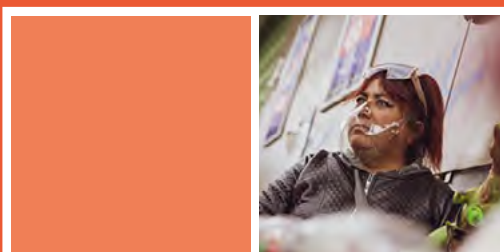
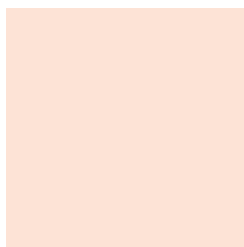
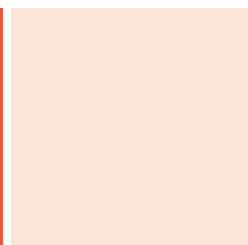


ORIENTACIONES
TÉCNICAS

PROGRAMA



2026



PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

 **Chile
Cuida**
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados


Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

Contenido

1.	Introducción	3
2.	Programa Red Local de Apoyos y Cuidados	4
2.1.	Tipología de Servicios provistos en la Red Local de Apoyos y Cuidados	5
2.2.	Comunas de acuerdo con los tramos de cobertura	5
3.	Modelo de gestión local de apoyos y cuidados	7
4.	Componentes del programa	12
4.1.	Componente 1: Plan de Cuidados	12
4.2.	Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria-SAD	13
4.3.	Componente 3: Servicios Especializados de apoyos y cuidados	14
4.4.	Gestión Comunitaria	15
5.	Proceso de contratación de los equipos locales	16
5.1.	Presentación de cargos del equipo de coordinación	17
5.2.	Presentación de cargos de los y las profesionales del equipo de SSEE	19
5.3.	Presentación de cargos del equipo de apoyo y sus principales funciones	20
6.	La Red Local	21
6.1.	Trabajo en Red	22
7.	Sistema de Registro PRLAC	31
8.	Aspectos administrativos	33
8.1.	Modificación presupuestaria	33
8.2.	Organización documental	39
8.3.	Normas gráficas	39
9.	Bibliografía	40

1. Introducción

“Los cuidados atraviesan la vida de todas las personas. Y todas las personas, en todos los momentos de la vida, requieren de cuidados” (ONU Mujeres, 2023). Además de acompañar el ciclo de vida de las personas y ser un factor clave del desarrollo personal, los cuidados son un componente esencial en el desarrollo de la sociedad al permitir el sostenimiento de la vida y el funcionamiento de las actividades en su conjunto.

En este contexto en la XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, realizada en Buenos Aires en noviembre de 2022, los países miembros de la CEPAL aprobaron el “Compromiso de Buenos Aires” (CEPAL, 2023), un acuerdo intergubernamental que alienta a los Estados a transitar hacia la sociedad del cuidado como un nuevo estilo de desarrollo centrado en la sostenibilidad de la vida y del planeta. Este compromiso sobre los derechos de las mujeres y la igualdad de género reafirma la importancia de considerar el cuidado no solo como una necesidad que se expresa en una demanda creciente, sino también como un trabajo, un derecho y un sector dinamizador de la economía.

De acuerdo con lo indicado por ONU Mujeres en 2023, es esencial que las políticas sean diseñadas e implementadas articuladamente con la finalidad de “cuidar, asistir y apoyar a las personas que requieren de cuidados, garantizar sus derechos y fomentar su autonomía”, así como apoyar a las personas cuidadoras.

En este contexto, en Chile, desde el año 2016, se inició la implementación de la primera intervención con aproximaciones sistémicas denominada Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC), el cual se enmarca en un modelo de gestión y atención integral a personas en situación de dependencia funcional (PSDF) y a personas cuidadoras principales (CP). Para efectos del programa, se entenderá por personas con dependencia: aquellas que se encuentren en esta situación de forma moderada¹ o severa² de cualquier tramo etario. Las acciones del programa incorporan también a las personas cuidadoras principales no remuneradas y/o a la red de apoyo de las personas con dependencia funcional, reconociendo su labor en el marco de la dependencia.

¹ **Dependencia moderada:** se entiende como la dificultad para salir a la calle, hacer compras o ir al médico sin ayuda de un tercero (actividades instrumentales) y en una o dos de las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, controlar esfínteres, desplazarse al interior del hogar) sin ayuda de terceros (AOTA, 2010).

² **Dependencia severa:** se entiende por la dificultad para realizar todas las actividades, incluyendo básicas e instrumentales, sin ayuda de terceros (AOTA, 2010).



2. Programa Red Local de Apoyos y Cuidados

El programa **Red Local de Apoyos y Cuidados** constituye la base del modelo de gestión local y de la atención integral de las personas con dependencia funcional y su cuidador/a principal, entendida como la díada del cuidado y definida como la unidad de intervención biopsicosocial.

El programa se implementa a través de tres componentes (ver figura N°1): (1) Plan de Cuidados (PC), (2) Servicio de Atención Domiciliaria (SAD), y 3) Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados (SSEE). Además, cuenta con una línea de acción estratégica transversal de Gestión Comunitaria. Su objetivo es “disminuir la vulnerabilidad biopsicosocial³ de la díada en tanto que la persona en situación de dependencia funcional mejora o mantiene su nivel de funcionalidad y su cuidador/a principal reduce o mantiene la sobrecarga”. Sus objetivos específicos son:

- Generar una guía de intervención para el acceso a servicios y prestaciones que disminuyan la vulnerabilidad biopsicosocial de la díada del cuidado.
- Proveer servicios básicos de cuidado en el domicilio de la díada, contribuyendo a disminuir la sobrecarga de la persona cuidadora principal y mejorando las condiciones de atención de la persona en situación de dependencia funcional.
- Otorgar bienes y servicios especializados, que se adapten a las necesidades particulares de la díada, complementando la oferta local existente.

Figura N°1. Componentes Programa Red Local de Apoyos y Cuidados



Fuente: Elaboración propia.

³**Vulnerabilidad biopsicosocial:** se entenderá como vulnerabilidad biopsicosocial de la díada a: i) Nivel de funcionalidad en personas en situación de dependencia funcional, medida a través del instrumento usado por el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, PRLAC; ii) Nivel de sobrecarga en personas cuidadoras principales, medida a través del instrumento usado por el PRLAC.

2.1. Tipología de Servicios provistos en la Red Local de Apoyos y Cuidados

El programa establece un despliegue secuencial de prestaciones durante la trayectoria de las díadas, con el propósito de ir instalando inicialmente aquellos servicios profesionales (prestaciones de primer orden) que permitirán abordar directamente la funcionalidad de la PSDF y la sobrecarga de la persona CP. Luego de un periodo de intervención, estos profesionales evalúan la incorporación de otras prestaciones de segundo y tercer orden, las cuales dicen relación con aquellos servicios que permitirán fortalecer y dar continuidad a los objetivos de intervención establecidos para cada caso. A continuación, se describen las tres tipologías de servicios.

- a. Primer Orden:** Son aquellos servicios profesionales que abordan directamente la funcionalidad de la PSDF y la sobrecarga de la CP, a saber: kinesiología, terapia ocupacional, psicología y servicio de atención domiciliaria.
- b. Segundo Orden:** Son aquellos servicios definidos por los y las profesionales especialistas durante toda la trayectoria de las díadas, por ejemplo, necesidad de ayudas técnicas, adaptaciones funcionales a la vivienda, pañales, alimentación complementaria, entre otros.
- c. Tercer Orden:** Son todas aquellas prestaciones entregadas por el intersector, que se complementan con las de primer y segundo orden, sin necesidad de duplicar atenciones, fortaleciendo la integración de servicios a las díadas. Incluye la Gestión Comunitaria del programa.

2.2. Comunas de acuerdo con los tramos de cobertura

A partir del año 2025 y en el marco del rediseño del programa, que contempla un nuevo modelo de gestión, se proyecta un incremento gradual de cobertura hasta el año 2026, considerando a la población con dependencia severa y moderada identificada en el Registro Social de Hogares, priorizando la atención de hogares con personas en situación de dependencia severa.

El despliegue de los componentes se relaciona directamente con la cobertura asignada a cada comuna, la cual se establece a partir de tramos, los que permiten agrupar comunas y definir, para cada una, una cobertura específica y los recursos humanos requeridos para la implementación del programa.

Este nuevo modelo considera la incorporación del Servicio de Atención Domiciliaria en todas las comunas, independiente de su tramo, y consolida las prestaciones de primer orden del componente de Servicios Especializados, en base a la trayectoria y experiencia acumulada por el programa en la provisión histórica de dichas prestaciones.

El instrumento normativo que establece la forma de ejecución de los recursos, así como sus componentes y tramos de cobertura es la Resolución N°5 del 2025 y su modificación, la resolución N°2 del 2026. En la siguiente tabla se presentan los tramos con sus coberturas asociadas, para mayor detalle se puede revisar la resolución mencionada.

Tramo	Cobertura asociada
1	29
2	51
3	101
4	152
5	102
6	126
7	148
8	175
9	201
10	225
11	247
12	279
13	330
14	375
15	485

3. Modelo de gestión local de apoyos y cuidados

El Modelo de Gestión de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC) sitúa a la díada, conformada por la persona en situación de dependencia funcional y su cuidador/a principal, como el eje central del programa. En torno a esta se organizan los procesos de gestión, los componentes de intervención y las acciones de articulación territorial necesarias para responder a sus necesidades de apoyo y cuidado.

La implementación del modelo comienza con la firma del convenio, la transferencia de recursos y la contratación del equipo ejecutor, condiciones que permiten el funcionamiento del programa en la comuna. A continuación, se desarrolla un ciclo que se inicia con el componente Plan de Cuidados: primero el trabajo de nómina, luego el despliegue territorial y, finalmente, la validación de la dependencia funcional y la sobrecarga del cuidado, culminando con el ingreso de las personas potencialmente beneficiarias mediante la firma del Plan de Cuidados. Este ciclo se repite durante toda la implementación, permitiendo el ingreso continuo de nuevas díadas.

Una vez realizado el ingreso, se inicia el despliegue de los servicios en conjunto con el acompañamiento a la trayectoria de la díada, mediante la elaboración e implementación del Plan de Cuidados. A partir de este, se planifican y coordinan las intervenciones requeridas, mientras la gestión de casos (como metodología transversal de acompañamiento) asegura el seguimiento, la articulación entre actores y la continuidad de las acciones a lo largo de toda la trayectoria.

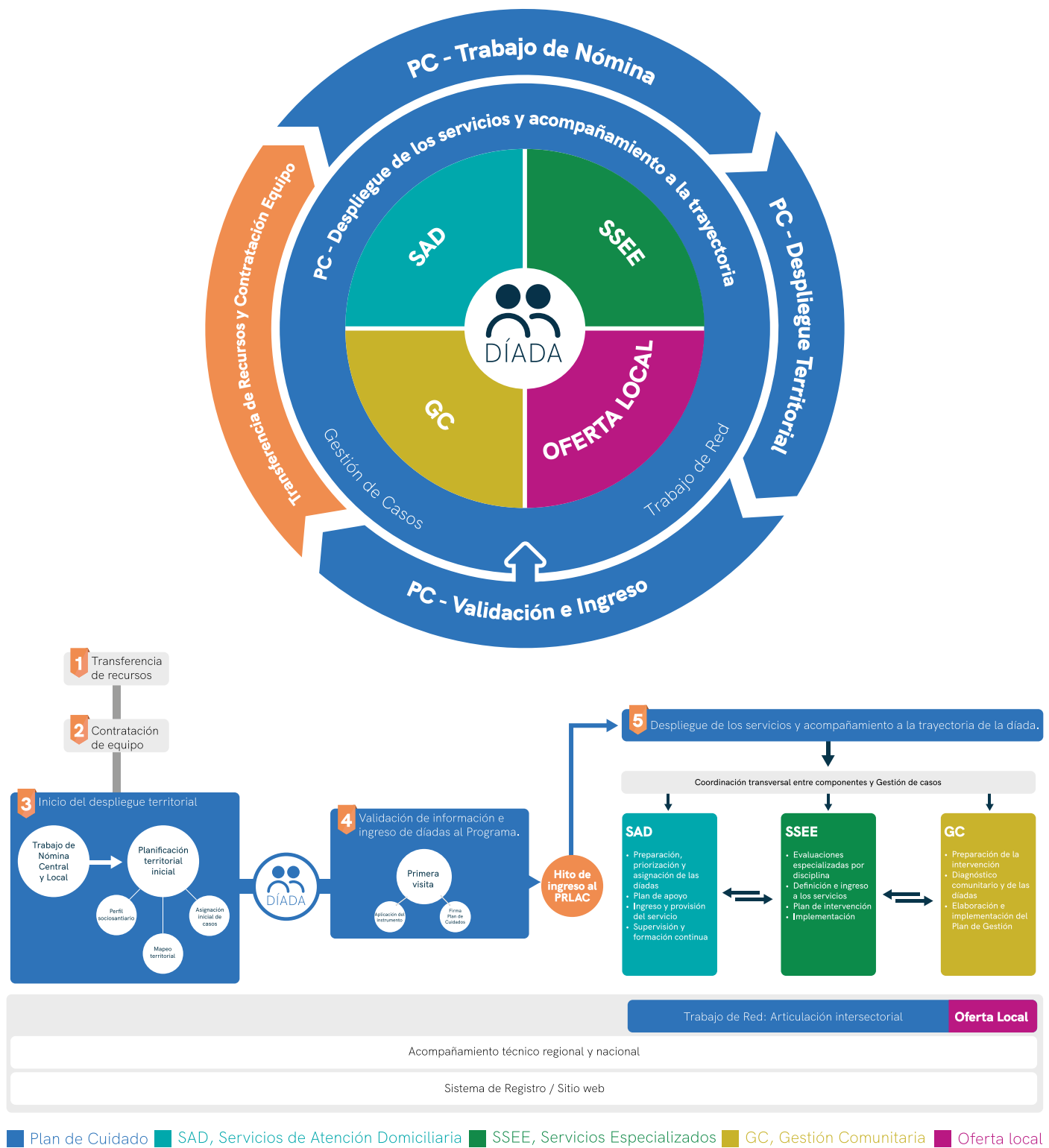
En esta trayectoria se implementan los dos componentes de prestación directa del programa: el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) y los Servicios Especializados (SSEE). En el mismo sentido, la Gestión Comunitaria se desarrolla como una línea de acción transversal y medular en el programa orientada a fortalecer la corresponsabilidad comunitaria del cuidado y los apoyos disponibles en el territorio, mientras que el trabajo en red facilita la articulación intersectorial de la Oferta Local, incorporando servicios y prestaciones comunales que complementan las intervenciones del programa cuando las necesidades de la díada así lo requieren.

En conjunto, estos procesos configuran un modelo de gestión continuo, en el que la planificación, la coordinación y el seguimiento permiten articular las acciones del programa con los recursos del territorio, asegurando una atención integral y centrada en la díada.

Debido a la diversidad de comunas en las que se ejecuta el programa y a la complejidad en el abordaje del fenómeno de la dependencia y los cuidados, el modelo de gestión debe situarse y adaptarse desde una perspectiva comprensiva y flexible, que permita su aplicación pertinente a cada territorio y sea sostenible en el tiempo. Lo referido constituye un desafío desde el diseño y la implementación de política pública que gestiona la protección social vinculada a los cuidados, toda vez que se tensiona la capacidad de interpretar el fenómeno del cuidado, no sólo desde la comprensión cognitiva del fenómeno en sí y la gestión de una red capaz de abordarla, sino que también se requiere desplegar el carácter contextual del mismo para hacerla factible y sustentable a largo plazo.

En el documento PRLAC N°01 denominado “Modelo de Gestión” se presenta y explica cada una de las etapas y responsables que se deben considerar en la implementación del programa. En la figura N°2 se presenta el esquema del modelo.

Figura N°2. Modelo de gestión y flujograma del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados.

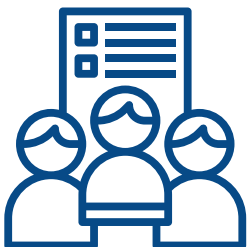


Fuente: elaboración propia, PRLAC 2026.

Para una comprensión a nivel de procedimiento, se presenta un resumen de las etapas del modelo de gestión.

Tabla N°1. Resumen modelo de gestión.

Etapa 1	Desarrollo de Actividades
Transferencia de Recursos	Una vez aceptada la participación por parte de la autoridad comunal y firmado el convenio que formaliza el vínculo entre el ministerio y el municipio, se realiza la transferencia de los recursos para la ejecución del programa, donde cada comuna tiene asignado un presupuesto diferenciado de acuerdo con la cobertura asignada, la que se define según población objetivo del Registro Social de Hogares - RSH.
	

Etapa 2	Desarrollo de Actividades
Contratación equipo base y SSEE	En esta etapa se procede al proceso de selección y contratación del equipo del Programa, a saber: coordinaciones, profesionales de apoyo, Servicios Especializados, todo según perfil de cargos. El objetivo de la constitución del equipo desde el inicio de la implementación dice relación con: • Hacer más eficiente el proceso de la primera visita domiciliaria para fortalecer e intensificar la intervención con las díadas. • Generar la vinculación de las díadas con el equipo desde un inicio, sobre todo con aquellos/as profesionales que visitarán a las díadas de forma periódica. • Implementar la gestión de casos como la estrategia de acompañamiento a las díadas durante su trayectoria. • Identificar de mejor forma la situación de las díadas desde la primera visita. • Afianzar el equipo, así como instalar una lógica transdisciplinar en la forma de trabajo.
	

Etapa 3	Desarrollo de Actividades
Análisis de casos y despliegue de estrategia territorial 	En esta etapa se dispondrá a los equipos el perfil sociosanitario de las diadas, el cual estará integrado de información del Registro Social de Hogares y de la Gestión Social Local – GSL. Este perfil permitirá dotar de información en profundidad de las potenciales diadas al equipo, de modo tal, de no volver a levantar información con las diadas sobre antecedentes que el Ministerio ya tiene mediante bases administrativas. Además, se espera que en esta etapa se interactúe con actores presentes en el territorio que cuenten con información de las diadas identificadas en nómina para actualizar información en los casos que corresponda. En esta misma etapa, deberán construir un mapa que georreferencie a las diadas en el territorio con el objetivo de facilitar la planificación y organización del despliegue del equipo para la primera visita domiciliaria.

Etapa 4	Desarrollo de Actividades
Validación de información e ingreso de diadas al programa 	En esta etapa se desarrolla la visita domiciliaria para la aplicación del instrumento de validación de la dependencia y sobrecarga, dando paso -en la misma visita- a la firma del Plan de Cuidados o en su defecto, si las potenciales personas beneficiarias no cumplen con los criterios de ingreso al programa, se finaliza la entrevista en ese mismo momento, entregando orientación respecto de la oferta más pertinente a su situación. En el caso que las personas beneficiarias cumplan con los criterios, se procede a la entrega del Plan de Cuidados donde se declara el ingreso al programa. En esta visita los profesionales identifican, preliminarmente, los servicios a requerir por la diada, consignándolos en PC N° 06.1.

Etapa 5	Desarrollo de Actividades
Despliegue de Servicios y Acompañamiento a la Trayectoria 	Posterior a la etapa anterior, con los antecedentes preliminarmente recogidos en la primera visita, el equipo debe realizar una reunión de gestión de casos que permita vislumbrar la planificación de las evaluaciones disciplinarias de los servicios especializados y la priorización del ingreso al SAD. En esta etapa se despliegan inicialmente las prestaciones de primer orden. Para ello, los equipos de Servicios Especializados del Componente N°3 y las asistentes de cuidado del Componente N°2 organizan el inicio de la entrega de las prestaciones definidas para cada díaada. Durante este proceso, las y los profesionales de Servicios Especializados identifican y evalúan la necesidad de incorporar al Plan de Cuidados prestaciones de segundo y tercer orden. Del mismo modo, en esta etapa se aplica la encuesta de satisfacción de las díaadas, cuyo objetivo es recoger la valoración de las personas beneficiarias respecto de las prestaciones entregadas por el programa. La identificación y evaluación de los servicios de segundo orden constituyen un proceso dinámico que puede realizarse en cualquier etapa de la trayectoria de la persona en el programa, de acuerdo con la evolución de sus necesidades y no necesariamente en un momento específico. Una vez cumplidos los 12 meses de ejecución desde la firma del Plan de Cuidados, se procede a la aplicación del Instrumento de Validación. En caso de mantenerse los criterios de dependencia establecidos para el programa, se firma un nuevo Plan de Cuidados, dando continuidad al proceso de intervención de la díaada. De este modo, se busca que las personas en situación de dependencia mantengan o mejoren su nivel de funcionalidad y que las personas cuidadoras principales mantengan o disminuyan su nivel de sobrecarga asociada a las labores de cuidado.

4. Componentes del programa

A continuación, se describen los componentes del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados: (1) Plan de Cuidados, (2) Servicio de Atención Domiciliaria, y 3) Servicios Especializados de Apoyos y Cuidados.

4.1. Componente 1: Plan de Cuidados

Su objetivo es generar una guía de intervención para el acceso a servicios y prestaciones que disminuyan la vulnerabilidad biopsicosocial de la díada del cuidado.

Es la puerta de entrada al programa que, mediante el Instrumento de validación de los niveles de dependencia registrados en el RSH y de la sobrecarga de la persona cuidadora mediante la Escala Zarit abreviada, declara el acceso de las díadas al programa. Este proceso se realiza en conjunto con entidades locales de la Red como Gestión Social Local, Oficina de Discapacidad, del Adulto Mayor, APS, RSH, Centros Comunitarios de Cuidado, entre otros. Con el resultado del Instrumento de validación y la información contenida en Gestión Social Local y Registro Social de Hogares, se establece un plan de intervención con tres niveles de servicios a los cuales accederán las díadas (de primer, segundo y tercer orden), con servicios tanto para la persona con dependencia como para su cuidadora principal.

Este plan es consensuado y complementado con el equipo de los Centros Comunitarios de Cuidado (CCC) en aquellas comunas que cuenten con ese programa, y en los casos donde la díada participe de ambas iniciativas⁴. Para construir el plan, se establecen las prestaciones de primer orden, destinadas a abordar la funcionalidad de las personas con dependencia con servicios como kinesiología, terapia ocupacional, psicología, entre otros.

En esta misma línea, para la cuidadora principal se contemplan los servicios de atención domiciliaria y psicológica que contribuyen a mantener o disminuir la sobrecarga, estos servicios son desplegados a lo largo de la trayectoria de la díada en el programa y su asignación está relacionada con los niveles de dependencia y el nivel de sobrecarga. En segundo orden se encuentran las prestaciones como insumos del cuidado, adaptaciones funcionales, ayudas técnicas de bajo costo, alimentación complementaria, entre otros, estos servicios son integrados al Plan de Cuidados en el proceso de intervención una vez que los y las profesionales realicen las evaluaciones pertinentes a cada disciplina, por ejemplo, cuando la o el kinesiólogo evalúe el uso de una ayuda técnica. En tercer orden se encuentra la oferta local, otorgando prestaciones como ayudas sociales, gestión de trámites, exámenes médicos, entre otros.

Para que las intervenciones comiencen en el tiempo acordado y con los servicios pertinentes, el o la encargada del componente realiza derivaciones a las prestaciones declaradas en el Plan de Cuidados, para luego implementar el seguimiento a la trayectoria del hogar y aplicar una reevaluación a las personas beneficiarias cada 12 meses.

⁴En los CCC son acciones comunitarias y en el programa Red Local son acciones intradomiciliarias.

En el proceso de acompañamiento, se deberá registrar en la carpeta usuaria y matriz de servicios (PC N°13) todas las prestaciones entregadas o gestionadas a través de la Red por semana para cada una de las personas beneficiarias del programa.

4.2. Componente 2: Servicio de Atención Domiciliaria-SAD

Su objetivo es proveer servicios básicos de cuidado en el domicilio de la díada, contribuyendo a disminuir la sobrecarga de la persona cuidadora principal, mediante la liberación de tiempo, y mejorando la funcionalidad de la persona con dependencia al atender sus necesidades de cuidados.

Este componente entrega servicios de cuidado dirigido a personas con dependencia funcional moderada o severa, y servicio de apoyo a sus cuidadoras principales. Se desarrolla mediante 1 a 2 visitas domiciliarias a la semana, cada visita se realizará con un mínimo de 3 y un máximo de 8 horas según necesidad y urgencia (servicio de primer orden).

Las visitas son realizadas por asistentes de cuidados para realizar las siguientes actividades en los domicilios de las personas beneficiarias, según su plan de apoyo: aseo corporal de la persona, lavado de cabello, cambio de pañal, apoyo en transferencias, manejo postural, estimulación física y cognitiva, manipulación de alimentos, apoyo o acompañamiento para la vinculación familiar, social y barrial. Cada asistente de cuidado tiene un máximo de hasta 8 hogares a cargo. **A través de este servicio las personas cuidadoras principales disminuyen la sobrecarga del cuidado y la persona con dependencia mejora su funcionalidad.**

Para cumplir los estándares de calidad propuestos por el programa, se realizan supervisiones en terreno cada tres meses y se aplican encuestas de satisfacción durante el proceso de acompañamiento que forma parte del componente Plan de Cuidados, con una frecuencia promedio de 1 vez por semestre.

En cuanto a los recursos humanos, el componente SAD incluye un/a profesional del área social o sanitaria contratado/a por el programa quien coordinará las actividades del equipo de asistentes de cuidado (coordinador/a SAD), según la estructura del equipo de acuerdo con el tramo de comuna. Por su parte, los y las asistentes de cuidados son personas con nivel técnico de formación, como técnico en enfermería, o personas con oficio que hayan realizado algún curso de cuidados.

El plan de apoyo es el instrumento de intervención que regula las actividades que asistentes de cuidado realizan en los hogares, tales como apoyo en la higiene y aseo personal de la persona en dependencia, en desplazamiento, transferencias, aseo del espacio físico donde se encuentra la persona en dependencia, alimentación, vestuario, etc., todo relacionado con las actividades básicas de la vida diaria.

4.3. Componente 3: Servicios Especializados de apoyos y cuidados

Su objetivo es otorgar bienes y/o servicios especializados en dependencia funcional y sobrecarga que se adapten a las necesidades particulares de la díada, complementando la oferta local existente.

El componente SSEE interviene sobre dos de las tipologías de servicios y prestaciones desarrolladas en el domicilio de las personas beneficiarias.

En el caso de los servicios de primer orden, dicen relación con una estructura fija e inicial de servicios o apoyos profesionales especializados orientados al abordaje de la dependencia y los cuidados con un grado de complejidad mayor y más avanzado que las de segundo orden, a saber: kinesiología, la cual considera una atención individual, grupal o taller apoyando en la evaluación, prescripción, confección de ayudas técnicas y en el entrenamiento sobre su uso para el desplazamiento, marcha y limitación de movilidad. Incorpora técnicas que faciliten la marcha y el desplazamiento de la PSDF e higiene postural en el caso de la persona cuidadora principal.

Otro servicio de primer orden brindado por este componente puede ser la terapia ocupacional, que considera una atención individual, grupal o taller apoyando en técnicas que faciliten la habilitación en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de la persona en situación de dependencia funcional y/o su cuidador/a principal, según corresponda.

En el caso de los servicios de psicología, estos suponen una atención individual, grupal o taller apoyando a través de técnicas que promuevan la revinculación con las redes sociales y la corresponsabilidad familiar, también realiza acompañamiento psicosocial y psicoeducacional, según corresponda a PSDF o a CP. Estos servicios son definidos en el Plan de Cuidados en la primera visita domiciliaria e incluyen un plan de intervención por especialidad.

Por su parte, los servicios de segundo orden que se pueden entregar a través de este componente, se enfocan en necesidades tales como la adquisición de ayudas técnicas de bajo costo, la implementación de adaptaciones funcionales a la vivienda, las cuales están asociadas principalmente al ámbito de accesibilidad, tendientes a facilitar el desplazamiento y el desempeño funcional para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria de las personas beneficiarias, aportando así a la percepción de calidad de vida, independencia y autonomía, y previniendo la progresividad de la dependencia. También es posible la adquisición de diferentes tipos de insumos de cuidados, donde se contempla la entrega de productos como gasa, algodón, alcohol, cremas antiescaras o especiales, entre otros.

El componente SSEE mantiene una frecuencia de atención o entrega quincenal y/o mensual, de acuerdo con el Plan de Cuidados y el Plan de Intervención establecido por especialidad.

Para cumplir con los estándares de calidad propuestos por el programa, se realizan supervisiones en terreno cada tres meses y se aplican encuestas de satisfacción en el proceso de acompañamiento que forma parte del componente Plan de Cuidados, con una frecuencia promedio de una vez por semestre.

El componente es coordinado por un/a profesional del área sociosanitaria contratado/a por el programa a según la estructura del equipo de acuerdo con el tramo de comuna. El o la profesional es responsable de organizar al equipo de profesionales especializados, garantizar el desarrollo de los planes de intervención y complementar la oferta local.

4.4. Gestión Comunitaria

La estrategia comunitaria en el marco del programa se define como un servicio de tercer orden, la cual tiene como objetivo principal promover la corresponsabilidad comunitaria de los cuidados y la participación sociocomunitaria de las personas cuidadoras y las personas con dependencia funcional. Para ello, se desarrollará un Plan de Gestión Comunitaria enfocado principalmente en tres líneas de acción detalladas a continuación.

En primer lugar, se desarrollarán actividades de difusión, sensibilización y formación en torno a la temática de los cuidados con el objetivo de posicionar la temática en la comunidad y avanzar hacia una visión compartida de los cuidados como responsabilidad social.

En segundo lugar, la Gestión Comunitaria profundizará en la intervención sociocomunitaria con las diádas de cuidado promoviendo su participación en actividades y organizaciones de la comunidad, de acuerdo con sus intereses, posibilidades y capacidades. Como parte de la estrategia, se trabajará en coordinación con los Servicios de Atención Domiciliaria (SAD) y los Servicios Especializados (SSEE), asegurando que las personas cuidadoras y personas con dependencia puedan acceder a espacios que favorezcan su inclusión social.

Finalmente, como tercera línea de acción, se promoverá el fortalecimiento de las redes de apoyo comunitarias de las diádas. Para ello, se trabajará en instalar prácticas comunitarias de cuidado que permitan vincularlas con el entorno cercano de sus comunidades, buscando articular redes de apoyo vecinales y grupos de apoyo.

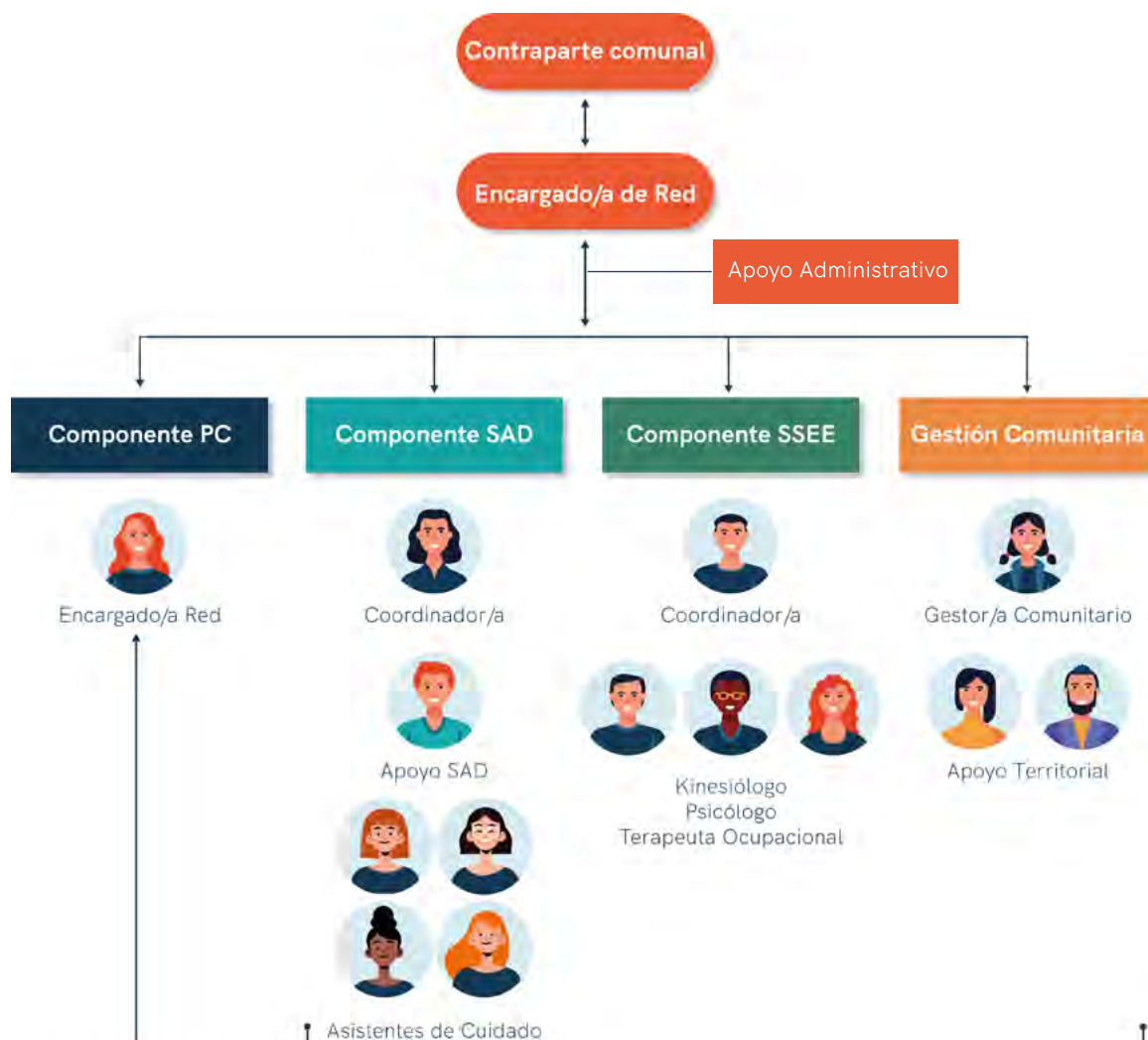
Para profundizar en el desarrollo de los contenidos e implementación de la Gestión Comunitaria, se provee de un documento de Orientaciones Técnicas. Las acciones las desarrolla un/a profesional con perfil comunitario contratado por el programa. Para la definición del perfil y selección de la persona que asumirá estas responsabilidades dentro del programa se provee el documento Orientaciones para el proceso de contratación del gestor/a comunitario/a.

5. Proceso de contratación de los equipos locales

A continuación, se realiza un resumen de los perfiles a contratar, en anexo PRLAC N°02, se encuentran las “Orientaciones técnicas para la selección de profesionales del PRLAC”. Es importante que la selección del recurso humano sea con el estándar de estas orientaciones técnicas y que el proceso sea reportado al equipo regional de cada SEREMI de Desarrollo Social y Familia. La adecuada selección predice el éxito de la implementación del programa en la comuna. Dada la naturaleza de las funciones que se describen, estas implican dedicación exclusiva en cada uno de los perfiles.

La estructura y el número de profesionales dependerá de la cobertura asignada a cada comuna, es decir, a mayor cobertura, mayor será el número de profesionales que se asignarán. El organigrama general del programa es el siguiente (dependerá del tipo de comuna su estructura):

Figura N°3. Organigrama extendido equipo PRLAC⁵



Fuente: elaboración propia PRLAC 2025.

⁵ La conformación específica de cada equipo se definirá en base al tramo que le corresponda a cada comuna.

5.1. Presentación de cargos del equipo de coordinación

Cada comuna contará con una persona encargada de programa, el equipo de coordinación (SAD-SSEE) y Gestión Comunitaria que se asignará según tramo de cobertura de cada comuna.

Tabla N°2. Cargos equipo de coordinación

Nombre del cargo	Descripción
Contraparte comunal	La contraparte comunal es quien está a cargo de velar por la correcta ejecución técnica, financiera y administrativa del programa. Se espera que la contraparte apoye a los y las profesionales del programa en al menos las siguientes acciones: • Realizar las gestiones correspondientes para la contratación del equipo según perfil de cargo. • Convocar a otras unidades municipales vinculadas con la temática de la dependencia y los cuidados de manera de definir formas de trabajo y acordar oferta complementaria. • Realizar en conjunto con los y las profesionales acciones que permitan dar a conocer el programa al interior del municipio y con las actorías locales. • Coordinar y facilitar los procesos administrativos y financieros al interior de la municipalidad. • Gestionar documentación en los plazos adecuados de manera que el equipo no retrase el cumplimiento del convenio. • Acompañar al equipo en todas las instancias formales con las autoridades comunales (alcalde/ sa, concejo municipal). • Otras requeridas para el cumplimiento del convenio.
Encargado/a Red Local de apoyos y Cuidados	El o la profesional que asuma la labor de encargado/a de la Red Local de Apoyos y Cuidados realiza exclusivamente la labor de coordinación y administración del programa en jornada completa (es responsable de los componentes que se despliegan en el territorio) y trabaja directa e indirectamente con las y los usuarios del programa. Formará parte de un equipo comunal interdisciplinario para la atención de las díadas, será responsable de liderar la implementación del proyecto y, junto con ello, la instalación del programa en la comuna. Tendrá roles y funciones específicas en materia de articulación de los distintos servicios y actorías del territorio, con la finalidad de contribuir al bienestar de la díada del cuidado, sus familiares y red de apoyo.

Coordinador/a Servicio Atención Domiciliaria SAD	El Servicio de Atención Domiciliaria – SAD es uno de los componentes del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. El o la coordinadora del Servicio de Atención Domiciliaria corresponde a la persona que realiza la labor de gestionar, planificar, hacer seguimiento y supervisar los cuidados en el domicilio de las diádas y la contratación de asistentes de cuidado. Este/a profesional, trabaja directa e indirectamente con las personas usuarias. El o la coordinadora SAD se integra al equipo de trabajo comunal y dependerá directamente de la persona encargada de la Red. En aquellos tramos que no cuenten con este recurso humano, asumirá sus funciones el o la coordinadora de SSEE. A su vez, en aquellos tramos que tampoco cuenten con coordinador/a SSEE, las funciones serán asumidas por el o la encargada de Red.
Coordinador/a Servicios Especializados SSEE	El componente de Servicios Especializados en el programa Red Local de Apoyos y Cuidados busca contribuir a que las personas en situación de dependencia funcional y sus cuidadoras/es accedan a servicios y prestaciones sociales de apoyos y cuidados, de manera integral, oportuna y articulada, de acuerdo con sus características y necesidades. Incluye servicios de psicología, kinesiología, terapia ocupacional, adaptaciones funcionales a la vivienda, movilización y otros. El o la coordinadora de SSEE corresponde a la persona que deberá gestionar, planificar, hacer seguimiento y supervisar los servicios y prestaciones que se entregarán a las y los usuarios. El o la coordinadora de SSEE se integra al equipo de trabajo comunal y dependerá directamente de la persona encargada de la Red.
Gestor/a comunitario/a	El o la profesional tendrá como objetivo coordinar las estrategias comunitarias durante la implementación del programa con tareas relativas a la difusión, sensibilización y formación en torno a los derechos de las personas en situación de dependencia, y el fortalecimiento en la gestión de la red sociocomunitaria para abordar factores de riesgo que puedan incidir en el bienestar integral de las personas beneficiarias, a través del trabajo con organizaciones territoriales, sociedad civil, voluntariados para las comunas, según corresponda. La o el gestor comunitario se integra al equipo de trabajo comunal y dependerá directamente de la persona encargada de la Red.

5.2. Presentación de cargos de los y las profesionales del equipo de SSEE

Cada comuna contará con un equipo de profesionales⁶ del componente SSEE, el cual será contratado desde el inicio de la ejecución del programa. El número de profesionales dependerá del tramo de comuna, la cual se establece según población objetivo del Registro Social de Hogares-RSH.

Tabla N°3. Cargos equipo de profesionales SSEE

Nombre del cargo	Descripción
Kinesiólogo/a	La o el profesional será responsable del abordaje kinesiológico de las díadas atendidas por el programa. Lo anterior implica el trabajo interdisciplinario, aplicar evaluaciones propias de la disciplina en el marco de la dependencia y los cuidados, elaborar y desarrollar planes de intervención, monitorear y realizar seguimiento a los procesos y evolución de las personas beneficiarias. Debe contar con experiencia de trabajo en terreno, mantener una conducta empática, respetuosa y con una mirada centrada en la persona (y no en la enfermedad). Su foco estará centrado en los aspectos relativos con movilidad, funcionalidad, sobrecarga física por el cuidado y prevención de complicaciones de salud.
Terapeuta Ocupacional	La o el profesional será responsable del abordaje ocupacional de las díadas atendidas por el programa. Lo anterior, implica el trabajo interdisciplinario, aplicar evaluaciones propias de la disciplina en el marco de la dependencia y los cuidados, elaborar y desarrollar planes de intervención, monitorear y realizar seguimiento a los procesos y evolución de las personas beneficiarias. Debe contar con experiencia de trabajo en terreno, mantener una conducta empática, respetuosa y con una mirada centrada en la persona (y no en la enfermedad). Su foco estará centrado en los aspectos de autonomía, AVD, ocupación y accesibilidad.
Psicólogo/a	La o el profesional será responsable del abordaje en salud mental de las díadas atendidas por el programa. Lo anterior, implica el trabajo interdisciplinario, aplicar evaluaciones propias de la disciplina en el marco de la dependencia y los cuidados, elaborar y desarrollar planes de intervención, monitorear y realizar seguimiento a los procesos y evolución de las personas beneficiarias. Debe contar con experiencia de trabajo en terreno, mantener una conducta empática, respetuosa y con una mirada centrada en la persona (y no en la enfermedad). Su foco estará centrado en los aspectos de corresponsabilidad familiar, social, duelo y sobrecarga emocional de los cuidados.

⁶ Kinesiólogo/a, terapeuta ocupacional y psicólogo/a, según se disponga en el tramo asignado para cada comuna.

5.3. Presentación de cargos del equipo de apoyo y sus principales funciones

El equipo de apoyo se integrará al equipo comunal de acuerdo con cada tramo de cobertura en cada comuna.

Tabla N°4. Cargos del equipo de profesionales de apoyo del programa

Nombre del cargo	Descripción
Apoyo territorial Gestión Comunitaria	El o la profesional tendrá como objetivo apoyar las estrategias comunitarias durante la implementación del programa. Asumirá tareas relativas al trabajo territorial asociado a la difusión, sensibilización y formación en torno a los derechos de las personas en situación de dependencia, y de fortalecimiento en la gestión de la red sociocomunitaria para abordar factores de riesgo que puedan incidir en el bienestar integral de las personas beneficiarias, a través del trabajo con organizaciones territoriales, sociedad civil, voluntariados para las comunas, según corresponda.
Apoyo Servicio de Atención Domiciliaria	El o la profesional tendrá como objetivo garantizar que las actividades de cuidado que realizan las o los asistentes se cumplan bajo los estándares definidos para tal efecto, respetando la autonomía de las personas beneficiarias y velando por el bienestar y la calidad de vida de las dñadas.
Apoyo administrativo	El o la profesional tendrá como objetivo entregar apoyo en la gestión administrativa que implica la implementación del programa. El o la profesional y/o técnico tendrá como objetivo ser el soporte del programa, donde debe asistir al equipo en todas aquellas tareas y actividades relacionadas con la gestión administrativa en el proceso de ejecución.

6. La Red Local

Los principios básicos sobre los cuales se articula el diseño e implementación del PRLAC, consideran al trabajo en red como un eje relevante y vital, en el entendido de que el fenómeno de la dependencia no es posible abordarlo de manera aislada. Lo anterior, en virtud de dos dimensiones particulares que provee el trabajo bajo este modelo asociado al intercambio de valores asignados socialmente:

- a. Reciprocidad, es decir, integrar en la práctica a las personas, grupos e instituciones público/privadas a un circuito regulado y permanente de intercambios de apoyos (efectivos, simbólicos, instrumentales).
- b. Redistribución, que implica la puesta en marcha de iniciativas para implementar acciones que permitan orientar y focalizar los recursos de las redes hacia donde más se requieren.

La “práctica en red” hará posible la construcción de un sistema de vínculos, conversaciones, coordinaciones y acuerdos que se darán entre las personas, grupos e instituciones, orientados al intercambio de acciones de protección y recursos en el ámbito de los apoyos y cuidados. Las relaciones derivadas de ello tendrán un carácter estable entre actorías sociales que representan diferentes niveles territoriales, articulándose alrededor de problemas, objetivos y metas comunes o complementarias. En este sentido algunas de las características del trabajo en red son:

- El trabajo en red supone ir tejiendo entramados de relaciones, aprendizajes, complicidades, avanzando de nudo en nudo hasta tener constituido un espacio común, abierto, diversificado y compartido.
- Es indispensable desarrollar objetivos o metas estratégicas comunes, que supongan desafíos a lograr con el esfuerzo conjunto.
- Trabajar en red, supone tener formas diversas de coordinación operativa: en las que cada persona aporta lo que le es más propio y sobre lo que más sabe.
- El proceso de construcción del trabajo en red no es lineal ni regular, es asimétrico y variable. Por ello, es fundamental mantener una dinámica comunicativa muy intensa, que alimente las posibilidades de estar en contacto, de aportar y de recibir aportes, utilizando todas las formas y medios posibles: escritos, electrónicos, encuentros personales, entre otros.
- Trabajar en red supone, por lo anterior, respetar y aprovechar las diversidades, ellas constituyen un factor de fortalecimiento, en la medida que se respeten, se aprovechen y no se impongan unas particularidades por sobre otras. Por eso, es importante el debate, la planificación y la fundamentación de los propósitos y acciones, así como la especialización de tareas, para posibilitar la complementariedad de esfuerzos y capacidades.
- Resguardar que todo lo que se haga sea transparente hacia el conjunto, sin temor a visibilizar los errores o dificultades. No existe trabajo en red posible, si no está basada en la confianza mutua. Pero la confianza no se otorga gratuitamente, la confianza se construye como parte de una relación (y se pierde, también). La honestidad, franqueza y disposición a la crítica consolidan las relaciones de una red.

La articulación con la Red Local es variada y depende de diversos factores, entre ellos, la disponibilidad de servicios en el territorio, las funciones y la carga de trabajo de las actorías comunales, las metas o propósitos proyectados en el plan de trabajo con la red local, los enfoques y modelos desde donde se realice el trabajo diario, en ocasiones la voluntad, en otras el impacto que trae consigo reunirse y revisar los factores protectores o de riesgo presente en las diadas del cuidado.

Otra de las características que permea el grado de articulación y coordinación que pueda existir entre las actorías relacionadas, es la extensión territorial y dispersión geográfica, de manera que en comunas donde existe mayor dispersión geográfica, la posibilidad para articularse resulta más compleja comparativamente a otras comunas.

En síntesis, el trabajo en red implica una cultura y una visión de transformación y es expresión de ella. Por eso, podemos hablar de la red como una cultura organizacional, pero no solo como noción general o teórica, sino como creación cotidiana que atraviesa tanto los espacios de existencia y trabajo institucionales, como los personales.

6.1. Trabajo en Red

Así como se mencionó anteriormente, el programa existe, se desarrolla y se sustenta en el trabajo en red, integra a todas aquellas actorías locales, sean del mundo público, privado o de la sociedad civil, que directa o indirectamente abordan la temática de la dependencia y los cuidados.

Dependerá de cada territorio la estrategia de trabajo en red, y estará asociado a la existencia de iniciativas relacionadas a la temática de los cuidados, si se desarrolla algún espacio de coordinación intersectorial en la temática, si la autoridad releva los cuidados dentro de sus objetivos de gestión, entre otros análisis que debe hacer el o la encargada de la Red. En este sentido, la instalación del trabajo en red es un desafío para el equipo, ya que en la actualidad existe una lógica segregada en la instalación de los programas sociales a nivel local, donde cada encargado/a lleva a cabo las estrategias de intervención asociadas a su responsabilidad. El trabajo en red tiene como objetivo irrumpir en esta dinámica, instalando una forma distinta de relaciones, donde el trabajo mancomunado, la interdependencia entre programas y la mirada sistémica y holística del fenómeno de la dependencia es el camino para fortalecer y relevar la temática de los cuidados en cada territorio. A continuación, se presentan las etapas para la instalación del trabajo en red en el espacio local.

6.1.1. Identificación de actorías y oferta local

Debido a que cada territorio y la respectiva estructura municipal es única, la primera etapa del proceso es la identificación de las actorías locales que serán invitadas a integrarse al trabajo en red, así como un levantamiento inicial de la oferta disponible. Para realizar este levantamiento se propone como herramienta el sociograma⁷, en la figura N°4 se representan las actorías y los niveles de cercanía y resolutivez con el programa.

⁷ El sociograma es una técnica que se utiliza dentro de las metodologías participativas para el análisis de redes sociales.

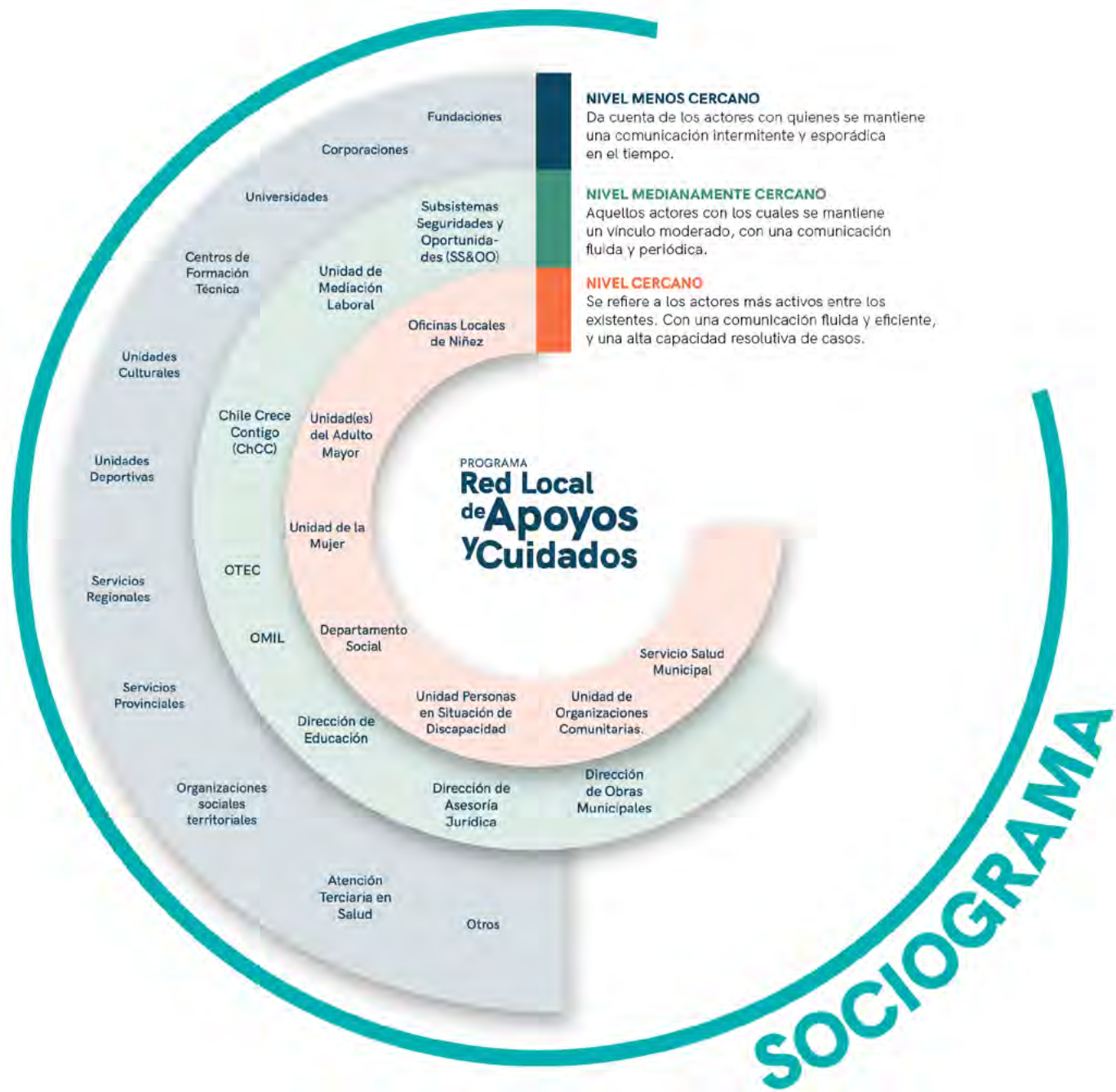
A continuación, la descripción de los niveles:

- **NIVEL 1, cercano:** se refiere a las actorías más activas entre las existentes. Con una comunicación fluida y eficiente, y una alta capacidad resolutive de casos. Algunas de las actorías que se podrían encontrar en este nivel son:
 - Unidades del Adulto Mayor.
 - Unidad Personas en Situación de Discapacidad.
 - Oficinas Locales de Niñez (OLN, ex OPD).
 - Unidad de la Mujer.
 - Unidad de las Organizaciones Comunitarias.
 - Departamento Social (encargado(a) de Asistencia Social, encargado(a) de Subsidios Sociales, encargado(a) del Registro Social de Hogares, jefe/a de Departamento).
 - Departamento de Salud Municipal (director/a Salud Municipal, director/a CESFAM /Hospital u otra entidad en Salud, representante COSAM, CCR).

- **NIVEL 2, medianamente cercano:** aquellas actorías con las cuales se mantiene un vínculo moderado, con una comunicación fluida y periódica. Algunas pueden ser:
 - Unidad de Mediación Laboral, OMIL, OTEC.
 - Encargados Subsistemas Seguridades y Oportunidades y Chile Crece Más (si existen personas beneficiarias vinculadas).
 - Dirección de Asesoría Jurídica.
 - Dirección de Obras Municipales.
 - Dirección de Educación.

- **NIVEL 3, distante:** da cuenta de las actorías con quienes se mantiene una comunicación intermitente y esporádica en el tiempo. Algunas de ellas pueden ser:
 - Fundaciones.
 - Corporaciones.
 - Universidades y Centros de Formación Técnica.
 - Unidades Culturales y Deportivas.
 - Servicios regionales y provinciales.
 - Organizaciones sociales territoriales.
 - Otras.

Figura N°4. Referencia de Mapa de actorías locales o Sociograma



En la tabla N°5 se presenta un conjunto de funciones que pueden cumplir los y las integrantes de la Red en el marco de la intervención del PRLAC. El objetivo es que una vez que estén identificadas las actorías, se establezcan ciertas responsabilidades en el espacio de coordinación.

Tabla N°5. Síntesis de funciones que las actorías de la Red más recurrentes pueden realizar en el marco del PRLAC.

N°	Actoría de la Red	Función
1	Oficina de la Mujer y OMIL	• Apoyo en la convocatoria y reclutamiento de asistentes de cuidado. • Apoyo en la evaluación y selección de asistentes de cuidado. • Inclusión laboral PSDF, según corresponda. • Inclusión laboral Cuidadora/a Principal, según corresponda. • Desarrollo de estrategias sobre equidad de género y corresponsabilidad en dependencia. • Capacitaciones y talleres grupales.
2	Oficina de la Discapacidad, Oficina del Adulto Mayor y Red de Salud	• Conformación de una nómina local de potenciales personas beneficiarias del programa. • Análisis y gestión de casos. • Vinculación con organizaciones sociales. • Derivación de solicitudes de ayudas técnicas. • Aplicación IVADEC. • Solicitud de credencial discapacidad para personas usuarias PRLAC. • Vinculación con programas de la Oficina de la Discapacidad. • Vinculación con programa Cuidados Domiciliarios (SENAMA). • Desarrollo de estrategias para la visibilización de la dependencia y los cuidados. • Desarrollo de estrategias para el ejercicio de derechos y autonomía personal en equidad. • Desarrollo de estrategias de prevención primaria y terciaria. • Capacitaciones y talleres grupales.
3	Unidad de Registro Social de Hogares, RSH	• Actualización ficha hogar (RSH). • Conformación de una nómina local de potenciales personas beneficiarias del programa. • Análisis y gestión de casos.

4	Departamento Social	- Complementariedad y adquisición de beneficios sociales para personas beneficiarias del programa. - Gestión de transferencias monetarias, bonos, alimentación complementaria, medicamentos, insumos de cuidado, insumos de higiene, indumentaria, canasta básica, otros.
5	Departamento de Educación	- Conformación de una nómina local de potenciales personas beneficiarias NNA. - Análisis y gestión de casos. - Complementariedad de atenciones. - Solicitud de ayudas técnicas en educación (JUNJI). - Inclusión educativa NNA en dependencia. - Nivelación educativa de la persona cuidadora, según corresponda. - Capacitaciones y talleres grupales. - Desarrollar estrategias para capacitar a la comunidad educativa en dependencia y cuidados.
6	Departamento de Obras Municipales, DOM	- Reclutamiento y selección de jornaleros o maestros de construcción. - Evaluación adaptaciones funcionales de la vivienda. - Refacción de viviendas de personas beneficiarias. - Uso de dependencias municipales para jornaleros o maestros de construcción. - Evaluación técnica del producto final de adaptaciones a la vivienda.
7	Organizaciones Sociales y Sociedad Civil	- Conformación de una nómina local de potenciales personas beneficiarias. - Análisis y gestión de casos.

6.1.2. Plan de trabajo para la Red Local

El plan de trabajo es un conjunto de actividades que se acuerdan a nivel de red. Su construcción es progresiva y la incorporación de actividades y objetivos están relacionadas con la etapa de ejecución en la cual se encuentra el programa en la comuna. En este contexto, a continuación, se desarrollan las etapas y puntos de encuentro entre el equipo del PRLAC y las distintas actorías de la red.

a) Presentación del programa: una vez identificadas las actorías presentes en el territorio, la persona encargada de Red debe establecer los encuentros para realizar la presentación del programa. Para ello, se proponen dos formas distintas de convocar a reunión:

- Bilaterales:** son reuniones más personalizadas, donde se reúne el equipo del programa con una de las contrapartes identificadas en el sociograma, por ejemplo, entre integrantes del programa con la contraparte de la oficina de la

discapacidad o entre integrantes del programa con la contraparte de salud, etc. Este tipo de reuniones permite iniciar la vinculación con la red de forma más dirigida para aclarar las consultas que pueden surgir desde la experiencia o conocimiento que tiene la contraparte de la red asociada a su temática.

- **Ampliada:** es una convocatoria masiva de aquellas contrapartes identificadas en el sociograma, con el objetivo de presentar el programa y sentar las bases para la conformación de la red, así como también, iniciar la etapa de coordinación entre las actorías.

Para ambos casos, es necesaria la participación de la contraparte comunal, dada su experiencia en el territorio y el conocimiento que tiene de las dinámicas organizacionales en la comuna.

La persona encargada de la Red debe transmitir claramente el propósito de la Red Local y la mesa de trabajo intersectorial. Algunos argumentos para lograrlo son:

- Es una instancia de coordinación donde se toman decisiones importantes.
- Tiene la posibilidad de construir una nómina local con casos ya identificados a nivel local.
- Decide respecto de los procesos formativos que son necesarios para mejorar los servicios.
- Mediante el modelo de gestión de casos toma decisiones conjuntas respecto de las intervenciones que se implementarán en cada día, entre otras facultades que se otorgan a la Red Local.

b) Trabajo de nómina: las principales actividades son establecer un protocolo para la construcción de la Nómina Local de potenciales personas beneficiarias para ingresar al programa, que contenga criterios de prelación y que sea consensuado con los y las integrantes de la red, y establecer un protocolo para la derivación de aquellos casos que cumplan con los criterios de acceso al programa. Este proceso es liderado por la persona encargada de Red, quien tiene como actividad a su cargo convocar a reunión para establecer el protocolo y llevar el registro actualizado de la Nómina Local con su debida prelación.

c) Etapa de aplicación del Instrumento de validación y Plan de Cuidados: para esta etapa es importante la coordinación de las visitas domiciliarias. Si las días a visitar ya son parte de algunos de los programas que se ejecutan en la comuna o son casos que emergen en la Nómina Local, será importante la coordinación de las visitas. En algunos casos se deberán abordar en duplas conjuntas con las contrapartes de la Red o en lugares aislados o de difícil acceso, es relevante coordinar el terreno con aquellas contrapartes que tienen visitas planificadas al hogar.

En esta misma etapa será relevante la devolución del proceso de validación de la dependencia y los cuidados, a los y las integrantes de la red, sobre todo en aquellos casos identificados en la Nómina Local. En este sentido el equipo debe preparar el espacio de presentación a la red con el objetivo de retroalimentar y abordar ciertas situaciones complejas.

d) Integración de prestaciones de tercer orden y complementariedades: en esta etapa, el fortalecimiento de la estrategia de intervención de las días es el centro de la discusión y los acuerdos. A propósito de los objetivos establecidos para cada persona beneficiaria, se deben integrar los servicios que aporten a su cumplimiento, generando complementariedad entre las distintas prestaciones. Será relevante la generación de reuniones y acuerdos locales que permitan dar cumplimiento, así como su seguimiento en el tiempo.

6.1.3. Formalización de la Red

Luego de un proceso de vinculación, donde las actorías se encuentran y reconocen en las distintas actividades manifestadas anteriormente, se debe formalizar el espacio de coordinación de la Red. Se espera que su formalización se cristalice al término de los primeros 10 meses de implementación del programa. Este proceso se realiza mediante un decreto alcaldicio donde se nombran los objetivos, las unidades que la componen y las responsabilidades de este espacio.

Se espera que los lazos, acuerdos y responsabilidades estén fortalecidos, bajo un modelo de trabajo consensuado entre las partes. Los desafíos del/la encargado/a de la Red Local es dar cumplimiento a los acuerdos, mantener y respetar los canales de comunicación, motivar constantemente a las contrapartes, transparentar los procesos y destrabar los nudos o conflictos que son naturales cuando existe un alto número de participantes y los temas que son de gran complejidad.

La continuidad del trabajo en red es la instalación de estrategias innovadoras en el marco del trabajo conjunto (mantener la motivación y adhesión hacia la lógica de trabajo conjunto). Las etapas o momentos en la coordinación siempre comprometen al encargado/a de la Red a replantearse la forma y el fondo de las acciones establecidas, siempre hay espacios de mejoras y nuevas formas de ejecutar. Si en el centro de la discusión siempre están las personas beneficiarias, el trabajo en red tendrá sentido y motivará a la acción mancomunada entre las actorías.

6.1.4. Reuniones de la Red

Uno de los puntos de encuentro del trabajo en red son las reuniones, las cuales son convocadas por las y los encargados de Red. Su periodicidad dependerá de las demandas propias del trabajo, así como también de la etapa en la cual se encuentre cada comuna. No obstante, es importante establecer una frecuencia mínima de reuniones, la cual no debería ser superior a reuniones cada dos meses en el caso de ser ampliadas y, las bilaterales mensuales, o cada vez que alguna situación lo amerite. Se espera que las reuniones de Red Local cumplan con los siguientes criterios:

- Plantear objetivos claros de desarrollo y planificarse estratégicamente desde el equipo PRLAC y su contraparte municipal.
- Se requiere que se defina el rol de los/las convocados/as a participar de modo que identifiquen el sentido y utilidad de sus aportes desde sus áreas de especialidad y acción.
- La dinámica de la reunión debe promover la discusión y reflexión conjunta.
- Se sugieren reuniones ejecutivas de máximo 1 hora. Para casos particulares, agendar reuniones bilaterales con las contrapartes que correspondan.
- Se sugiere realizar al menos una reunión mensual con todas las actorías de la Red Local, de modo que se consolide la sostenibilidad de acciones integradas para las diádas.
- Cada reunión debe contar con un acta de los temas tratados, acuerdos y compromisos. Para lo anterior, se dispone del documento PRLAC N°03 Acta de Reunión.
- En cada reunión se debe iniciar con la lectura del acta anterior.
- Si bien debe existir un acuerdo de las fechas para reunión (por ejemplo, el primer martes de cada mes), se debe

recordar con anticipación, mencionar los objetivos de la reunión, adjuntar el acta anterior e indicar lugar y horario. Es importante que se disponga de contenidos claros a abordar para que la adhesión al espacio se mantenga y sostenga en el tiempo.

- Es importante que en cada reunión se destine un tiempo acotado donde se reporten las coberturas (activos, fallecimientos, términos, suspensiones, entre otros), cupos, servicios disponibles y aspectos administrativos importantes, por ejemplo, fechas de ejecución y plazos para realizar modificaciones presupuestarias, dar cuenta de los avances o dificultades para concretar los procesos.

6.1.5. Formación y autocuidado de las personas integrantes de la Red

a) Formación

La formación es un proceso continuo, que permite la nivelación de contenidos y el desarrollo de competencias/habilidades específicas en los equipos de trabajo. Se concibe como un espacio que convoca a los y las participantes a realizar un análisis crítico y una reflexión conjunta del quehacer profesional. Entre sus atributos se consideran las siguientes:

- La formación debe ser planificada.
- Se orienta al desarrollo de habilidades y conocimientos claramente definidos, que impactan en la persona y, por ende, en el colectivo.
- Genera procesos de desarrollo y metodologías específicas.
- Mejora y optimiza el estándar técnico de los servicios entregados.
- La formación se implementa mediante diversas metodologías y formatos.

Para la definición de temáticas de formación, se debe considerar la estructura establecida en el documento Listado de temáticas de formación (PRLAC N°4.1).

Criterios para considerar en la definición del proceso de formación:

- Diagnóstico de las necesidades (individuales, colectivas, territoriales y culturales).
- La cantidad de espacios formativos planificados deben estar acordes con el proceso de ejecución del programa (convenios y convocatorias).
- Es necesario vincular los temas de formación con el estado del arte del programa en la comuna (gestión y proceso madurativo respecto de la implementación del programa en el territorio).
- Completar el formulario de solicitud para el proceso de formación, y su validación en el nivel regional.
- Definir niveles de formación según temáticas a desarrollar.
- Considerar los distintos perfiles de personas beneficiarias del PRLAC para definir temáticas.

La o el encargado de la Red Local debe completar la propuesta de Actividades de Formación (PRLAC N°04) y enviar vía correo electrónico a la contraparte regional antes del término del tercer mes de ejecución, solo en el caso de ser una comuna nueva el plan formativo podrá ser enviado hasta el mes 6 de ejecución. No se podrá ejecutar ningún proceso de formación que no esté validado, según lo descrito. La contraparte regional del MDSF dispondrá de 5 días hábiles para dar respuesta a el o la encargada y al equipo.

Figura N°5. Etapas para la ejecución del proceso formativo de las actorías de la Red



b) Autocuidado

Las tareas de cuidado comprenden una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo. Provocan un aumento en la carga laboral, la cual, si no se logra manejar de manera adecuada y oportuna, puede traer consecuencias físicas y emocionales, por lo tanto, influyen en la salud y bienestar del equipo.

Uno de los riesgos laborales asociados al trabajo en situaciones de ayuda es la del burnout, entendido como cansancio físico y emocional, que involucra el desarrollo de una desvalorización del autoconcepto y el surgimiento de actitudes negativas hacia el trabajo, así como también pérdida de preocupación o emoción en el trato con las personas a quienes beneficia a través del trabajo (Santana & Farkas, 2007). Giberti (2003) citado en (Santana & Farkas, 2007), señala que la primera zona de burnout es: “el ingreso en la actividad profesional incorporándose en diversas instituciones dedicadas a la atención, el cuidado y la defensa de los seres humanos”.

En el marco de lo señalado, para la ejecución del programa, el autocuidado es un espacio fundamental en el trabajo grupal e individual, el cual se debe considerar durante toda la implementación. En este sentido, el autocuidado se entiende como “el conjunto de estrategias de afrontamiento que se pueden implementar para prevenir déficit y propiciar o fortalecer el bienestar integral en las áreas: físicas, emocionales y psicoespirituales” (Santana & Farkas, 2007).

Para Jorge Barudy (Barudy, 1999) la noción de autocuidado posee dos niveles, el primero centra la responsabilidad en las instituciones (municipios), siendo éstas quienes primeramente protegen a sus recursos profesionales. El segundo nivel, se refiere a la capacidad de los y las profesionales de autocuidarse.

Es importante que el equipo en su conjunto explore espacios de autocuidado que fortalezcan el trabajo grupal y permitan llevar individual y colectivamente la carga psicológica y física que conlleva el trabajo en este tipo de población. Se debe considerar los espacios de autocuidado para los equipos dentro del plan formativo, pudiendo considerarse o no recursos para el desarrollo de estas acciones.

7. Sistema de Registro PRLAC

A propósito de la importancia de la información de las personas beneficiarias, el programa Red Local cuenta con un Sistema de Registro que tiene como objetivo sistematizar los antecedentes de la intervención de las díadas durante toda su trayectoria. Dicho sistema se encuentra descentralizado, permitiendo el ingreso de información de cada uno de los ejecutores que implementan el programa a nivel país a través de diferentes perfiles según su rol.

Las principales características de este sistema es que no solo es una herramienta de registro de información, ya que también es posible monitorear y realizar acciones de seguimiento, y gestionar el acceso a servicios y prestaciones. Lo anterior, permitirá que los equipos comunales, realicen tareas específicas, según sea la necesidad de cada perfil. Por otro lado, su construcción, está en constantes mejoras y adecuaciones, según se vayan presentando actualizaciones desde la metodología de intervención o gestión de la información.

De acuerdo con lo mencionado en el convenio de transferencia que firma el municipio con las Seremis de Desarrollo Social y Familia, es obligación el ingreso de la información a la plataforma. En este contexto, el equipo comunal debe velar por la actualización periódica de los datos, por parte de cada uno de las y los profesionales involucrados en la intervención de las díadas. Para facilitar la navegación y usabilidad de la plataforma se pone a disposición la Guía de Apoyo al Sistema de Registro (PRLAC N°11).

El sistema permitirá registrar la siguiente información de las díadas:

- Nómina Central y Local
- Asignación de casos a las y los distintos profesionales
- Aplicación de Instrumento de validación de la dependencia y los cuidados
- Generación del Plan de Cuidados
- Registro de la entrega de servicios profesionales e insumos de cuidado
- Registro de encuestas de satisfacción
- Registro de incidencias que se produzcan en el hogar
- Registro del equipo de intervención local

En cuanto a los perfiles disponibles para el uso del Sistema (PRLAC N°5 solicitud de clave , junto al acuerdo de confidencialidad PRLAC N°06), a continuación, se detallan:

Tabla N°6. Perfiles Sistema de Registro PRLAC

Perfil	Descripción
Encargado/a de Red	Administra la plataforma a nivel comunal, su perfil permite crear cuentas de acceso, monitorear la intervención y registro de datos, crear las fichas de Servicios Especializados, tanto de los recursos del programa, como también de la oferta local.
Integrante de la Red	Permite ingresar y actualizar la información de los hogares (díadas), los instrumentos de validación, los Planes de Cuidados, el seguimiento y los registros de atención de los diferentes Servicios Especializados.
Coordinador/a Servicios Especializados SSEE	Permite monitorear los procesos de intervención de las díadas, así como supervisar al equipo de SSEE.
Profesionales SSEE (integrante)	Permite registrar las intervenciones asociadas a cada disciplina (kinesiología, terapia ocupacional, psicología, entre otros).
Coordinador/a Servicios Atención Domiciliaria SAD	Permite monitorear los procesos de intervención de las díadas, así como supervisar al equipo de SAD.
Asistente de cuidados	Permite ingresar y actualizar la información y los antecedentes de las actividades de los planes de apoyos de cada una de las díadas.
Gestor comunitario	Permite registrar los talleres o encuentros territoriales donde participan las díadas.
Encargado/a regional del programa	Permite monitorear las intervenciones de las comunas asociadas al perfil de ingreso de la región. Asimismo, permite la creación de claves de Encargados/as de Red de las comunas de su región.

8. Aspectos administrativos

8.1 Modificación presupuestaria, orientaciones para su realización

La modificación presupuestaria es un proceso que se enmarca en la implementación del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados y, de acuerdo con el convenio de la convocatoria 2026 en la cláusula quinta, indica que:

La Municipalidad podrá, en casos justificados, redistribuir los fondos asignados, respetando el marco presupuestario y las limitaciones establecidas en el Plan de Cuentas disponible en SIGEC. La Municipalidad podrá solicitar un máximo de tres (3) redistribuciones presupuestarias, las que deberán ser requeridas por causas debidamente fundadas y por escrito a través de oficio dirigido a la Secretaría Regional Ministerial correspondiente en un plazo no superior a cuarenta y cinco (45) días corridos previos a la fecha de finalización de la ejecución del Programa.

La Secretaría Regional Ministerial podrá aprobar o rechazar la redistribución presupuestaria, informando formalmente su decisión a la Municipalidad por medio de oficio ordinario en un plazo no mayor a quince (15) días hábiles contados desde el ingreso de la solicitud.



Toda redistribución presupuestaria deberá ser solicitada y encontrarse aprobada con anterioridad a cualquier acción de compromiso de dicho gasto. Además de lo anterior, para poder aprobar la solicitud de redistribución, el ejecutor deberá estar al día en la presentación de las rendiciones de cuentas de este convenio.

El Programa permite la asignación y redistribución del presupuesto transferido entre los distintos componentes que lo conforman, en función de las necesidades de ejecución territorial identificadas por el equipo comunal. No obstante, dicha redistribución no podrá afectar el porcentaje máximo destinado a gastos internos respecto del total de los recursos transferidos, límite que se encuentra estipulado en el convenio suscrito. En consecuencia, toda modificación presupuestaria que implique movimientos entre componentes deberá resguardar el cumplimiento de dicho límite, privilegiando la mayor proporción posible de recursos destinados a la atención directa de las personas usuarias.

Cabe mencionar que la solicitud de modificación presupuestaria corresponde a un proceso que es parte de la implementación técnica - financiera del PRLAC y de la ejecución del Plan de Compras. Lo anterior, supone que la persona Encargada de la Red, Contraparte comunal y Coordinadores de cada componente, aborden desde una mirada integral la ejecución del programa.

Para estandarizar y organizar las propuestas de modificaciones presupuestarias a elaborar, a continuación, se entregan orientaciones que deben ser consideradas previo a enviar por correo electrónico la solicitud para revisión a la contraparte técnica regional del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados, que es el proceso anterior a la solicitud formal a través de oficio.

Para realizar una propuesta de modificación presupuestaria, **las comunas además deben revisar el Glosario del Plan de Cuentas** que es un complemento a la Resolución N°5 y Resolución N°2 que establecen la forma de ejecución de los recursos, incluido los componentes del programa y sus personas beneficiarias.

El Plan de Cuentas indica, además del glosario, el detalle de cada uno de los ítems financiables dividido en gastos directos e indirectos a personas usuarias, el porcentaje máximo de gastos de administración, restricciones para modificar los recursos entre componentes y dentro de un mismo componente. Además, se entrega un formato de modificación presupuestaria preparado por el equipo del PRLAC del MDSF para esta función que contiene una pestaña con los ítems del Plan de Cuentas homologados a SISREC organizada para los tres componentes con 7 columnas: Ítems SISREC, ítems Plan de Cuentas, distribución presupuestaria actual (\$), redistribución de recursos (\$), párrafo del glosario que valida la modificación, justificación del ejecutor y observaciones de Seremi.

Es importante señalar que el proceso de modificación presupuestaria inicia cuando el equipo comunal trabaja la planilla de modificación y realiza el proceso de revisión e iteración con la contraparte regional del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de la Seremi correspondiente. Una vez acordada y validada la propuesta de redistribución presupuestaria por correo electrónico, el ejecutor deberá elaborar un Oficio conductor dirigido al secretario/a Regional Ministerial de Desarrollo Social y Familia, el que podrá ser firmado por el/la alcalde/sa y/o DIDECO, solicitando formalmente la modificación presupuestaria y adjuntando como respaldo el archivo Excel con la distribución acordada.

Posteriormente, el Oficio firmado deberá ser subido a SIGEC y enviado a la Secretaría Regional Ministerial correspondiente para su revisión. La contraparte regional evaluará la solicitud y emitirá un Oficio de aprobación o rechazo, el que también deberá ser cargado en SIGEC y remitido posteriormente a la Municipalidad.

Por último, se recuerda que, **solo una vez aprobada formalmente la solicitud de modificación presupuestaria mediante Oficio, será posible ejecutar el presupuesto incrementado o redistribuido.**

Definiciones que considerar en el formulario de modificaciones presupuestarias

- **Ítem SISREC:** Corresponde a las tipologías de gasto de acuerdo con el sistema de rendiciones electrónicas de cuentas de la Contraloría General de la República.
- **Ítem Plan de Cuentas:** Corresponde a los ítems habilitados en la distribución presupuestaria inicial.
- **Distribución presupuestaria actual:** Corresponde a los montos distribuidos en el proceso de presentación de proyectos. La suma de todos los componentes que implementa una comuna debe coincidir con el 100% del presupuesto asignado para la ejecución del programa.
- **Redistribución de recursos:** Corresponde a la propuesta de modificación que envía la comuna, la cual debe incorporar tanto los valores en los ítems que solicitan incremento presupuestario, como los ítems con rebaja presupuestaria y aquellos ítems sin ajustes en la propuesta. La suma de todos los componentes que implementa una comuna debe coincidir con el 100% del presupuesto asignado para la ejecución del programa.
- **Párrafo del glosario que valida la modificación:** Debe citarse el Plan de Cuentas que apoya la justificación de la modificación de presupuesto.
- **Justificación del ejecutor:** Se debe describir en detalle la solicitud de modificación presupuestaria de todos los ítems en que se ajustará el presupuesto independiente que se incremente o disminuyan los recursos. En ambos casos, es necesario contar con antecedentes cualitativos y cuantitativos que permitan fundamentar técnicamente la modificación requerida.
- **Observaciones Seremi:** Esta columna, es trabajada por la contraparte del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados de las Seremis para agregar comentarios u observaciones tanto al monto como a la justificación entregada por los ejecutores.

8.1.1 Desarrollo por Componente

A continuación, se describe el proceso de modificación presupuestaria acorde al contexto de cada componente.

1) Componente Plan de Cuidado

La solicitud de modificación presupuestaria en este componente debe orientarse a resguardar el cumplimiento del objetivo general y específicos de Plan de Cuidados, Gestión de Red y Gestión Comunitaria. Esto implica asegurar la realización de articulaciones y coordinaciones con actores de la red local; la aplicación de los instrumentos de validación y Plan de Cuidados; seguimiento a la trayectoria de las díadas, así como también planificar y ejecutar capacitaciones dirigidas al equipo comunal y a la Red Local. Asimismo, considera la posibilidad del equipo comunal PRLAC (Encargado/a de la Red, Coordinadores/as de los componentes SAD y SSEE) de participar en Jornadas de Asistencia Técnica convocados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y/o Seremi respectiva, actividades de difusión, sensibilización, entre otras. Finalmente, para encuentros territoriales en Gestión Comunitaria.

A continuación, se entregan dos ejemplos de referencia que dan cuenta de lo requerido en una modificación presupuestaria:

Ejemplo 1: Capacitación para los integrantes de la Red

En el caso de que se requiera incrementar el presupuesto, se deberá indicar el detalle de los temas a tratar, relator/a de la capacitación, número de participantes, actores de la red local que apoyarán la actividad, temporalidad, planificación, junto a la argumentación de porqué se requiere incrementar el presupuesto. En el caso de que el equipo comunal indique que rebajará el presupuesto, deberá justificar de qué manera llevará a cabo la formación de la Red.

Cabe considerar sobre este ejemplo que, las temáticas abordadas en las capacitaciones deben estar alineadas con las experiencias identificadas en convocatorias anteriores, coincidir con la Matriz de Temáticas de Formación definida en las orientaciones técnicas del programa y encontrarse incorporadas en el Plan de Formación para la Red elaborado por los equipos comunales y enviado para visto bueno de la contraparte regional durante el primer trimestre de ejecución (antes de la presentación del Informe Técnico de Avance N°1).

Ejemplo 2: Indumentaria para el equipo de trabajo

La solicitud deberá justificar técnicamente el incremento del ítem, describiendo el tipo de indumentaria a adquirir, destinatarios/as, cantidad, valor unitario y cotizaciones de respaldo. El monto total solicitado deberá ser coherente con la justificación presentada y con los antecedentes adjuntos.

Para la adquisición de indumentaria, se deberán revisar las orientaciones técnicas y el Plan de Cuentas del PRLAC, considerando que el programa no financia vestimenta de uso personal para las y los profesionales, sino únicamente la indumentaria expresamente definida en dicho instrumento.

2) Componente Servicio de Atención Domiciliaria

La solicitud de modificación presupuestaria en este componente debe orientarse a resguardar el cumplimiento del objetivo general y específicos del Servicio de Atención Domiciliaria y sus estándares, velando por la provisión de servicios de cuidado en los hogares de las personas usuarias y aportando en la disminución de la sobrecarga de las personas cuidadoras.

A continuación, se entrega un ejemplo de referencia:

Ejemplo 1: Implementos de estimulación

La solicitud de incremento para este ítem debe estar técnicamente fundamentada en las necesidades asociadas al desarrollo cotidiano de las funciones de las asistentes de cuidados. Asimismo, se deberá detallar el tipo de implementos que se proyecta adquirir, indicando cantidad, valor unitario y cotizaciones de respaldo.

Se deberá revisar el documento SAD N°04 “Insumos y Kit de Estimulación para Asistentes de Cuidado”, en el cual se especifican los artículos financiados y los montos de referencia definidos para esta línea.

3) Componente Servicios Especializados

La solicitud de modificación presupuestaria en este componente debe orientarse a resguardar el cumplimiento del objetivo general y específicos de los Servicios Especializados, velando por la provisión de servicios especializados en los hogares de las personas usuarias; siendo estos bienes, especies y/o recurso humano especializado, considerando las prestaciones de primer y segundo orden que se financian con presupuesto del programa.

A continuación, se entregan dos ejemplos de referencia:

Ejemplo 1: Prestaciones de fonoaudiología

Antes de realizar una propuesta de incremento presupuestario, se deberán revisar las orientaciones técnicas del componente, particularmente aquellas que describen las acciones y objetivos asociados a la especialidad requerida.

Posteriormente, se deberán completar las celdas del formato de modificación presupuestaria, incorporando información relativa a: necesidad identificada, número de personas beneficiarias que requieren la prestación, tiempo de entrega de la prestación y frecuencia, apartado del Plan de Cuentas que respalda la solicitud y fundamentación técnica correspondiente. El monto total solicitado deberá ser consistente con la justificación presentada.

Ejemplo 2: Colaciones para personas usuarias

Como ejemplo se abordará la compra alimento complementario. De acuerdo con las orientaciones del Plan de Cuentas, los recursos imputados a este ítem no podrán superar el 20% del presupuesto total destinado a prestaciones de segundo orden. Cabe señalar que el programa no financia cajas de alimentos ni productos tales como té, café, mermelada, jurel, puré, legumbres, fideos, leche en polvo corriente, leche sin lactosa u otros similares, no corresponde la entrega directa de recursos monetarios a las personas beneficiarias.

En caso de requerirse un incremento presupuestario para esta línea, se deberá acreditar previamente la inexistencia de oferta disponible para las personas usuarias del programa y adjuntar respaldo técnico o prescripción correspondiente.

Adicionalmente, se deberá justificar técnicamente la necesidad del incremento, detallando los productos a adquirir, cantidades, modalidad de distribución y planificación de entrega durante el período de ejecución restante.

El monto total solicitado deberá encontrarse debidamente respaldado en la justificación y antecedentes adjuntos.

Finalmente, para poder garantizar una implementación y ejecución presupuestaria adecuada se debe revisar en detalle la orientación Glosario Plan de Cuentas, en el cual se encuentran descritos los ítems presupuestarios, así como los elementos que son imputables.

8.2. Organización documental

Para el resguardo en el manejo de información de las personas beneficiarias, se deben crear carpetas en respaldo físico donde se almacene toda la información que firma o tiene alguna vinculación con cada diada. En este marco, la carpeta pasa a ser el respaldo del proceso de seguimiento y entrega de servicios.

La documentación debe estar ordenada por etapas siguiendo la misma estructura indicada previamente en la figura N°2 Modelo de Gestión, integrando todos los componentes y sus instrumentos. En la cara de la carpeta debe estar señalado como mínimo el ID del Hogar (corresponde al identificador único que otorga el Sistema de Registro, Monitoreo y Derivación), nombre del representante del hogar y fecha de firma del Plan de Cuidados. (PRLAC N°08 Checklist revisión documental).

8.3. Normas Gráficas

Para establecer las directrices y lineamientos visuales, ponemos a disposición el manual de marca del programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC N°9), el que tiene como objetivo garantizar una representación coherente y efectiva de la identidad del programa en todos sus materiales y plataformas de difusión.

El propósito es que todos los elementos gráficos, como el logotipo, los colores y tipografía sean utilizados de forma correcta en pendones, presentaciones, folletos, diplomas, entre otros productos, con el fin de fortalecer la imagen del programa y que la marca sea fácilmente reconocible por la comunidad.

AOTA. (2010). Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Obtenido de Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

Barudy, J. (1999). Maltrato infantil: ecología social, prevención y reparación. Editorial Galdoc.

Cerda, J. C. (2020). Trabajo de Redes. Sentidos y Significados desde el Trabajo Social. Cuaderno de Trabajo Social, n.º 15, UTEM. Obtenido de <https://cuadernots.utem.cl/articulos/trabajo-de-redes-sentidos-y-significados-desde-el-trabajo-social/>

CEPAL. (2023). Compromiso de Buenos Aires. Obtenido de Comisión Económica para América Latina y el Caribe: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/6ef02df9-68a1-4d75-a707-f753a31405ae/content>

ONU Mujeres. (2023). Cuidados en Chile, Avanzando Hacia un Sistema Integral de Cuidados. Obtenido de ONU Mujeres: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-07/cuidados-chile-final_12_07_1.pdf

Santana, A., & Farkas, C. (2007). Estrategias de Autocuidado en Equipos Profesionales que Trabajan en Maltrato Infantil. Santiago.

PROGRAMA
**Red Local
de Apoyos
y Cuidados**

 **Chile
Cuida**
Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados

