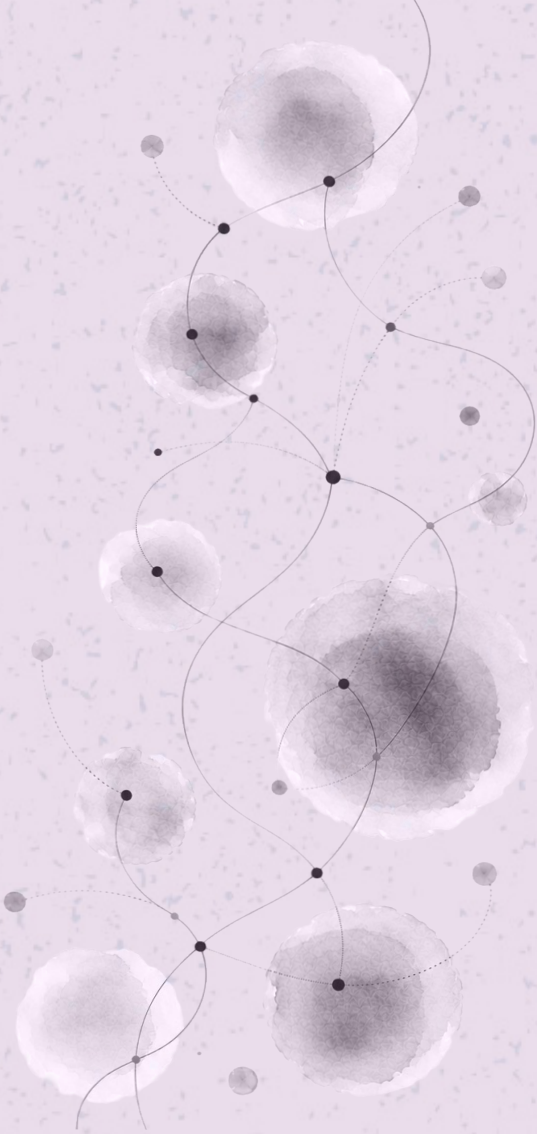




UVM

UNIVERSIDAD VINA DEL MAR

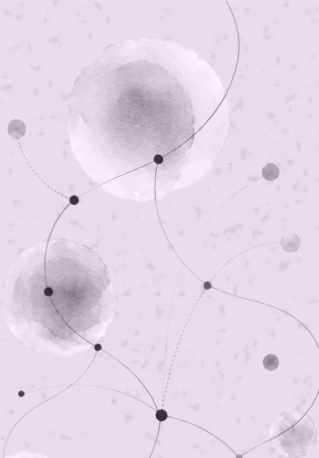


Ministerio de
Desarrollo
Social y
Familia

Gobierno de Chile

EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DEL PROGRAMA INTEGRAL DE CUIDADOS PARA PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE VALPARAÍSO DESDE EL ENFOQUE DE GÉNERO

Mario Catalán Catalán
María Cecilia Coloma Arenas
Nicole Mazzucchelli Olmedo
Constantino Villarroel



Evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para personas mayores de la Región de Valparaíso desde el enfoque de género

Proyecto financiado por la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia a través del Fondo para Vivir Mejor 2025, línea de Evaluación de Experiencias, ejecutado por la Universidad Viña del Mar.

Equipo de investigación:

Mario Catalán Catalán

Investigador responsable y coordinador técnico

María Cecilia Coloma Arenas

Coordinadora de Sistematización

Nicole Mazzucchelli Olmedo

Co-investigadora cualitativa

Constantino Villarroel

Co-investigador cuantitativo



Equipo de Coordinadores Territoriales:

Yerko Toledo Valenzuela

Alejandro Reyes Córdova

Martín Arévalos Sandoval

Bruno Morales Aguilara

Coordinador financiero:

Renato Cisternas Covarrubias

Edición y producción:

Publicado por Ediciones UVM

Diseño y diagramación: Primavera SpA

Impresión: GSR, Valparaíso

ISBN: 978-956-8135-29-4

Primera edición, agosto de 2026.

Publicación financiada por la **Subdirección de Vinculación con el Medio**,

© **Universidad Viña del Mar**. Todos los derechos reservados.

Se autoriza la reproducción parcial de esta obra, siempre que se cite la fuente correspondiente.

En consonancia con el principio de no discriminación de ninguna índole, se señala que, al redactar este documento, se ha utilizado el masculino genérico con la comprensión de que todas las referencias en dicho género incluyen a todas las personas, sin distinción de género.

Prohibida su venta.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	05
INTRODUCCIÓN	07
Contexto de la región de Valparaíso	10
CAP 1. MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA	15
CAP 2. METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN	19
CAP 3. RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA	23
3.1. Prueba piloto del instrumento	23
3.2. Análisis encuesta a beneficiarios/as del programa	35
3.2.1. Resultados de la Evaluación del Programa	35
3.2.2. Elementos de evaluación global del programa	39
3.2.3. Evaluación general del programa y comparada por cohorte	40
3.3. Evaluación por dimensiones del programa	43
3.3.1. Evaluación por dimensión Pertinencia	43
3.3.2. Evaluación por dimensión Calidad	44
3.3.3. Evaluación por dimensión Efectividad	45
3.3.4. Evaluación por dimensión sostenibilidad	47
3.4. Análisis inferencial de la evaluación del programa	48
3.4.1. Resultados del test ANOVA	49
3.4.2. Resultados del test Kruskal-Wallis	59
3.4.3. Resultados muestra/universo del Programa	51
CAP 4. RESULTADOS CUALITATIVOS INTEGRADOS DE LA EVALUACIÓN	55
4.1. El cuidado como problema público y desafío regional	57
4.2. Pertinencia territorial, convocatoria y articulación municipal	57
4.3. Heterogeneidad de participantes, brecha digital y flexibilidad metodológica	59

4.4. Formación técnico-práctica, profesionalización y seguridad para cuidar.....	60
4.5. Feminización del cuidado, reconocimiento y certificación del oficio	61
4.6. Cuidar a quien cuida: autocuidado, salud mental y dimensión emocional	62
4.7. Redes, asociatividad y organización comunitaria de cuidadoras/es	63
4.8. Empleabilidad, límites del rol y condiciones laborales del cuidado.....	64
4.9. Sostenibilidad, escalabilidad y proyección hacia política pública	64
4.10. Nudos críticos y orientaciones de mejora para futuras versiones.....	65
 INTERLUDIO: CARTAS A LA MINISTRA DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES	 69
 CAP 5. REFLEXIÓN PARTICIPATIVA DE LA EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA	 75
 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA SOCIAL EN TEMAS DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES	 83
Conclusiones	83
Recomendaciones	87
 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 91
Citas bibliograficas de los autores	98
 ANEXOS	 99
Anexo 1. Dimensiones y pautas de los instrumentos de evaluación	
Anexo 2. Casos con evaluación mínima en la dimensiones pertinencia,.....	99
calidad y efectividad	103
Anexo 3. Infografías de síntesis de resultados	106

PRESENTACIÓN

Las universidades tienen la responsabilidad de poner sus capacidades académicas al servicio de los desafíos que enfrentan los territorios y, al mismo tiempo, de generar conocimiento que contribuya a comprenderlos y abordarlos desde las políticas públicas. Esta publicación representa precisamente ese propósito: transformar una experiencia de vinculación con el entorno en evidencia, aprendizaje y conocimiento disponible para la sociedad.

El Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso constituye una experiencia especialmente significativa para la Universidad Viña del Mar. Su implementación permitió abordar uno de los principales desafíos de una región marcada por el envejecimiento de su población, articulando diagnóstico territorial, formación interdisciplinaria y generación de redes locales de cuidado en 36 comunas.

Desde la Vinculación con el Medio, su valor radica también en la capacidad de construir respuestas junto a los actores del territorio. Municipios, servicios públicos, organizaciones y comunidades fueron parte de un proceso que permitió formar y certificar personas cuidadoras, instalar capacidades y fortalecer redes que trascendieron la propia ejecución del proyecto. Algunas de estas redes avanzaron hacia formas de asociatividad y organización, generando además espacios de colaboración y oportunidades vinculadas al trabajo.

Precisamente estos resultados permiten comprender la continuidad que hoy adquiere esta experiencia mediante una nueva iniciativa de capacitación en cuidados con foco en la empleabilidad, financiada nuevamente por el Gobierno Regional. Esta nueva etapa expresa una evolución del trabajo realizado: la formación generó capacidades; las capacidades favorecieron redes y asociatividad; y esas redes abrieron nuevas posibilidades de desarrollo laboral y económico para quienes ejercen labores de cuidado. La propia evaluación identifica la certificación como una herramienta de reconocimiento y potencial inserción laboral, particularmente relevante para quienes habían desarrollado estas tareas de manera informal o no remunerada.

Esta dimensión adquiere especial importancia desde una perspectiva de género. El estudio evidencia que el cuidado continúa siendo una actividad profundamente feminizada y que muchas mujeres han construido estos saberes a lo largo de sus vidas sin formación, reconocimiento ni remuneración. Profesionalizar el cuidado implica, por tanto, mejorar la atención de las personas mayores, pero

también reconocer social y económicamente una labor históricamente invisibilizada y contribuir a avanzar hacia una mayor corresponsabilidad.

Para la Universidad Viña del Mar, las personas mayores constituyen un eje estratégico, coherente con las características y desafíos de la Región de Valparaíso. Este libro refleja la manera en que buscamos asumir ese compromiso: vinculándonos con el territorio, generando respuestas pertinentes, evaluando sus resultados y transformando esos aprendizajes en conocimiento capaz de retroalimentar nuevas intervenciones y aportar a la discusión de las políticas públicas.

Ese tránsito desde la vinculación hacia la generación de conocimiento, y desde el conocimiento nuevamente hacia el territorio, es también una expresión del compromiso público que debe asumir una universidad regional como la nuestra.

Elizabeth Martínez Castro

Subdirectora de Vinculación con el Medio

Vicerrectoría de Vinculación y Desarrollo

Universidad Viña del Mar

INTRODUCCIÓN

Esta publicación da cuenta de los resultados de ejecución del proyecto “Evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso desde el enfoque de género”, financiado por el Fondo para Vivir Mejor 2025, Línea de Evaluación de Experiencias de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y ejecutado por la Universidad Viña del Mar. La evaluación se alinea con los compromisos que a nivel país hemos asumido en materia de cuidados, y específicamente se focaliza en la región más longeva de Chile.

La región de Valparaíso presenta uno de los índices de envejecimiento más altos del país, concentrando un 23,3% de personas mayores en relación con su población total, y se posiciona como la región más envejecida de Chile, con comunas altamente longevas como El Quisco, El Tabo y Algarrobo (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2025c). Dada esta realidad regional, es posible observar problemáticas y necesidades específicas vinculadas a la población mayor, las que a su vez aumentan a mayor edad, como lo son: la alta prevalencia de enfermedades crónicas, desórdenes musculoesqueléticos y funcionales, aumento de la fragilidad y de demencias, entre otras problemáticas que inciden en una mayor dependencia funcional, e impactan en la autonomía y bienestar de las personas mayores al envejecer (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2023; Leiva et al., 2020). Dicha situación tensiona la organización social del cuidado, históricamente sustentada en redes familiares, con un peso desproporcionado en las mujeres, lo que reproduce brechas de género asociadas al trabajo no remunerado, la sobrecarga y la precarización de apoyos (Gonzálvez & Lube, 2021).

El presente libro comparte los resultados de la evaluación del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso, experiencia desarrollada por la Universidad Viña del Mar los años 2023 y 2024, cuyos principales objetivos radicarón en: 1) la ejecución de un diagnóstico regional y comunal del envejecimiento, situación de dependencia y requerimientos de cuidado; 2) la formación certificada de personas cuidadoras a través de su participación en el curso “El arte de cuidar y acompañar”; y 3) la conformación de redes comunales de trabajo integrado en el ámbito del cuidado de personas mayores. La cobertura de este programa contempló 36 comunas de la región, excluyendo comunas insulares. Su propósito central fue mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia y, al mismo tiempo, dignificar, reconocer y profesionalizar el trabajo de cuidados, especialmente considerando que esta labor recae mayoritariamente en mujeres.

Este proyecto de evaluación, diseñado y ejecutado mediante un enfoque participativo y de género, permitió analizar la pertinencia, efectividad y sostenibilidad del programa, así como la sistematización de experiencia desde el ajuste del diseño e implementación, identificando necesidades emergentes, brechas y oportunidades no previstas. Por tanto, esta evaluación contribuye a: una gestión eficiente y efectiva de los recursos en relación con las labores de cuidado, un ámbito históricamente invisibilizado y feminizado (Bowlby et al., 2010); y a identificar y potenciar modelos de gestión de programas que incentiven la dignificación y profesionalización del trabajo de cuidado y el bienestar de las personas mayores y las personas cuidadoras.

Los resultados de esta evaluación resultan relevantes para la mejora de la política pública y las acciones regionales que aborden los cuidados, pues los reportes acá descritos pueden ser transferibles a otros contextos territoriales de nuestro país. Además, la evaluación no solo mide resultados, sino que contribuye a empoderar a las comunidades, visibilizando saberes y experiencias por medio de un enfoque participativo que promovió la articulación entre actores, fortaleciendo las redes de cuidado y aportando a la sostenibilidad más allá del ciclo del programa. Desde allí se implementó una evaluación ex-ante de la experiencia, asociada a analizar el diseño y ajustes de éste, y ex-dure, la que aportó información sobre los procesos de ejecución y operacionalización del programa. Lo anterior, permitió crear valor público y generar resultados valiosos para los ciudadanos (Patton & Campbell-Patton, 2021).

Por tanto, los resultados instrumentales de la evaluación, así como los aprendizajes de esta experiencia podrían contribuir a diagnósticos, orientaciones metodológicas y recomendaciones para otros programas o proyectos similares a nivel local, regional o nacional (Teresa & Cifuentes, 2022). En este sentido, la evaluación se constituye como un instrumento estratégico de gestión y transformación social que incide en el diseño de políticas públicas inclusivas y sensibles a las desigualdades de género, fortaleciendo la cadena de cuidados (González Torralbo & Guizardi, 2021).

El programa integral de cuidados -objeto de esta evaluación-, se estructuró como una experiencia piloto de alcance regional, orientada a responder al envejecimiento acelerado de la población y al aumento de personas mayores con dependencia funcional. En ese marco, abordó tanto las necesidades de las personas mayores, como las condiciones de quienes ejercen labores de cuidado, incorporando una mirada territorial y comunitaria.

En términos operativos, el programa contempló tres componentes principales:

- Diagnóstico territorial de la situación de envejecimiento y dependencia, mediante la elaboración de 36 informes comunales y un informe regional. Estos diagnósticos caracterizaron la situación de las personas mayores, los niveles de dependencia, la oferta institucional local, las redes existentes y las condiciones de quienes ejercen cuidados.
- Formación y certificación de cuidadoras y cuidadores, a través del curso “El arte de cuidar y acompañar”, de 162 horas, complementado con un módulo inicial de alfabetización digital. La formación incluyó contenidos interdisciplinarios de gerontología, enfermería, kinesiología, psicología, nutrición, terapia ocupacional, sexualidad, redes comunitarias, creatividad y vínculo, fonoaudiología, autocuidado del cuidador y demencias.
- Conformación de redes comunales de trabajo integrado en cuidados, promoviendo la organización de las personas certificadas en agrupaciones funcionales, sindicatos u otras formas asociativas, articuladas con municipios, oficina de información Laboral (en adelante OMIL), Dirección de Desarrollo Comunitario (en adelante DIDECO), redes de cuidados, Centros de Salud Familiar (en adelante CESFAM) y organizaciones sociales locales.

Su implementación se desarrolló a partir de cuatro cohortes (Tabla 1). Respecto de su alcance, el programa registró 1.351 personas inscritas; de ellas, 955 finalizaron el curso, 13 reprobaron y 942 personas aprobaron y se certificaron en el oficio del cuidado. La meta original era certificar a 1.000 cuidadoras/es, por lo que el programa alcanzó un nivel de cumplimiento muy alto en su componente formativo.

Tabla 1. Cohortes y comunas de implementación del Programa

Cohorte	Comunas
Cohorte 1	Quintero, Hijuelas, Cabildo, Cartagena, Rinconada de los Andes, Santa María, Olmué
Cohorte 2	Concón, La Calera, La Ligua, Limache, Los Andes, Puchuncaví, San Antonio, San Felipe, Santo Domingo
Cohorte 3	Quillota, Valparaíso, Villa Alemana, Catemu, Petorca, La Cruz, El Tabo, Viña del Mar, Calle Larga, Llay Llay
Cohorte 4	Nogales, Panquehue, Putaendo, Quilpué, San Esteban, Zapallar, Casablanca, Papudo, Algarrobo, El Quisco

Fuente: Elaboración propia

Además de la certificación, a cada participante aprobada/o se le entregó un diploma, certificados de notas y asistencia, certificado de alfabetización digital, certificado de finalización para acompañar el currículum vitae y un kit básico para la toma de signos vitales, fortaleciendo así sus competencias prácticas para el ejercicio del cuidado.

Contexto de la región de Valparaíso

La región de Valparaíso presenta el índice de envejecimiento más alto del país (98,6 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años), y para el 2035, se proyecta que un 27,5% de la población regional tenga 60 años o más, requiriendo nuevas estrategias y acciones para garantizar la movilidad, la salud y el diseño urbano. Del total de personas mayores de la región, el 3,6% habita en viviendas con situación de hacinamiento. También, han aumentado los hogares monoparentales conformados por personas mayores de 65 años. Así mismo, para el año 2021 las personas mayores de la región contaban en promedio con 9 años de estudios concentrándose en niveles de educación Básica y Media, Técnica o Secundaria. En el Gran Valparaíso, el 88,8% de las personas mayores se encuentran en zonas de mayor vulnerabilidad, y las comunas de Limache, Olmué, Quinteros y Villa Alemana presentan una mayor concentración de personas mayores en zonas vulnerables (Corporación Ciudades, 2026).

La relación de dependencia demográfica de personas mayores presenta un alza sostenida desde el año 2002, con un índice de 14,7, de 24 y para el año 2017, de 35,5 personas de 65 años y más por cada cien personas potencialmente activas para el año 2035 (Corporación Ciudades, 2026). En la región las comunas de El Tabo y El Quisco presentan los índices más altos, tanto para hombres como para mujeres (superior a 40) (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2023).



A nivel nacional, en el año 2022 un 22,2% de la población mayor presentaba algún nivel de dependencia, con mayores y más complejas necesidades de cuidado en el caso de la dependencia severa. Las personas mayores con dependencia moderada o severa en la región de Valparaíso ascienden a 57.852 (Observatorio del Envejecimiento, 2023). Asimismo, en Chile ha aumentado la proporción de personas mayores de 80 años y con ello también la dependencia y necesidad de cuidados (Villalobos, 2019). El 26,4% de la población mayor femenina presenta algún nivel de dependencia, mientras que la masculina es del 16,9% (Observatorio Social, 2023). Mientras que, la dependencia funcional tiende a disminuir conforme aumenta el nivel educativo y el nivel socioeconómico.

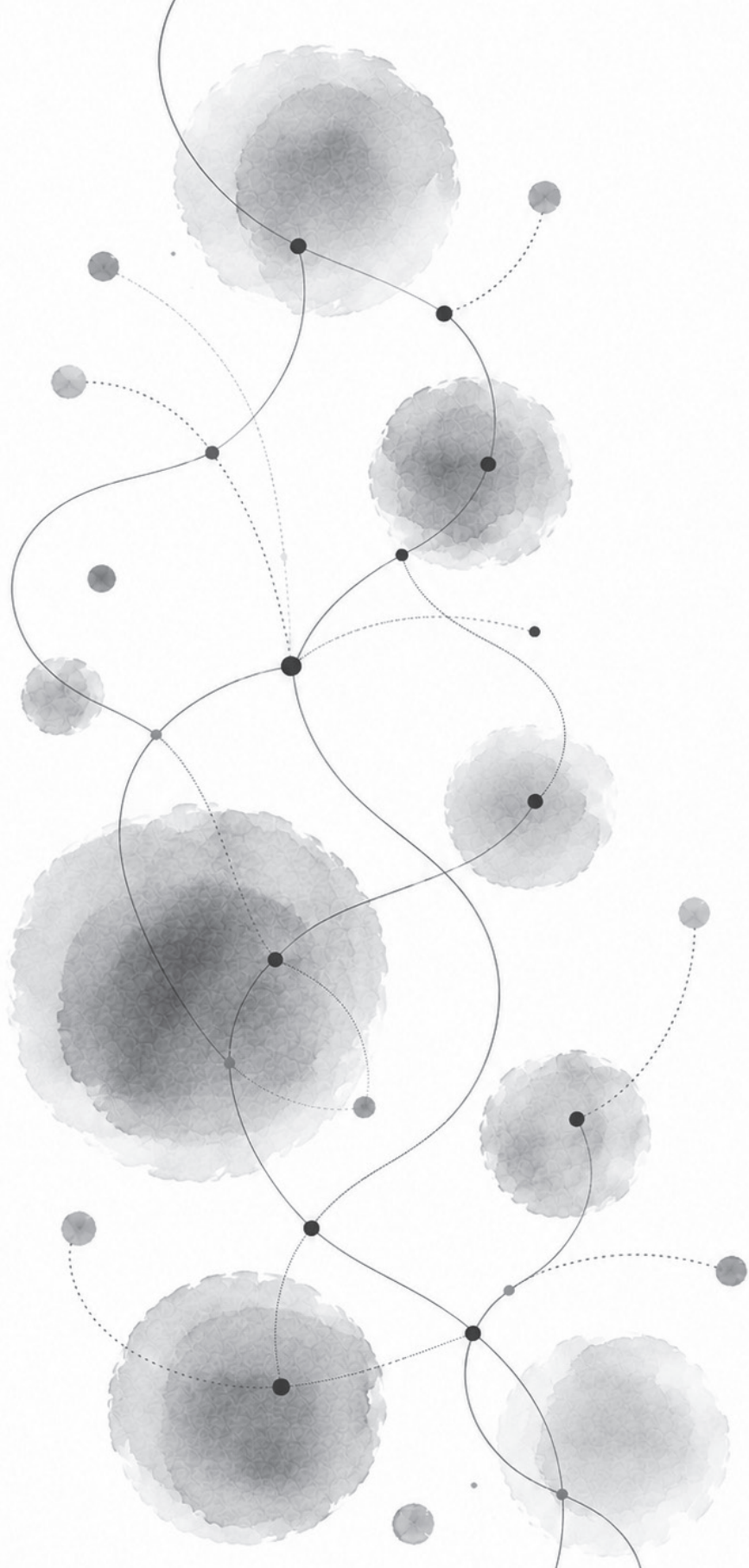
El 38,6% de las personas en Chile considera que el país no se encuentra preparado para enfrentar el envejecimiento poblacional; el 51,4% expresa que las personas mayores se encuentran muy marginadas; 65,1% manifiesta que sus aportes son poco o nada considerados en la sociedad; y, el 81,6% señala que no se les entrega apoyo a quienes han presentado pérdida de funcionalidad o enfermedades crónicas (Arnold-Cathalifaud et al., 2023). Otros estudios muestran que una de las mayores preocupaciones de este grupo etario, es ser dependiente, requerir cuidados y tener que “molestar” a la familia (Arnold-Cathalifaud et al., 2023; S. Herrera et al., 2023). Al respecto, si bien en la última década en Chile se han promovido agendas orientadas al envejecimiento saludable, la funcionalidad y la inclusión social de la población mayor (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023) estas acciones se enmarcan en un contexto de envejecimiento atravesado por profundas desigualdades socioeconómicas, déficits históricos de protección social y escasa articulación institucional (Kohn, 2025; Mazzucchelli, 2019). Estos antecedentes, permiten sostener que la organización social de los cuidados en Chile ha tenido un abordaje “familiar”, centrado en la responsabilidad de los cuidados en el ámbito íntimo-privado e incluyendo un débil soporte institucional (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023).

Las mujeres envejecen en peores condiciones que los hombres, ya que sus trayectorias de vida se caracterizan por la acumulación de desigualdades que se agravan en la vejez (Aguirre & Scavino, 2018; Mazzucchelli et al., 2023). A esta situación se suma que las mujeres envejecen cuidando, como práctica normalizada, enfrentando así peores condiciones de salud, bienestar e inclusión social en esta etapa (Arnold-Cathalifaud et al., 2023). La provisión de cuidados al interior de las familias agrava las brechas de género en el trabajo no remunerado (en personas mayores de 65 años, los hombres dedican 02:57 hrs., mientras que las mujeres 05:06 hrs.) (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2025a). Por tanto, las mujeres enfrentan una doble carga de cuidado: cuidan a hijos a la vez que cuidan a padres o abuelos, pero cuando ellas requieren cuidados, no cuentan con quien los provea (González Torralbo & Guizardi, 2023).

Dentro del grupo de personas mayores con dependencia funcional, el 75% cuenta con una persona que les proporciona ayuda permanente, principalmente desde el entorno familiar (Observatorio Social, 2023). Las mujeres que ejercen labores de cuidado son 75,8% para el caso de la dependencia leve y 96,3% en casos de dependencia severa (Observatorio del Envejecimiento, 2023). Por tanto, en la organización doméstica del cuidado, existe una marcada feminización y el cuidado principal es mayoritariamente no remunerado (solo 3,6% de las personas cuidadoras principales declara recibir remuneración) (Observatorio Social, 2024). En este contexto, se evidencia una sobrecarga intensa en el 32,4% de las personas, la cuidadora principal (con gradiente por severidad: 17,8% en dependencia leve vs 42,7% en severa) y una brecha por sexo en sobrecarga intensa (38,3% en mujeres vs 17,1% en hombres). Esto impacta en que el 42,9% de las personas con dependencia tienen una persona cuidadora con síntomas de ansiedad y/o depresión (en algún grado), así como también se observa que 45,5% de las personas con dependencia cuentan con un cuidador/a que percibe su apoyo social como débil e insuficiente (44,8% moderado; 9,7% fuerte).

En síntesis, la organización social de los cuidados en Chile se caracteriza por una distribución desigual de las responsabilidades de cuidado, sustentada en la centralidad de las familias y en la feminización del trabajo reproductivo, donde las mujeres continúan siendo las principales proveedoras de cuidados para personas mayores en situación de dependencia (Anigstein et al., 2021; Batthyány, 2020). Diversos estudios han mostrado que la provisión de cuidados de larga duración descansa en complejas articulaciones entre redes familiares, comunitarias y servicios formales, aunque con una participación estatal aún insuficiente para responder al incremento de las necesidades derivadas del envejecimiento poblacional (Anigstein et al., 2021; Osorio-Parraguez et al., 2022). Este escenario reproduce desigualdades de género, al tiempo que sitúa a las mujeres mayores como cuidadoras a lo largo de sus trayectorias vitales, evidenciando las tensiones asociadas a la actual crisis de los cuidados y la necesidad de avanzar hacia modelos de corresponsabilidad social basados en derechos e interdependencia (Arriagada, 2020; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2023).

Finalmente, la evaluación de la experiencia del Programa Integral de Cuidados de la Universidad Viña del Mar se posiciona como una estrategia clave para comprender de qué manera las acciones implementadas contribuyen a responder a las necesidades de cuidado de las personas mayores y sus cuidadores/as. Considerando que los cuidados continúan organizándose principalmente sobre bases familiares y feminizadas, generar evidencia sobre las experiencias, percepciones y valoraciones de quienes diseñaron, implementaron y participaron del programa, permitió identificar oportunidades de mejora, fortalecer su propuesta de valor social y aportar al diseño de intervenciones más pertinentes, integrales y centradas en los derechos de las personas mayores y las personas cuidadoras (Anigstein et al., 2021; Batthyány, 2020; Osorio-Parraguez et al., 2022).



CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL DE LA EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA

Esta evaluación se posicionó desde una perspectiva participativa del desarrollo local (Catalán, 2019, 2022) y su incidencia en la gestión pública, ya que consideró como derecho fundamental que las personas participen en la toma de decisiones, lo que es componente para fortalecer la democracia y la legitimidad de las políticas públicas (Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana En La Gestión Pública, 2009).

Para lograr lo anterior se utilizaron metodologías de evaluación participativa. Por ello esta evaluación se focalizó en el diseño e implementación del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso, que tuvo como base a la metodología de marco lógico (Ortegón et al., 2015), la cual es una analítica utilizada para la planificación, ejecución y evaluación de proyectos. El marco lógico es una herramienta de planificación, seguimiento y evaluación de proyectos y programas sociales. Su utilidad principal consiste en ordenar la intervención a partir de una cadena de coherencia entre problema, objetivos, resultados esperados, actividades, indicadores, medios de verificación y supuestos. En esta evaluación el marco lógico permitió examinar si aquello que se propuso el programa guarda relación con lo que efectivamente se implementó y con los resultados alcanzados.

En relación con lo anterior, la evaluación de experiencia se complementó con la teoría del cambio (Fondo para la Consolidación de la paz, 2021), la que permite explicar cómo y por qué se espera que una intervención produzca determinados cambios, explicitando la lógica causal que conecta recursos, actividades, productos, resultados e impactos esperados. La teoría del cambio profundiza en la cadena causal del programa, identificando el problema que se busca abordar, los supuestos que sostienen la intervención, las condiciones necesarias para que ocurra el cambio, los mecanismos que lo posibilitan y los resultados esperados en el corto, mediano y largo plazo.

Por otro lado, esta metodología de evaluación se generó desde una perspectiva participativa y de género (Alcaraz-Vargas et al., 2016; Faúndez & Weinstein, 2014), toda vez que este tipo de evaluación es sistemática e imparcial la que proporciona información creíble, confiable y basada en evidencias sobre el grado en que una intervención ha generado un avance (o una ausencia del mismo) hacia resultados previstos y/o imprevistos en materia de equidad de género y

empoderamiento de las mujeres (Oficina Independiente de Evaluación, 2015). La incorporación de esta perspectiva permitió formular consideraciones e indicaciones para la reducción de brechas de género en el diseño y formulación de la experiencia (Alcaraz-Vargas et al., 2016).

Asimismo, se consideró a los implementadores del programa involucrados en las etapas del proceso de evaluación (Aubel, 2000), pues la importancia de la implicación y participación de los gestores y principales actores del programa favorece una mayor utilización de los resultados a partir del proceso de aprendizaje y conocimiento que deriva de su participación (Yáñez, 2022). Esta metodología se ha utilizado en otras experiencias obteniendo resultados efectivos en la evaluación de proyectos y programas, tanto en el contexto nacional como internacional (Durstón & Miranda, 2022; Furtado et al., 2021; Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2025b, 2025c; Quiroga et al., 2023; Sánchez & Miranda, n.d.), las cuales han permitido desarrollar la reflexión crítica de la gestión de programas y proyectos (Rodríguez & Tapella, 2024).

Como marco de referencia para la evaluación de esta experiencia se consideró la perspectiva de la ética del cuidado (De la Aldea, 2019; Gilligan, 2013), toda vez que esta considera al cuidado como una acción relacional de las relaciones humanas lo que implica una corresponsabilidad social en su desarrollo. En este sentido, la ética del cuidado plantea la responsabilidad relacional, la empatía y la atención a las necesidades de personas concretas. Esta perspectiva es fundamental para diseñar políticas públicas inclusivas que no solo vean al ciudadano como un número o un usuario, sino como una persona con vulnerabilidades específicas que el Estado debe acompañar.

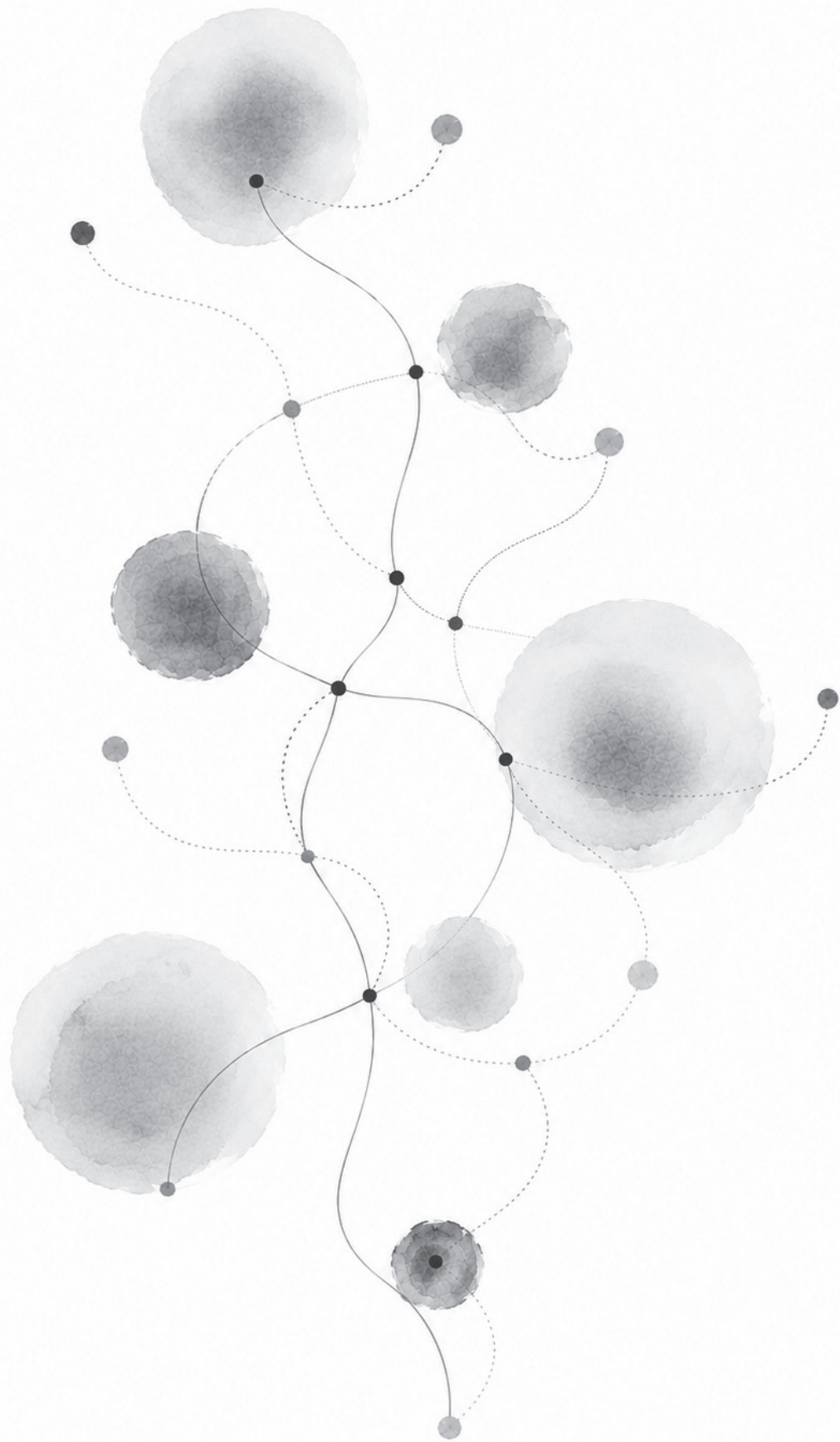
En este sentido, la ética del cuidado constituye un marco normativo y analítico para comprender el cuidado como una práctica relacional, situada y moralmente significativa, que se despliega en contextos de interdependencia y vulnerabilidad, particularmente en la vejez. En este enfoque, cuidar no se reduce a una prestación instrumental, sino que incorpora dimensiones de dignidad, trato humano, responsabilidad, reciprocidad y calidad de vida, articulando componentes familiares, comunitarios e institucionales (Llanes, 2007; Paniagua, 2015).

En el campo gerontológico, esta perspectiva adquirió especial relevancia debido al aumento de necesidades de apoyo en la vida diaria, la presencia de multimorbilidad y la mayor probabilidad de situaciones de dependencia, lo que exige decisiones y prácticas de cuidado que, además de efectivas, sean éticamente justificables y consistentes con estándares de atención integral (Alodhialah et al., 2024; Llanes, 2007). La ética del cuidado se operacionalizó en la gestión cotidiana de dilemas vinculados a los principios bioéticos y su traducción práctica en servicios: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia, y el resguardo de

confidencialidad, consentimiento informado y no discriminación en la atención de personas mayores, especialmente en contextos institucionales (Vega Requena et al., 2023).

Además, es necesario considerar que en situaciones de multimorbilidad de personas mayores (coexistencia de dos o más enfermedades crónicas de salud en un mismo paciente) emergerían tensiones ético-legales, tales como: dificultades para asegurar consentimiento informado ante deterioro cognitivo, balance entre autonomía y seguridad, riesgos asociados a polifarmacia (coordinación interprofesional y documentación clínica), y controversias en final de vida cuando existen discrepancias entre voluntades anticipadas y expectativas familiares, lo que refuerza la necesidad de políticas institucionales, formación ética y soportes organizacionales para decisiones complejas (Alodhialah et al., 2024).

En este contexto, el enfoque de género permitió situar la ética del cuidado en la distribución social del trabajo de cuidados, visibilizando la feminización del cuidado informal y sus efectos en sobrecarga, bienestar y desigualdad, lo que transforma el cuidado en un problema ético de justicia distributiva y corresponsabilidad social (Paniagua, 2015).



CAPÍTULO 2

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

Esta evaluación de experiencia tuvo como objetivo general evaluar la pertinencia, calidad, efectividad y sostenibilidad del diseño e implementación de Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso, a través de metodologías participativas y perspectiva de género, con el fin de generar aprendizajes que fortalezcan futuras políticas públicas en el ámbito de los cuidados.

A partir de lo anterior, se plantearon los siguientes objetivos específicos: (1) analizar la pertinencia del diseño del programa desde una perspectiva territorial y de género, considerando el diagnóstico participativo inicial, las necesidades diferenciadas de las personas mayores y de quienes ejercen labores de cuidado; (2) examinar el proceso de implementación del programa en sus dimensiones operativas, formativas y de gestión, mediante la recopilación de datos cuantitativos (cobertura, deserción, certificación, empleabilidad) y cualitativos (experiencias de las/os participantes, barreras institucionales), incorporando activamente la voz de mujeres cuidadoras como actoras claves del proceso; (3) evaluar los resultados e impactos en las condiciones de vida de las/os cuidadoras/es participantes, en términos de acceso a capacitación, reconocimiento del trabajo de cuidados, oportunidades de empleabilidad y conformación de redes organizadas de apoyo comunitario, identificando avances y brechas de género; e (4) identificar factores de sostenibilidad y posibilidades de escalabilidad del programa, analizando la articulación intersectorial alcanzada, el compromiso de actores locales y regionales, y el grado de apropiación comunitaria.

El proceso de evaluación se realizó entre octubre 2025 y junio 2026. Se desarrolló una metodología mixta de investigación social (Hernández-Sampieri et al., 2014; Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018), desde una perspectiva de género, combinando técnicas cuantitativas y cualitativas. En este sentido, la propuesta metodológica articuló la sistematización de experiencias (Barragán & Torres, 2019; Guinot et al., 2020; Jara, 2015) con la evaluación de programas (Aubel, 2000; Bazó, 2005; Faúndez & Weinstein, 2014; García & Rice, 2021; Oficina Independiente de Evaluación, 2015), toda vez que permitió reconstruir la experiencia de desarrollo del Programa para valorar el desempeño del mismo.

En este sentido, la evaluación se estructuró en base en la matriz de marco lógico (Ortegón et al., 2015), para organizar los objetivos, resultados, indicadores, medios de verificación y supuestos críticos, facilitando el monitoreo

del desempeño del programa. En este contexto, se utilizó la teoría de cambio (Fondo para la Consolidación de la paz, 2021) para reconstruir la cadena causal del programa (Ortegón et al., 2015) y por tanto identificar los distintos factores y elementos implicados en el desarrollo del mismo. Por su parte La sistematización de experiencias permitió generar conocimiento científico en ámbito de la política y gestión pública, así como en el académico de las ciencias sociales (Barragán & Torres, 2019; Jiménez & Valenciano, 2018).

Las herramientas cualitativas utilizadas fueron el análisis documental (Peña & Pirela, 2007), específicamente de informes elaborados durante la implementación del Programa; la entrevista semiestructurada (González-Veja et al., 2022) a profesionales implicados en el diseño e implementación, validada a través de juicio experto (Balderas et al., 2022); y, grupos focales (Pérez, 2021) con profesionales y beneficiarios directos (ver Anexo el detalle de las dimensiones y preguntas realizadas en las entrevistas y grupos focales). En relación con este último, se realizó uno sólo con mujeres beneficiarias del programa, así mismo en el grupo focal de profesionales sólo participaron mujeres¹. Lo anterior para profundizar en el análisis desde la perspectiva de género. La información cualitativa fue procesada a través del análisis temático (Braun & Clarke, 2006, 2014), siguiendo los siguientes pasos metodológicos: codificación inductiva a nivel semántico; agrupación en dimensiones y categorías; revisión; definición temática; e interpretación de la información. Se utilizó el software Atlas.ti para la gestión de la información producida.

Por otro lado, la herramienta cuantitativa utilizada fue la encuesta (Casas et al., 2003), mediante preguntas de selección y tipo Likert (Matas, 2018) a beneficiarios directos, las cuales fueron procesadas a través de análisis descriptivo e inferencial (Puentes-Leal, 2024).

Para la parte cualitativa se utilizó un muestreo de bola de nieve (Mendieta Izquierdo, 2015) considerando los siguientes criterios de selección: (1) participación en la experiencia; (2) disposición e interés; (3) heterogeneidad de género; (4). Por otro lado, para la parte cuantitativa se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio sistemático (Otzen & Manterola, 2017) considerando las 4 cohortes de implementación del programa.

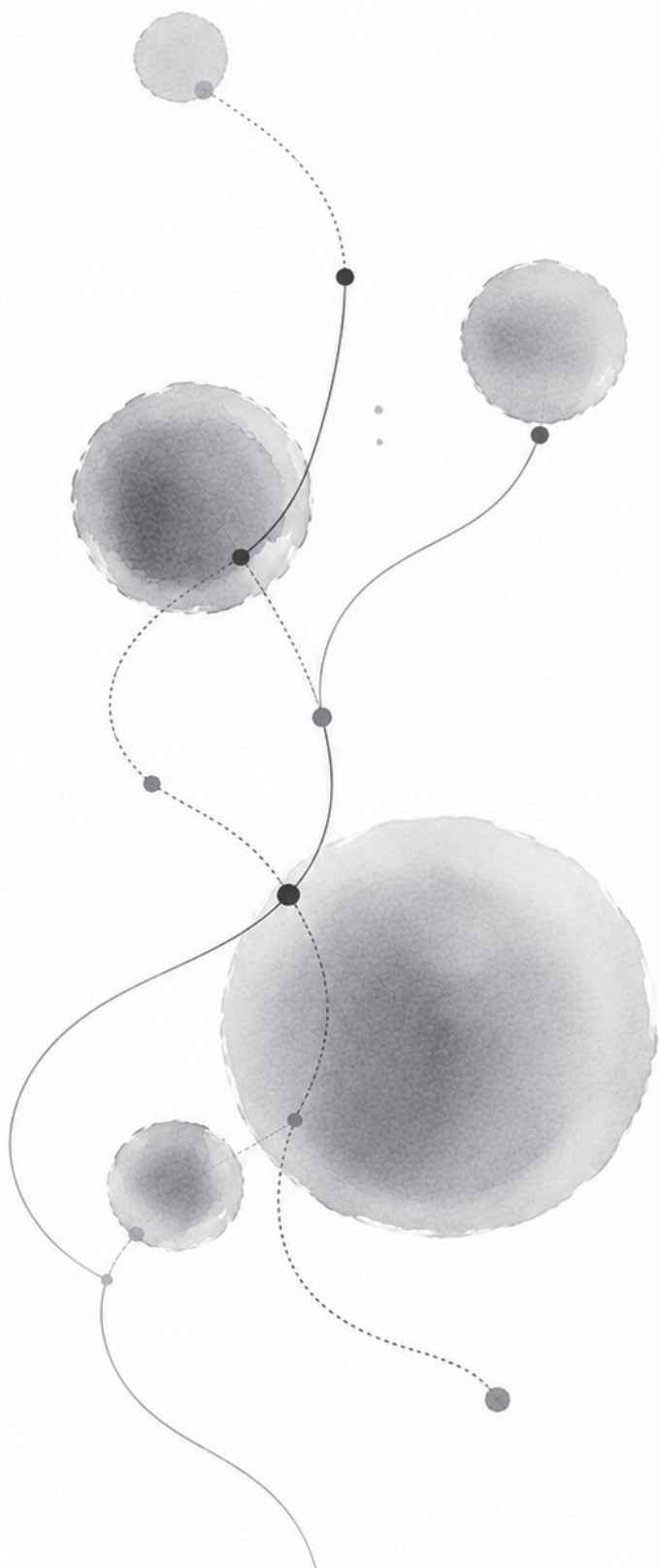
El procedimiento de producción de la información se realizó a partir de fases de aplicación de la evaluación y sistematización de la experiencia a nivel territorial

1 Si bien el enfoque de género no se limita al estudio de las mujeres, sino que constituye un enfoque analítico orientado a examinar cómo las relaciones de género producen desigualdades, privilegios y posiciones diferenciadas para distintos grupos sociales, este proyecto centra su atención exclusivamente en mujeres, pues considera sus trayectorias como cuidadoras y las desigualdades de género que atraviesan el trabajo de cuidados.

de la ciudad con mínima y mayor cantidad de participantes en la implementación en cada cohorte del programa de cuidadores: cohorte 1 (Min: Cabildo. Max.: Quintero); cohorte 2 (Min.: Puchuncaví. Max.: La Ligua); cohorte 3 (Min.: Catemu. Max.: Viña del Mar); cohorte 4 (Min.: Algarrobo Max.: Zapallar). Dicho procedimiento de aplicación permitió organizar la evaluación identificando fortalezas y debilidades de la implementación. Así mismo, se consideró la generación de jornadas reflexivas en momentos del proceso de evaluación para triangular en análisis de resultados de forma participativa:

- **Primera fase** (octubre a noviembre 2025): Análisis documental de informes y productos elaborados de la experiencia. Esto permitió la reconstrucción para la sistematización del proceso de desarrollo de la experiencia, así como la elaboración de los instrumentos cualitativos (pauta de entrevista semiestructurada) y cuantitativo (encuesta).
- **Segunda fase** (noviembre a diciembre 2025): Aplicación de entrevistas semiestructuradas a equipo diseñador e implementador de la experiencia.
- **Tercera fase** (enero a marzo 2026): Aplicación de encuestas a beneficiarios directos de la experiencia por diversidad territorial.
- **Jornada intermedia de reflexión participativa** (marzo 2026): Se consideró la participación del equipo de investigación, representantes de organizaciones colaboradoras y beneficiarios directos. En esta jornada se analizaron, a través de metodologías participativas, el diseño del proyecto de evaluación, así como los resultados iniciales del análisis documental y las encuestas aplicadas a la fecha. Lo anterior permitió aportar insumos al diseño de las pautas de los grupos focales aplicados en la siguiente fase.
- **Cuarta fase** (abril a mayo 2026): Realización de grupos focales por diversidad territorial: 1 con equipo implementador de la propuesta, 8 con beneficiarios directos (2 con cada cohorte (ciudad mín. y máx..) y 1 sólo con mujeres (todas las cohortes).
- **Jornada final de reflexión participativa** (mayo 2026): Se consideró la participación del equipo de investigación, representantes de organizaciones colaboradores y beneficiarios directos. Se analizaron, a través de metodologías participativas, los resultados obtenidos con el proceso de evaluación.

Además de las fases señaladas, se realizaron dos instancias de divulgación abiertas a la comunidad, un Seminario de Avance realizado en marzo 2026 y un Seminario de Cierre ejecutado en junio 2026.



CAPÍTULO 3

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA ENCUESTA A PERSONAS BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de encuesta a personas beneficiarios del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso. Se comienza con la descripción de la prueba piloto que permite otorgar validez al instrumento, para luego desarrollar el análisis descriptivo e inferencial de los datos.

Se aplicó una encuesta estructurada a beneficiarios del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso. El instrumento fue diseñado para evaluar la experiencia del programa considerando cuatro dimensiones principales: pertinencia, calidad de implementación, efectividad y sostenibilidad. Las preguntas fueron formuladas mediante escala Likert de 5 puntos (1 = totalmente en desacuerdo, 5 = totalmente de acuerdo), permitiendo medir el grado de acuerdo de los participantes respecto a distintas afirmaciones sobre el programa.

3.1. Prueba piloto del instrumento

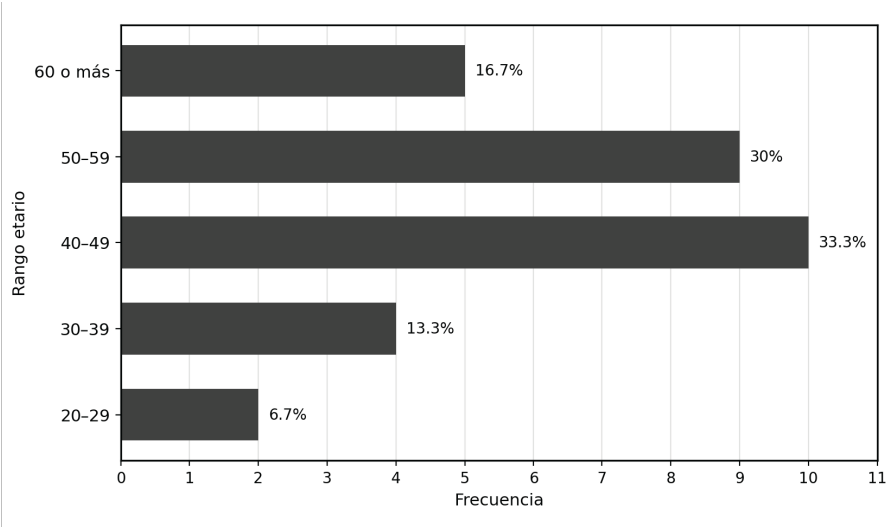
El total de aplicaciones realizadas en la prueba piloto fue de 30 participantes.

Dimensiones de evaluación:

- Pertinencia del programa (n=5)
- Calidad de implementación (n=7)
- Efectividad percibida (n=8)
- Sostenibilidad y proyección (n=4)

Para efectos analíticos, estas categorías fueron recodificadas en una escala ordinal numérica de 1 a 5, con las siguientes valoraciones: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni de acuerdo en desacuerdo (3), de acuerdo (4), totalmente de acuerdo (5) y no sabe / no responde (9). El cuestionario incluye además preguntas sociodemográficas y laborales, que permiten caracterizar el perfil de los participantes.

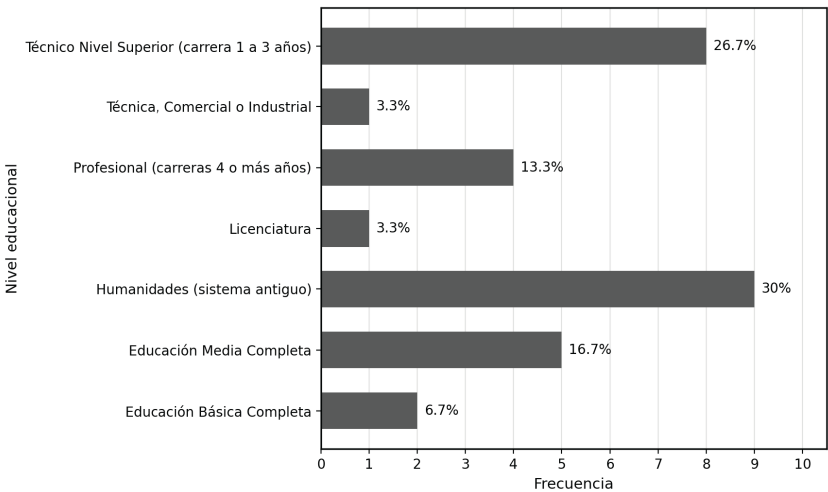
Figura 2. Distribución etaria de participantes



Fuente: Elaboración propia

Los participantes del piloto presentan trayectorias educativas diversas, con predominio de niveles de educación media y formación técnica.

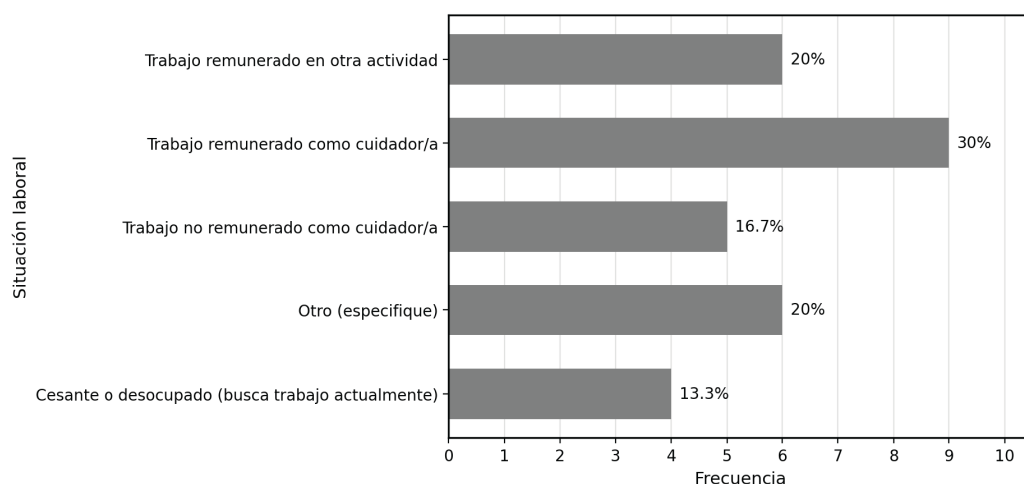
Figura 3. Nivel educacional de los participantes



Fuente: Elaboración propia

El grupo más numeroso corresponde a personas con formación en Humanidades (sistema antiguo) (30%), seguido por quienes cuentan con Técnico Nivel Superior (26.7%). En menor proporción se observan participantes con educación media completa (16.7%) y formación profesional universitaria (13.3%). Los resultados muestran que la actividad de cuidado constituye una fuente relevante de inserción laboral para los participantes.

Figura 4. Situación laboral de los participantes



Fuente: Elaboración propia

El grupo más numeroso corresponde a personas que realizan trabajo remunerado como cuidador/a (30%), seguido por quienes se desempeñan en otras actividades remuneradas (20%). Se observa que un 16.7% realiza labores de cuidado no remuneradas, lo que refleja la persistencia del cuidado como actividad no formalizada o realizada en el ámbito doméstico. Mientras que un 13.3% se encuentra cesante o buscando empleo. Una vez recodificadas las respuestas de tipo Likert, se construyó un índice individual por dimensión para cada participante (Tabla 2).

Tabla 2. Índices globales por dimensión del programa (n = 30)

Dimensión	Media	Mediana
Pertinencia	4.72	5
Calidad	4.79	5
Efectividad	4.80	5
Sostenibilidad	4.78	5

Fuente: Elaboración propia

El índice se calculó como el promedio simple de los ítems que componen cada dimensión. Este procedimiento genera un puntaje promedio por persona, cuyo rango permanece entre 1 y 5. Posteriormente, se calculó el índice global de cada dimensión, correspondiente al promedio de los índices individuales de todos los participantes del piloto. Este índice representa la evaluación promedio del grupo respecto a cada dimensión del programa.

Tabla 3. Datos descriptivos dimensión Pertinencia (n = 30)

Ítem	Media	Mediana	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diseño responde a la realidad del cuidado	4.72	5	0 (0%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)	3 (10.3%)	24 (82.8%)
Actividades útiles para necesidades de cuidado	4.86	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (13.8%)	25 (86.2%)
Claridad de objetivos del programa	4.70	5	1 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (16.7%)	24 (80%)
Cursos bien organizados	4.83	5	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	3 (10%)	26 (86.7%)
Objetivos definidos considerando opinión de cuidadores	4.60	5	0 (0%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	7 (23.3%)	21 (70%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Datos descriptivos dimensión Calidad (n = 30)

Ítem	Media	Mediana	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Planificación clara de cursos	4.79	5	0 (0%)	1 (3.4%)	0 (0%)	3 (10.3%)	25 (86.2%)
Responsabilidades claras (participantes de la formación)	4.83	5	0 (0%)	1 (3.4%)	0 (0%)	2 (6.9%)	26 (89.7%)
Perfil adecuado de participantes	4.76	5	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.4%)	5 (17.2%)	23 (79.3%)
Participación y opinión de cuidadores	4.86	5	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.6%)	2 (7.1%)	25 (89.3%)
Consideración de opiniones en evaluación	4.66	5	0 (0%)	2 (6.9%)	0 (0%)	4 (13.8%)	23 (79.3%)
Convocatoria adecuada	4.83	5	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	3 (10%)	26 (86.7%)
Resultados formativos logrados	4.90	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (10%)	27 (90%)
Duración adecuada de cursos	4.63	5	1 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)	25 (83.3%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Datos descriptivos dimensión Efectividad (n = 30)

Ítem	Media	Mediana	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Conozco mejor los apoyos disponibles	4.77	5	0 (0%)	1 (3.3%)	0 (0%)	4 (13.3%)	25 (83.3%)
Me siento más seguro/a en el cuidado	4.93	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.9%)	27 (93.1%)
El programa entregó herramientas prácticas	4.90	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (10%)	27 (90%)
Mayor capacidad para tomar decisiones de cuidado	4.83	5	1 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	28 (93.3%)
Ampliación de redes de apoyo	4.60	5	1 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)	3 (10%)	24 (80%)
Mejora en bienestar personal	4.76	5	1 (3.4%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (10.3%)	25 (86.2%)
Impacto positivo del programa	4.83	5	1 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	28 (93.3%)

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Datos descriptivos dimensión Sostenibilidad (n = 30)

Ítem	Media	Mediana	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
El programa puede repetirse en el tiempo	4.97	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.3%)	29 (96.7%)
Aprendizajes aplicables a futuro	4.93	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.7%)	28 (93.3%)
Nuevas responsabilidades sostenibles	4.44	5	0 (0%)	0 (0%)	6 (22.2%)	3 (11.1%)	18 (66.7%)
Redes de contacto entre cuidadores	4.73	5	1 (3.3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (13.3%)	25 (83.3%)

Fuente: elaboración propia

La dimensión pertinencia presenta $\alpha = 0.82$, lo que indica buena consistencia interna entre los ítems que componen la escala. Esto sugiere que las preguntas incluidas en esta dimensión tienden a medir de manera coherente la percepción de los participantes respecto a la adecuación del programa a la realidad del trabajo de cuidado.

Tabla 7. Consistencia interna de la dimensión Pertinencia ($\alpha = 0.82$)

Ítem	Correlación ítem-escala	Alpha si se elimina el ítem
Diseño responde a la realidad del cuidado	0.59	0.79
Actividades útiles para necesidades de cuidado	0.32	0.85
Claridad de objetivos del programa	0.90	0.68
Cursos bien organizados	0.79	0.75
Objetivos definidos considerando opinión de cuidadores	0.58	0.80

Nota. α corresponde al coeficiente de consistencia interna de Cronbach de la dimensión. Valores de $\alpha \geq 0.70$ indican consistencia interna aceptable, $\alpha \geq 0.80$ buena y $\alpha \geq 0.90$ muy alta. La correlación ítem-escala corregida indica la relación entre cada ítem y el resto de la escala: > 0.50 = buen ítem; $0.30-0.50$ = aceptable; < 0.30 = ítem débil.

Fuente: elaboración propia

La dimensión calidad de implementación presenta un $\alpha = 0.94$, lo que indica una consistencia interna muy alta entre los ítems de la escala.

Tabla 8. *Consistencia interna de la dimensión Calidad ($\alpha = 0.94$)*

Ítem	Correlación ítem-escala	Alpha si se elimina el ítem
Planificación clara de cursos	0.96	0.92
Responsabilidades claras	0.84	0.93
Perfil adecuado de participantes	0.85	0.93
Participación y opinión de cuidadores	0.83	0.94
Consideración de opiniones en evaluación	0.75	0.94
Convocatoria adecuada	0.94	0.93
Resultados formativos logrados	0.76	0.94
Duración adecuada de cursos	0.87	0.94

Nota. α corresponde al coeficiente de consistencia interna de Cronbach de la dimensión. Valores de $\alpha \geq 0.70$ indican consistencia interna aceptable, $\alpha \geq 0.80$ buena y $\alpha \geq 0.90$ muy alta. La correlación ítem-escala corregida indica la relación entre cada ítem y el resto de la escala: > 0.50 = buen ítem; $0.30-0.50$ = aceptable; < 0.30 = ítem débil.

Fuente: elaboración propia

Todas las correlaciones ítem-escala son superiores a 0.75, es decir todos los ítems contribuyen de manera sólida a la medición de la dimensión. Estos resultados sugieren que la dimensión de calidad presenta una estructura altamente coherente y estable, siendo una de las escalas más robustas del instrumento.

La dimensión efectividad del programa presenta un $\alpha = 0.90$, lo que indica una consistencia interna muy alta entre los ítems de la escala.

Tabla 9. Consistencia interna de la dimensión Efectividad ($\alpha = 0.90$)

Ítem	Correlación ítem-escala	Alpha si se elimina el ítem
Conocimiento de apoyos disponibles	0.90	0.86
Mayor seguridad en el cuidado	0.20	0.92
Herramientas prácticas para cuidar	0.23	0.92
Mayor capacidad para tomar decisiones de cuidado	0.92	0.85
Ampliación de redes de apoyo	0.72	0.89
Mejora del bienestar personal	0.96	0.85
Impacto positivo del programa	0.92	0.85

Nota. α corresponde al coeficiente de consistencia interna de Cronbach de la dimensión. Valores de $\alpha \geq 0.70$ indican consistencia interna aceptable, $\alpha \geq 0.80$ buena y $\alpha \geq 0.90$ muy alta. La correlación ítem-escala corregida indica la relación entre cada ítem y el resto de la escala: > 0.50 = buen ítem; $0.30-0.50$ = aceptable; < 0.30 = ítem débil.

Fuente: elaboración propia

La mayoría de los ítems presentan correlaciones ítem-escala superiores a 0.70, lo que indica un fuerte aporte a la medición de la dimensión.

Dos ítems presentan correlaciones más bajas, estos valores indican una relación más débil con el resto de los ítems. Estas dos podrían estar capturando dimensiones más específicas del proceso formativo.

A diferencia de las otras dimensiones del cuestionario, los ítems de la dimensión de sostenibilidad ($\alpha = 0.02$) capturan aspectos conceptualmente distintos del fenómeno (continuidad institucional, aplicabilidad futura de los aprendizajes, cambios en responsabilidades y generación de redes entre cuidadores). Debido a este carácter multidimensional, no se consideró apropiado construir un índice compuesto ni evaluar consistencia interna mediante α de Cronbach. En su lugar, los ítems serán analizados de forma descriptiva y mediando un índice simple.

Los resultados del piloto muestran una evaluación altamente positiva del programa por parte de los participantes. Tres dimensiones del instrumento, pertinencia, calidad de implementación y efectividad, presentan valores promedio cercanos al máximo de la escala, lo que indica un alto nivel de acuerdo respecto a la utilidad, organización y efectos formativos del programa.

La dimensión efectividad registra la valoración más alta, lo que sugiere que los participantes perciben que el programa fortalece sus capacidades para el cuidado y genera cambios relevantes en su práctica cotidiana.

La dimensión calidad también obtiene evaluaciones muy elevadas, lo que refleja una percepción positiva respecto a la organización de los cursos, el desarrollo de las actividades formativas y el logro de los resultados esperados.

La dimensión pertinencia tiene, igualmente valores altos, indicando que el programa es percibido como adecuado y relevante para las necesidades reales del trabajo de cuidado.

Los resultados del piloto muestran una evaluación altamente positiva del programa por parte de los participantes. De hecho, el 100% de los participantes responde de manera afirmativa cuando se le pregunta si: ¿Recomendaría este programa a otras personas cuidadoras?

Tres dimensiones del instrumento, pertinencia, calidad de implementación y efectividad, presentan valores promedio cercanos al máximo de la escala, lo que indica un alto nivel de acuerdo respecto a la utilidad, organización y efectos formativos del programa.

La dimensión efectividad registra la valoración más alta, lo que sugiere que los participantes perciben que el programa fortalece sus capacidades para el cuidado y genera cambios relevantes en su práctica cotidiana. La dimensión calidad también obtiene evaluaciones muy elevadas, lo que refleja una percepción positiva respecto a la organización de los cursos, el desarrollo de las actividades formativas y el logro de los resultados esperados. La dimensión pertinencia tiene, igualmente valores altos, indicando que el programa es percibido como adecuado y relevante para las necesidades reales del trabajo de cuidado.

3.2. Análisis encuesta a beneficiarios/as del programa

A continuación, expone los principales resultados cuantitativos de la evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso. El análisis se orienta a examinar la valoración de las y los participantes respecto del programa, considerando tanto indicadores generales de satisfacción y aplicación práctica de los aprendizajes, como dimensiones específicas asociadas a su pertinencia, calidad, efectividad y sostenibilidad. Se aplican 286 encuestas, de las cuales se analizan 244 como válidas para el procesamiento de los datos.

En primer lugar, se caracteriza la muestra de participantes según cohorte, edad, género, nivel educacional y situación laboral, con el fin de contextualizar el perfil de quienes respondieron el instrumento. Posteriormente, se presentan los resultados generales del programa, incluyendo la disposición a recomendar la experiencia, la aplicación práctica de los contenidos y las situaciones en que dichos aprendizajes son utilizados. Luego, se analizan las dimensiones centrales de evaluación, mediante índices contruidos para pertinencia, calidad y efectividad, y un análisis desagregado por ítems para sostenibilidad, dada su naturaleza multidimensional.

Se incorpora una comparación entre cohortes, con el objetivo de identificar posibles diferencias en la evaluación del programa según los distintos momentos de implementación. Finalmente, se presentan análisis inferenciales orientados a evaluar la significancia estadística de dichas diferencias, así como intervalos de confianza al 95% para estimar el comportamiento de las medias poblacionales en las principales dimensiones evaluadas.

3.2.1. Resultados de la Evaluación del Programa

Para el análisis cuantitativo se consideraron únicamente los casos con información válida, definidos como aquellos participantes que, habiendo aceptado participar en el cuestionario, respondieron al menos las preguntas sustantivas del instrumento. En este proceso se excluyeron dos tipos de casos: (i) aquellos que indicaron explícitamente no desear participar, y (ii) aquellos que, pese a confirmar su participación, no completaron las preguntas posteriores, constituyendo casos sin información sustantiva. Como resultado, la muestra final de análisis quedó conformada por 244 participantes, los cuales representan la base empírica efectiva para la evaluación del programa. En términos generales, la distribución por cohorte muestra una participación diversa, reflejando el alcance territorial del programa (Tabla 10).

Tabla 10. Distribución de participantes por cohorte del programa

Cohorte	n	%
Cohorte 1	37	15.2
Cohorte 2	83	34.0
Cohorte 3	64	26.2
Cohorte 4	60	24.6

Nota. La tabla presenta la distribución de participantes según cohorte del Programa Integral de Cuidados en la Región de Valparaíso.

Fuente: elaboración propia.

En cuanto al perfil sociodemográfico y laboral de las y los participantes, la Tabla 10 muestra que los y las participantes de la encuesta se concentran principalmente en los tramos de mayor edad, destacando el grupo de 50 a 59 años (30.74%) y el de 60 años o más (25.41%). En conjunto, estos segmentos representan más de la mitad de la muestra, lo que da cuenta de una población mayoritariamente adulta, potencialmente con trayectoria previa en labores de cuidado. Los grupos más jóvenes presentan menor representación, particularmente el tramo de 20 a 29 años (4.92%).

Respecto al género, identificamos, mediante la Tabla 11, que la muestra se encuentra altamente feminizada, con un 92.62% de mujeres, lo que confirma la fuerte concentración del trabajo de cuidados en este grupo, consistente con la evidencia nacional e internacional sobre la distribución de estas labores. La participación masculina es reducida (6.97%), mientras que la no respuesta es marginal.

En relación con el nivel educacional, se observa una predominancia de educación media completa (38.93%), seguida de formación técnica de nivel superior (23.36%). Los niveles de educación superior universitaria y posgrado presentan una menor representación, lo que sugiere un perfil educativo orientado principalmente a la formación media y técnico-profesional.

Finalmente, en el ámbito laboral, la Tabla 11 destaca la relevancia del trabajo de cuidados como actividad económica. Un 25% de los participantes declara desempeñarse en labores de cuidado remunerado, mientras que un 20.9%

realiza estas tareas de manera no remunerada. Esto evidencia la coexistencia de formas formales e informales del trabajo de cuidados. Adicionalmente, se observa un 16.8% que realiza actividades remuneradas en otros sectores y un 15.98% que se encuentra cesante, lo que da cuenta de una situación laboral heterogénea y de potencial vulnerabilidad en parte de la población.

Tabla 11. Perfil sociodemográfico y laboral de los/las participantes

Variable	Categoría	n	%
Edad	20-29	12	4.92%
	30-39	39	15.98%
	40-49	56	22.95%
	50-59	75	30.74%
	60 o más	62	25.41%
Género	Femenino	226	92.62%
	Masculino	17	6.97%
	Prefiero no responder	1	0.41%
Nivel educacional	Educación Básica Completa	15	6.15%
	Educación Media Completa	95	38.93%
	Humanidades (sistema antiguo)	15	6.15%
	Licenciatura	5	2.05%
	Magíster	3	1.23%
	Profesional (carreras 4 o más años)	27	11.07%
	Técnica, Comercial o Industrial	27	11.07%
	Técnico Nivel Superior (carrera 1 a 3 años)	57	23.36%
Situación laboral	Cesante o desocupado (busca trabajo actualmente)	39	15.98%
	Jubilado/a o pensionado/a	28	11.48%
	Trabajo no remunerado como cuidador/a	51	20.9%
	Trabajo remunerado como cuidador/a	61	25%
	Trabajo remunerado en otra actividad	41	16.8%
	Otros	24	9.84%

Nota. n = 244. Los porcentajes se calculan sobre el total de respuestas válidas por variable. Las diferencias respecto a 100% se deben al redondeo.

Fuente: elaboración propia

En conjunto, estos resultados permiten caracterizar a los participantes del programa como una población mayoritariamente femenina, adulta y con niveles educativos medios y técnicos, con una inserción significativa en actividades de cuidado, tanto remuneradas como no remuneradas.

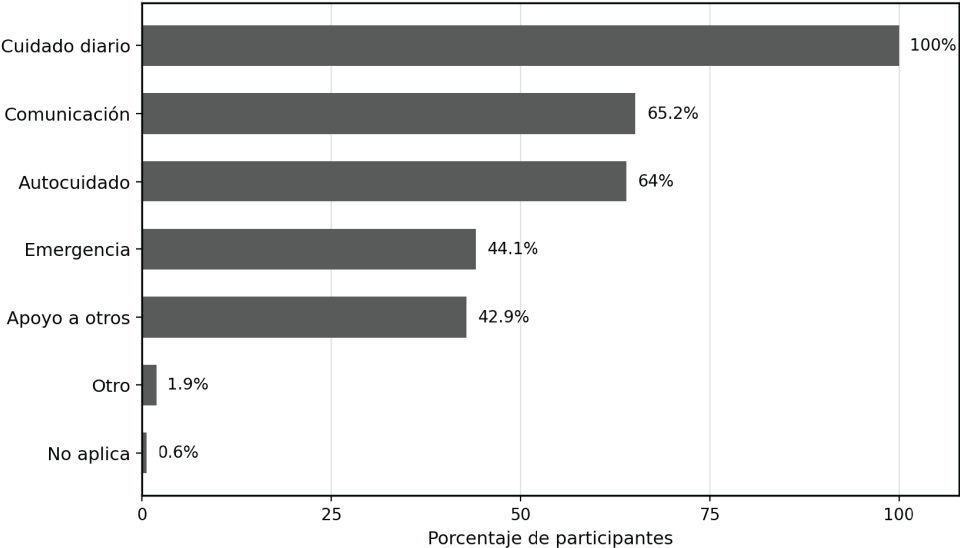
3.2.2. Elementos de evaluación global del programa

En relación con la evaluación global del programa, se incluyó una pregunta orientada a medir la disposición de los participantes a recomendar la experiencia a otras personas cuidadoras, la que constituye un indicador sintético de satisfacción y valoración general. Entre quienes respondieron esta pregunta ($n = 209$), la totalidad de los participantes indicó que recomendaría el programa, lo que da cuenta de una alta valoración de la experiencia formativa. No obstante, se registró un 14.3% de no respuesta en esta variable, por lo que los resultados deben interpretarse considerando únicamente a quienes entregaron información válida.

Complementariamente, se indagó en la aplicación práctica de los contenidos adquiridos durante el proceso formativo. Entre quienes respondieron esta pregunta ($n = 210$), el 97.6% señaló haber aplicado aprendizajes del programa en su labor de cuidado, mientras que solo un 2.38% indicó no haberlo hecho. Este resultado evidencia un alto nivel de apropiación práctica de los contenidos formativos, sugiriendo que el programa no solo es valorado positivamente, sino que también genera efectos concretos en el desempeño de las labores de cuidado, al menos a nivel de autorreporte de los y las participantes.

Con el objetivo de profundizar en la forma en que estos aprendizajes se traducen en la práctica, se analizan las principales situaciones en las que los participantes declaran aplicarlos (Figura 5). Los resultados muestran que la aplicación se concentra principalmente en el cuidado diario de personas mayores, donde la totalidad de quienes respondieron la pregunta declara utilizar los contenidos en este contexto. Asimismo, se observa una alta presencia de aplicación en el ámbito del trato y la comunicación con la persona mayor (65.2%) y en el autocuidado del cuidador/a (64.0%), lo que evidencia que los aprendizajes no solo se incorporan en la dimensión técnica del cuidado, sino también en aspectos relacionales y de bienestar personal. En menor medida, los contenidos se aplican en situaciones de emergencia o riesgo (44.1%) y en el apoyo a otros cuidadores/as (42.9%), sugiriendo un alcance más amplio del programa en la práctica cotidiana y comunitaria del cuidado.

Figura 5. Situaciones de aplicación de los aprendizajes del programa

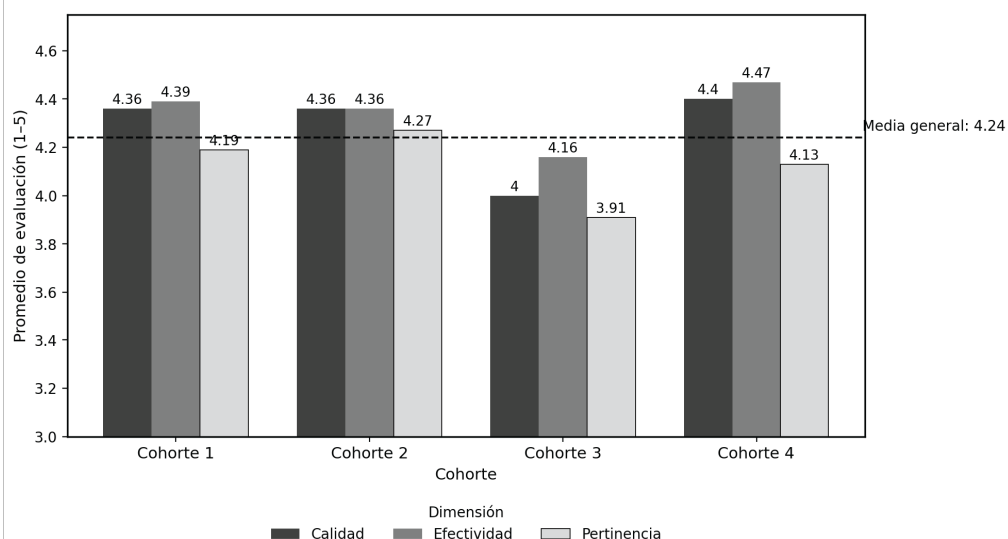


Nota. Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes que respondieron esta pregunta (n = 161). Como una misma persona podía seleccionar más de una situación de aplicación, las categorías no son excluyentes entre sí. Por esta razón, los porcentajes de las barras deben interpretarse de manera independiente y no suman 100%.

Fuente: elaboración propia

3.2.3. Evaluación general del programa y comparada por cohorte

Para complementar la evaluación global del programa, se compararon los promedios de las tres dimensiones principales, pertinencia, calidad y efectividad, según cohorte de participación. En este análisis se excluye la dimensión de sostenibilidad, dado que en la aplicación piloto del cuestionario se identificaron inconsistencias en su coherencia interna, lo que limita la construcción de un indicador sintético comparable con las demás dimensiones. Como se observa en la Figura 6, este procedimiento permite desagregar la evaluación global previamente presentada, facilitando la identificación de posibles diferencias en la percepción del programa entre los distintos grupos de participantes. En la Figura 6, cada barra representa el promedio obtenido por una cohorte en una dimensión específica, calculado a partir de los índices individuales de cada participante, mientras que la línea roja indica el promedio general del programa considerando el conjunto de cohortes y dimensiones analizadas.

Figura 6. Evaluación del programa por cohorte según dimensión

Nota. El gráfico presenta el promedio de evaluación de las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad para cada cohorte del programa. La línea discontinua roja indica el promedio general del programa (4.24), calculado considerando todas las cohortes y dimensiones. El eje Y ha sido truncado para facilitar la visualización de las diferencias entre cohortes. Los promedios presentados se calcularon considerando únicamente los casos válidos para cada dimensión, por lo que el número de participantes incluidos en el cálculo puede variar levemente entre dimensiones y cohortes.

Fuente: elaboración propia

En términos generales, se observa que todas las cohortes presentan evaluaciones altas en las tres dimensiones analizadas, con valores cercanos al promedio general del programa (4.24), lo que sugiere una implementación globalmente consistente. No obstante, el gráfico permite identificar diferencias más específicas entre cohortes. En particular, la Cohorte 3 muestra sistemáticamente los valores más bajos en pertinencia, calidad y efectividad, ubicándose por debajo del promedio general en todas las dimensiones. En contraste, la Cohorte 4 presenta los valores más altos, destacando especialmente en la dimensión de efectividad, donde alcanza el mayor promedio observado. Por su parte, las cohortes 1 y 2 muestran desempeños intermedios y relativamente homogéneos, con evaluaciones cercanas al promedio general. En conjunto, estos resultados indican que, si bien la valoración del programa es consistentemente positiva, existen variaciones entre cohortes que podrían estar asociadas a diferencias en las condiciones de implementación o en las características de los participantes.

En relación con los componentes de la dimensión sostenibilidad, la Tabla 12 permite observar las diferencias entre cohortes en los distintos aspectos analizados. En términos generales, se identifica un patrón consistente con lo observado en las dimensiones anteriores, donde la Cohorte 3 presenta los valores más bajos en los tres componentes, continuidad, roles y redes, mientras que la Cohorte 4 alcanza las evaluaciones más altas, especialmente en la continuidad del programa. Por su parte, las cohortes 1 y 2 muestran desempeños intermedios, con valores relativamente cercanos entre sí.

Estos resultados sugieren que, si bien la sostenibilidad del programa es evaluada de manera positiva en todos sus componentes, existen diferencias entre cohortes que se manifiestan particularmente en los aspectos sociales y organizativos, como la generación de redes y la asunción de nuevos roles. En este sentido, los datos refuerzan la idea de que la sostenibilidad no se distribuye de manera homogénea entre los participantes, sino que depende de condiciones específicas asociadas a cada cohorte, en línea con lo observado previamente en las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad.

Tabla 12. Promedios de los componentes de sostenibilidad por cohorte

Cohorte	Continuidad	Roles	Redes
Cohorte 1	4.68	4.35	4.14
Cohorte 2	4.54	4.21	4.34
Cohorte 3	4.25	3.95	3.92
Cohorte 4	4.73	4.29	4.20

Nota. La tabla presenta los promedios de los componentes de sostenibilidad por cohorte en escala Likert (1-5). **Fuente:** elaboración propia.

3.3. Evaluación por dimensiones del programa

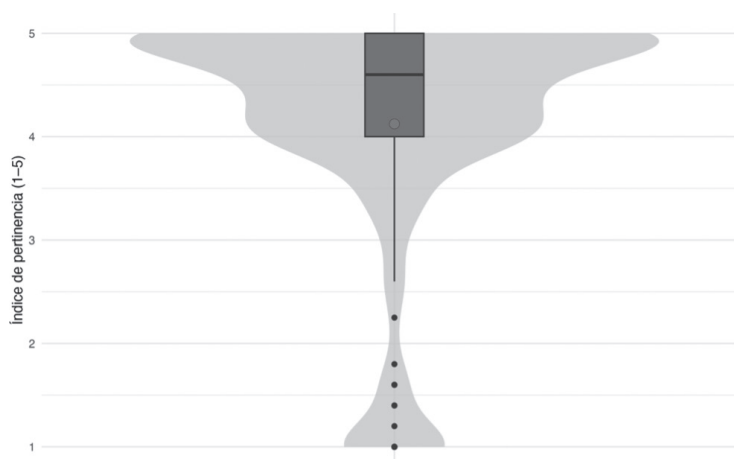
Considerando los objetivos de la evaluación de experiencia, a continuación se presentan los resultados por dimensión: pertinencia, calidad, efectividad y sostenibilidad.

3.3.1. Evaluación por dimensión Pertinencia

En relación con la dimensión de pertinencia, entendida como la capacidad del programa para responder de manera adecuada a las necesidades reales del trabajo de cuidado, el índice promedio alcanza un valor de 4.12 en una escala de 1 a 5, mientras que la mediana se sitúa en 4.6, lo que evidencia una evaluación ampliamente positiva por parte de las y los participantes. En términos generales, estos resultados indican que la mayoría de las personas evalúa el programa en niveles de acuerdo o totalmente de acuerdo, aunque existe un grupo menor con valoraciones más bajas que reduce levemente el promedio general. En este sentido, los resultados sugieren que el programa logra ajustarse de manera adecuada a las necesidades y experiencias concretas de quienes ejercen labores de cuidado, lo que refuerza su pertinencia en el contexto del envejecimiento poblacional y la creciente demanda de cuidados.

Para complementar esta interpretación, se analizó la distribución del índice mediante un gráfico de violín con boxplot superpuesto, lo que permite observar tanto la tendencia central como la dispersión de las respuestas y la presencia de valores extremos. Como se aprecia en la Figura 7, la distribución del índice se concentra principalmente en valores altos de la escala, especialmente entre 4 y 5, lo que confirma la evaluación predominantemente positiva del programa. La mediana se ubica por sobre la media, indicando que la mayoría de los participantes presenta valoraciones altas, aunque la presencia de algunos casos con puntajes bajos reduce levemente el promedio general. Estos casos se observan como valores atípicos en la parte inferior de la distribución.

No obstante, al examinar en detalle estos casos críticos, se identificó que varios de ellos presentan respuestas cualitativas positivas respecto a los aprendizajes, herramientas adquiridas y cambios en su práctica de cuidado. Esta aparente contradicción sugiere posibles dificultades en la comprensión o uso de la escala Likert por parte de algunos participantes, más que una evaluación negativa sustantiva del programa. En consecuencia, estos casos pueden interpretarse como inconsistencias de respuesta o ruido en los datos, sin afectar la tendencia general de alta valoración de la pertinencia del programa (Ver Anexo 2).

Figura 7. Distribución del índice de pertinencia del programa

Nota. El gráfico presenta la distribución del índice de pertinencia en una escala de 1 a 5, donde valores más altos indican una evaluación más positiva del programa. El área sombreada (violín) representa la densidad de las respuestas, la caja muestra el rango intercuartílico, la línea central corresponde a la mediana y el punto rojo indica la media. Se observan algunos casos con valores bajos que aparecen como atípicos; sin embargo, el análisis de sus respuestas cualitativas sugiere posibles inconsistencias en el uso de la escala Likert, más que evaluaciones negativas sustantivas del programa.

Fuente: elaboración propia

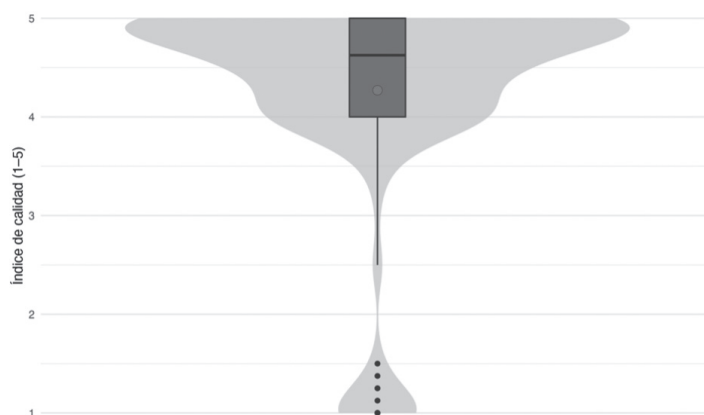
3.3.2. Evaluación por dimensión Calidad

En relación con la dimensión de calidad, entendida como la valoración de la organización, implementación y desarrollo de las actividades formativas del programa, el índice promedio alcanza un valor de 4.27 en una escala de 1 a 5, mientras que la mediana se sitúa en 4.63, lo que evidencia una evaluación ampliamente positiva por parte de las y los participantes. En términos generales, estos resultados indican que la mayoría de las personas evalúa favorablemente la calidad de los cursos, particularmente en aspectos asociados a la planificación, claridad de roles, participación y logro de los resultados formativos. En este sentido, los resultados sugieren que el programa fue implementado de manera consistente y bien valorada por quienes participaron en la experiencia formativa.

Para complementar esta interpretación, se analizó la distribución del índice mediante un gráfico de violín con boxplot superpuesto. Como se aprecia en la Figura 8, la distribución del índice de calidad se concentra principalmente en valores altos de la escala, especialmente entre 4 y 5, confirmando una evaluación

predominantemente positiva de la implementación del programa. La mediana se ubica por sobre la media, lo que indica que la mayoría de los participantes presenta valoraciones altas, aunque la presencia de algunos casos con puntajes bajos reduce levemente el promedio general. No obstante, al igual que en la dimensión pertinencia, si examinamos en detalle estos casos críticos, se identificaron las mismas que respuestas cualitativas positivas respecto a los aprendizajes, herramientas adquiridas y cambios en su práctica de cuidado.

Figura 8. Distribución del índice de calidad del programa



Nota. El gráfico presenta la distribución del índice de calidad en una escala de 1 a 5, donde valores más altos indican una evaluación más positiva de la implementación del programa. El área sombreada representa la densidad de las respuestas, la caja muestra el rango intercuartílico, la línea central corresponde a la mediana y el punto rojo indica la media. El gráfico considera únicamente los casos con índice válido ($n = 220$); se excluyen 24 casos sin información suficiente para calcular este índice.

Fuente: elaboración propia

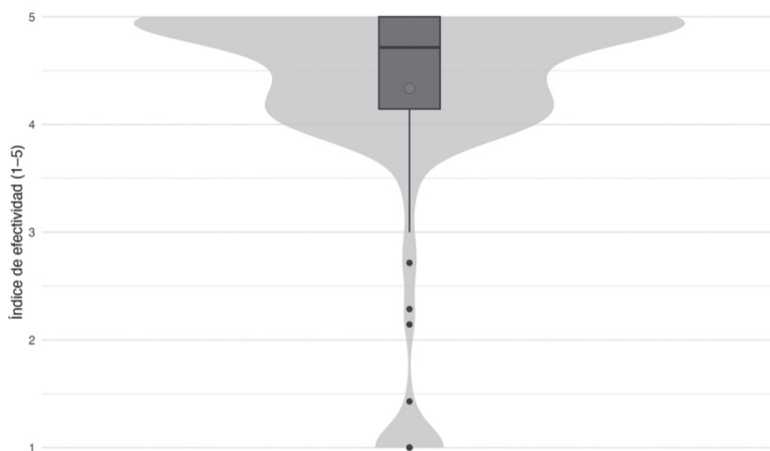
3.3.3. Evaluación por dimensión Efectividad

En relación con la dimensión de efectividad, entendida como el grado en que el programa logra generar cambios en las capacidades, prácticas y condiciones de vida de las y los participantes, el índice promedio alcanza un valor de 4.33 en una escala de 1 a 5, mientras que la mediana se sitúa en 4.71, lo que evidencia una evaluación altamente positiva del impacto del programa. En términos generales, estos resultados indican que la mayoría de las personas percibe mejoras significativas en sus conocimientos, habilidades y desempeño en el cuidado, concentrando sus respuestas en niveles de acuerdo y totalmente de acuerdo.

En comparación con las dimensiones de pertinencia (4.12) y calidad (4.27), la efectividad presenta el promedio más alto, lo que sugiere que, si bien el programa es valorado en su diseño e implementación, es en los resultados donde alcanza su mayor fortaleza. La diferencia entre media y mediana sugiere la presencia de algunos casos con valoraciones más bajas, aunque estos no afectan la tendencia general observada. En este sentido, los resultados permiten afirmar que el programa no solo es percibido como pertinente y bien implementado, sino que además logra generar efectos concretos en la vida de las y los participantes, posicionándose como la dimensión mejor evaluada del conjunto analizado.

Para complementar la interpretación del índice de efectividad, se analizó su distribución mediante un gráfico de violín con boxplot superpuesto. Como se observa en la Figura 9, la distribución del índice se concentra principalmente en valores altos de la escala, especialmente entre 4 y 5, lo que refuerza la evaluación positiva del impacto del programa. La mediana se ubica por sobre la media, indicando que la mayoría de los participantes presenta valoraciones muy altas, cercanas al totalmente de acuerdo, aunque se observan algunos casos con puntajes más bajos que reducen levemente el promedio general.

Figura 9. Distribución del índice de efectividad del programa



Nota. El gráfico presenta la distribución del índice de efectividad en una escala de 1 a 5, donde valores más altos indican una mayor percepción de cambios en capacidades, prácticas y condiciones de vida de los participantes. El área sombreada representa la densidad de las respuestas, la caja muestra el rango intercuartílico, la línea central corresponde a la mediana y el punto rojo indica la media. El gráfico considera únicamente los casos con índice válido ($n = 210$); se excluyen 34 casos sin información suficiente para calcular este índice.

Fuente: elaboración propia.

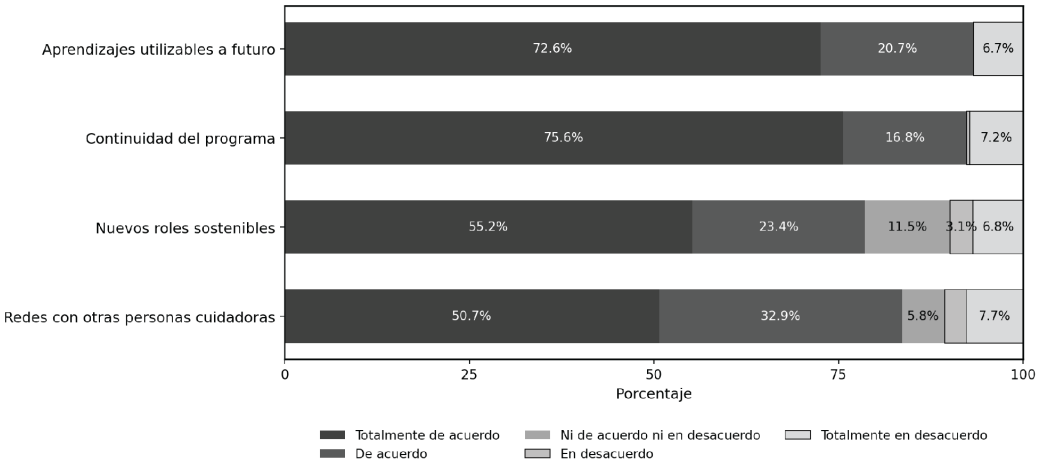
En comparación con las dimensiones de pertinencia y calidad, la efectividad presenta una mayor concentración en los valores superiores de la escala, lo que sugiere que los cambios percibidos por los participantes son particularmente consistentes y generalizados. Los valores mínimos tienen la misma interpretación que las dimensiones anteriores, puesto que la revisión de sus respuestas cualitativas muestra contenidos positivos y coherentes con aprendizajes y mejoras en la práctica de cuidado, lo que refuerza la interpretación de que estos registros responden a un patrón sistemático de respuesta en la escala Likert, más que a evaluaciones negativas diferenciadas del programa (ver Anexo 2).

3.3.4. Evaluación por dimensión sostenibilidad

A diferencia de las dimensiones anteriores, la sostenibilidad del programa fue analizada a nivel de ítems. Esta decisión se fundamenta en los resultados de la encuesta piloto, donde se observó una baja consistencia interna entre los indicadores de esta dimensión, así como en el carácter conceptualmente diverso de los ítems, que abordan distintos aspectos del fenómeno, tales como la continuidad del programa, la aplicabilidad futura de los aprendizajes, la asunción de nuevos roles y la generación de redes. En este sentido, el análisis por ítem permite una interpretación más precisa de los distintos componentes de la sostenibilidad.

Como se observa en la Figura 10, los ítems asociados a la continuidad del programa y a la utilidad futura de los aprendizajes presentan una alta concentración de respuestas en las categorías de acuerdo y totalmente de acuerdo, lo que sugiere una percepción positiva respecto a la sostenibilidad formativa e institucional del programa. En contraste, los ítems relacionados con la asunción de nuevos roles y la generación de redes entre cuidadores/as muestran una mayor dispersión en las respuestas, incluyendo una mayor presencia de categorías intermedias y de desacuerdo. Estos resultados indican que, si bien los y las participantes señalan que el programa logra instalar capacidades y aprendizajes duraderos en los participantes, los procesos de sostenibilidad social y organizativa presentan mayores desafíos.

Figura 10. Distribución de la sostenibilidad del programa por ítem



Nota. El gráfico presenta la distribución de las respuestas en los distintos componentes de la sostenibilidad del programa. Las barras muestran la proporción de participantes en cada categoría de respuesta para cada ítem. Dado que esta dimensión fue analizada por ítem, los porcentajes deben interpretarse de forma independiente para cada afirmación.

Fuente: elaboración propia

3.4. Análisis inferencial de la evaluación del programa

Con el objetivo de profundizar en los resultados previamente descritos, se realizó un análisis de estadística inferencial orientado a evaluar si las diferencias observadas entre cohortes en las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad corresponden a variaciones reales o pueden atribuirse al azar. Mientras el análisis descriptivo permitió identificar patrones generales y posibles diferencias entre grupos, el análisis inferencial busca determinar la significancia estadística de dichas diferencias.

Para ello, se utilizó un análisis de varianza (ANOVA), considerando como variable independiente la cohorte de participación y como variables dependientes los índices construidos para cada una de las dimensiones analizadas. Este procedimiento permite comparar las medias de más de dos grupos y evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en la evaluación del programa entre cohortes.

Es importante señalar que este análisis se aplicó únicamente a las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad, dado que estas cuentan con indicadores sintéticos válidos contruidos a partir de múltiples ítems con adecuada consistencia interna. En contraste, la dimensión de sostenibilidad fue excluida de este análisis, debido a su carácter multidimensional y a la baja coherencia interna observada en la fase piloto del instrumento, lo que limita la construcción de un índice comparable.

De manera complementaria, y con el fin de evaluar la robustez de los resultados, se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal–Wallis, considerando que las variables analizadas se derivan de escalas tipo Likert, las cuales poseen una naturaleza ordinal. Este procedimiento permite contrastar los resultados del ANOVA bajo supuestos menos restrictivos respecto a la distribución de los datos.

3.4.1. Resultados del test ANOVA

Con el objetivo de evaluar si las diferencias observadas entre cohortes en el análisis descriptivo corresponden a variaciones reales o a fluctuaciones aleatorias, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA). Este procedimiento permite determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de más de dos grupos, en este caso, las cohortes del programa.

En este contexto, se plantean las siguientes hipótesis:

H0 (hipótesis nula): No existen diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad.

H1 (hipótesis alternativa): Existen diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en al menos una de las dimensiones analizadas.

Los resultados del ANOVA se presentan en la Tabla 13.

Tabla 13. Resultados del análisis de varianza (ANOVA) por dimensión

Dimensión	F	p
Pertinencia	1.15	0.331
Calidad	1.82	0.145
Efectividad	0.98	0.404

Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Fuente: elaboración propia

Los resultados indican que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en ninguna de las dimensiones analizadas, dado que en todos los casos los valores de p son superiores al nivel de significancia convencional ($\alpha = 0.05$). En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula.

En este sentido, el análisis inferencial refuerza la interpretación derivada del análisis descriptivo, indicando que, si bien se identifican diferencias visuales entre cohortes, estas no constituyen variaciones sistemáticas en la evaluación del programa. Por lo tanto, se puede afirmar que la valoración del programa en términos de pertinencia, calidad y efectividad es consistente entre los distintos grupos de participantes.

3.4.2. Resultados del test Kruskal-Wallis

Con el objetivo de evaluar la robustez de los resultados obtenidos mediante el análisis de varianza (ANOVA), se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis. Este procedimiento permite contrastar diferencias entre más de dos grupos independientes sin asumir normalidad en la distribución de los datos, lo que resulta especialmente pertinente considerando que las variables analizadas se derivan de escalas tipo Likert.

En este contexto, se plantearon las siguientes hipótesis:

H0 (hipótesis nula): No existen diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad.

H1 (hipótesis alternativa): Existen diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en al menos una de las dimensiones analizadas.

Los resultados de la prueba de Kruskal-Wallis indican que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre cohortes en ninguna de las dimensiones evaluadas. En la dimensión de pertinencia, la prueba arroja un estadístico $\chi^2 = 5.59$ ($gl = 3$, $p = 0.133$). De manera similar, en la dimensión de calidad no se identifican diferencias significativas ($\chi^2 = 4.44$, $gl = 3$, $p = 0.217$), ni en la dimensión de efectividad ($\chi^2 = 4.36$, $gl = 3$, $p = 0.225$).

En consecuencia, no se rechaza la hipótesis nula en ninguno de los casos analizados. Estos resultados son consistentes con los obtenidos mediante el ANOVA, lo que refuerza la interpretación de que las diferencias observadas entre cohortes en el análisis descriptivo no constituyen variaciones sistemáticas en la evaluación del programa. En este sentido, la valoración del programa en términos de pertinencia, calidad y efectividad se mantiene homogénea entre los distintos grupos de participantes.

3.4.3. Resultados muestra/universo del Programa

El universo del estudio corresponde a un total de 942 participantes del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso, distribuidos en cuatro cohortes de implementación. A partir de este universo, el diseño muestral consideró un enfoque probabilístico de tipo aleatorio sistemático, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, lo que implica un tamaño muestral teórico aproximado de 273 casos.

No obstante, el tamaño muestral efectivo utilizado en el análisis fluctúa entre 210 y 224 participantes, dependiendo de la dimensión analizada, debido a la presencia de valores perdidos en algunas variables. Si bien este tamaño es inferior al proyectado en el diseño original, se mantiene en un rango suficientemente amplio para realizar inferencias válidas, aunque con un nivel de precisión levemente inferior al inicialmente planificado. En este sentido, los resultados deben interpretarse considerando este ajuste en el tamaño muestral efectivo, manteniendo su validez para representar el comportamiento del universo del programa.

Con el objetivo de estimar el comportamiento de las medias poblacionales, se calcularon intervalos de confianza al 95% para las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad, las cuales constituyen los ejes centrales de evaluación del programa en términos de diseño, implementación e impacto. Los resultados se presentan en la Tabla 14.

Tabla 14. Medias e intervalos de confianza al 95% por dimensión del programa

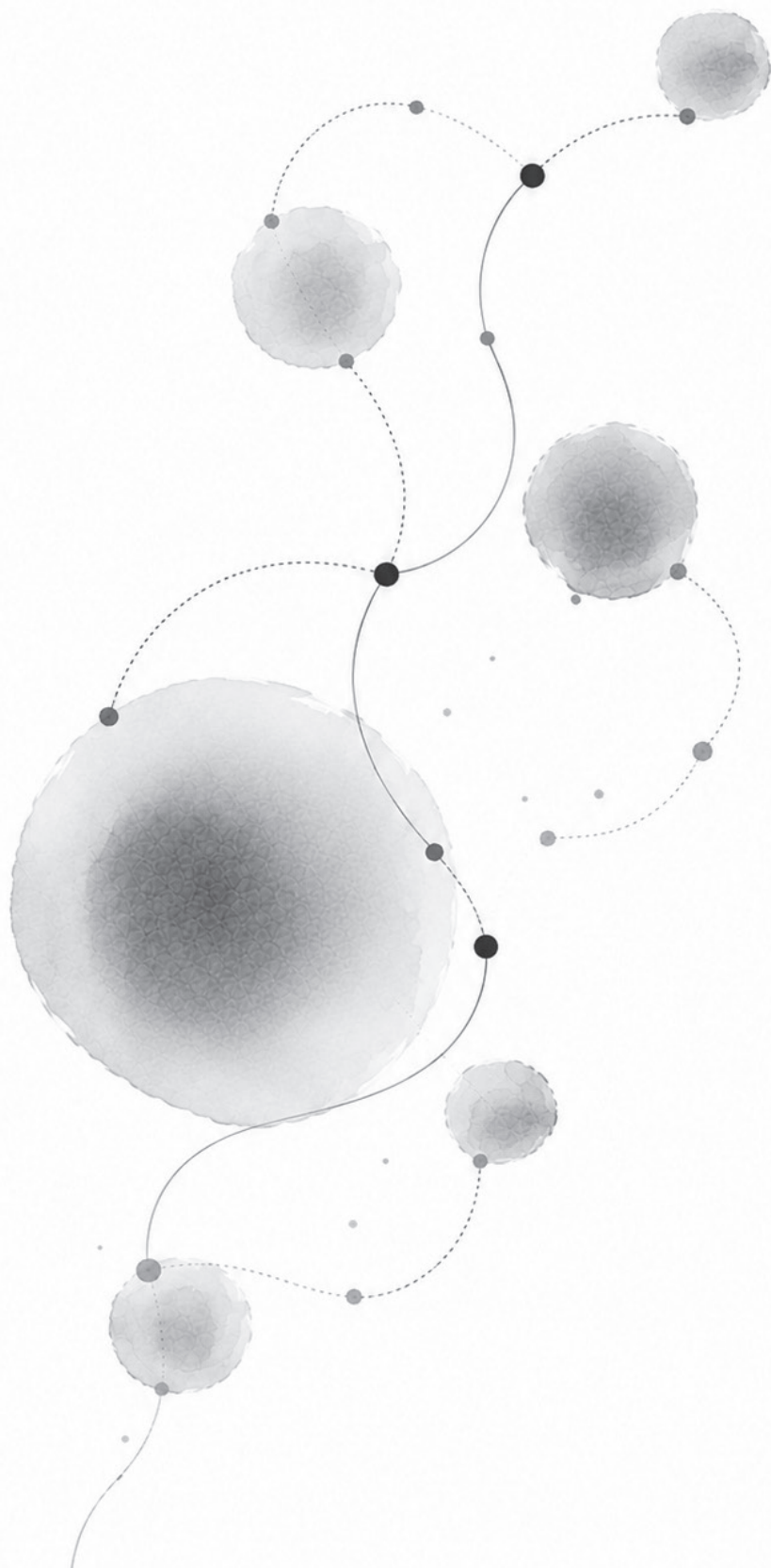
Dimensión	Media	IC 95% inferior	IC 95% superior
Pertinencia	4.12	3.97	4.28
Calidad	4.27	4.13	4.41
Efectividad	4.33	4.20	4.47

Nota. Los intervalos de confianza fueron estimados a partir de los casos válidos disponibles en cada dimensión: pertinencia (n = 224), calidad (n = 220) y efectividad (n = 210).

Fuente: elaboración propia

Los resultados muestran que las tres dimensiones presentan medias elevadas y consistentes, con intervalos de confianza acotados en torno a los valores observados en la muestra. En particular, la dimensión de efectividad presenta el valor promedio más alto, seguida por calidad y pertinencia, lo que resulta coherente con los hallazgos del análisis descriptivo previo. La estrechez de los intervalos sugiere un bajo nivel de variabilidad en las estimaciones, indicando que las percepciones de los participantes respecto al programa son relativamente homogéneas.

Desde una perspectiva inferencial, estos resultados permiten afirmar que la evaluación del programa se mantiene en niveles altos en el conjunto de participantes del Programa Integral de Cuidados, particularmente en lo referido a su capacidad de generar aprendizajes aplicables y efectos concretos en las prácticas de cuidado. En este sentido, los intervalos de confianza no solo refuerzan la validez de los resultados obtenidos, sino que también permiten sostener, dentro de los márgenes de error asociados, que el programa presenta un desempeño positivo y consistente en el universo evaluado.



CAPÍTULO 4

RESULTADOS CUALITATIVOS INTEGRADOS DE LA EVALUACIÓN

Este capítulo organiza los resultados cualitativos de la evaluación a partir de categorías temáticas transversales que emergen de los relatos tanto de personas beneficiarias como de profesionales que participaron del diseño e implementación del Programa. El análisis integra las entrevistas semiestructuradas al equipo de diseño e implementación, el grupo focal de profesionales, los grupos focales territoriales con personas beneficiarias y el grupo focal con mujeres beneficiarias. Así, se pueden reconocer matices y tensiones entre las distintas dimensiones analizadas, observando citas significativas de profesionales y participantes que dotan de densidad experiencial al proceso evaluativo.

Estos resultados incorporan la realización de 16 entrevistas semiestructuradas a profesionales, como también de 10 grupos focales: 8 de estos se realizaron con personas beneficiarias en territorios de las comunas de: Cabildo, Quintero, Puchuncaví, La Ligua, Catemu, Viña del Mar, Algarrobo y Zapalla; 1 a profesionales; y 1 con mujeres. En total, participaron 59 personas.

Los resultados cualitativos se organizan en categorías temáticas transversales que se sintetizan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Síntesis de resultados cualitativos obtenidos en la evaluación de experiencia

Categoría	Resultado central
Cuidado como problema público	El programa respondió a una necesidad regional vinculada al envejecimiento, la dependencia y la sobrecarga de cuidados.
Pertinencia territorial	La implementación dependió fuertemente de municipios, redes locales y condiciones comunales.
Heterogeneidad y flexibilidad	La diversidad de perfiles exigió adaptar estrategias metodológicas, contenidos y acompañamientos.
Formación técnico-práctica	El programa fortaleció seguridad, conocimientos y profesionalización del cuidado.
Feminización y reconocimiento	El cuidado fue identificado como una labor feminizada, invisibilizada y escasamente reconocida.
Autocuidado y salud mental	Cuidar a quien cuida aparece como una dimensión central y aun insuficientemente desarrollada.
Redes y asociatividad	El programa generó vínculos, apoyo mutuo y organización comunitaria de cuidadoras/es.
Empleabilidad	La certificación abrió posibilidades laborales, pero también evidenció límites del rol y precariedad.
Sostenibilidad	La continuidad requiere institucionalidad, apoyo municipal, redes y formación permanente.
Nudos críticos	Se requiere profundizar módulos en temáticas enfermería, primeros auxilios, salud mental, sexualidad y seguimiento territorial.

Fuente: Elaboración propia.

A continuación se desarrollan descriptivamente cada una de las categorías temáticas transversales del análisis cualitativo realizado en la evaluación de la experiencia del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso.

4.1. El cuidado como problema público y desafío regional

Un primer resultado transversal es que el Programa Integral de Cuidados fue valorado como una respuesta pertinente frente al envejecimiento poblacional de la Región de Valparaíso y la creciente demanda social por apoyos para personas mayores en situación de dependencia. Desde los relatos de profesionales, el programa aparece asociado a una transformación mayor: el desplazamiento del cuidado desde el ámbito estrictamente privado, familiar y feminizado hacia su reconocimiento como un problema público que requiere formación, redes de apoyo e institucionalidad.

Esta pertinencia se expresa en la lectura que hace el equipo ejecutor sobre la crisis regional de los cuidados: “El nivel de envejecimiento poblacional que presenta especialmente nuestra región a nivel país (...) genera enormes desafíos y dentro de esos desafíos estaban los cuidados” (Entrevista 4, docente y diseñadora de módulos, comunicación personal, p. 1). En esta misma línea, la alta demanda de inscripción fue leída como evidencia de una necesidad social ya instalada: “Era mucha la gente, demasiada la gente que se inscribió en el programa” (Entrevista 8, docente de enfermería, comunicación personal, p. 2).

Asimismo, en el relato de las personas beneficiarias, se confirma esta pertinencia desde la experiencia cotidiana. En los grupos focales, el programa aparece vinculado a necesidades concretas de cuidado: personas postradas, personas mayores con Alzheimer, Parkinson, movilidad reducida, dependencia severa, deterioro cognitivo o soledad. Una participante del grupo focal realizado en la comuna de Zapallar relata cómo el curso le permitió enfrentar una situación concreta con su madre: “Tuve que practicar una noche con mi mamá, que yo pensé que se estaba muriendo o algo le estaba pasando, y me acordé del curso y me sirvió porque le tomé el pulso, la vi y me tranquilicé porque vi que estaba normal” (Grupo focal Zapallar, comunicación personal, p. 10).

A partir de estos relatos queda de manifiesto de que el programa no fue percibido sólo como una oferta formativa abstracta, sino que como una respuesta situada a una problemática regional concreta. Por lo anterior, uno de los aportes que identificamos del programa fue traducir el envejecimiento y la dependencia en una intervención formativa, territorial y comunitaria, capaz de reconocer tanto las necesidades de las personas mayores como las condiciones de quienes cuidan.

4.2. Pertinencia territorial, convocatoria y articulación municipal

Otro elemento relevante es la dimensión territorial que aparece como una de las dimensiones más destacadas por las personas participantes de este proceso de evaluación de experiencias, tanto en entrevistas como en los grupos focales.

En las entrevistas, el territorio no es entendido como un escenario neutro de implementación, sino como un factor que condicionó la convocatoria, la asistencia, los apoyos disponibles, la posibilidad de continuar con las organizaciones conformadas y las posibilidades de sostenibilidad. Las dinámicas municipales, las redes comunitarias y las brechas entre comunas incidieron directamente en la forma que adoptó el programa en cada localidad.

Desde el relato de las personas profesionales, la articulación municipal fue considerada una condición de viabilidad: “El programa estaba alojado en las municipalidades y en las comunidades; sin ese vínculo hubiese sido muy difícil llegar a las personas” (Entrevista 2, territorialista provincia de Petorca, comunicación personal, p. 1). Esta idea se refuerza con la experiencia de gestión territorial: “Para mí era muy importante generar el vínculo en la primera instancia con los municipios porque los municipios finalmente son los que tienen los espacios y te dan las facilidades” (Entrevista 13, comunicación personal, p. 1).

Los grupos focales de personas beneficiarias muestran que la convocatoria dependió fuertemente de estas redes locales. En el grupo focal de la comuna de Zapallar, una participante señala: “Fuimos invitadas por la municipalidad. Seguramente la invitación llegó a la municipalidad y la municipalidad priorizó a las personas que cuidábamos: familiares o que trabajábamos en esa área” (Grupo focal Zapallar, comunicación personal, p. 8). Asimismo, en el grupo focal de la ciudad de Catemu, otra participante recuerda: “Me llegó una invitación por intermedio de la municipalidad. Porque me conocían que yo estaba al cuidado de mis padres. Entonces me dijeron que a mí me podría servir” (Grupo focal Catemu, comunicación personal, p. 3).

Sin embargo, la misma dimensión territorial también evidencia desigualdades. En el grupo focal realizado en la comuna de Algarrobo, una beneficiaria advierte una debilidad en la difusión: “Yo me enteré por la página de Instagram de la municipalidad. Solamente vi la publicación una vez y fue algo que yo avisé que faltaba más como... más propaganda del curso” (Grupo focal Algarrobo, comunicación personal, p. 2). Se observan con estos datos que la articulación territorial, por tanto, fue un facilitador cuando existieron redes activas, pero también una potencial barrera en el acceso al Programa cuando la difusión o el acompañamiento municipal fueron insuficientes.

Este resultado permite sostener que la pertinencia territorial del programa no se reduce a llegar a distintas comunas, sino a construir condiciones locales de acceso, confianza, acompañamiento y continuidad. La implementación mostró que los sistemas locales de cuidado requieren municipios activos, equipos territoriales, redes comunitarias y canales de comunicación adecuados para llegar efectivamente a quienes cuidan.

4.3. Heterogeneidad de participantes, brecha digital y flexibilidad metodológica

Los resultados cualitativos de esta evaluación de experiencia coinciden en que el perfil de las personas participantes fue más heterogéneo de lo previsto. En este sentido, se obtiene que participaron cuidadoras familiares, personas con experiencia laboral en cuidados, personas que buscaban aprender un oficio, participantes que se preparaban para cuidar en el futuro y personas mayores interesadas en apoyar a otros. Esta diversidad implicó en el proceso de implementación adaptar contenidos, ritmos pedagógicos, modalidades de participación y estrategias de acompañamiento.

Desde las entrevistas, la flexibilidad aparece como una condición de inclusión. Una territorialista señala que “la realidad territorial era muy diferente a cómo se había señalado como requisitos de participación (...) terminaban inscribiéndose personas que cuidaban, personas que querían aprender como oficio y personas que se estaban preparando para cuidar” (Entrevista 13, comunicación personal, p. 2). Esta diversidad también se expresó en brechas de conectividad y alfabetización digital: “Había personas que se conectaban desde sectores rurales donde la señal era inestable; muchas veces terminaban reuniéndose en un mismo lugar para poder participar” (Entrevista 5, docente módulo Autocuidado, comunicación personal, p. 3).

En el grupo focal de profesionales se refuerza este punto al identificar la heterogeneidad territorial y del perfil de participantes como un rasgo central de la experiencia: “En el sentido de, porque tenía efectivamente un grupo heterogéneo en el sentido del cuidado como base, además de la personal, de las características inherentes a cada una de las personas participantes. Entonces, en el fondo, el hecho de que hubieran personas que tenían harta experiencia en el cuidado, con mucho aprendizaje y con muchos mitos y costumbres que no necesariamente eran las adecuadas [...] Pero también tenían la contraparte de aquellas personas que no habían cuidado jamás y que su interés era incorporarse en esta actividad” (Grupo focal profesionales, comunicación personal, p. 4). De este modo, la heterogeneidad no fue solo una dificultad operativa; también permitió que el programa se enriqueciera con trayectorias distintas de cuidado, experiencias familiares, aprendizajes previos y expectativas laborales diversas.

En consecuencia, la flexibilidad metodológica debe ser interpretada como una fortaleza del modelo del programa. La adaptación de contenidos, el acompañamiento frente a brechas digitales y la apertura a perfiles diversos permitieron que el programa respondiera a desigualdades educativas, tecnológicas, económicas y territoriales que atraviesan el campo del cuidado.

4.4. Formación técnico-práctica, profesionalización y seguridad para cuidar

La formación técnico-práctica constituye uno de los elementos con mayor significación en los relatos de las personas participantes de la evaluación de esta experiencia. En este sentido, tanto profesionales y beneficiarias/os coinciden en que el programa permitió articular saberes cotidianos con herramientas técnicas, generando mayor seguridad para cuidar y fortaleciendo la percepción de competencia de quienes ejercen labores de cuidado.

Desde las entrevistas, el programa se interpretaría como un dispositivo de profesionalización situada. En relación con lo anterior, una profesional implementadora del programa señala que las personas beneficiarias asumían responsabilidades de cuidado complejas sin formación previa: “Se enfermó su marido, se enfermó un familiar, sus padres y tuvieron que empezar a desenvolverse en este mundo del cuidado y no tenían las herramientas” (Entrevista 15, relatora módulo de Fonoaudiología, comunicación personal, p. 2). A partir del relato anterior, se observa que el aporte del programa habría consistido en reconocer esos saberes previos y fortalecerlos mediante contenidos interdisciplinarios.

Las personas beneficiarias expresan esta transformación como un paso desde el cuidado intuitivo hacia un cuidado más seguro. En el grupo focal realizado en la comuna de Cabildo, una participante señala: “Yo tenía la práctica, pero no tenía la teoría. Entonces eso a mí me ha ayudado” (Grupo focal Cabildo, comunicación personal, p. 3). Asimismo, en la comuna de Zapallar, otra participante afirma: “Cuando uno tiene conocimiento, eso te hace sentir más segura, que lo que estás haciendo está siendo bien y que no vas a perjudicar a la persona que tienes al cuidado” (Grupo focal Zapallar, comunicación personal, p. 14).

En la implementación del programa, los módulos técnicos fueron especialmente valorados por su aplicabilidad. Entre estos se destacan de forma recurrente en los grupos focales los módulos de kinesiología, enfermería y fonoaudiología, asociados a movilidad, traslado, higiene, signos de alerta, disfagia y prevención de riesgos. En este sentido, una beneficiaria de la ciudad de Viña del Mar relata: “Gracias a este curso, en los módulos que aprendí en fonoaudiología, yo supe decir ‘mi papá está con disfagia’” (Grupo focal Viña del Mar, comunicación personal, p. 4). Relacionado con lo anterior, en el grupo focal realizado en la comuna de Catemu, se aprecia que el aprendizaje sobre traslado de pacientes fue descrito como clave por parte de las personas participantes: “El principal detalle es el traslado de pacientes. De la cama a una silla de ruedas, de la cama o de la silla de ruedas a una ducha [...] cómo hacer un baño bien en cama, un lavado de pelo en cama” (Grupo focal Catemu, comunicación personal, p. 8).

Además se observa que la formación también operó como espacio de producción colectiva de conocimientos. Una docente del programa señala: “Era

muy enriquecedor porque a medida que se iba exponiendo una temática, las personas contaban su experiencia y daban sus testimonios” (Docente módulos de Gerontología, Enfermería y Sexualidad, comunicación personal, p. 1). Por tanto, la profesionalización no sustituyó los saberes cotidianos, sino que los ordenó, validó y puso en diálogo con herramientas técnicas provenientes de distintas disciplinas.

4.5. Feminización del cuidado, reconocimiento y certificación del oficio

La feminización del cuidado es un elemento transversal en la evaluación de esta experiencia. En las entrevistas, el equipo de profesionales reconoce que el programa se implementó en un campo social estructurado por la división sexual del trabajo. Si bien el diseño intentó convocar también a hombres, la participación masculina fue menor a la esperada: “La cantidad de hombres que llegaron a interesarse estuvo muy por debajo de la cantidad que esperábamos” (Entrevista 14, director y diseñador del programa, comunicación personal, p. 4).

El grupo focal con mujeres beneficiarias permite profundizar esta dimensión desde la experiencia vivida. En este contexto, una participante señala: “En esta sociedad siempre se nos da más el cuidado de las mujeres, como que las mujeres como que la sociedad nos insta a ser nosotras las que cuidamos, ya partiendo por el cuidado de los hijos” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 6). Otra participante de este grupo focal agrega: “Uno como hija casi siempre termina haciéndose cargo de los padres, por no decir que siempre. O sea, los hombres creen que la responsabilidad es de nosotras solamente, no de ellos” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 6).

En este contexto, la certificación tuvo un valor que excede la acreditación formal. Permitió nombrar, validar y reconocer un trabajo históricamente invisibilizado. Desde el equipo profesional, se observa que la certificación abrió expectativas de inserción laboral y legitimación social: “Mucha gente termina sus trabajos para poder cuidar, pero finalmente se queda sin nada; esto también podía servirles como una herramienta para encontrar trabajo” (Entrevista 5, docente módulo Autocuidado, comunicación personal, p. 1).

Las mujeres beneficiarias también interpretan el programa como reconocimiento de una trayectoria previa: “Acuérdense que nosotros nos hacemos cuidadoras sin que nadie nos eduque, sin que nadie nos diga porque nos dan de alta, ¿cierto? Nos dan de alta a los chicos. Y ahí nosotros buscamos dónde ir” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 4). En la misma línea, otra participante sostiene: “Yo creo que aquí se nos abrió un camino muy importante a las cuidadoras” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 4).

El programa, por tanto, si bien no transformó estructuralmente la feminización del cuidado en los contextos locales donde se desarrolló, sí la visibilizó y contribuyó a la discusión histórica de su rol en la sociedad. Su aporte entonces fue

abrir un espacio donde el cuidado pudo ser reconocido como trabajo, como oficio, como saber y como problema de corresponsabilidad social.

4.6. Cuidar a quien cuida: autocuidado, salud mental y dimensión emocional

La categoría “cuidar a quien cuida” aparece con fuerza en entrevistas, grupos focales territoriales y grupo focal de mujeres. Los relatos coinciden en que muchas personas cuidadoras viven sobrecarga física, emocional y mental, postergando su propio bienestar. En este sentido, el programa fue valorado por desplazar parcialmente el foco desde la persona mayor hacia las necesidades de quienes sostienen cotidianamente el cuidado.

En este sentido, desde el equipo ejecutor, una relatora señala: “Siempre con el enfoque de que primero está el cuidador y después la persona que cuida” (Entrevista 10, comunicación personal, p. 2). Otra docente describe que las clases incorporaban prácticas de reconexión personal: “Las clases partían con ejercicios de reconexión consigo mismo, con el cuerpo, con la respiración y con el grupo” (Entrevista 3, relatora módulo Creatividad y Mejora del Vínculo, comunicación personal, p. 1).

Las personas beneficiarias reconocen este aprendizaje como uno de los más significativos. En el grupo focal de la comuna Zapallar, una participante afirma: “Para mí una de las cosas más importantes fue el autocuidado. ¿Por qué? Porque si yo no estoy bien, ¿cómo voy a cuidar a un adulto mayor?” (Grupo focal Zapallar, comunicación personal, p. 11). Asimismo, en el grupo focal de la comuna de Catemu, otra participante plantea: “El curso nos dejó como bien clarito que nosotros también necesitábamos el cuidado de nosotras. Para poder, nosotras estar bien, para poder cuidar al que necesitábamos cuidar” (Grupo focal Catemu, comunicación personal, p. 4).

No obstante, en el grupo focal de mujeres se muestra que esta dimensión requiere todavía mayor profundización. Las trayectorias de cuidado son prolongadas y muchas veces acumulativas. Una participante relata: “Yo soy cuidadora hace 33 años de mi hijo [...] pero después se sumó mi esposo al cuidado. O sea, yo cuido por parte a doble” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 4). Otra participante, cuidadora de su esposo con Parkinson, señala: “Tres años que yo ya no podía más [...] mi esposo tiene Parkinson y no sé cómo controlarlo. Era primera vez en mi vida que me tocaba esto. Por lo tanto, caí de psicólogo. Todo súper mal. Pero me levanté” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 5).

Por lo tanto, el autocuidado no debe entenderse sólo como recomendación individual, sino como condición estructural para sostener el cuidado. Las voces de las cuidadoras muestran que la salud mental, el descanso, la contención emocional y el respiro deben incorporarse como componentes centrales de futuras políticas y programas de cuidado.

4.7. Redes, asociatividad y organización comunitaria de cuidadoras/es

La construcción de redes es otra categoría transversal que se identifica en la evaluación cualitativa del programa. Tanto profesionales como beneficiarias/as coinciden en que el programa permitió reunir a personas que vivían experiencias similares, disminuyendo el aislamiento propio del cuidado doméstico y generando vínculos de apoyo emocional, práctico y laboral.

En las entrevistas, una relatora señala: “Las personas se daban cuenta de que no eran las únicas viviendo ciertas situaciones; se generaba mucha identificación” (Entrevista 10, diseñadora y relatora módulo Kinesiología, comunicación personal, p. 3). Complementario con lo anterior, otra docente destaca: “Muchas veces ellas mismas se apoyaban entre sí y compartían soluciones o estrategias para enfrentar problemas cotidianos” (Entrevista 3, relatora módulo Creatividad y Mejora del Vínculo, comunicación personal, p. 2).

En los grupos focales realizados en los territorios, las redes de apoyo aparecen como resultado del encuentro formativo y como posibilidad de organización. El grupo focal de mujeres permite observar con mayor nitidez esta dimensión: “Se hizo un grupo de mujeres también cuidadoras [...] y de eso se formó un grupo [...] seguimos las cuatro trabajando igual y nos recomendamos los trabajos, ven si es bueno o malo, cuánto hay que cobrar, cómo se hace cada cosa” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 9). En esta misma instancia, otra participante agrega: “También creamos un WhatsApp si alguien está ofreciendo trabajo, si alguien sabe de un trabajo para ir apoyándonos” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 10).

En relación a uno de los objetivos del programa, en algunas comunas, estas redes avanzaron hacia formas de organización comunitaria formal. En este sentido, una participante señala: “Ya formamos nuestro grupo, tenemos un grupo acá en Anzol de Quilpué, trabajando con 20 personas, 25 más o menos tenemos ya, se formó y tenemos personalidad jurídica” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 11). Otra da cuenta de una articulación regional: “Hoy nosotros tenemos a través de la quinta región un grupo regional de cuidadoras, una mesa regional [...] Estamos asociadas 22 comunas de la quinta región” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 11).

Los relatos expuestos permiten mostrar que estas redes constituyen uno de los principales legados sociales del programa. Su importancia radica en que convierten una experiencia individualizada y muchas veces privada en una experiencia colectiva, organizada y con potencial de incidencia comunitaria e institucional.

4.8. Empleabilidad, límites del rol y condiciones laborales del cuidado

En esta evaluación también la empleabilidad aparece como una dimensión relevante, aunque tensionada. Para algunas personas beneficiarias, la certificación abrió oportunidades laborales o fortaleció su posición para desempeñarse como cuidadoras/es. Desde el equipo profesional, la certificación fue leída como una herramienta de reconocimiento y posible inserción laboral, especialmente para personas que habían cuidado de manera no remunerada o informal.

Sin embargo, los grupos focales muestran que la empleabilidad en cuidados requiere discutir límites del rol, condiciones laborales, remuneración, seguridad y reconocimiento. Las redes entre cuidadoras permiten compartir información sobre trabajos, valores de pago, condiciones de contratación y pertinencia de ciertos cuidados. Como plantea una participante del grupo focal de mujeres, las cuidadoras se recomiendan trabajos y evalúan “si es bueno o malo, cuánto hay que cobrar, cómo se hace cada cosa” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 9).

También aparecen tensiones frente al reconocimiento estatal de quienes cuidan de manera remunerada. Una participante señala: “El sistema de cuidadoras, por ejemplo, a mí no me sirve. Porque a mí me pagan. Yo no puedo acceder a un... Y yo tengo que llegar a mi trabajo a la hora que corresponde” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 14). Este relato muestra que las políticas de reconocimiento del cuidado deben incluir tanto el cuidado familiar no remunerado como el cuidado remunerado, comunitario y de acompañamiento.

Por tanto, se observa que el programa contribuyó a fortalecer capacidades para la empleabilidad, pero también dejó abierta una pregunta clave: cómo avanzar desde la certificación hacia condiciones laborales dignas, protección social, regulación del oficio y reconocimiento de distintas formas de trabajo de cuidado.

4.9. Sostenibilidad, escalabilidad y proyección hacia política pública

La sostenibilidad del programa se relaciona con tres dimensiones interdependientes: capacidades instaladas, redes territoriales e institucionalidad de apoyo. Las entrevistas muestran que la formación dejó conocimientos y herramientas que las personas pueden seguir utilizando, pero también advierten que la sostenibilidad no puede descansar sólo en la voluntad individual de las cuidadoras/es.

Desde el relato del equipo profesional, se observan que las capacidades instaladas aparecen como legado de la formación: “Las herramientas que se entregaron eran muy prácticas; muchas personas podían aplicarlas inmediatamente en sus contextos de cuidado” (Entrevista 8, docente de Enfermería, comunicación

personal, p. 2). Asimismo, otra relatora agrega: “Las personas se iban con conocimientos concretos que podían seguir utilizando después de terminado el programa” (Entrevista 15, relatora módulo de Fonoaudiología, comunicación personal, p. 2).

No obstante, la sostenibilidad encuentra límites cuando no existen sistemas permanentes de apoyo. Uno de los diseñadores del programa advierte: “No había en las municipalidades una estructura o una comprensión clara del trabajo que había que hacer con respecto a los cuidados” (Entrevista 14, comunicación personal, p. 5). Esta tensión también aparece en el grupo focal de mujeres, donde una participante señala: “Lo que nosotros esperábamos crear como una red de cuidadoras [...] al final como que no funcionó y no quedó en nada, con el cambio de alcalde fue justo en esa transición y ahí se perdió mucho la continuidad” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 10).

Las demandas al Estado refuerzan esta necesidad de institucionalización. Las participantes solicitan salud mental, salud física, apoyo económico, credencial, continuidad formativa y reconocimiento del cuidado remunerado y no remunerado. Una participante plantea: “Primero que nada, preocuparse de la cuidadora, ¿cierto? Salud mental, física” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 12). Otra agrega: “Lo importante sería tener una credencial como cuidadora. Que te identifiquen” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 14).

En este sentido, la escalabilidad del programa no debiera entenderse como simple replicación del curso, sino como articulación de un ecosistema local de cuidados que incluya formación continua, redes comunales, acompañamiento municipal, vinculación con salud y protección social, mecanismos de certificación y condiciones para la organización de cuidadoras/es.

4.10. Nudos críticos y orientaciones de mejora para futuras versiones

Junto con la alta valoración del programa, los datos cualitativos también permiten identificar nudos críticos relevantes para futuras versiones. Estos nudos no niegan los logros de la experiencia, sino que precisan ámbitos donde el programa puede fortalecerse.

El primer nudo crítico refiere a la necesidad de profundizar los contenidos técnicos y prácticos, especialmente enfermería, primeros auxilios, RCP, manejo de oxígeno, toma de presión, curaciones, demencias y procedimientos básicos. En el grupo focal de mujeres, una participante plantea: “Ojalá hubiera más cursos, más cursos que nos preparen más [...] Que la toma de presión sea bien tomada [...] Hay tantas cosas que de repente uno no sabe” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 15). Otra agrega: “Me gustaría que hubiera un curso de enfermería, pero que nos enseñen a poner inyecciones, porque nos preguntan a

nosotros, ¿ustedes colocan inyecciones? No, porque no estamos capacitadas para poner inyecciones” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 18).

El segundo nudo crítico refiere al desafío pedagógico de temas sensibles y coyunturales. Como ejemplo, el módulo de sexualidad aparece como un punto que requiere rediseño y una adaptación en su implementación y da cuenta de ciertas temáticas en las cuales podrían prevalecer estigmas y prejuicios asociados al envejecimiento, requiriendo así un abordaje diferente. Una participante señala: “La sexualidad [...] no me gustó. Para nada. Para nada me gustó. Son temas delicados [...] No hubo ese espacio de empatía con la profe” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 15).

El tercer nudo crítico corresponde a la continuidad. La valoración positiva del programa genera una demanda de ampliación y profundización: “Me hubiera gustado que siguiera [...] Aumentaría horas para nosotras. Salud mental y física para nosotras. Eso le aumentaría. Más tiempo” (Grupo focal mujeres beneficiarias, comunicación personal, p. 17). Esta demanda se repite en distintos relatos, los cuales podrían ser interpretados como un indicador de pertinencia y, al mismo tiempo, como una orientación programática.

En este sentido, el análisis cualitativo nos muestra que en futuras versiones se debieran fortalecer al menos cuatro dimensiones: mayor acompañamiento territorial posterior al curso; formación práctica avanzada e incorporación de mayor presencialidad –en la formación–; estrategias específicas de autocuidado y salud mental; y mecanismos institucionales para sostener redes de cuidadoras/es más allá del ciclo formativo.

Finalmente, a partir de estos resultados cualitativos se observa que los diferentes actores que participaron de la evaluación convergen en que el Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso fue pertinente ante la situación de los cuidados de este grupo social en la región. La implementación dependió fuertemente de la articulación territorial y municipal; la flexibilidad metodológica fue clave para incluir perfiles diversos; la formación fortaleció seguridad, conocimientos y reconocimiento del oficio; el enfoque de género permitió visibilizar la feminización del cuidado, aunque no resolverla estructuralmente; el autocuidado y la salud mental emergen como dimensiones centrales; las redes comunitarias constituyen un legado relevante; y la sostenibilidad requiere institucionalidad, continuidad y apoyos permanentes.

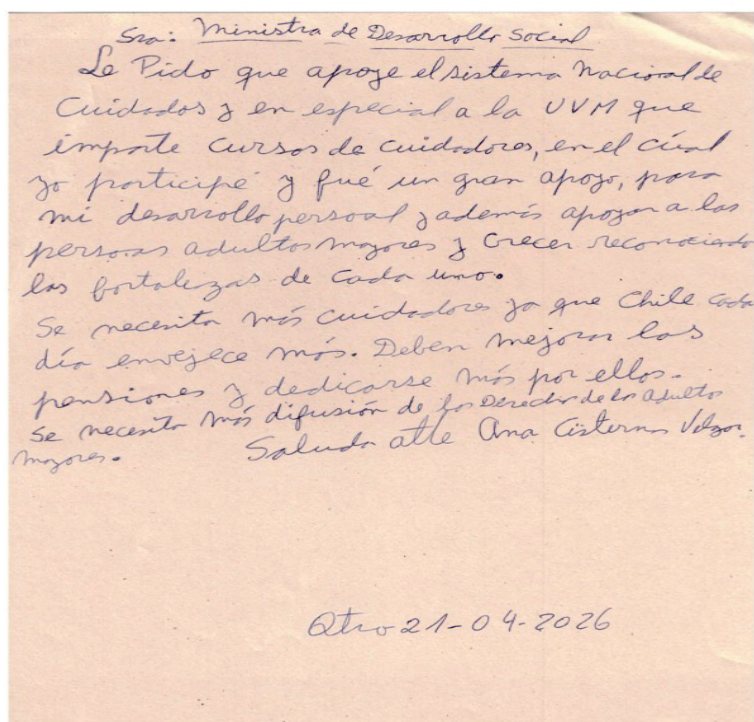


INTERLUDIO

CARTAS A LA MINISTRA DE DESARROLLO SOCIAL Y FAMILIA DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS FOCALES

Considerando que esta evaluación de experiencia incorporó la participación como enfoque transversal para su desarrollo, se desarrolló en los grupos focales realizados en las comunas seleccionadas una actividad en la cual las personas participantes pudieran escribir cartas a la Ministra de Desarrollo Social y Familia, algunas de las cuales se presentan a continuación.

Estas cartas dan cuenta de las implicancias subjetivas de las personas participantes como también de las expectativas, esperanzas y temores en el contexto actual de la política social en el ámbito de los cuidados de personas mayores a nivel nacional.



Maria Jesus Wulff. Le Roy
Sra. ministra:

- Que le diríamos al ministro Salud social.
- R. Querida ministra yo hice un curso de lo VUM en el cuidado de adulto mayor.
- implementar sueldo cuidadosos
- ser auditados en todos los centros de salud.
- reconocimiento a nosotros como cuidadores
- seguro de salud.
- etc etc
- seguro occidental

Estimada Ministra:

- Entregar recursos a los Cuidadores - que no solo cuiden a las personas postreder.
- Aumentar el estipendio.
- Que la clasificación también incorpore a los semi postreder

señora Marie Fox Wulff.
~~Ministra~~ yo hice el curso de cuidadores -

Solo pedire un sueldo y reconocimiento a nosotros los cuidadores seguro de salud. implementos etc etc

Estimada Ministros me presento, soy Luis Alberto Silva L., cuidador desde hace 8 años de padre y madre, ellos con Alzheimer, a través del tiempo mi diagnóstico de la importancia del cuidado, del aporte que realizamos al país, se dice que cerca del 25% de aporte al PIB eso es mucho! Nunca pedimos nada lo hacemos porque somos hijos, madres o padres, familiares amigos o vecinos incluso, porque esta es nuestra PDM, todos fuimos el cuidado amoroso de una madre (o con todos). Dicho esto Ministros y sabiendo que los recursos son limitados y las necesidades infinitas creo que esta enorme familia de cuidadores ha dado razones suficientes de trabajo desinteresado, de corazón, en el momento pero que se reconocen y apoyen.

Los cuidadores que abandonan su vida por cuidar deberían tener una pensión, el famoso estipendio de \$33.000 es con una buena burla, PENSION PARA LOS CUIDADORES ES UNA DEUDA HISTORICA.

Ministro de Desarrollo Social
Estimada
María Jesús.

Me permito solicitar que el Programa de Integral de Personas de Cuidados de Adultos Mayores, llegue a más personas cuidadoras. Ya fue un futuro cercano habían más adultos mayores, e incluso adultos mayores cuidando a adultos mayores.-

Debería estar implementado en cada Política Pública y Privada el Presupuesto para ello. Los recursos una "potenciación regia" y también los cuidados necesarios para tener una mejor calidad de vida.-

Por ello solicito humildemente considere este proyecto que por su importancia debe ser dictado en Universidades

P.D. Complementar dentro de este presupuesto algún bono o beneficio para Cuidadores certificados

Ministra de Desarrollo Social

Yo le pedí que implementara un sueldo para cuidadoras superiores a los 30.000 mil pesos que dan hoy en día y no clasificar los cuidados para poder recibir un sueldo.

Sra. Ministro

Creo que todo lo que se hace y se da a los adultos mayores es poco, hay muchos adultos mayores vulnerables que quedan solos es importante los cuidados etc.

- Visualización de las necesidades que hay en las personas mayores y no mayores con necesidades de dependencia y autobastantes con alguna necesidad.
1. La autoridad debería tener y manejar un catastro de todas las personas que tienen dichas necesidades. Hagamos de por empezar compañía ayudas técnicas ya sea pañales aparatos de movilidad insumos respiratorios, que si bien es cierto esta parte la provee la Red de apoyo local y los cesan, siempre si esta en duda el aporte por problemáticas de financiamiento. (mas seguridad)
 2. También se necesita mas personas capacitadas para el cuidado, y ser una red grande para las llamadas "Cuidadoras de Respiro" y así visibilizar las necesidades de las cuidadoras llamada 24/7, con atención psicológica, entretención y relajación. ya que las cuidadoras día a día ahogan sus gritos de auxilio muchas sin encontrar una salida a su problemática
 3. Generar la capacidad de preparar muchas mas cuidadoras y cuidadores ya que hay una falencia importante

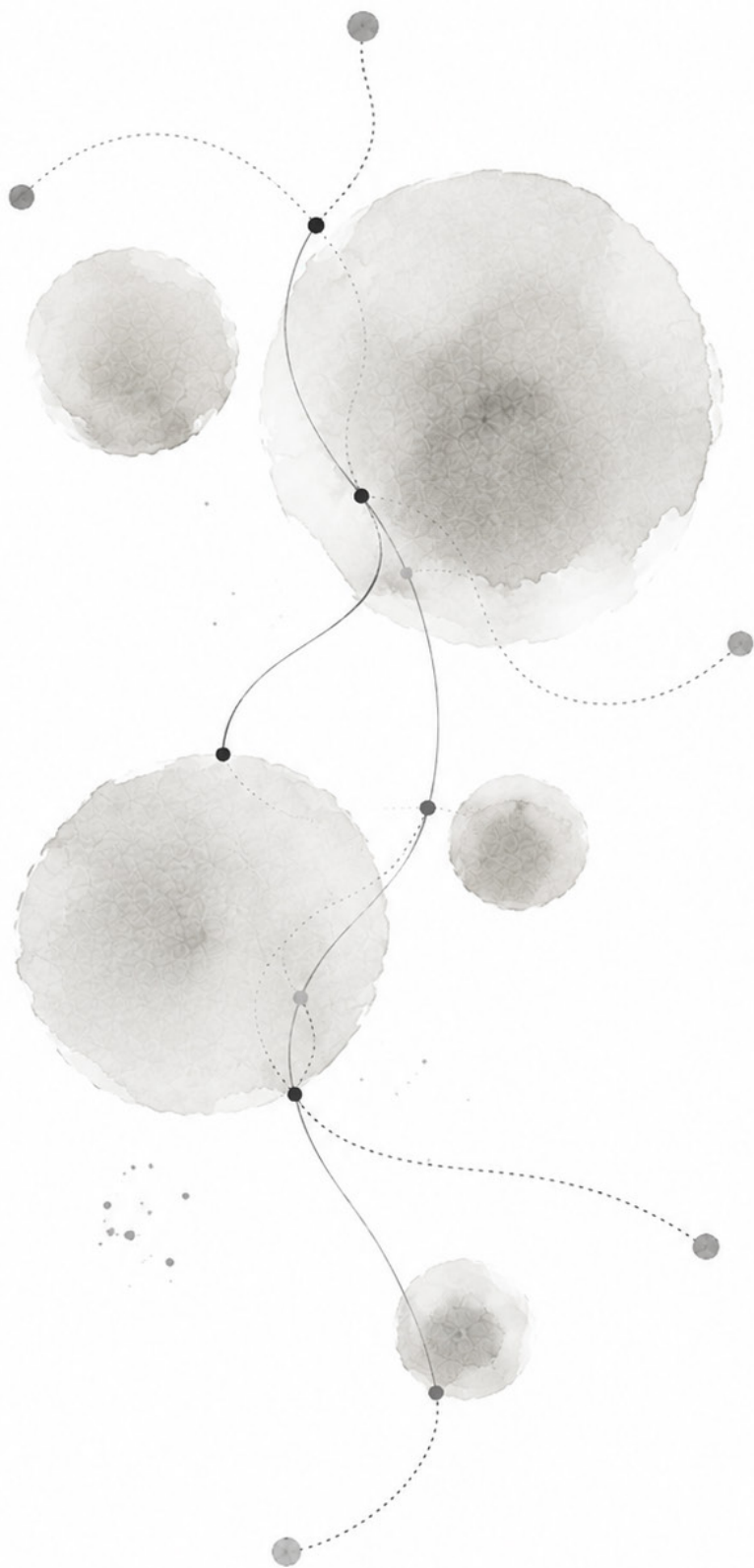
Sra Ministra de Desarrollo Social.

solamente le pida na quitar
financiamiento para los
programas de cuidado
del adulto mayor.

Quinto - 21. abril - 2026.

a nivel comunal y país y junto
con esto -
capacitar en diferentes ambientes
- Limpiar boton. Gastuico (GGT)
- sondas aspirativas
- Colostomias y por ultimo y no
menos importante capacitación en
curación Basica
- Generar capacitación permanente
para dar a conocer los avances
en cuidados de personas.
- Son muchas las necesidades
nos gustaria participar o que
nos invitaran a algun confor-
toso y así exponer y escuchar las
distintas opiniones y necesidades
de cada comuna
Flor Ines Muñoz Perez
Magdalena Ocampo
somos cuidadoras 24/7

Los cuidados en Chile
son muy basicos
por que no hebre
capacitación o cursos
accesibles y fecto
de difusión.
- mas materiales
en clases y clases de
enfermeras basicas
existen de el hospital
- mas largos los clases
si estamos cuidando
no. hacer clases
o modulos.



CAPÍTULO 5

REFLEXIÓN PARTICIPATIVA DE LA EVALUACIÓN DE EXPERIENCIA

Como parte del diseño metodológico de la evaluación participativa se desarrollaron dos jornadas reflexivas participativas orientadas a triangular, contrastar y profundizar los hallazgos producidos durante el proceso evaluativo. Estas instancias permitieron incorporar la mirada de actores sociales, comunitarios, académicos e institucionales vinculados al cuidado, fortaleciendo el carácter participativo de la evaluación y ampliando la interpretación de los resultados más allá de la información obtenida mediante encuestas, entrevistas y grupos focales.

Las jornadas cumplieron una función metodológica importante dentro del proceso evaluativo, en tanto posibilitaron contrastar los hallazgos preliminares con la experiencia situada de personas y organizaciones vinculadas a los cuidados. La primera jornada, de carácter intermedio, realizada en el mes de marzo 2026, se orientó a analizar colaborativamente la primera fase de implementación del proyecto, identificando características, desafíos y propuestas para la escalabilidad del programa. Por su parte, la segunda jornada, de carácter final realizada en junio 2026, se centró en socializar los resultados obtenidos a la fecha y recoger interpretaciones, énfasis y recomendaciones para la política social y futuras experiencias de cuidado.

El diseño metodológico de las jornadas reflexivas se realiza desde perspectivas participativas y dialógicas a partir de preguntas orientadoras para la discusión grupal de las personas participantes (Cuadro 2).

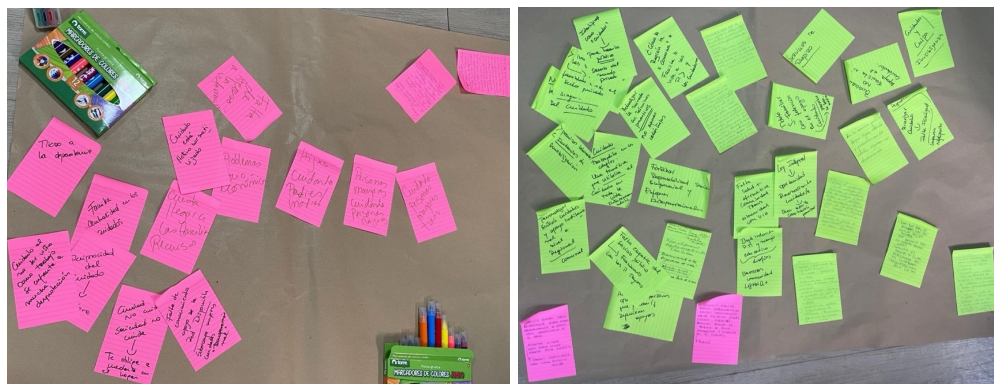
Cuadro 2. Preguntas orientadoras jornadas reflexivas de la evaluación de experiencia

Jornada	Intermedia	Final
Preguntas orientadoras	¿Qué diagnóstico hacen de la situación de los cuidados de personas mayores en Chile y en la Región de Valparaíso? (personal, familiar, laboral, social, territorial) ¿Qué desafíos a nivel regional identifican en los cuidados?: económico, institucional, salud (mental-emocional-física), diada cuidador/a-cuidado/a (bienestar del cuidador), sector privado. ¿Qué recomendaciones tienen para tratar el tema de los cuidados de personas mayores?: económico, institucional, salud (mental-emocional-física), diada cuidador/a-cuidado/a (bienestar del cuidador), brechas territoriales, sector privado.	¿Cómo interpretaría estos resultados?, ¿Por qué creen que tuvimos esos resultados? A partir de los resultados compartidos ¿qué recomendaciones a la política social realizarían?

Fuente: Elaboración propia

Las preguntas reflexivas planteadas se responden colectivamente en tarjetas y pos-it que permiten profundizar en la discusión grupal y que se configuran como insumos para la evaluación cualitativa de la experiencia.

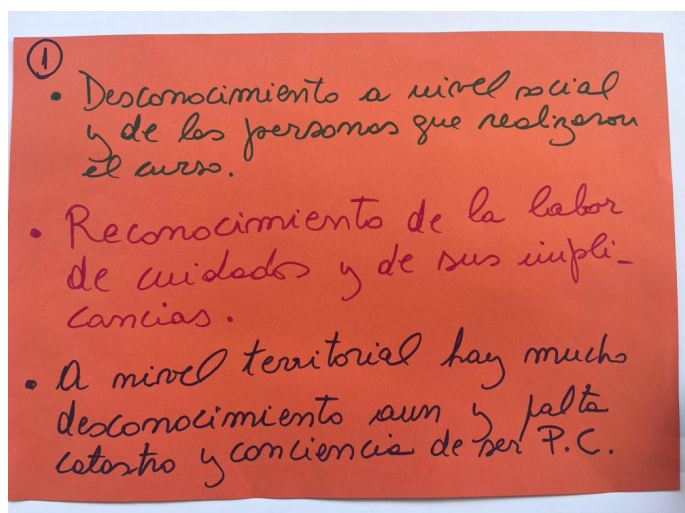
Figura 11. Lluvia de ideas jornada reflexiva intermedia



Fuente: Jornada Reflexiva Intermedia, febrero 2026

El análisis de ambas jornadas permite identificar una convergencia entre los resultados de la evaluación y las interpretaciones elaboradas participativamente. En ambos espacios, el cuidado fue comprendido como un fenómeno multidimensional, atravesado por desigualdades de género, precariedad económica, brechas territoriales, limitaciones institucionales, necesidades de salud y demandas de reconocimiento social.

Figura 12. Interpretación de resultados jornada reflexiva final

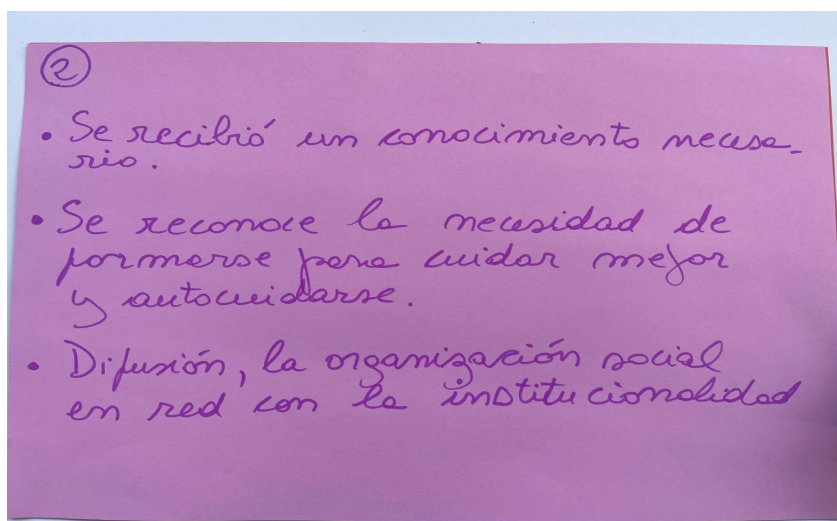


Fuente: Jornada Reflexiva Final, mayo 2026

En ambas jornadas se confirma que la feminización del cuidado constituye una problemática estructural. Las tareas de cuidado recaen mayoritariamente en mujeres, quienes enfrentan sobrecarga, informalidad, restricciones laborales y afectación de su bienestar. Esta constatación refuerza la necesidad de que futuras políticas y programas incorporen corresponsabilidad social y de género, reconociendo que el cuidado no puede seguir descansando principalmente en las familias ni en las mujeres.

Asimismo, las jornadas muestran que el reconocimiento del cuidado debe traducirse en condiciones concretas. No basta con valorar simbólicamente la labor de cuidadoras/es; se requiere avanzar en formación certificada, empleabilidad, remuneración, protección social, estándares laborales y mecanismos de formalización. La dignificación del cuidado exige articular reconocimiento subjetivo, reconocimiento social y reconocimiento institucional.

Figura 13. Explicación de resultados jornada reflexiva final



Fuente: Jornada Reflexiva Final, mayo 2026

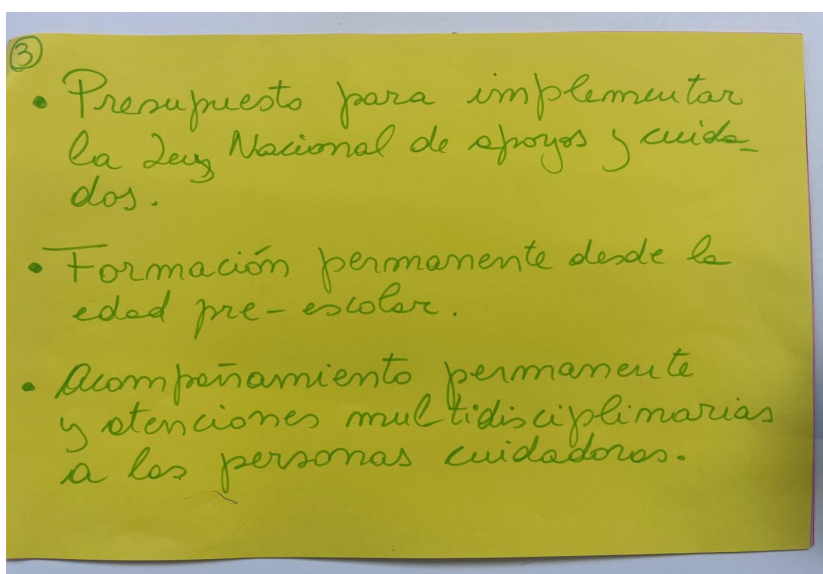
En ambas instancias se releva la importancia de la formación permanente. El Programa Integral de Cuidados fue valorado por entregar conocimientos, seguridad y herramientas prácticas para cuidar. Sin embargo, las personas participantes señalaron que una experiencia formativa puntual no es suficiente para sostener procesos de cuidado complejos. Se requiere continuidad, actualización, acompañamiento posterior y especialización progresiva en temáticas como dependencia, salud mental, autocuidado, demencias, nutrición, movilidad, vínculos y redes comunitarias.

Por otra parte, las jornadas evidencian que la sostenibilidad de programas de cuidado depende de la articulación territorial. Las redes comunitarias, municipios, centros de salud, OMIL, DIDECO, organizaciones sociales, clubes de adulto mayor y juntas de vecinos aparecen como actores fundamentales para identificar necesidades, convocar participantes, acompañar procesos y proyectar la formación hacia redes locales de cuidado. Sin esta articulación, el programa corre el riesgo de quedar reducido a una experiencia formativa sin continuidad territorial suficiente.

En este sentido, la dimensión territorial aparece como una condición crítica para la política de cuidados. Las barreras de movilidad, accesibilidad urbana, conectividad, ruralidad y disponibilidad desigual de servicios afectan directamente la vida cotidiana de personas mayores y cuidadoras/es. En la Región de Valparaíso, la diversidad entre zonas urbanas, costeras, interiores y rurales obliga a diseñar respuestas flexibles, situadas y adaptadas a las condiciones reales de cada territorio.

En ambas jornadas amplían la comprensión del cuidado hacia dimensiones emocionales, vinculares y comunitarias. Cuidar no se reduciría a procedimientos técnicos, sino que implica acompañamiento, escucha, trato digno, conexión emocional, apoyo espiritual y construcción de vínculos. Este aspecto resulta central para evitar que las políticas de cuidado se limiten a prestaciones funcionales o tecnológicas, desconociendo la dimensión humana y relacional del cuidado.

Figura 14. Recomendaciones para la política social jornada reflexiva final



Fuente: Jornada Reflexiva Final, mayo 2026

Finalmente, las jornadas permiten proyectar recomendaciones relevantes para la política pública. Entre ellas destacan: fortalecer el financiamiento de la Ley Nacional de Apoyos y Cuidados; generar registros territoriales de personas cuidadoras y personas mayores con necesidades de apoyo; mejorar la difusión comunitaria de programas; asegurar formación continua; crear dispositivos de respiro¹; incorporar enfoque de género, derechos e inclusión; fortalecer la articulación municipal y sanitaria; y garantizar estándares universales con adaptabilidad territorial.

1 Estrategias y dispositivos de relevo para las personas cuidadoras, implementados en los Servicios de Salud.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA SOCIAL EN TEMAS DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

Conclusiones

La evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso permite concluir que se trata de una experiencia pertinente, valorada y significativa para las personas cuidadoras, tanto por su aporte formativo como por su contribución al reconocimiento social del trabajo de cuidados. Los resultados cuantitativos, las entrevistas, los grupos focales y las instancias reflexivas coinciden en que el programa respondió a una necesidad social: el aumento de personas mayores, la expansión de situaciones de dependencia y la persistencia de una organización social del cuidado sostenida principalmente en redes familiares, informales y feminizadas (Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2025b, 2025c).

El programa logró instalar una respuesta formativa pertinente frente a un problema público emergente y estructural. Su diseño se vinculó adecuadamente con el contexto regional de envejecimiento y dependencia, incorporando contenidos técnicos, interdisciplinarios y territorialmente situados. La formación en gerontología, enfermería, kinesiología, fonoaudiología, nutrición, psicología, autocuidado y redes comunitarias permitió abordar el cuidado desde una perspectiva integral, superando una visión exclusivamente asistencial o sanitaria. En este sentido, el programa contribuyó a comprender el cuidado como una práctica relacional, ética, técnica y socialmente necesaria.

Los resultados de la encuesta muestran una evaluación ampliamente positiva de la experiencia. Las dimensiones de pertinencia, calidad y efectividad obtienen promedios elevados, lo que permite sostener que las personas participantes valoran favorablemente tanto el diseño como la implementación y los efectos del programa. La efectividad aparece como la dimensión mejor evaluada, lo que indica que el programa no solo fue considerado adecuado y bien organizado, sino que también produjo aprendizajes aplicables en las prácticas cotidianas de cuidado. La alta disposición a recomendar el programa y la elevada declaración de aplicación de aprendizajes refuerzan esta conclusión.

Desde el punto de vista cualitativo, uno de los principales aportes del programa fue favorecer el tránsito desde un cuidado predominantemente intuitivo hacia un cuidado más técnico, seguro y fundamentado. Las personas participantes reconocen que muchas veces cuidaban desde la experiencia, el afecto o la urgencia

familiar, pero sin herramientas suficientes para enfrentar situaciones complejas de dependencia. La formación permitió confirmar prácticas adecuadas, corregir errores, incorporar protocolos básicos y actuar con mayor seguridad frente a situaciones de movilidad reducida, deterioro cognitivo, disfagia, emergencias, comunicación difícil o sobrecarga emocional.

El programa también produjo un efecto relevante de reconocimiento identitario, social e institucional del rol de cuidadora y cuidador. La certificación universitaria fue interpretada por muchas personas como una forma de validación de una trayectoria de cuidado previamente invisibilizada. Este reconocimiento resulta especialmente significativo en un campo históricamente asociado al trabajo doméstico, familiar y femenino, donde las competencias desarrolladas en la práctica suelen carecer de legitimidad formal. En este sentido, el programa no solo entregó conocimientos, sino que contribuyó a dignificar y profesionalizar el oficio del cuidado.

Desde la perspectiva de género, la evaluación confirma que el cuidado continúa siendo una experiencia profundamente feminizada. La alta participación de mujeres, junto con los relatos de trayectorias prolongadas de cuidado, sobrecarga vital, renunciadas laborales, desgaste físico y afectación de la salud mental, evidencia que el programa interviene en un campo atravesado por desigualdades estructurales. Las mujeres no llegan a la formación desde una posición neutral: muchas han cuidado durante años a hijos, parejas, padres, madres u otras personas dependientes, acumulando responsabilidades que impactan su autonomía económica, su tiempo personal y su bienestar.

En consecuencia, uno de los principales aprendizajes de la evaluación es que la formación técnica, aunque necesaria, no es suficiente para transformar la organización social del cuidado. El programa logra reconocer, fortalecer y profesionalizar capacidades, pero las condiciones estructurales que sostienen la feminización, informalidad y precarización del cuidado requieren respuestas de mayor alcance en la política pública. Se requiere avanzar hacia sistemas de apoyo que integren salud mental, respiro, reconocimiento económico, protección laboral, corresponsabilidad familiar, comunitaria, estatal y masculina, así como mecanismos de acompañamiento permanente para las personas cuidadoras.

La dimensión del autocuidado y bienestar de las y los cuidadores, emerge como uno de los hallazgos más relevantes de la evaluación. Tanto en entrevistas como en grupos focales, las personas participantes señalan que el programa permitió comprender que cuidar a otros exige también cuidar de sí mismas/os. Este aprendizaje es especialmente importante porque muchas cuidadoras naturalizan la postergación de sus propias necesidades. Sin embargo, la evaluación muestra que el autocuidado no puede reducirse a una recomendación individual, sino que debe

comprenderse como una responsabilidad institucional y social. La salud mental, el descanso, la contención emocional y el acompañamiento psicosocial deben ser componentes permanentes de cualquier política de cuidados.

Otro resultado central es la ampliación de la noción de cuidado. Las personas participantes reconocen que cuidar no consiste únicamente en mudar, bañar, trasladar, alimentar o administrar apoyos físicos. Cuidar también implica acompañar, conversar, estimular cognitivamente, comprender emocionalmente, respetar la autonomía, sostener vínculos significativos y proteger la dignidad de la persona mayor. Esta comprensión integral es uno de los aportes más relevantes del programa, pues permite orientar futuras intervenciones desde un enfoque de derechos, dignidad, buen trato y calidad de vida.

La evaluación también evidencia que el programa generó efectos colectivos. Los grupos focales muestran que la experiencia formativa permitió crear vínculos, grupos de WhatsApp, redes de apoyo, recomendaciones laborales, espacios de amistad, cooperación y, en algunos casos, organizaciones formales de cuidadoras/es. Esto permite concluir que el programa no solo fortaleció capacidades individuales, sino que favoreció procesos de asociatividad y organización comunitaria en torno al cuidado. Estas redes constituyen un capital social (Aedo et al., 2020; Herrera et al., 2014) relevante para la sostenibilidad territorial de la experiencia.

No obstante, la sostenibilidad aparece como el principal desafío del programa. Los resultados muestran que las personas valoran la continuidad de los aprendizajes y demandan que la experiencia se mantenga, profundice y proyecte. Sin embargo, la consolidación de redes, organizaciones y nuevas oportunidades laborales depende de condiciones institucionales que no siempre están garantizadas. La sostenibilidad del programa requiere acompañamiento posterior, articulación municipal, apoyo técnico a organizaciones de cuidadoras/es, vinculación con redes sociosanitarias, mecanismos de seguimiento y financiamiento permanente.

La articulación territorial fue una condición clave para la implementación del programa. Las entrevistas y grupos focales muestran que los municipios, CESFAM, DIDECO, OMIL, organizaciones comunitarias y equipos territoriales desempeñaron un papel relevante en la convocatoria, la logística, la legitimidad y la proyección de la experiencia. Sin embargo, también se observan diferencias entre comunas y discontinuidades en el apoyo institucional. Por ello, una conclusión relevante es que los programas de cuidado requieren modelos de gestión territorial robustos, con responsabilidades claras, coordinación intersectorial y continuidad más allá de los ciclos administrativos o políticos locales.

En términos de implementación, la flexibilidad metodológica fue una fortaleza. El programa logró adaptarse a perfiles heterogéneos, brechas digitales, diferencias territoriales, trayectorias diversas de cuidado y necesidades emergentes. Esta capacidad de ajuste permitió sostener la participación y responder a realidades no siempre previstas en el diseño inicial. No obstante, la evaluación también identifica áreas de mejora: fortalecer la difusión territorial, mejorar criterios de selección y convocatoria, asegurar condiciones adecuadas de infraestructura, reforzar la alfabetización digital, revisar metodológicamente contenidos sensibles y profundizar la formación práctica.

Entre las principales demandas de continuidad, las personas participantes solicitan un segundo nivel formativo centrado en enfermería práctica, primeros auxilios, reanimación cardiopulmonar (RCP), manejo de oxígeno, curaciones, toma de signos vitales, demencias, salud mental, procedimientos básicos, contenidos legales y laborales. Estas demandas muestran que la experiencia no agotó las necesidades formativas, sino que abrió un proceso de profesionalización que requiere continuidad. Por ello, una futura versión debiera considerar una trayectoria formativa progresiva, con niveles básico, intermedio y avanzado.

Desde el punto de vista laboral, el programa contribuyó a fortalecer la percepción del cuidado como oficio. Algunas personas proyectan la formación como oportunidad de empleabilidad, mientras que otras identifican la necesidad de delimitar el rol de cuidadora/or respecto de tareas domésticas, aseo u otras funciones no propias del cuidado especializado. Esto plantea la necesidad de incorporar contenidos sobre derechos laborales, contratos, límites del rol, remuneraciones, ética del cuidado, derivación responsable y articulación con servicios públicos y privados de apoyo.

Finalmente, la evaluación permite concluir que el Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores tiene potencial de escalabilidad, siempre que no sea entendido únicamente como un curso replicable. Lo escalable es un modelo más amplio que combina formación interdisciplinaria, diagnóstico territorial, articulación municipal, participación comunitaria, enfoque de género, reconocimiento del cuidado y fortalecimiento de redes locales. En este sentido, el programa puede aportar aprendizajes relevantes para el diseño de sistemas locales de cuidado en la Región de Valparaíso y en otros territorios del país.

Recomendaciones

A partir de la evaluación realizada se plantean las siguientes recomendaciones a la política social:

1. Fortalecer sistemas locales de cuidados con base comunal. La política pública debe avanzar desde programas aislados hacia sistemas locales de cuidado, articulados por municipios, Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), CESFAM, DIDECO, OMIL, organizaciones comunitarias y agrupaciones de cuidadoras/es. La evaluación muestra que el programa funcionó mejor cuando existió articulación territorial y que las redes comunales fueron claves para proyectar sostenibilidad. El programa contempló diagnóstico territorial, formación y conformación de redes comunales articuladas con municipios, OMIL, DIDECO, CESFAM y organizaciones sociales; además, certificó a 942 personas y generó organizaciones funcionales o sindicatos en 17 comunas, con otras 9 en proceso. Para lo anterior se debe incorporar en Chile Cuida un modelo operativo de Mesa Local de Cuidados de Personas Mayores, con funciones claras de diagnóstico, derivación, seguimiento, apoyo comunitario y articulación laboral.

2. Institucionalizar la formación y certificación de cuidadoras/es. La experiencia evidencia que la formación tuvo alta valoración, pertinencia y efectos en la seguridad para cuidar. Por ello, la política debería incorporar una ruta formativa permanente, no solo cursos puntuales. Esta ruta debería considerar niveles progresivos: formación básica, formación especializada y actualización continua. En este sentido se debe crear un estándar nacional de formación de cuidadoras/es de personas mayores, con módulos mínimos en gerontología, cuidados básicos, enfermería, kinesiología, salud mental, demencias, fonoaudiología, autocuidado, trato digno, derechos, redes comunitarias y alfabetización digital.

3. Reconocer el cuidado como trabajo y avanzar en condiciones laborales dignas. La evaluación muestra que la certificación abrió oportunidades de empleabilidad, pero también dejó preguntas relevantes sobre regulación laboral, remuneración, límites del rol y condiciones de contratación. Las participantes distinguieron que cuidar no equivale a realizar labores domésticas generales, sino que constituye un oficio con responsabilidades técnicas, éticas y relacionales. Es necesario avanzar en una normativa específica para el trabajo de cuidados domiciliarios, que defina funciones, límites del rol, estándares de remuneración, jornadas, descanso, seguridad social, protección frente a abusos laborales y mecanismos de fiscalización.

4. Incorporar salud mental, autocuidado y respiro como prestaciones permanentes. Uno de los hallazgos más fuertes es que quienes cuidan presentan sobrecarga, aislamiento, desgaste emocional y falta de apoyos. El informe regional identifica precarización de la vida, deterioro de salud física y mental, aislamiento y necesidad de organizarse y vincularse con otras personas cuidadoras. La política de cuidados debe incorporar prestaciones permanentes para personas cuidadoras: atención psicológica, grupos de apoyo, talleres de autocuidado, pausas de respiro, relevos temporales, orientación social y acompañamiento comunitario.

5. Fortalecer la asociatividad de cuidadoras/es. La evaluación evidencia que las redes y agrupaciones de cuidadoras/es son un resultado relevante del programa, pero requieren acompañamiento para sostenerse y proyectarse en el tiempo. En los grupos focales aparece la organización comunitaria como una forma de apoyo, reconocimiento y proyección territorial, pero también se advierte que estas redes no pueden depender solo de la voluntad de las personas participantes. Es necesario crear una línea de financiamiento y acompañamiento técnico para organizaciones de cuidadoras/es, con apoyo jurídico, gestión de proyectos, vinculación con municipios y organismos de la sociedad civil, acceso a fondos públicos y participación en mesas locales de cuidado.

6. Incorporar enfoque territorial diferenciado. La Región de Valparaíso presenta alta heterogeneidad territorial: comunas urbanas, rurales, costeras, interiores, con distinta oferta institucional y diferentes niveles de conectividad. El programa evidenció que la pertinencia territorial fue clave para la implementación y que las condiciones comunales afectan directamente las posibilidades de cuidar. La política nacional debe tener criterios diferenciados para territorios rurales, aislados, con baja conectividad o alta proporción de personas mayores. Esto implica transporte, alfabetización digital, horarios flexibles, apoyo municipal y estrategias presenciales/híbridas.

7. Pasar de un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos, autonomía y dignidad. La evaluación muestra que el cuidado no puede reducirse a asistencia física. Las personas participantes ampliaron la noción de cuidado hacia acompañar, conversar, estimular, respetar la autonomía, sostener vínculos y promover calidad de vida. La política de cuidado de personas mayores debe incorporar explícitamente el enfoque de derechos, dignidad, autonomía, participación social y buen trato, superando una mirada centrada solo en dependencia, enfermedad o asistencia básica.

8. Crear un sistema de seguimiento y evaluación de resultados. La experiencia evaluada mostró resultados positivos, pero también la necesidad de contar con seguimiento longitudinal. La Política Nacional de Apoyos y

Cuidados (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2025) considera como objetivo fortalecer la coordinación y gestión de la oferta mediante reportabilidad, organización, derivación y estándares de monitoreo y evaluación continua. Se debe incorporar indicadores nacionales y comunales sobre personas cuidadoras formadas, personas mayores acompañadas, continuidad laboral, salud mental de cuidadoras/es, redes activas, derivaciones realizadas, satisfacción usuaria, disminución de sobrecarga y sostenibilidad organizacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aedo, J., Oñate, E., Jaime, M., & Salazar, C. (2020). Capital social y bienestar subjetivo: Un estudio del rol de la participación en organizaciones sociales en la satisfacción con la vida y felicidad en ciudades chilenas. *Revista de Análisis Económico*, 35(1), 55–74. <https://doi.org/10.4067/S0718-88702020000100055>
- Aguirre, R., & Scavino, S. (2018). *Vejece de las mujeres Desafíos para la igualdad de género y la justicia social en Uruguay*. Doble clic editoras. <https://archivo.cepal.org/pdfs/ebooks/Vejecesdelasmujeres.pdf>
- Alcaraz-Vargas, B. G., Núñez-Vera, M. A., & Hernández-Moreno, J. A. (2016). Evaluación (con perspectiva de género) del programa de igualdad de la SEMARNAT 2013 en México. *Agricultura, Sociedad y Desarrollo*, 13(2), 303–324. <https://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v13n2/1870-5472-asd-13-02-00303.pdf>
- Alodhialah, A. M., Almutairi, A. A., & Almutairi, M. (2024). Ethical and Legal Challenges in Caring for Older Adults with Multimorbidities: Best Practices for Nurses. *Healthcare (Switzerland)*, 12(16). <https://doi.org/10.3390/healthcare12161585>
- Anigstein, M. S., Watkins, L., Vergara Escobar, F., & Osorio-Parraguez, P. (2021). En medio de la crisis sanitaria y la crisis sociopolítica: cuidados comunitarios y afrontamiento de las consecuencias de la pandemia de la covid-19 en Santiago de Chile. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (45), 53–77. <https://doi.org/10.7440/antipoda45.2021.03>
- Arnold-Cathalifaud, M., López, D., Massad, C., & Thumala, D. (2023). *Séptima Encuesta Nacional Inclusión y Exclusión Social de las Personas Mayores 2023*.
- Arriagada, I. (2020). La injusta organización social de los cuidados en Chile. In N. Araujo & H. Hirata (Eds.), *El cuidado en América Latina* (pp. 119–167). Medifé.
- Aubel, J. (2000). *Manual de Evaluación Participativa del Programa*. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2019/05/11.-manual-de-evaluac3b3n-participativa-del-programa.pdf>
- Balderas, A., Cruz, C., Zapata, N., & Salazar, J. (2022). La validación por juicio de expertos como estrategia para medir la confiabilidad de un instrumento. *Revista de Divulgación Científica y Tecnológica*, 8(1).

- Barragán, D., & Torres, A. (2019). *La sistematización como investigación interpretativa crítica*. Editorial El Búho, Corporación Síntesis.
- Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. CLACSO/ Siglo XXI Editores.
- Bazó, M. (2005). Enfoques de evaluación de programas sociales: Análisis comparativo. *Revista de Ciencias Sociales (RCS)*, 11(2), 360–377. <https://www.redalyc.org/pdf/280/28000211.pdf>
- Biblioteca del Congreso Nacional (BCN). (2026). *Región de Valparaíso. Mapoteca. Regiones*. https://www.bcn.cl/siit/mapoteca/region_view?dato=Regi%C3%B3n%20de%20Valpara%C3%ADso&cod_unidad=5
- Bowlby, S., McKie, L., Gregory, S., & Macpherson, I. (2010). *Interdependency and Care over the Lifecourse*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203860076>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2014). What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 9(1). <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>
- Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública*. (2009). <https://clad.org/wp-content/uploads/2020/07/Carta-Iberoamericana-de-Participacion-06-2009.pdf>
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención Primaria*, 31(8), 527–538. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)70728-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)70728-8)
- Catalán, M. (2019). Propuesta teórico-conceptual para el abordaje de la participación comunitaria desde la Psicología Comunitaria. *Liminales. Escritos Sobre Psicología y Sociedad*, 8(15), 9–27. <http://revistafacso.uccentral.cl/index.php/liminales/article/view/315>
- Catalán, M. (2022). Discusiones sobre participación, comunidad(es) y territorio(s) desde el trabajo social para articular el desarrollo local. *Revista Transformación Socio-Espacial*, 2(1), 37–47. <https://doi.org/10.22320/24525413.2022.02.01.04>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>

- Corporación Ciudades. (2026). *Personas Mayores en el Gran Valparaíso*. https://corporacionciudades.cl/wp-content/uploads/2026/03/Estudio_personas_mayores_valparaiso.pdf
- Cortázar, J. (2007). *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Banco Interamericano del Desarrollo.
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos del descuido*. LOM Ediciones.
- Durston, J., & Miranda, F. (2022). *Experiencias y metodología de la investigación participativa*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/ee76a4e1-bf36-48b2-942c-08ad81278c93/content>
- Faúndez, A., & Weinstein, M. (2014). *Guía de evaluación de programas y proyectos con perspectiva de género, derechos humanos e interculturalidad*. <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/Gui%CC%81a%20de%20Evaluacio%CC%81n%20de%20Programas%20ONU%20Mujeres%20-%20ESP.pdf>
- Fondo para la Consolidación de la paz. (2021). *Guía sobre Teorías de Cambio*. https://www.un.org/peacebuilding/sites/www.un.org.peacebuilding/files/documents/pbf_toc_guidance_note_2021_spa.pdf
- Furtado, J. P., Serapioni, M., Pereira, M. F., & Tesser, C. D. (2021). Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso. *Interface: Communication, Health, Education*, 25. <https://doi.org/10.1590/INTERFACE.210283>
- García, M., & Rice, L. (2021). *Guía de diseño y evaluación de proyectos sociales para la sociedad civil y el sector privado*. <http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/wp-content/uploads/2021/12/Guia-Dise%C3%B1o-y-Evaluacion-de-Proyectos-Sociales-MDSF.pdf>
- Gilligan, Carol. (2013). *La ética del cuidado*. Fundació Víctor Grífols i Lucas. https://www.revistaseden.org/boletin/files/6964_etica_del_cuidado_2013.pdf
- González-Veja, A., Sánchez, R., López, A., & López, G. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*, 14, 1–12. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>
- Gonzálvez, H., & Lube, M. (2021). *Las trincheras de los cuidados comunitarios. Una etnografía sobre mujeres mayores en Santiago de Chile*. Ediciones UAH.
- Gonzálvez Torralbo, H., & Guizardi, M. (2021). *Las trincheras de los cuidados comunitarios. Una etnografía sobre mujeres mayores en Santiago de Chile*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. https://ediciones.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2022/12/las_trincheras_pp-ilnrlu.pdf

- Gonzálvez Torralbo, Herminia., & Guizardi, Menara. (2023). *Cuidados y movilidades femeninas en América Latina : Breve guía para lecturas iniciales*. RIL Editores.
- Guinot, M. C., Segú, M., & Espinosa, P. (2020). Propuesta de un modelo de sistematización de la práctica en el ámbito de la intervención social a partir de la investigación acción participativa (IAP). *Investigación Cualitativa En Ciencias Sociales: Avances y Desafíos*, 4, 176–188. <https://doi.org/10.36367/ntqr.4.2020.176-188>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Herrera, M., Elgueta, R., & Fernández, M. (2014). Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile. *Revista de Saude Publica*, 48(5), 739–749. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004759>
- Herrera, S., Rojas, M., Fontecilla, C., & Fernández, M. (2023). *Sexta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2022*. https://encuestacalidaddevidaenlavejez.uc.cl/wp-content/uploads/2023/08/Libro-completo-VI-Encuesta_compressed.pdf
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2023). *Envejecimiento Demográfico en la Región de Valparaíso*. <https://storymaps.arcgis.com/stories/e0e6d3c54d4b4dff89800e04ec0b1307>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2025a). *Informe Principales Resultados. III ENUT. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo*. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/uso-del-tiempo-tiempo-libre/publicaciones-y-anuarios/ii-enut/informe-de-principales-resultados-ii-enut-2023.pdf?sfvrsn=ee33c12c_4
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2025b). *Resultados Nacionales CENSO 2024*. <https://censo2024.ine.gob.cl/resultados/>
- Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2025c, March 28). *Región de Valparaíso primeros resultados del Censo 2024: 1.896.053 personas fueron censadas en la Región de Valparaíso*. <https://regiones.ine.gob.cl/valparaiso/prensa/regi%C3%B3n-de-valpara%C3%ADso-primeros-resultados-del-censo-2024-1.896.053-personas-fueron-censadas-en-la-regi%C3%B3n-de-valpara%C3%ADso>
- Jara, O. (2015). *La sistematización de experiencias. Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Caracol. El apañe de los piños, Editorial Quimantú.
- Jiménez, E., & Valenciano, G. (2018). Sistematización de experiencias: proyecto de formación continua para profesionales en Orientación. *Wimblu, Rev.*

- Estud. Esc. de Psicología UCR*, 13(1). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6591736>
- Kohn, R. (2025). The Current State of International Human Rights of Older Persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(12), 1322–1330. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.08.004>
- Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 799–809. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000600799>
- Llanes, C. (2007). Reflexión y debate Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. *Rev Cubana Enfermer*, 23(3). <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v23n3/enf06307.pdf>
- Matas, A. (2018). Diseño del formato de escalas tipo Likert: Un estado de la cuestión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 20(1), 38–47. <https://doi.org/10.24320/redie.2018.20.1.1347>
- Mazzucchelli, N. (2019). Envejecimiento Positivo para Chile: ¿Una vejez sin Estado? *Revista Kairós : Gerontología*, 22(3), 25–42. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i3p25-42>
- Mazzucchelli, N., Hedrera, L., Iñíguez-Rueda, L., & Reyes-Espejo, M. I. (2023). Older Women and Political Agency: A Scoping Review of the Literature. *Psykhē (Santiago)*, (Online First). <https://doi.org/10.7764/psykhe.2021.44367>
- Mendieta Izquierdo, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1148–1150. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239035878001>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2025). *Política Nacional de Apoyos y Cuidados 2025-2030*. Biblioteca Del Congreso Nacional de Chile (BCN). <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1215591>
- Observatorio del Envejecimiento. (2023). *Dependencia en las Personas Mayores y Cuidados Institucionales*. <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2023/12/Reporte-Observatorio-Envejecimiento-Dependencia-y-Cuidados-Institucionales.pdf>
- Observatorio Social. (2023). *Encuesta de Discapacidad y Dependencia. ENDIDE 2022*. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Presentacion_resultados_ENDIDE_2022_Poblacion_adulta_version_mayo_2023.pdf
- Observatorio Social. (2024). *Informe de cuidados*. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de

[Cuidados-2024.pdf](#)

- Oficina Independiente de Evaluación. (2015). *Cómo gestionar evaluaciones con Enfoque de Género. Manual de Evaluación*. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2015/UN-Women-Evaluation-Handbook-es.pdf>
- Ortegon, E., Pacheco, J. F., & Prieto, A. (2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2d86ecfb-f922-49d3-a919-e4fd4d463bd7/content>
- Osorio-Parraguez, P., Martín Gómez, Á., Navarrete Luco, I., & Rivera Navarro, J. (2022). Organización social de la provisión de cuidados a personas mayores en territorios rurales: los casos de España y Chile. *Cultura de Los Cuidados*, (62). <https://doi.org/10.14198/cuid.2022.62.13>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227–232. <https://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Paniagua, R. (2015). *La ética del cuidado y mayores: los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida*. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2016/04/etica-cuidado-personas-mayores.pdf>
- Peña, T., & Pirela, J. (2007). La complejidad del análisis documental. *Información, Cultura y Sociedad*, (16), 55–81. <https://www.redalyc.org/pdf/2630/263019682004.pdf>
- Pérez, M. (2021). Grupos de discusión y grupos focales. In J. Tejero (Ed.), *Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario* (6). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/cfd86037-103c-44ac-aff6-045b6a615a91/content>
- Puentes-Leal, G. A. (2024). Investigar y publicar. 3. Cómo realizar un análisis estadístico de una investigación. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 39(3), 296–301. <https://doi.org/10.22516/25007440.1265>
- Quiroga, V., Venceslao, M., Chagas, E., & Lapadula, M. C. (2023). Evaluación participativa en un proyecto de integración con jóvenes migrantes no acompañados. Una apuesta por la transformación social. *Migraciones*, (57), 1–20. <https://doi.org/10.14422/mig.2023.009>
- Rodríguez, P., & Tapella, E. (2024). *Evaluación, democracia y transformación. Experiencias de evaluación participativa en América Latina*. Universidad Nacional de San Juan. <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2025/02/Evaluacion-democracia-y-transformacion.v2.17-12-2024.pdf>

- Sánchez, C., & Miranda, D. (n.d.). *Experiencias de Evaluación participativa en intervenciones del Programa Servicio País (Chile)*. Retrieved April 8, 2025, from <https://evalparticipativa.net/wp-content/uploads/2019/05/piloto-evaluaciones-participativas-en-servicio-pac3ads.pdf>
- Teresa, M., & Cifuentes, Y. (2022). Principales usos de la Evaluación de Políticas Públicas y programas en España. *Rev. Est. de Políticas Públicas*, 8(1), 27–42. <https://doi.org/10.5354/0719-6296.2022.65039>
- Vega Requena, L., Toro Flores, R., Domínguez Márquez, S., Pérez Chico, Z., & del Carmen Díaz-Ceso Sánchez, M. (2023). Actitudes éticas de los profesionales sociosanitarios en la atención de personas mayores. *Gerokomos*, 35(2), 73–77. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v35n2/1134-928X-geroko-35-02-73.pdf>
- Villalobos, P. (2019). Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev. Med. Chile*, 147, 83–90. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v147n1/0717-6163-rmc-147-01-0083.pdf>
- Yáñez, M. (2022). Principales usos de la Evaluación de Políticas Públicas y programas en España. Una mirada desde expertos para fomentar su utilización. *Rev. Est. de Políticas Públicas*, 8(1). https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-62962022000100027&script=sci_arttext

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS DE LOS Y LAS AUTORAS

Mario Catalán Catalán

Trabajador Social, Magíster en Psicología, mención Psicología Comunitaria, candidato a Doctor en Ciudad, Territorio y Planificación Sostenible de la Universitat Rovira i Virgili (España). Actualmente Profesor Asociado de la Universidad Viña del Mar. Con trayectoria profesional y de investigación en temas de participación ciudadana de la niñez, gestión y planificación territorial, enfoque comunitario, diseño y evaluación de programas y proyectos.

María Cecilia Coloma Arenas

Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile y Magíster en Trabajo Social y Familia de la misma casa de estudios. Máster en Derecho de Familia e Infancia de la Universidad de Barcelona (España) y estudiante del Doctorado en Psicología de la Universidad de Chile. Con trayectoria investigativa en salud mental, cuidados, trauma y abuso sexual infantil. Actualmente es docente en diferentes universidades y es investigadora de la Cátedra UNESCO Niñez, Juventud, Educación y Sociedad, alojada en la Universidad de Chile.

Nicole Mazzucchelli Olmedo

Trabajadora Social de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Doctora en Psicología por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y Doctora en Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo, por la Universidad Autónoma de Barcelona España. Actualmente Investigadora de la Universidad Viña del Mar. Cuenta con una destacada trayectoria en investigación en envejecimiento, exclusión social, y participación de las personas mayores. Es colaboradora técnica del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y cuenta con un amplio trabajo con organizaciones sociales de personas mayores en la región de Valparaíso.

Constantino Villarroel Ríos

Magíster en Gestión y Políticas Públicas por la Universidad de La Coruña (España) y Doctor en Sociología y Antropología por la Universidad Complutense de Madrid (España). Actualmente se desempeña como académico en diversas universidades e investigador asociado en centros de investigación vinculados al estudio de sistemas socioecológicos. Sus líneas de investigación abordan la gobernanza, la sostenibilidad, la participación social y las políticas públicas desde una perspectiva interdisciplinaria. Ha desarrollado investigación aplicada en distintos territorios de Chile y cuenta con experiencia en docencia universitaria, dirección de tesis y publicación en revistas científicas nacionales e internacionales.

ANEXOS

Anexo 1. Dimensiones y pautas de los instrumentos de evaluación

Preguntas de entrevistas semiestructuradas

Dimensión	Preguntas orientadoras
Diseño y origen del programa	¿Cómo surge el Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores? ¿Qué problema social buscaba abordar? ¿Cuáles fueron sus principales fundamentos técnicos, sociales y territoriales?
Pertinencia del diseño	¿De qué manera el diseño del programa respondió a las necesidades de las personas mayores y de quienes ejercen labores de cuidado en la Región de Valparaíso? ¿Qué elementos del diagnóstico inicial fueron considerados?
Enfoque territorial	¿Cómo se incorporaron las características de las comunas y territorios donde se implementó el programa? ¿Qué diferencias territoriales fueron relevantes durante el diseño o ejecución?
Perspectiva de género	¿Cómo se incorporó la perspectiva de género en el diseño e implementación del programa? ¿De qué manera el programa abordó la feminización del trabajo de cuidados?
Implementación operativa	¿Cómo evalúa el proceso de implementación del programa en las distintas comunas y cohortes? ¿Qué aspectos facilitaron o dificultaron su ejecución?
Proceso formativo	¿Cómo evalúa la estructura del curso "El arte de cuidar y acompañar"? ¿Qué contenidos, módulos o metodologías fueron más relevantes para las personas participantes?
Articulación institucional y territorial	¿Qué rol cumplieron los municipios, organizaciones locales, redes comunitarias y otros actores institucionales? ¿Qué facilitó o dificultó la coordinación intersectorial?
Resultados del programa	¿Qué cambios se observaron en las personas participantes luego del curso? ¿De qué manera el programa contribuyó al reconocimiento del trabajo de cuidados?
Empleabilidad y reconocimiento del oficio	¿El programa generó oportunidades de empleabilidad o remuneración para las personas cuidadoras? ¿Qué avances y brechas se identifican en la profesionalización del cuidado?
Redes y organización comunitaria	¿El programa favoreció la conformación de redes u organizaciones de cuidadoras/es? ¿Qué importancia tienen estas redes para la sostenibilidad del cuidado en los territorios?
Sostenibilidad y escalabilidad	¿Qué condiciones permiten proyectar la continuidad del programa? ¿Qué elementos del modelo podrían replicarse en otros territorios o incorporarse a políticas públicas?
Recomendaciones	¿Qué recomendaciones realizaría para mejorar futuras versiones del programa o fortalecer políticas públicas de cuidado dirigidas a personas mayores y cuidadoras/es?

Preguntas de grupos focales beneficiarios

Dimensión	Preguntas orientadoras
Experiencia de participación	¿Cómo fue su experiencia participando en el Programa Integral de Cuidados? ¿Qué significó para usted participar en el curso "El arte de cuidar y acompañar"?
Pertinencia territorial	¿El programa respondió a las necesidades de su comuna o territorio? ¿Qué aspectos del territorio facilitaron o dificultaron su participación?
Aprendizajes y cambios personales	¿Qué aprendizajes considera más importantes? ¿El curso modificó la forma en que comprende o realiza las labores de cuidado?
Trabajo de cuidados	¿Cómo describiría las condiciones en que se realiza el trabajo de cuidados? ¿Qué dificultades enfrentan quienes cuidan?
Personas mayores y necesidades de cuidado	¿Cuáles son las principales necesidades de las personas mayores en su comuna? ¿Qué apoyos deberían existir para personas mayores con dependencia y sus cuidadoras/es?
Redes y organización comunitaria	¿El programa favoreció la creación de redes entre cuidadoras/es? ¿Se generaron vínculos, organizaciones o apoyos posteriores al curso?
Sostenibilidad	¿Qué se necesitaría para mantener en el tiempo los aprendizajes, redes y apoyos generados por el programa?

Preguntas grupo focal profesionales

Dimensión	Preguntas orientadoras
Implementación del programa	¿Cómo evalúan el proceso de implementación del programa en las comunas? ¿Qué aprendizajes dejó el trabajo territorial?
Gestión local e intersectorialidad	¿Cómo fue la coordinación con municipios, organizaciones locales y redes institucionales? ¿Qué facilitó o dificultó esta articulación?
Resultados del programa	¿Cuáles fueron los principales resultados observados en las personas participantes y en los territorios?
Sostenibilidad y política pública	¿Qué factores favorecen o limitan la sostenibilidad del programa? ¿Qué recomendaciones realizarían para futuras políticas públicas de cuidados?

Preguntas de grupo focal de mujeres

Dimensión	Preguntas orientadoras
Género y cuidado	¿Cómo viven las mujeres las labores de cuidado? ¿Qué responsabilidades recaen principalmente sobre ellas?
Sobrecarga y autocuidado	¿Qué efectos tiene el cuidado en la salud física, emocional y mental de las mujeres cuidadoras? ¿Qué espacios de autocuidado existen o deberían existir?
Reconocimiento del cuidado	¿El curso contribuyó a reconocer el cuidado como trabajo? ¿Qué condiciones se requieren para dignificar el oficio de cuidado?
Autonomía económica y empleabilidad	¿El programa abrió oportunidades de empleo, remuneración o autonomía económica? ¿Qué barreras siguen enfrentando las mujeres cuidadoras?

Dimensiones de la encuesta

Dimensión	Contenidos o variables consideradas
Caracterización sociodemográfica	Identidad de género, edad, comuna, cohorte de participación y nivel de escolaridad.
Trayectoria previa en cuidados	Realización de labores de cuidado antes del curso; tipo de persona cuidada; vínculo con la persona cuidada; experiencia previa en cuidados.
Condición de remuneración antes del curso	Identificación de si las labores de cuidado realizadas antes del curso eran remuneradas o no remuneradas.
Formación previa en cuidados	Participación anterior en cursos, capacitaciones o certificaciones vinculadas al cuidado de personas mayores.
Situación posterior al curso	Continuidad en labores de cuidado después del curso; incorporación a labores de cuidado en quienes no cuidaban previamente; cambios en la forma de ejercer el cuidado.
Remuneración posterior al curso	Identificación de si las labores de cuidado posteriores al curso son remuneradas; fuente de remuneración; cambios en empleabilidad vinculada al cuidado.
Evaluación general del curso	Valoración del curso "El arte de cuidar y acompañar"; satisfacción con la formación recibida; percepción de utilidad de los contenidos.
Aportes del curso	Aportes percibidos en conocimientos, habilidades, seguridad para cuidar, autoestima, reconocimiento del oficio, empleabilidad y redes de apoyo.
Módulos preferentes	Identificación de los módulos considerados más relevantes, útiles o significativos por las personas participantes.
Organización y redes de cuidado	Participación en organizaciones de cuidadoras/es; interés en organizarse; vinculación con redes comunales, municipios u otras instituciones.
Proyección del oficio de cuidado	Expectativas de continuidad en el oficio; interés en seguir capacitándose; percepción sobre la necesidad de reconocimiento social, laboral e institucional del cuidado.

Anexo 2. Casos con evaluación mínima en la dimensiones pertinencia, calidad y efectividad

ID	Cohorte	Género	Pertinencia	Comentarios	Responsabilidades asumidas
115.069.371.87 1	Cohorte 1	Femenino	1	Más conocimientos para saber enfrentar algunas patologías que presenten nuestros adultos mayores	Aprendí los derechos q tienen los adultos mayores y las cuidadoras q también debemos tener redes de apoyo y descanso
115.065.307.27 9	Cohorte 1	Femenino	1	Mayor conocimiento integral para realizar la labor de cuidadora	No
119.062.108.20 4	Cohorte 2	Femenino	1	Cómo abordar a mi paciente cuando lo tengo que llevar a la ducha y hacer un aseo prolijo.	Insertar a mi paciente a la comunidad
119.057.498.13 7	Cohorte 2	Femenino	1	Sí definitivamente	Sin respuesta
119.056.168.82 4	Cohorte 2	Femenino	1	Técnicas de Autocuidado, y el valor de la Asociatividad para generar redes de apoyo y visibilizar nuestra labor como cuidadoras, el sentimiento de estar solo en el mundo de los cuidados ya no existe, logrando una mayor Contención y fortaleza para seguir adelante. Se agradece todo lo aprendido.	La Creación de un Club Adulto Mayor "Sabiduría Ancestral", cofundadora de la organización Arte de Cuidar, miembro activo del consejo consultivo Cesfam Limache Viejo.
119.055.556.28 6	Cohorte 2	Femenino	1	Sin respuesta	La responsabilidad de comprender más el estado emocional de los adultos mayores
119.055.817.35 6	Cohorte 2	Femenino	1	La información, la forma y delicadeza, dedicación, y profesionalismo que debemos tener.	Realizar con más seguridad mi labor como cuidadora, buscar mis derechos también
119.055.721.41 3	Cohorte 2	Femenino	1	Sicología terapia ocupacional	Trabajo de cuidados
115.062.517.03 9	Cohorte 3	Femenino	1	Aprendí a usar las ayudas técnicas.	Ser cuidadora capacitada.
115.046.390.96 8	Cohorte 3	Femenino	1	El aprender como limpiar y acomodar a un adulto postrado	El autocuidado

ID	Cohorte	Género	Pertinencia	Comentarios	Responsabilidades asumidas
115.045.557.22 2	Cohorte 3	Femenino	1	Red de apoyo social. Ejercicios de kinesiología. En el área de enfermería	Sin respuesta
115.045.162.17 2	Cohorte 3	Femenino	1	Todo el curso me fue útil	Asumir un trabajo de cuidadora remunerada que toma decisiones respecto al cuidado entregando bienestar, confort, bioseguridad y todo lo relacionado al cuidado integral de personas mayores autovalentes y en situación de dependencia.
115.041.795.53 7	Cohorte 3	Femenino	1	Sin respuesta	Sin respuesta
115.062.516.96 7	Cohorte 4	Femenino	1	Cuidado de propio cuidador, psicología para entender y comprender mejor a la persona que se está cuidando. Tanta enfermedad que les cause dolor o para quienes tienen Alzheimer	Hacerme cargo del cuidado de mi padre, tanto de sus controles y la toma de sesiones para evitar accidentes o adaptar la casa a sus nuevas y futuras necesidades
115.045.146.62 5	Cohorte 4	Femenino	1	Cada módulo tenía algo importante para mí	Muchas
115.045.105.77 0	Cohorte 4	Femenino	1	Todo en general	Responsable
115.038.888.22 4	Cohorte 4	Femenino	1	Me entregaron más herramientas para poder tener más conocimiento en el cuidado de los adultos mayores	Sin respuesta

Anexo 3. Infografías de síntesis de resultados



Evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso desde el enfoque de género



1 Contexto que justifica la evaluación



2 Experiencia evaluada



3 Metodología y cobertura del trabajo de campo



Proyecto financiado por el Fondo para Vivir Mejor 2025, Línea de Evaluación de Experiencia del Ministerio de Desarrollo Social y Familia ejecutado por la Universidad Viña del Mar.



Principales resultados

Evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso desde el enfoque de género



1

Resultados cuantitativos destacados

Encuesta

244

casos válidos

Género

92,6%

mujeres

Satisfacción

100%

recomendaría el programa

Aprendizajes

97,6%

aplicó aprendizajes

Promedio

4,24

evaluación general

Lectura de los datos

Alta satisfacción y aprendizajes aplicados al cuidado.

2

Dimensiones evaluadas y hallazgos cualitativos

Pertinencia

4,12

ajuste a necesidades reales

Calidad

4,27

organización y contenidos

Efectividad

4,33

cambios percibidos

Saber técnico

Del cuidado intuitivo al cuidado técnico.

Seguridad

Más confianza al cuidar.

Autocuidado

Salud mental como necesidad central.

Reconocimiento

Orgullo por la certificación.

Redes

Apoyo mutuo y organización comunitaria.

Demandas

Más práctica, seguimiento y difusión.

3

Voces de participantes e idea fuerza

“ Yo tenía la práctica, pero no tenía la teoría. Entonces eso a mí me ha ayudado.

GF Cabildo

“ Si yo no estoy bien, ¿cómo voy a cuidar a un adulto mayor?

GF Zapallar

“ Yo me siento muy orgullosa... estamos acreditadas como cuidadoras.

GF Catemu

Idea fuerza

El programa fortaleció capacidades, seguridad, reconocimiento del rol cuidador y redes de apoyo.

Proyecto financiado por el Fondo para Vivir Mejor 2025, Línea de Evaluación de Experiencia del Ministerio de Desarrollo Social y Familia ejecutado por la Universidad Viña del Mar.



Participación, género y recomendaciones

Evaluación participativa del Programa Integral de Cuidados para Personas Mayores de la Región de Valparaíso desde el enfoque de género



1

Enfoque de género

Género

92,6%

mujeres en la muestra

Cuidado

75,8% - 96,3%

mujeres cuidadoras según severidad

No remunerado

20,9%

trabajo de cuidado no remunerado

- El cuidado sigue siendo una experiencia fuertemente feminizada.
- Las mujeres llegan con trayectorias largas de cuidado y sobrecarga vital.
- La política pública debe intervenir la distribución social y sexual del cuidado.

2

Participación y demandas de las personas cuidadoras

Difusión

Mejor difusión territorial.

Reconocimiento

Reconocer la labor de cuidado.

Presupuesto

Recursos para la Ley de Apoyos y Cuidados.

Continuidad

Continuidad y formación avanzada.

3

Recomendaciones principales

1

Seguimiento postcurso a 3, 6 y 12 meses.

2

Segundo nivel formativo: RCP, primeros auxilios y demencias.

3

Contenidos legales y laborales para cuidadoras/es.

4

Mejor difusión territorial y articulación municipal.

5

Apoyo a redes y organizaciones de cuidadoras/es.

6

Financiamiento permanente y reconocimiento del cuidado.

El cuidado debe ser reconocido como derecho, trabajo y responsabilidad social compartida.

En esta publicación se presentan los resultados de la evaluación ex ante y exdure de la experiencia de implementación del Programa Integral de Cuidado para Personas Mayores de la Región de Valparaíso con la cual se pretende contribuir a la formulación de políticas sociales en este importante ámbito de la vida social del país.



EDICIONES **UVM**

Universidad Viña del Mar

www.uvm.cl

Derechos reservados © 2026

