con acciones y decisiones que promuevan la colaboración en la búsqueda de soluciones a las distintas problemáticas.

Para ello, se requiere construir alianzas de colaboración entre el Estado, el sector privado y las organizaciones de la sociedad civil, que logren fomentar el desarrollo sostenible y la igualdad de oportunidades, un desafío para el cual, como organizaciones de la sociedad civil, siempre hemos puesto a disposición nuestro trabajo, conocimiento y experiencias, porque creemos en la colaboración como la fuerza que nos impulsa para cumplir nuestros objetivos y la forma de construir el futuro en comunidad.

Ser Comunidad es creer en el actuar colaborativo para la construcción de un país más justo, equitativo y sostenible; es comprometerse y trabajar incansablemente por la superación de la pobreza, la vulnerabilidad y exclusión a la que se ven enfrentados miles de personas y comunidades, transformándose en un real agente de cambio, y cualquier cambio que se quiera y necesite debe ser realizado de manera colectiva, colaborativa, relevando la importancia de la cooperación público-privada para el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas en Chile.

Por lo anterior, es que esperamos que, reconociendo a las organizaciones de la sociedad civil como actores clave en la construcción e implementación de la agenda pública nacional para atender los desafíos del país, estas propuestas sean consideradas para el período 2022-2026 de un próximo gobierno.

ANEXOS

ANEXO 1

Niveles de complejidad requeridos por usuarios con patologías específicas en su permanencia en casas de acogida.

- Para la acogida de personas adultas se contempla la opción de un acompañante según dependencia física y/o mental. En el caso de niños, niñas y adolescentes se contempla un adulto acompañante.
- Los niveles de complejidad responden a la necesidad de cada paciente de acuerdo a su diagnóstico y estado de salud.
- Cada nivel requiere de la valorización de los servicios entregados.

Componentes de la Acogida del paciente según:

Componentes de la Acogida del paciente según:	Acogida de Baja Complejidad	Acogida de Media Complejidad	Acogida de Alta Complejidad.
Tipo de Cuidado: Características del cuidado que requiere la persona de acuerdo al diagnóstico de salud en alimentación, alojamiento y servicios higiénicos.	-Alimentación Común - Servicios Higiénicos compartidos - Alojamiento compartido	-Alimentación con regímenes especiales y/o de necesidad de asistencia. -Servicios Higiénicos compartidos. -Alojamiento mixto (alojamiento individual y compartido).	Alimentación con régimen personalizado según patología y/o con alimentación asistida. Servicio Higiénico individual o compartido de máximo 4 personas. Alojamiento Individual (paciente y acompañante).
Presencia de Cuidadores o asistentes enfermos.	Acompañante o tutor, si es necesario.	Tutor o adulto responsable por paciente.	Tutor o adulto acompañante por paciente y al menos un encargado de casa que pernocta.

ANEXO 2

Objeto de la propuesta

El presente documento tiene por objeto, en primer lugar, proponer un sistema de financiamiento estable y estandarizado por parte del Estado que asegure el trabajo sostenido de las casas de acogida; en segundo lugar, tiene por objeto proponer la ampliación del financiamiento a patologías y territorios no contemplados en la Ley de Presupuesto 2021.

a) **Oportunidad de financiamiento:** A partir de la publicación de la Ley de Presupuesto 2021 se abre una nueva oportunidad para concretar el financiamiento a las casas de acogida. Tenemos la posibilidad de efectivamente concretar un financiamiento estable y estandarizado por parte del Estado, autorizado por el legislador, que permita la sostenibilidad de estas instituciones. Pero esta oportunidad se presenta con urgencia, dado que conforme a la partida 16, capítulo 09, programa 01 de la ley antes mencionada, es necesario contar con un informe favorable de la Subsecretaría de Salud Pública dentro del primer trimestre de 2021.

b) Propuesta de financiamiento para casas de acogida

i) **Ampliar patologías y territorios:** como casas de acogida, vemos cómo niños, niñas y adolescentes con enfermedad renal crónica, con patologías cardíacas complejas, con quemaduras graves o que deben someterse a algún trasplante, entre muchos otros, se ven obligados a trasladarse a la Región Metropolitana o a otras ciudades del interior del país por vivir alejados de centros de salud de alta complejidad. Y sin embargo, la actual Ley de Presupuesto 2021 abre la oportunidad de financiamiento únicamente a casas de acogida que reciban a pacientes con patologías oncológicas en la Región Metropolitana o que se atienden en el Hospital Base de Valdivia. Por lo anterior, consideramos fundamental que este aporte se amplíe a instituciones que reciben pacientes con otras patologías graves y que se encuentren en todas las regiones del país.

ii) **Catastro actualizado de Casas de Acogida:** para poder replicar este financiamiento a todas las casas de acogida no consideradas en esta propuesta, consideramos necesaria la elaboración de un catastro actualizado de las distintas casas de acogida que existen al día de hoy, relevando en qué patologías se especializan, a qué niveles de complejidad responden y en qué situación financiera se encuentran. Actualmente, no se cuenta con esta información que es fundamental para poder determinar los financiamientos necesarios para estas instituciones y en general coordinar futuras políticas públicas.

iii) **Financiamiento por nivel de complejidad:** teniendo presente los antecedentes mencionados, la Mesa de Casas de Acogida de la Comunidad de Organizaciones Solidarias considera que, con el objetivo de estandarizar el financiamiento a las casas de acogida, se propone la creación de una subvención por paciente y por acompañante, diferenciada a partir del nivel de complejidad alcanzado por la institución:

- Casas de alta complejidad: \$11.500.- por paciente y \$11.500 por tutor.
- Casas de media complejidad: \$7.500.- por paciente y \$7.500 por tutor.

A modo de ejemplo, considerando la cantidad de pacientes y acompañantes acogidos únicamente por las instituciones consideradas en este documento, el aporte del Estado en el año 2019 habría sido el siguiente:

Nivel de Complejidad	Número de usuarios	Aporte por usuario	Total
Alta complejidad	31.388	\$11.500	\$360.962.000
Media complejidad	18.762	\$7.500	\$140.715.000
Total	50.150		\$501.677.000

Si consideramos los convenios suscritos en el año 2019 por un monto de \$273.669.000.- que, en definitiva, son un aporte estatal, el aporte adicional que tendría que hacer el Estado bajo esta propuesta sería de \$228.008.000.- anuales. Por último, nos gustaría destacar que en forma adicional a esta propuesta, se mantendrá el financiamiento con fondos privados que reciben las casas de acogida. Como se señaló el presupuesto anual estimado de estas instituciones asciende a la suma de \$1.141.092.000.-, por lo que aún contando con este aporte estatal es necesario financiar un saldo de \$639.415.000.-

REFERENCIAS

EDUCACIÓN

De la Cruz-Sánchez, D., Feu, S., & Vizuete-Carrizosa, M. (2013). Educational Level as a Member of the Subjective Well-Being and Mental Health in the Spanish Population. *Universitas Psychologica*, 12(1), 31-40.

Krueger, A. & Lindahl, M. (2001). Education for Growth: Why and for Whom? *Journal of Economic Literature*, 39(4), 1101-1136, American Economic Association

MINEDUC. (2021). Mineduc entrega detalles de cifras de deserción escolar 2021. Obtenido de Noticias: <https://www.mineduc.cl/mineduc-entrega-detalles-de-cifras-de-desercion-escolar-2021/>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2016). Skills Matter: further results from the Survey of Adult Skills. Obtenido de: <http://www.oecd.org/skills/skillsmatter-9789264258051-en.htm>

Riquelme, G., & Olivares-Faúndez, V. E. (2015). Rentabilidad del trabajo en Chile: Análisis de la evolución de los retornos por nivel educativo. *Ciencia & trabajo*, 17(52), 69-76.

SALUD - TRATO DIGNO Y DERECHO A LA INFORMACIÓN

Barca Fernández, I., Parejo Miguez, R., Gutiérrez Martínez, P., Fernández Alarcón, F., Alejandro Lázaro, G. y, López de Castro, F. (2004) La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria* Vol. 33. (7) páginas 361-364. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13060760>

Beca Infante, Juan Pablo. (2017). La autonomía del paciente en la práctica clínica. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 33(4), 269-271. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-73482017000400269>

Criteria Research. (2015). Informe Preliminar Estudio de Usuarios de

Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes. Santiago. Obtenido de https://ssalud.gob.cl/documentacion/666/articles-12611_recurso_1.pdf

Marchant Olivares SC (2013) Adherencia a tratamiento y percepción de enfermedad en pacientes con epilepsia no refractaria [tesis]. Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; Disponible en: <http://tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/115635/TESIS.Adherencia%20y%20percepcion%20de%20enfermedad%20%20%281%29.pdf?sequence=1>

MINSAL. (2012). Reglamento sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c92281d329a286d2e040010165014f81.pdf>

Navarro Rubio, María Dolores, Muñiz, Giovanna Gabriele y Jovell Fernández, Albert J. (2008) Los derechos del paciente en perspectiva. *Atención Primaria*. Vol. 40. (7) páginas 367-369 Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13124131>

OMS. (2000). The World Health Report. Health systems : improving performance. París, Francia: OMS. Obtenido de <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/E4AD981E247848C6C1256C1A004B9822-WHO-health-jun00.pdf>

Ramos Morales, L. E.. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2), 175-189. Recuperado en 02 de noviembre de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=es.

SALUD - SALUD MENTAL

Gaete, J., Labbé, N., Del Villar, P., Allende, C., & Valenzuela, E. (2014). Prevalencia de trastornos psiquiátricos

- en adolescentes infractores de ley en Chile. *Revista médica de Chile*, 142(11), 1377-1384
- Helliwell, J., Huang, H., Wang, S. & Norton, M. (2021). Happiness, trust, and deaths under COVID-19. En Helliwell, J., Layard, R., Sachs, J. & De Neve, J-E., (eds. 2021). *World Happiness Report 2021*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Hogar de Cristo. (2020). El autorretrato de los jóvenes excluidos en cuarentena. Obtenido de: <https://www.hogardecristo.cl/noticias/el-autorretrato-de-los-jovenes-excluidos-en-cuarentena/>
- Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
- MINSAL. (2008). Informe final. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible. Santiago. Obtenido de: https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Informe_final_estudio_carga_2007.pdf
- MINSAL. (2017). Plan Nacional de Salud Mental. Santiago. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/06/Borrador-PNSM-Consulta-P%C3%BAblica.pdf>
- OMS. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2012). *Desarrollo Humano en Chile. Bienestar subjetivo: el desafío de repensar el desarrollo*. <https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/sinopsis.pdf>
- Reyes, S. (2017). La felicidad de los chilenos. Una aproximación a la “paradoja latinoamericana”. Obtenido de: <https://gobierno.udd.cl/cpp/files/2018/01/ANALISIS-SR-dic-2017.pdf>
- Sandoval Obando, E. (2021). Aumentar el gasto público en salud mental. *El Mostrador*, págs. <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2021/03/29/aumentar-el-gasto-publico-en-salud-mental/>.
- SENAME. (2019). Orientaciones técnicas residencia alta especialidad. Santiago, Chile. Obtenido de <https://www.sename.cl/web/wp-content/uploads/2019/05/Orientaciones-Tecnicas-RAE-v2.pdf>
- Siches, I., Vega, J., May Chomali, D., Yarza, B., Estay, R., Goyenechea, M., & Pacheco, J. (2020). El impacto de Covid19 en el sistema de salud y propuestas para la reactivación.
- Veenhoven, R. (2009). Medidas de la Felicidad Nacional Bruta. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 279-299. Obtenido de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592009000300008&lng=es&tlng=es.
- Vicente, B., Saldivia, S., De la Barra, F., Melipillán, R., Valdivia, M., & Kohn, R. (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitarias. *Revista médica de Chile*, 140(4), 447-457

SALUD - CASAS DE ACOGIDA TRANSITORIAS PARA NIÑOS CON PATOLOGÍAS

- Departamento de Epidemiología - MINSAL. (2018). Primer informe del registro nacional de cáncer infantil de Chile (menores de 15 años), Renci. Quinquenio 2007 – 2011. Santiago, Chile. Obtenido de http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/Informe_REN_CI_2007-2011Registro-Nacional-C%C3%A1ncer-InfantilDepto.Epidemiolog%C3%ADaMINSAL2018.pdf
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D., & Varela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5(3), 535-547.
- Ingelfinger, J. R., Kalantar-Zadeh, K., & Schaefer, F. (2016). Día Mundial del Riñón 2016: evitar el legado de la enfermedad renal. *Enfoque en la niñez. Revista chilena de pediatría*, 87(2), 82-87.
- Puente-Ferreras, A., Barahona-Gomariz,

M. J., & Fernández-Lozano, M. P. (2011). Las enfermedades raras: naturaleza, características e intervención biopsicosocial. *Portularia*, 11(1), 11-23.

HÁBITAT

Banco Mundial. (2021). Panorama General. Obtenido de: <https://www.bancomundial.org/es/topic/urbandevelopment/overview#1>

Banco Mundial. (2021). Población urbana (% del total) - Chile. Obtenido de: https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.URB.TOTL.IN.ZS?locations=CL&name_desc=false

BBVA Research. (2017). Urbanización en América Latina. BBVA

CASEN. (2017). Resultados Vivienda Casen. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_vivienda_casen_2017.pdf

CNDU. (2014). Política Nacional de Desarrollo Urbano. Santiago. Obtenido de: <https://cndu.gob.cl/wp-content/uploads/2014/10/L4-Politica-Nacional-Urbana.pdf>

Fundación vivienda. (2018). Más que solo un barrio. Estudio sobre el entorno urbano y social de familias solicitantes del Programa de . Obtenido de: <https://www.fundacionvivienda.cl/wp-content/uploads/2018/12/FV-Informe-2-M%C3%A1s-que-solo-un-barrio.pdf>

INE. (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total país. Santiago.

INE. (2020). Personas extranjeras residentes en Chile. Obtenido de: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales>

INE. (2021). Población total. Obtenido de: <https://www.ine.cl/>

Ministerio de Hacienda. (2020). Marco de Entendimiento para Plan de Emergencia por la Protección de los ingresos de las familias y la Reactivación económica y del Empleo. Obtenido de: <https://www.hacienda.cl/barras-de-navegacion/otras-novedades/marco-de-entendimiento-para-plan-de-emergencia>

emergencia

MINVU. (2021). Catastro Nacional de Campamentos. Santiago: MINVU. Obtenido de: <https://www.minvu.gob.cl/wp-content/uploads/2019/12/Presentacion-C3%B3n-de-Resultados.pdf>

RHS. (2021). Ministra Rubilar lanza Plan Protege Calle 2021 con refuerzo de Albergues, Rutas Sociales y vacunación contra Covid-19 e Influenza. Obtenido de Gob.cl: <https://www.gob.cl/noticias/ministra-rubilar-lanza-plan-protege-calle-2021-con-refuerzo-de-albergues-rutas-sociales-y-vacunacion-contracovid-19-e-influenza/>

Rodríguez, A., Rodríguez, P., & Sugranyes, A. (2015). Con subsidio, sin derecho. La situación del derecho a una vivienda adecuada en Chile. Santiago, Chile: SUR.

DEPENDENCIA Y CUIDADOS

CASEN. (2017). Resultados Adultos Mayores Casen. Obtenido de Observatorio social: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Resultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf

CASEN. (2017). Resultados Discapacidad Casen. Obtenido de Observatorio social:

http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Casen_2017_Discapacidad.pdf

CASEN. (2021). Base de datos Casen en Pandemia 2020 SPSS. Obtenido de Observatorio Social.

Fernández, M. Beatriz, & Herrera, M. Soledad. (2020). El efecto del cuidado informal en la salud de los cuidadores familiares de personas mayores dependientes en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(1), 30-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000100030>

INE. (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total país. Santiago.

SENADIS. (2016). Encuesta Nacional de Discapacidad 2015. Santiago:

Ministerio de Desarrollo Social y Familia.
Subsecretaría de Evaluación Social (2015) Caracterización de Cuidadoras/es de Personas Dependientes/CGP. Obtenido de [INFORME FINAL Caracterización de Cuidadoras/es de Personas Dependientes.pdf](#) (digital.gob.cl)

NIÑEZ

CASEN. (2017). Resultados Niñez y Adolescencia Casen. Obtenido de Observatorio Social: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Rresultados_nna_casen_2017.pdf

INE. (2018). CENSO 2017. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadística. Obtenido de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-censo2017.pdf>

ONU. (1989). Convención sobre los derechos del Niño. Madrid, España: UNICEF. Obtenido de <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Observatorio Niñez y Adolescencia (2016). Infancia Cuenta en Chile 2016. Santiago, Chile.

Observatorio Niñez y Adolescencia (2020). Infancia Cuenta en Chile 2020. Santiago, Chile.

Ponce, E. (2018). Informe políticas públicas de infancia en Chile y antecedentes Región de Aysén. Aysén. UNICEF. (2019). Adolescent demographics. Obtenido de UNICEF Obtenido de:

<https://data.unicef.org/topic/adolescents/demographics/>

UNICEF. (2020). Niños, Niñas y adolescentes en Chile. Chile: UNICEF. Obtenido de <https://www.unicef.org/chile/media/3636/file/Cifras%20de%20infancia.pdf>

UNICEF. (2021). COVID-19 and children. UNICEF data hub. Obtenido de UNICEF DATA: <https://data.unicef.org/covid-19-and-children/#data>

PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Banco Mundial. (2021). Discapacidad. Obtenido de Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/topic/disability#1>

CASEN. (2017). Resultados Persona con Discapacidad. Obtenido de Observatorio Social: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2017>

MINTRAB; MIDESO; MH. (2021). Informe de evaluación sobre la implementación y aplicación de la ley n° 21.015, incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral. Santiago. Obtenido de <https://www.mintrab.gob.cl/wp-content/uploads/2021/06/INFORME-LEY-N-21.015-PDF.pdf>

ONU. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

OMS. (2011). Informe Mundial sobre la Discapacidad. Malta. Obtenido de https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1

SENADIS. (2016). Encuesta Nacional de Discapacidad 2015. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

PERSONAS MAYORES

CASEN. (2017). Resultados Adultos Mayores Casen. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2017/Rresultados_Adulto_Mayores_casen_2017.pdf

CASEN. (2021). Base de datos Casen en Pandemia 2020. Obtenido de <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-en-pandemia-2020>.

CASEN. (2021). Resultados Pobreza por Ingresos Casen en Pandemia 2020. Obtenido de: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2020/Rresultados_Pobreza_por_Ingresos_casen2020_en_pandemia.pdf

Herrera, M. (2021). Calidad de vida de las personas mayores chilenas durante la pandemia COVID-19. Santiago:

- Pontificia Universidad Católica de Chile. INE. (2018). CENSO 2017. Santiago, Chile: Instituto Nacional de Estadística. Obtenido de <https://www.censo2017.cl/descargas/home/sintesis-de-resultados-ceso2017.pdf>
- INE. (2018). Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050 Total país. Santiago.
- Mena Roa, M. (2020). El 9% de la población mundial tiene más de 65 años. Obtenido de: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total/>
- MINSAL. (2019). MINSAL y SENAMA Llamam al uso de medicamentos bioequivalentes y lanzan guía para la prevención del suicidio en el marco del trabajo de la salud mental. Obtenido de: <http://www.senama.gob.cl/noticias/mins-al-y-senama-llaman-al-uso-de-medicamentos-bioequivalentes-y-lanzan-guia-para-la-prevencion-del-s>
- OEA. (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Obtenido de: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
- ONU. (2019). Envejecimiento. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
- SENAMA. (2010). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Santiago.
- SENAMA. (2021). Ejecución al 31 de Marzo. Informe por Programa y Región (Base de Datos). Santiago, Chile. Obtenido de https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=http%3A%2F%2Fwww.senama.gob.cl%2Fstorage%2Fdocs%2FArt_N%25C2%25BA2_TRIMESTRES_GLOSAS_06_07_08_10_11_12_16_17_18_19_SENAMA_al_31-03-2021.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK
- SENAMA. (2021). Informe Programa Establecimientos de Larga Estadía Para Adultos Mayores, ELEM. Santiago, Chile. Obtenido de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/24.03.716_Glosa_9_-_ELEM_Informe_Segundo_Trimestre_2021.pdf
- UC-Caja los Andes. (2020). Chile y sus Mayores. Resultados V Encuesta Nacional Calidad de Vida. Santiago, Chile. Obtenido de http://www.senama.gob.cl/storage/docs/QUINTA_ENCUESTA_NACIONAL_DE_CALIDAD_DE_VIDA_EN_LA_VEJEZ_2019_CHILE_Y_SUS_MAYORES_2019.pdf

PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

- Cortina, A. (2017). Apofobia, el rechazo al pobre: un desafío para la democracia. Barcelona: Paidós.
- Hogar de Cristo (2017). Del dicho al derecho: Estándares de calidad para residencias de protección de niños y adolescentes. Santiago de Chile, Dirección Social Nacional.
- MIDESO. (2012). En Chile Todos Contamos. Segundo Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle. Obtenido de http://www.nochedigna.cl/wp-content/uploads/2017/03/En_Chile_Todos_Contamos_baja.pdf

