



MATRIZ DE INCLUSIÓN

Documento complementario



ELABORADO POR ÁREA DE ESTUDIOS

CAMILO ARANEDA C.
KARLA ESCOBAR P.
BENJAMÍN SÁNCHEZ C.
FELIPE EXPÓSITO R.

TEXTO REVISADO Y VISADO POR

PAULO EGENAU P.
RODRIGO HOYOS M.

BRECHAS DE COBERTURA REVISADAS Y VISADAS POR

MARÍA ISABEL ROBLES M.
DORIS GARCÍA A.
CARLOS VÖHRINGER C.
CAROLINA REYES A.
FRANCISCO PARRA R.
LILIANA CORTÉS R.
JAIME PORTALES O.
LORETO RAMÍREZ M.
CLAUDIA FASANI H.
JESSICA PARADA R.

PRÓLOGO

A LA VERSIÓN 2019

En su esfuerzo por disponer de instrumentos que permitan continuamente mejorar la oferta de programas sociales orientados a atender y mejorar las condiciones de las personas más excluidas de la población, el Área de Estudios de la Dirección Social Nacional del Hogar de Cristo vuelve a poner a disposición de los actores involucrados en el diseño e implementación de Políticas Públicas, el documento Matriz de Inclusión Social, con datos actualizados para el año 2017.

En esta versión, se han introducido algunas innovaciones metodológicas respecto de la versión anterior, que esperamos permitan ir ajustando de mejor forma la focalización necesaria para atender a la población objetivo prioritaria de las fundaciones del Hogar, es decir, a los más pobres entre los pobres.

La primera de estas innovaciones dice relación con la especificación de un criterio de focalización, de modo de calcular brechas de cobertura mejor ajustadas a la población objetivo del Hogar. Esto se hace necesario, pues algunas de las políticas públicas y programas sociales agrupadas en la líneas que más abajo se analizan, tienen una cobertura universalizada, semi universalizada o cuyos criterios de focalización son muy generales, por lo que la distinción entre poblaciones vulnerables y en extrema exclusión social y pobreza (estas últimas, las que son principalmente objetivo del Hogar de Cristo) se hace muy necesaria, de modo de calcular una brecha de cobertura más precisa. Así, en esta versión y allí donde corresponde, se han

identificado dos poblaciones potenciales; una de carácter general, calculada sobre la base de la identificación del grupo de personas objetivo de la política pública; y otra de carácter focalizada, constituida por la fracción de la población que además cuenta con pobreza multidimensional y por ingresos a la vez.

Este reajuste de las poblaciones, esperamos refleje de mejor forma tanto la población susceptible de ser beneficiaria de los programas del Hogar de Cristo, así como el estado de la política pública en áreas específicas del bienestar humano, particularmente en términos de la cobertura que se dispone para la población.

En base a estas poblaciones referenciales, se calcularon brechas en la misma línea de las presentes en la versión anterior de la Matriz de Inclusión Social. Sin embargo, de modo complementario al recalcule de las poblaciones potenciales, la cobertura también fue ajustada para que las brechas fuesen sensibles a los criterios de focalización. De este modo, allí donde la cobertura fue obtenida mediante lo informado por las instituciones a través de solicitudes de transparencia, se construyeron ponderadores, utilizando distintas relaciones (según cada línea) entre poblaciones, habitualmente estimando proporción de personas en extremo excluidas respecto del resto. Esta cifra fue aplicada a la cobertura, de modo de tener el total de atendidos en la política pública general, pero también una cifra estimada de cuántos de estos beneficiarios corresponde a la población más excluida socialmente. En consecuencia, cada una de las

líneas en las que se agrupan los programas analizados en esta Matriz de Inclusión Social versión 2019, cuenta con dos gráficos, que ilustran las diferencias en las brechas de cobertura, según el criterio de focalización utilizado.

El segundo elemento que se incorpora en esta versión es un capítulo dedicado a un diagnóstico sobre la situación social de los migrantes en Chile, dando cuenta de las principales brechas sociales que impiden a esta población incluirse y vivir en igualdad de condiciones que el resto de la población. Para esto, y al igual que en las otras temáticas sociales analizadas en la matriz de Inclusión Social, se utilizarán evidencia desde investigaciones y estadísticas actualizadas, contrastando además con los avances y vacíos actuales de políticas públicas que benefician (o afectan) a la población migrante. El objetivo de este apartado es problematizar un proceso de exclusión social y vulneración de derechos en una población particular, que si no se hace nada, se transformará en un nuevo rostro de pobreza y fuente de injusticia en nuestro país. Y finalmente dejar planteada la pregunta sobre cómo podemos aportar como Fundaciones Hogar de Cristo a esta problemática.

Esperamos con esta nueva versión (que se irán actualizando a medida que se publican nuevas versiones de la encuesta CASEN), continuar contribuyendo a mejorar las prestaciones del Hogar de Cristo mediante el despliegue de información relevante para la operación, diseño y planificación social de nuestros programas.

1.- INTRODUCCIÓN	8
1.1.- La focalización como estrategia de planificación social en Chile	9
1.2.- El sentido de la focalización para el Hogar de Cristo	10
2.- INCLUSIÓN MIGRANTES	12
2.1.- Presentación	12
2.2.- Migración y pobreza	13
2.3.- Vulneración de derechos y multidimensionalidad de la pobreza del migrante	17
2.4.- Dimensión educación	18
2.5.- Dimensión trabajo	22
2.6.- Dimensión salud	26
2.7.- Dimensión vivienda y entorno.	28
2.8.- Dimensión Redes y Cohesión Social	31
2.9.- Migración como nueva expresión de pobreza y exclusión	33
3.- PROTECCIÓN INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO	35
3.1.- Caracterización de poblaciones	38
3.2.- Política pública de Salud Mental en Chile	49
3.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo	57
3.4.- Brechas de Cobertura	58
4.- INCLUSIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE	63
4.1.- Caracterización de poblaciones	64
4.2.- Política pública para personas en situación de calle en Chile	75
4.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo	78
4.4.- Brechas de cobertura	79
5.- APOYO AL CUIDADO Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA	85
5.1.- Caracterización de poblaciones	87
5.2.- Políticas públicas en torno al apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía en Chile	97
5.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo	103
5.4.- Brechas de cobertura	104
6.- TRAYECTORIAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS	115
6.1.- Caracterización de poblaciones	116
6.2.- Programas sociales de educación	124
6.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo	127
6.4.- Brechas de cobertura	129
7.- TRAYECTORIAS LABORALES INCLUSIVAS	138
7.1.- Caracterización de poblaciones	138
7.2.- Políticas públicas de Trabajo en Chile	151
7.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo	161
7.4.- Brechas de cobertura	162

“¿Qué haría Cristo
en mi lugar?”

MATRIZ DE INCLUSIÓN 2019

1.- INTRODUCCIÓN

La Matriz de Inclusión es un instrumento de planificación orientado a la toma de decisiones al interior de las Fundaciones Hogar de Cristo. Dentro de sus objetivos se contempla optimizar la focalización de las poblaciones en situación de pobreza y exclusión social (y con ello orientar la distribución interna de recursos); servir como insumo teórico y estadístico para comunicaciones tanto internas como externas; y plantear una agrupación de las temáticas sociales relevantes abordadas por las distintas fundaciones que componen la institución.

Publicada anualmente desde el año 2010, la Matriz de Inclusión ha evolucionado con el pasar de los años. De entre los principales hitos de su primera versión, destaca la definición de criterios para la búsqueda de información; la determinación de grupos vulnerables y temas transversales; y la inclusión de información de la población carenciada. En una segunda etapa (2011), se sistematiza la información de coberturas por parte del Estado, la sociedad civil organizada y el Hogar de Cristo, se desagregan los datos según su distribución regional, y se levanta un catastro de organizaciones de la sociedad civil con programas similares. En su tercera versión (2012), se oficializa la información del instrumento con el Ministerio de Desarrollo Social, se analiza la información presente para la reducción de las brechas, y se mejora la calidad de la información. La presente versión de la Matriz de Inclusión presenta numerosas incorporaciones con respecto a sus predecesoras, representando un salto cualitativo

en diversos aspectos. En concreto, la presente Matriz de Inclusión se encuentra dividida en cinco secciones, que describen las temáticas sociales relevantes para las Fundaciones Hogar de Cristo:

- Protección integral y acompañamiento terapéutico.
- Inclusión integral para personas en situación de calle.
- Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía.
- Trayectorias educativas interrumpidas que generan exclusión.
- Trayectorias laborales en exclusión.

Cada sección comienza con una breve introducción al problema social en cuestión, dando cuenta de las principales definiciones al respecto, cómo se manifiesta ese problema en la sociedad chilena, cuál es su vínculo con la pobreza y la exclusión social, y cuáles son las soluciones propuestas desde la acción social. Acto seguido, se realiza una caracterización cuantitativa de las principales poblaciones y sub-poblaciones afectadas por el problema social, junto con una descripción general de sus características. Luego, se describe la política pública en Chile dirigida a dichas poblaciones¹, junto con una tabla que resume los planes y programas que la componen, distinguiendo entre los beneficiarios, objetivos, y evaluación (de haberla). Por último, se estima la magnitud de la brecha existente entre la población afectada y la cobertura existente por parte de los programas financiados y administrados por el Estado; programas financiados por el Estado

¹ Con excepción de la sección Trayectorias Educativas Inclusivas, en la cual se explicitan las políticas públicas dentro de la caracterización de cada sub-población.

y administrados por la sociedad civil organizada; programas financiados y administrados por la sociedad civil organizada; y la cobertura específica de las Fundaciones Hogar de Cristo².

A continuación, se especifica el papel de la Matriz de Inclusión en el marco de la focalización de las Fundaciones Hogar de Cristo, describiendo los antecedentes de la focalización como estrategia de planificación social en Chile, y planteando el sentido de la focalización para el Hogar de Cristo.

1.1.- La focalización como estrategia de planificación social en Chile

La dictadura militar en Chile (1973-1990) reemplazó el Estado de Bienestar Corporativo que rigió desde 1952 hasta 1973 por un Estado Subsidiario, minimizando el gasto público y dando un papel protagónico al mercado en el funcionamiento de la educación, salud, vivienda y seguridad social (Larrañaga, 2010). La reducción de la pobreza se convirtió en uno de los objetivos centrales del Estado en este período (la cual abarcaba el 45% de la población en 1987), concentrando las prestaciones sociales hacia la población más empobrecida del país. Esta política fue continuada por los gobiernos de izquierda una vez retornada la democracia, lo cual vino aparejado de un incremento sustantivo del gasto público en políticas sociales. En lo concreto, la pobreza se redujo drásticamente desde un 39% en 1990 a un 15% en 2009 (Arellano, 2011), lo que conllevó una progresiva focalización en los problemas particulares de la extrema pobreza. Hasta el día de hoy, la entrega de prestaciones sociales se realiza a través de una estrategia de planificación focalizada, concepto que alude a la práctica de beneficiar a los segmentos poblacionales que viven carencias y vulnerabilidades claramente delimitadas (CEPAL, 1995). Esta metodología contrasta con las denominadas políticas universales, las cuales son diseñadas en beneficio de todas las personas sin distinción por sus atributos económicos, personales o sociales (Raczynski, 2001).

Dado que la focalización se basa en la concentración de los recursos en las poblaciones que más los necesitan, se requieren instrumentos de evaluación que permitan cuantificar el grado de privación de los potenciales beneficiarios. Al respecto, el modelo de focalización fue introducido en Chile a fines de los años 70 a través de la Ficha de Caracterización Socioeconómica (CAS), instrumento de evaluación que mediante la asignación de un puntaje permitía identificar a los hogares más carenciados (Herrera, Larrañaga y Telias, 2010). El sistema de focalización instaurado por la Ficha CAS fue actualizado el año 2007, reemplazando dicho instrumento por la Ficha de Protección Social (FPS). En línea con el enfoque de protección y seguridad social instaurado por el primer gobierno Michelle Bachelet, la principal diferencia de la FPS con su predecesora está en el énfasis que deposita en la caracterización de la vulnerabilidad socioeconómica por sobre las carencias inmediatas, buscando reconocer a los hogares que presentan un alto riesgo de entrar en situación de pobreza (Herrera, Larrañaga y Telias, 2010). En 2016 la FPS es reemplazada por el Registro Social de Hogares, herramienta de focalización que transparenta el proceso de evaluación al permitir incorporar datos administrativos de otras instituciones del Estado (Servicio de Impuestos Internos, Superintendencia de Pensiones, Superintendencia de Salud, etc.).

En complemento con el actual Registro Social de Hogares, desde 1985 se aplica la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) por parte del Ministerio de Desarrollo Social, para medir de modo global las condiciones socioeconómicas de los hogares en el país. Con una periodicidad bianual, la Encuesta CASEN contribuye a las labores de focalización entregando antecedentes nacionales, regionales y comunales sobre las características de la población según niveles de ingreso, inserción laboral, condiciones habitacionales, entre otras dimensiones relevantes. Por medio de esta información se estima la incidencia de la pobreza y su distribución

²En caso de políticas y programas sociales donde exista mucha diferencia entre los criterios de focalización de las Fundaciones Hogar de Cristo y el Estado, se presentarían dos brechas: Una brecha de política pública en relación a la población potencial que se define en dicha política o programa; una brecha focalizada en donde se calcula la brecha de cobertura para la población más pobre.

en la sociedad chilena, posibilitando además evaluar la cobertura del gasto fiscal y dirección de los principales programas sociales, para lograr así alcanzar a los segmentos poblacionales prioritarios. Los umbrales que determinan la pobreza y la extrema pobreza fueron actualizados en 2013, así como la definición nominal y operacional de lo que significa estar en situación de pobreza.

1.2.- El sentido de la focalización para el Hogar de Cristo

La perspectiva de focalización que guía las políticas públicas estatales en Chile ha sido incorporada por el Hogar de Cristo y sus fundaciones, aunque adaptada a sus particularidades. Desde el enfoque de protección y promoción de los Derechos Humanos, el Hogar de Cristo asume la misión de garantizar el reconocimiento de la dignidad a aquellas personas vulneradas en sus derechos fundamentales, horizonte que forma parte de la definición de su población objetivo. Junto a este eje transversal, el imperativo ético de acoger con amor y dignidad a los más pobres entre los pobres actúa como piedra angular de toda la labor que realiza el Hogar de Cristo en materia de inclusión social. Según lo establecido en la Estrategia Social definida para el período 2015-2020, la primera orientación estratégica de la meta institucional corresponde a “priorizar nuestra atención en aquella población con mayor daño social (Hogar de Cristo 2017b, p. 6), estando donde otros no están. Este objetivo se expresa en una serie de criterios y procedimientos de focalización, lo cual implica considerar las diferencias y las particularidades de la población potencial, seleccionando prioridades y dando tratamiento preferencial a algunas problemáticas sociales específicas.

Como lo ha estipulado el Área de Gestión Social de la Dirección Social Nacional (2017), la priorización de la atención social a la población más pobre y abandonada se traduce en la necesidad de crear indicadores cuantitativos de focalización. Para contribuir al levantamiento de información se crea la Ficha Única de Identificación (FUI) en el año 2009, la cual opera como instrumento corporativo de focalización programática utilizada hasta

hoy en día. En términos históricos, el imperativo institucional de focalizar se ha perfeccionado con el paso del tiempo. Si bien al principio se incorporaban únicamente indicadores socioeconómicos, en 2011 se añadió indicadores de vulnerabilidad y exclusión social, y el 2016 se incorpora la metodología de pobreza multidimensional. Esta mejora va en línea con la Estrategia Social 2015-2020, la cual “nos impone una noción ética y cristiana de ser humano y nos orienta a la construcción de un País más justo, promoviendo el respeto irrestricto de los derechos humanos, por medio de servicios focalizados preferentemente en poblaciones de mayor daño con metodologías innovadoras con altos estándares de calidad, y con la participación activa de las personas, la comunidad y la sociedad en general” (Hogar de Cristo, 2017b, p. 23).

Ahora bien, la perspectiva de focalización en políticas públicas puede parecer incompatible con el acceso universal a los derechos humanos, puesto que asume a simple vista una postura parcial frente a sus beneficiarios. Sin embargo, pueden mencionarse al menos dos argumentos que demuestran la complementariedad de ambas perspectivas. En primer lugar, el cumplimiento práctico de los derechos humanos está limitado tanto por los recursos con los que cuenta cada Estado para implementarlos, como por la urgencia que presentan ciertos problemas sociales por sobre otros. Atendiendo estos obstáculos, el código internacional de los derechos humanos acepta que su realización se haga gradualmente, siempre y cuando el Estado defina plazos concretos, metas intermedias, especifique indicadores de evaluación, y asuma el compromiso de realizar algunos progresos inmediatos evitando actividades improductivas y regresivas. Dicho de otro modo, la focalización constituye sólo un paso en el camino a la universalidad, en la medida que se dirigen los -limitados- recursos hacia los grupos más vulnerados en sus derechos humanos, y por lo tanto, prioritarios en lo que concierne a su cumplimiento. En segundo lugar, se debe distinguir entre la provisión de los derechos de su facilitación. Mientras la provisión garantiza nominalmente el acceso de todas las personas al objeto de sus derechos, la facilitación consiste en evitar que ese acceso sea puramente formal, al asegurar

que realmente las personas puedan hacer uso de éstos (Pogge, 2012). En ocasiones las políticas universales suelen eludir este problema, dado que por ejemplo, no basta con que la educación escolar se encuentre garantizada para todas las personas dentro de un país, cuando existen jóvenes que por lejanía o discapacidad no pueden ingresar a las escuelas (Sen, 2001). En este sentido, las fallas de una universalidad incompleta pueden ser cubiertas por políticas de focalización, que busquen mejorar las capacidades de las personas con mayor dificultad para hacer valer sus derechos. Sobre esto último, la focalización no sólo implica identificar a quienes se les entrega recursos. Al acoger las particularidades de problemas específicos, la focalización puede ser comprendida como un proceso integral de diagnóstico de problemas

sociales para el diseño de políticas públicas más pertinentes. Considerar carencias y necesidades particulares, a este respecto, permite planificar de mejor modo el acceso de distintos segmentos poblacionales al objeto de sus derechos, los cuales se verían en condición de desventaja frente a otros grupos bajo la lógica del acceso universal.

En síntesis, la Matriz de Inclusión es a la Encuesta CASEN lo que la Ficha Única de Identificación es al Registro Social de Hogares, aportando el primero información estadística sobre características y tendencias socioeconómicas de la población a gran escala, y el segundo permitiendo operacionalizar individualmente y concretamente la transferencia de recursos y entrega de servicios a las personas que más lo requieren.



Alumnos Escuela de Fundación Súmate.

2.- INCLUSIÓN MIGRANTES

2.1.- Presentación

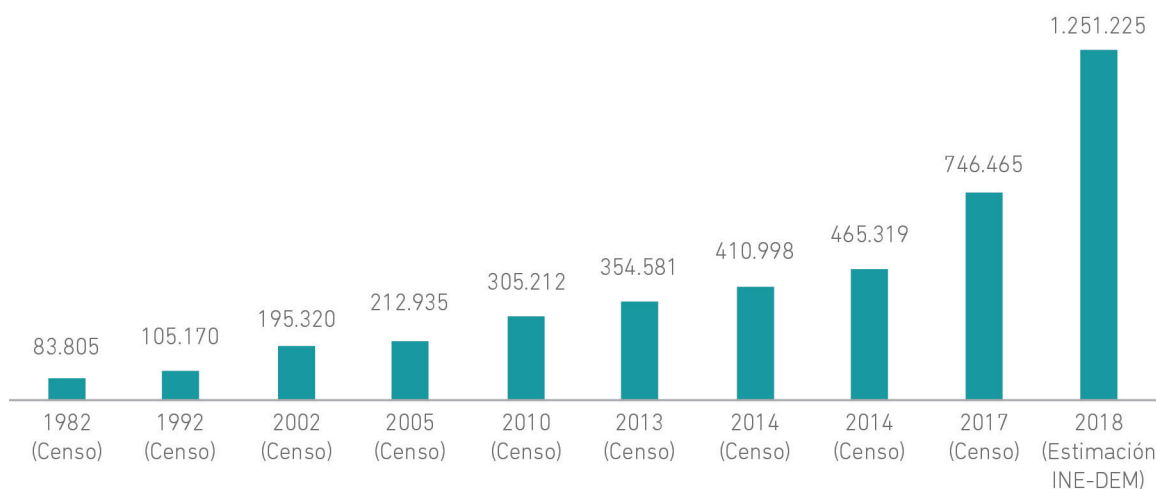
En las últimas décadas los movimientos migratorios forzosos entre países han aumentado de forma creciente y sostenida. Para ilustrar esto, según datos de las Naciones Unidas, en el año 1990 la cantidad de población migrante en el mundo era de 155 millones personas; en el 2017 esa cantidad aumentó 257 millones, lo que significa un aumento del 70% (Population División, 2017). El fenómeno migratorio se ha transformado en un tema de gran importancia a nivel global, tanto por sus consecuencias humanitarias, sociales, económicas y políticas.

América Latina, y particularmente Chile, no han quedado ajenos de este proceso. Si bien la migración ha estado presente en nuestro país en toda su historia, con una fluctuación inestable tanto por la cantidad de migrantes, como el origen y sus motivaciones (Betancour, 2018), desde la década de los 90 que se ha transformado en un fenómeno constante y creciente (ver gráfico N°1). Estos cambios estarían asociados a transformaciones estructurales tanto de los países de origen

como en el nuestro, especialmente a partir de la década del 90 (Doña, 2016). Sin embargo a partir de la década del 2000 este crecimiento se ha acelerado e incorporado particularidades, como una fuerte presencia femenina, indígena y más recientemente, afrodescendiente (Rojas y Silva, 2016). Esta aceleración de la llegada de migrantes vuelve a aumentar a partir del año 2010, y desde el año 2015 este crecimiento se vuelve explosivo, particularmente caracterizado por el gran éxodo de población de Haití y Venezuela.

El crecimiento acelerado de la población migrante en tan poco tiempo ha generado una discusión pública en múltiples dimensiones. Esta complejidad del fenómeno se caracteriza por lo poco preparado que está el país frente a este tema, lo que sumado a otros elementos propios de nuestra sociedad, dificultan las posibilidades de inclusión de los migrantes (Servicio Jesuita a Migrantes, 2018a). En efecto, ya desde los flujos migratorios de origen latinoamericano, los cuales empiezan a crecer desde la década de los noventa, diversas investigaciones han evidenciado discriminación, con un fuerte sesgo racista, como

Gráfico 1 – Cantidad de población migrante en Chile, 1982 – 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), Departamento de Extranjería y Migración (DEM) y CASEN.

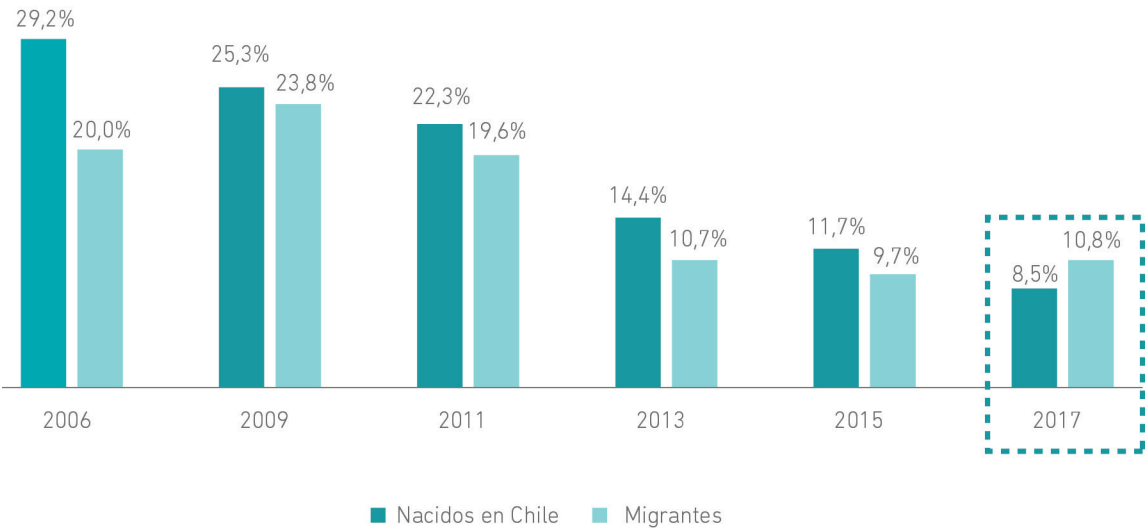
un factor estructural de exclusión social (Stefoni y Stang, 2017; Rojas, Amodé y Vásquez; 2017). Esto ha obstaculizado las posibilidades de integración, creando nuevas formas de segregación y desigualdad social. Así, en un contexto de aumento de la migración, particularmente afrodescendiente - haitiana, este elemento se vuelve central (Rojas, Amodé y Vásquez; 2017). Por otra parte, se ha puesto a prueba la capacidad de las políticas públicas para entregar un soporte social apropiado, especialmente a los segmentos de la población migrante más vulnerable y que se encuentran en esta de desprotección social, lo que condiciona la vulneración de mucho de sus derechos (Servicio Jesuita a Migrante, 2018). Al respecto, y al revisar los avances en legislación y política pública para la inclusión y garantía de derechos de la población migrante, en general esto se ha hecho de forma desarticulada y segmentada de forma sectorial, sin haber construido un corpus legal que integre todas las dimensiones relevantes asociadas al fenómeno migratorio y presentándose muchas contradicciones e incoherencia entre los diversos reglamentos e institucionalidad (Morales, 2019).

2.2.- Migración y pobreza

La población migrante en comparación con la población nacida en Chile presenta algunas características sociodemográficas que los hacen menos proclives a vivir en situación de pobreza por ingresos. A nivel agregado es una población más joven, con una alta concentración de población económicamente activa³, con mayor nivel de escolaridad y una mayor participación laboral, lo que sería coherente con las motivaciones económicas por emigrar (Banco Central, 2018). Esto ha hecho que al menos desde los últimos 15 años, la población migrante presente menor tasa de pobreza por ingresos en comparación con la población nacida en Chile. Sin embargo, en la última medición de la pobreza, esta tendencia se rompió; ya que en CASEN 2017, la población migrante por primera vez es más pobre en términos de ingresos que la población nacida en Chile (Ver gráfico 2).

Esto es diferente cuando se analiza y compara la medición de pobreza multidimensional. Como se observa en el gráfico número 3, tanto

Gráfico 2 – Comparación de pobreza por ingresos población migrante y nacida en Chile, 2006 -2017



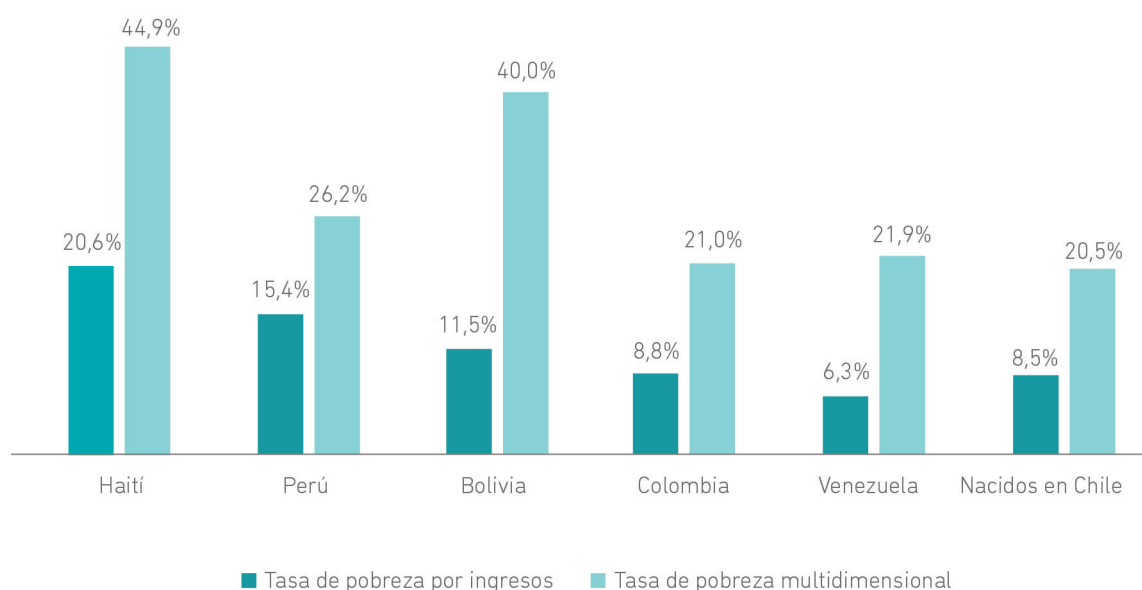
Fuente: Casen 2017. Informe “Síntesis de Resultados Inmigrantes” (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

³Según CASEN 2017, el 80% de la población migrante tiene entre 18 y 59 años, mientras el 56% de la población nacida en Chile tiene ese tramo de edad.

para la medición de pobreza multidimensional con 4 dimensiones, como con 5 dimensiones (medida a partir del año 2015), la población migrante presentaría mayor tasa de pobreza multidimensional, sin embargo pese a que se observa cierta tendencia, para ningún año esta diferencia es estadísticamente significativa en relación a la población nacida en Chile.

Como vimos anteriormente, la población migrante es heterogénea y presenta diferentes realidades según el país de origen, ola migratoria y zona de residencia. Al analizar más profundamente la pobreza veremos que se aprecian diferencias relevantes en estos factores.

Gráfico 3 – Comparación pobreza multidimensional, 4 y 5 dimensiones, población migrante y nacida en Chile, 2009 – 2017



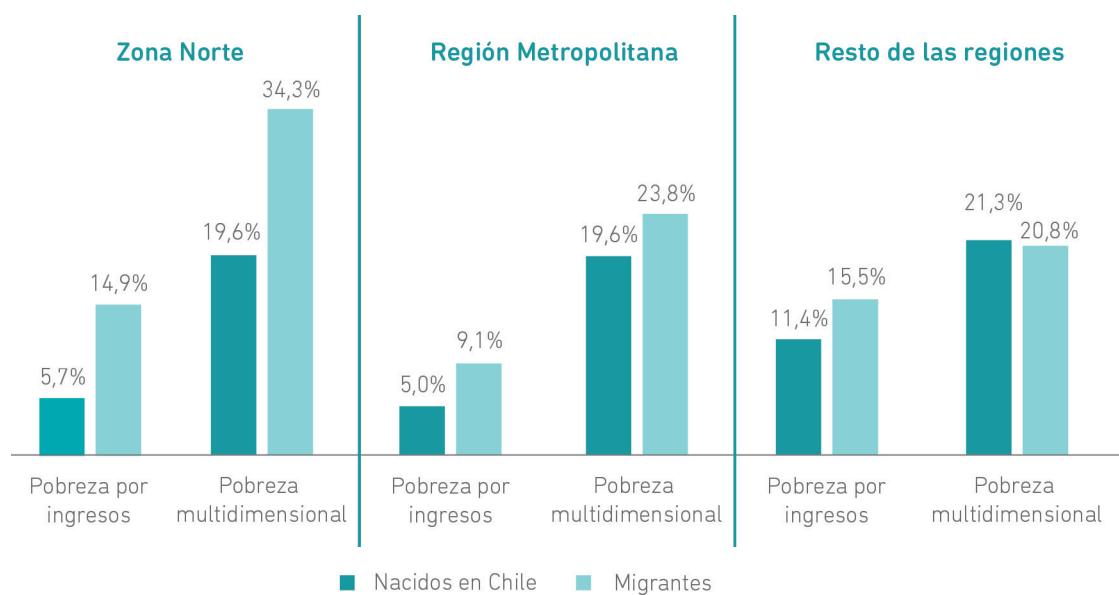
Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN años respectivos.

En relación al país de origen, se tiene que la población migrante en situación de pobreza está conformada principalmente por quienes han llegado desde Perú, Bolivia, Colombia, Venezuela y Haití; en este sentido el 83,4% de la población migrante en situación de pobreza por ingresos vienen desde esos cinco países, y el 85,7% de los migrantes con pobreza multidimensional tienen ese origen. Ahora bien, aunque la población migrante pobre se concentra en esos países de origen, cada uno de esos países presentan diferencias importantes en su conformación. En efecto, quienes vienen de Venezuela y Colombia (ver gráfico 4) presentan tasas de pobreza similares en ambas mediciones respecto de quienes han nacido en Chile. Por su parte, quienes vienen de Bolivia presentan una tasa de pobreza por ingreso

similar a los de nacionalidad chilena, pero un nivel de pobreza multidimensional de casi el doble. A su vez, los migrantes peruanos presentan tasas de pobreza ligeramente superiores para ambas mediciones. Finalmente los haitianos que presentan tasa de pobreza en ambas mediciones dos veces superiores a quienes nacieron en Chile.

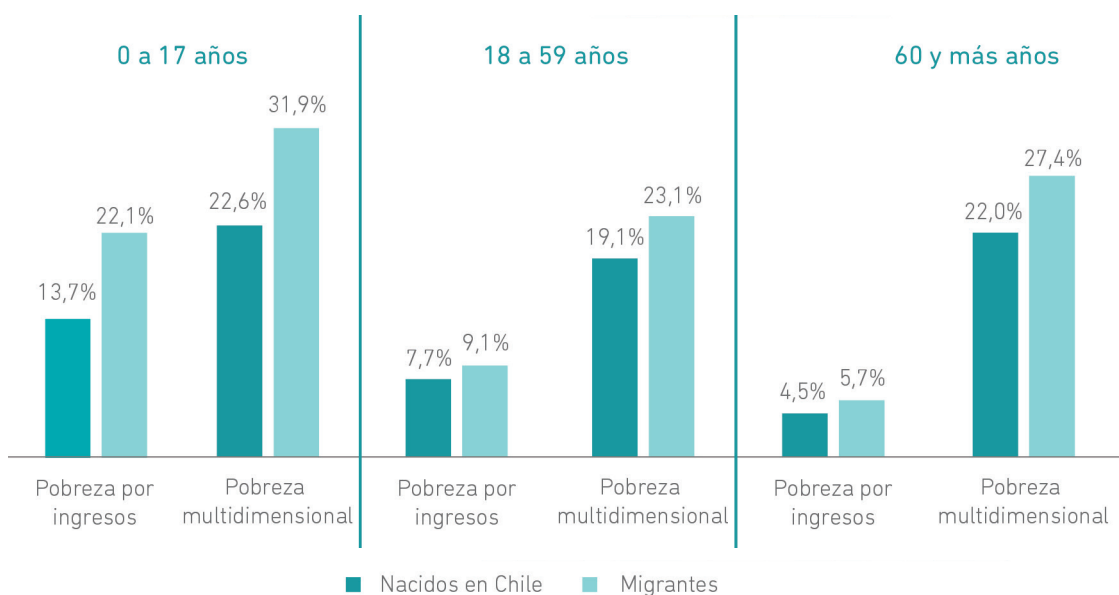
Otro factor relevante y que muestra diferencias en las formas de inclusión para los migrantes, es donde geográficamente estos se han instalados y actualmente residen. Si bien hay migrantes en todas las regiones del país, principalmente se concentran en el norte del país y en la región de Metropolitana, y entre ambas zonas se aprecian grandes diferencias según el nivel de pobreza que viven los migrantes (ver gráfico 5). Tanto en

Gráfico 4 – Tasa de pobreza por ingreso y multidimensional por país de origen



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

Gráfico 5 - Tasa de pobreza por ingreso y multidimensional por país y zona geográfica



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2017. Informe "Síntesis de Resultados Inmigrantes" (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

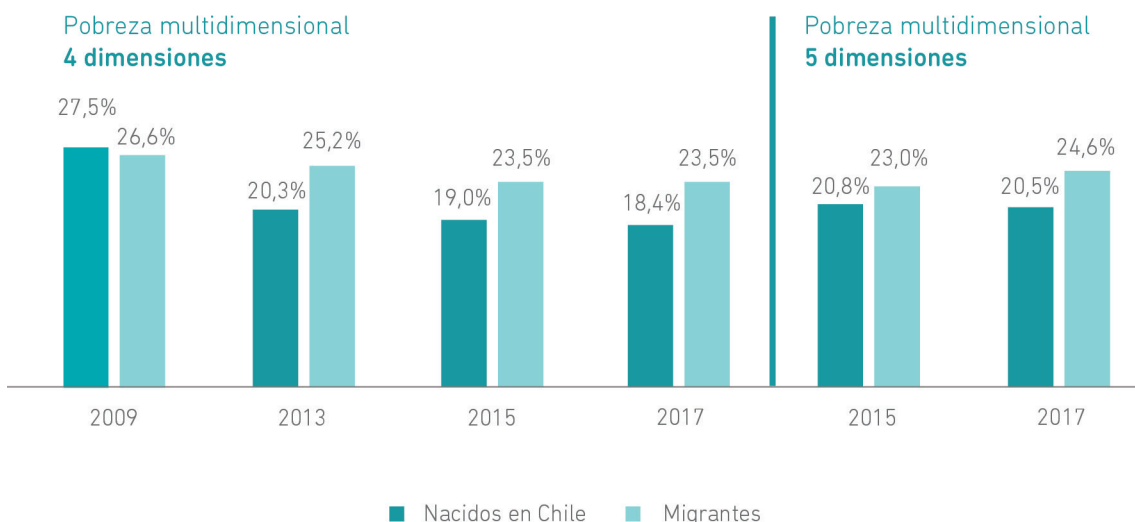
pobreza por ingresos como multidimensional, los migrantes que se han instalado en la zona norte del país presentan los mayores niveles de pobreza y diferencias con la población nacida en Chile de la misma zona. De todas maneras, para las tres grandes zonas agrupadas la población migrante presentan mayores tasas de pobreza por ingresos que la población nacida en Chile, mientras que en pobreza multidimensional, solo en la zona norte la población migrante presenta un mayor nivel de pobreza con diferencias estadísticamente significativas; esto ratifica que los migrantes que viven en el norte presentan mayor vulnerabilidad y condiciones de exclusión social.

Al distinguir por tramos etarios también se aprecian diferencias en los niveles de pobreza, y en particular destaca el hecho que para ambas mediciones, los niños, niñas y adolescentes representan el segmento más pobre dentro de los migrantes. Es también el tramo con mayor diferencia en relación al mismo segmento pero que nació en Chile (ver gráfico 6), siendo de hecho el tramo de 0 a 17 años

el único que presenta diferencias estadísticamente significativas con la población nacida en Chile para ambos tipos de pobreza. Estos datos nos muestran que la infancia migrante es un tema crítico tanto por la vulnerabilidad de este segmento como por los efectos que conllevarían las carencias y vulneraciones de derechos propios de nacer y crecer en pobreza.

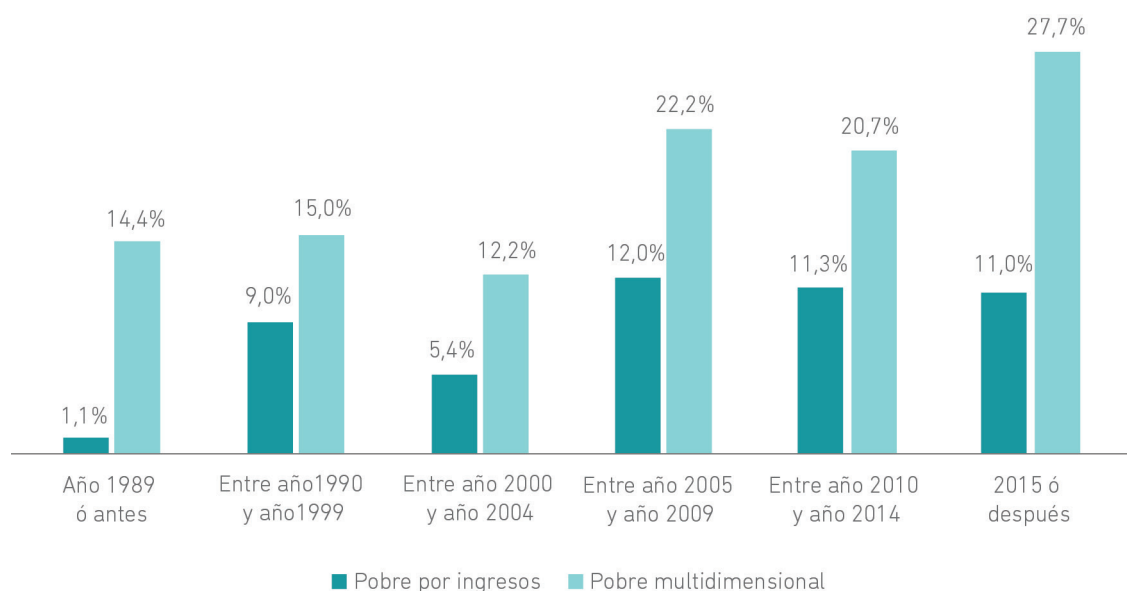
Otro elemento importante a considerar, es el período en el que un determinado migrante ingresa al país, lo que determina, por supuesto, el tiempo de residencia hasta el día de hoy. Esto por cuanto, mientras mayor sea este, es dable pensar que exista una mayor adaptación, como además la probabilidad de estar regularizado, lo cual permite acceder de forma más fácil a los diferentes servicios sociales. Esto es lo que probablemente explica que la población migrante llegada hace menos tiempo presenta mayores tasas de pobreza por ingreso y multidimensional, especialmente a partir del año 2005.

Gráfico 6 -Tasa de pobreza por ingreso y multidimensional por tramos de edad. Nacidos en Chile v/s Migrantes



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

Gráfico 7 – Tasa de pobreza por ingreso y multidimensional de migrantes según fecha de llegada al país



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

2.3.- Vulneración de derechos y multidimensionalidad de la pobreza del migrante

A continuación se realizará un análisis de las diferentes dimensiones en donde es posible identificar vulneraciones de derechos y carencias asociadas a las formas de exclusión social y pobreza, que son mayormente incidentes en la población migrante. Para esto se identificarán primero cuáles son las principales dimensiones en que los migrantes presentan mayores brechas según la medición de pobreza multidimensional, y desde esas dimensiones se realizará por separado un análisis más en profundidad de sus carencias, junto con una breve descripción de las políticas públicas que actualmente existen al respecto.

Como se vio anteriormente, la tasa de pobreza multidimensional en la población migrante no es significativamente superior a la de la población que ha nacido en Chile. Sin embargo, al mirar las dimensiones e indicadores particulares de la medición de pobreza multidimensional, y especialmente en relación a la población que nació en Chile, se aprecian diferencias importantes y brechas que indican dinámicas de exclusión social que obstaculizan el bienestar y posibilidades de integración de la población migrante en Chile. Como se puede observar en la tabla número 1, hay indicadores de pobreza multidimensional donde los hogares migrantes presentan mayores carencias (resaltados) en comparación con los hogares donde su jefatura nació en el país, siendo estos: asistencia a establecimiento educacional, adscripción al sistema de salud, habitabilidad, apoyo y participación social y trato igualitario.

Tabla 1 - Porcentaje de hogares carentes en indicadores de pobreza multidimensional, comparación entre población migrante y nacidos en Chile			
Dimensión de pobreza multidimensional	Indicadores de pobreza multidimensional	Jefe(a) de hogar nacido(a) en Chile	Jefe(a) de hogar migrante
Educación	Hogar carente en asistencia*	2,0%	6,3%
	Hogar carente en rezago escolar*	2,0%	1,0%
	Hogar carente en escolaridad*	30,0%	16,4%
Salud	Hogar carente en malnutrición en niños/as	4,5%	3,8%
	Hogar carente en adscripción a sistema de salud*	4,6%	21,2%
	Hogar carente en atención	4,0%	3,4%
Trabajo y seguridad social	Hogar carente en ocupación	9,7%	11,0%
	Hogar carente en seguridad social	30,9%	26,6%
	Hogar carente en jubilaciones*	11,0%	4,7%
Vivienda y Entorno	Hogar carente en habitabilidad*	18,2%	28,9%
	Hogar carente en servicios básicos	6,5%	8,3%
	Hogar carente en entorno*	10,4%	5,4%
Redes y Cohesión Social	Hogar carente en apoyo y participación social*	5,6%	15,8%
	Hogar carente en trato igualitario*	12,7%	32,2%
	Hogar carente en seguridad*	12,1%	8,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2017. Informe "Síntesis de Resultados Inmigrantes" (Ministerio de Desarrollo Social, 2018). *Indicadores que presentan diferencias estadísticamente significativas.

2.4.- Dimensión educación

A Al revisar los indicadores de pobreza multidimensional en la dimensión educación, se observa que la población migrante tiene un indicador que presenta mayor carencia en relación a la población nacida en Chile, asistencia a establecimiento educacional⁴, y dos indicadores

que presentan una mejor situación, rezago escolar⁵ y escolaridad⁶.

Sobre la gran diferencia entre los porcentajes de hogares carentes con el indicador escolaridad para los migrantes y nacidos en Chile (16,4% versus 30,0% respectivamente), es importante señalar que la población migrante en general

⁴Un hogar es carente en este indicador cuando "Uno de sus integrantes de 4 a 18 años de edad no está asistiendo a un establecimiento educacional y no ha egresado de cuarto medio, o al menos un integrante de 6 a 26 años tiene una condición permanente y/o de larga duración y no asiste a un establecimiento educacional.

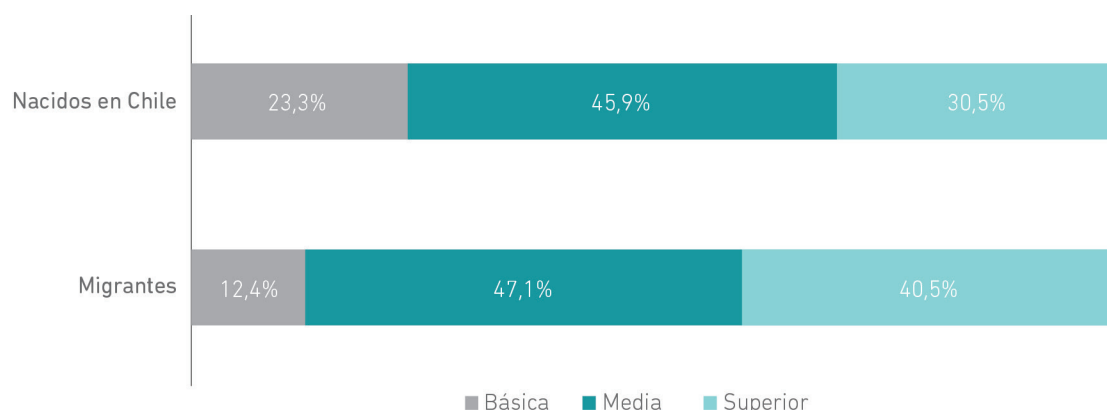
⁵Uno de sus integrantes de 21 años o menos asiste a educación básica o media y se encuentra retrasado dos años o más.

⁶Uno de sus integrantes mayores de 18 años ha alcanzado menos años de escolaridad que los establecidos por ley, de acuerdo a su edad.

presenta niveles educativos y años de estudios aprobados significativamente más altos que quienes han nacido en Chile. Los datos del CENSO 2017 son coherentes al respecto, al comparar la escolaridad promedio⁷ entre ambas poblaciones, los migrantes tienen una media de 12,4 años y los nacidos en Chile 11,1 años. La mayor escolaridad de los migrantes expresa particularmente cómo se estructura el nivel educacional de su población, como se puede ver en el gráfico número 8, un 40,5% de la población migrante de 18 años o

más ha alcanzado la educación superior (técnico, profesional o postgrado), mientras que la población nacida en Chile sólo el 30,5% alcanza dicho nivel. Considerando particularmente a quienes han alcanzado educación profesional completa o postgrado las diferencias en términos proporcionales son aún mayores, según datos de CASEN 2017, el 26,2% de la población migrante posee un título profesional o además postgrado, en comparación con la población nacida en Chile donde un 12,2% alcanza dicho nivel educativo.

Gráfico 8 - Distribución de la población de 18 años o más según el nivel educacional del último año aprobado, comparación entre población nacida en Chile y migrante



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CENSO 2017.

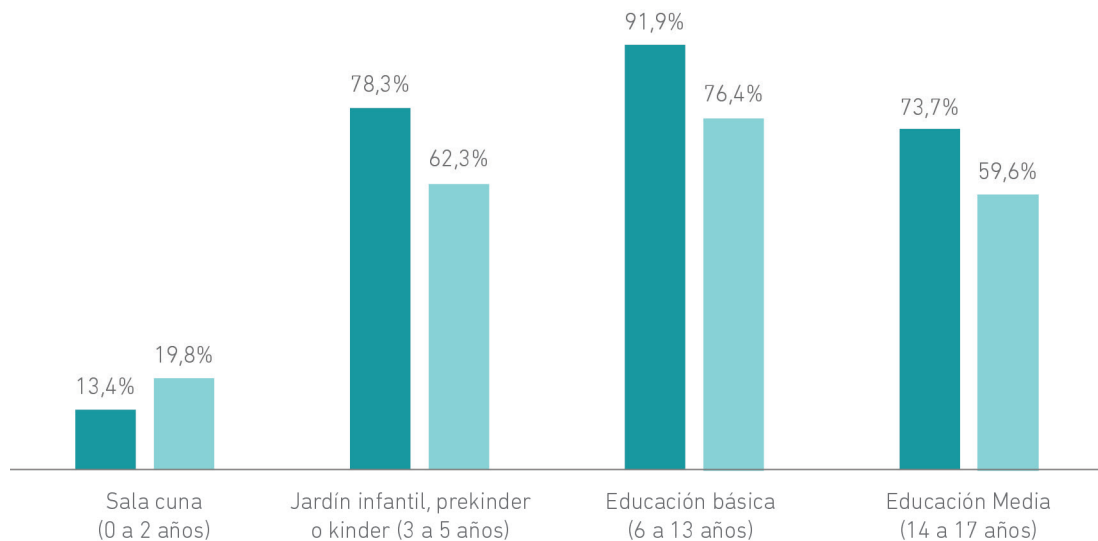
Sin embargo, pese a que la población migrante tiene un mayor capital educativo, esto no redunda necesariamente mayores ventajas, posibilidades de inclusión y reconocimiento por parte de la sociedad que los acoge, ya que en la mayoría de los casos estas mayores credenciales académicas no están convalidadas (Lafortune y Tessada, 2016), lo que impacta en varios ámbitos, especialmente y como veremos más adelante, en la posibilidad de trabajar en ocupaciones con niveles de calificación acordes con su formación educacional.

Mientras que la población migrante adulta presenta mejores indicadores educativos, la población infantoadolescente muestra de forma preocupante dificultades de acceso tanto a la educación preescolar y escolar, y frente a esta última, altos niveles de desescolarización.

Como se aprecia en el gráfico 9, salvo en el acceso de salas cunas, la población migrante en comparación con los niños y niñas que han nacido en Chile, presenta menores tasas de asistencia para jardines infantiles, pre kínder, kínder, educación básica y media.

⁷Promedio de años de estudios declarados como efectivamente cursados, en este caso aplicado para la población igual o mayor de 18 años.

Gráfico 9 - Tasa de asistencia de niños, niñas y adolescentes niveles de sala cuna, jardín infantil, educación básica y media según tramos de edad respectivos



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de CASEN 2017.

Al analizar las razones de no asistencia para cada nivel educativo, es posible identificar al menos algunas tendencias que pueden explicar este fenómeno. Con respecto a la sala cuna, tanto para los nacidos en Chile como para los migrantes, la razón más declarada es porque señalan que consideran que no es necesario que asistan, porque lo pueden cuidar en la casa o porque no les parece necesario que asistan de acuerdo a la edad. Sin embargo, la población migrante declara en menor medida estas razones, según CASEN 2017 un 75,1% de quienes no envían a sus hijo(as) a sala cuna declaran estas causas, mientras el 88,1% de los padres de hijos(as) nacidos en Chile lo hacen. Esto tiene sentido considerando que la población migrante es en mayor medida población económicamente activa y uno de sus principales razones para venir a Chile es para poder trabajar, razón por la cual la sala cuna se vuelve fundamental para las madres que trabajan. Mientras que dentro de las razones con mayor frecuencia y que los padres migrantes señalan en mayor medida como causa del no envío de sus hijos(as) a sala cuna, es la falta de cupos o la negativa de los establecimientos a ser recibidos (con un 11,3% de las menciones versus el 3,1% de los padres de niños(as) nacidos en Chile).

Una situación similar pasa con jardines infantiles, pre kínder y kínder. Sin embargo ocurre algo paradójico, pues en este nivel educativo la población migrante declara en mucha menor medida respecto de los nacidos en Chile, que no envían a sus hijos a un establecimiento por decisión propia; en efecto, el 46,0% manifiesta no enviar a niños y niñas porque estos son cuidados en la casa o considera que no es necesario, en comparación al 79,4% de las familias chilenas que esgrimen esta razón. Esto quiere decir que en general las familias migrantes que no envían los niños a establecimiento de educación inicial lo hacen por motivos externos, lo que se puede apreciar en el hecho de que el 15,0% declara que no aceptan a los niños o no hay matrículas disponibles (versus el 4,9% de los hogares chilenos que declaran esta razón), y un 28% declaran como respuesta "otra razón", y dentro de esa categoría, la gran mayoría de las menciones aducen que recién llegaron a Chile y no han podido matricularlos.

Con respecto a la menor tasa de asistencia de los niños, niñas y adolescentes migrantes para educación básica y media, las razones nuevamente apuntan en su mayoría a dificultades externas.

Una que presenta mayor mención en la población migrante en relación a la población nacida en Chile son las dificultades económicas, con un 11,8% de las menciones versus un 3,0% de los niños, niñas y adolescentes nacidos en el país y que tampoco asisten. Sin embargo, lo que más destaca es que el 77,5% de las menciones de la población migrante están calificadas como "Otra razón"⁸. Si se indaga en las múltiples respuestas concentradas en esta categoría es posible dar cuenta de que un 68% señala razones relacionadas a su llegada reciente al país, un 8% alude a cambios de país y 7% indica razones que tienen relación con la convalidación de estudios o la falta de matrícula en los establecimientos.

Estos datos nos permiten afirmar que existe un periodo de adaptación que retrasa el ingreso al sistema escolar, y que entre otros factores, inciden las dificultades y en algunos casos obstáculos normativos propios del sistema educativo al momento de poder recibir, incorporar e incluir finalmente a la población migrante, especialmente quienes llegan en una situación irregular. Es importante señalar al respecto, que en Chile se han realizado una serie de modificaciones para facilitar y asegurar el derecho a la educación para los niños migrantes más allá de la situación de regularización de sus padres o cuidadores. Ya en 1995 el MINEDUC estipuló el sistema de convalidación de estudios en los niveles básico y medio, lo que permitió a los niños migrantes independiente de la situación legal de sus padres poder ser matriculados de forma provisional en cualquier establecimiento del sistema educativo. Sin embargo esta normativa fue poco conocida por los establecimientos, lo que sumado a las exigencias de certificados y documentos, hizo que fuese poco aplicable y no logró disminuir los obstáculos para que los niños, niñas y adolescentes con padres en situación migratoria irregular pudieran estudiar (Rosende, 2018). En el año 2003, se envía un oficio a todos los establecimientos para facilitar la incorporación de todos los niños migrantes, donde además se otorgó a quienes se

encontrasen en situación irregular, permisos de residencia en condición de "estudiante titular". Pese a que esta matrícula provisoria permitía acceder y regularizar la situación académica, exigía para la incorporación regular al sistema educativo, la normalización de la situación migratoria de los padres; en tanto eso no sucediera los niños niñas y adolescentes en esta situación, (que pasaron a ser conocidos como niños RUT100) no se les reconocía su trayectoria académica formal, no pudiendo ser ingresados al Sistema de Información General de Estudiantes (SIGE). De este modo, quedaban al margen de una serie de beneficios a los que tienen derechos los estudiantes, así como a la posibilidad de rendir la PSU, privándolos también del acceso a la Educación Superior. (Elige Educar, 2016; Rosende, 2018). Si bien en el año 2005 el Ministerio de Educación emitió otro oficio que instruía y promovía la incorporación a todo niño migrante al sistema educativo, aumentando así la matrícula de estos, no fue hasta el año 2017 cuando se eliminó la categoría de niños no regularizados ni considerados en el sistema educativo.

Otra fuente de dificultades que pudiese obstaculizar la inclusión educativa es el proceso de convalidación de estudios, especialmente para aquellos estudiantes que no pueden acreditar sus años de escolaridad, donde deben pasar por un proceso de validación de estudios, en el que el DEPROV (Departamento Provincial) decide en qué curso queda el niño o niña, o bien, se realiza una prueba de diagnóstico para establecer en qué curso debe ser matriculado con el estudiante (Contreras, Cortés & Fabio, 2012). Para los establecimientos, el mayor conflicto se produce cuando los estudiantes ingresan al sistema en mitad de un semestre, lo que perjudica su evolución dentro de un curso, sobre todo debido al largo proceso de validación de estudios y/o calificaciones. Además, se reporta que, luego de la incorporación a un curso determinado, los niños y niñas migrantes son evaluados según el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje estipulado. Si les va mal en el curso en el que fue matriculado, se le

⁸Es la categoría que en CASEN se utiliza cuando los informantes señalan razones que no se encuentran pre codificadas en la encuesta. Esto significa que las razones de los migrantes, principalmente las dificultades de acceder a un establecimiento cuando recién llegan no habían alcanzado el nivel de frecuencia necesaria para considerarse como una razón posible de análisis.

devuelve a un curso anterior (La Escuela Somos Todos, 2017). Esta situación se ve acrecentada en el caso de los estudiantes haitianos, para quienes el lenguaje es un elemento que dificulta el acceso a una escuela. Como deben pasar por un proceso de adaptación, particularmente con el idioma, muchos de ellos pasan periodos sin asistir a la escuela, pues están aprendiendo a desenvolverse en este nuevo contexto (Poblete Melis & Galaz, 2016), provocando situaciones de rezago en sus trayectorias académicas.

2.5.- Dimensión trabajo

Como se vio anteriormente en la Tabla N° 1, la población migrante en términos de pobreza multidimensional no presenta mayores desventajas ni brechas en relación a quienes han nacido en Chile. En términos demográficos, los migrantes concentran una alta proporción de población económicamente activa (15 a 59 años) y presentan un mayor nivel de participación laboral⁹ en relación a quienes han nacido en Chile, lo que se condice con las motivaciones económicas detrás de la decisión de emigrar (Aldunate, Contreras, de la Huerta y Tapia 2018). Sin embargo, al profundizar en variables que dan cuenta de la calidad del empleo, y específicamente en la forma en que se está segmentando el mercado laboral para la población migrante, el tipo de ocupaciones que están teniendo indican cierta subutilización del capital educativo, dando cuenta de procesos de exclusión y discriminación hacia esta población.

En el informe de la Comisión Nacional de Productividad (2018) se señala que la ubicación de las personas migrantes en el mercado laboral, no está asegurada por el nivel educativo sino más bien dependen de las oportunidades que efectivamente encuentran en Chile (p.34). Esto se relaciona con el marco estructural del fenómeno migratorio, que se debe más a la demanda de trabajadores y tipos de ocupaciones específicas por parte del país receptor, más que por las decisiones y capacidades mismas de los migrantes (Doña,

2016). Como veremos, esto dice relación con un desacople entre calificación profesional y la oferta laboral para migrantes en Chile. Esto significa que los años de educación no aseguran al migrante puestos de trabajo acordes a su capacitación, ni una distribución similar a la de los chilenos (Comisión Nacional de Productividad, 2018). Pese al mayor nivel educativo que presenta la población migrante a nivel agregado, estos presentan menor nivel de inserción en los empleos más calificados, y por el contrario, una mayor concentración en ocupaciones de baja y nula calificación, respecto de los trabajadores que nacieron en Chile (Bravo y Urzúa, 2018).

Esta situación se puede entender mejor al observar datos de subempleo. El subempleo se utiliza generalmente como indicador asociado al desempleo y la precarización, que en la literatura se suele considerar como una situación de “medio empleo” (Fundación Sol, 2010). Entre diferentes indicadores de subempleo, está el subempleo por horas de trabajo, que considera a los ocupados que desean trabajar más horas, están disponibles para trabajar más horas, y al mismo tiempo han trabajado menos de un límite de horas determinado (OIT, 1998). También está el subempleo por competencias, que indica específicamente el desajuste entre el las competencias del trabajador (nivel educacional) y las calificaciones que requieren el tipo de ocupación donde se encuentra trabajando. Particularmente el subempleo por competencias implica una subutilización de las competencias laborales, y en consecuencia una menor generación de valor agregado en relación a lo que podría lograrse (Bravo, 2016a).

Considerando el nivel de subempleo total, es decir, los trabajadores que presentan subempleo por horario y/o por competencias (Bravo, 2016b), la población migrante presenta una proporción del 20,9% para el total de trabajadores de esta población. En cambio, entre los trabajadores que nacieron en Chile, un 18,3% presenta subempleo total. Sin embargo, al observar cómo

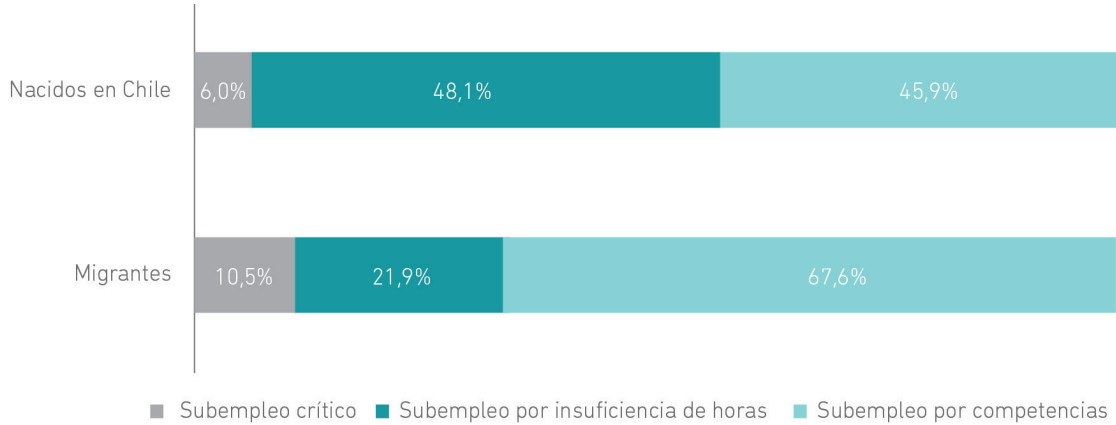
⁹Según CASEN 2017, la tasa de participación laboral para la población nacida en Chile y considerando a mayores de 18 años es del 61,3%, mientras que para la población migrante es del 83,2%.

está compuesto el subempleo total para ambas poblaciones (Ver Gráfico 10), a diferencia de los trabajadores que nacieron en Chile, el subempleo de la población migrante debe principalmente a competencias. Esto indica que muchos migrantes están en empleos que no son acordes a su nivel de preparación (Bravo y Urzúa, 2018; Lafortune y Tessada, 2018; Silva, Palacios y Tessada, 2014). Lo señalado se traduce en un desajuste, o “inadecuada asignación” entre niveles de educación y sector productivo en el que se desempeñan las personas migrantes en Chile, lo que trae consecuencias en la

pérdida de oportunidades económicas para el país y un menor desarrollo personal y profesional de los migrantes (Comisión Nacional de Productividad, 2018).

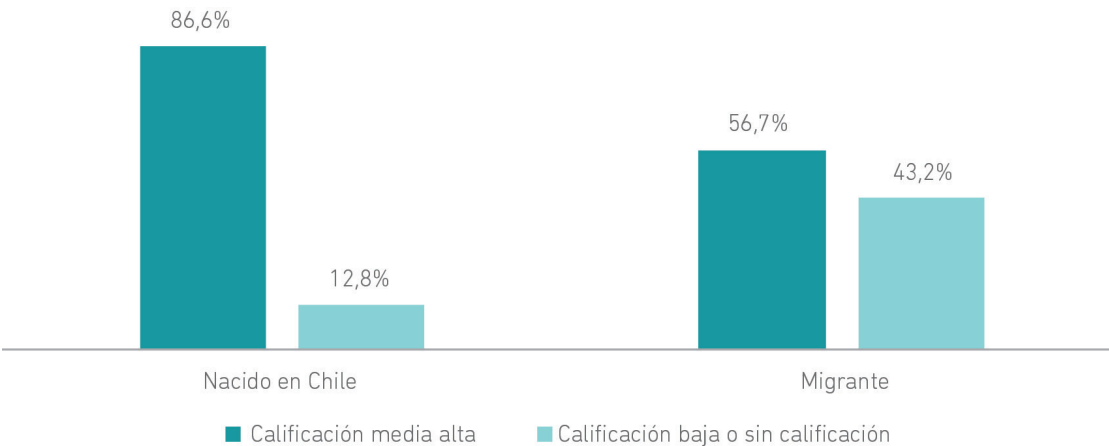
Este desacople entre las competencias y los puestos de trabajo que finalmente ocupan los trabajadores migrantes, es más agudo para quienes llegan a Chile con un nivel educacional superior, y particularmente para quienes tienen título profesional. Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, en el trimestre marzo-mayo 2018, el

Gráfico 10 - Tipo de subempleo comparando entre población nacida en Chile y migrante, trimestre marzo-mayo 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de Bravo y Urzúa (2018) con datos del INE.

Gráfico 11 - Calificación de las ocupaciones en trabajadores mayores de 18 años con educación profesional, comparando entre población nacida en Chile y migrante



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

28% de los nacidos en Chile con educación superior completa (Educación técnica superior o profesional) se encontraba trabajando en grupos ocupacionales de mediana o baja calificación, en contraste al 47% de los inmigrantes con el mismo nivel educativo (Bravo y Urzúa, 2018, p.14). Datos de la encuesta CASEN 2017 complementan dicha información. En efecto, si se sigue la correspondencia entre la clasificación de tipos de empleos de la CIUO-08¹⁰ y los niveles de competencia asociados a cada uno, se aprecia que solo el 12,8% de los nacidos en Chile con educación profesional completa aparece ejerciendo trabajos de calificación baja o sin calificación¹¹, lo cual corresponde a un 43,2% en los trabajadores migrantes, lo que muestra una mayor subutilización en los profesionales extranjeros.

En la misma población migrante con educación profesional completa, si se observan tipos de ocupación específicos (Ver Tabla 2), solo un 37% se ocupa en empleos “Profesionales, científicos e intelectuales”, en comparación al 63% de los trabajadores nacidos en Chile con mismo nivel educativo. Otra diferencia se observa en “Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio”, ocupación de menor calificación, pero en la cual un 21% de los trabajadores migrantes con educación profesional ejercen, en relación al 4% en la población nacida en Chile. Finalmente, en Trabajos no calificados en general, casi un 10% de los profesionales migrantes son clasificados en ellos, lo que constituye un 2% en los trabajadores nacidos en Chile.

Tabla 2 - Distribución de trabajadores con educación profesional mayores de 18 años, según tipo de ocupación, comparando entre población nacida en Chile y migrante		
Tipo de ocupación	Nacidos en Chile	Migrante
Fuerzas Armada	0,3%	0,1%
Miembros del poder ejecutivo y de los cuerpos legislativo	8,6%	8,7%
Profesionales, científicos e intelectuales	62,8%	36,9%
Técnicos profesionales de nivel medio	15,3%	11,1%
Empleados de oficina	2,8%	7,9%
Trabajadores de los servicios y vendedores de comercio	3,9%	20,6%
Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesquero	0,4%	0,3%
Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros	2,4%	3,5%
Operadores de instalaciones y máquinas y montadores	1,3%	1,8%
Trabajadores no calificados	2,0%	9,1%
Sin dato	0,2%	0,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

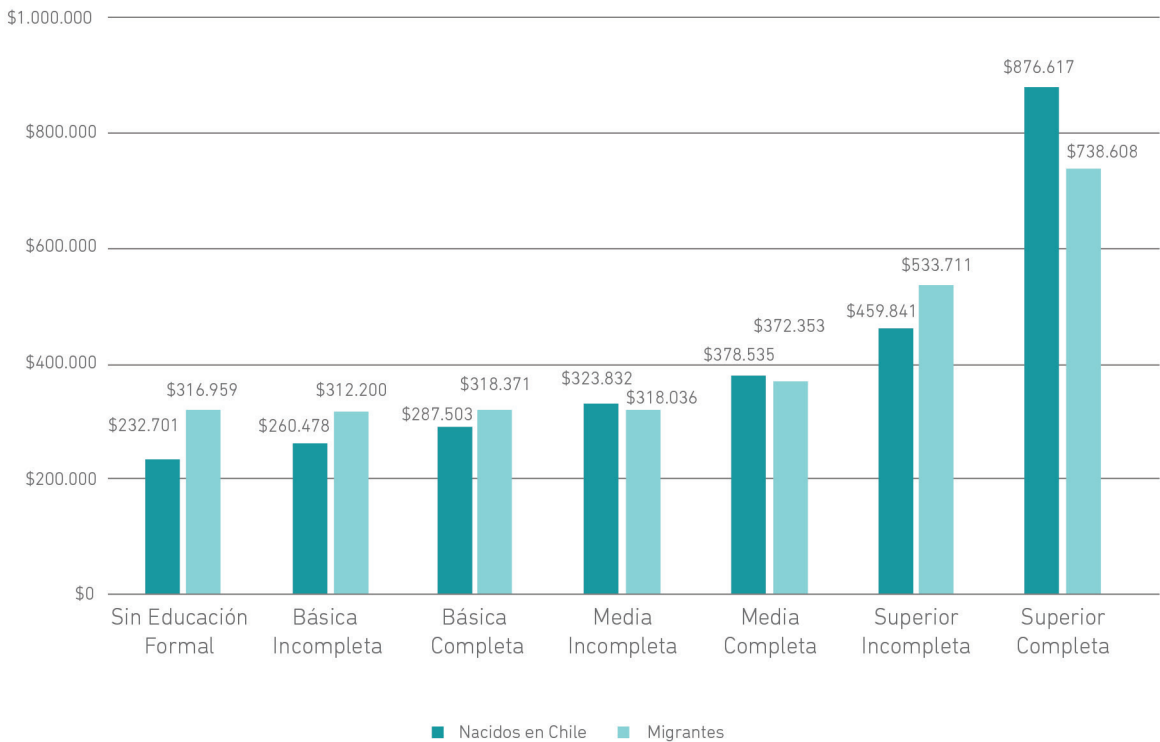
¹⁰La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) de la OIT de 1988, agrupa las diferentes ocupaciones según el nivel de las calificaciones requeridas para cumplir las tareas y funciones del empleo. En encuesta CASEN se utiliza esta clasificación para agrupar los diferentes tipos de empleos, y según esto es posible distinguir niveles de calificación y competencias necesarias para ejercerlas.

¹¹Se agrupan en estas categorías los tipos de empleos que se requieren como competencias necesarias haber alcanzado como nivel educativo más alto, educación media (nivel de calificación baja) o nivel de educación básica (para trabajos no calificados). Los tipos de ocupación que incorporan este grupo serían: empleados de oficina; trabajadores de servicios y vendedores de comercio; agricultores y trabajadores calificados agropecuarios y pesqueros; oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros; Operadores de instalaciones y máquinas y montadores; y trabajadores no calificados.

Ahora, viendo cómo afecta esto al nivel de remuneración, el Gráfico 12 muestra que los migrantes con educación superior tienen menos ingresos que los nacidos en Chile con igual nivel educacional, indicando la relativa devaluación del título profesional o técnico superior de un migrante en el mercado del trabajo, respecto de quienes nacieron en Chile, lo que puede explicarse en parte por lo señalado sobre las opciones de empleo que efectivamente encuentran los migrantes.

Uno de los obstáculos para que los migrantes puedan insertarse en empleos acordes a su nivel de formación, son las dificultades para convalidar estudios, tanto para reconocer haber terminado educación escolar como para la validación de los títulos de educación superior. En efecto, las dificultades de revalidación a nivel escolar mencionadas en el apartado anterior, se replican en los estudios superiores, pese a que el proceso de reconocimiento está centralizado en

Gráfico 12 - Sueldo promedio según su nivel educacional comparando entre población nacida en Chile y migrante



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

la Universidad de Chile. Esto se explica, en parte pues hay diferentes dificultades u obstáculos dependiendo de la profesión o país de origen; en el primer caso, dado la amplia gama de criterios para distintos gremios profesionales según la regulación del ejercicio profesional del área correspondiente; en el segundo caso, pues existen distintos tratados los cuáles han sido, en muchos casos, suscritos por separado por parte del Estado de Chile (Rosende, 2018). Esto significa

que migrantes con profesiones o países de origen particulares, tendrán diferentes dificultades para poder ejercer lo que han estudiado. Por ejemplo, la comunidad de migrantes haitianos en Chile hasta el año 2017 no podían convalidar sus estudios en los niveles de enseñanza básica o media, lo cual les impidió seguir estudiando en educación superior o trabajar en empleos con algún nivel de calificación (Rosende, 2018).

En consecuencia, se vislumbran barreras relevantes para los migrantes calificados que llegan a Chile, lo que les dificulta ejercer en empleos acordes a su nivel educativo. Se ha identificado que esto se debe a un problema visible con el sistema de reconocimiento, revalidación y convalidación de estudios profesionales obtenidos en el extranjero, el cual es muy complejo, y en el caso de algunas profesiones, imposible, lo cual motiva a los migrantes a buscar trabajos que no requieren de certificaciones formales para poder generar ingresos, sobretudo en sus primeros años (Servicio Jesuita a Migrantes, 2019; Comisión Nacional de Productividad, Silva, Palacios y Tessada, 2014)

2.6.- Dimensión salud

La migración en sí misma no constituye un riesgo para la salud del migrante, sin embargo existen ciertas condiciones asociadas al proceso migratorio que si pueden exponer a las personas

a condiciones de vulnerabilidad biológica, social, económica, psicológica, legal y/o cultural, y que finalmente pueden afectar su estado de salud (Cabieses, 2014; OIM, 2015; Van der Laat, 2017; Betancour, 2018). Esto afecta particularmente a los migrantes que no se han regularizado, ya que suelen afrontar dificultades de adaptación a contextos socioculturales muchas veces adversos y discriminatorios, vivir en espacios sin condiciones adecuadas de saneamiento y agua potable, así como también un limitado acceso a servicios de salud, lo que es agravado especialmente cuando se suman las barreras culturales y lingüísticas (Van der Laat, 2017). Es por esto que existe consenso internacional y es reconocido por la OMS que los procesos migratorios constituyen un determinante social de la salud (Cabieses, 2014; OIM, 2015; Van der Laat, 2017; Betancour, 2018). Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) los determinantes sociales de la salud que afectan de manera particular a los migrantes serían los siguientes:

Tabla 3 - Determinantes sociales de la salud relacionados a la migración internacional				
Factores biológicos	Factores individuales	Factores sociales y comunitarios	Factores laborales y de habitabilidad	Factores estructurales y políticos
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Género • Factores hereditarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel educativo • Situación irregular • Consumo problemático de alcohol y/o drogas • Barreras idiomáticas y de acceso a información 	<ul style="list-style-type: none"> • Separación familiar • Exclusión social • Xenofobia, discriminación y estigma • Servicios de salud poco "amigables" u "hostiles" hacia migrantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones laborales riesgosas y sin salarios dignos • Limitación o carencia de agua potable • Viviendas inseguras y sin condiciones de saneamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de legislación que garantice el acceso a la salud y a servicios sociales sin importar el estatus migratorio • Inexistencia o ineffectividad de políticas laborales para proteger los derechos del migrante trabajador • Políticas restrictivas o discriminatorias

Fuente: Elaboración propia a partir de clasificación de OIM (2015).

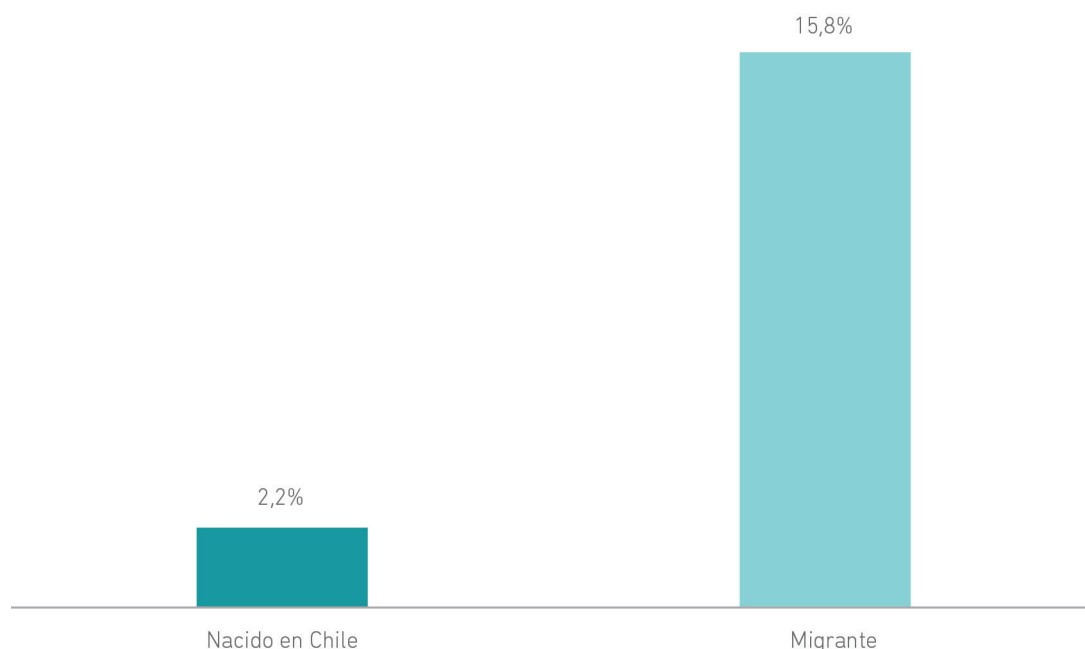
En Chile existen aún pocos datos oficiales sobre prevalencia de enfermedades en población migrantes, sin embargo los estudios que hay al respecto muestran que a nivel general, los inmigrantes presentarían menos problemas de salud que la población nacida en Chile, lo que también es reforzado por el hecho de demográficamente es una población más joven. Sin embargo existen subgrupos de migrantes más vulnerables que si reportan peores resultados de salud (Cabieses, Bernal y McIntyre, 2017).

A pesar de que los derechos humanos, incluidos el derecho a la salud, aplican a todas las personas por igual, muchos migrantes y especialmente los que se encuentran en situación de vulnerabilidad, tienen problemas para acceder a la atención de salud (MINSAL, 2017). Particularmente en América Latina es problemática la dificultad de acceso a la salud desde los mismos servicios o Estados, donde existen brechas en el aseguramiento del derecho a la salud para la población migrante, por falta de políticas, normativas, asimetrías en la atención o discriminación (Liberona y Mancilla, 2017).

La llegada creciente de migrantes en los últimos años, ha traído grandes desafíos al sistema de salud, lo que como consecuencia ha significado modificaciones en las normativas para poder adaptarse a esta nueva realidad (Betancour, 2018), que implica cambios demográficos, epidemiológicos y la necesidad de asegurar el acceso a la salud a la población migrante (Liberona y Mancilla, 2017). Al respecto es posible reconocer avances, tales como el control del embarazo, atención universal de salud para menores de 18 años independiente de su condición migratoria, atención de urgencia y acceso a prestaciones de salud pública como vacunas, tratamiento de enfermedades infecciosas, garantizar la atención a migrantes en situación irregular y garantizar su inclusión en el tramo A del Fondo Nacional de Salud en caso de carencia de recursos (Betancour, 2018).

Parte de estos avances se ven reflejados en los indicadores de pobreza multidimensional referidos en la dimensión salud (ver tabla n° 1), donde los datos de malnutrición y de acceso a la salud muestran que los migrantes no presentan niveles

Gráfico 13 - Porcentaje de personas que no se encuentran adscritas en algún sistema de salud, incluido FONASA, diferencia entre población nacida en Chile y migrante



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

de carencias diferentes a la población nacida en Chile. Sin embargo, en el indicador de adscripción a sistema de salud, los migrantes presentan un nivel de carencia mucho mayor en relación a la población que nació en Chile. Esto quiere decir que hay una proporción importante de migrantes no están adscritos a un sistema previsional de salud (ver gráfico 13), a pesar de las nuevas normativas que permiten la inclusión al sistema de FONASA sin tener que regularizar la situación migratoria, presentando en este sentido mayores barreras para poder acceder a los diferentes servicios de salud más allá de los de urgencia.

Al respecto, algunas investigaciones que se han realizado en Chile han mostrado que pese a la existencia de normativas que permiten el acceso garantizado y sin discriminación a la población migrante sin importar su situación de regularización, en la práctica existe un escaso cumplimiento en los mismos establecimientos de salud; los procedimientos son engorrosos y muchas veces desconocidos para los equipos de salud, que muchas veces utilizan sus propios criterios, lo que tiene como consecuencia una dificultad en la aplicación de estas normas y por ende poder garantizar el derecho a la salud a la población migrante (Liberona y Mancilla, 2017; Betancour, 2018). Por otro lado, se identifica una predisposición negativa por parte de los funcionarios de la salud hacia la población migrante, con percepciones tales como que serían un problema epidemiológico para la salud pública o que son una carga económica para el sistema de salud. Estas ideas muchas veces se expresan en prácticas excluyentes y discriminatorias en los mismos servicios de salud, constituyéndose en una barrera informal de acceso a la salud para la población inmigrante, especialmente quienes se encuentran en situación irregular, que en muchos casos son considerados como “pacientes ilegítimos” (Liberona y Mancilla, 2017).

2.7.- Dimensión vivienda y entorno

Una de las principales brechas sociales que presentan actualmente los migrantes se encuentra en las condiciones de habitabilidad. En la medición de pobreza multidimensional (ver tabla 1), el indicador de habitabilidad es el que presenta la segunda tasa más alta para esta población, donde casi un tercio (28,9%) de los hogares en los cuales su jefatura es migrante, presenta una carencia en este indicador, lo que significa que todos los miembros de su hogar viven en condición de hacinamiento y/o residen en una vivienda precaria o en mal estado. Al analizar indicadores particulares de habitabilidad se puede observar que el principal problema está concentrado en las condiciones de hacinamiento¹² y no en el estado de la vivienda¹³ donde habitan.

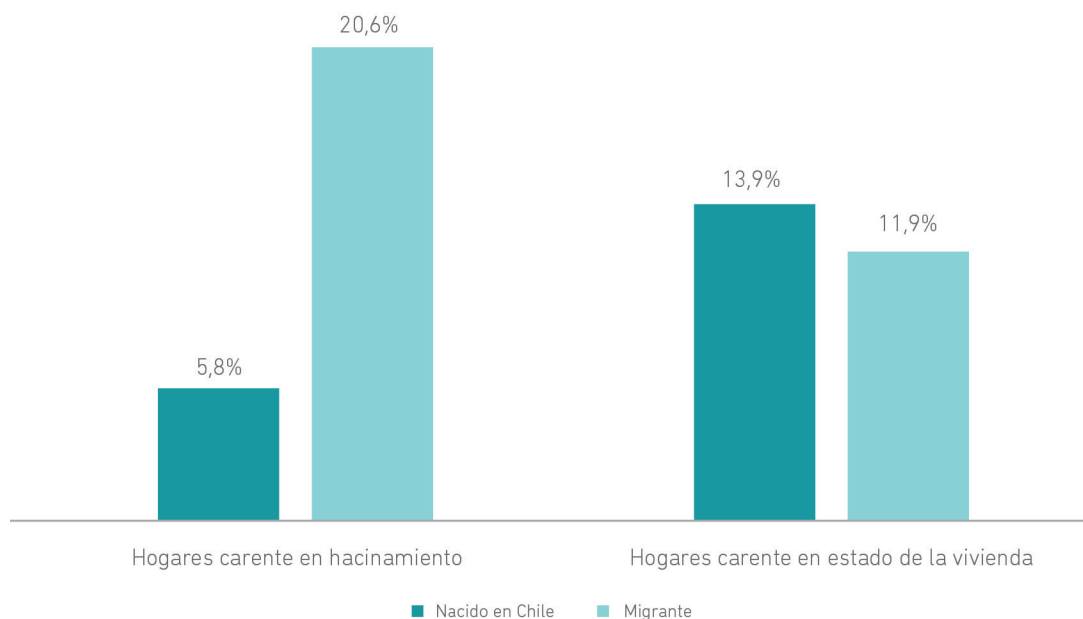
Otro indicador que es expresivo de la forma en la cual la población migrante habita es el de allegamiento (Gráfico 15), como estrategia para solucionar el problema del alojamiento, compartiendo la vivienda con otro núcleo familiar o entre diferentes hogares. Para las familias más pobres en Chile el compartir la vivienda entre familiares (allegamiento interno) es una forma históricamente común de hacer frente a las dificultades de acceso a la vivienda, sin embargo, para los migrantes, especialmente quienes están recién llegados y se encuentran en situación migratoria irregular, es más frecuente que diferentes hogares, sin nexo familiar compartan una misma vivienda (allegamiento externo), lo que se expresa en el uso residencial de cités y viviendas tugurizadas, bajo subarriendo de piezas y muchas veces compartiendo un solo dormitorio (López-Morales, Flores, y Orozco; 2018).

En cuanto a la forma de acceder a la vivienda, la gran mayoría de los hogares migrantes lo hace a través del arriendo. Según CASEN 2017 un 82,8%

¹²Se considera que un hogar es carente por hacinamiento si el número de personas en el hogar por dormitorio de uso exclusivo es mayor o igual a 2,5.

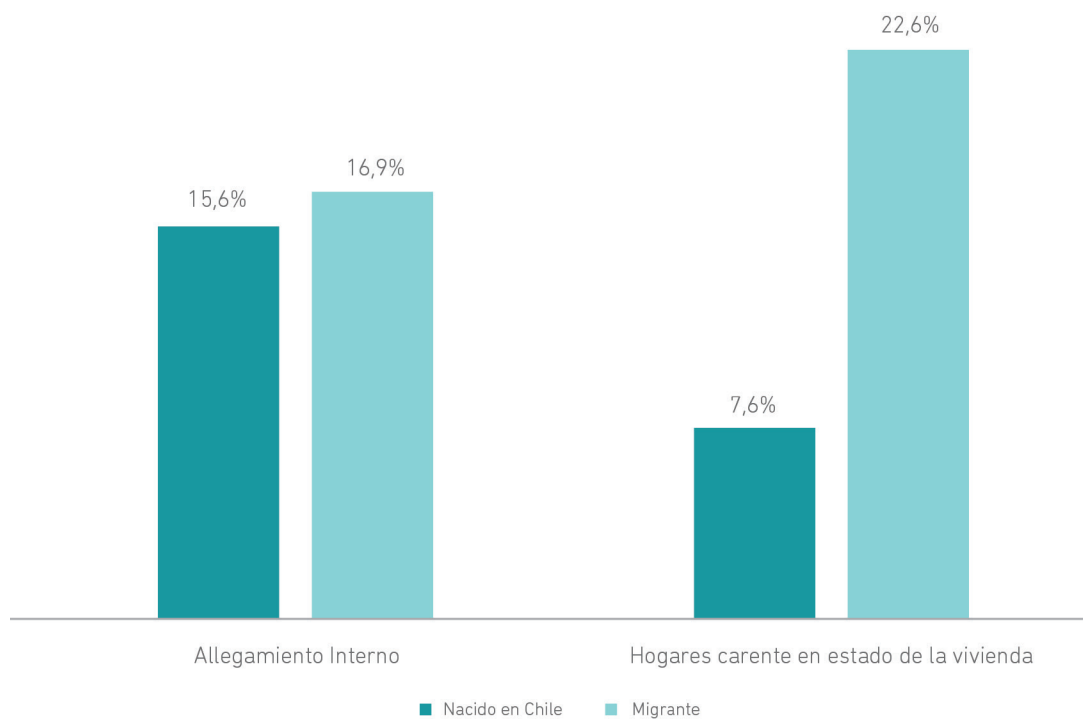
¹³Se considera que un hogar es carente por estado de la vivienda que habita si ésta presenta muros, techos o suelos en mal; o si la vivienda es de tipo precario: mediaguas o mejoras; y viviendas precarias de materiales reutilizados (latas, plásticos, cartones, etc.).

Gráfico 14 - Porcentaje de hogares carentes en indicadores de hacinamiento y estado de la vivienda, comparación población nacidos en Chile y migrantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

Gráfico 15 - Porcentaje de hogares carentes en indicadores de hacinamiento y estado de la vivienda, comparación población nacidos en Chile y migrantes



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

de los hogares con jefatura migrante arrienda su vivienda, en contraste con los hogares donde su jefatura nació en Chile, en los cuales un 18,7% arrienda, mientras un 62,9% tiene casa propia. Lo preocupante de la situación habitacional de los migrantes es la alta proporción de hogares que arriendan de manera informal; un 27,4% de estos arrienda sin contrato, frente al 6% de los hogares con jefatura nacida en Chile clasificados como arrendadores en esta modalidad. El arriendo informal es un factor importante de vulnerabilidad para las familias migrantes. Arrendar sin contrato, permite al arrendatario llevar el control de la relación y modificar los acuerdos a su interés y arbitrio, lo que se expresa muchas veces el abuso y cobro excesivo por la vivienda. Estas relaciones abusivas impactan también en cobros muy por sobre su valor real de servicios básicos (López-Morales, Flores, y Orozco; 2018). Por lo general esta situación configura una situación de alta precariedad y que merma la calidad de vida de las familias migrantes, pero además encarece de forma desproporcionada y arbitraria el costo de la vida, y por ende genera un proceso de empobrecimiento progresivo y mayores obstáculos para la inclusión social.

Esta realidad tiene diferentes causas y efectos: exposición de arriendos abusivos gracias a la situación irregular; proceso burocráticos lentos de regularización migratoria; restricciones económicas que imponen la presión de reducir al máximo los costos de vida con el fin de aumentar los ahorros y así poder enviar remesas a los familiares que se quedaron en los países de origen, etc. Esta suma de factores lleva a los migrantes muchas a veces a sacrificar las condiciones de habitabilidad (Servicio Jesuita a Migrantes, 2018b). En relación a lo anterior, uno de los efectos más importantes y al mismo tiempo preocupante que ha tenido el mercado del subarriendo para la población migrante, ha sido que muchas familias migrantes finalmente optan por vivir en campamentos, lo que se expresa en el fuerte incremento del último tiempo de migrantes que viven en esta situación (López-Morales, Flores, y Orozco; 2018). En efecto,

desde el año 2011 habían 27.378 familias que viven en situación de campamento, sin embargo en el año 2017 esa cifra aumentó a 40.541¹⁴ (CIS-TECHO CHILE, 2017). Justamente, los hogares inmigrantes carenciados han sido incidentes en este aumento de campamentos en Chile, lo que se evidencia en que actualmente el 28% de los hogares que habitan en campamentos son de migrantes (López-Morales, Flores, y Orozco; 2018). En una encuesta realizada a migrantes que viven en campamentos (López-Morales, Flores, y Orozco; 2018), frente a la pregunta de cuáles son los principales hechos que detonaron la decisión de irse a vivir a un campamento, el primer lugar con un 57,3% de las menciones lo ocupa los cobros excesivos de los arriendos, después las condiciones injustas en los contratos (28,2%), el deterioro de la vivienda arrendada (22,6%) y los tratos injustos por ser extranjeros (20,8%).

Las barreras de acceso para una vivienda con condiciones mínimas de habitabilidad se relacionan principalmente por las dificultades de acceder a soluciones habitacionales formales, tanto al arriendo formal como a viviendas sociales y subsidios de arriendo. Las políticas públicas y la actual legislación migratoria dificultan aún más esta situación, ya que el proceso de regularización migratoria (condición sine qua non para acceder a políticas de vivienda, contrato de trabajo, contrato de arriendo, etc.) es altamente burocrático y lento. De este modo, las políticas habitacionales presentan una serie de barreras para que los migrantes que se encuentran en situación irregular o viven hace poco tiempo en el país, puedan acceder a soluciones transitorias o definitivas. Dentro de los requisitos para el caso de subsidio de propiedad es que se debe contar con residencia definitiva, lo que implica una barrera temporal de al menos 2 años (más los 2 años aproximados de construcción). Otro requisito, y que impacta tanto para acceder a subsidios de propiedad como de arriendo es pertenecer a un núcleo familiar, lo que significa una barrera para muchos migrantes, ya que en una primera fase llegan solos al país y, luego de consolidarse, traen a la familia. Por otro lado

¹⁴En Monitor de Campamentos CIS-TECHO Chile, disponible en: <http://chile.techo.org/cis/monitor/monitor.php>

existen diversos trámites y “papeleo” complejo y engorroso, dado la complejidad de la postulación misma y, en última instancia, serias falencias en términos de canales de información. En efecto y en general, la información que le llega a las personas migrantes es precaria y está distorsionada, lo que se agrava principalmente con la brecha idiomática que existe con las personas (Servicio Jesuita a Migrantes, 2018b).

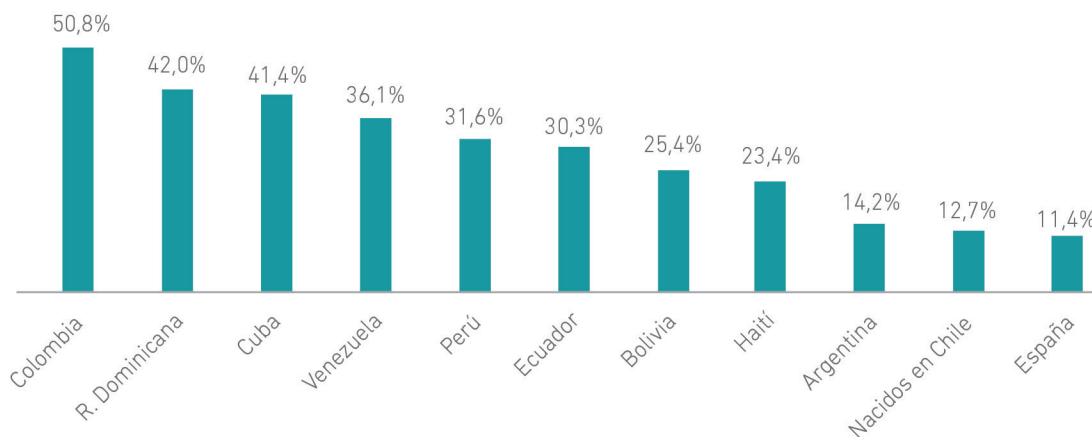
A pesar de que en el año 2017 se eliminó el requisito de antigüedad de residencia para postular a beneficios habitacionales, aun en Chile no existe una política del Ministerio de Vivienda y Urbanismo que aborde la situación de los migrantes sin residencia definitiva o en situación de precariedad. Esto se suma, además, al problema de los arriendos irregulares, la gran cantidad de migrantes que viven en campamentos, junto a las numerosas barreras de entrada para recibir un trato justo e igualitario en el acceso a servicios públicos y el derecho a la vivienda (Servicio Jesuita a Migrantes, 2018b).

2.8.- Dimensión Redes y Cohesión Social

El reconocimiento del otro, el trato justo y sin discriminación son elementos esenciales de interacciones sociales que permiten una sociedad más justa, solidaria y cohesionada. Sin embargo, el nuevo fenómeno migratorio está poniendo a prueba las capacidades de los chilenos de relacionarse con el próximo, y ahora ante la llegada de “otros”, especialmente de aquellos que por distintas razones están en una situación complicada.

En relación a esto y siguiendo con el análisis de la pobreza multidimensional en la población migrante, en la dimensión de redes y cohesión social aparece en términos numéricos la mayor brecha en relación al total de indicadores medidos, que es en el trato igualitario. En efecto, en el 32,2% de los hogares migrantes, alguno de sus miembros ha sido tratado de forma injusta o discriminatoria en el último año, una proporción de más del doble en relación a los hogares chilenos (ver Tabla 1). Al analizar el país de origen de los hogares con mayor porcentaje de trato injusto y/o discriminatorio¹⁵ (ver gráfico 16), se aprecia

Gráfico 16 - Porcentaje de hogares donde algún miembro fue discriminado(a) o tratado(a) de forma injusta según país de origen del jefe(a) de hogar



Fuente: Elaboración propia a partir de la Casen 2017.

¹⁵Se incluye en el gráfico los países de origen del jefe(a) de hogar que presentan un tamaño de muestra suficiente para hacer estimaciones estadísticas.

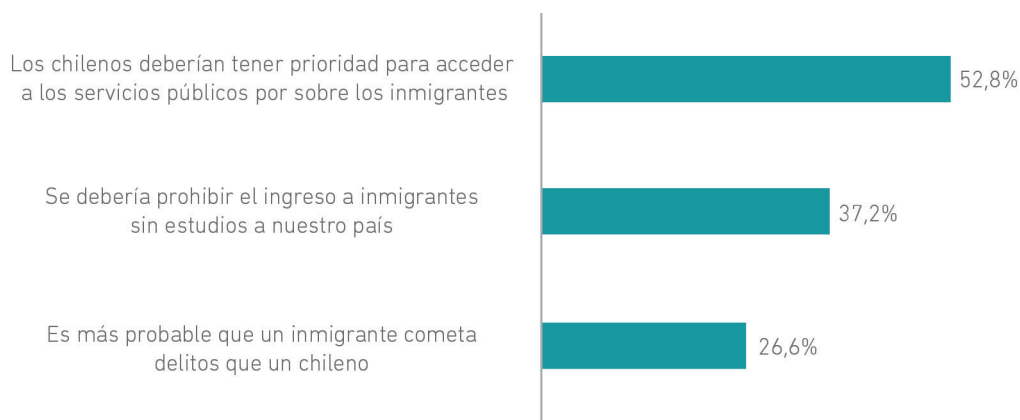
que hay amplias diferencias según el país, donde hay migrantes de países particulares que sufren incluso menor nivel de discriminación que quienes han nacido en Chile. Mientras que los migrantes de origen latinoamericano (menos Argentina) son los que sufren mayores niveles de discriminación, lo que muestra una discriminación estructural con fuertes rasgos xenófobos y al mismo tiempo racistas (Stefoni y Stang, 2017; Rojas, Amode y Vásquez; 2017). Por otro lado, salvo Cuba y Venezuela, los países de origen con mayor nivel de discriminación coinciden con los que presentan mayores tasas de pobreza por ingreso (ver Gráfico 16), lo que muestra cómo la discriminación y el trato injusto es parte de los procesos de empobrecimiento y exclusión.

Según la IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2018 (INDH, 2018), el 25,6% de los chilenos consideran que de forma particular los inmigrantes latinoamericanos son un grupo vulnerado en sus derechos humanos, lo que aumenta a 42,5% cuando se les pregunta a los mismos migrantes. Al profundizar en la percepción, opiniones y actitud de la población chilena hacia los migrantes, aparecen resultados preocupantes (ver Gráfico 17), los cuales son refrendados por la encuesta del Centro de Estudios Públicos (CEP)

de Abril-Mayo 2017 (CEP, 2017), que profundiza sobre la actitud hacia los migrantes y muestra, por ejemplo, que el 40% opina que los inmigrantes les quitan trabajo a los chilenos, 27% que los inmigrantes debilitan la cultura de Chile y un 23% que los inmigrantes “legales” en Chile, que no son ciudadanos, no deberían tener los mismos derechos que los ciudadanos chilenos.

En general, y si bien no es mayoritario en la población, hay una proporción importante de chilenos que presentan una percepción y actitud negativa hacia los migrantes. Esta actitud junto con conductas discriminatorias y malos tratos, constituyen un difícil escollo para las posibilidades de inclusión social de la población migrante. Junto con esta situación, los migrantes también presentan mayores brechas con respecto a las redes sociales y participación en organizaciones sociales, lo cual significa que son más vulnerables a las dificultades que se han descrito hasta ahora. Como se vio en el análisis de pobreza multidimensional (ver tabla 1), el 15,8% de los hogares migrantes no tiene ningún miembro que participe en alguna organización social, organización del trabajo o no conoce ninguna persona que les puede ayudar en ámbitos relevantes de la vida. En cambio solo el 5,6% de los hogares chilenos presentan esta situación.

Gráfico 17 - Porcentaje de personas nacidas en Chile que están de acuerdo con las siguientes frases



Fuente: Elaboración propia a partir de la IV Encuesta Nacional de Derechos Humanos 2018.

2.9.- Migración como nueva expresión de pobreza y exclusión

El aumento explosivo de población migrante está poniendo a prueba la capacidad del país de acoger e incluir la diferencia. Para asegurar y garantizar los derechos humanos de todas las personas que se encuentren en nuestro país, sin importar su situación, como además de dar soporte social de los grupos migrantes más vulnerables que han arribado en la legítima búsqueda de mejores horizontes de vida y que actualmente se encuentran en una situación de desprotección que propicia la vulneración de sus derechos (Servicio Jesuita a Migrantes, 2018b). Pero también de nuestra capacidad de relacionarnos con los demás, tratando a todos por igual y sin discriminaciones.

Lamentablemente vemos como tendencia un proceso de empobrecimiento de la población migrante. Entre los grupos de migrantes más vulnerables se encuentran quienes vienen desde países latinoamericanos, han migrado recientemente, residen en la zona norte del país, y principalmente, quienes se encuentran en situación migratoria irregular.

Es posible identificar barreras de exclusión en dimensiones claves del bienestar y participación social que explican este proceso de empobrecimiento. Entre las más relevantes se encuentran en las relaciones de discriminación entre personas nacidas en Chile hacia los migrantes, lo que se expresa en diferentes ámbitos de la vida cotidiana, pero también a nivel institucional cuando el acceso a diferentes servicios se obstaculiza por los malos tratos.

Otra brecha importante se encuentra en las condiciones de habitabilidad, especialmente a los migrantes que están recién llegando y no han podido regularizar su situación migratoria, ya que para este segmento hay una serie de dificultades para acceder al mercado formal de arriendo o a los beneficios de la política habitacional. Esto trae como consecuencia sufrir abusos por parte de arrendatarios, un alto costo de la vivienda y servicios básicos, vivir en condiciones de allegamiento y hacinamiento. Por otro lado, frente

a estas dificultades muchos hogares de migrantes están transitando a vivir en campamento, lo cual pese a abaratar los costos de vivir bajo subarriendo, empeora aún más las condiciones de habitabilidad y de vida en general. Lo último sobre este punto, dice relación con la probabilidad (aunque falta investigación al respecto) de que las dificultades de encontrar alojamiento temporal para los migrantes puedan generar que algunos de ellos comiencen a vivir en situación de calle.

En el ámbito de la salud, una serie de avances institucionales han permitido mejorar el acceso a la totalidad de la población migrante, incluso a quienes se encuentran en situación irregular. Este acceso se encuentra asegurado especialmente para los casos de urgencia, controles para niños, niñas y adolescentes y embarazos. Sin embargo aún hay una parte importante de migrantes que no se encuentra adscrita a ningún sistema previsional de salud, lo que puede generar problemas de acceso a los diversos servicios más específicos, así como dificultades para costearlos. Por otro lado, se han identificado problemas de trato y calidad de servicios de salud hacia la población migrante, donde para muchos funcionarios, ven a esta población como una carga para su trabajo y el sistema, lo cual retroalimenta relaciones de exclusión informal a quienes buscan atención médica, pese a las actuales normas que permiten el acceso a todos los migrantes sin importar su situación regulatoria.

Con respecto a la inclusión en la dimensión educativa, se observan brechas de acceso en población migrante infantojuvenil, tanto en educación preescolar, básico como media. Pese a que en los últimos años se han realizados cambios en las normativas del sistema educativo para que todos los niños, niñas y adolescentes migrantes sin importar la situación migratoria de los padres puedan acceder de forma inmediata a un establecimiento educativo, aun tendrían mayores problemas para incorporarse a los establecimientos, como además poder ser reconocidos sus niveles educativos previos, lo cual está generando mayores niveles de desescolarización y rezago para esta población.

Finalmente, a nivel laboral, la población migrante presenta buenos niveles de inserción laboral, ya que presenta una mayor proporción de población económicamente activa y al mismo tiempo, una mayor disposición a trabajar por ser justamente uno de los principales motivos por lo cual han migrado. Sin embargo, se aprecia una incipiente tendencia a concentrar empleos de menor calificación, lo que repercute en condiciones de empleo más precarias y menor remuneración. Esta brecha se hace aún más patente, si se considera los mayores niveles educacionales que tienen los migrantes.

Si estas barreras de inclusión no se modifican en el tiempo, la población migrante podría entrar en procesos de segregación y “guetificación”, tal como ha ocurrido en países más desarrollados y con mayor tiempo de flujos migratorios. Resulta fundamental atender este fenómeno, ya que representa también una forma de pobreza y

desigualdad. Frente a esto es importante que como Fundaciones Hogar de Cristo, hagamos una reflexión en torno a aportar en este sentido, especialmente en apoyar la inclusión social de los migrantes más pobres y excluidos. Al respecto es importante señalar que entre las personas atendidas por las fundaciones, en los últimos años se ha apreciado un aumento de personas migrantes. Según estadísticas del Sistema de Gestión Social, el 5,4% del total atendidos durante el año 2018 son migrantes (ver Tabla 4), donde destaca la gran proporción de migrantes atendidos en programas para personas en situación de calle.

Frente a esto, es necesario analizar las diferentes necesidades y demandas de la población migrante atendida por Hogar de Cristo, revisando de este modo si los servicios y prestaciones que entregan nuestros programas son pertinentes para esta población, si es necesario incorporar cambios o diseñar nuevos dispositivos.

Tabla 4 - Porcentaje de atendidos migrantes según el total de atendidos de cada línea temática durante 2018

Línea Temática	% de personas migrantes
Personas en Situación de Calle	10,3%
Inclusión Laboral	3,7%
Educación Inicial	3,7%
Infantoadolescente	2,9%
Reinserción Educativa	1,5%
Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas	1,4%
Discapacidad Mental	1,0%
Adulto Mayor	0,6%
Total FHC	5,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Sistema de Gestión Social 2017.

3.- PROTECCIÓN INTEGRAL Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

El concepto de resiliencia es útil para describir la capacidad de los individuos para adaptarse a situaciones de riesgo y mantener con ello su equilibrio cognitivo y emocional (Olsson et al., 2003). Cotidianamente, las personas viven experiencias negativas que logran ser amortiguadas por su capacidad de resiliencia, siendo superadas sin dejar secuelas. No obstante, pueden ocurrir experiencias adversas cuya gravedad es mayor a la que puede soportar la resiliencia personal. Lejos de cicatrizar, la herida psicológica queda abierta, actuando como una fuente constante de dolor emocional para quien la padece. A esto se le denomina como trauma, el cual es comprendido como una reacción natural de la psiquis frente a eventos abrumadores, caracterizados por estímulos físicos y/o psíquicos que dada de su intensidad, desbordan los medios habituales que los individuos despliegan para procesarlos, afrontarlos y detenerlos (Klinic Community Health Centre, 2008; Tatarsky, 2002). Ahora bien, tanto la resiliencia individual como los eventos traumáticos que la tensionan están condicionados en gran medida por factores sociales, lo cual permite prevenir la ocurrencia de factores estresantes y reforzar la capacidad inherente de las personas para afrontarlos. Por lo tanto, no resulta del todo adecuado catalogar a priori ciertos eventos como traumáticos, dado que las situaciones no son del todo traumáticas en sí mismas. El daño psicológico producido por un evento depende, en esta línea, de los distintos recursos con los que cuente la persona, tales como económicos, redes sociales, contexto familiar, resiliencia personal, etc.

Los eventos adversos que producen traumas suelen ser repentinos, cuya falta de anticipación intensifica su impacto en la persona. Este tipo de experiencias se observa, por ejemplo, en accidentes automovilísticos, rupturas amorosas, situaciones de duelo por algún ser querido, entre

otros casos. Asimismo, éstas pueden ocurrir en cualquier punto de la vida, como sucede con el abuso sexual en la infancia o con el maltrato físico en la adultez mayor (Fundación Paréntesis, 2016). No obstante, este tipo de experiencias adversas también pueden ser prolongadas, como un conjunto de situaciones traumáticas que se reproducen día a día bajo ciertos contextos. El daño generado por experiencias adversas duraderas genera efectos acumulativos, amplificando el trauma en el largo plazo y dificultando con ello su superación.

Como está planteado en el documento Enfoques y perspectivas teóricas: un aporte para la reflexión de la acción social (Hogar de Cristo, 2018a), los problemas sociales complejos tienen su origen y producen consecuencias tanto a nivel individual como en el plano de la estructura social (Archer, 2009). Esto significa que aunque los traumas psicológicos se expresen siempre en una persona concreta, afectando sus capacidades, funcionamientos y libertades inherentes, estos pueden ocurrir también por motivos estructurales que exceden al individuo¹⁶, mediante lógicas de exclusión social en una o más esferas sociales. Como plantea el enfoque de determinantes sociales en salud, la salud de las personas no sólo es el resultado de procesos biológicos, también está influida por diversos factores de índole social en general, tales como las políticas medioambientales, disponibilidad de empleo, acceso a la vivienda, etc. (OMS, 2004 en DSN, 2017).

En línea con el enfoque bio-psicosocial, especialistas como Martín-Baró (1998) han optado por enfatizar la dimensión social de los traumas, calificándolos como fenómenos psicosociales. Dentro de la pluralidad de factores estructurales que influyen en la salud mental de las personas, la pobreza y la exclusión social ocupan un lugar privilegiado, como contexto marcado por la

¹⁶La doble raíz social e individual de los problemas sociales explica el trabajo simultáneo de las Fundaciones Hogar de Cristo tanto en incidencia como en intervención.

presencia de situaciones adversas. Los vínculos que ligan a la pobreza con la aparición de experiencias traumáticas múltiples. Una de las claves en el vínculo entre pobreza y trauma está en los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan las familias para sobrellevar eventos disruptivos, factor desarrollado extensamente por el enfoque de vulnerabilidad (Hogar de Cristo, 2018a). Las personas en situación de pobreza y exclusión se encuentran inmersas en un entorno que les produce experiencias adversas de manera diaria, "donde incluso generando una buena respuesta para sobrellevarlo, no es posible escapar del contexto, por lo que el estrés se repite y se hace crónico" (DSN, 2017). En concreto, la situación de pobreza y exclusión social pueden conllevar severas implicancias biológicas, psicológicas y sociales, tales como (Hogar de Cristo, 2017a):

- Restricción en el ejercicio de los derechos sociales tales como educación, trabajo salud, cultura, vivienda digna y protección social.
- Imposición de limitaciones en su toma de decisiones, por lo que el concepto de autonomía y oportunidades quedan restringidas.
- Ruptura de tejidos sociales, puesto que las dinámicas de exclusión y segregación restringe las posibilidades de relacionarse con distintos grupos sociales.
- Disminución de la participación social.
- Imposición de estigma o etiquetas con una carga valórica negativa que puede afectar la forma en la que es tratado.
- Merma en la confianza, reciprocidad y sentido de pertenencia.
- Problemas de salud física y mental, y que en procesos acumulativos temporales se configuran como procesos de deterioro biopsicosocial.

La situación de pobreza y exclusión social representa una experiencia adversa en sí misma, que restringe y daña el desarrollo de las personas, afectando diversos ámbitos del bienestar (Hogar de Cristo, 2017a). De este modo, este fenómeno puede verse como un proceso que violenta al ser humano e impide el despliegue de sus capacidades (Sen, 2001), violencia que coarta el

desarrollo humano cuando "los seres humanos se ven influidos de tal manera que sus realizaciones efectivas, somáticas y mentales están por debajo de sus realizaciones potenciales" (Galtung, 1995 en Martínez-Román, 1997, p. 18). Y de forma directa cuando la pobreza y exclusión social se caracteriza además como falta de voz, humillación, reducción de la autoestima, explotación, malos tratos y violencia física o simbólica (Hogar de Cristo, 2017a). Distintas expresiones que vulneran finalmente la dignidad humana, y en consecuencia los derechos humanos (Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, 2012). Estos efectos se retroalimentan mutuamente. Por ejemplo, la falta de acceso a los servicios de salud genera consecuencias acumulativas a nivel físico y mental, lo cual a mediano y largo plazo restringe capacidades fundamentales para el rendimiento educativo y posterior desempeño laboral. Esto produce desventajas económicas y sociales, con consecuencias en la generación de ingresos, en la participación de las dimensiones relevantes del bienestar, participación política y comunitaria, y vinculación social. Finalmente esta acumulación de dificultades repercute a nivel personal, donde sufrimientos y vivencias negativas merman la capacidad de las personas para desenvolverse en el mundo, dificultando la construcción de un proyecto y sentido de vida, lo que en ocasiones puede dar lugar a conductas de riesgo y daño como formas de adaptarse a un entorno perjudicial.

En este sentido, el ejercicio de la violencia y el consumo problemático de alcohol y otras drogas son dos tipos de conductas adaptativas que si bien existen tanto dentro como fuera del ámbito de la pobreza, se ven estimuladas por este contexto (Fundación Paréntesis, 2015). Con respecto a la violencia, más que ser la expresión de impulsos biológicos inevitables, el comportamiento agresivo puede ser el resultado de procesos de adaptación a entornos que premian esa agresividad. Experiencias traumáticas en la infancia como carencias materiales y/o afectivas, sumadas a abusos físicos o emocionales, pueden dejar un daño psicológico en la niñez que puede ser expresado a través de conductas violentas en la adultez. Asimismo, el consumo problemático de alcohol y otras drogas puede surgir como respuesta adaptativa al dolor

producido por situaciones adversas, en la medida que dichas sustancias alteran el estado psico-emocional de las personas y éstas, conscientes de su efecto, incurren en prácticas de automedicación (Khantzian, 2007). Como ejemplo de lo anterior, niños, niñas y adolescentes acogidos en residencias de protección, y las personas que presentan consumo problemático de alcohol y otras drogas, atendidas por las Fundaciones Hogar de Cristo, son grupos que expresan con claridad la aparición de traumas psicosociales producto de la pobreza y la exclusión social, como será descrito a continuación.

Si bien la vulneración de derechos en infancia no ocurre necesariamente en niños, niñas y adolescentes que viven en situación de pobreza, hay una fuerte relación entre la pobreza y el ingreso en el sistema de protección. En efecto, diversos estudios muestran que los padres en situación de pobreza tienen mayores probabilidades de ser investigados por los servicios de protección infantil, especialmente las madres (Yang, 2015). Además, la pobreza estaría relacionada con una mayor permanencia bajo el cuidado de instituciones del Estado (Fong, 2017). El maltrato, el abuso, y/o la negligencia, se presentan como condiciones continuas más que como eventos aislados, configurando una situación de estrés prolongado que los dispone en un permanente “modo de sobrevivencia y alerta” (DSN, 2017; Center on The Developing Child, 2007). Este tipo de agresiones conlleva la ruptura de los lazos de confianza con los adultos más cercanos, lo cual genera un profundo impacto en el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, e incrementa la probabilidad de que presenten “problemas cognitivos, rezago, dificultades en su regulación emocional y en su capacidad de focalizar atención” (DSN, 2017). El daño puede transmitirse, incluso, entre generaciones. Sin embargo, el hecho de que los niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos sean ingresados en modalidades de cuidados alternativos en el sistema de protección chileno, no implica necesariamente la restitución de sus derechos, sus capacidades desarrolladas, o que los daños físicos y emocionales sean reparados. Tanto el sistema de protección en general, como los dispositivos residenciales en

particular, no están cumpliendo con los objetivos de protección y restitución de derechos. Los estándares de los diferentes programas son de muy baja calidad, especialmente en las residencias de protección, llegando al punto de reproducir la vulneración de derechos al interior de los mismos establecimientos (INDH, 2017).

Por otro lado, según los planteamientos del psiquiatra Edward Khantzian (2007), cuando la capacidad de las personas para tolerar estados negativos se ve sobrepasada, éstas viven experiencias de sufrimiento que pueden ser modificadas, por ejemplo, por medio del consumo de sustancias. En este sentido, el consumo problemático de alcohol y otras drogas puede surgir como un efecto colateral del autotratamiento en el que incurren las personas para aliviar y atenuar experiencias adversas, es decir, como forma de anestesia emocional. El consumo problemático de alcohol y otras drogas, por lo tanto, suele ser una respuesta adaptativa a experiencias traumáticas, lo cual tiende a ser obviado por los programas terapéuticos y, de manera contraproducente, agrava la sensación de rechazo al exigir la abstinencia como requisito de ingreso (Fundación Paréntesis, 2016). Esta razón fundamenta la puesta en práctica de metodologías como el Enfoque de Reducción de Daños (Tatarsky, 2013), que asume la funcionalidad que presenta el abuso de sustancias en la vida de las personas, y por ende, reconoce y acepta que el tratamiento terapéutico debe realizarse a un ritmo y alcance acorde a las particularidades de cada persona. De lo contrario, la terapia puede conllevar efectos contraproducentes, al arrebatar repentinamente un elemento que las personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas utilizan para afrontar sus experiencias adversas, provocadas en parte por la pobreza y la exclusión social.

Para trabajar los traumas subyacentes a la vulneración grave de derechos de niños, niñas y adolescentes y al consumo problemático de alcohol y otras drogas, reconocer la biografía de las personas e iniciar un proceso de reparación del daño psicosocial se vuelve imprescindible. En la fase de evaluación del proceso terapéutico, debe considerarse el sufrimiento que han experimentado

al ver frustrado su proyecto de vida, dando cuenta de cómo las respuestas adaptativas al trauma han afectado no sólo a su mundo íntimo, sino también a su entorno familiar y comunitario (Rebolledo y Londón, 2010). Asimismo, resulta fundamental reconocer el daño psicosocial como la erosión y desestructuración del sistema psicosocial del individuo, lo cual afecta su autoimagen, su capacidad para establecer relaciones significativas con otras personas, tiende a agudizar otras carencias previas, y transgrede su dignidad humana (Bello y Chaparro, 2010).

Las prácticas de reparación y acompañamiento psicosocial buscan que la persona tome consciencia del contexto en el que se encuentra, como primer paso para evidenciar y potenciar la autonomía individual. Sólo de esa manera es posible hablar de sujetos de reparación y no de objetos de reparación, tal y como se plantea en uno de los pilares de la Estrategia Social 2015-2020: reconocer a las personas como centro de sus procesos de cambio. Los efectos reparadores, en este sentido, dependen de “la significación que la víctima le pueda otorgar a esa medida y de su capacidad para integrarla a su proceso de reconstrucción de su proyecto de vida” (Rebolledo y Londón, 2010, p. 46). Además, el papel del acompañamiento terapéutico es crítico para el proceso de reparación en el largo plazo, puesto que se proporciona ayuda en el espacio íntimo de la persona afectada, atendiendo su realidad y necesidades específicas. En este sentido, Rebolledo y Londón (2010) aluden al “trabajo de simbolización” del acompañamiento terapéutico, al expresar un tipo de reparación altamente singularizada, que contrasta con el enfoque impersonal de algunas políticas públicas para enfrentar los traumas psicosociales. La labor del acompañante cobra especial relevancia al considerar que las personas cercanas al individuo afectado no cuentan con las herramientas suficientes para comprenderlo y empoderarlo, generándose en muchos casos experiencias de frustración, rechazo y agresividad. En este caso, el acompañante puede asumir la labor de mediador entre la persona y su familia, de tal modo que se repare tanto su mundo interno como sus vínculos interpersonales.

El bienestar psicosocial de las poblaciones descritas se encuentra amparado, particularmente, por el derecho a la salud contenido en la Artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En específico, el derecho a la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y en la Observación General N°14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se describe como la obligación del Estado a garantizar su disponibilidad (todo medio material y capital humano para el suministro de la salud), accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, económica y de la información), aceptabilidad (respetuosa con la ética médica y la cultura de las personas atendidas), y calidad (todo recurso e infraestructura debe ser apropiada, con respaldo científico. Además, la Observación General No. 5 extiende el derecho a la salud a las personas con discapacidad física y mental, especificando además que el derecho a la salud “incluye el derecho a acceder a servicios de rehabilitación” (OMS, 2006, p. 10). Más recientemente, a mediados de 2017 se publicó el Informe Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, por parte del Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Junto con posicionar al derecho de toda persona a la salud mental como una prioridad en el plano de la salud, se reconoce que “...en la mayoría de los casos de depresión leve o moderada, la “vigilancia”, el apoyo psicosocial y la psicoterapia deberían ser los tratamientos que se utilizaran en primera instancia” (ONU, 2017. Artículo 6, párrafo 79).

3.1.- Caracterización de poblaciones

De acuerdo con la evidencia internacional los problemas de salud mental afectan principalmente a las personas que se encuentran con mayores nivel de vulnerabilidad social, aquellos que tienen menor nivel educacional, a los adolescentes y jóvenes, y a las mujeres (MINSAL, 2017). Además es sabido que comienzan a temprana edad, de acuerdo con datos de De la Barra et. al. (2004) los niños/as de entre 4 a 11 años tienen una prevalencia de 27,8% de algún trastorno mental.

Los problemas y trastornos mentales en Chile son la principal causa de carga de enfermedad¹⁷, de acuerdo con el Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible (2008) el 23,2% de los años de vida perdidos por muerte o discapacidad¹⁸ son producto de las enfermedades neuro-psiquiátricas (MINSAL, 2017). Para los niños/as entre 1 a 9 años el porcentaje sube a un 30,3% y para los adolescentes entre 10 a 19 años el incremento es mayor alcanzando un 38,3%. Por lo tanto para la infancia y adolescencia del país existe un mayor impacto de los problemas de salud mental en la calidad de vida y en la probabilidad de muerte prematura.

Por otra parte el consumo de alcohol y el consumo de drogas ilícitas se encuentran dentro de los factores de riesgo para perder años de vida por muerte o discapacidad. A nivel general de población para ambos sexos, el consumo de alcohol ocupa el cuarto lugar con un 12% riesgo relativo que subyacen a las diferentes enfermedades, siendo mayor en el caso de los hombres que en las mujeres (MINSAL, 2017). El consumo de drogas ilícitas¹⁹ también se encuentra dentro de los factores de riesgo analizados, ocupando la posición 24 en el caso de los hombres y subiendo 10 puestos en el rango entre 20 a 44 años (Departamento de Salud Pública PUC, 2008).

De este modo, el Hogar de Cristo ha puesto énfasis en dos poblaciones: los niños/as y adolescentes víctimas de vulneraciones de derechos y las personas que manifiestan un consumo problemático de drogas.

3.1.1.- Población infanto-adolescente vulnerada en sus derechos

Los niños/as y adolescentes que han sido víctimas de vulneraciones de derechos presentan en su historia individual y familiar una amplia gama de traumas que afectan y perjudican su salud mental, es por ello que se transforman en una población objetivo para la focalización de las políticas públicas en esta materia. Según datos de UNICEF (2012) para la población infanto-adolescente la prevalencia anual de la violencia psicológica por parte de uno o ambos padres es de 56,1%, mientras que para la violencia física leve es de 43% y física grave es de 22,1%. Al segmentar por sexo se obtiene que las mujeres reciben mayores agresiones por parte de sus padres que los hijos varones, diferencias que son significativas para los tres tipos de violencia.

Por su parte la prevalencia del abuso sexual para la misma población es de 8,7%, habiendo sido víctimas una vez un 55,5%, más de una vez un 24% y con frecuencia un 12,2% (UNICEF, 2012). Al segmentar la población por nivel socioeconómico, para el NSE bajo existe un 10,8% de niños/as y adolescentes que han sufrido abusos sexuales, para el NSE medio un 6,7% y para el NSE alto un 5,9%, siendo significativa la diferencia entre el NSE bajo y los demás estratos.

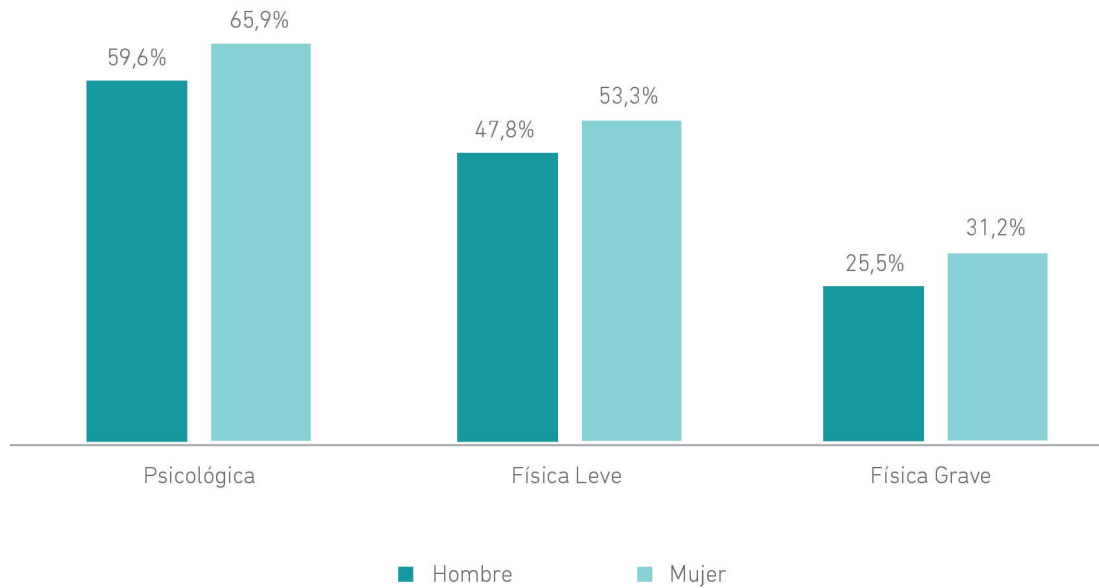
Estos datos son preocupantes desde la óptica de la salud mental de la población infanto-adolescente, ya que de acuerdo con De la Barra, et al. (2009) existe una mayor prevalencia de trastornos

¹⁷La carga de la enfermedad es un conjunto de estimaciones de morbilidad y mortalidad en las poblaciones. Permite cuantificar de forma comparativa la pérdida del estado salud debido a distintas patologías, lesiones y factores de riesgo, según variables de persona, tiempo y lugar (MINSAL, 2017).

¹⁸Años de Vida Perdidos para la Salud (AVISA) es un indicador compuesto, que utiliza indicadores epidemiológicos, como mortalidad y morbilidad, combinando el número de años de vida perdidos por muerte prematura (componente de mortalidad) y los años de vida vividos con discapacidad (componente calidad de vida). A través de los AVISA se mide la pérdida de salud que se produce a raíz de la enfermedad, discapacidad o muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (años). Esta característica permite identificar los problemas de salud prioritarios, a través de un indicador sintético que cuantifica el impacto de cada una de estas condiciones (MINSAL, 2017, p.8).

¹⁹Medido a través de la dependencia de drogas, por lo que en el estudio establecen la posibilidad de que exista mayor carga atribuible a esta condición (Departamento de Salud Pública PUC, 2008).

Gráfico 18 – Tipos de Violencia ejercida por ambos padres según sexo del hijo



Fuente: Elaboración propia en base a UNICEF (2012). Las diferencias son significativas.

afectivos y disruptivos en niños/as que tienen historia de abuso sexual, psicopatología familiar, conviven con un solo progenitor o sin ellos, versus el grupo de niños/as que no presentan estos antecedentes.

En este sentido, los niños/as y adolescentes que se encuentran en peores condiciones en términos de salud mental son aquellos que han sido separados de sus familias producto de situaciones de vulneraciones de derechos, principalmente abusos sexuales y maltratos, que han sido cometidas directamente por sus padres o por otros cercanos debido a la ausencia de cuidados y protección producto de la falta de habilidades parentales para ejercer la paternidad y maternidad de forma adecuada.

De acuerdo con datos del Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato (2012) el 69,1% de los niños/as y adolescentes del sistema de protección de derechos presenta al menos un trastorno

mental: un 45,3% de riesgo de suicidio, un 40% de dependencia de drogas, 25,7% de trastornos disocial, un 23,5% trastorno negativista desafiante, entre otros²⁰. Lo anterior se entiende dado que detrás de las causas por las cuáles se ingresa al sistema de protección de derechos se pueden observar situaciones traumáticas y eventos adversos que no han sido atendidos y producen daño constante en los niños/as y adolescentes.

Durante 2016, el Servicio Nacional de Menores (SENAME) atendió a 163.291 niños/as y adolescentes víctimas de vulneraciones de derechos, de ellos el 51,7% son mujeres y el 48,3% son hombres. De acuerdo con los datos de ingresados durante 2016²¹, las causales más relevantes corresponden a negligencia de los padres o adultos a cargo con un 35,7%, protección por orden del tribunal con un 18,1%, violencia intrafamiliar con un 17,4%, víctima de maltrato con un 11%, y víctima de delitos (incluye el abuso sexual) 10,9%. Si se suman las causales que

²⁰ Este estudio considera la prevalencia de trastornos de salud mental, por lo que puede existir más de un trastorno por caso estudiado (Centro de Estudios y Promoción del Buen Trato, 2012).

²¹ Existe un total de 100.254 ingresos durante 2016, de los cuáles 19.817 casos corresponden a ingresos por diagnósticos y/o peritajes. Estos casos no se contabilizaron para obtener los porcentajes de las causales más relevantes, debido a que su ingreso no corresponde a una vulneración de derechos probada, sino que se encuentra en proceso de estudio, lo que puede confirmar la vulneración o descartarla.

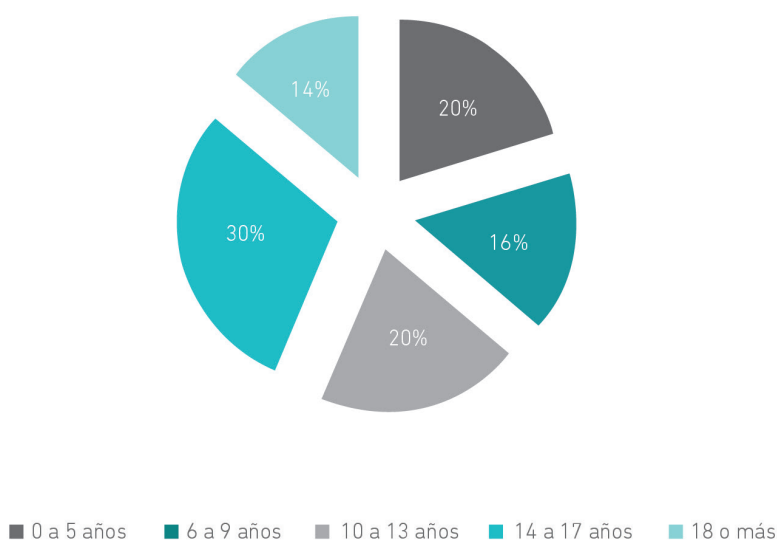
implican violencia, sea ésta psicológica como física, al niño/a o adolescente, se obtiene que 39,3% de los casos ingresados durante 2016, lo hace por consecuencias producto de esta violencia. Más aún si se considera que la negligencia parental es la base de la ausencia de cuidados y protección se obtiene que el 75% de los niños/as y adolescentes ingresados a SENAME por vulneración de sus derechos, lo hace como víctima de traumas y eventos adversos que sin duda afectan su salud mental y su calidad vida.

Dentro de estas causales se observan como relevantes en términos de estresores que generan daño en la salud psíquica y físico del niño y si no son tratados pueden generar efectos a largo plazo en la vida del adulto (SENAME, 2016; Pereda, 2010; Pereda y Gallardo-Pujol, 2011), la violencia, el maltrato y los abusos sexuales son los más relevantes. Durante 2015 SENAME atendió a 72.848 casos víctimas de maltrato que corresponde al 36,6%, y a 20.381 víctimas de abusos sexuales es decir un 10,2% (SENAME, 2016).

En la medida en que se cronifican las vulneraciones y así también los daños, y con ello los traumas, los niños/as y adolescentes pasan a encontrarse bajo la tutela del Estado y habitan en centros residenciales administrados por el Estado o por organizaciones de la Sociedad Civil. Durante 2017 los niños/as y adolescentes atendidos en centros residenciales fueron 11.980 (SENAME, 2017), lo que corresponde al 7,3% del total de atendidos por vulneraciones de derechos. De estos el 54,1% son mujeres y el 45,9% hombres, con una media de edad entre los 14 a 17 años, sin embargo con alta dispersión ya que los centros residenciales atienden desde 0 a 18 años. En el Gráfico 19 se observa la distribución etaria, el 20% corresponde a lactantes e infantes de 0 a 5 años, el 16% a niños/as de 6 a 9 años, otro 20% a adolescentes entre 10 a 13 años, el 30% a jóvenes entre 14 a 17 años y finalmente el 14% a jóvenes que han cumplido la mayoría de edad²².

En términos educacionales, el Gráfico 20 muestra que los niños/as y adolescentes que se encuentran en centros residenciales muestran signos de

Gráfico 19 – Distribución por edad de niños(as y adolescentes atendidos en Centros Residenciales año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a SENAME (2017).

²²Los jóvenes mayores de 18 años pueden permanecer siendo atendidos en centros residenciales siempre que se mantengan siendo alumnos regulares de establecimientos educacionales.

retraso escolar, debido principalmente a que el 48% se encuentra cursando enseñanza básica, lo cual no se condice con el promedio de edad que bordea los 14 a 17 años. Además, existe un 17,6% que cursó estudios de educación diferencial lo que podría indicar problemas en el desarrollo cognitivo asociado a los traumas vividos durante su vida.

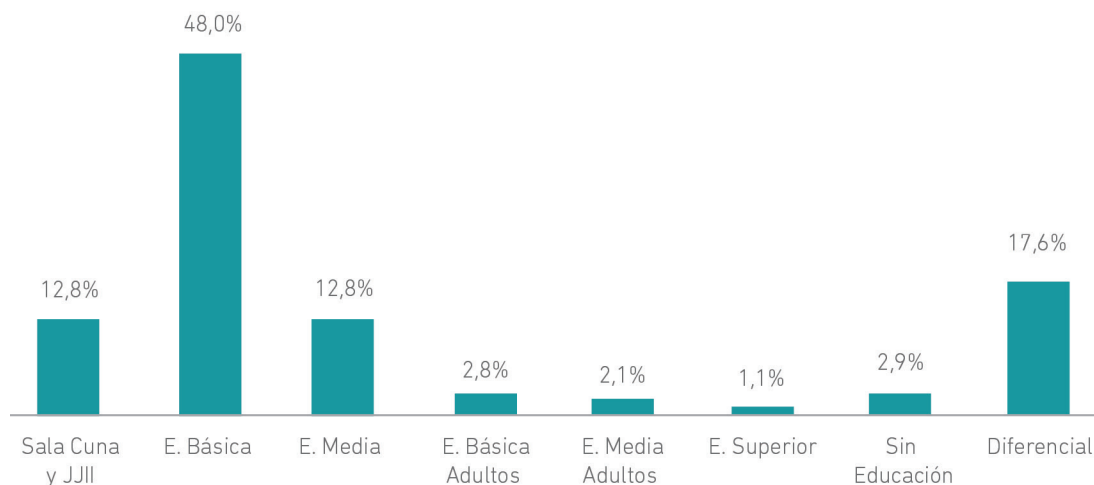
En su mayoría el tiempo de permanencia en el centro residencial es menor a un año en el 42% de los casos, de 1 a 3 años en el 32,5%, de 3 a 5 años en el 10,3%, de 5 a 10 años en el 7,5%, y de 10 o más años en el 7,7% (SENAME, 2017). La suma de los casos que permanecen en el centro residencial por más de 3 años corresponde a un 25,5%, es decir en un cuarto de la población de niños/as y adolescentes vulnerados, el centro residencial se transformar en su hábitat principal por un largo período de tiempo.

Comparando estos datos con los del Estudio de Residencias realizado por Hogar de Cristo (2017a), se observa que no sólo los niños/as y adolescentes se encuentran por años viviendo en los centros residenciales sino que también son parte del sistema de protección de derechos por un período de tiempo incluso mayor. De acuerdo

con este estudio, la población infanto-adolescente atendidos en centros residenciales de Fundación Hogar de Cristo tiene un tiempo de permanencia en el sistema de protección de derechos de 1 año o menos en un 17,5%, de 2 a 5 años en un 27,7%, de 6 a 9 años en un 27% y de 10 o más años en un 24,8% (Hogar de Cristo, 2017a). Es decir un 51,8% de los casos atendidos en centros residenciales se mantiene por más de 6 años siendo atendidos por programas de SENAME, lo cual demuestra una escasa atención psicosocial enfocada en la reparación del daño, producto de los traumas generados por las vulneraciones de derechos, y la falta de trabajo en la habilitación de las familias y/o adultos responsables para ser agentes efectivos de cuidados y protección, al interior de los centros residenciales.

En resumen, los niños/as y adolescentes atendidos en centros residenciales vivencian experiencias traumáticas de manera profunda y reiteradas (Hogar de Cristo, 2017a) cuyos daños no están siendo apropiadamente reparados por el sistema de protección, lo cual incide en su desarrollo físico, cognitivo, mental, lo que se traduce en pérdida de calidad de vida e incluso en muertes anticipadas (MINSAL, 2017).

Gráfico 20 – Distribución según nivel educacional de los niños/as y adolescentes atendidos en Centros Residenciales año 2017



Fuente: Elaboración propia en base a SENAME, 2017.

3.1.2.- Consumo de alcohol y otras drogas

Existe amplia evidencia internacional que muestra factores psicosociales que predisponen a un individuo al consumo de drogas, entre los cuales destacan baja autoestima, problemas o trastornos psicológicos, déficit en habilidades sociales y emocionales, historias de maltrato, violencia y disfunción familiar, entre otros (Cáceres, et al, 2006; UNODC, 2017; Arellanez, et al., 2004; Becoña, 2007). Así también es conocido el uso de drogas y alcohol como una forma de suprimir o anestesiar las consecuencias de esta exposición a traumas psicosociales, transformando su uso en una forma adaptativa de afrontamiento de ansiedades y estresores que se dan en contextos familiares y/o relacionales (Arellanez, et al., 2004; Becoña, 2007). De este modo es preciso identificar las poblaciones más vulnerables al consumo de drogas a partir de los datos existentes en Chile sobre el tema.

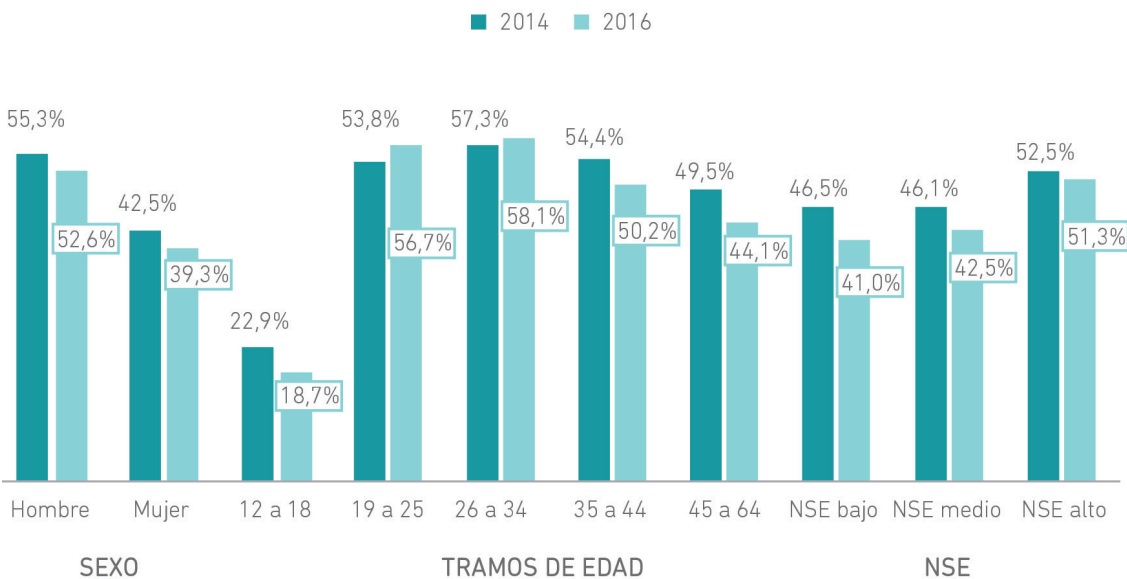
3.1.2.1.- Consumo de alcohol y otras drogas en población general

En este apartado se observan las prevalencia de consumo en el último año de alcohol y drogas

ilícitas como marihuana, cocaína, pasta base y otras drogas. Además se presentan resultados respecto de la percepción de riesgo del consumo de acuerdo a datos del último estudio de SENDA en población general.

Para 2016, la prevalencia del consumo de alcohol en el último mes es de 46% no presentando diferencias significativas respecto de 2014 (48,9%). Al comparar por sexo, se observa que los hombres tienen una diferencia significativa respecto de las mujeres alcanzando una prevalencia de consumo de 52,6% versus un 39,3% de ellas. En términos de edad se observa que el grupo de adolescentes entre 12 a 18 años tiene la menor prevalencia de consumo con 18,7% lo que los diferencia significativamente de otros grupos etarios, la mayor prevalencia de consumo se encuentra entre los 26 a 34 años con 58,1%. Sólo el grupo de 45 a 64 años muestra diferencias significativas respecto de la medición de 2014 (49,5%) alcanzando en 2016 un 44,1%. Respecto del nivel socioeconómico se observa un descenso significativo respecto de 2014 (46,5%) para el grupo bajo llegando a 41%. En comparación con los demás estratos el grupo alto es significativamente superior en prevalencia

Gráfico 21 - Prevalencias de consumo de alcohol en el último mes por sexo, edad y NSE, 2014-2016



Fuente: Elaboración propia en base a SENDA (2017a).

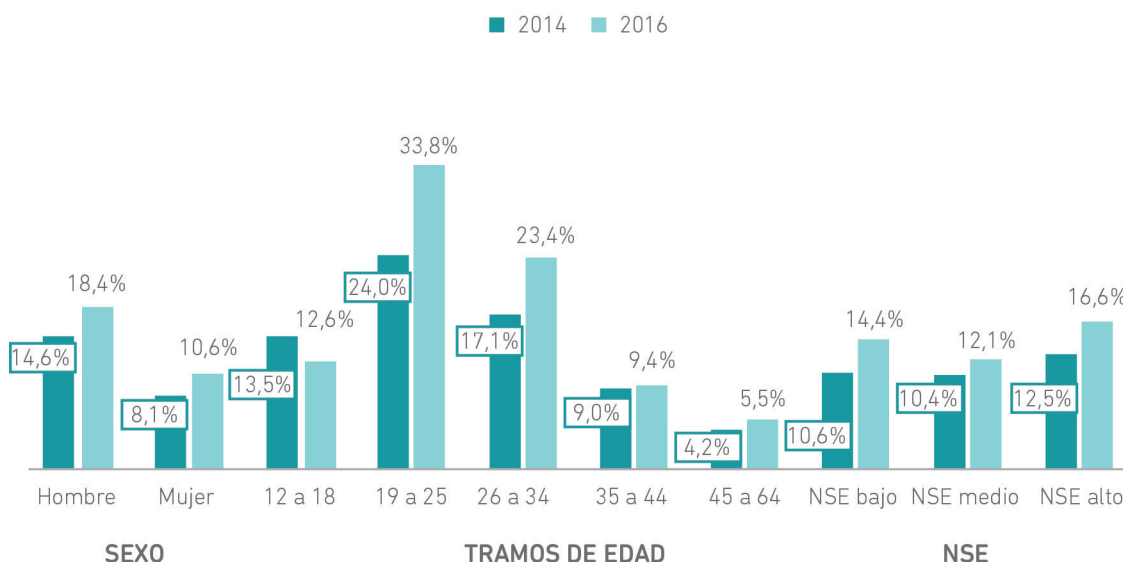
alcanzando un 51,3%. En resumen, las mayores prevalencias se encuentran en los hombres jóvenes de 26 a 34 años del nivel socioeconómico alto.

De acuerdo con el último estudio en población general realizado por SENDA (2017a) el consumo de marihuana en el último año ha aumentado significativamente de 11,3% en 2014 a 14,5% en 2016. Al desagregar por sexo se obtiene que los hombres tienen un consumo en el último año de 18,4% versus las mujeres con un 10,6%, estas diferencias son significativas. Por tramos de edad, se muestra que la mayor prevalencia de consumo en el último año la obtienen los jóvenes de 19 a 25 años con 33,8%, seguido del tramo entre 26 a 34 años con 23,4%, los demás tramos etarios no tienen diferencias significativas respecto del 2014. Respecto del nivel socioeconómico se observan diferencias significativas respecto de 2014 en el estrato socioeconómico alto con 16,6% versus 12,5% y en el estrato bajo con 14,4% versus 10,6%, para el estrato medio no se observan diferencias, el cual obtiene en 2016 un 12,1%. En resumen se observa que los consumidores de marihuana

son principalmente varones jóvenes entre 19 a 34 años pertenecientes en su mayoría a estratos altos y bajos.

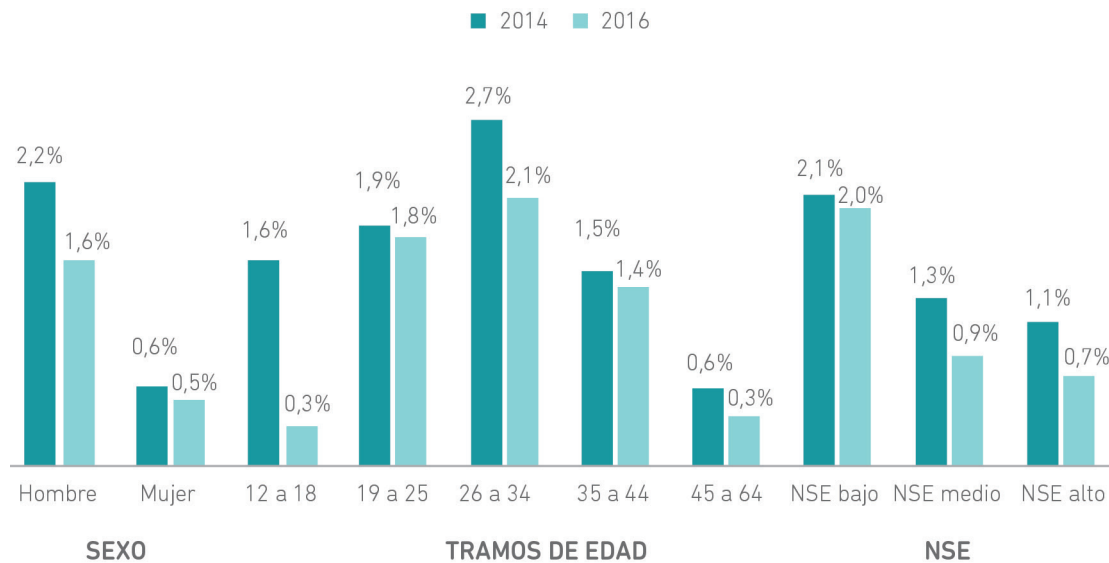
En términos del consumo de cocaína, el estudio (SENDA, 2017a) muestra que se mantienen los valores de consumo en el último año (1,4% en 2014), alcanzando en 2016 un 1,1%. Al desagregar por sexo se observa una diferencia significativa entre hombres (1,6%) y mujeres (0,5%). Por tramos de edad las mayores prevalencias de consumo en el último año se observan en el grupo de 26 a 34 años con un 2,1% seguido del grupo de 19 a 25 años. Los grupos etarios que presentan menor consumo son los adolescentes entre 12 a 18 años y los adultos entre 45 a 64 años. Por último en términos de estratos socioeconómicos se observa que el grupo de mayor consumo es el bajo con 2% con diferencias significativas versus el medio con 0,9% y el alto con 0,7%, no hay diferencias significativas entre medio y alto. En resumen, el consumo de cocaína manifiesta una prevalencia mayor en los varones de 26 a 34 años del estrato bajo.

Gráfico 22 – Prevalencias de consumo de marihuana en el último año por sexo, edad y NSE, 2014 - 2016



Fuente: Elaboración propia en base a SENDA (2017a).

Gráfico 23 – Prevalencias de consumo de cocaína en el último año por sexo, edad y NSE



Fuente: Elaboración propia en base a SENDA (2017a).

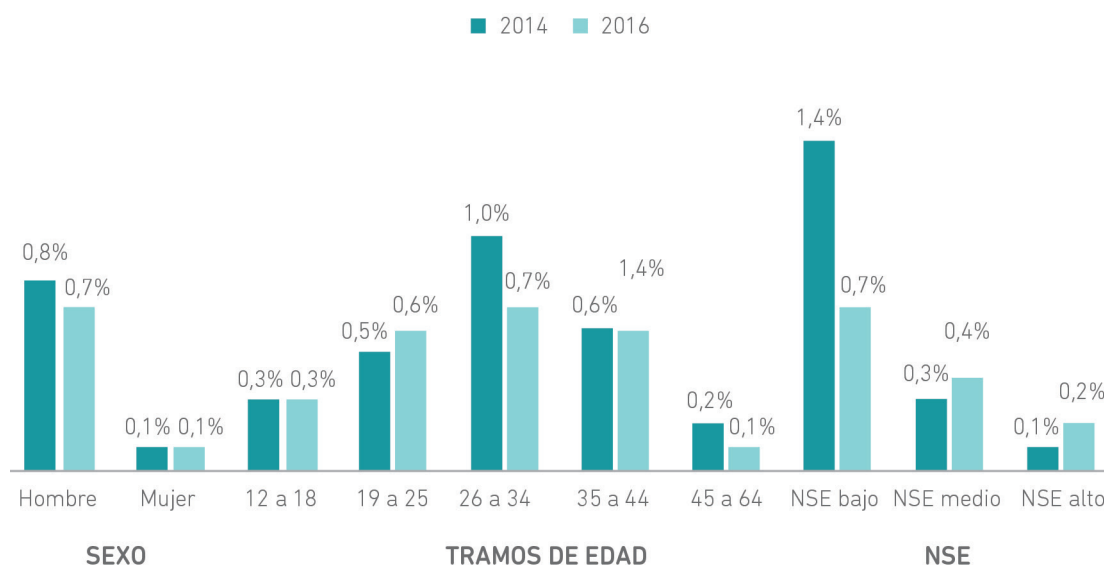
Por su parte el consumo de pasta base, las prevalencias del consumo el último año no muestran cambios significativos respecto de la medición de 2014 (0,5%), alcanzando un 0,4% a nivel general. Por sexo se aprecia una diferencia significativa entre hombres y mujeres, donde los primeros alcanzan 0,7% versus 0,1% del sexo femenino. En términos de edad, el tramo con mayor consumo en el último año es entre 26 a 34 años con 0,7% seguido de los tramos de 19 a 25 años y de 35 a 44 años ambos con 0,6%. La menor prevalencia de consumo se encuentra entre los 45 a 64 años con 0,1%. El nivel socioeconómico que registra mayor consumo es el bajo con 0,7% siendo estadísticamente significativa la diferencia con el estrato alto que alcanza un 0,2% (SENDA, 2017a). En resumen la pasta base de cocaína es consumida principalmente en el estrato bajo por la población de varones que se encuentra entre los 19 a 44 años.

Respecto del consumo de otras drogas, el estudio en población general de SENDA (2017a), se analizan las prevalencias del último año de tranquilizantes sin receta (1,7%), inhalables (0,2%), estimulantes sin receta (0,4%), éxtasis (0,1%), alucinógenos (0,6%), analgésicos sin receta (1,2%),

hachís (1,2), y marihuana sintética (1%). Las únicas diferencias significativas respecto de la medición anterior corresponden a tranquilizantes sin receta y marihuana sintética, ambos tuvieron un aumento significativo de 0,5 puntos porcentuales.

De acuerdo con SENDA (2017a) la percepción de riesgo de consumo de drogas y alcohol varía de acuerdo a la sustancia consumida. Para el caso del alcohol el riesgo se establece a partir de cinco o más tragos de alcohol al día con un 88% para población general y 86,2% para adolescentes (12 a 18 años). La percepción de riesgo de consumo frecuente de marihuana tiene un descenso significativo respecto de 2014 (67,2%) alcanzando un 62,8%. En el consumo experimental de marihuana también se observa un descenso en la percepción de riesgo pasando de 34,4% en 2014 a 29,2% en la última medición. En el caso de la cocaína se observa una percepción de riesgo en el consumo experimental de 71,6%, la cual no muestra diferencias significativas respecto de 2014. Para población entre 12 a 18 años se registra una caída de 70,2% en 2014 a 65,5% en 2016. El consumo frecuente de cocaína no manifiesta cambios en su percepción de riesgo respecto de 2014, alcanzando en 2016 un 93,7% para población general. Por su parte en

Gráfico 24 – Prevalencias de consumo de pasta base en el último año por sexo, edad y NSE, 2014-2016



Fuente: Elaboración propia en base a SENDA (2017a).

la pasta base, el riesgo de consumo experimental no presenta variaciones significativas respecto de 2014 (82,7%) con valores de 82,8% en población general y 75,6% en adolescentes (76,6% en 2014). Por último el consumo frecuente de pasta base registra un 94,4% en población general con una diferencia significativa respecto de 2014 (95,4%). Para adolescentes no se registran cambios significativos (92,6% en 2016 y 93,2% en 2014).

3.1.2.2.- Consumo de alcohol y otras drogas en población adolescente y joven

En la literatura (MINSAL, 2017), la adolescencia presenta como el momento crítico en que se establecen los cimientos para el desarrollo tanto físico, cognitivo, emocional y social del ser humano, por lo tanto es período lleno de desafíos y de procesos de cambios en la persona. Es así una etapa vulnerable a los diversos estímulos, estresores y eventos adversos sociales, familiares y relacionales, donde se producen los riesgos de adquirir conductas no saludables con consecuencias negativas para la salud y la calidad de vida. Dentro de estas conductas se encuentra el consumo de alcohol y drogas.

En la adolescencia frecuentemente comienza la exploración de drogas lícitas e ilícitas. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Juventud (INJUV, 2017) el 80,6% de los encuestados de 15 a 29 años ha consumido alguna vez en la vida drogas lícitas (alcohol y tabaco), el 42% drogas ilícitas (marihuana, cocaína, LSD, pasta base) y el 11,5% fármacos sin receta médica (tranquilizantes o estimulantes). Al segmentar por edad, se observa que las prevalencias bajan en el tramo etario de 15 a 19 años, alcanzando un 69,3%, un 34% y un 9% respectivamente. En cambio en las edades comprendidas entre 20 a 24 años y 25 a 29 años los valores para drogas lícitas corresponden a un 85,2% y 86,5%, para drogas ilícitas un 44,8% y un 46,4% y finalmente para consumo de fármacos sin receta un 12,5% y 12,8%, respectivamente.

Desagregando por drogas, en el consumo de alcohol en población de entre 15 a 29 años se observan tasas de consumo del último año de 71,2% en hombres y 65,6% en mujeres, un 68,4% en general (INJUV, 2017), al desagregar por edad en población de 25 a 29 años existe una prevalencia de 74%, entre 20 a 24 años de 73,6% y de 15 a 19 años una prevalencia menor, de 56,5%, sin embargo según datos de SENDA (2016) en población escolar, se

muestra una prevalencia de consumo de alcohol de 63%, lo que se encontraría cercana a la prevalencia para población adolescente y joven que presenta INJUV. En términos de la precocidad del consumo de alcohol, los datos de SENDA (2016) muestran que la edad de inicio es alrededor de los 13 años sin diferencias para hombres y mujeres, y el 64,9% reportó consumo de alcohol previo a los 15 años.

El 28,6% de los jóvenes entre 15 a 29 años reportaron consumo de marihuana en el último año (INJUV, 2017), lo que corresponde a un 34,6% en los hombres y un 22,4% en las mujeres. Al desagregar por edad el 27,8% de 25 a 29 años reportó consumo, el 31,7% en el caso de 20 a 24 años y el 22,4% de 15 a 19 años. En población escolar (SENDA, 2016) el consumo de marihuana de último año tuvo un reporte de 34,2% lo cual es mayor que los datos INJUV. La precocidad de consumo correspondió a un 49,3% (consumo previo a los 15 años) y la edad de inicio se registró en 14 años.

El consumo de cocaína según datos INJUV (2017) tuvo una prevalencia del último año de 3,7%, para las mujeres un 2,1% y los hombres un 5,3%. Al segmentar por tramo etario se observa que el grupo entre 25 a 29 años tiene una prevalencia mayor con un 4,9%, el grupo de 20 a 24 años alcanzó un 4% y el de 15 a 19 años, 2%. En población escolar (SENDA, 2016) la prevalencia de consumo es de 4,2%. Con una edad de inicio de 14 años y un consumo previo a los 15 años de 32%.

En el caso de la pasta base (SENDA, 2016) la prevalencia del último año para población escolar es de 2,7%, para las mujeres es de 3,4% y para los hombres de 2%. El porcentaje de precocidad, es decir quiénes han consumido previo a los 15 años, es de 44,7% y la edad de inicio corresponde a los 14 años.

En términos del uso, porte y tráfico de drogas en el entorno escolar, los datos de SENDA (2016) muestran que un 61,7% ha visto tráfico de

drogas en los alrededores de su establecimiento educativo, distribuyéndose con un 58,7% en colegios particulares, un 62,8% en subvencionados y un 60,5% en municipales. Por su parte quiénes han visto consumo de drogas al interior del establecimiento corresponden a un 50,2%, siendo un 35,3% en colegios particulares, un 49,9% en colegios subvencionados y un 55% en municipales, diferencia que es significativa respecto de colegios con las otras dos dependencias administrativas.

3.1.2.3.- Consumo problemático de alcohol y drogas

De acuerdo a SENDA (2017a) el consumo problemático puede definirse como aquellos consumidores que presentan abuso y/o dependencia de una o más drogas, de acuerdo a los sistemas de clasificación de enfermedades como DSM IV²³ y CIE 10^{24,25}.

Las tasas de abuso y/o dependencia de drogas para población general se presentan en el Gráfico 25. Se puede observar que para el consumo de marihuana la tasa de dependencia corresponde a 14,8%, mientras que la de abuso es de 11,5%. Por su parte, el consumo problemático es de 20,3%. El caso de la cocaína la dependencia es de 29,6%, mientras el abuso es de 23,6%, el consumo problemático entonces es de 37,9%. En última instancia la tasa de dependencia de pasta base es de 44,6%, mientras que la de abuso queda en 47,6%, superando la mitad de consumidores problemáticos (54,8%) (SENDA, 2017a). Los datos presentados se condicen con la percepción de riesgo dónde pudo observarse que las drogas más duras como pasta base y cocaína tenían una mayor percepción de riesgo respecto al consumo tanto consumo experimental como frecuente respecto de la marihuana.

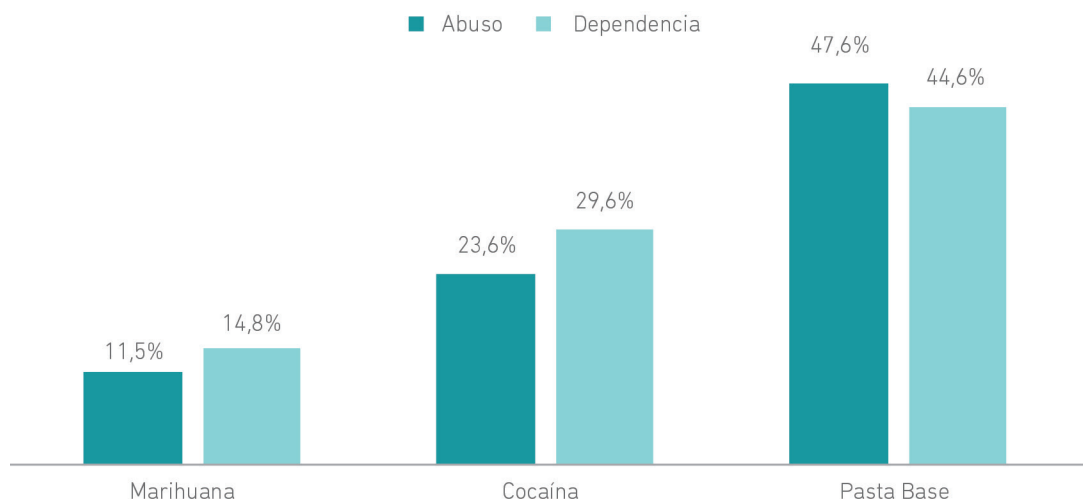
Respecto de los planes de tratamiento para población general (SENDA, 2017b) por consumo problemático de drogas el 2016 fueron atendidos 18.110 personas, de los cuáles el 72% fueron

²³Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV).

²⁴Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

²⁵Para mayor conocimiento de los criterios que implican abuso y/o dependencia revisar SENDA, 2017a, p.55.

Gráfico 25 - Tasas de abuso y dependencia para marihuana, cocaína y pasta base, 2016



Fuente: Elaboración propia en base a SENDA (2017a).

hombres y el 28% mujeres. El promedio de edad bordea los 38 años para hombres y 36 años para mujeres. Del total de personas atendidas el 47% se encontraba trabajando al momento de ingresar al tratamiento, un 33,2% se encontraba cesante y un 6,3% realizaba labores domésticas no remuneradas. De las personas que se encontraban trabajando el 59% realizaba trabajos remunerados de forma dependiente y un 26% por cuenta propia.

Respecto del tipo de consumo, el 71% de los atendidos ingresó a tratamiento por dependencia y el 29% por abuso. En concordancia con los datos de consumo problemático, el 39% de los atendidos en planes de tratamiento lo hace por consumo de pasta base, un 16,6% por cocaína, un 4,2% por marihuana, además un 38,7% lo hace por consumo de alcohol y un 0,9% por sedantes. Las edades de inicio de consumo oscilan entre los 15 a 27 años, el alcohol y la marihuana tienen la menor edad de inicio con 15 años, le sigue la pasta base con 18 años, la cocaína con 20 años y los sedantes con 27 años (SENDA, 2017b).

En los consumidores problemáticos es sabida la posibilidad de comorbilidad con un algún trastorno psiquiátrico, y asimismo la posibilidad

de compromiso biopsicosocial²⁶ producto del consumo de los atendidos el 2016 el 37,9% presentó comorbilidad con algún trastorno, siendo un porcentaje más alto en el caso de las mujeres (50,5%) que en los varones (33,3%). En el caso del compromiso biopsicosocial el 9,8% de los atendidos presenta compromiso leve, el 58% moderado y el 32% severo, siendo más severo en el caso de las mujeres que alcanzan un 40%, versus los hombres con un 29% (SENDA, 2017b).

La población adolescente y joven atendida en planes de tratamiento de consumo problemático durante 2016 (SENDA, 2017c) correspondió a 4.475 personas. De éstas el 59% fue atendido en tratamiento ambulatorio en medio libre, el 31,3% en tratamiento ambulatorios en medio privativo de libertad, un 5% en programas residenciales y un 4,1% en Unidades Hospitalarias de Corta Estadía. El 89,7% corresponde hombres, y un 10,4% a mujeres. El 68% fueron menores de 18 años. Al distribuir por tramos etarios se obtiene que un 49,5% tiene entre 16 a 17 años, mientras un 27% tiene entre 18 a 20 años. Al momento de su ingreso el 58% se encontraba fuera del sistema escolar, superior a un año, en un 13%, superior a dos años un 12%, tres años un 10% y más años 23%. En términos de

²⁶El compromiso biopsicosocial se refiere a una apreciación de la magnitud de los efectos o consecuencias negativas del consumo en diferentes aspectos de la vida diaria de las personas que consumen y su entorno (SENDA, 2017b, p. 23).

su ocupación el 68% se encontraba sin ocupación o cesante, el 18,6% estudiando sin trabajar y el 6,6% trabajando. Sólo el 7,2% ingresó al tratamiento vía una sanción accesoria, de modo que en la mayoría de los casos el ingreso a tratamiento se realizó bajo su voluntad.

Según SENDA (2017c) la sustancia consumida que motiva el ingreso al tratamiento fue la marihuana en el 33,8% de los casos, seguida de la pasta base en el 29,1%, los sedantes con 14,4%, la cocaína con 10,6% y el alcohol con 10,4%. Las edades de inicio oscilan entre 11 a 12 años, siendo la marihuana la única sustancia cuyo consumo comienza a partir de los 11 años.

En términos de gravedad del consumo, el 50,9% de los atendidos presentaba un diagnóstico de dependencia, mientras el 47,3% era sólo de consumo. La comorbilidad psiquiátrica se encontró en 69% de los casos, cifra muy superior al comparar con la población adulta. Las patologías psiquiátricas más frecuentes fueron, trastornos del comportamiento y las emociones con un 33,9%, trastornos de la personalidad con un 12,2%, y trastornos afectivos con un 8,7%. La distribución de personas con compromiso biopsicosocial fue de 5,7% leve, 54,9% en moderado, y 39,3% en severo. En conclusión, el consumo problemático de drogas es más severo en el caso de los adolescentes y jóvenes, dado que presentan mayor porcentaje de comorbilidad y de compromiso biopsicosocial, con edades de inicio inferiores (11 años versus 15 años los adultos), sin embargo esta población presenta adicción principalmente a marihuana versus la población adulta que lo hace a la pasta base y el alcohol. Lo anterior es relevante sobre todo cuando los adolescentes y jóvenes son quienes tienen mayor brecha asistencial de los servicios de salud mental, siendo en el caso de uso y abuso de sustancias un 73,1% (Vicente, et al., 2012).

3.2.- Política pública de Salud Mental en Chile

A partir del año 2000 en Chile se puso atención a la Salud Mental desde una nueva óptica que implicaba el desarrollo de servicios comunitarios de Salud Mental, es decir un modelo de atención

basado en la inclusión social de los usuarios, que conllevara al respeto de sus derechos y de los de sus familias. En este modelo se prioriza las acciones preventivas y las atenciones tempranas a fin de mejorar la calidad de atención y llegar a tiempo a la intervención en problemas y trastornos mentales (Minolletti y Zaccaria, 2005; MINSAL, 2017).

Gracias a este enfoque hoy en día Chile tiene una red de salud mental y psiquiatría que parte en atención primaria, y culmina en hospitales psiquiátricos, pasando por servicios de urgencia, atención prioritaria a grupos focalizados, un sistema de atención para el consumo de alcohol y drogas, hospitales de día, hogares y residencias protegidas, etc. De esta misma forma el Plan de Garantías Explícitas en Salud (AUGE – GES), incluye en la actualidad patologías psiquiátricas como Esquizofrenia, Trastorno Bipolar y Depresión para mayores de 15 años, y el tratamiento para Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a moderado de alcohol y drogas en menores de 20 años.

Sin embargo aún persisten brechas significativas de atención, lo que se manifiestan en altas prevalencias de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias y depresión. Un ejemplo de esto es que los trastornos mentales ocupan el primer lugar de las licencias médicas entregadas en el sistema de salud (MINSAL, 2017).

Una de las grandes brechas que aún se mantiene guarda relación con la atención psiquiátrica infantil, y en especial con la atención a los niños/as y adolescentes más vulnerables o que han sido víctimas de vulneraciones de derechos. Para esta población la institución encargada de proveer atención es SENAME, sin embargo este organismo tiene como objetivo preocuparse de la protección de niños/as y adolescentes que han sido vulnerados en sus derechos, de los adolescentes que han infringido la ley y regula y controla adopción. De este objetivo puede desprenderse, tal como se señala en su página web, que es un ente del Estado que responde al sistema judicial como colaborador, dependiendo incluso del Ministerio de Justicia, de modo tal que entre sus funciones se

encuentra la protección mas no necesariamente la atención reparatoria de los traumas causados por las vulneraciones de derechos, para ello se requiere una coordinación eficiente y eficaz con las demás instituciones del Estado, de modo de asegurar tratamiento en los casos que lo requieran.

La protección de derechos infantiles en Chile comienza a partir de la ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en agosto de 1990, creando consigo en los años venideros un conjunto de iniciativas que promueven el bienestar para la infancia y adolescencia. En términos legislativos, se crea la ley 19.986 de los Tribunales de Familia, la ley 20.086 que establece el sistema de responsabilidad penal juvenil, la ley 20.379 que crea el sistema de protección integral a la infancia “Chile Crece Contigo”, entre otros, no obstante Chile aún carece de una ley de protección de derechos del niño que establezca un marco de acción para todas las políticas públicas que son atingentes a brindar cuidado, protección, y tratamiento conforme a la Convención. Durante los últimos años se ha avanzado en ese horizonte, a través de la creación de la ley 21.013 que tipifica el delito de maltrato tanto a niños/as y adolescentes como otras personas vulnerables (personas en situación de discapacidad y adultos mayores), y a través del ingreso de proyectos de ley que crean el Sistema de garantías de derechos del niño, la Subsecretaría de la Niñez y el defensor del niño, y el Servicio Nacional de Protección Especializada, cuyos objetivos implica una mejora en la calidad de los programas de atención a los niños/as y adolescentes vulnerados.

Como se mencionó anteriormente otra brecha de atención guarda relación con el abuso y dependencia de sustancias, en este tema los encargados de regular y proveer tratamiento para el consumo de drogas y alcohol son el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior a través del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

A partir de la creación de SENDA a través de la ley 20.502 en 2011 se establece en Chile una institucionalidad²⁷ encargada de la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social de las personas afectadas por el consumo de drogas y alcohol. De acuerdo con la Estrategia Nacional de Drogas y Alcohol 2011-2014 los ejes de esta nueva institucionalidad son la prevención en escuelas, comunidad y lugares de trabajo y la recuperación de las personas con consumo problemático, a través del tratamiento y la inclusión social (CONACE, 2011, p.7).

De acuerdo con SENDA (2017d) durante los últimos años los énfasis de prevención han estado puestos en iniciativas en el ámbito educacional, a través de programas como Actuar a Tiempo, y Prevención en Establecimientos educacionales. También se ha focalizado en los lugares de trabajo a través del Programa Trabajar con Calidad de Vida, y por último en el consumo de alcohol a través de operativos y controles preventivos en conjunto con Carabineros. En la prevención comunitaria se ha avanzado en acciones tendientes a generar estrategias de desarrollo territorial a través de un catastro de acciones territoriales, como primer levantamiento de las actividades que se realizan en el país con objetivo de prevenir el consumo de alcohol y drogas desde una perspectiva comunitaria y vecinal.

En caso de la rehabilitación los énfasis han estado puestos en el desarrollo de planes de tratamiento con cobertura ambulatoria y residencial para poblaciones adultas y e infanto-adolescentes, y en detección temprana e intervención breve para adultos con consumo de riesgo. También se ha puesto énfasis en el consumo problemático de personas en situación de calle, de personas privadas de libertad o con libertad vigilada y de adolescentes bajo el sistema de responsabilidad penal (SENDA, 2017d).

Los desafíos en tratamiento para consumo problemático guardan relación con las brechas existentes en la actualidad, con la mantención

²⁸Anteriormente la institucionalidad correspondía al Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE) cuyos objetivos se enfocaban en la prevención del consumo a través del control de las sustancias ilícitas.

y mejora continua de la calidad de atención, el acceso oportuno y la eliminación de barreras de acceso a tratamiento, además del fortalecimiento de los programas de integración social, como el de Orientación Socio Laboral (SENDA, 2017d).

3.2.1.- Programas de Protección Integral y Acompañamiento Terapéutico

3.2.1.1.- Programas residenciales

Tabla 5 - Listado de programas residenciales

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Programa Familias de Acogida	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y/o adolescentes menores de 18 años víctimas de graves vulneraciones de derecho y que en aras de la protección de sus derechos han sido separados de sus familias bajo orden de un juez de familia.	El programa consiste en la entrega del cuidado de manera transitoria del niño/a o adolescente a una familia ("de acogida") que tenga competencias para apoyar la restitución de derechos; la cual es apoyada por un equipo profesional de intervención psicosocial en dicha tarea. El rol de familia de acogida lo pueden realizar familias extensas del niño/a, familias vinculadas afectivamente, o familias sin lazos consanguíneos ni afectivos siempre que cumplan con el requisito de ser idóneos para dar protección, asegurar el bienestar y dar facilidades para el proceso de intervención psicosocial del niño/a o adolescente.	<p>En una evaluación realizada por Martínez (2011) para SENAME, en términos cualitativos se destacan ciertos nudos críticos que guardan relación con el reclutamiento de las familias de acogida, los aportes monetarios a las familias, y el tipo de familia de acogida.</p> <p>Sobre el reclutamiento de las familias la evaluación observó que existía una selección de familias no especializadas técnicamente en el proceso de acogimiento, y no se consideraba en el programa un componente de capacitación a estas nuevas familias.</p> <p>Muy ligado a lo anterior, se observó que el tipo de familia de acogida se centraba especialmente en familias extensas (parientes) o familias externas vinculadas (amigos, vecinos, etc.) las cuáles por falta de preparación no constituían un referente en términos de protección de derecho sino incluso reproducían las vulneraciones ya sufridas por los niños/as y/o adolescentes. Por último el aporte económico entregado a las familias de acogida se vislumbraba como relevante pero insuficiente, y con la consecuencia de generar dependencia en las familias que son más vulnerables.</p> <p>En términos de facilitadores se destaca el "efecto familia" que indica que el vivir con una familia tiene un impacto positivo en el desarrollo integral de los niños/as o adolescentes.</p>

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Centros de Reparación Especializada de Administración Directa (CREAD)	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y adolescentes menores de 18 años víctimas de graves vulneraciones de derecho cronificadas.	Este programa consta de tres componentes. El primero es la atención residencial que busca entregar protección, cuidado y satisfacción de necesidades básicas y acceso a servicios sociales. El segundo componente es el diagnóstico en profundidad, el cual tiene el objetivo de evaluar la magnitud del daño de los niños/as o adolescentes atendidos al momento de ingresar al programa, y al mismo tiempo identificar los factores protectores y personales con los que cuenta. Por último está el componente de intervención psicosocial especializada (individual, familiar y comunitaria) cuyo objetivo es la reparación del daño y el acompañamiento terapéutico al proceso.	No hay evaluaciones disponibles
Programa Familias de Acogida de Administración Directa	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as menores de 3 años víctimas de vulneraciones graves de derechos, que han sido separados de sus familias de origen producto de una medida de protección judicial.	Este programa al igual que el Programa Familias de Acogida, tiene como objetivo la protección del niño/a, a través de la entrega del cuidado a una familia de acogida con competencias para apoyar la restitución de los derechos. Su diferencia es que este programa se encuentra ejecutado directamente por el Servicio Nacional de Menores, y de este modo convoca a todos los órganos del Estado a garantizar los derechos de los/as niños/as. Otra diferencia es el énfasis en la convocatoria de familias externas a través de una estrategia de difusión y captación a nivel local, lo cual incluye una capacitación una vez seleccionada como familia de acogida. El programa tiene un componente de intervención psicosocial donde se trabaja de manera terapéutica con niños/as, las familias de acogida y sus familias de origen, tanto en la reparación del daño producto de los derechos vulnerados como en la habilitación de competencias parentales a las familias.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Residencias de protección para madres adolescentes	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Mujeres adolescentes menores de 18 años víctimas de vulneración grave derechos, que se encuentran embarazadas o han sido madres recientemente y están en conflicto con la maternidad.	Este programa entrega atención residencial a las beneficiarias y sus hijos/as, cubriendo las necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, salud y educación. Además se realiza una intervención técnica con componentes psicosocial, sociofamiliar, terapéutica y socioeducativa para la adolescente y su hijo.	No hay evaluaciones disponibles
Residencias de protección para primera infancia (lactantes y preescolares)	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños y niñas menores de 6 años víctimas de graves vulneraciones de derechos que producto de éstas han sido separados de su núcleo familiar a través de una medida de protección de un Tribunal de Familia.	Este programa entrega atención residencial a niños/as y lactantes, cubriendo las necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, salud y educación. Además se realiza una intervención técnica con componentes psicosocial, sociofamiliar, terapéutica y socioeducativa para el niño/a y su familia.	No hay evaluaciones disponibles
Residencias de protección para niños/as en situación de discapacidad	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y adolescentes de 0 a 18 años víctimas de graves vulneraciones de derechos por las cuáles han sido separados de su núcleo familiar, y que presentan discapacidad severa o profunda que les imposibilita realizar actividades cotidianas.	Este programa entrega atención residencial a niños/as y adolescentes con discapacidad, cubriendo las necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, salud y educación. Además se realiza una intervención técnica con componentes psicosocial, sociofamiliar, terapéutica y socioeducativa para el niño/a o adolescente y su familia.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Residencias de Protección para Mayores	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y adolescentes de entre 6 a 18 años víctimas de graves vulneraciones de derechos, por las cuáles han sido separados de su núcleo familiar. Además también se consideran sujetos de atención a las familias de los niños/as y adolescentes atendidos, dado que se realizan procesos de intervención con éstas.	Este programa entrega atención residencial a niños/as y adolescentes, cubriendo las necesidades básicas de alimentación, vestuario, vivienda, salud y educación. Además se realiza una intervención técnica con componentes psicosocial, sociofamiliar, terapéutica y socioeducativa para el niño/a o adolescente y su familia.	No hay evaluaciones disponibles

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales.

3.2.2.2.- Programas de Consumo problemático de alcohol y otras drogas

Tabla 6 – Listado de programas de Consumo Problemático de Alcohol y otras drogas				
Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Tratamiento de Adultos Infractores Consumidores Problemáticos de Drogas y Alcohol.	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Adultos imputados, con suspensión condicional, y/o condenados por el sistema de justicia penal en las modalidades abierta o cerrada que presentan consumo problemático de alcohol y drogas.	Este programa consiste en entregar tratamiento terapéutico a adultos con consumo problemático de alcohol y drogas. Se entregan prestaciones individuales, grupales y familiares, además de sesiones de rescate.	No hay evaluaciones disponibles
Tratamiento Integral de Adolescentes y Jóvenes Ingresados por Ley N°20.084 con Consumo Problemático de Alcohol y Drogas	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Adolescentes con consumo problemático de drogas y/o alcohol imputados o condenados bajo la Ley 20.084 (que hayan cometido delito siendo mayores de 14 años y menores de 18 años).	Este programa se entrega a los jóvenes a través de sanciones accesorias (con obligatoriedad de someterse a tratamiento), tratamiento voluntario, y suspensión condicional de la pena bajo condición de tratamiento. El programa consiste en la entrega de atenciones de carácter terapéutico clínico que se realizan de acuerdo con el perfil de los adolescentes. El programa tiene un enfoque biopsicosocial, con perspectiva de género, ciclo vital, integración social y considerando conductas delictivas.	No hay evaluaciones disponibles
Tratamiento para Población Consumidora de Drogas y Alcohol en Libertad Vigilada	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Mayores de 18 años que cumplen condena de libertad vigilada intensiva, con consumo problemático de alcohol y/o drogas derivados por delegados de Gendarmería.	Este programa contiene una estrategia de intervención que incluye planes de tratamiento en modalidades ambulatorio y residencial. Los planes de tratamiento tienen prestaciones terapéuticas individuales, familiares y grupales. Considera además atención farmacológica para apoyar la comorbilidad o trastornos psiquiátricos asociados.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Tratamiento y Rehabilitación para Niños y Adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y Otras Drogas	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Menores de 20 años con consumo problemático de alcohol y/o drogas, que no son beneficiarios del GES ni del programa de tratamiento de adolescentes que han infringido la ley.	Considera intervenciones en modalidades ambulatorias, residenciales y tratamiento para población en situación de calle. Las estrategias y métodos pueden ser individuales, grupales, familiares o comunitarias, y se plasman en un plan de tratamiento que da cuenta de las particularidades del niño/a, adolescente o joven, considerando las variables de género, discapacidad, y determinantes sociales y la capacidad/motivación de participación del usuario.	No hay evaluaciones disponibles
Tratamiento y Rehabilitación para Población Adulta con Consumo Problemático de Drogas y Alcohol	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Personas mayores de 20 años que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas.	Este programa considera planes de tratamiento diferenciados en duración y prestaciones de salud, según la complejidad del consumo y las variables sociodemográficas de los consultantes, incluye población en situación de calle y mujeres embarazadas.	No hay evaluaciones disponibles
Prevención en Establecimientos Educativos	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Establecimientos educativos de dependencia municipal, particulares subvencionados o de administración delegada ubicados en la categoría emergente o autónoma de la ley SEP para las comunas donde opera SENDA-Previene.	Este programa se propone vincular estrategias preventivas en el marco del Plan de Mejoramiento Educativo, y se trabaja con cuatro componentes: Gestión Escolar Preventiva; Continuo Preventivo; Involucramiento Escolar y Vinculación con el Medio Social. Se espera que el establecimiento educativo desarrolle competencias en la gestión y prevención autónoma para la comunidad escolar.	No hay evaluaciones disponibles
Actuar a Tiempo: Establecimientos Libres de Drogas	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA)	Estudiantes de 7° básico a IV° medio de establecimientos educativos con dependencia municipal, particular subvencionado o administración delegada que sean clasificados como vulnerables por la ley SEP.	Las acciones que desarrolla el programa se relacionan con la capacitación del cuerpo docente en la detección temprana y prevención selectiva e indicada en el consumo alcohol y otras drogas. La detección temprana tiene por objetivo identificar casos en riesgo de consumo y con consumo dentro del establecimiento educativo. Acto seguido se elabora un plan de intervención individual para el estudiante, que también incluye acciones grupales, familiares y comunitarias.	No hay evaluaciones disponibles

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales.

3.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo

La persistencia de contextos de privación y exclusión social afecta, restringe y daña profundamente el desarrollo de las personas. Las experiencias que conllevan estas dinámicas son dolorosas, muchas de ellas insoportables y quedan, por cierto, grabadas en sus cuerpos y sus mentes, creando barreras que dificultan el logro de la autonomía en sus vidas presentes y futuras (Hogar de Cristo, 2017a). El trauma es una de las expresiones del tipo de daño que genera nacer y crecer en pobreza, herida psicológica que trae una serie de consecuencias en la salud mental. Si el trauma no es trabajado de manera prolongada y profunda impactará negativamente en los otros ámbitos de la vida, transformándose en un factor más de vulnerabilidad que pone barreras para el desarrollo y la inclusión social.

En este sentido, trabajar con las personas más pobres y excluidas implica no sólo desarrollar capacidades, vincular a redes sociales de apoyo e integrar servicios especializados. Para que los procesos de transformaciones sociales y personales logren proyectarse en trayectorias inclusivas, también se requiere realizar procesos reparatorios sobre los daños producidos por las vivencias cotidianas de experiencias adversas y traumáticas. Para esto se hacen necesario el apoyo terapéutico, como práctica de reparación y acompañamiento psicosocial. Este trabajo debe considerar a las personas como sujetos de sus propios procesos de cambio, donde la reconstrucción de un proyecto de vida se hace posible desde una profunda re significación de sus experiencias y sentido de vida. Este es un espacio altamente personalizado, de trabajo continuo y prolongado en el tiempo, organizado principalmente desde las propias necesidades e intereses personales.

Junto con el énfasis reparatorio de los programas sociales que trabajan con la población con más daño, se debe considerar un trabajo integral en ámbitos simultáneos de la inclusión social y el desarrollo de capacidades, esto es especialmente relevante en los casos donde los traumas y los efectos acumulativos en la salud y el desarrollo

son consecuencia de vulneraciones graves en los derechos humanos. Esto es necesario porque los efectos del daño actual no sólo dan cuenta de procesos acumulativo de desventajas y vulneraciones, sino de procesos actuales de falta de soportes y fuentes promotoras de las capacidades.

Los niños y jóvenes vulnerados gravemente en sus derechos y que ingresan a residencias de protección están dentro de los grupos más excluidos de la sociedad. El tipo de vulneraciones sufridas y que son causales de internación, dan cuenta de los mayores daños posibles que un niño, niña o adolescente puede sufrir, lo que genera una gran complejidad en las necesidades que un programa residencial debe dar cuenta. Para esto las residencias de protección de Fundaciones Hogar de Cristo deben trabajar en múltiples dimensiones que permitan la protección y reparación de derechos vulnerados, como además el fortalecimiento de sus capacidades y la inclusión social en ámbitos sociales relevantes para el desarrollo de la infancia. Entre las principales dimensiones de trabajo se encuentran:

- Garantizar derechos tales como: alimentación, salud, educación, recreación, vestuario, higiene y seguridad.
- Asegurar una adecuada calidad de vida, de tal forma que entregue condiciones propicias para el desarrollo.
- Abordar y satisfacer necesidades emocionales, cognitivas, sociales y de estimulación propias de la infancia y la adolescencia.
- Contribuir en la reparación de daños en el ámbito psicológico, familiar y/o social.
- Fortalecer y potenciar los recursos familiares socio comunitarios necesarios para lograr la reinserción familiar, cuando esto sea posible (Hogar de Cristo, 2012).

El Hogar de Cristo entrega apoyo y acompañamiento terapéutico a personas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión social, y que presentan además consumo problemático de alcohol y/o drogas. Entendiendo las problemáticas asociadas a las drogas desde el enfoque de

reducción de daños, se considera el consumo en esta población como una respuesta adaptativa a las continuas experiencias de carencias y exclusión social. Desde ese punto de vista los programas terapéuticos trabajan desde una mirada desprejuiciada y libre de estigma, acogiendo a las personas tal cual son; la empatía, comprensión y generación de espacios de libertad (Hogar de Cristo, 2017b).

Mediante la oferta de programas terapéuticos, se pretende dignificar y valorar la autonomía de las personas, reconociendo sus derechos, capacidades e intereses para iniciar procesos de cambios donde el mismo sujeto es protagonista.

Programas terapéuticos ambulatorios: Programas orientados a jóvenes y adultos que viven en situación de pobreza y consumo problemático de alcohol y/o drogas. Con el objetivo de mejorar los niveles de inclusión social y reducir los daños asociados al consumo, se realiza acompañamiento terapéutico, facilitando además la inclusión en espacios familiares, educacionales, de salud, laborales y comunitario.

Programas terapéuticos residenciales: Programas orientados a jóvenes y adultos que viven en situación de pobreza, con consumo problemático de

alcohol y/o drogas asociada a un alto compromiso bio-psicosocial. Junto con la entrega de servicios residenciales, se realiza acompañamiento terapéutico enfocado a mejorar las condiciones psicosociales más dañadas. Se integran además servicios de inclusión social en ámbitos familiares, educacionales, de salud, laborales y comunitarios.

Programas especializados para niños, niñas y adolescentes: Programas ambulatorios y residenciales dirigidos a niños, niñas y adolescentes que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, y que al mismo tiempo se encuentren en situación de exclusión social extrema, tales como: niños y jóvenes vulnerados en sus derechos, en situación de calle o infractores de ley. Tienen como objetivo mejorar los niveles de inclusión social, promoviendo y protegiendo el ejercicio de sus derechos, el desarrollo de factores protectores y de sus capacidades.

3.4.- Brechas de Cobertura

3.4.1.- Línea Infanto-adolescente

En el caso de la línea técnica de población infanto-adolescente, se consideró como población de referencia a todos los niños/as y adolescentes que fueron atendidos por programas de SENAME con

Tabla 7 - Poblaciones potenciales línea Infanto – Adolescente	
Temática social relevante	Personas con necesidades de protección y acompañamiento terapéutico
Línea Técnica	Infanto-adolescente
Población de referencia	Nº total de niños/as y adolescentes atendidos en SENAME en programas de protección, durante 2017. 177.915
Población potencial FHC	Nº total de niños/as y adolescentes atendidos en centros residenciales de SENAME durante 2017. 10.815

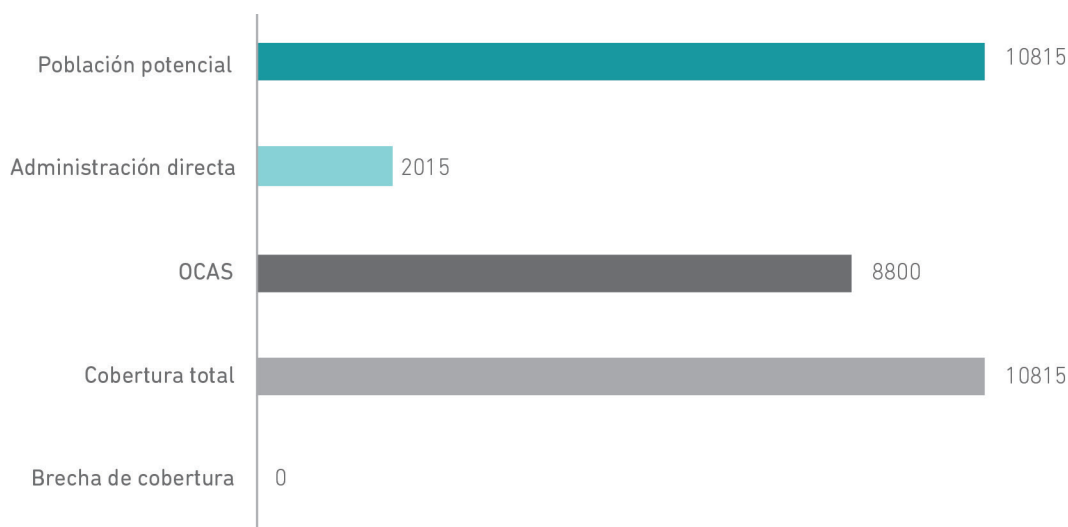
Fuente: Elaboración propia.

motivo de vulneraciones graves a sus derechos, lo que para 2017 correspondió a 177.915 casos. A partir de esta población de referencia se definió la población potencial, entendida como el total de niños/as y adolescentes atendidos por vulneración de sus derechos en Centros Residenciales financiados por SENAME, que da un total de 10.815. Si bien en este caso la cobertura equivale a la población potencial, se distribuyó de la siguiente manera. Los casos atendidos por centros residenciales que son financiados y administrados por el Estado corresponden a los Centros Residenciales Especializados de Administración Directa (CREAD) de SENAME. Por otra parte, los centros residenciales financiados por el Estado y ejecutados por la sociedad civil organizada corresponden a los Programas de Residencias de Protección de SENAME, que son ejecutados por las organizaciones colaboradoras acreditadas (OCAS). No se consideraron los programas de

la fundación en dicho cálculo. Asimismo, no se encontraron programas residenciales para niños/as y adolescentes vulnerados en sus derechos que fueran ejecutados y financiados por organizaciones de la sociedad civil.

Por último, no existe brecha de cobertura en esta línea. Sin embargo, aunque están siendo atendidos todos los niños/as y adolescentes que así lo requieren, el énfasis debe estar puesto en velar por la calidad de la atención recibida, que hoy en día dista de ser la óptima para reparar el daño que produce la vulneración grave de derechos. Al respecto, se encuentran ausentes servicios como el acompañamiento terapéutico con la finalidad de resignificar la vulneración, y la habilitación de competencias parentales para no reproducir daños por vulneraciones y/o la preparación de la vida independiente, en los casos que no puedan retornar con sus familias.

Gráfico 26 – Brecha de cobertura de Centros Residenciales



Fuente: Elaboración propia.

3.4.2.- Línea consumo problemático de drogas

Para el cálculo de brechas en la línea técnica de Consumo problemático de drogas, se consideró como población de referencia al total de personas entre 12 y 59 años con consumo problemático de drogas según SENDA (2016²⁸), lo cual arroja un total de 692.334 casos. La política pública de tratamiento a cargo de SENDA es de tipo universal, es decir no focaliza a los beneficiarios según nivel socioeconómico o pobreza; para acceder a un programa de tratamiento solo es necesario estar inscrito en FONASA. Por lo tanto, para distinguir entre la brecha de cobertura de esta política y la cobertura focalizada que entrega en Hogar de Cristo, para esta línea se distinguirán dos brechas: una brecha de la política pública nacional, donde se compara la población potencial de los programas de tratamiento de SENDA y el total de personas atendidas, sin distinguir para la población ni para

los atendidos a las personas que se encuentren en situación de pobreza; y una brecha de atención focalizada, donde se estima la población con consumo problemático que vive en situación de pobreza y una estimación de las personas atendidas de todos los programas de tratamiento que estarían en situación de pobreza.

Para estimar la población potencial de la política pública, se consideró a las personas de entre 12 y 59 años, que presentaban consumo problemático de alcohol y/o drogas, y que al mismo tiempo manifiesta necesidad de recibir tratamiento o lo han recibido durante el último año. Estos corresponden al 14% del total de personas con consumo problemático, lo que equivale a 97.906 personas.

Para el cálculo de la cobertura total de toda la política de tratamiento, se consideró la suma de programas de tratamiento ejecutados por

Tabla 8 - Poblaciones potenciales línea consumo problemático de drogas	
Temática social relevante	Personas con necesidades de Protección y Acompañamiento Terapéutico
Línea técnica	Consumo problemático de drogas
Tipos de programas	Programas de Tratamiento
Población de referencia	Nº de personas, de 12 a 59 años de edad, con consumo problemático de alcohol y/o drogas en según SENDA 692.334
Población potencial política pública	Personas entre 12 a 64 años de edad que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, manifiestan necesidad de recibir tratamiento o han recibido tratamiento en el último año. 97.906
Población potencial focalizada	Personas entre 12 a 64 años de edad que presentan consumo problemático de alcohol y/o drogas, manifiestan necesidad de recibir tratamiento o han recibido tratamiento de nivel socioeconómico muy bajo. 14.591

Fuente: Elaboración Propia.

²⁸Sin AUDIT.

el Estado y la sociedad civil organizada. Para calcular la cobertura de programas del Estado se sumaron todos los atendidos durante 2017 en los programas de tratamiento de SENDA²⁹, ejecutados por municipalidades u otras instituciones del Estado. En la cobertura de programas ejecutados por la sociedad civil pero financiados por el Estado, se consideraron los atendidos durante 2017 de los programas de tratamiento de SENDA y los programas de Protección Especializada para niños, niñas y adolescentes con Consumo Problemático de Alcohol y/u otras Drogas (PDC) de SENAME, que fueron ejecutados por organizaciones de la sociedad civil (exceptuando a Fundación Paréntesis, que es contabilizada por separado). No se encontraron programas de tratamiento con los mismos componentes de los programas de la fundación, que fueran financiados y ejecutados por organizaciones de la sociedad civil.

Para calcular la cobertura de esta línea técnica, se contabilizaron los RUN distintos atendidos hasta diciembre de 2017 en los Programas de Tratamiento de la fundación, de acuerdo con el Sistema de Gestión Social.

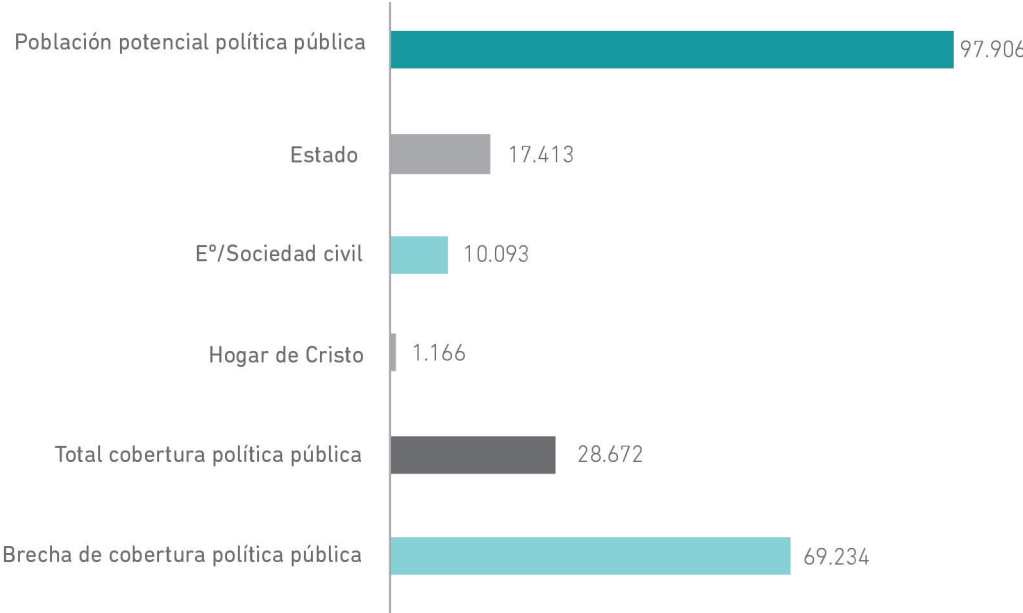
El cálculo de la brecha de cobertura consistió en la resta del total de cobertura de atención de la población potencial, reportándose una brecha de 69.234 personas. Con esto, la cobertura total de los programas de tratamiento alcanza el 21%, aproximado.

Ahora, para estimar a la población potencial focalizada, es decir las personas con consumo problemático y que al mismo tiempo se encuentren altamente excluidos, se consideró a quienes presentan consumo problemático, han manifestado la necesidad de tratamiento (o habiéndose tratado), pero al mismo tiempo están clasificados como de nivel socioeconómico muy bajo³⁰ según SENDA (2016). Estos corresponden a 22.282 personas. Siguiendo la lógica de este cálculo y de esta manera poder estimar la proporción de personas atendidas de todos los programas de tratamiento que se encuentran en situación de pobreza, se construyó un ponderador. Esto se hizo mediante la estimación de la cantidad de personas tratadas, de nivel socioeconómico muy bajo e inscritas en Fonasa, sobre el total de atendidos por esta misma previsión de salud.

²⁹Los programas de tratamiento considerados corresponden a los de población general, población infanto-adolescente general, población adolescente infractora de ley, población infractora en libertad vigilada y programa de tratamiento PSC.

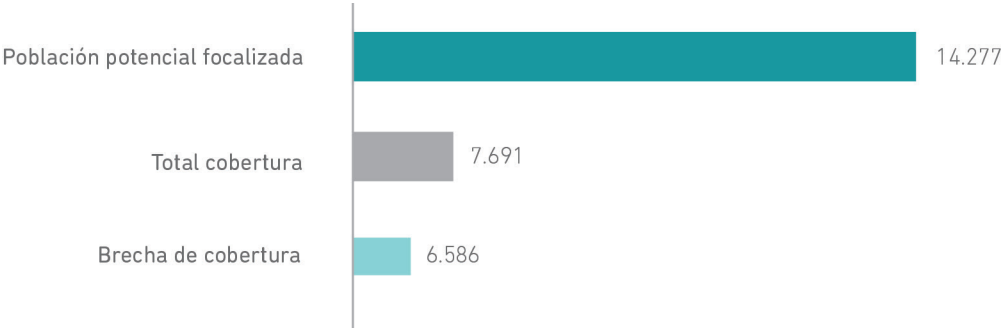
³⁰La clasificación de los niveles socioeconómicos para el XI Estudio Nacional de Drogas en Población General 2014 (SENDA, 2015), se construye a partir de dos ítems que hacen referencia a la calidad del barrio y de la vivienda. Para el caso de la matriz de inclusión, se elabora una clasificación propia para identificar el segmento socioeconómico más cercano a la situación de pobreza definido como NSE muy bajo, el cual se construye a partir de la combinatoria de niveles de calidad del barrio y la vivienda, lo que incluye: Que el encuestado resida en una vivienda clasificada como "casas o departamentos de construcción sólida, pero de apariencia modesta y en buen estado de conservación", y que al mismo el barrio donde se encuentre sea clasificado como "barrio de mejoras y pocilgas desaseadas, sin pavimentación, de mal aspecto y sin condiciones sanitarias" (Barrio tipo 5). Que el encuestado resida en una vivienda clasificada como "construcción sólida, pero en mal estado de conservación; construcción sólida, buen estado de conservación, buena iluminación, pero existe hacinamiento o casa prefabricada, aunque tenga cocina y baño independiente", y que al mismo tiempo viva en barrio tipo 5, o en un barrio clasificado como "barrio obrero o barrio populoso o mal ventilado. El valor de las viviendas está disminuido por la proximidad a talleres, fábricas, estaciones de ferrocarriles, basurales, etc." (Barrio tipo 4). Que el encuestado resida en una vivienda clasificada como "mejoras - casas de madera con pozos negros y sin suministro de agua potable dentro del hogar; pocilga - habitación sucia y sin ventilación ni baño. La cocina, el comedor y dormitorio están dentro de la misma habitación; o subterráneos insalubres con hacinamiento y/o promiscuidad", y que al mismo tiempo viva en "barrios de comercio o calles estrechas, antiguas, sin áreas verdes, de menos agrado para vivir y de valores medios de arrendamiento" (Barrio tipo 3) o barrio tipo 4, o barrio tipo 5.

Gráfico 27 – Brecha de Cobertura de Política Pública. Programas de Tratamiento



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 28 – Brechas de Cobertura Focalizada. Programas de Tratamiento



Fuente: Elaboración propia.

4.- INCLUSIÓN INTEGRAL PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

Como una de las expresiones más profundas de la exclusión social, la vida en calle constituye un fenómeno complejo desde diversos el punto de vista de su definición, sus causas, sus consecuencias, y sus métodos de abordaje. En su definición más restringida, la situación de calle se entiende como la pernoctación en espacios públicos, es decir, se concibe a partir de la falta de un determinado bien material, como lo es el contar con infraestructura “adecuada” para pernoctar. Según la clasificación ETHOS de FEANTSA (European Federation of National Organizations Working with the Homeless), es recomendable plantear esta carencia como una gradiente, entre los que se distingue –de mayor a menor gravedad– la falta de techo³¹, la falta de vivienda³², la habitación de una vivienda insegura³³, y finalmente la habitación de una vivienda inadecuada³⁴. En su definición más amplia se opta emplear el concepto de sinhogarismo, el cual además de aludir a la privación habitacional, incluye la carencia de redes de apoyo. Esta última propuesta está guiada por una de las características centrales de la vida en calle: la experiencia de una privación generalizada en múltiples esferas del bienestar. Aunque el fenómeno en Chile se ha abordado principalmente desde su definición restringida, en la última década ha comenzado a cobrar fuerza una perspectiva que reconocer su carácter multidimensional, tanto desde el mundo académico (Fuentes, 2008), como de las políticas gubernamentales (MINDES, 2015a) y las estrategias de intervención por parte de la sociedad civil organizada (Rojas, 2008).

En un sentido literal, la vida en calle es solo la característica más visible de una constelación de carencias que se retroalimentan mutuamente: falta de alimentación, vestuario e higiene, la

ruptura de vínculos interpersonales cercanos, la desvinculación de las instituciones sociales, desempleo o inactividad, consumo problemático de alcohol y otras drogas, entre otros aspectos que deterioran el cuerpo y la mente de quienes se encuentran en situación de calle. Mientras que en algunos casos estas privaciones constituyen una causa de la vida en calle, en otras son más bien su consecuencia, emergiendo una vez que la persona se encuentra en dicha situación.

Profundizando en los mecanismos causales de la vida en calle, la desvinculación de la persona con la sociedad se suele presentar de manera progresiva, como un proceso de deterioro en diversos ámbitos. Aun cuando esta situación se produce de manera abrupta, tiende a ser el resultado de una cadena de experiencias adversas. A grandes rasgos, es posible reconocer tres tipos factores que explican la vida en calle: sociales, relacionales y personales. Con respecto a los sociales, destaca la dificultad para acceder al mercado laboral; la calidad de los empleos; el alcance de los servicios sociales; la reinserción efectiva de las personas institucionalizadas; servicios de salud mental insuficientes o deficientes; entre otras. En el plano de los factores relacionales, el quiebre de las redes informales³⁵ corresponde a un recurrente al hablar sobre las razones que explican la exclusión de las personas en situación de calle. Como seres interdependientes, los seres humanos nos necesitamos contar con la presencia de otras personas en nuestro círculo más próximo, para satisfacer necesidades de afecto, apoyo, consejo, reconocimiento y cuidado. Los vínculos primarios actúan como una malla de contención para el bienestar de las personas³⁶, por lo que su ausencia constituye un mínimo común denominador para

³¹ Al dormir en la vía pública.

³² Cuando se duerme, por ejemplo, en una residencia protegida.

³³ Como sucede cuando no se paga el alquiler.

³⁴ Por ejemplo, en situación de hacinamiento.

³⁵ Entendida principalmente –aunque no exclusivamente– como familia y amigos.

³⁶ Para más información en torno a este punto, véase la sección de Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía.

las personas en situación de calle, lo cual se vuelve especialmente disruptivo en la violencia intrafamiliar que experimentan las mujeres antes de llegar a dicha situación. En cuanto a los factores personales, las personas pueden experimentar la acumulación de experiencias como accidentes de gravedad, enfermedades físicas y/o mentales, la pérdida de seres queridos, y otros sucesos traumáticos que desencadenan crisis biopsicosociales.

Todos estos elementos mencionados se potencian mutuamente, presionando al individuo a adoptar conductas adaptativas que, si bien les permiten a las personas atenuar el dolor inmediato, refuerzan la vida en calle y obstaculizan su superación. Mientras mayor es el tiempo en calle, mayor es el deterioro biopsicosocial experimentado por las personas, afectando negativamente sus capacidades, autoestima, vínculos informales y expectativas. Como ejemplo de esto, las personas que inician más tempranamente su vida en la calle, presentan mayores niveles de consumo problemático de alcohol y otras sustancias, que aquellas personas que ingresan más tardíamente a la vida en calle (Data Voz Statcom, 2017). Sumado a esto, conductas adaptativas como incurrir en empleos informales, consumo problemático de alcohol y otras drogas, o pedir limosna, son condenadas y estigmatizadas por la sociedad, considerándolas como comportamientos “desviados” que profundizan las relaciones de exclusión.

Consistentemente con las múltiples áreas del bienestar humano afectadas por la situación de calle, son diversos los derechos fundamentales vulnerados en este contexto, presentes tanto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos como en sus pactos internacionales. En particular, se ve especialmente transgredido el derecho a la vivienda, el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud, el derecho a un trabajo decente, el derecho a la vida y a la integridad física, y

como corolario de la protección frente a la pobreza y la exclusión social, el derecho a un nivel de vida digno³⁷. La vulneración de uno de estos derechos constituye, por sí misma, un impedimento para alcanzar el desarrollo humano y social. Reunidas como un cúmulo de negaciones en un mismo caso, estas transgresiones nos demuestran cuánto falta por avanzar para alcanzar la inclusión plena de todos los seres humanos. Por esta razón, las Fundaciones Hogar de Cristo plantean la necesidad de pensar en trayectorias inclusivas para personas en situación de calle, como formas de intervención que atienda la singularidad de las biografías personales. Esto implica transitar hacia una integración de servicios que permita abordar la multicausalidad y multidimensionalidad de la vida en calle.

4.1.- Caracterización de poblaciones

Tanto en Europa como en Estados Unidos, la situación de calle afecta especialmente a inmigrantes, refugiados, y pacientes psiquiátricos desinstitucionalizados (Irrázaval, 2008), todas poblaciones con dificultades específicas para alcanzar la inclusión social. En América Latina, por su parte, este problema social se asocia a la ausencia o déficit de políticas públicas en materia de vivienda, a pobreza generalizada, o incluso a conflictos armados. Para el caso particular de Chile, la situación de calle constituye un fenómeno que incorpora una amplia gama de privaciones y contextos, que conducen a las personas a contemplar la vida en calle como una opción válida para sobrellevar la acumulación de experiencias adversas (Data Voz Statcom, 2017).

El MINDES (2012) comprende a las personas en situación de calle como aquellas que pernoctan en lugares públicos o privados que no cuentan con una infraestructura apropiada, y a aquellas personas que carecen de un alojamiento fijo y pernoctan en albergues temporales (sean éstos privados o públicos, de pago o gratuito)³⁸.

³⁷ Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³⁸ Se excluye de esta definición a quienes habitan en campamentos.

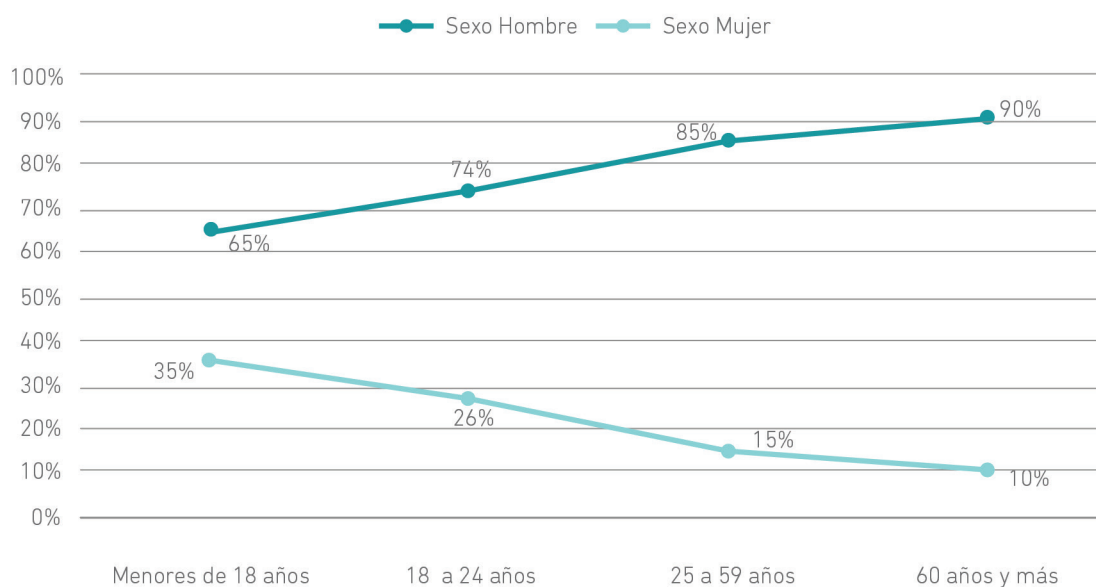
Según el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011), en Chile se cuentan 12.255 personas en situación de calle, de las cuales el 84% son hombres y el 16% son mujeres. Si bien el promedio de edad es de 44 años, la población femenina es más joven que la población masculina, con un promedio de 7 años de diferencia. En cuanto a la distribución etaria, se identifica que los niños/as y adolescentes (de 0 a 18 años) son 742 (6% del total) y los adultos mayores (60 o más años) son 2.038 (17% del total).

Como se aprecia en el gráfico 29, la proporción de hombres es mayor que las mujeres en todos tramos de edad. Para el caso de los menores de 18 años, los hombres concentran el 65% con respecto al total, mientras las mujeres son el 35%. Sin embargo en el caso de los adultos mayores los hombres corresponden al 90% de la población, mientras las mujeres el 10%. Se evidencia, por lo tanto, una tendencia decreciente en la proporción de mujeres en situación de calle a medida que aumenta la edad, ocurriendo la tendencia inversa para el caso de los hombres.

Según el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011), el promedio de permanencia en calle es de 5,8 años. El 23,9% lleva menos de 1 año; el 28,5% más de 1 año pero menos de 5; el 37,9% 5 o más años (MINDES, 2012). De acuerdo con el gráfico 30, los adultos mayores son los que concentran mayor proporción de personas que llevan más de 5 años en situación de calle, con un 41%. En contraste con lo anterior, los jóvenes entre 18 y 24 años presentan la mayor proporción de personas con menos de 1 año en calle, con un 42,5%. Para el caso de los menores de 18 años, la mayor proporción se concentra en el tramo que comprende entre 1 a 5 años en calle, lo que demuestra que los niños/as y adolescentes presentan una trayectoria "cronificada" de vida en calle, en comparación a quienes se encuentran en el tramo entre 18 y 24 años.

A modo de conclusión preliminar, la situación de calle se manifiesta principalmente en hombres de mediana edad, cuya permanencia en la calle aumenta a medida que se incrementa la edad del individuo. En este sentido, es posible pensar que

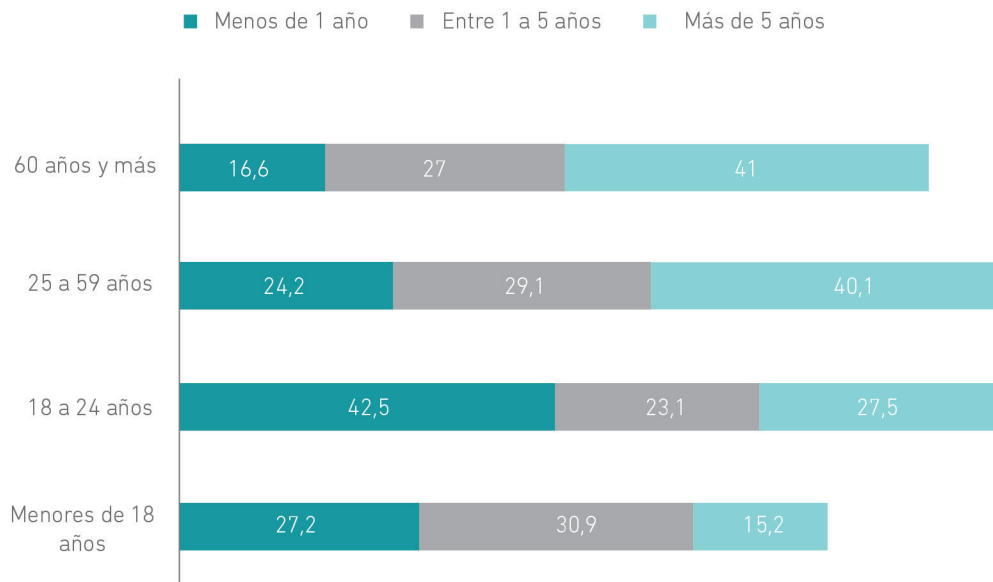
Gráfico 29 – Distribución en tramos de edad según sexo



Fuente: Elaboración propia en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011).

** Las diferencias son estadísticamente significativas al 99% de confianza.

Gráfico 30 – Tiempo de permanencia según tramos de edad



Fuente: Elaboración propia en base a Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011). *Los valores que faltan para completar el 100% en cada tramo corresponden a quienes no respondieron o no recordaban el tiempo de permanencia en calle.

la situación en calle es un problema que tiende a cronificarse a medida que avanza el ciclo vital. Sin embargo, existe una importante proporción de menores de 18 años con más de 1 año en calle, dando señales de una cronificación temprana.

Por otro lado, de acuerdo a datos del Registro Social Calle (MINDES, 2017a)³⁹, un 95,5% de las personas en situación de calle pertenece a hogares unipersonales, con un 4% en hogares constituidos por 2 personas y sólo un 0,4% cuyo hogar tiene 3 personas o más. Lo anterior, reafirma la tesis del rompimiento de lazos familiares y sociales como uno de los factores que explican en mayor medida la situación de calle.

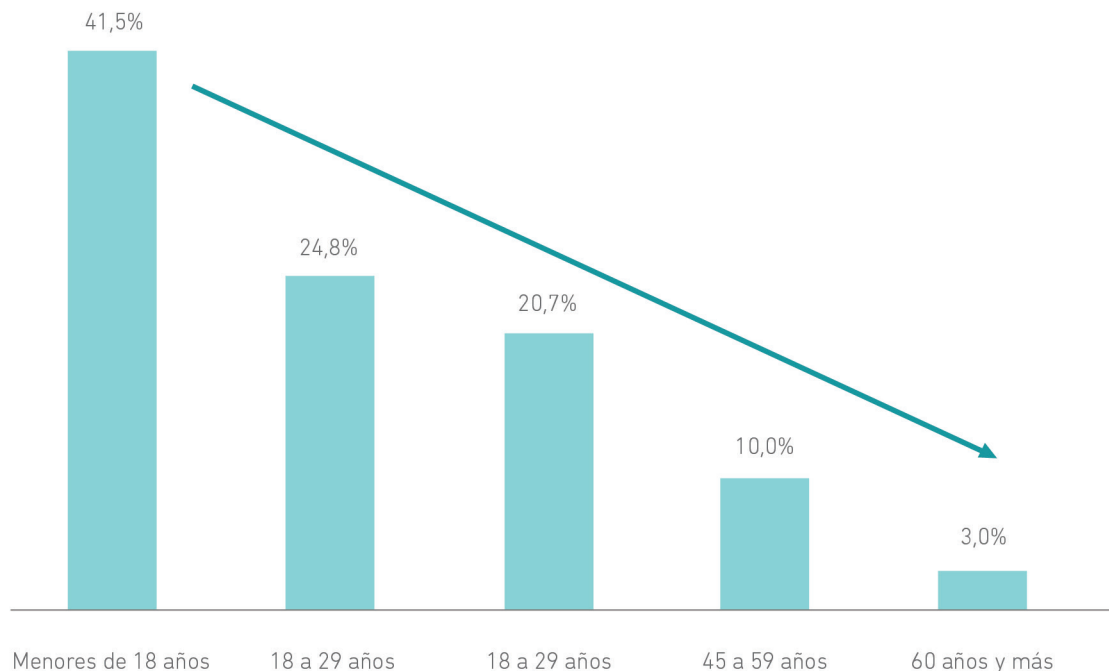
El gráfico 31 refleja que en el 41,5% de los casos el comienzo de la vida en calle ocurre antes de los 18 años, seguido por el ingreso a la vida en calle dentro de los 18 a los 29 años con 24,8%, 30 a 44 años con 20,7%, 45 a 59 años con 10%, y 60 o más años con 3%. La flecha roja indica la tendencia a la baja de

los porcentajes en función de los tramos etarios, lo que demuestra que este problema empieza principalmente entre la infancia, adolescencia y juventud, disminuyendo luego de comenzar la adultez y la medianía de edad. Esto implica que las políticas orientadas a prevenir la situación de calle deben focalizarse en los menores de 18 años.

Sobre las razones que llevaron a las personas a la situación de calle, el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011) entrega datos al respecto. Como se observa en el gráfico 32, el 58,3% de las personas indican que una de las razones que explican su llegada a la calle está en los problemas con la familia, con un 36,9% que identifica a esta como la razón principal. Un 38% reporta al consumo de alcohol como una de las causas, con un 15,5% indicando a esta causa como la más relevante. Un 36,4% incluye a los problemas económicos dentro de las causas, con el 13,9% señalando esta razón como la principal. Un 20,6% manifiesta que el consumo de drogas jugó un papel

³⁹El MINDES se encuentra en proceso de implementar un registro particular para personas en situación de calle: el Registro Social Calle. Implementado desde Agosto de 2016 (MINDES, 2017a), este registro busca reemplazar la metodología de catastros, permitiendo la aproximación a datos censales mediante una actualización periódica. El registro de las personas en situación de calle se ha realizado de manera gradual, contabilizando aproximadamente 10.610 personas en situación de calle hasta agosto de 2017.

Gráfico 31 - Tramos de edad de inicio de situación de calle



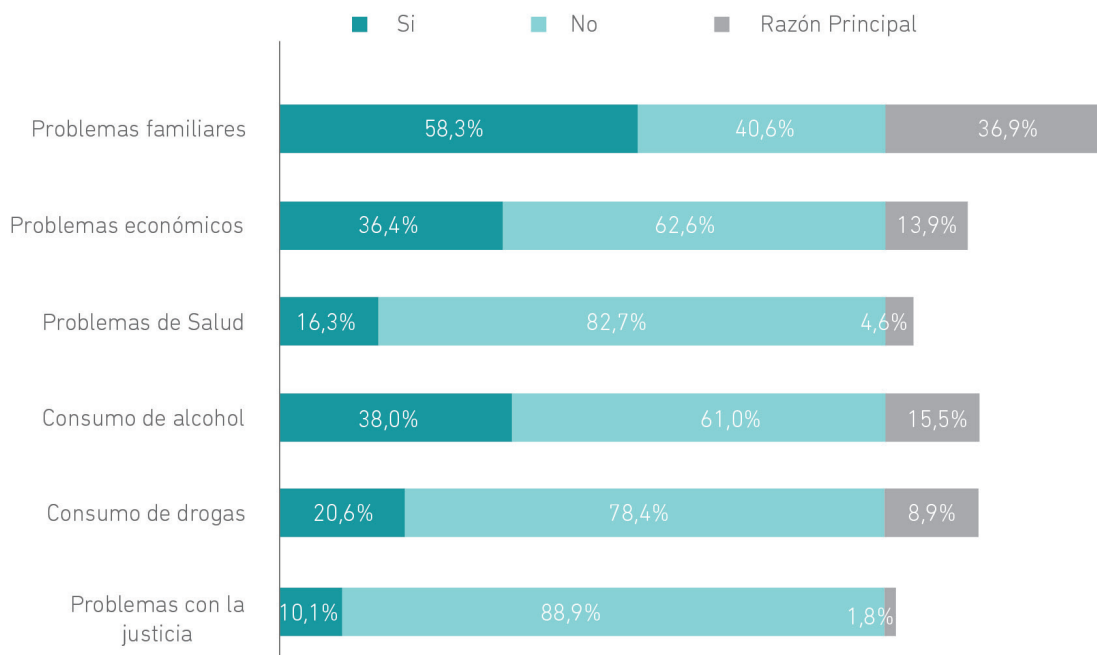
Fuente: Elaboración propia en base a Registro Social Calle.

relevante, no obstante sólo el 8,9% lo menciona como principal. Un 16,3% tuvo problemas de salud, pero sólo el 4,9% lo señala que fue lo más relevante. Por último, para un 10,1% los problemas con la justicia jugaron un papel importante, sin embargo para sólo el 1,8% fue el problema principal. Las razones mencionadas demuestran el carácter multifactorial de la situación de calle, permitiendo desmitificar el argumento de que la vida en calle se deba fundamentalmente a razones de salud mental o consumo problemático de alcohol y otras drogas, y apoyando la hipótesis de los problemas familiares (ruptura de lazos primarios) como el factor explicativo más común (Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle, 2011; MINDES, 2017a).

Sin embargo, de acuerdo con los datos presentados en el gráfico 32, la segunda razón más relevante para explicar la vida en calle corresponde al consumo de alcohol (15,5%) a lo cual se le puede sumar el consumo de drogas que representa al 8,9%. Conforme a los resultados del estudio realizado por Data Voz Statcom (2017), las personas en situación de calle manifiestan un consumo de alcohol y otras drogas que aumenta

en la medida en que se permanece en esta situación. No obstante, presentan diferencias de acuerdo a la edad de inicio de vida en calle. Para aquellos que ingresan a la calle a una edad tardía, el consumo de alcohol y otras drogas se observa como causa, pero para aquellos que inician la vida en calle a temprana edad, el consumo de alcohol y otras drogas se ve principalmente como una consecuencia de la vida en calle (Data Voz Statcom, 2017). En ambos casos el denominador común corresponde al hecho de que la situación de calle agudiza el consumo y viceversa, se consume más alcohol y otras drogas al estar en situación de calle, puesto que esta sustancia actúa como automedicación para mitigar las experiencias adversas (Khantzian, 2007). Por otro lado, el mayor consumo de alcohol y otras drogas dificulta las posibilidades de reinserción social, produciéndose aislamiento de la vida familiar, comunitaria y un deterioro de las habilidades sociales en general (Data Voz Statcom, 2017). Los datos del Registro Social Calle (MINDES, 2017a) reafirman esta idea, indicando que el 57,2% de las personas en situación de calle registradas consume alcohol, el 23,4% pasta base y el 21,4% marihuana.

Gráfico 32 – Razones del inicio de la situación de calle



Fuente: Elaboración propia en base a Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011). *Para las opciones Sí y No las razones de vida en calle no son excluyentes.

Sumado a lo anterior, las personas en situación de calle ven con dificultad el acceso a centros de rehabilitación, debido en gran medida a la baja oferta de ese tipo de servicios para esta población en particular (Data Voz Statcom, 2017). De aquellos que consumen alcohol y/o drogas, sólo el 19% ha participado de programas de tratamiento para el consumo de alcohol y el 13% para el consumo de drogas (MINDES, 2012). Es probable que esta falta de oferta afecte negativamente la motivación de los individuos para reducir su consumo, más aun considerando que aquellos que han intentado realizarlo por su cuenta se enfrentan a un proceso más dificultoso, principalmente por la falta de apoyo y las recaídas, lo que se traduce en mayor frustración y aumento de consumo (Data Voz Statcom, 2017). La puesta en práctica de terapias que sitúan la abstinencia como requisito de entrada, y que asumen una actitud tendiente a juzgar y condenar moralmente las acciones de la persona, suelen reducir las probabilidades de éxito de la intervención. Por lo mismo, adquieren relevancia metodologías terapéuticas como el enfoque de reducción de daños, basado en la entrega de comprensión, apoyo, y por la adecuación del

proceso terapéutico a los intereses, expectativas y necesidades de la persona.

Como se mencionó, los problemas económicos corresponden a la tercera razón principal de la vida en calle con mayor proporción de menciones. Al igual que como ocurre con el consumo de alcohol y drogas, esta razón no sólo funciona como gatillante de la vida en calle, también dificulta la salida de ésta. Según el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011), el 68,3% de las personas en situación de calle trabaja o realiza una actividad que le genera ingresos, de éstas sólo el 8,6% tiene un contrato escrito formal, y el 19,2% un acuerdo de palabra. Además, el 67,3% no tiene ningún tipo de contrato. Las principales actividades que realizan corresponden al comercio y a la entrega de servicios: venta ambulante, servicios de aseo industrial o en vía pública, cuidado y estacionamiento de autos, cartoneo y recolección, carga y descarga, trabajo agrícola y construcción. En términos de seguridad social, el 58% de quienes trabajan no cuenta con un sistema de previsión social (como AFP o INP), y el 51% tampoco se encuentra afiliado al sistema de salud. Por último,

el promedio mensual de ingresos de las personas que trabajan corresponde a \$107.168, el cual se encuentra por debajo del promedio mínimo mensual para el país.

En resumen, se evidencia que las personas en situación de calle que trabajan lo hacen en condiciones paupérrimas, con trabajos precarios, condiciones laborales deficientes, sueldos por debajo del mínimo, y prácticamente sin acceso a seguridad social (MINDES, 2012; Data Voz Statcom, 2017). Estos empleos sólo permiten cubrir la subsistencia diaria, más no acceder a mejorar su situación económica y con ello aumentar sus opciones de inclusión social.

4.1.1.- Niños, niñas y adolescentes en situación de calle

La población de NNA en situación de calle ha sido históricamente muy difícil de contabilizar y caracterizar. Como se ha visto en otras temáticas socialmente relevantes, existe disparidad de criterios para la medición de la población referencial. Que en este caso se expresa en el conteo de niños, niñas y adolescentes en situación de calle.

Así, por ejemplo, de acuerdo a datos del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011), los niños, niñas y adolescentes que viven en calle lo hacen en su mayoría acompañados de familiares (60%) u otras personas como amigos o vecinos (40,8%)⁴⁰, y un 10,3% vive solo. Esta cifra difiere de las presentadas por el Censo Nacional y caracterización de NNA's en situación de calle (2019), el cual se vale del Registro Social Anexo Calle, a abril de 2019, para determinar que de las 547 personas de este tramo etario que viven en la calle, 158 viven con sus familias, lo que corresponde a un 28,8%.

Usando esta misma fuente –que es la más actualizada– se puede apreciar que la causa principal por la que llegan a la calle son problemas con los familiares (53,2%), sin embargo el 71,8% declara haber mantenido contacto con algún

miembro de su familia en el último mes. Esto da cuenta de una relación ambivalente con el núcleo familiar, la cual si bien es la razón principal de su situación de calle, al mismo tiempo se mantienen vínculos con esta. De acuerdo con el Centro UC de Políticas Públicas y Fundación San Carlos de Maipo (2014), este escenario es producto de un nuevo perfil de niños/as y adolescentes en calle, el cual a pesar de haber sufrido experiencias traumáticas como la violencia intrafamiliar, el maltrato, abusos sexuales o la negligencia parental por parte de sus familias, durante su vida en calle se mantienen en contacto con éstas o incluso residen en las cercanías del hogar nuclear. Esta proximidad se deba posiblemente a la búsqueda de cariño y contención emocional que requieren los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, y que por lo demás, no han recibido en su trayectoria vital, constituyéndose en un círculo vicioso puesto que sus familias son tanto víctimas (vulneradoras) como victimarios de la pobreza y la exclusión social (Asesorías QSV en Gestión y Política, 2016). De este modo, el trabajo con los niños/as y sus familias se vuelve central en el proceso de inclusión social de esta población.

Otro tópico relevante para caracterizar a esta población está en sus trayectorias educativas. De acuerdo con este censo del año 2018, el 54,7% de los niños/as y adolescentes no se encuentran asistiendo a un establecimiento educacional. Además, el 60,6% presenta rezago escolar. Usando otra fuente de medición (Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle, etapa III, 2012), pero referido al mismo tema, al ser consultados por la utilidad que perciben de la educación, el 88% considera la educación como relevante y muestran interés en continuar sus estudios (incluso llegando a desear alcanzar un título universitario). Esto demuestra que las razones para la no asistencia al establecimiento educacional no se relacionan necesariamente con la motivación, sino que pueden estar vinculadas a las carencias específicas producto de la situación de calle y a las experiencias negativas asociadas a los establecimientos educacionales como el fracaso escolar.

⁴⁰ Las respuestas no son excluyentes.

Esta tesis se refuerza al conocer que el 60% de los niños/as y adolescentes en situación de calle indican haber repetido de curso alguna vez, y un mismo 60% menciona haber dejado de asistir al colegio, de los cuales el 17% lo hizo por uno o dos años (MINDES, 2012). En un estudio realizado por Asesorías QSV en Gestión y Política (2016) para caracterizar a esta población, se indica que el dejar la escuela es el resultado de la falta de capacidad de los establecimientos educacionales para entregar contención y apoyo, lo que se traduce en una alta tasa de expulsión escolar. Las causas de esta expulsión guardan relación con problemas conductuales, maltrato por parte de profesores o pares, ausentismo por consumo de drogas, entre otros. Así, el sistema educativo refuerza la situación de exclusión social que viven estos niños/as y adolescentes, lo que perpetúa la situación de calle.

Como parte de las estrategias de sobrevivencia en calle, los niños/as y adolescentes buscan recursos económicos trabajando o realizando otras acciones que les reportan dinero: el 17,5% es vendedor ambulante, el 17% comete hurtos, el 7,5% realiza arte en vía pública o en el transporte, un 18,4% declara "machetear" (pedir plata en la calle), un 7,5% realiza trabajos de carga y descarga, entre otros trabajos o acciones con igual componente de precarización (Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle, 2011). Como se puede desprender de estas actividades, varias tienen componentes de peores formas de trabajo infantil⁴¹, de modo que se pone en riesgo la salud y la vida de estos individuos. Esta situación pone evidencia la complejidad de la situación de calle y la dificultad de un proceso de intervención que debe reconstruir proyectos de vida en condiciones de marginalidad extrema, con ausencia de redes y apoyos psicosociales, y con un sistema educativo que tiende a reproducir las vulneraciones de derechos de las que ya son víctimas.

4.1.2.- Adultos mayores en situación de calle

La situación de calle para los adultos mayores implica no sólo marginalidad y vulneración de derechos, sino también un alto grado de deterioro biopsicosocial, incertidumbre, y dolor producto tanto del abandono como por la ausencia de oportunidades para vivir dignamente los últimos años de vida. El 33,7% de los adultos mayores nunca ha pensado en superar la situación de calle, a diferencia de los jóvenes donde sólo el 6,7% no lo ha pensado. Si bien existe un 47% de adultos mayores que piensa siempre en superar la situación de calle, este porcentaje dista mucho de aquellos obtenidos por los jóvenes, adultos y los niños/as donde los valores superan el 50% y llegando incluso a más del 60% en el caso de los niños/as (MINDES, 2012). Esto muestra que la "desesperanza aprendida"⁴² en los adultos mayores es considerablemente superior al resto de las personas en situación de calle, lo que se refuerza más aún cuando este grupo etario es el que tiene más tiempo de permanencia en calle.

De acuerdo con los resultados Data Voz Statcom (2017), las trayectorias en calle de los adultos mayores se caracterizan por un inicio tardío (más allá de los 18 años), por presentar una escasa o prácticamente nula vinculación familiar, un mayor consumo de alcohol que de drogas, una tendencia a habitar la calle en soledad, una constante nostalgia respecto del pasado, y un alto deterioro físico y mental. El deterioro es observable en la necesidad de acceso a medicamentos, donde un 49% de los adultos mayores en situación de calle requiere medicamentos especializados, y un 31% requiere genéricos. Asimismo, un indicador de la fragilidad de los adultos mayores es la tasa de caídas registradas en un período. En el caso de la población en situación de calle un 18% indica haberse caído en la última semana, tasa significativamente

⁴¹Según el Artículo 3 del Convenio Número 182 de la Organización Internacional del Trabajo, las peores formas de trabajo infantil corresponden a formas análogas a la esclavitud, servidumbre por deudas, trabajo y reclutamiento forzoso, utilización para producción de pornografía, utilización para tráfico de estupefacientes, entre otras actividades (OIT, 2002).

⁴²Concepto que refiere a un estado de pérdida generalizada de la motivación por perseguir las metas personales.

superior a la de los adultos mayores de población general los cuáles declaran sólo el 1,3% de caídas al año. Igualmente, un 50% de los adultos mayores en situación de calle manifiestan tener dolores o malestares en su cuerpo, un 49% plantea sentirse deprimido, un 33% dice tener dificultades para caminar, y un 20% expresa problemas para realizar actividades habituales (MINDES, 2012). Sin duda, las condiciones de vida a las que se ven expuestos empeoran las condiciones de salud y ello acelera el envejecimiento de los individuos en estas circunstancias.

Como agravante de su mala condición de salud, está la escasez de recursos económicos disponibles. El promedio de los ingresos de los adultos mayores en situación de calle es de \$81.334, dinero que se obtiene principalmente de pensiones o subsidios (61,9%), puesto que sólo el 34,9% trabaja y el 12,4% tiene alguna actividad que le genera ingresos (MINDES, 2012; Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle, 2011). Sin embargo, estos ingresos son insuficientes para sustentar sus necesidades básicas, por lo que a la precarización en términos de salud se le suma la precariedad económica, lo cual conlleva una alta dependencia de las instituciones que entregan servicios y ayuda para las personas en situación de calle. Es probable que por esa razón los adultos mayores se concentren en zonas cercanas a casas de acogida, a comedores solidarios u hospederías, a diferencia de los jóvenes y adultos cuyo comportamiento es más itinerante y se mueven de acuerdo a los lugares dónde pueden encontrar oportunidades de trabajo (Data Voz Statcom, 2017).

Finalmente, la acción social dirigida a los adultos mayores en situación de calle debiese permanente, sistemática e intensiva, dada la marcada soledad que experimenta esta población, sumada a su alto deterioro de salud y a sus bajas probabilidades de acceder a empleos de calidad.

4.1.3.- Mujeres en situación de calle

En Chile, el sólo hecho de ser mujer ya implica riesgos y vulnerabilidades que atentan contra el bienestar. Según datos de la Subsecretaría de la Prevención del Delito, de las 93.545 denuncias

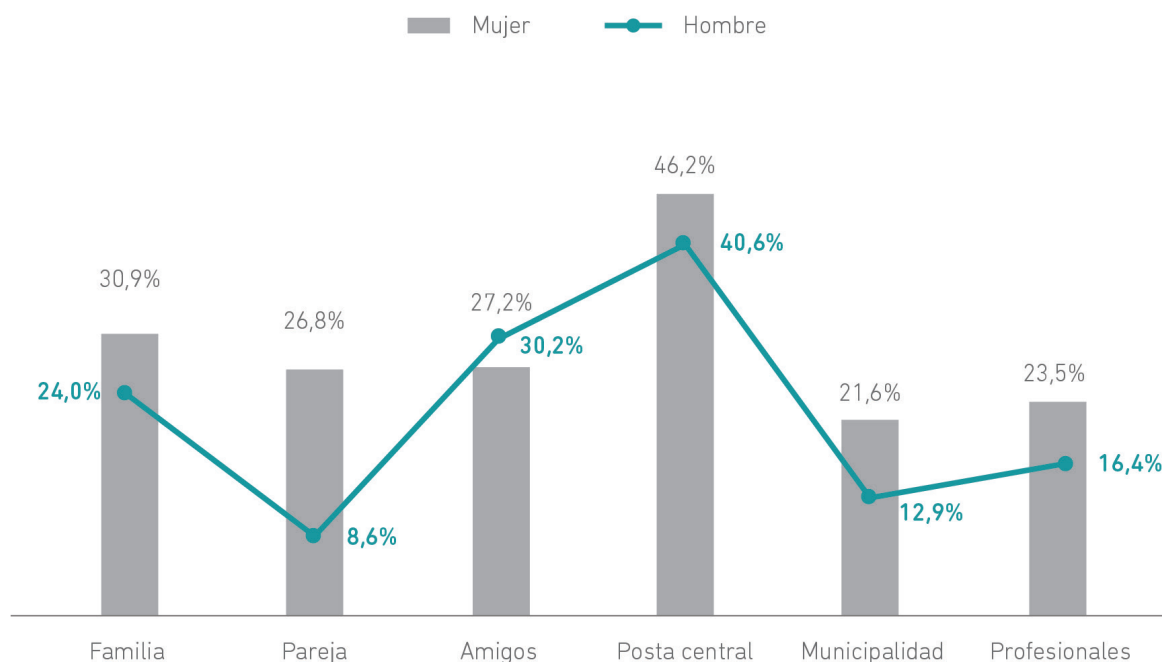
por violencia intrafamiliar en 2016, 72.172 fueron realizadas por mujeres. La violencia género adquiere tonos más complejos en el marco de la situación de calle, amplificando la exposición de las mujeres a la violencia.

De acuerdo con los datos del Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011) existen diferencias significativas entre el perfil de los hombres y de las mujeres que habitan en la calle. En primer lugar, la cantidad de mujeres en situación de calle es mucho menor que la de hombres, además de ser más jóvenes y de reportar en mayor medida el vivir acompañadas. Al respecto, el 42,5% vive acompañadas de amigos o vecinos y el 41,3% vive acompañada de familiares, mientras los hombres tienden a vivir solos (44%). Como se aprecia en el gráfico 33, las mujeres tienen redes tanto familiares como institucionales más amplias que los varones: el 63,7% de las mujeres mantiene contacto con su familia, y cuando tiene problemas el 30,9% expresa buscar ayuda en su familia, el 26,8% en la pareja, el 46,2% en la posta central, el 21,6% en la municipalidad, y el 23,5% en profesionales. Los hombres, en cambio, recurren principalmente a la posta (40,6%) y a los amigos (30,2%) en caso de problemas, siendo esta última categoría la única en que supera significativamente a las mujeres.

Esta tendencia se puede explicar debido a los riesgos que supone la calle para las mujeres, incluyendo abusos sexuales o violaciones por parte de extraños u otras personas en situación de calle. El buscar compañía en la calle –además de mantener vínculos con su red de apoyo– se presenta como una estrategia de supervivencia y cuidado (Data Voz Statcom, 2017).

Gran parte de las mujeres en situación de calle ha sufrido violencia, agresiones o maltrato previamente a ingresar a la calle, figurando como una de las principales razones que explica su vida en calle. El 28,8% de las mujeres derivó a la calle producto de violencia intrafamiliar. Además, después de los 18 años el 32,4% ha sufrido violencia física, el 15,8% agresiones sexuales, y el 31,5% violencia, maltrato o agresiones de parte de su pareja o cónyuge (Segundo Catastro

Gráfico 33 – Personas a quien se acude por ayuda, según personas en situación de calle



Fuente: Elaboración propia en base a Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011).

de Personas en Situación de Calle, 2011). Cabe señalar que este círculo de la violencia no termina con la vida en calle, dado que sus propias parejas ejercen agresiones contra ellas. Sin embargo, esta violencia se encuentra normalizada, puesto que las mujeres perciben a sus parejas más como protectores que como agresores (Data Voz Statcom, 2017).

En otro plano, solo el 35,4% de las mujeres en situación de calle tiene trabajo, y solo el 29,8% tiene alguna actividad que le genere ingresos. Si bien las actividades que realizan no sólo se circunscriben al ámbito doméstico, éstas igualmente demuestran estereotipos de género, con un incipiente ingreso a actividades tradicionalmente concebidas como “masculinas”: el 24,8% realiza actividades de venta ambulante, el 11,2% aseo industrial o en vía pública, el 9,6% cartoneo y recolección, el 9% cuidado y estacionado de autos, y el 6,4% servicio doméstico (Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle, 2011). Asimismo, el empleo de la población femenina se encuentra aún más precarizado que el empleo de la población general, donde el 79% de las mujeres no cuentan con previsión social, y

el ingreso recibido es un 36,5% en promedio más bajo que el de la población masculina.

Estos datos demuestran la necesidad de una atención con enfoque de género que permita tanto la reparación de las experiencias traumáticas de violencia y agresiones, el acercamiento a sus redes familiares (e hijos en los casos que corresponda), así como también el acompañamiento laboral, de tal modo que se les dote de la autonomía necesaria para la inclusión social de esta población.

4.1.4.- Tipologías de personas en situación de calle

Durante el año 2017, el Área de Estudios de la Dirección Social Nacional del Hogar de Cristo tuvo como objetivo elaborar una aproximación tipológica de personas en situación de calle, que permitiese agrupar las prestaciones sociales de la fundación del modo más pertinente a cada perfil.

Toda clasificación comienza asumiendo directrices o ejes de comparación (Foucault, 1968). Al revisar estudios sobre tipologías de personas en situación

de calle, es posible identificar dos clases de tipologías: aquellas basadas principalmente en la frecuencia y en el tiempo de uso de albergues (Culhane y Kuhn, 1998; Culhane et al., 2007; McAllister et al., 2011; MINDES, 2015a); y tipologías que distinguen entre las desventajas acumuladas de las personas en situación de calle, y los capitales con los que cuentan para superar su situación (Grigsby, 1990; Mowbray, 1993; Humphreys y Rosenheck, 1995). En Chile se han elaborado cinco tipologías de personas en situación de calle, de las cuales cuatro están basadas en la distinción entre capitales y desventajas acumuladas (Rojas, 2008; Fuentes, 2008; Larenas y Muñoz, 2015; Harrington, 2007), y una en la frecuencia y uso de albergues (MINDES, 2015a).

Al comparar sistemáticamente los estudios sobre tipologías de personas en situación de calle en Chile, es posible identificar dos perfiles transversales a dichas caracterizaciones, más allá de los diferentes grupos que surgen de cada clasificación. Estos perfiles, además de estar presentes con mayor o menor exactitud en los estudios citados, representan grupos de sujetos radicalmente distintos en sus características:

Estos perfiles, aunque eminentemente “teóricos”, resultan útiles como marco de referencia para

validar cualquier propuesta de tipologías de personas en situación de calle en Chile. Para efectos de la investigación cuantitativa desarrollada por el Área de Estudios, las tipologías fueron generadas en base a la distinción entre recursos y desventajas acumuladas, seleccionando como indicadores las prácticas de pernoctación (proxy de vínculo con servicios asistenciales) y el tiempo en calle. En cuanto a la base de datos, se utilizó el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011, etapa II y III). En concreto, la tipología se compone por los siguientes perfiles:

- Autosuficientes emergentes (18,9%):** Llevan en promedio 1 a 3 años en situación de calle, pernoctando principalmente en la vía pública. Presentan baja prevalencia de enfermedades, y consumo de drogas y alcohol relativamente alto. Es el grupo que presenta, comparativamente, mayor concentración de personas menores de 40 años. Tienen un bajo índice de uso de redes formales (justamente dada su autosuficiencia), pero presentan una mayor búsqueda de ayuda en redes informales (amigos y pareja) y mayor convivencia con animales callejeros. En línea con su autosuficiencia, presentan una mayor proporción de individuos que trabajan. Finalmente, tienen una mayor concentración de personas que llegaron a la calle por consumo de drogas y problemas con la justicia.

Tabla 9 - Perfiles transversales de personas en situación de calle (Estudios en Chile)	
Perfil 1	Perfil 2
Avanzada edad	Jóvenes
Baja motivación por salir de la situación de calle	Alta motivación por salir de la situación de calle
Avanzado deterioro biopsicosocial	Alto abuso de sustancias (alcohol y/o drogas)
Alto uso de redes formales	Alta presencia de enfermedades mentales, pero bajo deterioro físico
Alto tiempo en calle	Poco tiempo en calle
Baja inclusión en prácticas laborales	Incursión frecuente en prácticas laborales

Fuente: Elaboración propia en base a revisión de distintos estudios.

- **En asistencia emergentes (24,8%):** Llevan en promedio 1 a 3 años en situación de calle, pernoctando principalmente en centros de alojamiento para personas en situación de calle o residencias institucionales. Presentan una prevalencia de enfermedades media-alta. Tienen mayores concentraciones de personas menores de 18 años y mayores de 60 años. El índice de redes formales es alto, lo que explica en parte su rasgo “en asistencia”. Tienen una mayor concentración de individuos que viven con personas no familiares, e individuos que reciben pensiones y subsidios. Por último, presentan una mayor proporción de individuos que dicen haber llegado a la calle por problemas de salud.
- **Autosuficientes prolongados (30%):** Llevan en promedio más de 7 años en situación de calle. Pernoctan principalmente en la vía pública. Presentan una prevalencia de enfermedades media, y un mayor consumo de drogas y alcohol. En cuanto a su edad, tienen mayor concentración de personas entre los 18 y los 40 años (es decir, menor concentración de menores de edad y adultos mayores, en comparación al resto de los perfiles). Tienen un bajo índice de uso de redes formales, con una mayor búsqueda de ayuda de amigos y pareja (redes informales) y mayor convivencia con animales callejeros. También presentan una mayor proporción de individuos que trabajan, y de personas que llegaron a la calle por consumo de drogas, alcohol y problemas con la justicia.
- **En asistencia prolongados (26,1%):** Llevan en promedio más de 7 años en situación de calle. Su prevalencia de enfermedades es alta. Tienen una mayor concentración de personas mayores de 60 años. Presentan un uso intensivo de redes formales, con un bajo índice de redes informales. Tienen una menor proporción de individuos que trabajan, y una alta concentración de personas que reciben pensiones y subsidios. Reflejan una mayor proporción de personas que dicen haber llegado a la calle por problemas de salud.

En una segunda fase del estudio, se buscó determinar el perfil de las personas en situación de

calle usuarias de las Fundaciones Hogar de Cristo, a la luz de las tipologías generadas. Se utilizaron datos proporcionados por el reporte de registros de movimientos históricos del Hogar de Cristo y sus fundaciones (Sistema de Gestión Social), cuyas variables están definidas a partir de la Ficha Única de Identificación (FUI). Como objetivo principal, se buscó inferir qué proporción de los usuarios de los programas para personas en situación de calle corresponde a cuál perfil dentro de la tipología.

Puesto que la metodología utilizada por el Área de Estudios (DSN) para generar tipologías de personas en situación de calle se basa en la distinción entre capitales y desventajas acumuladas, se articularon teóricamente los perfiles de esta tipología con los perfiles propuestos por MINDES (2015a) en base al estudio seminal de Dennis Culhane y Randall Kuhn (1998), en base a datos administrativos. De este modo, se genera un paralelo entre ambas metodologías y propuestas de clasificación. A modo de síntesis, el perfil de los usuarios en situación de calle del Hogar de Cristo y sus fundaciones es tan heterogéneo como lo es la población en situación de calle en nuestro país, lo cual se refleja en la proporción de personas que hacen uso únicamente de servicios básicos (alimentación y alojamiento) y de quienes hacen uso de servicios tanto básicos como de intervención y/o acompañamiento.

A este respecto, el 26% de los usuarios calza con el perfil autosuficiente en emergencia, el 17,4% con el grupo en asistencia emergente, un 34,3% con el perfil en asistencia prolongado, y un 22,3% con el grupo autosuficientes prolongados. Como se observa en la tabla anterior, existe una alta similitud en la proporción de los grupos prolongados, al comparar la actual tipología con la desarrollada en base al Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle por el Área de Estudios. Más específicamente, las diferencias son de apenas un 3,8% para el caso del grupo en asistencia prolongado, y de un 7,7% para el grupo autosuficiente prolongado. Sin embargo, las diferencias con respecto a los grupos en emergencia alcanzan un 7,1% para el grupo autosuficiente en emergencia, y de un 7,4% para el perfil en asistencia emergente.

Tabla 10 - Comparación de las tipologías del Área de Estudios (DSN)

Tipología en base al Segundo Catastro de Personas en situación de calle	Autosuficientes en emergencia (18,9%)	En asistencia emergentes (24,8%)	Autosuficiente prolongado (30%)	En asistencia prolongados (26,1%)
Tipologías en base a datos del Sistema de Gestión Social	Autosuficientes en emergencia (26%)	En asistencia emergentes (17,4%)	Autosuficiente prolongado (22,3%)	En asistencia prolongados (34,3 %)

Fuente: Elaboración propia.

Aunque casi el 60% de los usuarios utiliza únicamente servicios básicos (alimentación y alojamiento), existe una considerable proporción (25%) que hace uso de ambos tipos de programas, más un 16% que utiliza solo servicios de intervención y/o acompañamiento. En este sentido, en los programas para personas en situación de calle ofrecidos por el Hogar de Cristo y sus fundaciones participan tanto individuos autosuficientes como en asistencia, es decir, se hace un uso tanto utilitario y acotado de estos servicios (usuarios ocasionales), como una utilización más profunda y sostenida de prestaciones de intervención y/o acompañamiento (usuarios intensivos). En definitiva, se observa una coincidencia entre la distribución etaria de las personas en situación de calle arrojada por el Segundo Catastro de Personas en Situación de Calle (2011), y la distribución etaria del Hogar de Cristo, con excepción de la población menor de 18 años, que se encuentra sub-incluida en la institución.

4.2.- Política pública para personas en situación de calle en Chile

Como se desprende del apartado de caracterización, la situación en calle engloba una heterogeneidad de sub-poblaciones y trayectorias, características disímiles que se expresan en las causas de la vida en calle, el tiempo de permanencia en esta situación, en el grado y tipo de deterioro biopsicosocial, en la capacidad de las personas de obtener ingresos, entre otros rasgos. Por lo tanto, la provisión de servicios básicos como alimentación, vestuario, higiene y albergue no resultan suficientes para

superar el problema que representa la vida en calle. El énfasis, más bien, debe estar en el desarrollo de habilidades, la reconstrucción de vínculos interpersonales, la mitigación o superación del consumo problemático de alcohol y otras drogas, la reincorporación en el mercado laboral, entre otras dinámicas de inclusión que permitan la construcción de proyectos de vida en el largo plazo (Cabrera y Rubio, 2008).

Cabe destacar que las políticas públicas dirigidas exclusivamente a personas en situación de calle son de reciente data. Luego de considerarla durante décadas como una expresión más de la extrema pobreza, el Ministerio de Planificación (actual MINDES) reconoció en 2005 que la vida en calle constituye un problema en sí mismo, con condiciones particulares de exclusión social (MIDEPLAN, 2005). En ese año se realiza, también, el Primer Catastro de Personas en Situación de Calle, que por primera vez permite estimar la magnitud de la población en situación de calle, y delinear intervenciones más precisas tanto desde el sector público como privado. Ya en 2011, el Plan Calle asume cuatro ejes de acción, orientados a conocer la situación de calle, prevenir la situación de calle, proteger a las personas en situación de calle, y promover la superación de la calle.

Tomando como punto de inflexión las políticas implementadas en 2011, en dicho año se establecen mesas nacionales y regionales de calle, se funda la Oficina Nacional de Calle, y se implementa el Plan Invierno por primera vez a escala nacional. Desde ese entonces, las políticas

de calle reconocen el carácter multidimensional del fenómeno, instalando diálogos intersectoriales con miras a generar servicios integrados.

No obstante, la política pública en Chile dirigida a personas en situación de calle se ha focalizado en la satisfacción inmediata de necesidades básicas, prestando alimentación, techo y abrigo, poniendo hincapié en la protección de la vida y la salud de las personas durante el periodo de invierno. La oferta en materia de servicios de salud mental, apoyo al empleo, apoyo psicosocial, etc. suele tener un alcance limitado (véase la evaluación a los Centros Temporales para la Superación en la próxima sección). Más aún, de acuerdo con datos del Registro Social Calle (MINDES, 2017a), solo el 50,8% de las personas en situación de calle tiene agua para beber de manera cotidiana, el 46% tiene acceso a baño o WC, y solo el 42,2% tiene acceso a ducha, lo cual refleja importantes brechas aún en la satisfacción de necesidades básicas, y por ende, en la garantía de derechos fundamentales.

Las diversas dimensiones que interactúan en este problema social, producen una complejidad difícil de ser abordada con intervenciones lineales, basadas en el cumplimiento progresivo de etapas por el individuo cuya última fase sea la inclusión “plena” (modelo “escalera de superación”). Según la investigación cualitativa de llevada a cabo por Data Voz Statcom (2017), las personas en situación de calle requieren servicios especializados, acorde a la intersección de problemáticas específicas (jóvenes con consumo problemático de alcohol y otras drogas, mujeres víctimas de violencia de género, cuidado y desarrollo de la autonomía para adultos mayores dependientes, etc.). Se recomienda, además, que los programas de intervención tengan siempre equipos de trabajo estables (puesto que la permanencia de las personas en dichos programas depende en gran medida del vínculo que se establece con los profesionales), que la intervención se realice lo más tempranamente posible en las trayectorias de quienes llegan a la situación de calle, y por sobre todo, que el trabajo se realice simultáneamente sobre todas las dimensiones del bienestar en las que la persona presente déficits.

4.2.1.- Programas para personas en situación de calle

Tabla 11 – Listado de programas para personas en situación de calle

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Programa Calle – Subsistema Seguridad y Oportunidades	Ministerio de Desarrollo Social – Subsecretaría de Servicios Sociales	Contempla atención a dos poblaciones: 1. Niños/as y/o adolescentes que se encuentren en situación de calle entre los 5 a 17 años y que cumplan alguna de las siguientes características: que carezcan de una residencia fija y pernocten en lugares públicos o privados, que cuenten con una trayectoria en situación de calle, que reciban alojamiento temporal. 2. Mayores de 18 años en situación de calle que carezcan de alojamiento fijo y regular, pernocten en lugares públicos o privados, o se encuentran en residencias nocturnas temporales. Se excluye de ambas poblaciones aquellos que habitan campamentos.	El programa Calle es parte del Subsistema Seguridad y Oportunidades y comprende componentes que se orientan al mejoramiento de las condiciones y calidad de vida; considera el acompañamiento psicosocial y sociolaboral, la promoción del acceso a la red de servicios de la oferta pública y privada, la entrega de transferencias monetarias y el acompañamiento a la trayectoria del usuario.	No existen evaluaciones disponibles
Centros Temporales para la Superación	Ministerio de Desarrollo Social – Subsecretaría de Servicios Sociales	Mayores de 18 años que se encuentren en situación de calle con interés por interrumpirla. Cada componente del programa tiene requisitos especiales para el ingreso. Los centros de día y las hospederías sólo consideran el orden de llegada. Las residencias y casas compartidas tienen un sistema de postulación donde se prioriza el potencial de superación de la situación de calle del postulante, para las casas compartidas especializadas no se considera el ingreso de niños/as.	Este programa tiene dos componentes; por un lado los centros diurnos y hospederías, y por otro residencias y casas compartidas. Ambos se basan en el modelo internacional “Continuum of Care”, el que consiste en dispositivos de diversa complejidad conectados entre sí. Cada uno de estos dispositivos entrega servicios diferentes y especializados en base a los niveles de autonomía de los usuarios, con el fin de revincular socialmente. El objetivo buscado es impulsar trayectorias de ascenso hacia una vida autónoma.	La evaluación realizada por DIPRES (2015a) identifica una contradicción entre las definiciones conceptuales y metodológicas del modelo y la forma en que se ejecuta. A nivel de definiciones el programa se ejecuta en base al modelo de “escalera de superación”, que es un sistema de dispositivos por los cuales el usuario transita hacia intervenciones más complejas para dotarlo de mayor autonomía. Sin embargo en la práctica ocurre que los dispositivos no trabajan coordinados sino que operan como niveles sucesivos de oferta diferenciada, de modo que los participantes de este sistema no están siendo insertos en un proceso lineal ascendente con peldaños sucesivos. Además, la misma evaluación (DIPRES, 2015a) tampoco considera que el diseño del programa sea adecuado para su correcto funcionamiento. El modelo de promoción social, denominado “escalera a la superación” no es adecuado para abordar las dos aristas del propósito del programa: protección y superación (p.36) Indican que en el caso de protección el alojamiento debe ser permanente e independiente de los logros en el proceso de superación del atendido, y en la actualidad es temporal. Para superación mencionan que no es suficientes un acompañamiento para ingresar el sistema de protección social sino que además se requiere generación de oportunidades para la superación de la situación de calle, las cuales deben ser opciones voluntarias que se encuentren disponibles de manera constante en los dispositivos, no obstante son los ejecutores quienes deciden las opciones de acompañamiento integral que entregan a los usuarios según la disponibilidad técnica y económica para ofrecerlas.

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Noche Digna Plan de Invierno	Ministerio de Desarrollo Social – Subsecretaría de Servicios Sociales	Mayores de 18 años en situación de calle, y menores de 18 sólo en compañía de padre o madre.	Este programa tiene como objetivo enfrentar la emergencia que implican las lluvias y las temperaturas bajas del invierno, considerando el riesgo que suponen para la población en situación de calle. Se compone de dos niveles de intervención: albergues y sobrecupos para alojamiento temporal. Y un componente móvil que son las Rutas Calle, para aquellas personas que no utilizan los dispositivos. Las rutas se dividen en sociales y médicas.	En la evaluación realizada por DIPRES (2015a) se destaca como aspecto positivo de este programa la notoria disminución de muertes entre las personas en situación de calle producto de las amenazas del invierno. Sin embargo es un programa que sólo está para paliar la situación de emergencia ya que no entrega oportunidades de superación del problema, considerando que el Plan invierno sólo funciona durante algunos meses del año.
Programa de Intervención Especializada para Niños/as y Adolescentes en situación de calle (PEC)	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y adolescentes menores de 18 años que se encuentren en presenten daño psicosocial debido a encontrarse viviendo en la calle, porque presentan permanencia prolongada en calle, y/o por desarrollo de circuitos callejeros producto de vínculos con grupos de pares. La situación de calle en esta población se encuentra asociada a otras vulneraciones de derecho como consumo problemático de drogas, conductas infractoras, explotación sexual comercial infantil, entre otras.	Este programa tiene por objetivo lograr una recuperación integral de niños/as y/o adolescentes en situación de calle que han sido víctimas de graves vulneraciones de derechos, a través de intervenciones dirigidas al desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y socio-conductuales, en complemento a trabajo con las familias o adulto responsable a fin de favorecer el desarrollo o el fortalecimiento de sus habilidades parentales.	No existen evaluaciones disponibles

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales.

4.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo

Las personas en situación de calle viven una de las expresiones más extremas de la exclusión social, como resultado de un proceso de desvinculación en todos los ámbitos de la sociedad, siendo vulnerados en prácticamente todos sus derechos fundamentales y condiciones de mínimas de

calidad de vida. Para dar cuenta de la complejidad y multidimensionalidad de este problema, es necesario pensar en trayectorias inclusivas para personas en situación de calle. Lo que implica un trabajo que integre diversos servicios de forma coordinada, en función de proyectos vitales altamente personalizados y que de sentido a las propias personas atendidas.

De esta forma la oferta de las Fundaciones Hogar de Cristo combina servicios de apoyo transitorios y programas de acompañamiento psicosocial. El primer tipo de oferta está orientados a satisfacer las necesidades más urgentes y disminuir los riesgos y daños asociados a la pernoctación en calle. Mientras que el segundo, se enfoca a trabajar en trayectorias inclusivas a largo plazo, con un acompañamiento personalizado que considerando las diferentes problemáticas relevantes para cada persona atendida, realizando una construcción conjunta en función de diferentes objetivos. En este sentido el acompañamiento psicosocial, trabajado desde el enfoque de reducción de daños, es un pilar fundamental para generar cambios profundos en la vida de las personas, en tanto ellos mismos son protagonistas de esos mismos procesos, mientras al mismo tiempo se incluyen en una serie de servicios especializados y de protección.

Actualmente la oferta del Hogar de Cristo se organiza en los siguientes tipos de programas:

- **Hospederías:** Programas que entregan servicios transitorios de hospedaje, alimentación, apoyo y acompañamiento básico para las personas de situación de calle que lo requieran. Al mismo tiempo se configuran como lugares de encuentro entre personas en situación de calle y voluntarios, donde además es posible articular con los servicios más especializados y de acompañamiento psicosocial.
- **Casa de acogida:** Programas residenciales que buscan favorecer la inclusión social de las personas mayores de 50 años en situación de calle. Este dispositivo combina servicios permanentes y transitorios de cuidado, acompañamiento y satisfacción de necesidades básicas. Integrando además servicios especializados y acompañamiento psicosocial
- **Centro de encuentro:** Programa ambulatorio que entrega servicios diurnos de atención

básica, acompañamiento, servicios de salud, actividades recreativas y talleres. Se conforma también como espacio que permite la derivación a otros servicios más especializados.

- **Acogida:** Programa ambulatorio que entrega acompañamiento psicosocial, en base la construcción conjunta de planes de trabajos orientados al logro de trayectorias inclusiva, integrando una serie de servicios especializados y re vinculando redes sociales formales e informales.

4.4.- Brechas de cobertura

4.4.1.- Línea Inclusión integral para personas en situación de calle

Se consideró como población potencial a la totalidad de personas atendidas por los programas para personas en situación de Calle del Hogar de Cristo durante el año 2017, de acuerdo a datos del Sistema de Gestión Social (SGS). Si bien este registro sólo considera a personas que han pasado por programas de la fundación y no es un análisis del universo poblacional de personas en situación de calle, hasta el momento es la cifra de mayor magnitud en relación a otras fuentes de información⁴³, como es el caso de Registro Social para Personas en Situación de Calle⁴⁴, lo cual muestra una mayor capacidad para captar e identificar esta población. Por lo tanto, mientras no exista un método de contabilización que permita alcanzar una mayor cobertura de identificación de personas en situación de calle, como de mantener la información actualizada, este sería el dato que refleja mejor el universo de personas en situación de calle. Esta población potencial aplica para todas las sub-líneas temáticas o servicios que componen esta línea: Ambulatorio Básico, Ambulatorio Especializado, Residencial Básico, y Residencial Especializado. La población potencial corresponde a la totalidad de las personas en situación de calle.

⁴³Es importante señalar que por los protocolos de ingreso y focalización de los programas de FHC, permiten garantizar que los atendidos en los programas para personas en situación de calle pertenecen efectivamente a esta población.

⁴⁴Si bien este instrumento busca identificar a nivel poblacional a las personas en situación de calle, tanto por el diseño del método de recolección de datos (no se actualiza de forma sistemática, depende de los municipios), como por su implementación (depende de la capacidad o voluntad política de cada municipalidad las acciones de recolección de datos y/o actualización); presenta limitaciones para mantener una cobertura completa de la población a registrar, como de la posibilidad de mantener de forma sistemática todos los datos actualizados.

4.4.1.1.- Modalidad Ambulatorio Básico

Tabla 12 - Poblaciones potenciales personas en situación de calle. Sun línea Ambulatorio básico	
Temática social relevante	Inclusión integral para personas en situación de calle
Línea técnica	Personas en Situación de Calle
Modalidad de programa	Ambulatorio Básico
Población potencial	Nº de personas distintas atendidas en programas del Hogar de Cristo para personas en situación de calle durante 2017 según SGS: 15.518

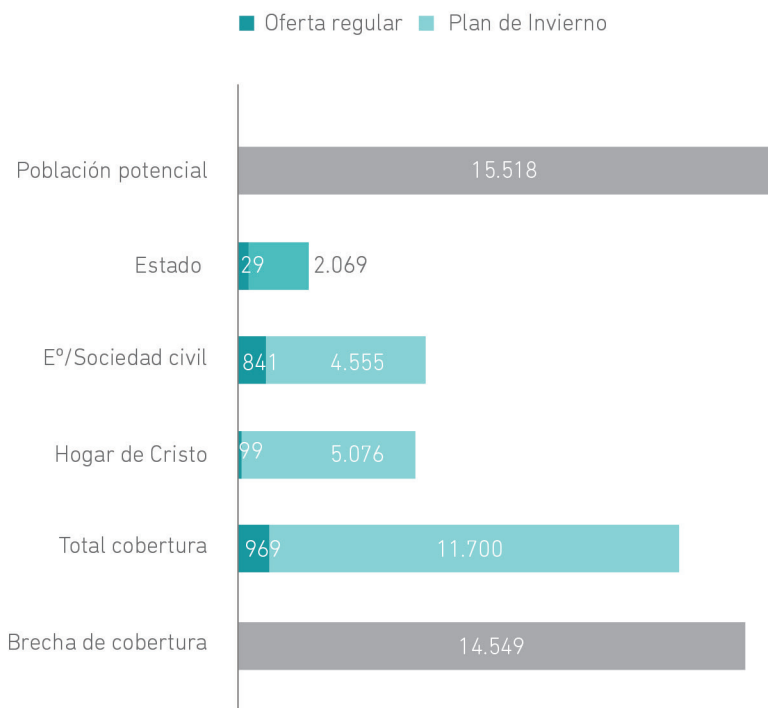
Fuente: Elaboración propia.

Para la cobertura de atención, se contabilizaron todos los atendidos en los programas Centros Día que funciona de forma regular y el programa Atención en Calle que opera durante el Plan de Invierno, ambos programas ejecutados por municipios y organizaciones de la sociedad civil. Se desconocen aquellas instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios.

En el caso de Hogar de Cristo se contabilizaron todos los atendidos en el Programa Centros de

Encuentro y las personas atendidas por Ruta Calle⁴⁵, para dar cuenta del aumento de oferta por el Plan de Invierno. Contemplando una población potencial de 15.518 casos, se calculó la brecha descontando a esta población la totalidad de la cobertura, arrojando un total de 14. 549 casos, que corresponden a una brecha del 94% considerando la oferta regular, mientras que si se contabiliza la atención del plan de invierno, donde aumenta de forma significativa la cobertura, la brecha disminuye a 2.849 casos, que representa un 18% del total de la población.

Gráfico 34 – Brecha de cobertura Ambulatorio Básico



Fuente: Elaboración propia.

⁴⁵Se incluye Ruta Social.

4.4.1.2.- Modalidad Ambulatorio Especializado

Tabla 13 - Poblaciones potenciales Personas en Situación de Calle. Sub línea ambulatorio especializado	
Temática social relevante	Inclusión integral para personas en situación de calle
Línea técnica	Personas en Situación de Calle
Modalidad de programa	Ambulatorio Especializado
Población potencial	Nº de personas distintas atendidas en programas del Hogar de Cristo para personas en situación de calle durante 2017 según SGS: 15.518

Fuente: Elaboración propia.

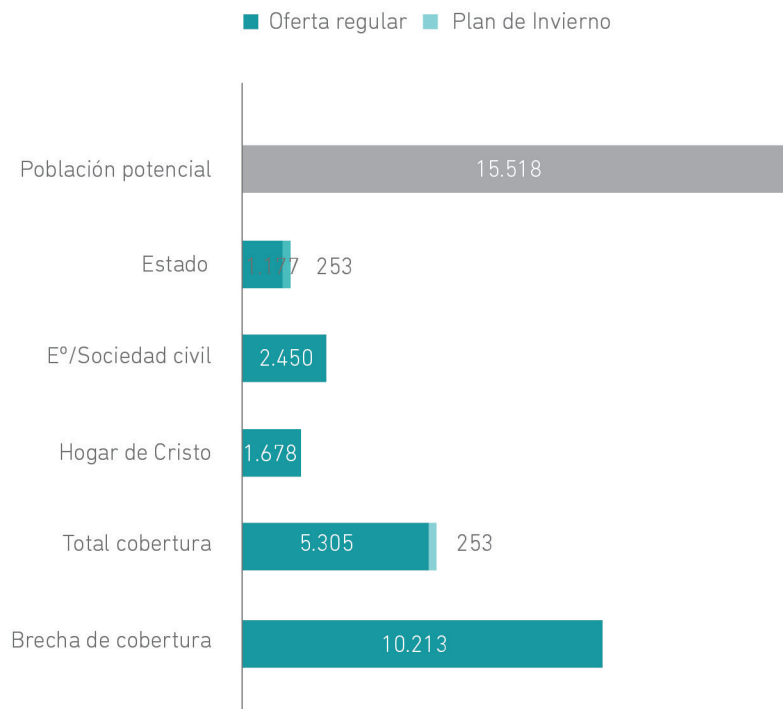
En la modalidad de programa Ambulatorio Especializado, se consideraron los programas enfocados en cubrir no solo necesidades básicas, sino también apoyo psicosocial, pensando en mejorar las condiciones de inclusión social de las personas en situación a mediano y largo plazo.

Con respecto a la cobertura del Estado se contabilizaron todos los atendidos en el Programa Calle del Ministerio de Desarrollo Social, en programas ejecutados por municipios o por instituciones del Estado. En cuanto a la cobertura de atención del Estado y Sociedad Civil, se contemplaron los atendidos en el mismo programa pero ejecutados por organizaciones de la sociedad civil. Se consideran también los programas especializados para niños, niñas y adolescentes en

situación de calle (PEC), que si bien son financiados por SENAME, en su totalidad son operados por organización de la sociedad civil. Y se incluye como oferta que funciona en plan de invierno las atenciones de salud para personas en situación de calle que comenzaron a operar durante el año 2017, y son solo ejecutados por el Estado. En el caso de Hogar de Cristo se contabilizaron todos los atendidos en el Programa Acogida.

La brecha de cobertura se calculó descontando la cobertura total (5.305) a la población potencial, resultando en una brecha de 10.213 casos que corresponde a un 66% del total.

Gráfico 35 – Brecha de Cobertura Ambulatorio Especializado.



Fuente: Elaboración propia.

4.4.1.3.- Modalidad Residencial Básico

Tabla 14 - Poblaciones potenciales Personas en Situación de Calle. Sub línea Residencial Básica	
Temática social relevante	Inclusión integral para personas en situación de calle
Línea técnica	Personas en Situación de Calle
Modalidad de programa	Residencial Básico
Población potencial	Nº de personas distintas atendidas en programas del Hogar de Cristo para personas en situación de calle durante 2017 según SGS: 15.518

Fuente: Elaboración propia.

La modalidad de programa correspondiente al servicio Residencial Básico, considera los programas cuyo objetivo está en satisfacer necesidades básicas para personas en situación de calle, además de facilitar posibilidades de alojamiento transitorio. En esta modalidad consideró, además, el servicio extra que se entrega

por motivo del Plan de Invierno, consistente en el aumento de cupos de hospederías y albergues durante los meses de invierno.

Para la cobertura de atención del Estado, se contabilizó la capacidad de atención⁴⁶ de los programas correspondientes a Centros de

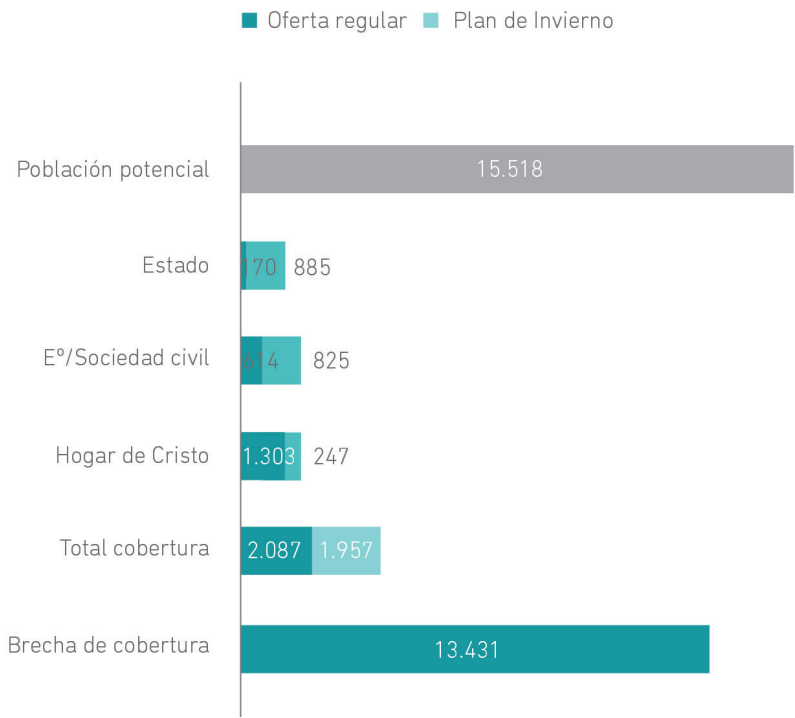
⁴⁶Se optó por calcular en base a la capacidad de atención debido a la rotación diaria de usuarios que tienen los programas residenciales para personas en situación de calle.

Referenciay Hospederías del programa Noche Digna del Ministerio de Desarrollo Social, ejecutados por municipios. Para Plan de Invierno se consideró la capacidad de los sobrecupos y albergues puestos a disposición por las instituciones del Estado. En la cobertura de atención del Estado y Sociedad Civil se incluyó la capacidad de atención de los mismos programas, pero con ejecución desde las organizaciones de la sociedad civil, aplicando de igual modo para el Plan de Invierno. Se desconocen instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios. En el caso de Hogar de Cristo se calculó la cobertura en base a la capacidad de atención de Hospederías

en 2017, considerando también los sobrecupos para dar cuenta del aumento de oferta por Plan de Invierno.

Considerando los 15.518 casos que conforman la población potencial, y la capacidad total de atención de 2.087 cupos regulares (es decir, exceptuando el Plan de Invierno), se identifica una brecha de 13.431 casos correspondientes al 87% del total. Esta brecha se reduce durante la estación invernal gracias a los sobrecupos y la disposición de albergues, agregando 1.957 cupos de capacidad, dando lugar a una capacidad total de 4.044 cupos, y actualizando con ello una brecha de 74%.

Gráfico 36 – Brecha de Cobertura. Residencial Básico



Fuente: Elaboración propia.

4.4.1.4.- Modalidad Residencial Integral

Tabla 15 - Población potenciales Personas en Situación de calle. Sub línea Residencial Integral	
Temática social relevante	Inclusión integral para personas en situación de calle
Línea técnica	Personas en Situación de Calle
Modalidad de programa	Residencial Especializada
Población potencial	Nº de personas distintas atendidas en programas del Hogar de Cristo para personas en situación de calle durante 2017 según SGS: 15.518

Fuente: Elaboración propia.

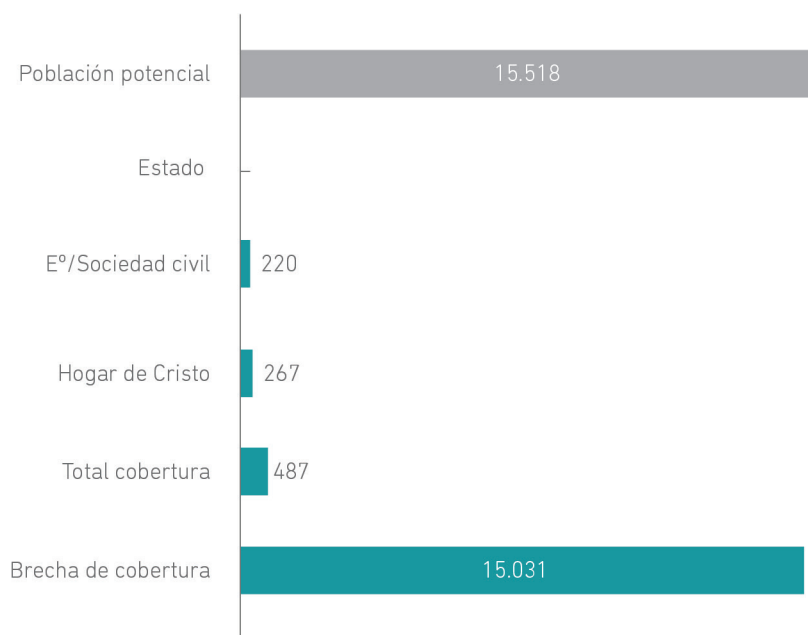
Se consideraron aquellos programas residenciales que entregan alojamiento a las personas en situación de calle, además de apoyo psicosocial y otros servicios especializados con la finalidad de entregar intervenciones integrales.

También se optó por calcular la cobertura total en base a la capacidad de atención, para así evitar la contabilización doble de atendidos (común en el caso de las personas en situación de calle). En este sentido, para contabilizar la cobertura de atención se consideró la capacidad de atención de los programas Casas Compartidas y Residencias del

programa Noche Digna, ejecutados por municipios o por organizaciones de la sociedad civil. Se desconocen instituciones de la sociedad civil que realicen programas con similares características y que los financien y ejecuten con recursos propios. En el caso de Hogar de Cristo se consideraron los cupos de atención de las Casas de Acogida.

De acuerdo con lo anterior, la cobertura total sumó 487 cupos, lo que considerando una población potencial de 15.518 casos dio como resultado una brecha de 15.031 que corresponde a un 97%.

Gráfico 37 – Brecha de Cobertura Residencial Especializada



Fuente: Elaboración propia.

5.- APOYO AL CUIDADO Y DESARROLLO DE LA AUTONOMÍA

Más allá de nuestra capacidad para transformarnos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea, las personas somos siempre dependientes los unos de los otros. Vivir en sociedad implica que los seres humanos nos requerimos mutuamente para satisfacer nuestras necesidades, desde las más básicas hasta las de mayor complejidad. Esta característica de la convivencia social se denomina interdependencia, y nos recuerda que gran parte de nuestro bienestar está en manos de otros individuos, ya sean cercanas o completamente anónimas. Existen personas, sin embargo, cuya situación de dependencia es más pronunciada, requiriendo de la ayuda más directa y constante de otros para desenvolverse diariamente. Esto se explica por cuestiones innatas o adquiridas, y engloba principalmente a las personas que padecen discapacidad física, mental, psiquiátrica o intelectual, a quienes cursan sus primeros años de vida (lactantes, y niños), y a aquellas personas que se encuentran experimentando el proceso natural de envejecimiento (adultos mayores).

La situación de dependencia en la que se encuentran transitoriamente los lactantes, y los niños, y la dependencia producto del deterioro del cuerpo que experimentan los adultos mayores, comparten la característica de encontrarse en los extremos del ciclo vital. En el caso de los lactantes, y niños la protección y el cuidado se justifican particularmente por su vulnerabilidad frente a enfermedades (sistema inmune en formación), autolesiones (desconocimiento sobre peligros), contención afectiva, y necesidades de socialización. La satisfacción de estas necesidades por medio del cuidado, genera repercusiones que perduran durante toda la vida, incidiendo tanto en la salud física como mental de los individuos. A medida que la edad avanza, las personas pierden su funcionalidad, y con ello también su autonomía. Ocurre de manera inversa con respecto a los adultos mayores, en la medida que a mayor edad también es mayor la pérdida de autonomía, y correspondiente necesidad de cuidado. Es por

esta razón que el cuidado en la vejez debe ir más allá del cumplimiento de tareas básicas (aseo, alimentación, vestimenta, etc.), estando orientado a mantener la autonomía del adulto mayor, junto con recuperar la que ha sido perdida.

La dependencia de las personas en situación de discapacidad se encuentra en un plano distinto, con lógicas, procesos y problemas particulares de adaptación al entorno. Ya sea congénita o adquirida, el concepto de discapacidad engloba una amplia gama de disfunciones biológicas, cuyas diversas características exigen que el cuidado y el desarrollo de la autonomía sea llevado con distintos énfasis, tareas, y objetivos. El concepto de discapacidad ha evolucionado desde un abordaje individualista centrado exclusivamente en resolver patologías médicas, a una concepción donde se reconoce a la misma sociedad como causante y reproductora de diversas las dificultades cotidianas que aquejan a las personas en situación de discapacidad. Esta segunda interpretación, denominada como modelo social (Ferreira, 2008), promueve la comprensión de las personas con discapacidad como sujetos de derecho, en vez de como meros objetos de asistencia. Las personas en situación de discapacidad, bajo este enfoque, se ven enfrentadas a un entorno socio-cultural que las sitúa en posición de desventaja, excluyéndolas y negándoles sistemáticamente sus derechos humanos.

Más allá de las particularidades que entraña la falta de autonomía por discapacidad o ciclo de vida, esta situación no es atribuible a una cuestión puramente biológica, también se explica por factores sociales y culturales. Las dificultades a las que se enfrentan diariamente las personas en situación de dependencia son producto de un entorno social que no se ha adaptado lo suficiente a la realidad de todos sus integrantes. De modo más explícito, la dependencia que afecta a las personas con discapacidad es resultado de estructuras y dinámicas de exclusión social, como se evidencia

particularmente en la falta de infraestructura acorde a sus necesidades, y en un trato que promueve prejuicios y estereotipos negativos tanto por parte de políticas públicas e iniciativas privadas (ONU, 2016). En este sentido, la percepción de las personas en situación de discapacidad como sujetos “desvalidos” se cristaliza en el imaginario social, reforzando con ello el modelo asistencialista de ayuda que, en vez de estimular sus capacidades inherentes y con ello desarrollar su autonomía, los vuelve dependientes de un cuidado permanente. El cuidado, a este respecto, aunque corresponde a una forma de inclusión social, no basta por sí solo para lograr que las personas puedan auto-incluirse en las distintas esferas y actividades de su interés.

En consonancia con la teoría de las capacidades de Sen (2001), el desarrollo de la autonomía permite que las personas desplieguen sus potencialidades inherentes, y con ello, sean libres para actuar de acuerdo con sus aspiraciones y expectativas. Dentro de las actividades que se realizan para estimular la autonomía de las personas en situación de dependencia, se encuentran actividades de la vida diaria orientadas a mejorar la movilidad; actividades comunitarias que permiten construir vínculos de apoyo y desarrollar habilidades sociales; estimulación de habilidades cognitivas que les permiten adaptarse al entorno⁴⁷; habilidades pre-laborales y orientación ocupacional; entre otras. Además de trabajar en estas dimensiones del bienestar, el desarrollo de la autonomía implica reconocer a cada ser humano como una entidad única, para lo cual el cuidado es esencial.

La práctica del cuidado emerge como medio para responder a los problemas derivados de la carencia de autonomía, configurando una relación entre quien recibe el cuidado y quien lo proporciona. No obstante, existe consenso sobre la dificultad que supone delimitar el concepto de cuidado, dadas las múltiples dimensiones y elementos que engloba.

A grandes rasgos, puede ser entendido como una “condición natural del ser humano de protección afectiva de las relaciones vitales” (Arias, 2007, p. 26), englobando todas aquellas actividades que se realizan para fomentar el bienestar físico, psíquico y emocional de las personas en el marco de un trato directo (Comas, 1993; Cerri, 2015).

En un nivel más concreto, el cuidado se compone de dos dimensiones (Tronto, 1993): el cuidado práctico (*taking care of...*⁴⁸) y el cuidado emotivo (*caring about*⁴⁹). Mientras que el cuidado práctico refiere a acciones instrumentales, materiales y corporales como limpiar, cocinar, alimentar, etc., el cuidado emotivo guarda relación con reconocer y reafirmar la singularidad de la persona cuidada, entregándole afecto y prestándole apoyo psicológico. El cuidado, por lo tanto, busca proteger dos esferas vitales del reconocimiento humano⁵⁰ (Honneth, 1997): la esfera de la solidaridad, como reafirmación del aporte de la persona a la sociedad en su conjunto, y la esfera del amor, como necesidad de afecto. Es posible hablar de cuidado de calidad solo cuando su entrega satisface estas dos condiciones. Transformar el cuidado puramente en un trabajo de amor resulta tan incompleto y perjudicial como desatender, por ejemplo, las necesidades fisiológicas de la persona en situación de dependencia. El éxito tras la práctica del cuidado requiere, más bien, balancear estos aspectos.

La reflexión en torno a la ética del cuidado no está completa sin aludir al trabajo de Carol Gilligan (1982), pionera en desarrollar un enfoque normativo en torno al concepto. La propuesta de Gilligan surge como crítica a la teoría de la justicia planteada por Lawrence Kohlberg (1971), quien promueve una moral universal basada en la comprensión de los individuos como seres independientes, por lo que la responsabilidad de las personas se limitaría a evitar la transgresión de sus derechos inherentes (es decir, cercano al concepto de libertad negativa).

⁴⁷Cuando corresponde, claro está.

⁴⁸Expresión que alude a ocuparse de alguien.

⁴⁹Cuyo significado es el de preocuparse de alguien.

⁵⁰Ambos conceptos se encuentran definidos en los Enfoques y perspectivas teóricas: un aporte para la reflexión de la acción social (Hogar de Cristo, 2018a).

Por el contrario, Gilligan (1982) concibe al individuo como situado en un entorno comunitario más amplio, dentro del cual todas las personas deben velar por el bienestar de los otros: “el cuidado no se configuraría como una asistencia paternalista hacia personas consideradas dependientes, sino como una herramienta necesaria para ofrecer a las personas las maneras de individuarse.” (Cerri, 2015, p. 131). La responsabilidad moral, entonces, implica hacernos cargo de potenciar activamente las capacidades del resto (libertad positiva), lo cual coincide con uno de los pilares de la Estrategia Social 2015-2020 que sustenta el trabajo de las Fundaciones Hogar de Cristo: reconocer a las personas como centro de sus procesos de cambio. El cuidado, bajo esta lógica, no se limita a simplemente satisfacer necesidades inmediatas de personas en situación de dependencia. Una intervención integral pretende, por sobretodo, estimular la capacidad agencial de dichas personas. Como plantea Chiara Cerri (2015), la formación de la autonomía por medio del cuidado no debe entenderse “como un «hacerse a sí mismo por sí mismo», sino como un «hacerse a sí mismo por (a través de) los demás»” (p.127).

En cuanto al cuidado como derecho universal, según el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) el cuidado puede ser comprendido como un derecho del tipo económico, social y cultural, por lo que el Estado tiene la obligación de “garantizar el acceso a los servicios sociales de todas las personas que se encuentran en situación de dependencia, sea de carácter temporal o permanente” (SENAMA, 2016, p. 14). Con respecto a los adultos mayores, en 2015 Chile suscribió a la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual plantea principalmente que las personas mayores tienen los mismos derechos humanos y libertades fundamentales que el resto de las personas, y que los adultos mayores deben disfrutar de una “vida plena, independiente y autónoma”. En particular, el artículo 3° de los principios generales reconoce al cuidado como un derecho primordial. Por otro lado, el Estado de Chile protege la integridad de las personas en situación de discapacidad a través de diversas legislaciones, como la Ley N°20.422 sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social, la

Ley General de Educación N°20.370, o a través de la Ley N°20.609 contra la discriminación. Además, Chile suscribió a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), el primer instrumento multilateral de derechos humanos del siglo XXI. Con respecto al cuidado, se estipula que los Estados deben asegurarse de que existan “formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores...” (Artículo 16 párrafo 2), además de asegurar “el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza” la asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales (artículo 28, párrafo 2, inciso c).

5.1.- Caracterización de poblaciones

En la última década, el apoyo al cuidado y el fomento de la autonomía se ha transformado en una de las preocupaciones centrales para el país en materia de protección social. Con una transición demográfica caracterizada por una baja en las tasas de natalidad, un incremento de la esperanza de vida y la aceleración del cambio demográfico (MINDES, 2016a), la población en situación de dependencia está aumentando rápidamente en Chile. Como plantea Irma Arriagada (2009), los desafíos que el país enfrenta en materia de cuidado hoy en día, obedecen al “...envejecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida de las personas con enfermedades crónicas y discapacidad que aumenta tanto el número de las personas que es preciso cuidar como la complejidad del cuidado” (p.5). Sumado a esto, la participación laboral femenina ha experimentado un significativo aumento en los últimos años, conllevando una rápida reestructuración de la división sexual del trabajo, y por ende, de la responsabilidad social por el cuidado y la subsecuente limitación de la disponibilidad de cuidadores. Además, descrita por Arriagada (2009) como “...la evolución de los propios sistemas formales, así, las reformas de los servicios sanitarios ponen el énfasis en la atención a la salud en el propio entorno: alta precoz

hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria, reformas de la atención psiquiátrica. Cada día más personas con enfermedades graves, dependientes de la alta tecnología o en situación terminal son atendidas en el hogar” (2009, p. 5). Esta situación configura lo que se ha denominado como crisis de los cuidados, la cual refiere a grandes rasgos, al “aumento de la demanda y complejidad del cuidado simultáneo a la reducción de la oferta de cuidadores potenciales que dificulta la reproducción diaria de las personas.” (Arriagada, 2009, p. 5).

Solo por medio del cuidado es posible garantizar la totalidad de derechos sociales y económicos a las personas en situación de dependencia (CEPAL, 2016). A continuación, se presentarán las principales características sociodemográficas de las poblaciones con mayores necesidades de cuidado: lactantes y niños; personas en situación de discapacidad, y los adultos mayores.

5.1.1.- Lactantes y niños

Como fue planteado anteriormente, el cuidado es relevante para la formación integral de las personas en sus primeros años de vida. La formación de la motricidad, el desarrollo del pensamiento, el estímulo de la creatividad, la interiorización del respeto, y otros aspectos esenciales de un crecimiento en el marco de los derechos del niño, justifican el cuidado en dicha etapa.

Ahora bien, según datos CASEN 2017 son 2.267.766 los lactantes y niños entre 0 y 9 años, que corresponde al 12,7% del total de la población chilena. De ellos el 51,9% son hombres y el 48% son mujeres, con diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Entre los lactantes y niños, es decir población de 0 a 3 años, las diferencias dejan de ser significativas y se distribuyen en 50,9% hombres y 49,1% mujeres. Al respecto, se observa un descenso sostenido de niños, niñas y adolescentes entre 0 y 17 años desde 1996. En cuanto a la distribución por tipo

de pobreza, el 14,4% de los lactantes y niños entre 0 y 9 años presenta pobreza por ingresos, versus el 7,6% de los adultos (18 o más años). Además, el 26,6% de los lactantes y niños entre 0 y 9 años presenta pobreza multidimensional, en contraste con el 20,2% de los adultos. Esto refleja que los lactantes y niños entre 0 y 9 años presentan, en comparación con los adultos, mayor incidencia de la pobreza en sus dos formas.

Sobre el estado nutricional, en la población entre 0 y 9⁵¹ existe un 2,9% de los lactantes y niños con desnutrición, y un 1,9% con obesidad. Un 14,1% presenta sobrepeso y el 81% restante tiene un peso normal. Observado según quintil de ingreso, los lactantes y niños entre 0 y 6 años de los quintiles inferiores presentan mayores problemas nutricionales que los de quintiles superiores. En el caso del primer quintil, el 3,2% tiene desnutrición o está en riesgo de padecerla, en contraste con el 1,6% del V quintil. En el caso del sobrepeso, el quintil I presenta una prevalencia del 14,6% en comparación al 9,3% del quintil V. Con respecto a la obesidad, el quintil I presenta una prevalencia del 2,4% versus el 0,4% del quintil V. Por último, de acuerdo con el Mapa Nutricional 2016 de JUNAEB, el sobrepeso y la obesidad infantil se concentran en los niños/as de prekínder hasta primero básico, dónde se obtiene que más del 50% de la población de esos cursos tienen obesidad o sobrepeso. El sobrepeso supone un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares (colesterol alto e hipertensión), óseas, pre-diabetes, apnea del sueño, y otro tipo de problemas que afectan psicológicamente al niño.

Otra población relevante son los niños, niñas y adolescentes que requieren protección del Estado, producto de justamente la falta de cuidados por parte de sus padres, generando una consiguiente vulneración de derechos fundamentales. De acuerdo con datos de SENAME⁵², fueron 177.915 niños/as y adolescentes atendidos en 2017⁵³.

⁵¹En la CASEN 2015, este indicador se mide para personas entre 0 y 6 años.

⁵²Elaboración propia en base a datos del anuario SENAME 2017.

⁵³Se entrega más información sobre niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos, en la sección de Protección Integral y acompañamiento terapéutico.

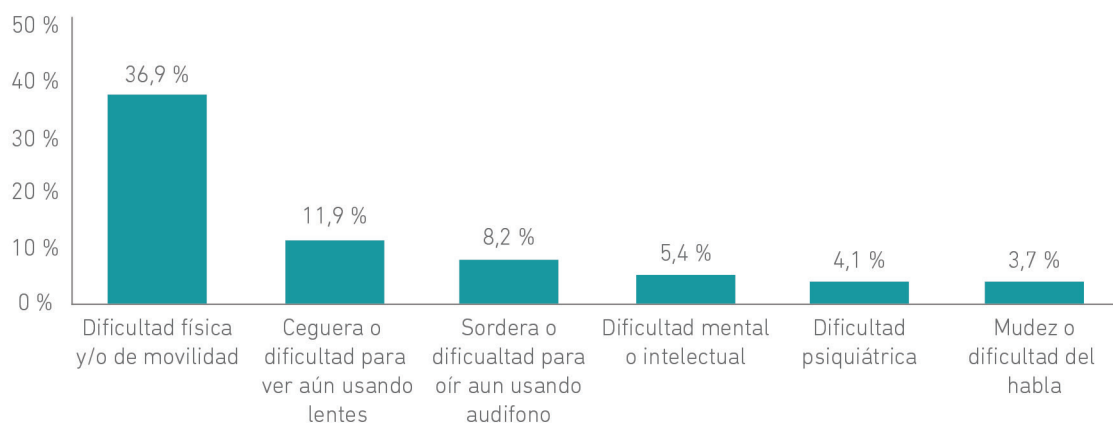
5.1.2.- Discapacidad

En cuanto a las características de la población con discapacidad en Chile, según el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (SENADIS, 2016) impulsado por el Ministerio de Desarrollo Social, existen 229.904 niños, niñas y adolescentes (2 a 17 años) en situación de discapacidad (5,8% del total de niños, niñas y adolescentes), y 2.606.914 adultos (18 y más años) en situación de discapacidad (20% del total de adultos). De la población adulta, el 11,7% está en situación de discapacidad leve a moderada, y el 8,3% tiene discapacidad severa.

Al analizar las distribuciones por edad, se observa que la prevalencia de la discapacidad aumenta progresivamente a medida que se incrementa el rango etario, con el 7,1% de las personas entre 18 a 29 años, el 11,3% de las personas entre 30 a 44 años, el 21,7% de las personas entre 45 a 59 años, y con el 38,3% para quienes tienen 60 y

más años. Sobre las diferencias por sexo, el 14,8% de los hombres en Chile presenta discapacidad, versus un 24,9% de las mujeres. En cuanto al nivel educacional, las personas con discapacidad presentan menores años promedio de escolaridad que las personas sin discapacidad, disminuyendo aún más según mayor sea la gravedad. Las personas en situación de discapacidad leve o moderada presentan en promedio 9,6 años de estudio, mientras que las personas con discapacidad severa poseen 7,1, lo cual contrasta con los 11,6 años de escolaridad promedio de las personas sin discapacidad. Respecto a los tipos de discapacidad, según datos de la Segunda Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC II, 2015), de las personas adultas en situación de discapacidad el 36,9% tiene discapacidad física o motora, el 11,9% discapacidad visual, el 8,2% discapacidad auditiva, 5,4% discapacidad mental o intelectual, 4,1% discapacidad psiquiátrica, y el 3,7% discapacidad del habla.

Gráfico 38 – Porcentaje de personas adultas en situación de discapacidad que presenta alguna condición permanente y/o de larga duración, por tipo



Fuente: MINDES, (2016b).

Con respecto a la dependencia, se observa que el 40,4% de las personas en situación de discapacidad tiene algún grado de dependencia funcional (personas que declaran tener dificultades extremas o imposibilidad para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria o que reciben ayuda con alta frecuencia). La dependencia se relaciona

directamente con el grado de discapacidad, lo que se aprecia en el hecho de que las personas que presentan discapacidad leve o moderada tienen un 19,6% de dependencia funcional, mientras las que presentan discapacidad severa tienen un 69,7% de dependencia funcional.

5.1.2.1.- Discapacidad mental

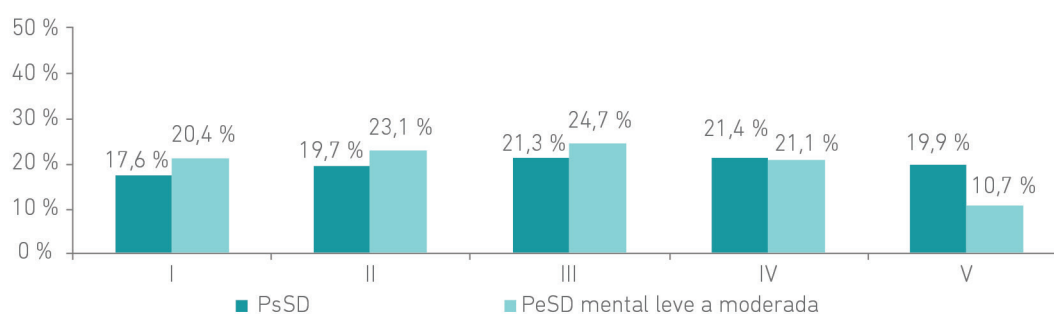
De acuerdo con datos de CASEN, 2017; la población total con discapacidad mental corresponde al 2,2% del total nacional (390.938). En cuanto a las diferencias por sexo, el 47,7% son hombres y el 52,2% mujeres, sin diferencias estadísticamente significativas. En términos de distribución por edad la discapacidad mental se distribuye como sigue: de 0 a 17 años 18,2%, de 18 a 29 años 15,4%, de 30 a 44 años 15,2%, de 45 a 59 años 19,6% y de 60 o más años 31,3%. Por lo tanto, según esta distribución los adultos mayores tienen mayores índices de discapacidad mental.

Por otro lado, sobre la prevalencia de la discapacidad mental en Chile según la ENDISC II (2015)⁵⁴, del total de niños y adolescentes (2 a 17 años) con discapacidad, el 54,6% presenta alguna condición de salud mental, mientras que para la población adulta (18 años o más) corresponde al 59% del total de adultos en situación de discapacidad.

Al analizar las características de la población en situación de discapacidad mental según quintil

de ingresos autónomos per cápita del hogar con ENDISC II, se observa que en los primeros tres quintiles es mayor la proporción de personas con discapacidad mental leve a moderada que la proporción de personas sin discapacidad. Esta situación se revierte en los quintiles IV y V, diferencia que se agudiza especialmente en este último quintil. Es posible aventurar algunas hipótesis razones para explicar este fenómeno. En primer lugar, en los estratos de mayores ingresos la prevalencia de la discapacidad mental es menor, dado que un mejor acceso a prestaciones de salud mental permite que la condición de salud sea tratada más tempranamente, y por tanto, aumenta la probabilidad de éxito al intentar superar dicha situación. En segundo lugar, la persona en situación de discapacidad mental podría ver obstaculizada su participación en el mercado laboral, al igual que otro miembro del hogar, lo cual disminuiría su fuente de ingresos. En tercer lugar y ya en un plano más longitudinal, el gasto que conlleva tratar una enfermedad mental podría ocasionar que el hogar descendiera, en el largo plazo, de estrato socioeconómico.

Gráfico 39 – Distribución de la población adulta según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, por situación de discapacidad mental



Fuente: MINDES, (2016b).

⁵⁴La ENDISC II del año 2015 utiliza otro indicador para identificar discapacidad mental, por lo cual no son comparables entre las magnitudes obtenidas desde CASEN. Sin embargo para fines de caracterización se utilizará según los aportes que pueda hacer cada encuesta para el análisis.

Al observar la distribución de personas en situación de discapacidad mental por grupos de pobreza según CASEN 2017, el 3,7% presenta ambos tipos de pobreza (por ingresos y multidimensional), un 26,7% se encuentra en situación de pobreza multidimensional, el 8,5% presenta pobreza por ingresos, y el 68,2% no presenta ningún tipo de pobreza. Por otro lado, al comparar a la población

sin discapacidad mental y en situación de discapacidad mental, se observa que las personas en situación de discapacidad mental presentan una mayor proporción de casos con ambas pobreza, pero es una diferencia que no es estadísticamente significativa, al igual que la pobreza por ingresos; lo que no es el caso de pobreza multidimensional y quienes no tienen ningún tipo de pobreza.

Tabla 16 - Incidencia de los grupos de pobreza según presencia de discapacidad mental

	Con discapacidad mental	Sin discapacidad mental
Ambos tipos de pobreza	3,7%	3,4%
Pobreza multidimensional	26,7%	20,6%
Pobreza por ingresos	8,5%	8,6%
Ningún tipo de pobreza	68,2%	74,1%

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2017.

Con respecto a la distribución de las personas en situación de discapacidad mental por grado de dependencia funcional, se evidencia que las personas en situación de discapacidad mental

presentan mayores índices de dependencia en todos sus grados, en comparación a las personas sin discapacidad.

Tabla 17 - Nivel de dependencia según presencia de discapacidad mental

	No dependiente	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
Sin Discapacidad Mental	96,1%	1,5%	1,5%	0,9%
Con Discapacidad Mental	62,6%	6,1%	12,2%	19,1%

Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2017.

En cuanto a la condición de actividad, las personas con discapacidad mental (mayores de 18 años) presentan diferencias significativas con aquellos que no están en situación de discapacidad mental. De las personas con discapacidad mental, un 25,5% está ocupado en contraste con un 55,5%

de quienes no presentan discapacidad mental. Se observa una relación similar con respecto a las personas inactivas, con un 71,5% de las personas con discapacidad mental versus un 39,8% de las personas sin discapacidad mental.

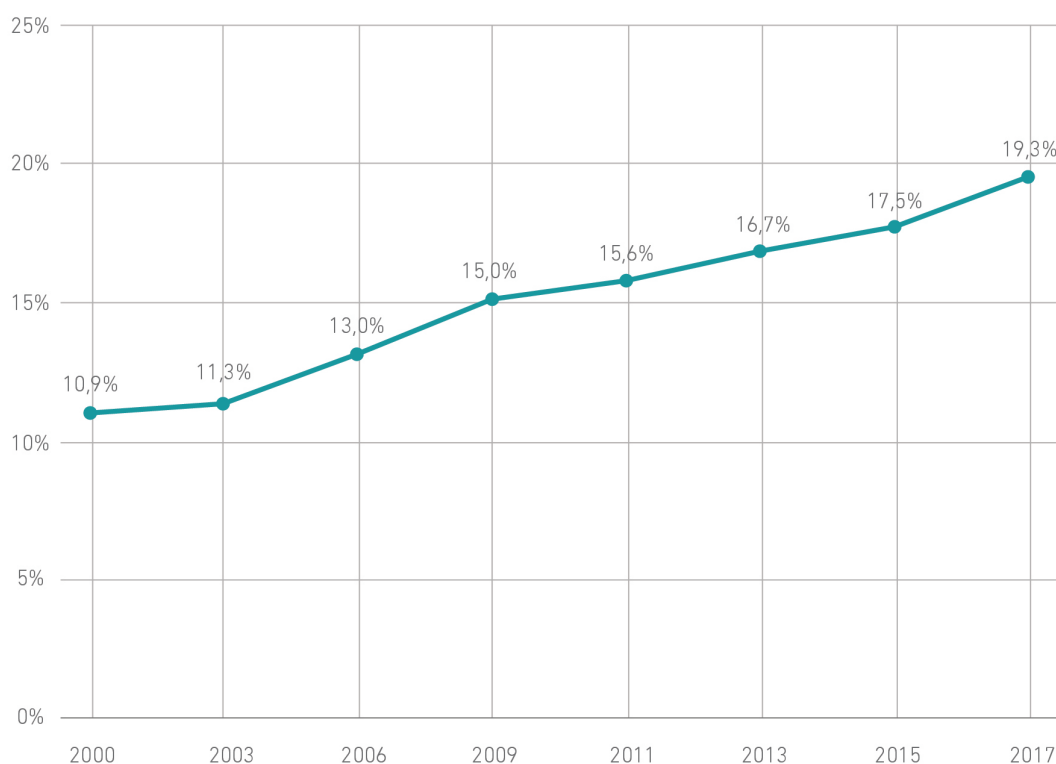
Al observar el nivel educacional de las personas en situación de discapacidad mental, se evidencian considerables diferencias con respecto a la población general (en todas las edades). Un 23,9% de las personas en situación de discapacidad mental no cuenta con educación formal, frente a un 9,8% de personas sin discapacidad mental. Asimismo, el 22,8% de las personas con discapacidad mental tiene enseñanza básica incompleta, versus el 18,6% de la población general. Por otra parte, el 8,91% de las personas en situación de discapacidad mental presenta enseñanza media incompleta, y el 11% de la población sin discapacidad mental. Con respecto a la educación media completa, el 13,8% de las personas en situación de discapacidad reporta haber cumplido ese nivel, en contraste con el 18,2% de las personas sin discapacidad mental. Finalmente, solo el 4,6% de las personas con discapacidad mental alcanzan la educación superior completa, versus el 8,7% de la población sin discapacidad mental. Solo con respecto a la educación básica completa las diferencias no son estadísticamente significativas.

5.1.3.- Adulto mayor

En todo el mundo las poblaciones están envejeciendo rápidamente, así por ejemplo entre

el año 2000 y el 2050 la porción de la población mundial de 60 años y más se duplicará del 11% al 22%. (Organización Mundial de la Salud, 2017). América Latina no está ajeno a este proceso, inclusive, el crecimiento de la población mayor se produce a un ritmo más acelerado de lo que ha ocurrido históricamente en los países más desarrollados. Sin embargo, esta rápida transformación de la población no ha estado acompañada de un desarrollo institucional similar al de los países europeos, donde además, están presentes los problemas de pobreza y la exclusión social propios del continente (Osorio, 2006). En Chile el proceso de envejecimiento se ha desarrollado particularmente rápido. Las proyecciones para el 2050 muestran que en nuestro país la proporción de la población de adultos mayores estaría en un 31%, siendo para esa fecha el segundo país del continente con mayor proporción de población mayor (CEPAL, 2013). Actualmente, según datos de CASEN 2017, hay 3.439.599 personas de 60 o más años, lo que representan el 19.3% de la población. Si se aprecia los resultados de esta encuesta en años anteriores, a partir del año 2000 comenzaría una aceleración del proceso de envejecimiento poblacional.

Gráfico 40 – Evolución de la incidencia de la población de 60 años o más respecto del total poblacional



Fuente: Elaboración propia en base a serie CASEN.

El 56,6% de los adultos mayores son mujeres y un 43,4% hombres. Segmentando por edad, entre 60 a 74 años los hombres corresponden al 45,2% del total y las mujeres al 54,8%, diferencia que se acentúa entre los 75 o más años, donde los hombres alcanzan el 38,9% y las mujeres un 61,1%. En la misma línea, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017), la esperanza de vida al nacer en Chile es de 80 años para los hombres y de 85 para las mujeres.

Para el caso de la población adulto mayor, el índice de feminidad da cuenta que por cada 100 hombres, existen 130 mujeres. Esta diferencia es significativa, considerando que en la

población general el índice es de 110. El índice de dependencia demográfica da cuenta que por cada 100 personas, aproximadamente 37, son menores de 15 años o mayores de 59. Por su parte, el índice de envejecimiento de la población, se mide dividiendo la población de 60 años o más con la población de 15 años o menos, multiplicado por 100, reflejando que existe un 93,7% de envejecimiento de la población. Para el caso de las mujeres el envejecimiento es de 117% y en el caso de los hombres es de 84%. Esto da cuenta de una diferencia significativa por sexo, donde la tendencia refleja un mayor envejecimiento femenino. Esta tasa de envejecimiento se mantiene sostenida desde el año 2000.

Gráfico 41 – Índice de envejecimiento* por sexo



*Corresponde al cociente entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años, multiplicado por 100.

Fuente: MINDES, 2018b.

Sobre la jefatura del hogar, se observa que en solo el 5,6% de los hogares cuentan con presencia de adultos mayores, sin que recaiga en alguno de ellos la jefatura del mismo. En tanto, el 36,3% de adultos mayores es jefe de hogar, y el 58,1% de los hogares no tiene presencia de adultos mayores. Los hogares en los que un adulto mayor es jefe tienen mayores índices de pobreza multidimensional (20,3%), en contraste al total de hogares del país, que es de 16,8%.

En torno a la educación, los adultos mayores presentan menores niveles educacionales que el resto de la población. El 5,9% no tiene educación formal, versus el 1,2% del resto. El 17,3% tiene solo educación básica completa, en contraste al 8,1% que prevalece en la población restante. El 17,9% alcanzó hasta la educación media completa, en comparación al 34,6% de la población que no es adulto mayor. Por último, el 11,7% de los adultos

mayores alcanzó la educación superior, proporción que dista del 23,3% del resto de la población.

Sobre la previsión de salud, un 84,9% de los adultos mayores se encuentra en Fonasa, en contraste al 76,4% de los menores de 60 años. En el caso de las Isapres, el 8,5% de los adultos está afiliado a

una, mientras el 15,8% del resto de la población está afiliada.

Al observar los datos de pobreza, el 3% de los adultos mayores tienen ambos tipos de pobreza (por ingresos y multidimensional), el 6,6% presenta solo pobreza por ingresos, y el 21,6% de pobreza multidimensional.

Tabla 18 - Distribución de los adultos mayores según tipo de pobreza	
Ambas pobreza	3%
Pobreza Multidimensional	21,6%
Pobreza por Ingresos	6,6%
Ningún tipo de pobreza	68,8%

Fuente: Elaboración propia en base a datos CASEN 2017.

En torno a la relación de la edad con la dependencia, se observa las personas en situación de dependencia aumentan a medida que la edad

se incrementa, con un alza significativa a partir de los 60 años.

Tabla 19 - Distribución de los niveles de dependencia por tramos etarios				
	No dependiente	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
15 a 17 años	99,2%	0,3%	0,3%	0,2%
18 a 29 años	99,2%	0,2%	0,3%	0,3%
30 a 44 años	98,6%	0,6%	0,5%	0,3%
45 a 59 años	97%	1,3%	1,1%	0,6%
60 o más años	85,8%	4,4%	5,5%	4,3%

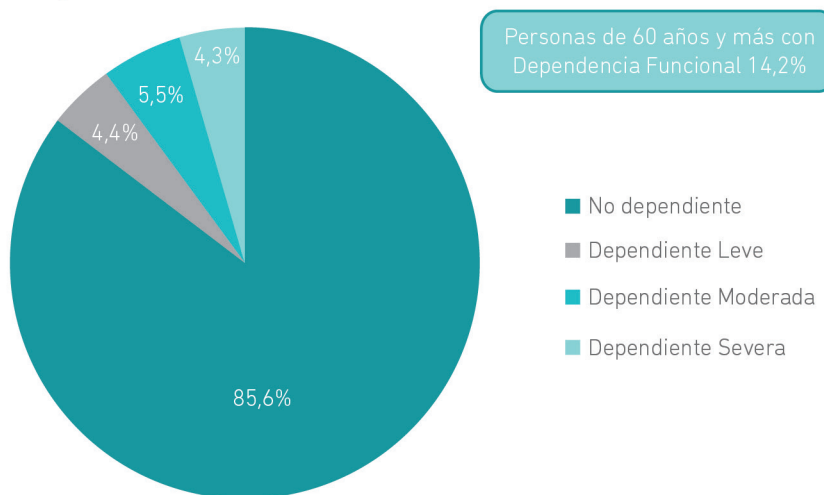
Fuente: Elaboración propia en base a datos CASEN 2017.

Con respecto a los grados de dependencia de los adultos mayores, un 4,4% presenta dependencia leve, un 5,5% tiene dependencia moderada, y un

4,3% dependencia severa. En total, el 14,2% se encuentra en situación de dependencia funcional⁵⁵.

Gráfico 42 – Distribución de personas de 60 años y más por índice de dependencia funcional (2017)

(Porcentaje, población de 60 años y más)



Fuente: MINDES, 2018b.

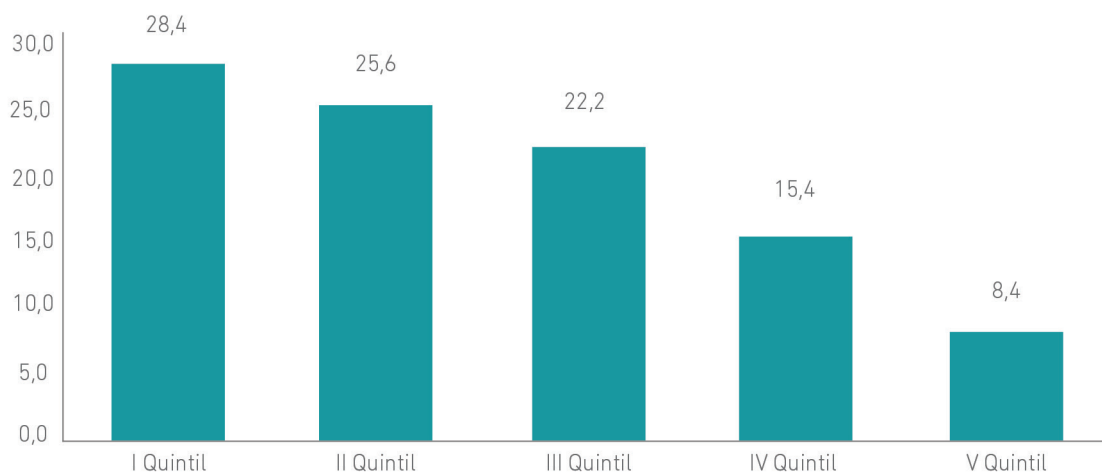
A medida que se avanza en años el nivel de dependencia también avanza. Es así como los adultos mayores de 80 o más años tienen 9% de dependencia leve y por sobre el 10% de dependencia moderada (15,4%) y severa (15,6%). En total en ese rango etario existe un 29,6% de dependencia funcional.

Al observar la distribución de los adultos mayores según quintiles de ingreso y dependencia funcional, a medida que se incrementa el quintil de ingreso disminuye el grado de dependencia. Mientras que en el primer quintil la proporción alcanza el 28,4% de los adultos mayores en situación de dependencia, en el último quintil la proporción es de apenas 8,4%.

⁵⁵Se considera que una persona se encuentra en situación de dependencia funcional, cuando: a) declaran tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad para realizar actividades básicas (comer, bañarse, moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W.C., acostarse y levantarse de la cama, vestirse) o instrumentales de la vida diaria (salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar tareas del hogar, hacer o recibir llamadas), o b) que reciben ayuda con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o c) que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales.

Gráfico 43 – Distribución de personas de 60 años y más con dependencia funcional por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar (2017)

(Porcentaje, población de 60 años y más)



Fuente: MINDES, 2018b.

Ligado estrechamente con el concepto de cuidado, el 3,6% de los adultos mayores con dependencia funcional no cuentan con asistencia personal. El 46,4% cuenta con cuidador en el hogar, el 14,5% cuenta con cuidador externo al hogar, y el 23,6% cuenta con ambos tipos de cuidadores⁵⁶.

Sobre la presencia de cuidadores, el porcentaje de adultos mayores con dependencia que no cuenta con cuidador decrece a medida que aumenta el nivel de dependencia funcional. Mientras el 5,8% de los adultos mayores con dependencia leve no cuenta con cuidador, esta cifra baja al 1,1% de los que presentan dependencia severa. Asimismo, la presencia de cuidador externo disminuye a medida que aumenta el grado de dependencia, con 16% para los adultos mayores con dependencia leve, y 11,6% para los adultos mayores con dependencia severa. Sin embargo, a medida que se incrementa el grado de dependencia, mayor es la proporción de adultos mayores con cuidador familiar. Esto se aprecia en que el 37,5% de los adultos mayores

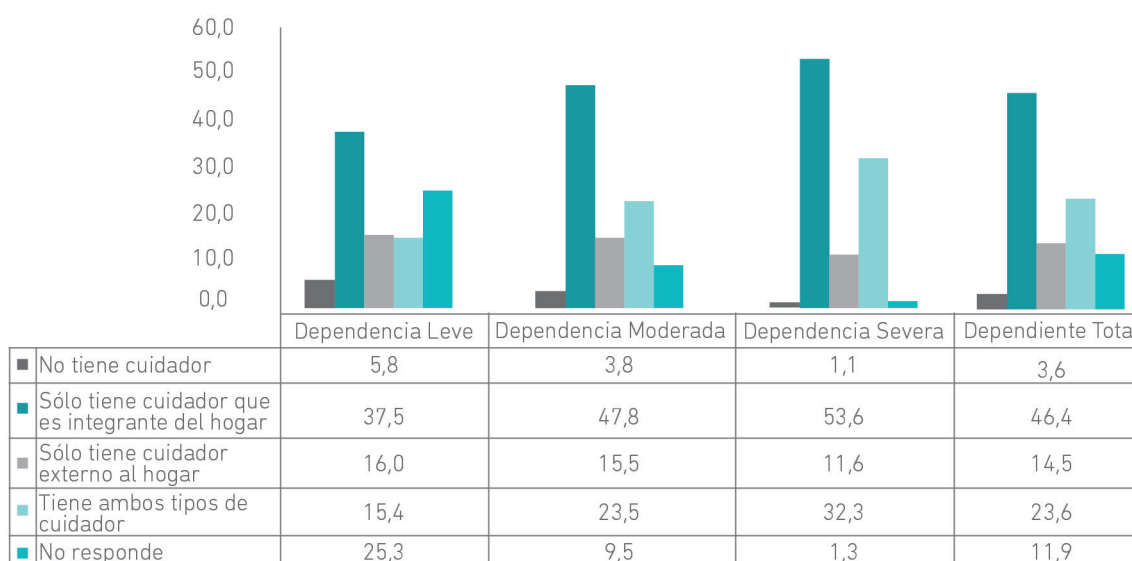
con dependencia leve tiene cuidador familiar, cifra que aumenta al 53,6% de los adultos mayores con dependencia severa. De igual modo, la presencia de adultos mayores con cuidadores tanto familiares como externos, aumenta a medida que se incrementa el grado de dependencia. Si el 15,4% de los adultos mayores con dependencia leve reporta contar con ambos cuidadores, esta cifra se eleva al 32,3% de los adultos mayores con dependencia severa. En síntesis, a mayor dependencia aumenta la proporción de adultos mayores que reportan contar con cuidadores familiares, lo cual no ocurre con los cuidadores externos. Considerando que mayores niveles de dependencia funcional implican cuidados más especializados, se observa una incongruencia entre la necesidad de cuidadores externos⁵⁷ de los adultos mayores en situación de dependencia severa, y la menor proporción de estos que lo reportan, en comparación a los adultos mayores con menor grado de dependencia.

⁵⁶Un 11,9% no responde.

⁵⁷Y por ende, con conocimiento técnico acorde al tipo de cuidado que deben proporcionar.

Gráfico 44 – Distribución de personas de 60 años y más según grado de dependencia funcional y recepción de asistencia personal (2017)

(Porcentaje, población de 60 años y más con dependencia funcional)



Nota: 721 casos de población adulto mayor con dependencia, pero no responden sobre asistencia personal.

Nota: Categorías "No tiene cuidador" y "No responde" para persona adulta mayor con dependencia funcional severa presentan menos de 50 casos muestrales.

Nota: "Sólo tiene cuidador externo al hogar", corresponde a personas externas al hogar que presta asistencia personal a persona con dependencia funcional. "Sólo tiene cuidador externo al hogar", corresponde a personas externas al hogar que prestan asistencia personal a persona con dependencia funcional de manera remunerada o no remunerada.

Fuente: MINDES, 2018b.

De los adultos mayores con dependencia funcional que reciben cuidados por alguien del hogar, el 72% de los cuidadores son mujeres y el 28% son hombres, lo cual evidencia la feminización de los cuidados en el país. En cuanto a la edad de los cuidadores, destaca el hecho de que el 35,7% es mayor de 60 años.

5.2.- Políticas públicas en torno al apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía en Chile

A partir de la década del 2000 las políticas públicas en Chile comienzan a transitar desde un énfasis en la superación de la pobreza, hacia la provisión de protección social dirigida a sectores sociales que no necesariamente se encuentran en situación de pobreza. De este modo, se concibe un Sistema Intersectorial de Protección Social compuesto por tres subsistemas: el subsistema de Seguridades y Oportunidades; el subsistema Chile Crece

Contigo; y el Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados (actualmente Chile Cuida). Estos dos últimos subsistemas velan por el suministro de prestaciones relacionadas con el cuidado y el desarrollo a la autonomía, aunque a distintas poblaciones, normas, mecanismos e instituciones ejecutoras (MINDES, 2015b).

Chile Crece Contigo se concibe como un subsistema de protección integral a la infancia, orientado a mejorar las condiciones de vida de niños y niñas en áreas que van más allá del cuidado, como la asistencia judicial, el mejoramiento de viviendas, la inserción laboral dependiente o independiente, entre otro tipo de prestaciones. Como antecedentes legislativos del subsistema, destaca el Plan Integrado a Favor de la Infancia y Adolescencia en el año 2001, con vigencia hasta 2010. Junto con ello, en 2006 se conforma el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma a las políticas de la infancia, el cual recomienda el diseño de un

Sistema de Protección Integral en Infancia, cuya implementación se inicia en 2007 (MINDES, 2015c).

Ahora bien, en materia de cuidado y desarrollo de la autonomía, Chile Crece Contigo busca “mejorar la calidad de las relaciones entre el niño(a) y los adultos a su cuidado, así como a mejorar los ambientes del contexto de vida de los niños y las niñas (viviendas, espacios de juego, ambientes libres de tóxicos, etc.).” (MINDES, 2015c, p. 32), por una parte, y ejecutar “acciones de estimulación oportuna en los primeros años de vida [que] adquieren un rol esencial tanto en la promoción del desarrollo normal del niño(a), como en la recuperación precoz y efectiva de los rezagos y déficits que puedan producirse” (MINDES, 2015c, p. 32). Más específicamente, se promueve una crianza de calidad basada en el respeto y el apego entre el niño y su cuidador primario, y en relaciones e interacciones afectivas de calidad entre el niño y los trabajadores de las instituciones que entregan cuidado, como salas cunas, jardines infantiles, colegios, etc. Asimismo, la autonomía de los niños es estimulada poniendo especial atención en el desarrollo cognitivo, detectando aquellos factores ambientales que obstruyen la formación óptima de su sistema cerebral los primeros tres años de edad. A grandes rasgos, la oferta contempla tres niveles de usuarios: Programas Educativos dirigidos a todos los niños en Chile; Programas de Apoyo (al desarrollo biopsicosocial y al recién nacido) orientados hacia los niños pertenecientes al Sistema Público de Salud; y salas cuna, jardines infantiles, visitas domiciliarias, ayudas técnicas para niños con discapacidad, entre otras prestaciones apuntadas a niños en situación de vulnerabilidad⁵⁸. En cuanto a la edad de los niños que conforman la población objetivo, se cubre a los niños que cumplen el primer ciclo de educación básica (8 o 9 años) (MINDES, 2015b, p. 7).

Uno de los compromisos del Programa de Gobierno 2014-2018 identificaba la necesidad de añadir

un componente extra al Sistema de Protección Social, enfocado en el apoyo y de las prácticas de cuidado y desarrollo de la autonomía a nivel país. En el 2014 el MINDES, junto a SENAMA y SENADIS presentaron una propuesta de diseño para un subsistema especializado en asuntos relativos al cuidado y la autonomía, la cual fue discutida en una mesa de trabajo con la sociedad civil organizada durante 2015, permitiendo delinear el plan de trabajo 2015-2015 del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

El subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados busca prevenir y mitigar la severidad de la dependencia en la población, promoviendo la autonomía, fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de las personas en situación de dependencia, y contribuyendo a equilibrar la carga de cuidado entre los integrantes del hogar (Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República de Chile, 2017). Considerando distintos niveles de dependencia y etapas del ciclo vital, la población objetivo contempla a personas de 60 años o más con dependencia; a personas en situación de discapacidad con dependencia sin distinción por edad; y cuidadores(as) no remunerados(as) de esas personas. Como estrategia de intervención, se incluye el apoyo a la habitabilidad, alivio al cuidador(a), prevención de la severidad, cuidados en el hogar, entre otros (Dirección Sociocultural de la Presidencia de la República de Chile, 2017). Las actividades de intervención de este subsistema presentan un fuerte componente local, lo cual se inició en 2015 mediante la implementación del Fondo de Iniciativas Locales de Apoyos y Cuidados, financiando alrededor de 30 proyectos municipales a lo largo del país. Esta experiencia permitió la formación de la Red Local de Apoyos y Cuidados, estructura basal de la gestión social del subsistema, en la medida que permite la evaluación, derivación y seguimiento de las personas que ingresan a sus programas.

⁵⁸Chile Crece Contigo otorga acceso preferente a familias beneficiarias pertenecientes al 40% de la población más vulnerable socioeconómicamente (MINDES, 2015c).

5.2.1.- Programas sociales de Apoyo al Cuidado y desarrollo de la autonomía

Tabla 20 - Listado de programas de Apoyo al Cuidado y Desarrollo de la Autonomía.

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Establecimientos de larga estadía para adultos mayores	servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social	Adulto mayores de 60 años o más, que se encuentren dentro del 60% más vulnerable según la clasificación socioeconómica del Registro Social de Hogares, que presentan algún grado de dependencia física y/o psíquicas, y requieren cuidados especializados (excepto aquellos que requieren atención hospitalaria)	El programa entrega atención directa con componentes socio-sanitarios, socio-comunitarios, y promoción de participación de los usuarios en la red local y barrio. El programa es ejecutado por instituciones privadas sin fines de lucro a través de licitación realizada por SENAMA. Cabe señalar que los residentes entregan hasta un 85% de su pensión, con tope en un per cápita definido previamente por SENAMA.	De acuerdo con la evaluación realizada por DIPRES (2015b) se plantea que los resultados esperados están mal diseñados dado que se buscan resultados en torno a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad, y esto depende en parte de procesos vitales individuales y de las capacidades físicas y mentales de los beneficiarios, lo que no puede ser atribuido a la capacidad de gestión del programa. A esto le suman, la ausencia de un mecanismo de integración a nivel central que coordine el desarrollo del programa y que permita una adecuada coordinación entre ELEAM y la oferta programática del SENAMA. Otra debilidad del programa es la falta de distinción en los niveles de dependencia y con ello una distribución de cupos y de servicios asociados. Tampoco tienen criterios estandarizados para la asignación de cupos y prioridades en atención (DIPRES, 2015b) Sin embargo, los resultados de la evaluación indican que es un programa que resuelve el problema por el cuál fue creado, pero no sólo con una cobertura marginal respecto de la población objetivo (DIPRES, 2015b)
Condominios de Viviendas tuteladas para adultos mayores	Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social	Personas mayores de 60 años autovalentes, que se encuentren dentro del 60% más vulnerable de la calificación socio económica y que presenten vulnerabilidad habitacional, según Registro Social de Hogares	Este programa se ejecuta gracias a un convenio de colaboración entre MINVU y SENAMA, y consiste en viviendas construidas por el MINVU con espacios de uso común como sedes comunitarias, estacionamientos y áreas verdes, que son parte del condominio. Estos espacios son administrados por SENAMA. Además ésta última institución entrega atención psicosocial a los residentes.	En la evaluación del programa llevada a cabo por DIPRES en 2015, se observa que una de las deficiencias del modelo es la falta de supervisión desde las mismas entidades prestadoras de servicios, dado que no se encontrarían efectuando ningún tipo de supervisión ni a nivel de gestión ni administrativa ni técnica, lo que se encuentra establecido de acuerdo a las bases de licitación. Sin embargo, sí existe supervisión por parte del nivel regional de SENAMA. En la misma línea, se observó que el programa carece de un sistema de información que permita una disponibilidad de datos para realizar seguimiento, evaluación de la gestión y la misma supervisión, lo cual debiese ser subsanado para mejorar la toma de decisiones. En términos de resultados, la misma evaluación indica que el programa resuelve mínimamente el problema que le concierne, teniendo una cobertura marginal del 0,84% respecto de la población objetivo (DIPRES, 2015b). En términos de sugerencias, se propone medir resultados a través de una encuesta ex ante y ex post que consulte sobre la integración social, familiar y comunitaria que ha tenido el usuario luego de la intervención del programa (DIPRES, 2015b).

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Cuidados Domiciliarios	Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social	Adultos mayores de 60 años o más que se encuentran hasta en el 60% de vulnerabilidad de acuerdo con la calificación socioeconómica (CSE) del Registro Social de Hogares que tienen dependencia moderada o severa y cuentan con un cuidador. También son sujetos de atención los cuidadores de los adultos mayores.	El programa parte con un proceso de diagnóstico del adulto mayor y la elaboración de un plan de intervención con acciones en 3 ámbitos: Atención Personal, Apoyo en realización de tareas del hogar y Relación con el entorno. Estas acciones son realizadas por un asistente domiciliario capacitado. El objetivo es que el asistente sea capaz de transmitir herramientas que faciliten el cuidado de la persona mayor y permitan la realización de actividades de la vida diaria.	No hay evaluaciones disponibles
Centros Diurnos del Adulto Mayor	Servicio Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social	Personas mayores de 60 años pertenecientes al 60% más vulnerable según calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares y con dependencia leve.	El programa es desarrollado por instituciones sin fines de lucro y corresponde a un plan de atención individual para los adultos mayores con énfasis en el desarrollo de estilo de vida saludable, mantención de la funcionalidad en el desarrollo de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, desarrollo de habilidades psicosociales y apoyo a la familia o cuidadores informales.	No hay evaluaciones disponibles
Apoyo integral al adulto mayor SSyOO Vínculos	Subsecretaría de Servicios Sociales. Ministerio de Desarrollo Social	Adultos mayores de 65 años o más, que no presenten dependencia severa y que pertenezcan al quintil 1 o 2 residiendo en hogares uni o bipersonales (se excluyen residencias colectivas)	El programa es parte de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Desarrollo Social, Municipios, y SENAMA. El proceso de intervención conlleva un acompañamiento psicosocial y socio-laboral. Se desarrolla un plan individual que incorpora gestiones para las prestaciones prioritarias, vinculación del adulto mayor con su entorno familiar, social y comunitario, y un plan socio-ocupacional para la prevención de la dependencia.	No hay evaluaciones disponibles
Más Adultos Mayores Autovalentes	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.	Adultos de 65 años y más, inscritos en un centro de salud y beneficiarios de Fonasa con condición autovalente sin o con riesgo, y en riesgo de dependencia.	El programa consiste en la instalación de una dupla, en los centros de salud municipales dependientes de Servicios de Salud y/o ONGs que tienen más de 20.000 inscritos. La dupla está constituida por un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional o similar que están encargados de desarrollar acciones con los adultos mayores que previamente han sido evaluados a través de un examen preventivo. Se contempla la realización de los siguientes talleres: a. Taller de estimulación de funciones motoras y prevención de caídas. b. Taller de estimulación de funciones cognitivas. c. Taller de autocuidado y estilos de vida saludable.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Centros de apoyo comunitario para personas con demencia	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud	Personas adultas mayores de 60 años con demencia leve y moderada beneficiarios de FONASA y usuarios de la red de salud mental de los dispositivos de los Servicios de Salud del país	Este programa desarrolla componentes clínicos y psicosociales que permiten trabajar la condición de demencia de sus beneficiarios; incluyendo a familiares y/o cuidadores y el contexto comunitario. El objetivo final es mantener la funcionalidad e inclusión social de sus usuarios. Las prestaciones que se entregan se enmarcan en temas asociados a salud mental, lo que incluye consulta de salud mental, evaluación geriátrica integral, intervenciones grupales y familiares, visitas domiciliarias y actividades comunitarias. Las acciones que se realizan en el marco de estas prestaciones son: actividades de la vida diaria, actividades de habilidades físicas, actividades para cognición y actividades para socialización y recreación. Todas las actividades son guiadas y preparadas por el equipo multiprofesional, conformado por: 1 Coordinador, 3 Terapeutas Ocupacionales, 1 Psicóloga, 1 Kinesiólogo, 1 Trabajadora Social, 1 Médico Geriatra en jornada parcial 22 horas, 1 Médico Psiquiatra 11 horas, 2 Técnicos Paramédicos, 1 Administrativo y 2 Auxiliares por cada centro.	No hay evaluaciones disponibles
Tránsito a la vida independiente	Servicio Nacional de la Discapacidad	Personas entre los 18 y 59 años, en situación de discapacidad y dependencia.	El programa consiste en la elaboración de un plan de desarrollo personal que tiene por objetivo la inserción social de la persona. Para ello, se entregan servicios en los ámbitos de cuidado personal, asistencia, intermediación y/o adaptaciones del entorno, a través de actividades grupales, capacitaciones a la familia o atenciones individuales. Al finalizar se evalúan las capacidades instaladas en los usuarios, familias y entorno cercano.	No hay evaluaciones disponibles
Programa Residencias y Hogares Protegidos	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud	Mayores de 18 años en situación de discapacidad mental, compensado psicopatológicamente, sin red de apoyo; que sean beneficiarios de FONASA.	Este programa consiste en el ingreso de usuarios a hogares o residencias que cuentan con las condiciones para cubrir sus necesidades básicas (vivienda y alimentación) y de apoyo social, a través de monitores que ayudan a los residentes a acceder a las prestaciones de salud entregadas por la red. El ingreso a una de estas residencias y hogares está condicionado por una postulación que debe ser realizada por un equipo de salud mental de la red de Servicios de Salud.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa	Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.	Beneficiarios Fonasa, inscritos en establecimientos de atención primaria, con dependencia severa según índice de Barthel.	<p>Este programa considera dos componentes; el primero tiene por objetivo atender de forma integral a la persona con dependencia severa, para lo cual considera el estado de salud, las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, y entrega a cuidadores y familia las herramientas para el cuidado integral del usuario.</p> <p>Este componente considera acciones de atención domiciliaria, articulación de la red de salud e intersectorial, y capacitaciones para cuidadores.</p> <p>El segundo componente implica reconocer el trabajo de los cuidadores, y entrega un beneficio económico para aquellos que cumplan con criterios de inclusión establecidos, de acuerdo con los cupos disponibles a nivel local.</p>	<p>El programa fue evaluado por DIPRES durante 2017 siendo calificado como con desempeño suficiente. De modo que si bien cumple con el objetivo del programa puede mejorar significativamente.</p> <p>El panel de evaluadores DIPRES (2017a) considera adecuada la estrategia del programa que considera promoción, prevención, curación, seguimiento y acompañamiento de la persona en situación de dependencia severa y su cuidador, dado que se condice con el enfoque de una atención de carácter integral. Lo anterior aporta en el manejo inmediato de problemas de salud primario y permite coordinación y continuidad con los niveles secundario y terciario de salud.</p> <p>En términos de los cambios que sufrió el programa durante 2017, indican que la incorporación de la discapacidad psiquiátrica es pertinente y debe ser evaluada y monitoreada para identificar diferentes requerimientos de atención y/o apoyos específicos (DIPRES, 2017a). En esta misma línea, consideran positiva la incorporación de un plan de cuidado del cuidador en base a la Escala Zarit, que mide la sobrecarga del cuidador, no obstante critican la aplicación de esta escala sólo en la primera visita considerando que hay situaciones que podrían generar sobrecarga posterior a dicha aplicación, como también el cambio del cuidador o la sobrecarga producto del mismo programa (DIPRES, 2017a). También critican la ausencia de un enfoque de género en el programa dada la evidencia de que los cuidados son una tarea que tiende a ser realizada principalmente por mujeres (DIPRES, 2017a).</p> <p>Por último, respecto del segundo componente del programa, indican que es insuficiente la sola prevención del Síndrome de sobrecarga del cuidador, dado que en muchos casos puede ser necesario un tratamiento para el cuidador al respecto (DIPRES, 2017a).</p>

Fuente: Banco Integrado de Programas Sociales.

5.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo

Todas las personas son interdependientes y, por ende, necesitan de cuidado mutuo. Sin embargo, hay poblaciones que debido a sus dificultades de salud, envejecimiento y diferentes problemas asociados a la pobreza y a la exclusión social, presentan mayores necesidades de apoyo y cuidado para poder vivir una vida digna. En este sentido, las personas que viven en situación de dependencia y discapacidad se encuentran en una situación de vulnerabilidad tal que requieren una mayor consideración de sus diferencias y necesidades por parte de la sociedad. La inclusión social para estos grupos requiere, por un lado, la conformación de una serie de servicios, redes y soportes sociales que proporcionen cuidados según diferentes niveles de complejidad y dependencia. Por otro lado, se requiere apoyar su funcionamiento cotidiano, de tal modo que las personas puedan estimular sus capacidades inherentes y desarrollar su autonomía.

El Hogar de Cristo reconoce a los adultos mayores como sujetos de derechos, ciudadanos activos e incluidos. Por ello la red de servicios integrados de la línea temática, fomenta el desarrollo y mantención de las funcionalidades de los adultos mayores, favoreciendo las capacidades individuales, familiares y comunitarias, de tal forma de asegurar los soportes necesarios para la autonomía, y desde esa base, mejorar nivel de inclusión social y calidad de vida. La oferta de programas para adultos mayores está dirigida a adultos mayores que se encuentren en situación de pobreza y exclusión, y que además presenten al menos algún nivel de dependencia. En este sentido los servicios para adultos mayores se encuentran integrados según los diferentes niveles de complejidad, según necesidades de cuidados y soportes disponibles (Hogar de Cristo, 2017b).

Según nivel de complejidad y dependencia, la oferta de servicios para adultos mayores está compuesta por tres tipos de programas:

Centro de Encuentro Especializado: Programa ambulatorio destinados a adultos mayores en

situación de pobreza y exclusión social, y que además presenten nivel de dependencia leve. Tiene como objetivo lograr que las personas mayores mejoren sus niveles de inclusión social, manteniendo y mejorando sus funcionalidades para desarrollar tareas cotidianas. Con un fuerte trabajo en la participación comunitaria y vinculación social.

Programa de Atención Domiciliaria Especializada: Programa dirigido a personas mayores en situación de pobreza y exclusión social, que presentan niveles de dependencia moderada y grave cuando cuentan con soportes familiares, y dependientes leves cuando no. Este programa se trabaja en el mismo domicilio de los adultos mayores, entregando acompañamiento y apoyo para la mantención de condiciones de cuidado, vinculación a redes sociales y de salud, como además fortalecimiento de competencias de cuidado y autocuidado.

Residencia para Adultos Mayores: Programa residencial orientado a personas mayores en situación de pobreza, con alto nivel de dependencia y sin red de apoyo. Las residencias entregan servicios de cuidados diarios, tanto en la satisfacción de necesidades diarios como de salud. Realiza también actividades para fortalecer la autonomía, la relación con la familia y la comunidad.

El Hogar de Cristo busca favorecer la inclusión social de personas adultas en situación de pobreza y exclusión social con discapacidad mental (psíquica y/o intelectual), que requieren apoyo social para favorecer el ejercicio de sus derechos y ampliando sus oportunidades. La inclusión social para las personas con discapacidad mental implica reconocer el valor que hay en cada diferencia, considerando las necesidades específicas que requieren acompañamiento y apoyo, para estar en condiciones de igualdad y ejercer sus derechos. La oferta social a través de sus diversos programas ambulatorios, domiciliarios y residenciales tiene como principales objetivos la mantención y desarrollo de capacidades, la vinculación a redes sociales y servicios, para lograr la mayor autonomía posible bajo un enfoque de derechos. Esto implica además un fuerte trabajo con las

familias, la comunidad, las redes de protección social y de salud mental (Hogar de Cristo, 2017b).

Centro diurno: Programa ambulatorio destinados a personas que viven en situación de pobreza, exclusión social y discapacidad mental. Ofrece servicios especializados orientados a desarrollar la autonomía, mejorar sus condiciones de vida y mantenerse a las personas en su entorno familiar y comunitario. Se realizan actividades para mantención de la salud física y mental, desarrollo de habilidades personales y sociales.

Programa de salud mental: Servicio ambulatorio dirigido a personas con discapacidad mental y que se encuentren en situación de calle. Entrega servicios especializados orientados a la estabilización en salud mental y física, para mantener las funcionalidades necesarias para promover la inclusión familiar, social y laboral.

Programa de apoyo familiar: Programa domiciliario dirigido a familias o cuidadores de personas con discapacidad que viven en situación de pobreza y exclusión social. Entrega apoyo material y social para el soporte, como también orientaciones para mejorar capacidades de cuidado. Vinculando además a la familia a la red comunitaria, de protección social y de salud.

Programa de vida independiente: Programa domiciliario dirigido a personas que viven en situación de pobreza, exclusión social y discapacidad mental, pero que viven de forma independiente. Se entrega acompañamiento y supervisión parcial para la mantención de la autonomía. Se vincula además a la red comunitaria, de protección social y de salud.

Centro de larga estadía: Programa residencial dirigido a personas que viven en situación de pobreza, exclusión social y discapacidad mental, pero que presentan un alto nivel de dependencia. Se ofrecen servicios de cuidado diario, donde se integran además servicios especializados de cuidados de salud, terapia ocupacional y rehabilitación kinesiológica.

Hogar protegido: Programa residencial dirigido a personas que viven en situación de pobreza, exclusión social y discapacidad mental, pero que presentan niveles de dependencia leve o moderada, requiriendo un nivel intermedio de supervisión y cuidado.

Residencia protegida: Programa residencial dirigido a personas que viven en situación de pobreza, exclusión social y discapacidad mental, pero que presentan niveles de dependencia severa, con necesidad de supervisión y cuidado permanente. Se entregan servicios especializados de salud física y mental. Se vincula además a la red comunitaria, de protección social y de salud.

5.4.- Brechas de cobertura

En este grupo social relevante se contempló la elaboración de brechas de cobertura de las líneas de Discapacidad Mental y Adulto Mayor. A continuación se presentan los datos y la forma de cálculo para discapacidad mental y luego para adulto mayor.

5.4.1.- Línea Discapacidad Mental

Tabla 21 - Poblaciones potenciales línea técnica Discapacidad Mental	
Temática social relevante	Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía
Línea técnica	Discapacidad Mental
Población de referencia	Personas con Discapacidad Mental según CASEN 390.938
Población potencial política pública	Personas con Discapacidad Mental según CASEN 390.938
Población potencial focalizada	Personas con Discapacidad Mental y ambas pobreza a la vez según CASEN 13.984

Fuente: Elaboración propia.

La población de referencia corresponde a las personas de todas las edades registradas con discapacidad mental de acuerdo a CASEN (2017), las cuales ascienden a un total de 390.938 personas. La política pública para persona de discapacidad mental, centralizada principalmente por la red de salud mental de los servicios de salud, considera como población potencial a todas las personas con discapacidad mental, sin importar el nivel socioeconómico, criterios de vulnerabilidad o de pobreza. Por lo tanto, para esta línea se diferenciará entre la población potencial, cobertura y brecha para la política pública en general y focalizada según los criterios del Hogar de Cristo.

Según lo anterior, la población potencial de la política pública, considera a todas las personas que estén en situación de discapacidad mental, que según CASEN 2017 son 390.938 personas. Mientras que para identificar a la población potencial focalizada conforme a los criterios de las Fundaciones Hogar de Cristo, corresponde a las personas que se encuentran en una doble situación de pobreza por ingresos y multidimensional. El número de personas con discapacidad mental y ambas pobreza corresponde a 13.984 casos.

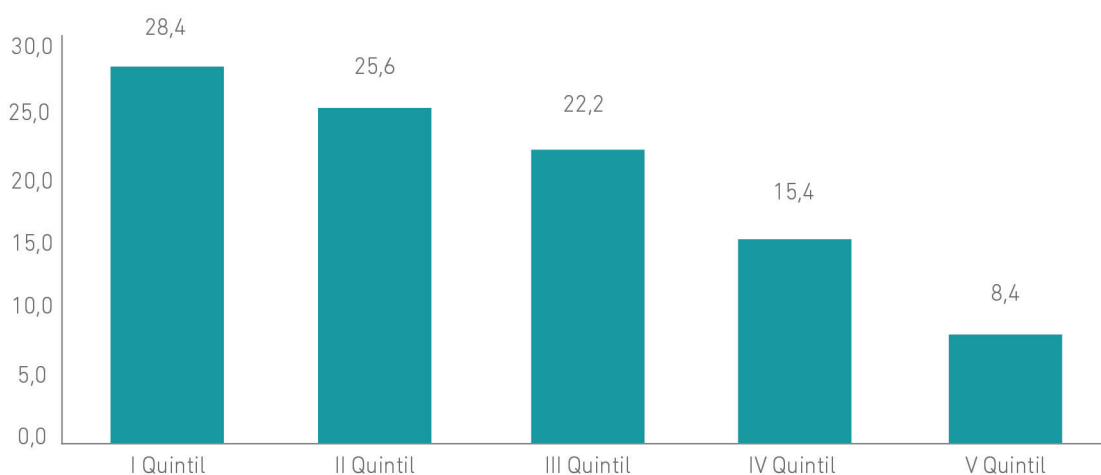
Para el cálculo de la cobertura total, se consideró la suma de atendidos durante 2017 en programas que prestan atención o cuidados a personas con discapacidad, procurando que dentro de sus beneficiarios se considerara población con discapacidad mental. De este modo se consideraron atendidos en Centros Diurnos, Hogares y Residencias protegidas, Residencias de Protección para niños/as y adolescentes con discapacidad, Programas de Vida Independiente, Programas de Atención Domiciliaria y Programas de Inclusión Laboral. Las atenciones en los programas mencionados se dividieron según si fueron financiados y ejecutados por el Estado; financiados por el Estado y ejecutados por la sociedad civil; o financiados y ejecutados por la sociedad civil. En el primer caso se consideraron los atendidos por proyectos ejecutados por servicios de salud, municipios u otras instituciones estatales. En el segundo caso se consideraron los atendidos por proyectos ejecutados por la sociedad civil, poniendo especial atención en contabilizar sólo aquellos proyectos que tenían entre sus beneficiarios a personas con discapacidad mental. Por último, en el tercer caso no se encontraron proyectos que fueran financiados y ejecutados por la sociedad civil con recursos propios.

Para calcular la cobertura del Hogar de Cristo, se contabilizaron los RUN distintos atendidos hasta diciembre de 2017 en los programas de la fundación, de acuerdo con el Sistema de Gestión Social. Al respecto, la cobertura fue de 1.996 personas, lo cual resulta en una cobertura total de 13.218 personas en esta línea.

Con estos datos, al sustraer la cifra de atendidos efectivos a la población potencial de política pública, se obtiene la brecha general, que en este caso alcanza los 377.720 cupos faltantes.

Gráfico 45 – Brecha de cobertura. Línea Discapacidad Mental

(Porcentaje, población de 60 años y más)



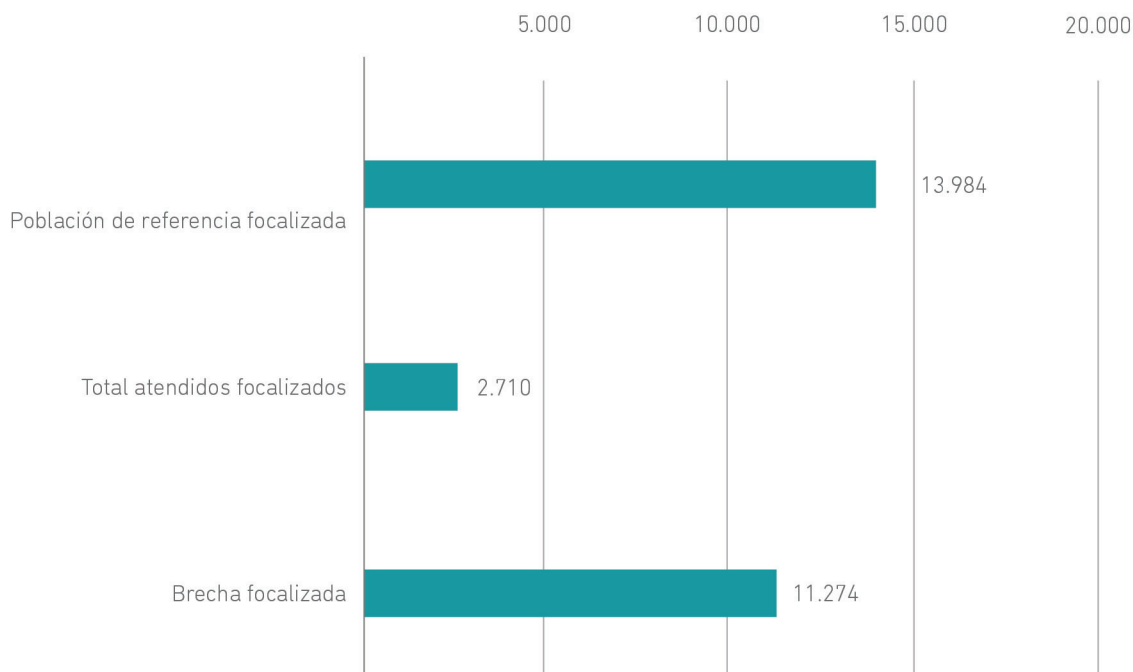
Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo de la población potencial focalizada, se considera a todas las personas con discapacidad mental según CASEN (2017), que además son clasificados dentro del grupo con ambas pobreza a la vez. De este conteo, se obtiene que 13.984 personas caen en esta categoría.

Para estimar la proporción de beneficiarios de la política pública que se encuentran en situación de

exclusión social extrema, y de este modo estimar la brecha de cobertura para esta población, se calculó y aplicó un ponderador, derivado de la proporción de personas con discapacidad mental del primer decil de ingresos que tuvieron una consulta en salud mental, del total personas con discapacidad mental que hicieron una consulta por salud mental y pertenecen a FONASA.

Gráfico 46 – Brecha de Cobertura Focalizada. Línea Discapacidad Mental



Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.- Línea técnica Adulto Mayor

La población de referencia establecida como primer paso en el cálculo de la brecha de cobertura para la línea de Adulto Mayor corresponde a todas las personas de 60 años o más, que posean algún grado de dependencia y estén dentro del 60% de menores ingresos. De acuerdo a CAsEN (2017), estos son 372.492.

Esta cifra corresponde al total de personas que potencialmente son sujetos de atención por los dispositivos que la política pública contempla. Según el grado de dependencia, esta contempla tres tipos de atención: Centros Ambulatorios, Cuidados Domiciliarios y Residencias de Adulto Mayor. Dada esta división, las brechas fueron calculadas respecto de las poblaciones potenciales para cada una.

Como se dijo con anterioridad, se suele identificar estos tres dispositivos de atención, con equivalentes grados de dependencia funcional entre quienes los utilizan. Así, los Centros Ambulatorios se enfocan

principalmente en personas con dependencia leve; los Cuidados Domiciliarios a quienes tienen dependencia moderada; y Residencias para la dependencia severa. Sin embargo, en la práctica, los límites entre los tres dispositivos no son estrictos y no existe relación exacta entre atenciones y grado de dependencia. Dado esto, es que se establecieron poblaciones potenciales para cada dispositivo, redefiniendo los criterios para asignación de beneficiarios.

En concreto, se consideró que los Centros Ambulatorios pueden recibir a personas de 60 años o más con discapacidad leve o moderada; por su parte, Cuidados Domiciliarios tiene como público potencial personas de 60 años o más, con dependencia moderada o severa sin necesidad de cuidados permanentes; por último, a las Residencias, potencialmente, acceden quienes tienen 60 o más años, que tienen necesidad de cuidados permanentes. Así, el criterio de diferenciación de las poblaciones potenciales para cada sub – línea, es el grado de dependencia funcional que posean sus beneficiarios.

Adicionalmente, de modo de calcular las brechas que hay respecto de la proporción más excluida de la sociedad, se calcularon también poblaciones potenciales focalizadas.

Siguiendo la misma lógica que la definición de las poblaciones potenciales generales, en cuanto a asociar grados de dependencia con sub – líneas de atención, se agregaron criterios más estrictos para

estimar la proporción de la población potencial focalizada, en particular, la presencia de ambas pobreza a la vez; por ingresos y multidimensional. A continuación se presenta el cálculo de brechas para cada dispositivo, tanto en la versión para población general como focalizada.

5.4.2.1.- Modalidad Centros Ambulatorios

Tabla 22 - Poblaciones potenciales modalidad Centros Ambulatorios	
Temática social relevante	Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía
Línea técnica	Adulto Mayor
Modalidad de programa	Centros Ambulatorios
Población potencial política pública	Personas de 60 años o más con dependencia leve o moderada del 60% más pobre según CASEN 2017 257.809
Población potencial focalizada	Personas de 60 años o más con dependencia leve o moderada con ambas pobreza a la vez según CASEN 2017 4.718

Fuente: Elaboración propia.

La cantidad de personas que compone la población potencial de la política pública de la sub – línea Centros Ambulatorios asciende a 257.809 personas. Como ya fue dicho, este número corresponde a la cantidad de personas que además de cumplir con los criterios de focalización de la política pública y compartida por los 3 dispositivos, tiene dependencia leve o severa.

La cobertura de este tipo de dispositivo de atención, considera la suma de atendidos en Centros Diurnos del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ejecutados por el Estado y la sociedad civil organizada. Este conteo se traduce en una cobertura total de atención de 2.713 personas. Así, restando esta cifra a la población potencial, se tiene una brecha de 255.096 personas.

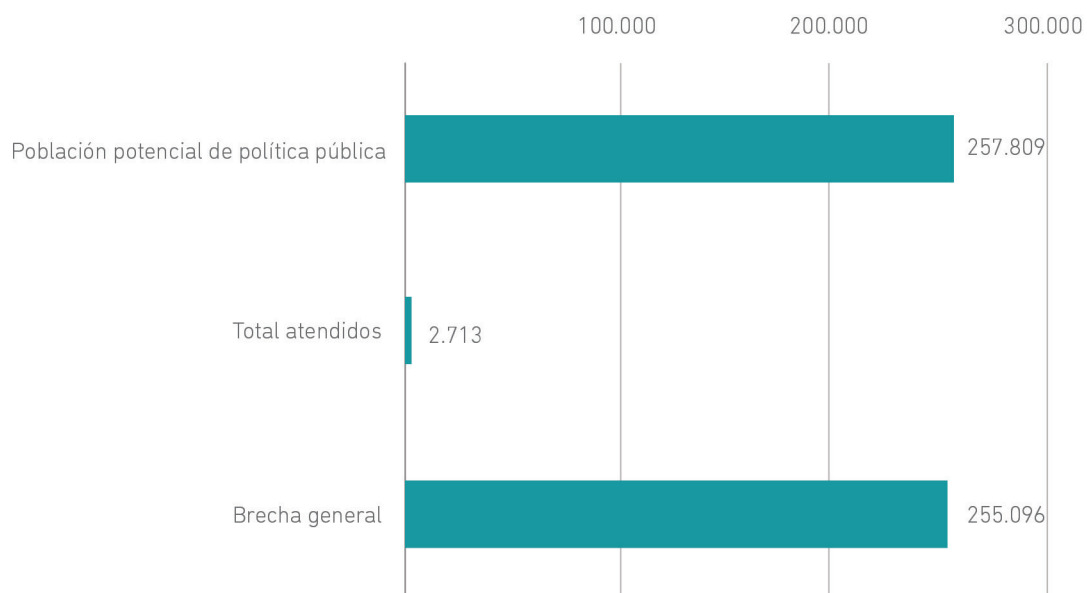
Por su parte, la definición de la población potencial focalizada, corresponde al total de personas de 60 años o más, con dependencia leve o moderada,

con presencia de ambas pobreza a la vez, esto es, por ingresos y multidimensional. De acuerdo a la encuesta CASEN en su versión 2017, esta parte de la población equivale a 4.718 personas.

En cuanto a la focalización de la cobertura, en línea técnica, el valor del ponderador se obtuvo calculando qué porcentaje del total de personas de 60 años o más, con dependencia leve o moderada, perteneciente al 60% más pobre del país, se clasifica dentro del 10% más pobre. Vale decir, la relación entre el primer decil y el total de personas que existe hasta el sexto decil, mayores de 60 años con dependencia leve o moderada.

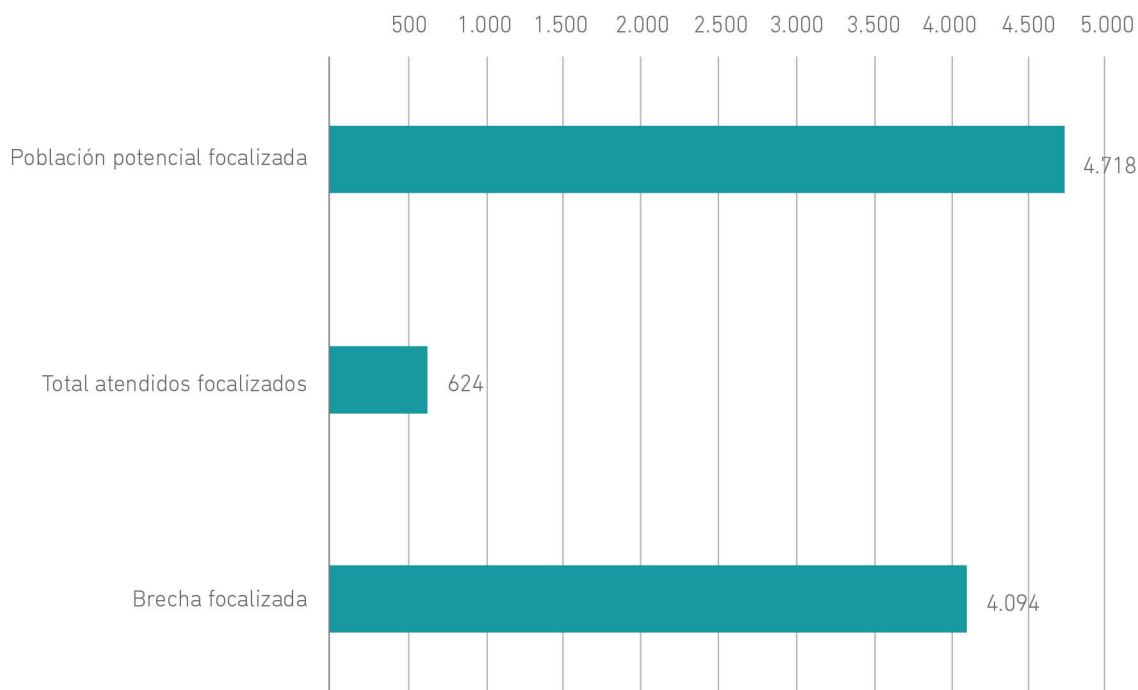
La aplicación de este ponderador al total de atendidos, arroja 624 personas del grupo más excluido socialmente. Esto quiere decir que, estimativamente, existen 4.094 adultos mayores con dependencia leve a moderada, que no cuentan con cupos de atención.

Gráfico 47 - Brecha de cobertura Centros Ambulatorios



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 48 – Brecha de cobertura focalizada Centros ambulatorios



Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.2.- Modalidad Cuidados Domiciliarios

Tabla 23 - Poblaciones Potenciales línea adulto mayor. Sub línea atención domiciliaria	
Temática social relevante	Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía
Línea técnica	Adulto Mayor
Modalidad de programa	Atención Domiciliaria
Población potencial política pública	Personas de 60 años o más con dependencia moderada o severa sin necesidad de cuidados permanentes del 60% más pobre según CASEN 2017 147.400
Población potencial focalizada	Personas de 60 años o más con dependencia moderada o severa sin necesidad de cuidados permanentes con ambas pobreza a la vez según CASEN 2017 4.833

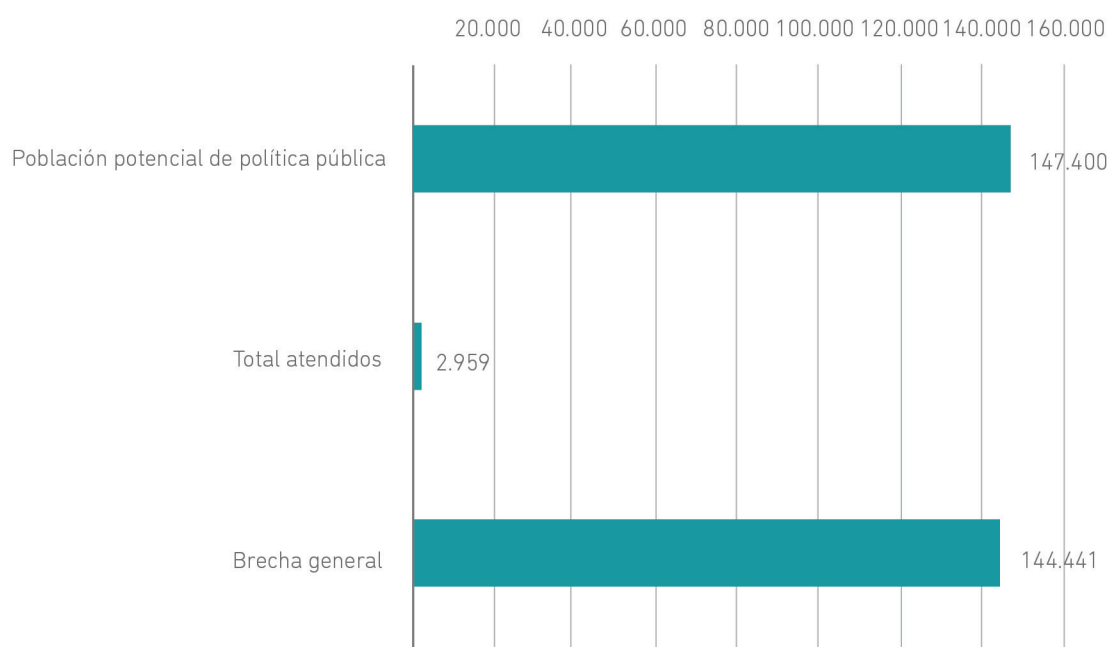
Fuente: Elaboración propia.

En lo que respecta a la modalidad Atención Domiciliaria, la población potencial de política pública corresponde a 147.400 adultos mayores, que se clasifican entre aquellos que sufren de dependencia moderada o severa, sin necesidad de cuidados permanentes y al mismo tiempo pertenecen al 60% de los hogares más pobres.

Por su parte, la cobertura entregada vía Transparencia Pública, se cifra en 2.959 personas atendidas por este tipo de dispositivo.

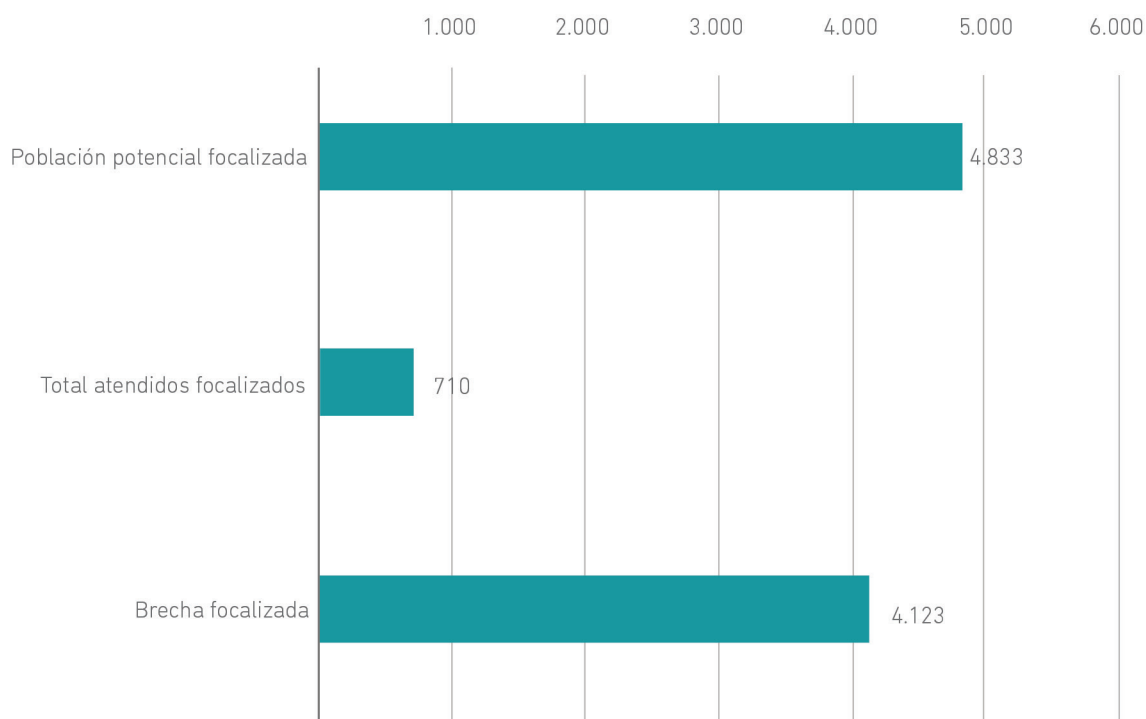
En consecuencia, esto se traduce en una brecha de cobertura de 144.441 adultos mayores del 60% más pobre de la población y con dependencia moderada a severa, sin necesidad de cuidados permanentes, que no cuenta con cupos de atención.

Gráfico 49 – Brechas de cobertura política pública. Atención domiciliaria



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 50 – Brechas de cobertura población potencial focalizada. Atención domiciliaria



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la cobertura focalizada de esta modalidad de atención, la población potencial se obtiene al contemplar además de los criterios anteriores, la presencia de pobreza por ingresos y multidimensional. Ese cálculo arroja un total de 4.833 adultos mayores con discapacidad moderada o severa sin necesidad de cuidados permanentes, en situación de extrema exclusión social (dada la presencia de ambas pobreza a la vez) que potencialmente requerirán este tipo de atención.

A su vez, el ponderador para la cantidad de atendidos focalizados se obtuvo mediante la

división del total de personas de 60 años o más, con dependencia moderada a severa sin necesidad de cuidado, pertenecientes al 10% más pobre la población, por el total de personas que cumple los mismos criterios de edad y dependencia, pero se encuentran dentro del 60% de la población. Esto da 0,24, factor por el cual fue multiplicado el total de atendidos, para estimar la cobertura focalizada. Esta operación arroja una atención de 710 cupos, mostrando una brecha de 4.123 cupos.

5.4.2.3.- Modalidad Residencias para Adultos Mayor

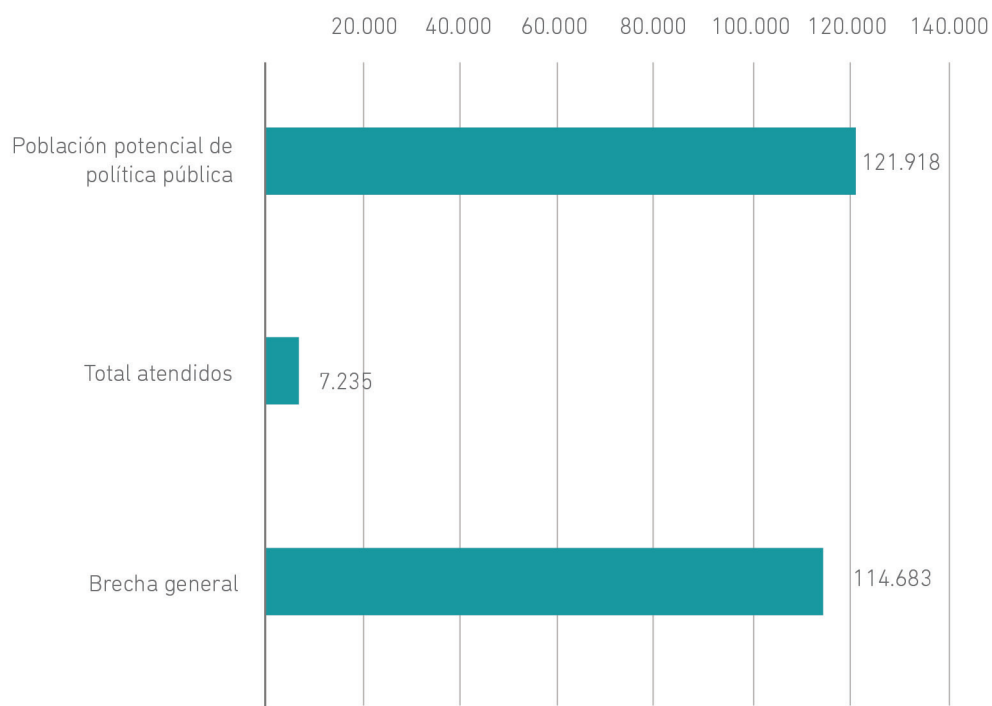
Tabla 24 - Poblaciones potenciales línea adulto mayor. Sub línea Residencias	
Temática social relevante	Apoyo al cuidado y desarrollo de la autonomía
Línea técnica	Adulto Mayor
Modalidad de programa	Residencias
Población de referencia	Personas de 60 años o más con dependencia severa con necesidad de cuidados permanentes del 60% más pobre según CASEN 2017 121.918
Población potencial FHC	Personas de 60 años o más con dependencia severa con necesidad de cuidado permanente y ambas pobreza a la vez, según CASEN 2017 3.878

Fuente: Elaboración propia.

Respecto de la modalidad Residencias para el Adulto Mayor, la población de referencia asciende a 121.918 personas, que potencialmente requiere de este tipo de dispositivo para suplir sus necesidades de cuidado. Este número equivale al total de personas de 60 años o más, pertenecientes al 60% más pobre de la población, que presentan dependencia severa con necesidad de cuidados permanentes. .

En cuanto a la cantidad de atendidos en esta modalidad, lo declarado por SENAMA a través de Transparencia Pública da cuenta de un total de 7.235 cupos. Por consiguiente, se evidencia una brecha de atención general de 114.683 personas.

Gráfico 51 - Brechas de cobertura población potencial. Residencias



Fuente: Elaboración propia.

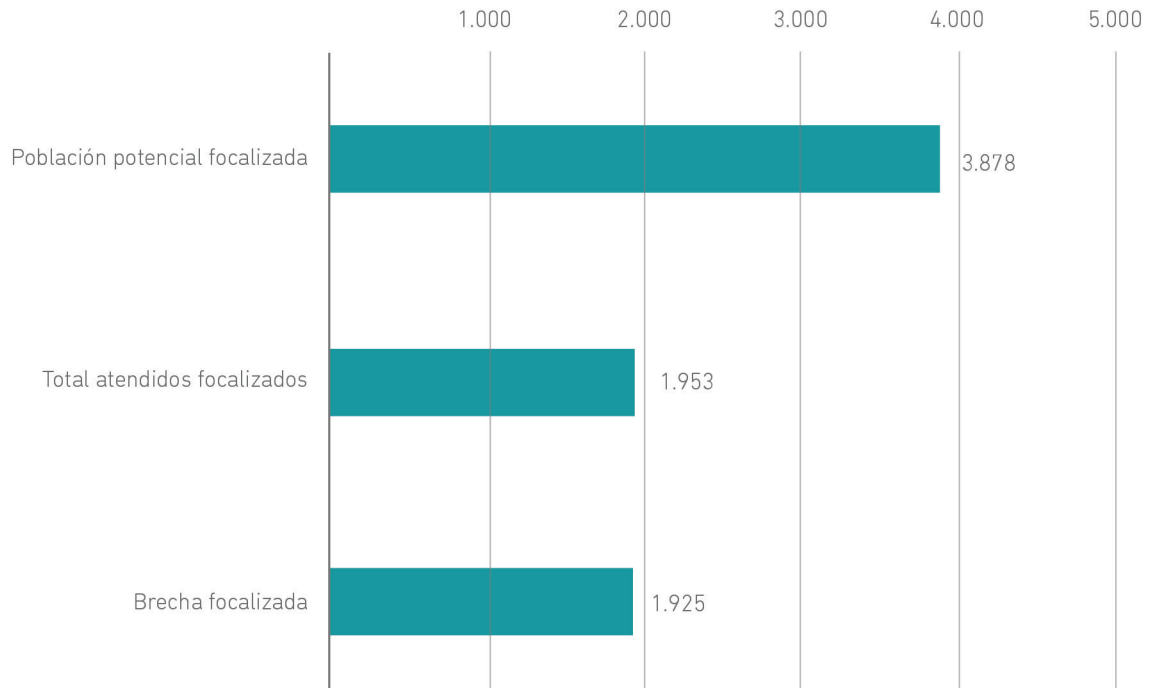
Por su parte, la cantidad de personas de 60 años o más con dependencia severa, con necesidad de cuidados permanentes y con presencia de ambas pobreza a la vez, totalizan 3.878. Este número corresponde, por tanto, a la población potencial focalizada de las Residencias.

Análogamente a la operación realizada en las otras dos modalidades, el total de atendidos declarado por vía de Transparencia, es ajustado al criterio de focalización mediante un ponderador. En este

caso, la cifra se obtiene de la relación que existe entre el 10% más pobre sobre el total de personas pertenecientes al 60% más pobre, de 60 años o más con dependencia severa, con necesidad de cuidados permanentes.

Hecho este cálculo, se obtiene que la cobertura focalizada de programas de Residencias para el adulto mayor alcanza a 1.953 personas, revelando una brecha de atención focalizada de 1.925 cupos.

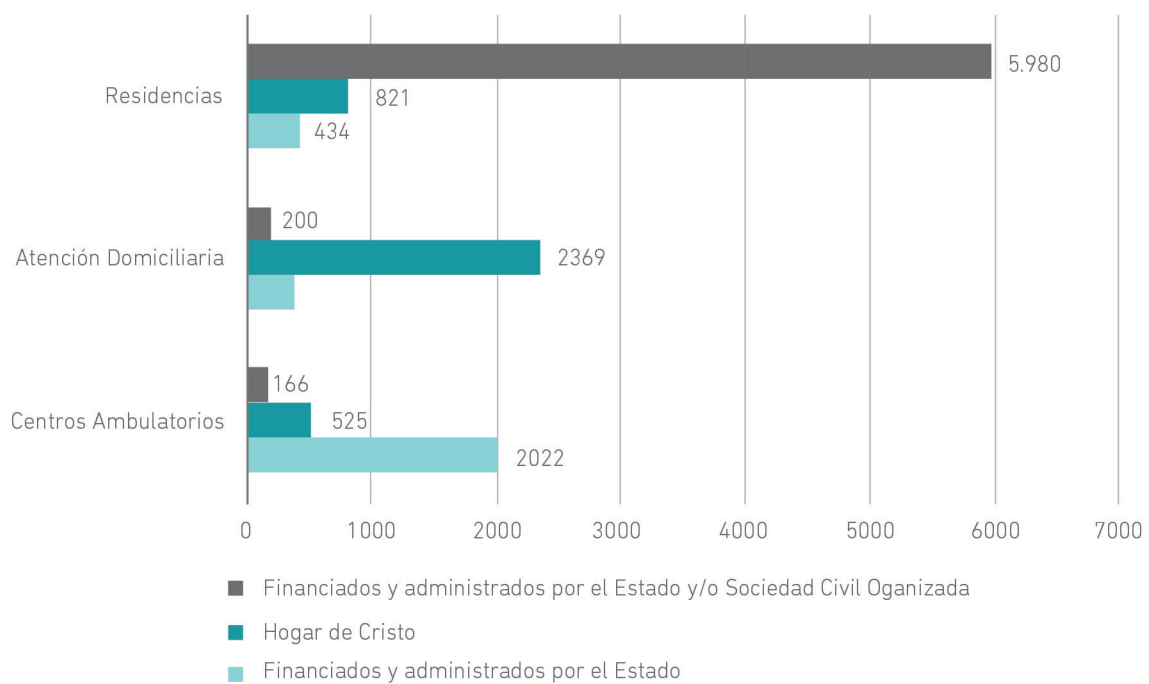
Gráfico 52 – Brechas de cobertura población potencial focalizada. Residencias



Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.4.- Distribución de cobertura por dispositivo según administración

Gráfico 53 – Cobertura por dispositivos de atención según administración



Fuente: Elaboración propia.

6.- TRAYECTORIAS EDUCATIVAS INCLUSIVAS

La educación corresponde a uno de los pilares fundamentales del bienestar humano, como proceso esencial para alcanzar el bienestar psicológico, emocional y cognitivo del individuo, lo cual a su vez impulsa el desarrollo social en áreas como la economía, la política, la ciencia, etc. (OCDE, 2015). Asimismo, la educación no sólo entrega los conocimientos y destrezas necesarias para que las personas se constituyan como sujetos socialmente productivos, también representa un motor clave en la consolidación de una ciudadanía activa. La educación también promueve sociedades más igualitarias e inclusivas, al mejorar las competencias laborales de las personas de menores recursos y al inculcar valores que promueven la solidaridad, lo cual genera impacto incluso a escala inter-generacional (Causa y Johansson, 2010). Por lo mismo, se presenta como un desafío el garantizar el acceso a una educación de calidad para todas las personas más allá de sus diferencias socioeconómicas.

Como un derecho inalienable, el acceso a la educación está consagrado en diversos marcos internacionales, como en el artículo 26 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en los artículos 28 y 29 de la Convención de los Derechos del Niño, en el artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros documentos jurídicos. De entre las principales obligaciones que presentan los Estados con respecto a la educación se consideran tres aspectos claves: garantizar el acceso a la educación, proporcionar educación de calidad, y asegurar el respeto al entorno de aprendizaje (UNICEF, 2008). Estos mandatos se expresan en derechos como una educación primaria gratuita y obligatoria, la instauración de enseñanza secundaria y superior accesible, implementar medidas que fomenten la asistencia y disminuyan las tasas de abandono, por mencionar algunos. Además, en el artículo 29 de la Convención de los Derechos del Niño se estipula que la educación debe estar orientada al desarrollo de la personalidad y de las capacidades, a fin de preparar a los jóvenes para una vida

adulta caracterizada por el respeto por los valores culturales propios y de otras civilizaciones (UNICEF, 2006). En cuanto a su promoción, los países miembros de la ONU acordaron en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible la necesidad de “garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos” (UNESCO, 2016 p. 20), reafirmando así el rol de la educación como un bien público necesario para el pleno ejercicio de los demás derechos.

La educación, además, se encuentra adaptada a las distintas etapas vitales de los seres humanos, aportando habilidades particulares en cada ciclo. En la primera infancia, por ejemplo, permite estimular capacidades básicas de adaptación al entorno social, sentando las bases para la formación de la personalidad y la capacidad cognitiva. La educación básica, por su parte, entrega a los alumnos orientaciones elementales sobre valores como la convivencia, el respeto y la responsabilidad, además de competencias en materia de cálculo matemático, en el plano del lenguaje y la comunicación, en las ciencias y en el arte. La educación media, por su parte, profundiza los contenidos del nivel básico, sirviendo de puente para quienes opten por cursar estudios superiores. Por último, la educación superior proporciona los conocimientos y habilidades específicas para desempeñarse exitosamente en el mundo laboral.

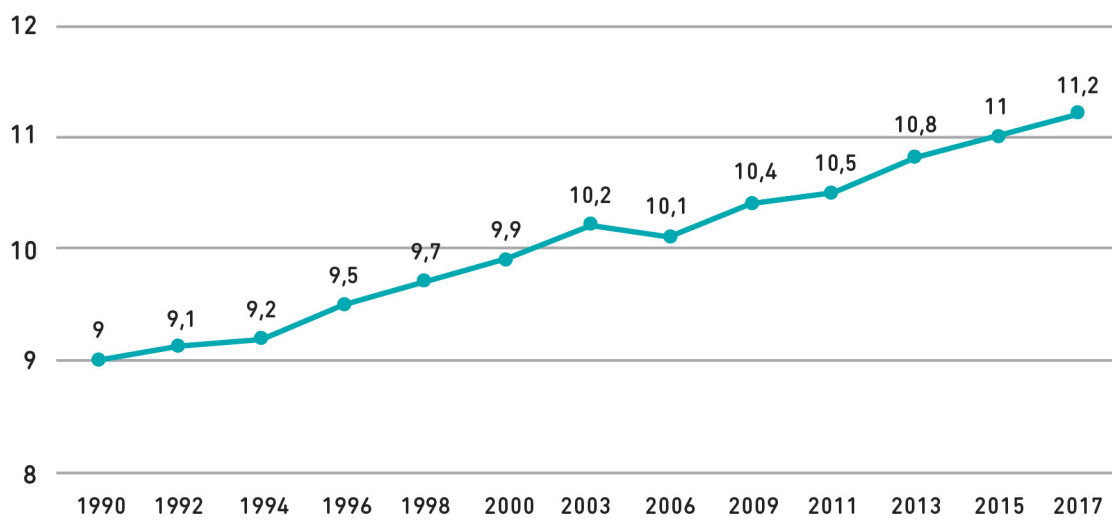
6.1.- Caracterización de poblaciones

La educación se ha posicionado como un tema prioritario a nivel nacional en la última década, demanda que ha sido recogida y plasmada por los últimos gobiernos en numerosas reformas legislativas. A modo de ejemplo destacan medidas como el aumento en la cobertura de salas cunas y jardines, la provisión de acceso universal y obligatorio para la educación básica y media, y la gratuidad de la educación superior para los segmentos poblacionales más vulnerables. En la misma línea, los años de escolaridad resaltan como un indicador útil para ilustrar la expansión

del sistema educativo. Como se aprecia en el Gráfico 54, los años de escolaridad se han incrementado progresivamente desde 1990 hasta

2017, presentando una relativa estabilización entre los años 2003 y 2006.

Gráfico 54 – evolución de los años de escolaridad promedio. 1990 – 2017

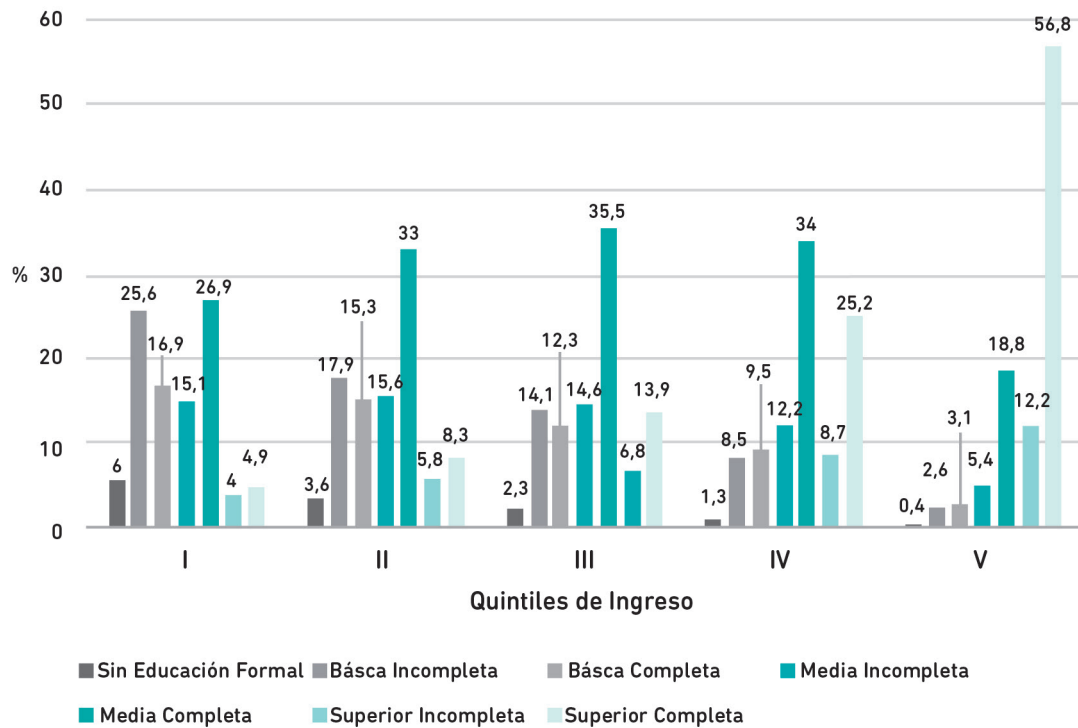


Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

Encuantoalosnivelesdeescolaridaddela población mayor de 25 años, según datos CASEN 2017 solo el 2,6% no presenta educación formal, el 13,7% cuenta sólo con educación básica incompleta, el 11,5% posee educación básica completa, el 12,7% presenta educación media incompleta, el 29,9% tiene educación media completa, el 7,5% posee educación superior incompleta, y el 21,4% cuenta con educación superior completa. No obstante,

al observar la distribución del nivel educacional según quintil de ingresos (Gráfico 55), se aprecia una notable brecha entre los distintos estratos socioeconómicos. A medida que aumenta el quintil de ingresos también lo hace el nivel educativo, lo cual se ejemplifica con el hecho de que el 56,8% del quintil superior posee educación superior completa, en contraste con solo el 4,9% del quintil inferior.

Gráfico 55 - Distribución de nivel de educación según quintil de ingreso



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

Por lo tanto, si bien una considerable cantidad de la población se encuentra incluida en el sistema educativo, persisten brechas significativas entre los estratos socioeconómicos, lo cual se ve reflejado también en la calidad de la educación recibida. Aunque se identifica una disminución de las diferencias socioeconómicas arrojadas por la prueba SIMCE⁵⁹ desde 2006 hasta 2015 (Agencia de Calidad de la Educación, 2015), todavía existen brechas en los resultados de estudiantes pertenecientes a grupos socioeconómicos bajos en comparación con estudiantes de estratos más altos. Esta desigualdad se reproduce a través de las generaciones, en la medida que los padres transmiten el conocimiento y las habilidades socialmente valoradas⁶⁰ a sus hijos, lo cual repercute directamente en el rendimiento académico de los estudiantes, y posiciona a los

jóvenes de menores ingresos en desventaja con respecto al resto de los estudiantes (Fundación Paréntesis, 2015).

Considerando mediciones internacionales, de acuerdo con los resultados de la prueba PISA⁶¹ (Programme for International Student Assessment) en su versión 2015, el 35% de los alumnos en Chile no han alcanzado las competencias mínimas en Ciencias, el 28% en Lenguaje y el 49% en Matemáticas. Esta prueba, además, refleja brechas significativas a nivel socioeconómico. En el caso de las Ciencias, el 58% de los alumnos del grupo socioeconómico bajo no ha alcanzado las competencias mínimas frente a un 14% del estrato alto. Esta diferencia se incrementa en Lenguaje, área en la que el 47% del grupo socioeconómico bajo presenta competencias deficientes versus

⁵⁹El Sistema de Medición de la Calidad de la Educación corresponde a un conjunto de exámenes utilizados para evaluar el sistema educativo chileno.

⁶⁰Recurso denominado como capital cultural (Bourdieu & Passeron, 1977).

⁶¹Prueba estandarizada evalúa cada tres años los sistemas educativos de 72 países alrededor del mundo.

solo el 11% del estrato alto. Por último, la diferencia aumenta aún más en Matemáticas, donde un 72% del grupo socioeconómico bajo refleja resultados deficientes en comparación con el 23% para el estrato alto.

Por otra parte, según la Comisión Nacional de Productividad uno de los frenos estratégicos al crecimiento productivo está en el “desaprovechamiento de nuestro capital humano potencial debido a una educación deficiente” (2016 p.18). En la misma línea, la OCDE (2015) plantea que el desarrollo de competencias a través de la educación puede resultar gravitante en el incremento del crecimiento y la reducción de la desigualdad de ingresos. En base a cálculos del organismo, se plantea que “alcanzar la escolarización universal manteniendo el nivel actual de calidad solo proporciona unas ganancias económicas reducidas, mientras que mejorar la calidad de los colegios de manera que cada uno de los estudiantes actuales alcance las competencias básicas para el año 2030 puede tener un impacto mucho mayor en la economía.” (2015 p.21). Más precisamente, se estima que el aseguramiento de competencias universales⁶² puede conllevar un incremento del PIB anual de Chile en 0,48 por año, con un incremento acumulado del 7% para el año 2030.

De modo complementario, la universalización de las habilidades básicas contribuye a reducir la desigualdad social en un sentido global. Cuando el acceso a una educación de calidad se encuentra desigualmente distribuida en la población, las dinámicas vulnerabilidad y exclusión se reproducen en otras esferas sociales relevantes, lo cual atenta contra el desarrollo de capacidades esenciales para vivir libremente según los propios anhelos y aspiraciones.

La educación es un espacio privilegiado para la formación de las capacidades necesarias para alcanzar el bienestar individual y colectivo (Denis, Gallegos, y Sanhueza, 2010). Si bien la educación se recibe en las primeras etapas del desarrollo personal, sus consecuencias se expresan a lo largo de toda biografía individual. Por lo tanto, nacer y crecer en pobreza condiciona negativamente las posibilidades de construir trayectorias educativas exitosas, como producto de múltiples obstáculos asociados a la privación de recursos materiales e inmateriales⁶³. La pobreza afecta de diferentes maneras en cada etapa del desarrollo, cuyo efecto acumulativo compromete etapas posteriores. Resulta pertinente, entonces, caracterizar a quienes viven en situación de pobreza tomando como referencia los niveles del sistema educativo chileno: educación inicial (0 a 5 años), educación escolar⁶⁴ (6 a 17 años), y educación superior (18 a 24 años).

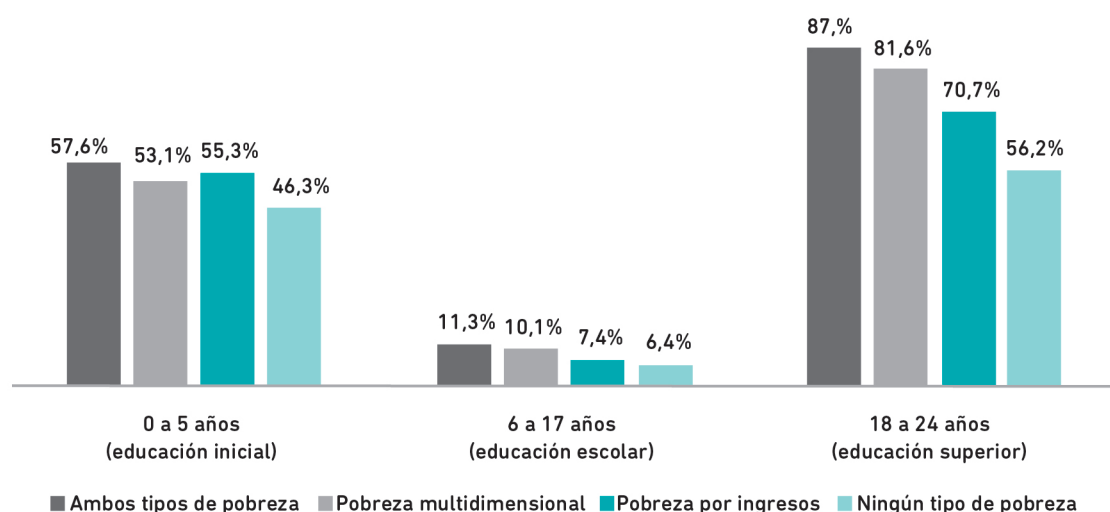
A pesar de encontrarse garantizada como un derecho fundamental, la educación en Chile se caracteriza por actuar como un reproductor de la exclusión social. Como se aprecia en el gráfico 56, la proporción de niños, niñas y jóvenes que no asisten a establecimientos educacionales es mayor entre quienes se encuentran en situación de pobreza, tendencia transversal a los distintos niveles educativos. Esta situación es mayor en quienes presentan ambos tipos de pobreza (multidimensional y por ingresos), presentando las mayores diferencias en la educación superior. Al respecto, mientras que el 87,3% de los jóvenes con ambos tipos de pobreza no asisten a la educación superior, solo el 56,2% de los jóvenes no pobres se encuentra fuera.

⁶²Es decir, que todos los estudiantes alcancen íntegramente los 420 puntos de la escala de matemáticas de PISA” (OCDE 2015: 21).

⁶³Como la necesidad de obtener ingresos a temprana edad, dificultades constantes de salud, embarazo adolescente, entre otros problemas asociados con la pobreza.

⁶⁴Incluye enseñanza básica y media.

Gráfico 56 - Porcentaje de niños niñas y jóvenes que no asisten a establecimiento educacional según tramo etario y grupos de pobreza



Fuente: Elaboración propia en base a datos de encuesta CASEN 2017.

En las siguientes secciones se profundizan las características de la exclusión educativa en cada uno de los niveles educacionales. Este análisis contempla una caracterización general de la población inserta en los distintos niveles, así como una descripción de las principales políticas públicas al respecto, y un análisis específico sobre cómo las trayectorias educativas se ven interrumpidas y deterioradas en cada etapa producto de la pobreza.

6.1.1.- Educación Inicial

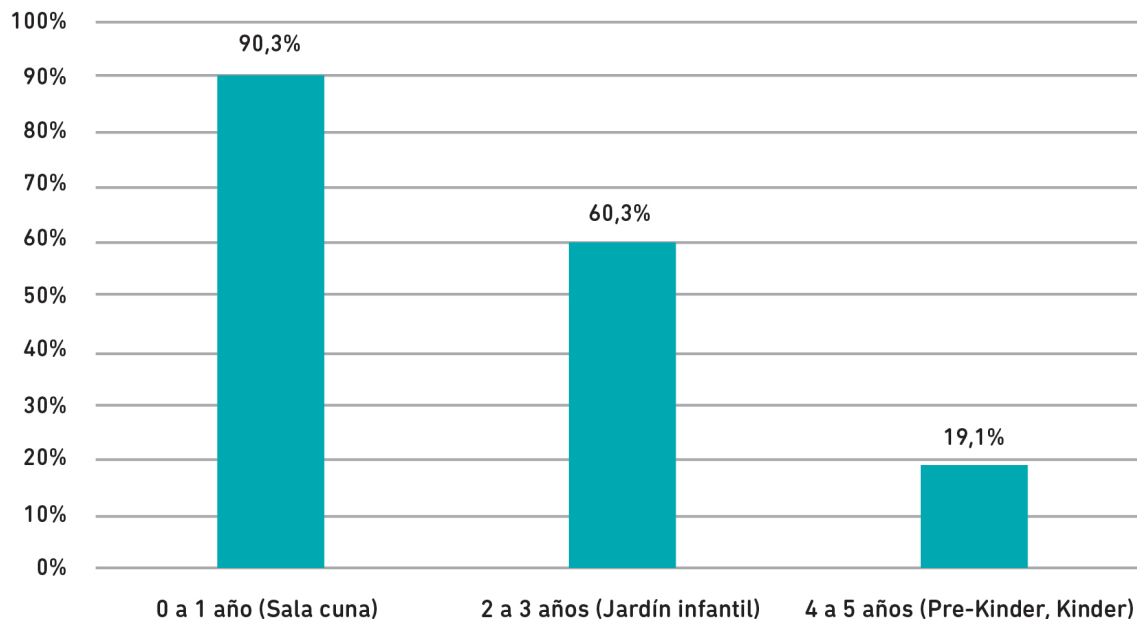
La cobertura en materia de educación preescolar se ha ampliado desde 1990 hasta 2017. Mientras que la tasa de asistencia de niños y niñas de 0 a 5 años era solo del 15,9% en 1990, dicha cifra superó el 50% en 2017 (CASEN 2017). Esta tendencia se ve más notoriamente en los 4 y 5 años, que alcanzan el 81,4% y el 95,2%, respectivamente. Como uno de los principales avances legislativos en el área, en 2013 se definió como obligatorio el segundo nivel de transición (kínder) para ingresar a primero básico. Sin embargo, aún se encuentra pendiente incentivar la integración de infantes de 0 a 3 años. Por otra parte, la mayor parte de la oferta disponible en este nivel es pública, entregada a través de la

Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) o de la Fundación Integra. Más específicamente, el 20,9% de los establecimientos a los que asisten los niños entre 0 y 5 años es particular subvencionado, el 28,2% municipales⁶⁵, el 21,1% corresponde a jardines y salas cuna JUNJI, el 14,1% a particulares pagados, y un 9,8% de la Fundación Integra.

Ahora bien, existe consenso por parte de la comunidad especializada sobre la importancia que revisten los primeros años de vida en desarrollo y desempeño cognitivo de las personas, etapa que puede verse vulnerada por una serie de condiciones adversas, tales como el estrés, la falta de cuidado, la mala alimentación, entre otras condiciones que pueden alterar negativamente la arquitectura del cerebro en formación (Center on the Developing Child, 2007). A pesar de los beneficios que entrega la estimulación temprana, los lactantes, niños y niñas que viven en situación de pobreza presentan un bajo nivel de matrículas en los diferentes niveles de la educación inicial, exclusión que resulta especialmente grave entre quienes padecen una doble pobreza por ingresos y multidimensional (Gráfico 57).

⁶⁵Lo que incluye en gran medida a colegios que cuentan con modalidades de pre-kínder y kínder.

Gráfico 57 - Porcentaje de lactantes, niños y niñas, con ambos tipos de pobreza que no asisten a establecimientos educacionales



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017.

Como se aprecia en el Gráfico 57, la asistencia a salas cuna es menor al 10% para la población en doble situación de pobreza. Si bien no existe consenso sobre las ventajas que entregan los cuidados en salas cunas al desarrollo, estos dispositivos resultan fundamentales para incrementar la participación laboral femenina (Medrano, 2009) y en consecuencia, para la generación de mayores ingresos en los hogares. Considerando que el 60% de las mujeres en edad de trabajar y que viven en situación de pobreza monetaria se encuentran inactivas laboralmente, el incentivar la inclusión educativa en esta etapa resulta crucial como estrategia de reducción de la pobreza.

Sobre la asistencia a jardines infantiles, por otra parte, existe un amplio consenso científico sobre sus positivos impactos en el desarrollo de niños y niñas (MINEDUC, 2013). De cara este antecedente, resulta problemático que solo el 42,4% de los niños y niñas en situación de pobreza asistan a jardines infantiles. Al observar las razones que los padres señalan para explicar esta inasistencia, el 81% declara causas asociadas a decisiones

del hogar, como no considerar necesario este tipo de educación o manifestar una significativa desconfianza sobre el cuidado que entregan, mientras que el 16% restante aduce dificultades económicas o de acceso. La inclusión en los niveles de pre-kínder y kínder, en cambio, aumentan (el 32,2% de los niños y niñas en doble situación de pobreza no asiste), lo cual se explica dada su obligatoriedad para ingresar a la enseñanza escolar.

6.1.2.- Educación Escolar

La educación escolar está compuesta por la enseñanza básica, dividida en ocho niveles, y la enseñanza media, que contempla los últimos cuatro niveles necesarios para continuar la educación superior. Con respecto a la educación básica, la tasa neta de asistencia de niños y niñas entre 6 y 13 años fue de un 91,4% en 2017, la cual presenta una tendencia a la baja desde 2009 (con un 93,2% en ese entonces). Al igual que la educación básica, la educación media en Chile es obligatoria y se encuentra garantizada a través de la educación pública. Sin embargo, presenta

una tasa de asistencia neta de 73,4%⁶⁶, menor a la del nivel básico. Al observar estas diferencias por quintiles de ingreso, la diferencia entre el primer y el último quintil es cercana al 10%, con un 69,8% de asistencia a la educación media para el quintil I y un 79,9% para el quintil V. En cuanto a la política pública en materia de educación escolar, ésta se ha centrado en la mejora de dos aspectos elementales: la calidad y la equidad.

En términos de calidad se creó el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Escolar, encargada de implementar evaluaciones nacionales e internacionales, además de cumplir una labor fiscalizadora, de apoyo y de orientación directa a los establecimientos educacionales. El Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Escolar está conformado por la Agencia de Calidad de la Educación, la Superintendencia de Educación Escolar, y el Consejo Nacional de Educación, además del Ministerio de Educación como ente rector. Así también se ha enfatizado el perfeccionamiento docente, objetivo perseguido a través de un sistema de desarrollo profesional que, entre otras medidas, exige la acreditación obligatoria de todas las carreras de pedagogía a nivel nacional, y regula los requisitos para ingresar a ellas.

La equidad educacional se ha potenciado por medio de una reforma educativa que incorporó a la educación subvencionada en el acceso gratuito a la educación primaria y secundaria, a través de la Ley N° 20.845 de Inclusión Escolar. Junto con eliminar el financiamiento compartido, esta ley prohíbe el lucro en los establecimientos educacionales que reciben aportes estatales, además de modificar el proceso de admisión en estos establecimientos. Más específicamente, se termina con la selección vía requisitos de ingreso y se establece en su lugar un proceso de selección aleatorio en caso de que no existan cupos disponibles para cubrir toda la demanda. Además, esta ley impide la cancelación de la matrícula por motivos de rendimiento y tampoco permite la expulsión del alumno durante

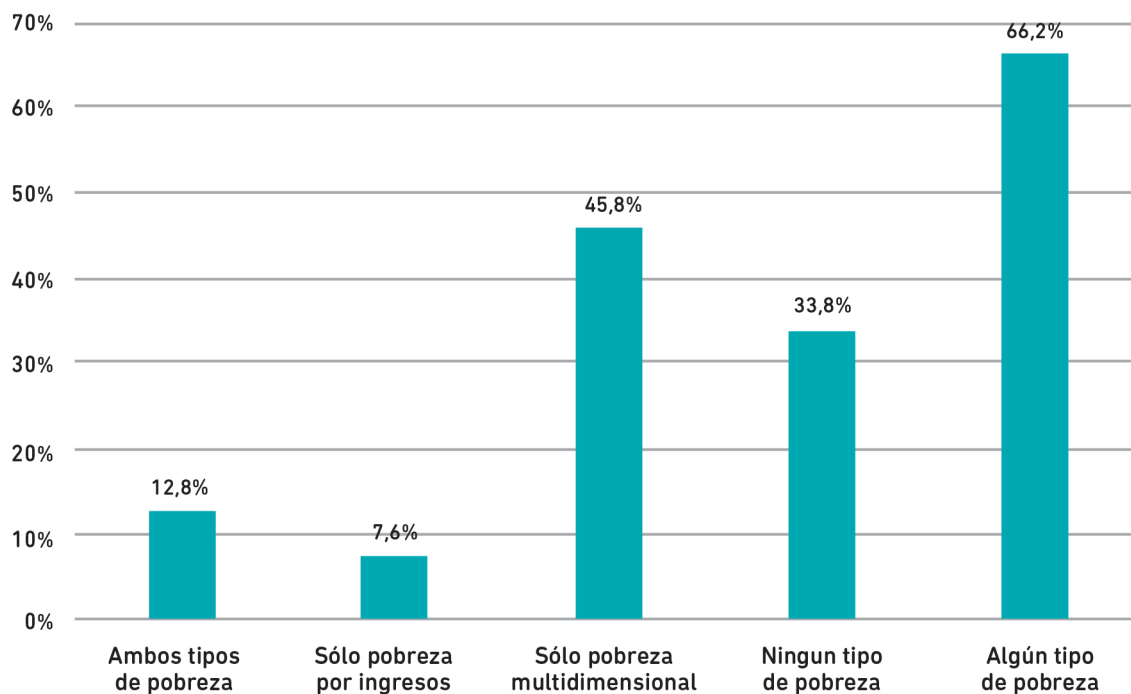
el año lectivo, con la sola excepción de faltas graves que impliquen un riesgo para la seguridad de la comunidad escolar.

A pesar de que la educación escolar en Chile presenta altas cifras de cobertura, se mantienen brechas importantes en calidad, problemas que se concentran en las poblaciones más pobres. Considerando como indicador el rezago escolar⁶⁷, se observa que hay 122.380 niños y jóvenes menores de 21 años en Chile que, si bien se encuentran asistiendo a un establecimiento escolar, presentan un atraso de 2 años o más con respecto al curso que les corresponderían por edad. Del total de la población con rezago escolar, el 71,9% tiene entre 14 y 19 años, un 22,1% entre 9 y 13 años, y un 5,9% tiene entre 20 y 21 años. Un 61,4% corresponden a hombres y un 38,5% a mujeres. De esta población un 59,6% estudia en un establecimiento de dependencia municipal, un 35,6% en establecimientos particular subvencionado y sólo un 1,9% en colegios de tipo privado. Un 41,3% de este grupo se encuentra dentro del primer quintil de ingresos autónomos, mientras que un 69,1% se encuentra entre los dos primeros quintiles. Distinguiendo por tipo de pobreza, el Gráfico 58 refleja que un 12,8% de la población con rezago escolar vive al mismo tiempo en situación de pobreza por ingresos y multidimensional, el 7,6% vive en situación de pobreza monetaria, el 45,8% en situación de pobreza multidimensional, y el 66,2% presenta al menos un tipo de pobreza.

⁶⁶Cabe mencionar que esta diferencia resulta significativa entre hombres y mujeres (71,5% versus 75,5%).

⁶⁷Niños y jóvenes que presentan 2 años o más de retraso en relación a su edad y el nivel en el cual está cursando.

Gráfico 58 – Rezago escolar según tipo de pobreza



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017

Asimismo, otro problema donde el sistema educacional se ve permeado por el alto nivel de segregación socioeconómica, corresponde a la concentración de niños, niñas y jóvenes más pobres en los mismos establecimientos. Analizando el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE), herramienta con la cual se evalúa a los establecimientos según el riesgo de que sus alumnos de interrumpen o abandonen sus estudios, hay 394.650 niños, niñas y adolescentes que se encuentran matriculados en establecimientos educacionales altamente vulnerables⁶⁸. Estos establecimientos suelen ubicarse en comunas con altos niveles de pobreza⁶⁹, con contextos de exclusión social generalizada que dificultan el cumplimiento de trayectorias educacionales. En este sentido, existen 95.772 niños y jóvenes de 6 a 24 años que viven en barrios altamente precarizados, asociados a contaminación medioambiental, alejados centros laborales y de comercio, con altos niveles de delincuencia, entre otras problemáticas sociales.

Aunque los niños, niñas y jóvenes en situación de rezago han visto entorpecidas sus trayectorias educativas, éstos se encuentran insertos en el sistema educacional. La desescolarización, por otro lado, se presenta como una situación explícita de exclusión de dicha esfera social. Junto con la pérdida de formación en competencias técnicas y la incorporación de normas culturales, la exclusión educativa afecta sus posibilidades de crear redes sociales e insertarse laboralmente en el futuro. Este contexto se complejiza considerando que la tasa de desescolarización es más alta cuanto mayor es la pobreza (Subirats, 2005). Según datos de la Encuesta CASEN 2017, hay 138.572 niños, niñas y adolescentes entre 6 y 21 años que se encuentran fuera del sistema escolar. De ellos el 6,5% se encuentra en situación de pobreza por ingresos, un 47,1% presenta pobreza multidimensional, un 14,7% vive al mismo tiempo ambas formas de pobreza, mientras que un 68,4% presenta al menos algún tipo de pobreza. Dentro de las características de esta población, el 55,9%

⁶⁸Con un índice de IVE igual o superior a 90 en básica, y 85 en media.

⁶⁹Si se consideran las 100 comunas con mayor proporción de estudiantes con vulnerabilidad en el IVE, estas presentan un promedio de pobreza por ingresos del 23%, más del doble que el promedio nacional.

son hombres y 44,1% mujeres, y con respecto a su distribución etaria, la mayoría se concentran entre los 18 y 21 años, mientras que hay un 3,5% que tiene entre 6 y 12 años, y un 4,7% que tiene entre 13 y 15 años. En relación a variables educativas, el 19,4% abandonó la educación formal antes de 8° básico, el 27,7% lo hizo en 8° octavo básico (la edad más recurrente de salida), el 39,5% entre 1° y 2° medio, y el 13,3% entre 3° y 4° medio. Del total de estos niños, niñas y jóvenes el 55,1% lleva 2 años o más fuera del sistema escolar, como los casos más críticos de exclusión educativa y con mayores dificultades para reinsertarse exitosamente.

6.1.3.- Educación Superior

La tasa de asistencia a educación superior se ha incrementado explosivamente a partir de 1990, llegando a alcanzar un 37,4% en 2017. De entre quienes se encontraban cursando educación superior en 2017, el 19,2% lo hacía en universidades estatales, el 16,6% en universidades privadas pertenecientes al CRUCH, el 30,1% en universidades privadas no pertenecientes al CRUCH, el 22,5% en institutos profesionales y el 10,3% en centros de formación técnica. En cuanto a la composición por sexo, las mujeres tienen mayor participación en la educación superior que los hombres, con un 39,5% versus un 35,4% respectivamente. De la población que se encuentra fuera del sistema de educación superior, 82.726 jóvenes ingresaron en algún momento a una carrera superior pero la abandonaron, y 591.715 nunca ha ingresado.

Al igual que como sucede con los demás niveles educativos, el acceso a la educación superior también se ve condicionada por los ingresos. Mientras que sólo el 32,9% de la población correspondiente al quintil I accede a la Educación Superior, el 53,4% del quintil V lo hace. Asimismo, puesto que el mercado laboral privilegia los títulos profesionales, los jóvenes en Chile tienden a preferir este tipo de formación a la de índole técnica. Sin embargo, la proporción de jóvenes de

estratos bajos que asisten a centros de formación técnica corresponde a un 10,5% para el quintil I, versus solo el 6,3% para el quintil V. Este contexto se traduce en una persistencia de la desigualdad social a través de las generaciones.

Aunque las implicancias negativas de la exclusión de la educación superior no son comparables a las que produce la exclusión preescolar y escolar, sí presenta una relación directa con la inclusión laboral y, por ende, en la capacidad futura de generar ingresos. Así por ejemplo, según CASEN 2017, entre las personas de 25 a 59 años que trabajan, aquellos que alcanzaron como último grado educacional la enseñanza media completa perciben aproximadamente \$382.000 de ingreso mensual promedio, mientras quienes alcanzaron la educación superior incompleta obtienen \$574.000, y los que poseen educación profesional completa reciben \$1.142.000. Por otro lado, son 691.989 los jóvenes de 17 a 24 años que han terminado la educación media⁷⁰ pero que no se encuentran cursando en un establecimiento de educación superior. Con respecto a la política pública en educación superior, ésta se ha focalizado particularmente en mejorar el acceso y la calidad.

El acceso se ha ampliado principalmente a través de más becas y créditos tanto para carreras universitarias como para educación técnica profesional. Aunque con especial énfasis para estas últimas. De entre estas iniciativas concretas destaca la rebaja del interés cobrado por el Crédito con Aval del Estado (CAE), la extensión de la gratuidad⁷¹ para el 60% de estudiantes más vulnerables, y el otorgamiento de becas para estudios en Institutos Profesionales y Centros de Formación Técnica. También se ha fomentado el acceso a la educación superior a través de la creación de más universidades y centros de formación técnica estatales, entre los que destacan las universidades regionales de O'Higgins y Aysén. La mejora de la calidad se ha estimulado desde 2006 con la Ley N° 20.129, que

⁷⁰Requisito para poder ingresar a un establecimiento de educación superior.

⁷¹Incluyen a los estudiantes que se encuentran con sobre edad respecto del nivel cursado, situación de embarazo o paternidad, baja asistencia a clases, pertenecer a los sub-sistemas Chile solidario o Seguridad y Oportunidades.

crea el Sistema Nacional de Aseguramiento de la Calidad en la Educación Superior. A través del Consejo Nacional de Acreditación, se asegura que universidades, institutos profesionales y centros de formación técnica mejoren constantemente sus estándares de formación, vínculo con el medio externo, investigación, etc. Por otra parte, el Consejo Nacional de Educación se ocupa del proceso de certificación del proyecto educativo de nuevas instituciones de educación superior, además de la evaluación periódica de otras variables estratégicas.

Si bien la población que se encuentra fuera de la educación superior presenta una mayor proporción de jóvenes pertenecientes a los deciles de menores ingresos (el 60% de ellos corresponden a 50% más pobre), su distribución no muestra diferencias

socioeconómicas tan pronunciadas como las formas de exclusión educativa ya descritas, siendo este un problema de mayor transversalidad. Sin embargo, el 42,9% de este grupo no trabaja ni estudia (283.592 jóvenes). De los jóvenes que se encuentran fuera del sistema de educación superior y que nunca han estudiado, el 3,8% vive al mismo tiempo pobreza por ingresos y pobreza multidimensional, lo que corresponden a 20.093 jóvenes. De esta población, el 48% corresponden a hombres, mientras que el 52% son mujeres. Dentro de las principales razones que señalan para no estar estudiando, el 32% indica que ya terminó de estudiar, un 20% que está trabajando o buscando trabajo, el 15% aduce dificultades económicas, y un 10% por embarazo, maternidad o paternidad.

6.2.- Programas sociales de educación⁷²

Tabla 25 – Listado de programas sociales de educación

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Beca de apoyo a la retención escolar	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)	Estudiantes de 1° a 3° medio en riesgo de deserción escolar, matriculados en establecimientos vulnerables focalizados.	Entrega aporte económico de libre disposición (\$182.500). La asistencia es requisito para la mantención del beneficio.	De acuerdo con DIPRES (2015c), el programa no aborda a la población que se encuentra fuera del sistema escolar (abandono), la cual es central para la prevención de la deserción. Además al ser focalizado realiza una discriminación negativa de alumnos que, cumpliendo con los requisitos, no están matriculados en dichos establecimientos. Ha sido calificado como desempeño insuficiente en la evaluación de programas gubernamentales (EPG).
Programa de apoyo a la retención escolar	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)	Estudiantes de 7° básico a 4° medio, con riesgo socioeducativo matriculados en establecimientos focalizados.	Acompañamiento psicosocial a establecimientos educacionales vulnerables para resolver la deserción y el abandono escolar, a través de la promoción de factores protectores.	No existen evaluaciones al respecto.

⁷²Incluyen a los estudiantes que se encuentran con sobre edad respecto del nivel cursado, situación de embarazo o paternidad, baja asistencia a clases, pertenecer a los sub-sistemas Chile solidario o Seguridad y Oportunidades.

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Programa de Reinserción Escolar	Ministerio de Educación	Población Infanto–Juvenil desescolarizados en situación de exclusión y vulnerabilidad social.	Desarrolla estrategias de intervención socioeducativas en dos vías: proyectos de reinserción y retención escolar, y aulas de reingreso.	De acuerdo con la evaluación elaborada por DIPRES (2016a) se cuestiona la duración de los proyectos (correspondiente a 7 meses), dado que la evidencia muestra la necesidad de al menos 1 año de intervención para procesos de reinserción educativa. Además, se menciona que la contribución del programa a la resolución del problema es baja, dado que su cobertura es de sólo el 4%. Su desempeño ha sido calificado como insuficiente en la evaluación de programas gubernamentales (EPG).
Programa de apoyo al aprendizaje integral (Chile crece contigo)	Ministerio de Desarrollo Social	Niños y niñas que ingresan a pre kínder en establecimientos públicos	Busca promover el desarrollo integral a través de la entrega materiales didácticos: set de implementos de estimulación y un escritorio lúdico modular, y de dos sesiones educativas grupales para los padres o cuidadores sobre prácticas de cuidado y crianza.	No existen evaluaciones al respecto.
Programa Especializado en Reinserción Educativa (PDE)	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Niños/as y adolescentes de 10 a 17 años provenientes del circuito 24 horas ⁷³ , que presenten desescolarización o fragilidad educativa ⁷⁴	Recuperar trayectorias educativas por medio de fortalecimiento de conocimientos, y el desarrollo de habilidades psicosociales.	En un estudio de caracterización de los PDE realizado por MIDE UC (2016), se identifica la variable temporal de la duración del proyecto como un obstáculo para la atención de una población con alto rezago y mayores dificultades socioeducativas. Además, se identifica una falta de definición desde la institucionalidad respecto de si estos proyectos apuntan a un espacio transicional de paso a la reinserción en la escuela o una alternativa educativa diferente, como las escuelas de segunda oportunidad.

⁷³El Programa 24 horas, es un programa intersectorial cuyo objetivo es la reparación de vulneraciones de derecho en aquellos niños/as y/o adolescentes que han pasado por comisarias por motivos de vulneración o por infracciones menores a la ley que son no penalizables. Tiene componentes en la Subsecretaría de Prevención del Delito, Ministerio de Salud, y Servicio Nacional de Menores.

⁷⁴Por fragilidad educativa se entiende: rezago escolar de al menos 1 año y, como mínimo, 3 indicadores como ausentismo escolar o bajo rendimiento que podrían ser causal de repitencia, adulto responsable que no favorece asistencia escolar, atraso escolar frecuente, no adherencia a la totalidad de la jornada escolar, deserción escolar de familiar en edad similar, relación conflictiva con pares o con docentes, no adherencia a la intervención psicosocial de la escuela.

Programa	Institución	Beneficiarios	Objetivos	Evaluación
Reinserción Escolar para adolescentes en medio libre	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Jóvenes con rezago o abandono escolar de enseñanza básica que se encuentren cumpliendo condena por delitos en un centro semi-cerrado (CSC) o en libertad vigilada (PLA – PLE).	Es un programa de nivelación para responder al sistema educativo a través de tutorías y preparación para la reinserción.	No hay evaluación (programa comienza 2016).
Reinserción escolar para adolescentes privados de libertad	Servicio Nacional de Menores (SENAME)	Jóvenes que no han terminado enseñanza media y/o se encuentren en preparación para PSU, que cumplan condena por delitos en un centro cerrado (CRC) o centro de internación provisoria (CIP).	Es un programa de nivelación para responder al sistema educativo a través del apoyo en dificultades cognitivas en las áreas de lecto-escritura y cálculo, a través de la re-significación del proceso de aprendizaje.	La evaluación de programas gubernamentales (EPG) de DIPRES (2016b) establece un problema de pertinencia en la focalización realizada, la cual es partir de la necesidad y voluntad, y considerando que la educación es un derecho, se torna preciso implementar acciones motivacionales para atraer a los jóvenes infractores a este programa. Además identifica una coordinación insuficiente con actores judiciales y con el Ministerio de Educación, estableciendo que es esta última institución quién debería hacerse cargo de este programa.
Programa de Acompañamiento y acceso efectivo a la Educación Superior (PACE)	Ministerio de Educación	Jóvenes con bajas expectativas, poca información vocacional, y escaso financiamiento para la educación superior, que egresen dentro del 15% de mejor rendimiento de su promoción, rindan la PSU, hayan cursado al menos 3° y 4° medio en un establecimiento focalizado, con 85% de asistencia a las actividades de preparación en educación superior, y hayan mostrado un rendimiento creciente en evaluaciones.	Cuenta con dos vías de intervención: 1.- Acompañamiento psicosocial a establecimientos vulnerables y focalizados 2.- Garantía de cupo en carreras de instituciones de educación superior que participan del programa.	En una evaluación cualitativa realizada por Escudero (2015), se destaca la influencia positiva que ha tenido el programa en profesores, orientadores y directores de los establecimientos en los que se focaliza, además de un impacto positivo en los alumnos con bajas expectativas en la educación superior y con bajos rendimientos académicos. Sin embargo, se releva la necesidad reconocer aún más el rol preponderante del profesor en el proceso de apoyo al rendimiento académico.
Educación de personas jóvenes y adultas	Ministerio de educación	Jóvenes y adultos que requieran completar estudios de enseñanza básica y media.	Nivelación de estudios para completar 12 años de escolaridad. El servicio se entrega en los Centros de Educación Integrada de Adultos (CEIA) o Centros educativos en recintos penitenciarios.	Según la evaluación realizada por DIPRES (2016c), se aprecia una dificultad respecto de la población que está siendo atendida, dado que no está dando cuenta de la totalidad de los jóvenes y adultos que presentan el problema de origen (población objetivo), lo cual pone en cuestionamiento la eficacia y eficiencia del programa.

Fuente: Banco Integrado de Proyectos.

6.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo

Nacer y crecer en pobreza afecta profundamente el desarrollo de los niños, niñas y jóvenes. Y si bien, la inclusión en la educación es fundamental para revertir esta situación, el mismo sistema educativo, debido a su estructura institucional, genera dinámicas y prácticas excluyentes. El sistema educacional chileno tiende a estigmatizar y marginar a niños y jóvenes que presentan necesidades especiales o dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento, ausentismo, e indisciplina. De igual manera a quienes presentan conductas problemáticas, las cuales muchas veces son generadas como respuestas adaptativas a la vivencia de la exclusión social en esta etapa de la vida, las instituciones educativas los excluyen de forma activa, dificultando su entrada o simplemente expulsarlos (Hogar de Cristo, 2017c). Y de forma pasiva, la institucionalidad y sus reglamentos no se adecuan a las necesidades específicas que implican vivir en pobreza, sin adaptarse a los contextos territoriales y socioculturales propios de la exclusión social.

Frente a una institucionalidad educacional que no reconoce los diversos factores que dificultan la inclusión educativa, la oferta programática de las fundaciones Hogar de Cristo busca asegurar trayectorias educativas completas para niños, niñas y jóvenes en situación de pobreza y exclusión social. Por medio de espacios educativos inclusivos, que se adecuan a las diferentes realidades sociales, con un fuerte énfasis en el trabajo con familia y en las comunidades, y con un apoyo psicosocial que permiten enfrentar los problemas particulares de cada niños y niña.

La oferta educativa abarca todo el ciclo educativo: educación preescolar, educación escolar y educación superior. La línea Educación Inicial del Hogar de Cristo abarca el ciclo de educación parvularia con una red nacional de jardines infantiles y salas cunas. Mientras que Fundación Súmate presenta una oferta de escuelas de reinserción escolar, programas que apoyan la mantención en el sistema escolar, y programas de becas para la inserción en la educación técnica.

El objetivo principal del trabajo en Educación Inicial es ofrecer educación de calidad y oportuna a niños

y niñas de los sectores más pobres y excluido del país, para que alcancen el máximo nivel de desarrollo y aprendizaje, y de este modo puedan acceder a mejores oportunidades de vida en el futuro (Hogar de Cristo, 2017b). A través de una propuesta pedagógica, el Hogar de Cristo ofrece espacios educativos que brinden experiencias de aprendizaje adecuadas al nivel de desarrollo de niñas y niños y a su medio cultural, en los cuales se favorezca su protagonismo activo, donde se respeten sus derechos y exista una comunidad educativa con altos grados de participación.

De entre los principales aspectos que resaltan el modelo educativo de las salas cunas y jardines infantiles del Hogar de Cristo, destacan los siguientes:

- Adecuar los espacios, materiales y contenidos según el contexto social, territorial y cultural donde se encuentran emplazados los establecimientos. Esto se traduce, también, en un fuerte vínculo entre los jardines y sala cuna con las familias y la comunidad circundante.
- Incorporar elementos de la Metodología Montessori al proceso educativo, lo que implica un marcado énfasis en el desarrollo de la autonomía de las niñas y niños por medio de estrategias meta-cognitivas (es decir, orientadas a “aprendan a aprender”).
- Entregar experiencias de aprendizajes pertinentes al nivel de desarrollo de los niños y niñas.
- Trabajar con las familias para fortalecer sus capacidades como actores centrales en el proceso educativo de los niños y niñas.

El Hogar de Cristo cuenta con los niveles sala cuna y jardín infantil. En la sala cuna se acoge a niñas y niños entre los 3 meses y los 2 años de edad, y sus niveles son menor, mayor y sala heterogénea. El jardín infantil acoge a niñas y niños entre los 2 y 5 años de edad, y sus niveles son medio menor, medio mayor y nivel heterogéneo o integrado.

Fundación Súmate ofrece un modelo que promueve el tránsito y mantención de los estudiantes en sus proyectos educativos, a través de una línea programática integrada que plantea una lógica de desarrollo progresivo, que no sólo

abarca el modelo de aulas de reingreso, sino que también contempla intervenciones ligadas a la prevención de la exclusión educativa y el ingreso a la educación superior; teniendo como objetivo final propiciar el curso trayectorias educativas completas (Fundación Súmate, 2017). Los programas socioeducativos y de reinserción educativa ofrecen educación académica y apoyo psicosocial, entregando las herramientas necesarias para reparar los daños causados por la exclusión educativa, y potenciar el desarrollo de habilidades sociales y de aprendizaje.

El modelo de trayectorias educativas inclusivas en los que se basan los programas de la Fundación Súmate, se fundamentan en los siguientes pilares:

- Aceptar que los procesos de desvinculación educativa se caracterizan por una heterogeneidad de trayectorias educativas particulares. A partir de este reconocimiento se adecúa la intervención a la situación concreta de cada niño, niña y joven. Esta personalización del proceso educativo no solo permite atender las problemáticas particulares de cada usuario, sino que también permite aprovechar de mejor modo sus potencialidades y capacidades específicas.
- Comprender la escuela como un espacio de desarrollo integral, lo que implica incidir en aspectos que van más allá de lo estrictamente académico. Como ejemplo de esto es posible mencionar la reparación de historias personales caracterizadas por el desarraigo y la desconfianza en el sistema educativo, el establecimiento de vínculos interpersonales significativos, y el desarrollo de habilidades socioemocionales.
- Estimular el trabajo con familiares y la comunidad aledaña, entendiendo que estas redes actúan como factores que pueden mantener, proteger y favorecer la inclusión educativa.
- Aplicar contenidos curriculares flexibles e innovadores, orientados a la nivelación y co-construcción de aprendizajes.

Fundación Súmate trabaja tres tipos de programas:

Escuelas de reinserción: Escuelas que buscan brindar una solución integral a los niños, niñas y jóvenes que se encuentran fuera del sistema escolar, entregándoles para ello los conocimientos y el acompañamiento psicosocial de calidad que les permita completar los 12 años de escolaridad establecidos por ley en Chile.

Programas de prevención a la exclusión escolar: Dirigido a los niños, niñas y jóvenes que se encuentran en riesgo de desertar del sistema escolar. Por medio de estos programas se busca fortalecer aquellos factores que permitan que los estudiantes permanezcan en sus escuelas e impactar en las prácticas educativas del sistema educacional, transformando las prácticas expulsoras en prácticas inclusivas.

Programa de inserción a la educación técnica superior: Apoya a jóvenes que viven en situación de pobreza y exclusión social, para que ingresen y permanezcan en la educación Técnica Superior, a través del fortalecimiento de habilidades sociales, el apoyo psicosocial y la nivelación de aprendizajes de asignaturas propias de la carrera que estudian.

6.4.- Brechas de cobertura

6.4.1.- Línea técnica Educación inicial

Tabla 26 - Poblaciones potenciales educación inicial	
Temática social relevante	Trayectorias educativas inclusivas
Línea Temática	Educación Inicial
Tipo de programa	Sala cuna y jardín infantil
Población Potencial Política Pública	Nº total de niños, niñas y lactantes de 0 a 4 años que pertenecen al 60% de los hogares de menores ingresos 810.846
Población Potencial Focalizada	Nº niños, niñas y lactantes de 0 a 4 años, con ambas pobreza a la vez 67.260

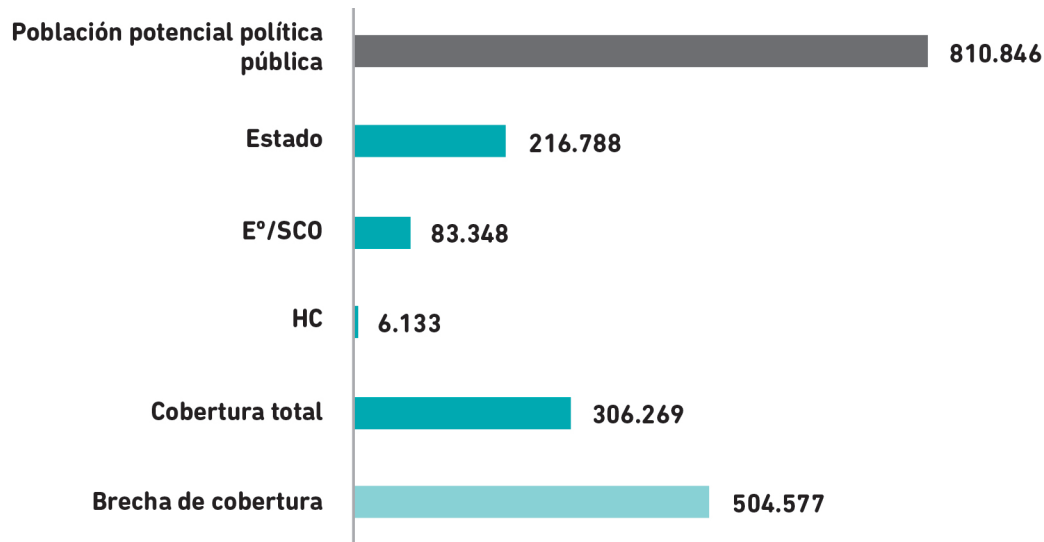
Fuente: Elaboración propia.

Como población potencial de política pública se consideró al total de lactantes y niños/as con edades entre 0 a 4 años, que pertenezcan al 60% más vulnerable de la población según CASEN 2017, obteniendo un total de 810.846 casos. Para determinar la población potencial focalizada, se acotó la población anterior a quienes además, cuentan con pobreza multidimensional y por ingresos a la vez. Esto da un total de 67.260 personas. El cálculo de las brechas se hizo usando estas dos poblaciones como referencia.

Para el cálculo de la cobertura total se consideró a todos los niños/as con edades entre 0 a 4 pertenecientes al 60% de los hogares más pobres, y que durante el año 2017 asistieron a establecimientos de educación inicial, tanto públicos como particular subvencionados. Se incluye jardines y salas cunas de JUNJI, INTEGRA, municipales y vía transferencia.

Para segmentar la cobertura según financiamiento y administración del Estado, se contabilizaron todos los casos que se encontraban asistiendo a salas cunas y/o jardines infantiles en establecimientos municipales, JUNJI o Fundación Integra. En el caso del financiamiento del Estado y administración de la sociedad civil organizada se consideraron todos los casos que se encontraban asistiendo a establecimientos particulares subvencionados, descontando la población atendida por el Hogar de Cristo. Para calcular la cobertura de Hogar de Cristo se contabilizaron los RUN distintos atendidos hasta diciembre de 2017 en las salas cunas y jardines infantiles de la fundación, de acuerdo con el Sistema de Gestión Social.

Gráfico 59 – Brechas de cobertura población potencial

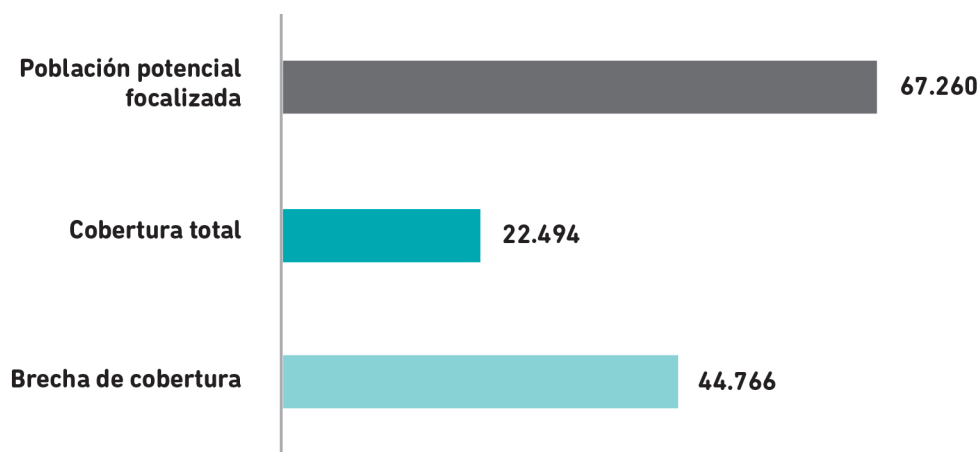


Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, para el cálculo de la brecha respecto de la población potencial focalizada, se consideraron todos los lactantes, niños y niñas de 0 a 4 años, que viven ambas pobreza a la vez, y que durante

el año 2017 asistieron a establecimientos de educación inicial, tanto públicos como particular subvencionados. Incluyen jardines y salas cunas de JUNJI, INTEGRA, municipales y vía transferencia.

Gráfico 60 – Brechas de cobertura población potencial focalizada



Fuente: Elaboración propia.

6.4.2.- Línea técnica Reinserción Escolar

La Línea de Reinserción Educativa consta de cuatro modalidades: Reinserción Escolar, Prevención, Inserción a la Educación Técnica Superior y Programa Súmate a tu Barrio.

Para esta versión de la Matriz de Inclusión, es importante explicar que dado la controversia en torno a las cifras exactas de personas que se encuentran excluidos de la escuela⁷⁵ para el cálculo de las brechas se ha optado por la solución más parsimoniosa, se usaran ambas cifras como referencia, ya que mientras no se produzca un acuerdo técnico en cuanto la cifra correcta y no exista un dato único, esta es la información más

fidedigna y actualizada del dato; y en comparación a las cifras anteriormente utilizadas, cualquiera de los dos indicadores se cercaría más a la realidad. A continuación se presentan los números obtenidos cuando se utiliza como referencia la información proveniente de CASEN (2017) y de los cálculos realizados por Centro de investigación avanzada en Educación de la Universidad de Chile (CIAE), en el marco del estudio “Del Dicho al Derecho. Modelo de calidad de escuelas de reingreso para Chile”, los cuales aplican la fórmula de cálculo del mismo indicador, utilizando como fuente las bases administrativas de MINEDUC (Registro SIGE).

6.4.2.1.- Modalidad Reinserción Escolar

Tabla 27 - Poblaciones potenciales reinserción escolar	
Temática social relevante	Trayectorias educativas inclusivas
Línea técnica	Reinserción Educativa
Modalidad de programa	Reinserción Escolar
Población Potencial	Nº niños, niñas y adolescentes de 6 a 21 años de edad que ingresaron al sistema escolar pero actualmente no encuentra matriculado en ningún establecimiento educacional y no han completado sus estudios. Según bases de datos administrativas MINEDUC 358.946

Fuente: Elaboración propia.

⁷⁵Para el estudio “Del Dicho al Derecho. Modelo de calidad de escuelas de reingreso para Chile”, se realizaron dos mediciones para identificar la magnitud de los niños y jóvenes que se encuentran fuera del sistema escolar. Una medición se realizó mediante la encuesta CASEN 2017 dando como resultado una magnitud de la desescolarización de 138.572. Sin embargo, dentro de los límites de esta forma de cálculo se encuentra su carácter muestral, lo que impide identificar la prevalencia de la exclusión educativa a nivel territorial, y por otro lado, el preguntar a las familias si envían los niños, niñas y adolescentes a su cuidado tiene un sesgo de deseabilidad social, que impacta subestimando la magnitud real. Para mejorar las limitantes de la encuesta CASEN, se realizó otro cálculo a través de bases de datos administrativas del Ministerio de Educación, que de forma censal se tiene la información de todos los niños y jóvenes que han ingresado al sistema educativo o han salido de este. El Ministerio de Desarrollo Social validó el primer dato, pero el segundo lo cuestionó, ya que dentro de la cifra construidas en base de registro administrativos, habrían años de registros donde la calidad del dato impiden asegurar que los run utilizados sean únicos, y por otro lado, se estarían considerando como desescolarizados a niños y jóvenes que fallecieron y que sin haber estado dentro del sistema escolar, egresaron de este por medio de exámenes libres.

En cualquiera de los dos casos, se consideró como población de referencia a los niños, niñas y adolescentes de 6 a 21 años de edad que ingresaron al sistema escolar pero actualmente no encuentran matriculados en ningún establecimiento educacional y no han completado sus estudios.

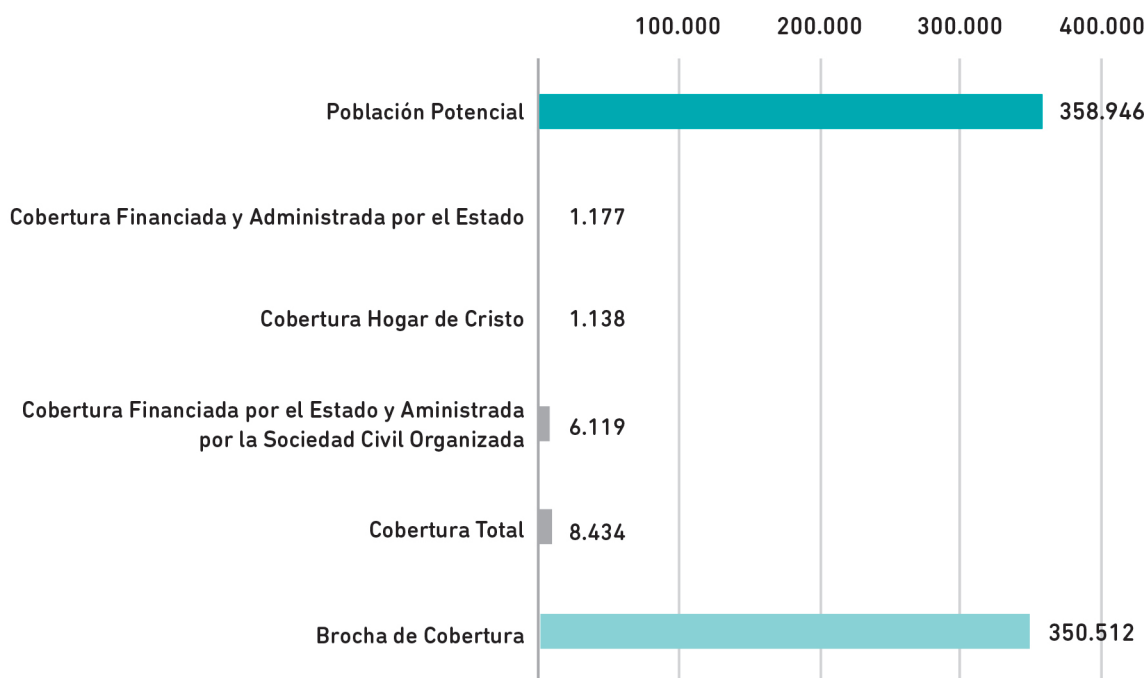
Si esta cifra se calcula usando bases de datos administrativas MINEDUC, se obtiene un total de 358.946 personas.

Para calcular la cobertura total se consideraron los programas del Estado, de la sociedad civil organizada y de Fundación Súmate. Para los programas financiados y administrados por el Estado se consideraron los atendidos durante 2017 en programas de reinserción educativa del Servicio Nacional de Menores (SENAME)⁷⁶, y en programas de reinserción y reingreso del

Ministerio de Educación (MINEDUC) ejecutados por municipalidades u otras instituciones del Estado. Para la cobertura financiada por el Estado y administrada por la sociedad civil organizada, se consideraron los mismos programas del SENAME y MINEDUC ejecutados por organizaciones de la sociedad civil. No se obtuvo información de programas con los mismos componentes técnicos financiados y ejecutados por la sociedad civil organizada. Para la cobertura de Fundación Súmate se consideraron los atendidos en programas de reinserción educativa y reingreso durante 2017 de acuerdo con datos del Sistema de Gestión Social.

La cobertura total corresponde a la suma de todas las coberturas mencionadas. A partir de ella se calcula la brecha de cobertura, la cual corresponde a la resta de la cobertura total respecto de la población potencial, es decir, 350.512 casos que significa un 97,6%.

Gráfico 61 – Brechas de cobertura población potencial usando bases administrativas MINEDUC

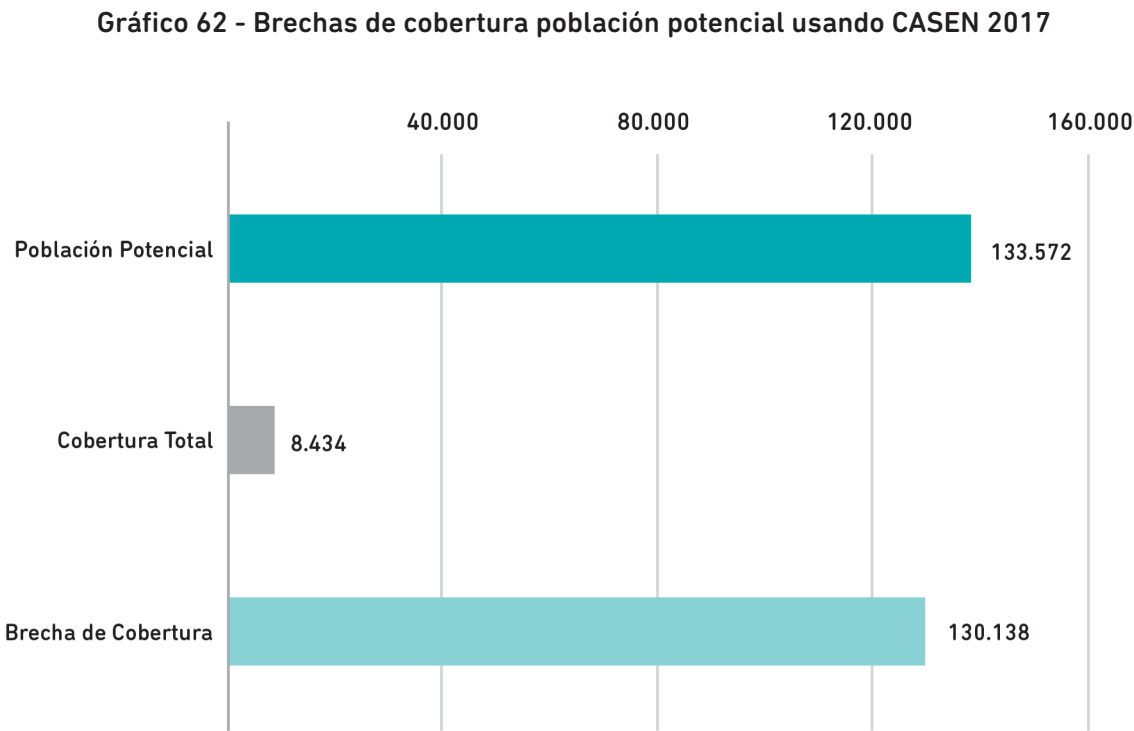


Fuente: Elaboración propia.

⁷⁶En particular, programas PDE y ASR

En cambio, si se calcula el mismo indicador anterior usando como fuente CASEN (2017), se obtiene una población potencial de 138.572 personas. Restando a este número el total de atendidos, se obtiene una brecha de 130.138 cupos de atención,

equivalente a un 93,1%. Se excluye el desglose según tipo de administración y financiamiento, ya que como es evidente, coincide con el presentado en el gráfico anterior.



Fuente: Elaboración propia.

6.4.2.2.- Modalidad Prevención

Tabla 28 - Poblaciones potenciales prevención a la desescolarización	
Temática social relevante	Trayectorias educativas inclusivas
Línea técnica	Reinserción Educativa
Modalidad de programa	Prevención
Población Potencial	N° de estudiantes matriculados en establecimientos de educación escolar con altos índices de vulnerabilidad escolar, de acuerdo con el Índice de Vulnerabilidad Escolar (IVE 2017). 788.554

Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo de brechas en la sub-línea temática de Prevención se consideró que la población de referencia era la misma que la población potencial, por lo tanto, ésta se calculó considerando a todos los niños/as y adolescentes matriculados en establecimientos de educación escolar con altos índices de vulnerabilidad escolar. Para identificar los establecimientos con vulnerabilidad escolar se consideró el índice IVE y se contabilizaron los matriculados en enseñanza básica en establecimientos con IVE superior a 90% y en enseñanza media con IVE superior a 85%. El resultado fue un total de 788.554 casos.

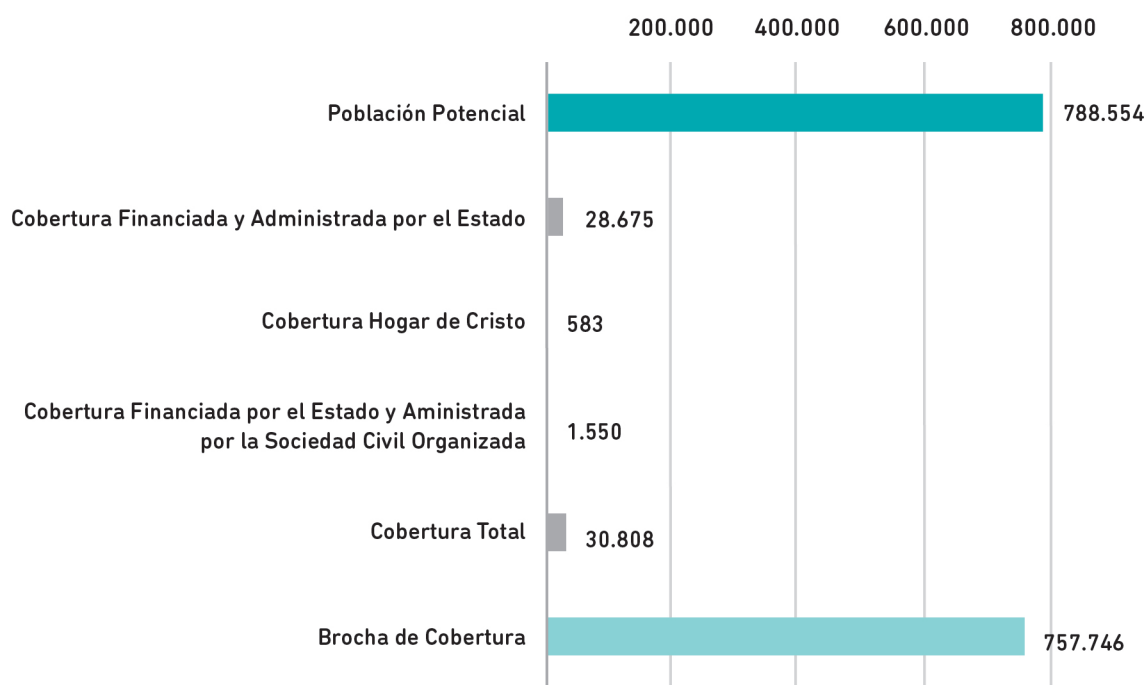
Para calcular la cobertura total se consideraron los programas del Estado, de la sociedad civil organizada y de Fundación Súmate. Para los programas financiados y administrados por el Estado se consideraron los atendidos durante

2017 en programas de retención del Ministerio de Educación (MINEDUC) ejecutados por municipalidades u otras instituciones del Estado, y los beneficiados por la Beca de apoyo a la retención escolar (BARE) y por el Programa de Apoyo a la Retención Escolar (PARE), de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)⁷⁷.

Para la cobertura de Fundación Súmate se consideraron los atendidos en programas Súmate a la Escuela durante 2017 de acuerdo con datos del Sistema de Gestión Social.

La cobertura total corresponde a la suma de todas las coberturas mencionadas. A partir de ella se calcula la brecha de cobertura, la cual corresponde a la resta de la cobertura total respecto de la población potencial, es decir 757.746 casos, que significa un 96,1% de brecha.

Gráfico 63 – Brechas de cobertura política pública



Fuente: Elaboración propia.

⁷⁷El año 2017 el MINEDUC no contó con programas en esta línea de intervención.

6.4.2.3.- Modalidad Inserción a Educación Técnica Superior

Tabla 29 - Poblaciones potenciales Inserción a educación técnica superior	
Temática social relevante	Trayectorias educativas inclusivas
Línea técnica	Reinserción Educativa
Modalidad de programa	Inserción a Educación Técnica Superior
Población Potencial	Nº Jóvenes de 18 a 24 años que terminaron educación media pero no están estudiando, y no han estudiado, en educación terciaria 550.346
Población Potencial Focalizada	Nº Jóvenes de 17 a 24 años que terminaron educación media pero no están estudiando, no han estudiado en educación superior, con ambas pobreza a la vez, según CASEN 2017 21.018

Fuente: Elaboración propia.

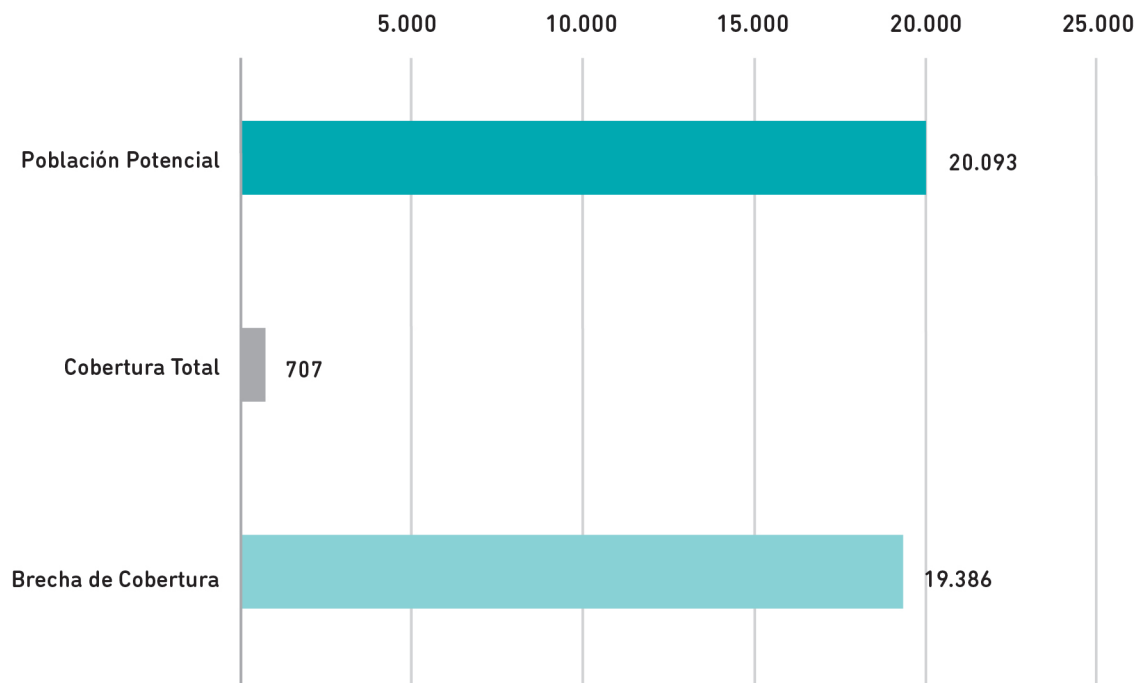
Para el cálculo de brechas en modalidad de programa Inserción a la Educación Técnica Superior se consideró como población potencial a todos los jóvenes de 17 a 24 años que hubieran terminado sus estudios de enseñanza media y no se encuentren estudiando educación superior, y no la hayan estudiado previamente, lo que según CASEN 2017 dio como resultado 558.854 jóvenes. A partir de esta se determinó la población potencial focalizada en aquellos jóvenes que además tuvieran ambas pobreza a la vez, lo que corresponde a 20.093 casos. No se obtuvo información de programas con los mismos componentes técnicos financiados y ejecutados por

el Estado; financiados por el Estado y ejecutados por la sociedad civil; y financiados y ejecutados por la sociedad civil⁷⁸. Para la cobertura de Fundación Súmate se consideraron los atendidos en el programa Becas de Oportunidad durante 2017 de acuerdo con datos del Sistema de Gestión Social.

En este caso la cobertura total es igual a la cobertura de la Fundación Súmate, por lo que se observa como una oferta única de atención a esta población. La brecha de cobertura se calculó como una resta de la cobertura total respecto de la población potencial, es decir, 19.093 casos que significa una brecha de 96%.

⁷⁸No se consideró el Programa de Acompañamiento y Acceso Efectivo a la Educación Superior, debido a que sus componentes no se corresponden con los componentes del Programa Becas de Oportunidad de Súmate.

Gráfico 64 – Brechas de cobertura política pública



Fuente: Elaboración propia.

6.4.2.4.- Modalidad Súmate a tu barrio

Tabla 30 - Poblaciones potenciales línea súmate a tu barrio	
Temática social relevante	Trayectorias educativas inclusivas
Línea técnica	Reinserción Educativa
Modalidad de programa	Súmate a tu Barrio
Población Potencial	Nº Niños, niñas y jóvenes de 12 a 24 años, que además presentan carencia en la variable entorno (viven en barrios con problemas medioambientales, alejado de lugares de trabajo y servicios básicos) o carencia en la variable seguridad (viven en barrios con problemas de narcotráfico y criminalidad) según CASEN 2017 713.385
Población Potencial Focalizada	Nº Niños, niñas y jóvenes de 12 a 24 años, que viven en situación de pobreza monetaria y multidimensional, que además presentan carencia en la variable entorno (viven en barrios con problemas medioambientales, alejado de lugares de trabajo y servicios básicos) o carencia en la variable seguridad (viven en barrios con problemas de narcotráfico y criminalidad) según CASEN 2017 54.962

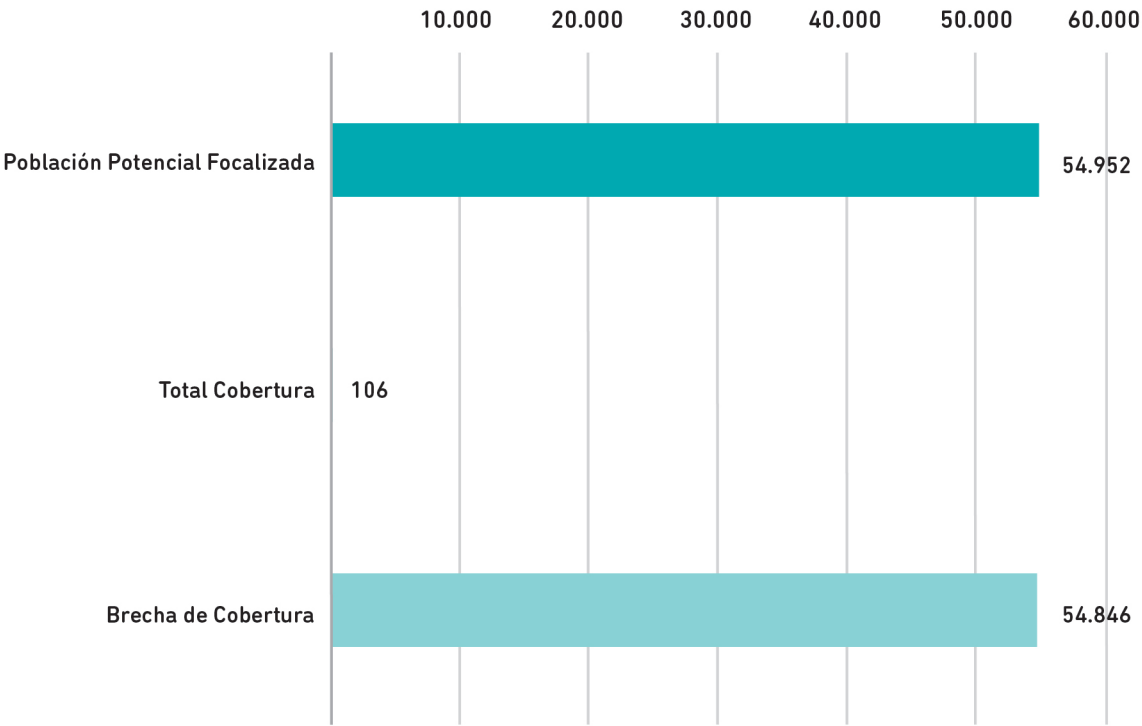
Fuente: Elaboración propia.

Para el cálculo de brechas en la modalidad Súmate a tu Barrio se consideró como población potencial a todos los niños, niñas y jóvenes de 12 a 24 años, que además presentan carencia en la variable entorno (viven en barrios con problemas medioambientales, alejado de lugares de trabajo y servicios básicos) o carencia en la variable seguridad (viven en barrios con problemas de narcotráfico y criminalidad) según CASEN 2017, lo que corresponde a 713.385 personas. La población potencial focalizada, se determinó considerando a la población anterior, que además convive en situación de pobreza multidimensional y por ingresos. En base a este número se calculó la brecha. No se obtuvo información de programas con los mismos componentes técnicos financiados

y ejecutados por el Estado, financiados por el Estado y ejecutados por la sociedad civil, y financiados y ejecutados por la sociedad civil. Para la cobertura de Fundación Súmate se consideraron los atendidos en el programa Súmate a tu Barrio durante 2017 de acuerdo con datos del Sistema de Gestión Social.

En este caso la cobertura total es igual a la cobertura de la Fundación Súmate, por lo que se observa como una oferta única de atención a esta población. La brecha de cobertura se calculó como una resta de la cobertura total respecto de la población potencial, es decir, 54.846 casos que significa una brecha de 99,8%.

Gráfico 65 – Brechas de cobertura política pública



Fuente: Elaboración propia.

7.- TRAYECTORIAS LABORALES INCLUSIVAS

El concepto de trabajo está asociado a la inversión de energía física e intelectual en la producción de bienes o servicios necesarios para la satisfacción de necesidades. No obstante los beneficios colectivos del trabajo, éste también ocupa un lugar primordial en el bienestar individual, en la medida que sirve como uno de los ejes esenciales para la construcción de las biografías personales. Asimismo, entrega sentido de pertenencia, contribuye a la autonomía, mejora la autoestima, permite la sociabilización, entre otros aspectos claves del bienestar. Sin embargo, no todo trabajo generan estos beneficios, en esta línea, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) incorporó en 1999 el concepto trabajo decente como uno de sus objetivos centrales, el cual remite al trabajo “productivo, desarrollado en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana” (Torres, 2016 p. 46). De modo más preciso, el trabajo decente incluye entre sus indicadores la disponibilidad de empleo, una remuneración acorde a la satisfacción de las necesidades propias de cada cultura, condiciones laborales en entornos seguros y con periodos adecuados de descanso, y dispositivos de seguridad social frente a enfermedades, maternidad, incapacidad, desempleo y vejez (Ghai, 2003). Como un determinante del bienestar multidimensional de las personas, el acceso a un empleo de calidad permite, a su vez, acceder al desarrollo tanto individual como social en otras esferas relevantes de la existencia, como el alcance de una vivienda acorde a las necesidades individuales y familiares, la ampliación de los conocimientos y competencias por medio de la educación, y la integración familiar a través de la compatibilización de horarios.

El trabajo no solo corresponde a un determinante global del bienestar humano, sino también a un derecho fundamental. Según queda estipulado en los artículos 23° y 24° de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones satisfactorias de trabajo, a un salario por trabajo equitativo y satisfactorio, a la sindicalización, y al descanso por medio del

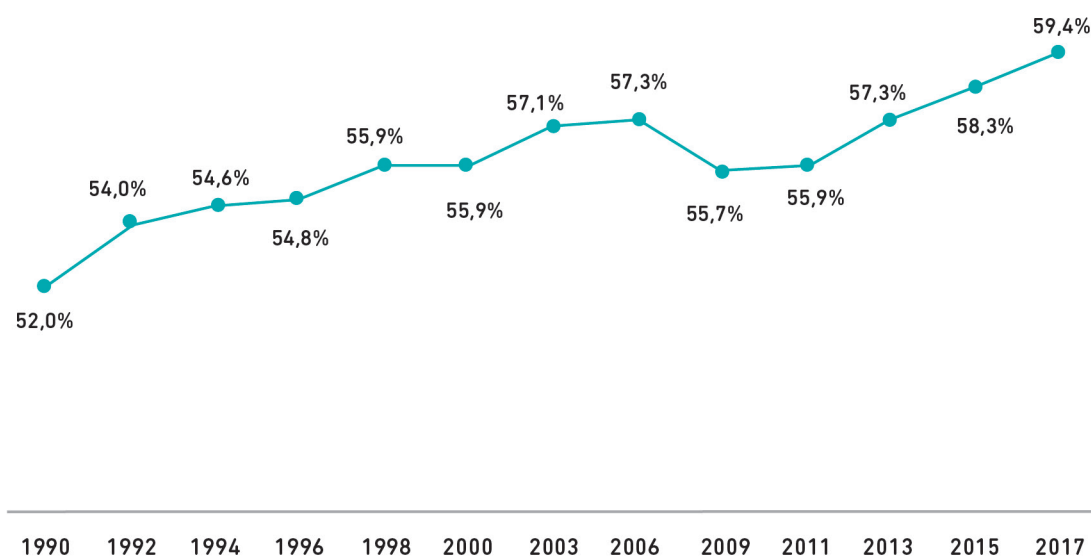
tiempo libre. Se espera, por lo tanto, que la relación que las personas establecen con el trabajo sea virtuosa y no perjudicial, permitiendo el despliegue de diversos aspectos del desarrollo humano, como una vida saludable, libertad de expresión, bienestar subjetivo, entre otras capacidades elementales (PNUD, 2017).

En términos temporales, el trabajo se expresa como una trayectoria que suele abarcar la mayor parte de la vida de las personas. Estas trayectorias varían de sujeto en sujeto, pudiendo presentarse de manera relativamente continua o altamente interrumpida, en una predominante dirección ascendente o sin mayores cambios cualitativos, entre distintos rubros o dentro del mismo sector productivo, entre otras divergencias. La inclusión de las personas en trayectorias socialmente deseables, es decir, cercanas al concepto de trabajo decente, condiciona positivamente el desarrollo de sus capacidades para alcanzar bienestar integral como sujetos de derechos. Trayectorias fluctuantes y precarizadas, por el contrario, pueden sumir a los individuos en una permanente vulnerabilidad, además de deteriorar su salud, limitar sus redes sociales, y coartar sus aspiraciones.

7.1.- Caracterización de poblaciones

Dentro de las principales tendencias que se puede observar sobre el trabajo en Chile, se encuentra un aumento lento pero sostenido de la participación laboral, es decir, cada vez hay una mayor proporción de personas en edad de trabajar que trabajan o buscan trabajo. Como se puede ver en el Gráfico 66, según datos de la encuesta CASEN, desde 1990, la tasa de participación laboral era de un 52%, para el año 2017 esta tasa llegó al 59,4%.

Gráfico 66 – Evolución de la tasa de participación laboral personas de 15 años o más



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017

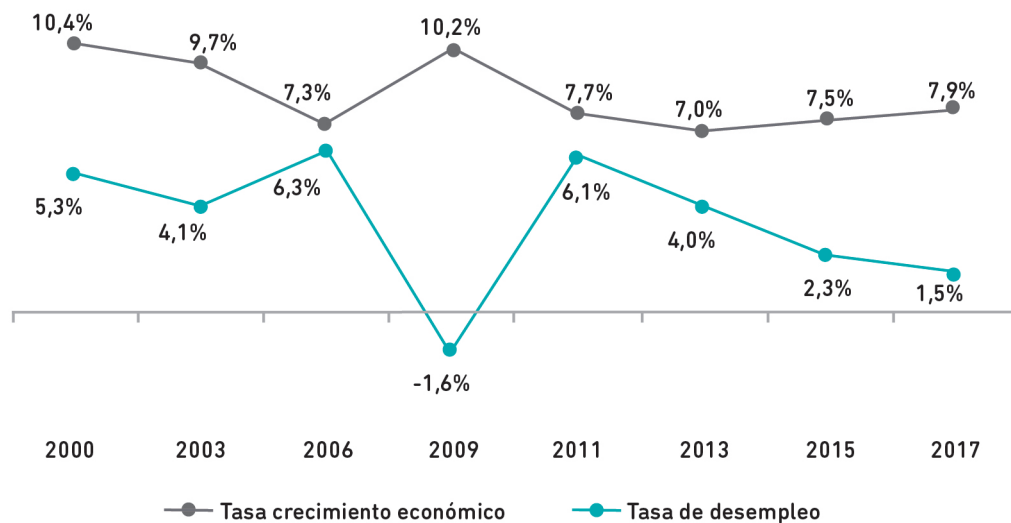
Este aumento es explicado principalmente por la mayor incorporación de la mujer al mercado laboral. En 1990 la tasa de participación laboral femenina llegaba al 32,5%, mientras que en el año 2017 este llega al 48,9%. Si bien la participación laboral femenina ha mostrado un aumento significativo, aún mantiene una brecha importante en relación a los hombres, que para el mismo año presentan una tasa de participación del 71,6%. A nivel comparativo, la participación laboral femenina se encuentra por debajo del promedio latinoamericano (55%), del promedio de los países desarrollados de la OCDE (61%), y muy por debajo de los países nórdicos (65%) (Comisión Nacional de Productividad, 2017).

A diferencia de la tendencia de la participación laboral, la desocupación ha mostrado una mayor sensibilidad hacia los ciclos de crecimiento económico. Sin embargo, y tomando como referencia el año 2009, último año que mostró cifras de desempleo por sobre los dos dígitos⁷⁹, hasta el día de hoy, la cifras de desempleo han estado en niveles bajos⁸⁰, y lo más importante, se han estabilizado y mantenido independiente de las fluctuaciones del ciclo económico. Como se puede observar en el gráfico 67, pese a que la tasa de crecimiento económico ha bajado a partir del año 2011 de un 6,1% a un 1,5% el año 2017, la tasa de desempleo se ha mantenido estable.

⁷⁹Como parte de los efectos en Chile de la crisis sub-prime.

⁸⁰Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo del INE, desde el 2010 hasta el primer semestre el 2017, se ha observado un promedio del desempleo trimestral del 6,7%,

Gráfico 67 – Relación tasa de desempleo y crecimiento económico



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2017 y DataBank del Banco Mundial.

Sin embargo, el bajo nivel de desempleo de Chile en los últimos 7 años no se explica por la fortaleza de la economía ni por políticas públicas específicas, el bajo crecimiento ha impactado en el mercado laboral, pero no desde el acceso, sino en su calidad (Szederkenyi y Vergara, 2017). Los efectos negativos de la economía ha tenido un impacto en la composición del empleo, donde la falta de oportunidades no se traduce en una falta de trabajo, sino que en un aumento de ocupaciones con menores ingresos, sin seguridad social, empleos parciales o subempleos (Bravo, 2016). En efecto, por un lado, frente al menor crecimiento las empresas no se ajustaron mediante despidos, sino más bien mediante reducción de salarios o condiciones laborales (Rubio, 2016). Y por otro lado, ha habido un aumento del empleo por cuenta propia en desmedro de los puestos de trabajo de tipo asalariado, y esto es relevante, porque los empleos por cuenta propia tienen una altísima probabilidad de ser empleos precarios (Bravo, 2016).

En este sentido, el mercado laboral chileno presenta características que generan una cantidad considerable de empleos con rasgos de precarización en uno o más ámbitos, tales como inestabilidad, informalidad o falta de seguridad

social (Durán, Kremerman, y Páez, 2014). En un reciente estudio sobre calidad del empleo publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Chile destaca como el país con mayor proporción de contratos temporales (29,1%) de los 35 países que componen el organismo, figurando además como uno de los países donde más horas se trabajan semanalmente, y apareciendo en el tercer lugar de los países con menores ingresos por hora del grupo (OCDE, 2017).

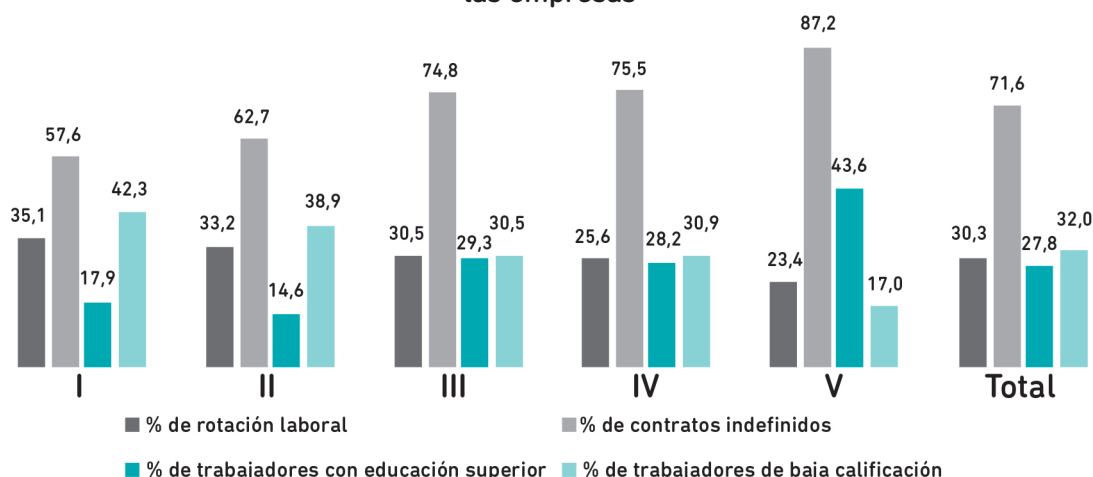
La exclusión de las personas de un trabajo decente compromete negativamente su bienestar general, deteriorando su salud por sobrecarga física, mental o por falta de ingresos suficientes para solventar sus costos asociados, afectando además su autoestima, y restringiendo sus capacidades para perfeccionar sus competencias educacionales, lo cual reproduce el círculo vicioso de la precarización. A la base de esta problemática se encuentra la noción del trabajo como un fin en sí mismo, y no como un plan de vida que permite el desarrollo individual y social. Planteado en términos simples, se verifica la ausencia de una ética en la que "lo importante es trabajar para vivir y no vivir para trabajar" (Editorial Revista Mensaje, 2017 p.5).

Como un rasgo específico de la baja calidad del empleo, y que tiene directa relación con estratificación social y la pobreza en Chile, son los bajos salarios y su distribución. Según definiciones internacionales, un salario bajo es tal cuando resulta insuficiente para satisfacer las necesidades básicas en un hogar de tamaño promedio, sin otras fuentes de ingreso (PNUD, 2017; Grimshaw, 2011). Según datos de la Encuesta CASEN 2017, la mitad de los asalariados con jornada de treinta y más horas semanales recibiría un salario bajo, incidencia que sería más alta en los trabajadores entre 18 y 25 años (78%), en las trabajadoras mujeres (55%), y en las personas ocupadas con educación media completa (68%) o básica (78%) (PNUD, 2017). En cuanto a las diferencias de género, las mujeres trabajadoras tienen un 10% más de probabilidades de recibir un salario bajo que los hombres. En relación a la distribución de las remuneraciones laborales, según el Informe Desiguales del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2017) son dos las características que contribuyen a que la distribución de los salarios sea muy desigual en el país: los altos salarios en la parte alta de la distribución, y la gran cantidad de empleos con salarios bajos.

Aunque los datos referentes a características de personas u hogares son cruciales para estudiar la

calidad del empleo, los atributos de las empresas en Chile entregan valiosas luces al respecto, al existir grandes diferencias entre las mismas empresas (Gráfico 68). Según señala el PNUD (2017), no basta con incrementar la matrícula en la educación superior si el mercado laboral no posee la capacidad suficiente para absorber esa nueva fuerza de trabajo. En base a datos de la tercera versión de la Encuesta Longitudinal de Empresas (ELE) de 2013, se observan amplias diferencias en los salarios pagados por las empresas en Chile. Según estimaciones del PNUD (2017) en base a la ELE, la desigualdad entre las empresas daría cuenta del 54% de la desigualdad de los salarios, siendo la variable productividad medida en quintiles la más relevante en cuanto a lo que diferencias entre empresas se refiere. Esta única variable daría cuenta del 36% de la varianza en el salario de los trabajadores, los cuales presentaría amplias diferencias en sus remuneraciones por realizar igual tipo de tareas pero dentro de empresas de distinto grado de productividad (PNUD, 2017). Asimismo, el 35% de los trabajadores empleados en empresas de baja productividad cambia de empleo antes de un año y solo el 57% posee contrato indefinido, mientras que en las empresas del primer quintil de productividad la tasa de rotación alcanza solo el 23% y un 87% tiene contrato indefinido.

Gráfico 68 – Características de empleos y trabajadores según quintil de productividad de las empresas



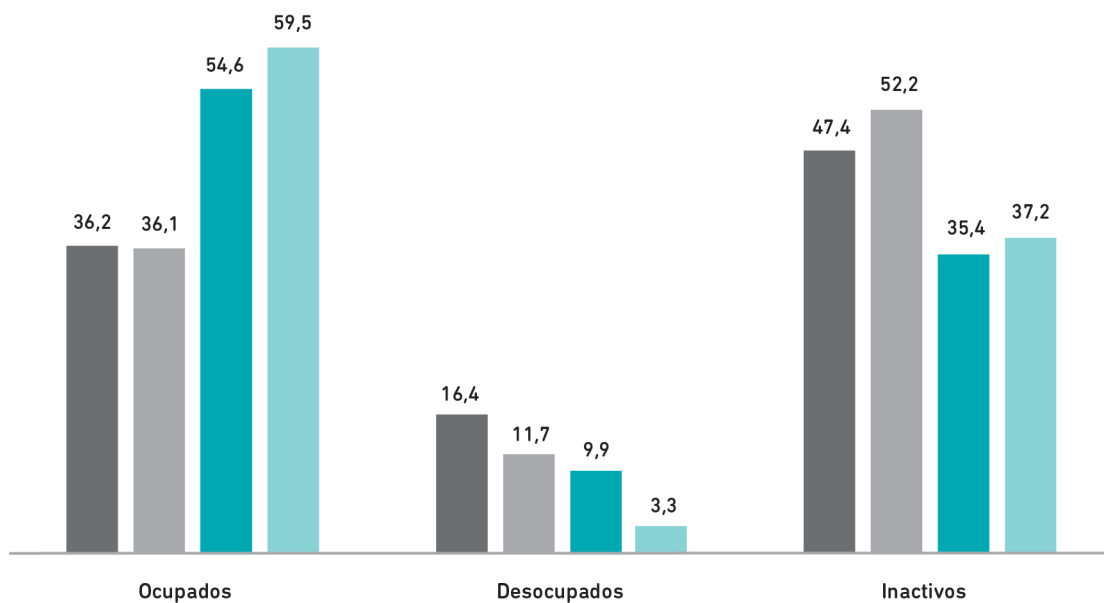
Fuente: PNUD (2017) en base a datos de la Tercera Encuesta Longitudinal de Empresas (2013).

Un factor de indudable importancia para las estrategias de combate contra la pobreza es que las personas tengan posibilidades de acceder al trabajo (Raczynski, 2001). En Chile, el trabajo representa uno de los principales factores de distribución económica, puesto que la mayor parte de los ingresos de los hogares proviene del mundo laboral (Sehnbruch, 2012). La exclusión laboral y la pobreza, por lo tanto, se encuentran estrechamente relacionadas. En una sociedad de mercado como la chilena, la falta de acceso al empleo no solo actúa como una de las principales barreras para la inclusión económica, sino que limita la inclusión social en general. Como plantean Araujo y Martuccelli (2012), el tiempo dedicado al trabajo tiende a consumir gran parte del tiempo diario de las personas, por lo cual figura como un espacio de

socialización privilegiado para el establecimiento de contactos y la creación de redes tanto íntimas como instrumentales. El desempleo y la inactividad, en este sentido, tienden a coartar la interacción del individuo con su entorno humano, aislándolo de potenciales vínculos favorables en términos de apoyo mutuo, recepción de información y sentido de pertenencia comunitaria.

Como se aprecia en el Gráfico 69, el vivir en pobreza está altamente asociado con estar incluido o excluido del mercado laboral. De este modo, se observa que quienes viven en situación de pobreza monetaria, pobreza multidimensional y, especialmente quienes padecen al mismo tiempo ambas formas de pobreza, presentan menores porcentajes de población ocupada.

Gráfico 69 - Proporción de ocupados, desocupados e inactivos para población mayor de 18 años, según situación de pobreza

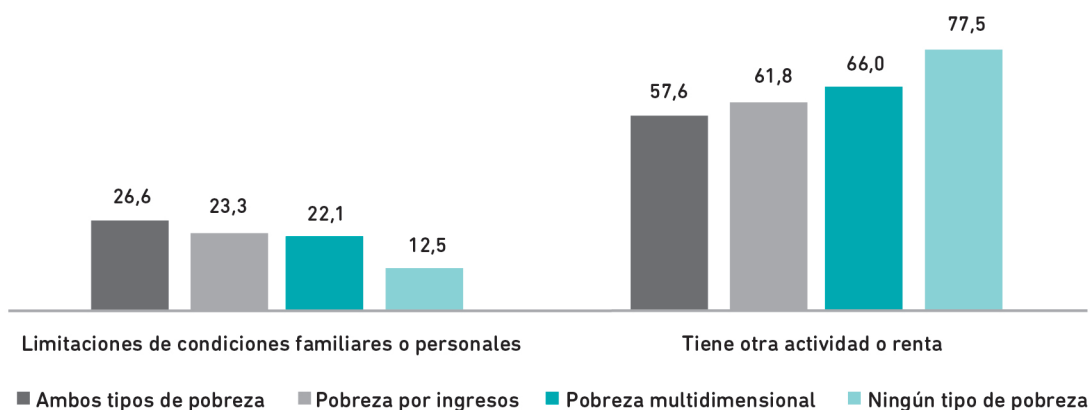


Fuente: Elaboración propia en base a datos CASEN 2017.

En términos comparativos, los diferentes grupos que viven en pobreza (por ingresos, multidimensional, y ambos tipos) presentan mayor proporción de desocupados con respecto a quienes no viven en pobreza, lo cual significa que pese a los esfuerzos de quienes viven en pobreza por incluirse en el mercado laboral, presentan mayores barreras de acceso que la población fuera de la pobreza. Las tendencias señaladas se replican al analizar la proporción de personas en situación de inactividad⁸¹, la cual también tiende a ser mayor en quienes están en situación de pobreza. No obstante, resulta relevante identificar las razones que explican la exclusión de estos grupos del mercado laboral, que por lo demás, son diferentes según se viva o no en pobreza. Como se

observa en el Gráfico 70, quienes viven en pobreza en cualquiera de sus formas plantean en mayor proporción el tener limitaciones de condiciones familiares o personales como motivo de su inactividad, lo cual refleja una carencia de redes de apoyo elementales. La población no pobre, por su parte, presenta en mayor medida como razón el no trabajar por tener otra actividad o renta⁴ (77,5%). Mientras la exclusión del mercado laboral por condiciones familiares o personales (como presentar una enfermedad incapacitante o tener que cuidar a adultos mayores o niños), da cuenta de una falta de capacidad para participar del empleo, el no trabajar por tener otra actividad o renta demuestra lo contrario.

Gráfico 70 – Principal razón de inactividad laboral mayores de 18 años, según situación de pobreza



Fuente: Elaboración propia en base a datos CASEN 2017.

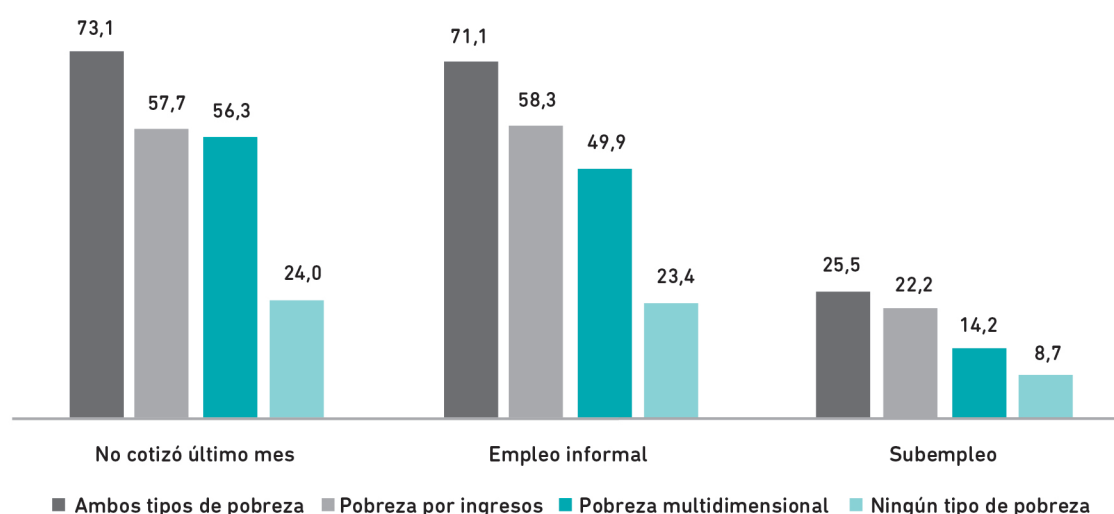
⁸¹ Quienes no se encuentran ocupados pero tampoco están haciendo gestiones para insertarse al mercado laboral.

Aunque la inclusión laboral es un factor necesario para la superación de la pobreza, no resulta suficiente para alcanzar este objetivo. Como ejemplo de esto, solo el 36,1% de las personas mayores de 18 años que viven en situación de pobreza por ingresos se encuentra ocupadas. La problemática, entonces, no se circunscribe únicamente a si las personas cuenta o no con un trabajo, resultan igualmente relevante los estándares de calidad que presenta el trabajo como un derecho en materia de ingresos, estabilidad, y seguridad social, como elementos que posibilitan alcanzar una inclusión social plena y sostenible en el tiempo.

La calidad del empleo a la que accede una parte considerable de los trabajadores de los segmentos más carenciados está marcada por la vulnerabilidad, expresada en la ausencia de seguridad social, en trabajos inestables, y en bajas remuneraciones, lejos del concepto de trabajo de calidad. Aunque las

brechas salariales surgen como el indicador más elocuente de la desigualdad laboral, factores como el tipo de contrato, la duración de los empleos, el reconocimiento al mérito, el prestigio del cargo, o el trato recibido tanto por los empleadores como por los pares, cumplen un rol importante en la estratificación social (PNUD, 2017). En esa línea, los segmentos que viven en situación de pobreza presentan mayores niveles de exclusión laboral con respecto a la población no pobre. Esta situación se reproduce cuando el foco se traslada a quienes sí trabajan, presentando notables diferencias en las condiciones laborales de las personas que viven en situación de pobreza y las personas fuera de ella (Gráfico 71). Al comparar indicadores de precariedad laboral tales como subempleo⁸², informalidad⁸³ y falta de seguridad social⁸⁴ se observan amplias brechas en relación al trabajo decente, siendo mayor la precarización para quienes se encuentran en una doble situación de pobreza por ingresos y multidimensional.

Gráfico 71 – Indicadores de precariedad en el trabajo, ocupados mayores de 18 años, según tipo de pobreza



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN 2017.

⁸²Trabajadores que desean trabajar más horas, están disponibles para trabajar más horas, y al mismo tiempo han trabajado menos de un límite de horas determinado.

⁸³Trabajadores dependientes que no tienen contrato de trabajo o trabajadores independientes que no entregan boleta o factura.

⁸⁴Trabajadores que no cotizaron durante el último mes.

El vínculo entre el trabajo y la pobreza, por lo tanto, va más allá de la inclusión en el mercado laboral, dado que es posible tener un empleo pero sumamente precario. Puesto en otros términos, es recomendable distinguir entre las dificultades a las que se enfrentan las personas en situación de pobreza para acceder al mercado laboral, por una parte, y de las precarias condiciones en las que se encuentran cuando consiguen acceder a este, por otra.

Aunque el encontrarse en situación de pobreza resalta como una desventaja en materia de inserción y calidad del empleo, existen otros segmentos poblacionales que presentan vulnerabilidades específicas en este aspecto, entre las que destacan los adultos mayores, los jóvenes, las mujeres, las personas en situación de discapacidad, y los inmigrantes. Estas poblaciones son parte de procesos de exclusión particulares que son transversales a las diferencias en la estratificación socioeconómica. Sin embargo, cuando se intersectan el ser parte de estas poblaciones y vivir al mismo tiempo en situación de pobreza, las dificultades se acrecientan mucho más; lo que se presentan poblaciones a priorizar en políticas públicas de inclusión laboral.

7.1.1.- Jóvenes

En Chile y América Latina, los jóvenes han logrado tener mayores oportunidades educacionales, lo que se expresa en un mayor acceso y nivel educacional en relación a las anteriores generaciones. Sin embargo, para los jóvenes esa mayor educación no ha significado una mayor inclusión laboral. Actualmente este segmento etario, en relación con otras edades, presenta altos niveles de desempleo, poca participación laboral, y entre quienes sí trabajan, lo hacen en condiciones de mayor precariedad (Rivera, 2011). Entre los factores que explican la relación entre educación y empleabilidad estaría en la prolongación del tránsito de la juventud a la adultez, como también el atraso de la inserción laboral en pos de priorizar la educación superior (Weller, 2007; D'Alessandre, 2013), lo que finalmente mejoraría una futura trayectoria laboral. Si bien estos últimos factores se pueden evaluar a largo plazo de forma positiva,

solo explica una parte de la menor participación laboral de los jóvenes, y en general explica la realidad de los segmentos socioeconómicos más altos. En efecto, en Chile, según CASEN 2017, el 58,2% de los jóvenes de 18 a 24 años que pertenece al 10% de la población de mayores ingresos se encuentran estudiando en la educación superior, lo que explicaría que no participen del mercado laboral; lo que contrasta con el 30,4% de los jóvenes que pertenecen al 10% de menores ingresos.

Lo que sí es problemático a nivel estructural, es el desacoplamiento que existe entre la educación educacional y el mundo del trabajo. Habría un desajuste entre lo que los estudiantes aprenden en los sistemas educativos y las competencias que demanda el mercado laboral. Esto sucede tanto nivel de habilidades técnicas, pero principalmente a nivel de competencias tales como comunicación, trabajo en equipo, autoeficacia y solución de problemas (habilidades blandas) (Weller, 2007; Repetto, 2013). Por otro lado, desde el punto de vista del mercado laboral el segmento tendría un valor bajo, principalmente por su menor experiencia. Desde las empresas no habría incentivos para contratar jóvenes por su productividad incierta (Repetto, 2013). Y al mismo tiempo, como tienen un menor costo de despido, resulta en un segmento fuertemente vulnerable a los ajustes de ciclos económicos a la baja. (Weller, 2007).

Los jóvenes que no trabajan y no estudian se han visibilizado en el último tiempo como problema social, y si bien esta categoría es heterogénea, presentan una relación preocupante con factores que producen y reproducen la exclusión social. De acuerdo a datos de la encuesta CASEN 2017, son 441.472 jóvenes entre 18 y 24 años que no se encuentran trabajando ni estudiando, los cuales corresponden al 22,0% del total de jóvenes de ese tramo etario. El 59,5% de esta población son mujeres, versus un 40,5% de hombres, lo que indicaría un componente de género importante. En relación a este punto, al consultar sobre la principal razón de inactividad laboral, las de mayor frecuencia se encuentra el "No tiene con quien dejar a los niños" con 13,9% del total de este segmento, y en segundo lugar el tener "Quehaceres en el hogar", con un 12,3%. Otro factor importante para

esta población son las trayectorias educacionales, en este sentido un 24,0% no ha completado la educación escolar, donde un 11,2% alcanzaron solamente hasta educación básica. Esto expresa que la exclusión escolar y la desescolarización en los niños, niñas y adolescentes las posibilidades a futuro de inclusión para los jóvenes. Un 56,0% tiene como último nivel educacional alcanzado la educación media, grupo que si no logra acceder en un futuro a la educación superior, dada los requisitos actuales del mercado laboral, estarna en clara desventajas para acceder a un trabajo, y si es así, de buena calidad. En una investigación sobre datos longitudinales de jóvenes que no estudian ni trabajan en Chile, se concluyó que en la cohorte analizada, la categoría "NINI", en la mayor parte de los casos, no sería una situación temporal o contingente, sino más bien sería una condición o estado de largo plazo, caracterizado por trayectorias educativas interrumpidas, con episodios de repitencia, expulsiones y bajos desempeños. Como además trayectorias laborales caracterizadas por la intermitencia, precariedad laboral y malos salarios (PNUD, 2015). Así también, de acuerdo al informe del Banco Mundial Ninis en América Latina, 20 millones de jóvenes en busca de oportunidades (De Hoyos, Rogers y Székely, 2016), se señala que normalmente el camino que lleva a ser "nini", sobre todo entre hombres, es la interrupción de la trayectoria escolar para empezar a trabajar.

Bajo los factores de vulnerabilidad asociados a ser joven, y más específicamente ser joven que no trabaja ni estudia, se trasforma en condición de doble exclusión cuando se convive con la pobreza (D'Alessandre, 2013). Y esta doble relación se retroalimenta negativamente, ya que la inserción laboral precaria, temprana o tardía se encuentra relacionada frecuentemente con la expulsión del sistema escolar, afecta especialmente a los jóvenes procedentes de hogares en situación de pobreza, por lo que no se aprovecha el potencial aporte de una actividad laboral para que estos jóvenes salgan de esta situación. De esta manera se refuerza la transmisión intergeneracional

de la pobreza. (Weller, 2007). De este modo, en el segmento de jóvenes que no trabajan y no estudian, hay una alta concentración de población en pobreza. Según CASEN 2017, de los 441.472 jóvenes entre 18 y 24 años que no se encuentran trabajando ni estudiando, el 17,1% viven en situación de pobreza por ingresos, un 34,9% vive en situación de pobreza multidimensional y un 43,9% se encuentra viviendo en al menos algún tipo de pobreza. Finalmente, quienes se encuentran en situación de exclusión social más extrema serían los que viven al mismo tiempo ambas formas de pobreza, estos corresponderían al 8,3% de estos jóvenes, que en términos de magnitud serían 35.412 personas.

7.1.2.- Mujeres

La inclusión laboral de la mujer es un tema relevante desde el punto de vista de los derechos humanos y la igualdad de género. Pero también es importante en términos económicos, porque genera mayor crecimiento, productividad y competitividad. Si por ejemplo, las mujeres tuviesen el mismo nivel de participación laboral de los hombres, como además la cantidad de horas trabajadas y distribución sectorial, el PIB mundial anual sería un 26% más alto. (Comisión Nacional de Productividad, 2017).

Como se señaló anteriormente, en los últimos 25 años, Chile ha experimentado un aumento significativo de la participación laboral femenina. Según datos de CASEN, en 1990 apenas un 32,5% de las mujeres componían la fuerza laboral, mientras que en el año 2017 este llega al 48,9%. Sin embargo a nivel comparativo, tanto a nivel latinoamericano como de países de la OCDE, Chile se encuentra muy por debajo en términos de participación laboral, como en otros indicadores que muestran que aún existen grandes brechas de género en relación a la inclusión laboral. Según el Índice de participación y oportunidad económica para las mujeres⁸⁵, calculado por el World Economic Forum (2016), Chile ocupa la posición 119 entre los 144 países evaluados, teniendo la menor posición

⁸⁵ Este índice considera brechas de género en participación laboral, en remuneraciones por trabajos similares, diferencias entre promedios de ingresos de hombres y mujeres, número de mujeres en cargos técnicos y profesionales y participación en cargos de representación política y gerencial

entre los países sudamericanos, y obteniendo puntajes similares a varios países islámicos. Entre los ámbitos peor evaluados de este indicador se encuentra la diferencia de salarios entre hombres y mujeres calculados según trabajos similares, en dicha dimensión Chile ocupa el antepenúltimo lugar en relación a los 133 países evaluados (World Economic Forum, 2016). Al observar la brecha salarial entre hombres y mujeres, calculando a partir del ingreso promedio de la ocupación principal, y controlando las diferencias por sector económico, oficio, categoría ocupacional, región y tamaño de empresa; las mujeres perciben un 17,2% menos que los hombres. (Brega, Durán, & Sáez, 2015).

Entre los principales factores que explican estas diferencias se encuentra la matriz sociocultural, que asigna a la mujer roles diferenciales con respecto al trabajo y la producción. No es que a nivel cultural se establezca que las mujeres no tengan que trabajar, sino que el tipo de trabajo que se le asocia a la mujer no es de tipo productivo, sino reproductivo, es decir, trabajo doméstico o trabajo de cuidado. Mientras que a los hombres culturalmente se les asocia al trabajo productivo, que sería el empleo remunerado en el mercado del trabajo. Como consecuencia, en el empleo productivo la mujer tiene una menor valoración (que se refleja en menor valor en el mercado), y en el trabajo reproductivo, este no se valora como trabajo y se encuentra invisibilizado (no se consideran dentro de las estadísticas del trabajo) (Brega & Narbona, 2016). Esto significa que la menor valoración de las mujeres en el mercado laboral no se explicaría por diferencias en su desempeño laboral o productivo, sino por discriminación basado en presupuestos culturales. Hay dos tipos de discriminación que estructuran las diferencias de género en el mercado del trabajo: primero una discriminación horizontal, donde se asume que las mujeres y hombres se desempeñan de forma diferente según de empleo, donde por ejemplo la minería, las industrias y operaciones serían rubros donde los hombres “lo harían mejor”, y al revés, las mujeres tendrían “mejor desempeño” en servicio doméstico, enseñanza, servicios y comercio. Segundo, la discriminación vertical, que asigna a los hombres las posiciones de poder y

mando dentro de un mismo trabajo en desmedro de las mujeres (Brega & Narbona, 2016). En este punto el 75% de los cargos directivos, de gerencia o de representación política son ocupados por hombres, y el 25% por mujeres (World Economic Forum, 2016).

Las peores condiciones de inclusión laboral de las mujeres en relación a los hombres se expresan en trayectorias laborales más fluctuantes y precarizadas. Según un estudio longitudinal sobre la inclusión y calidad del empleo (MIDEPLAN, 2008), las mujeres presentan cadenas de movilidad socio laboral más precarias que el de los hombres, lo que impacta directamente en menores posibilidades de inclusión social en general. En este sentido hay una fuerte relación entre vivir en pobreza y tener trayectorias laborales precarias o estar fuera del mercado del trabajo. Vivir en pobreza impone dificultades al momento de construir trayectorias laborales, y las trayectorias laborales precarias o en exclusión aumentan las posibilidades de vivir en pobreza. Ser mujer, estar fuera del mercado laboral y vivir en pobreza se configura como una situación de extrema exclusión social. Según CASEN 2017, hay 118.102 mujeres de 18 a 59 años que no trabajan (se encuentran desocupadas o inactivas) y que viven al mismo tiempo en situación de pobreza por ingresos y multidimensional. De esa población 41,7% son jóvenes (18 a 29 años), lo que converge con otro perfil de vulnerabilidad laboral. En el ámbito educacional el 62,2% no ha completado su educación escolar, y el 43,5% solo terminó educación básica. En términos laborales el 23,2% se encuentra buscando trabajo, mientras que el 76,8% se encuentran inactivas (no trabajan y no buscan trabajando). De este segmento 32,4% nunca ha trabajado, y de las que están inactivas, el 39,7% señala como principal razón “los quehaceres del hogar”.

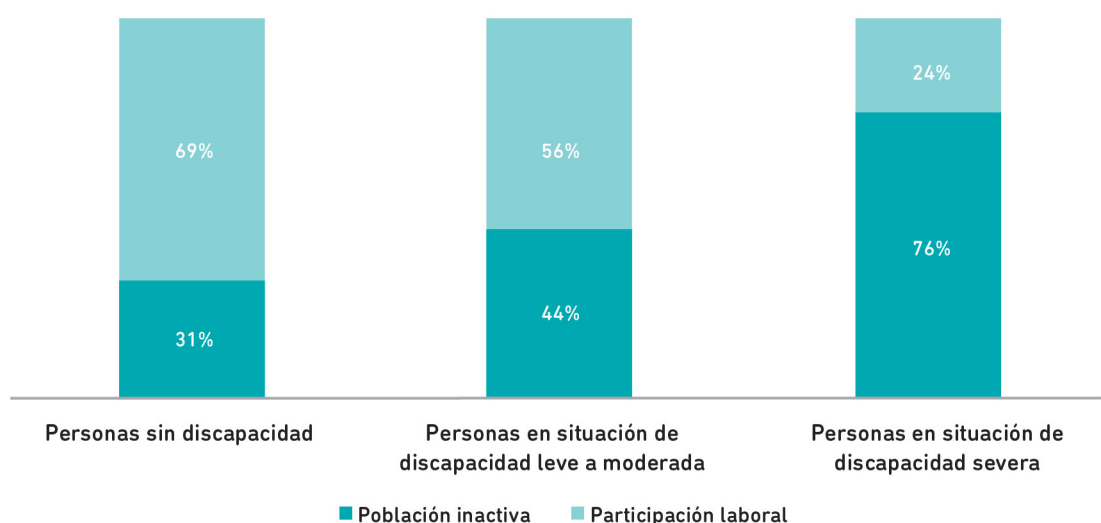
7.1.3.- Personas en situación de discapacidad

En Chile sigue existiendo amplias brechas en relación con la inclusión laboral de las personas con discapacidad. Según el Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC, 2015), la proporción de inactividad laboral es mayor

a medida que la severidad de la discapacidad aumenta (Gráfico 72). Consiguientemente, el 31% de las personas sin discapacidad se encuentran inactivas, cifra que aumenta al 44% en personas en situación de discapacidad leve a moderada, y se incrementa hasta un 76% de las personas con

discapacidad severa. Mientras que el 69% de las personas sin discapacidad participan del mercado laboral, el 56% de las personas con discapacidad leve a moderada lo hace, proporción que se reduce a solo el 24% de las personas con discapacidad severa.

Gráfico 72 – Distribución de población adulta según participación laboral por situación y grado de discapacidad



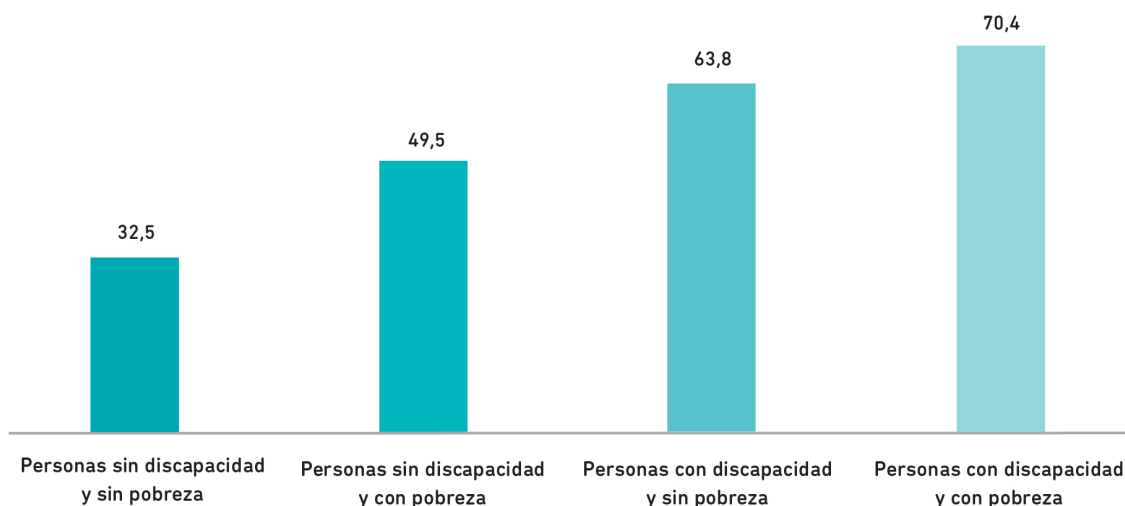
Fuente: Elaboración propia Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad 2015.

Por otro lado, las personas con discapacidad que se encuentran ocupadas presentan menor nivel de remuneraciones que los que no presentan discapacidad. El ingreso promedio mensual de las personas en su ocupación principal desciende a medida que se incrementa la gravedad de la discapacidad. Las personas sin discapacidad presentan ingresos mensuales de \$434.586 en promedio, lo cual contrasta con los \$303.820 de las personas con discapacidad mental leve o moderada, y con los \$269.583 de las personas con discapacidad severa.

Como se ha visto, vivir con discapacidad no sólo es una expresión más de exclusión social más, sino también un factor de vulnerabilidad que incide

en mayores barreras para la inclusión laboral. Esto se vuelve aún más problemático para las personas que presentan discapacidad y al mismo tiempo viven en situación de pobreza. Como se aprecia en el Gráfico 48, si el nivel de inactividad aumenta para las personas que presentan algún tipo de discapacidad, este indicador aumenta aún más cuando se conjuga simultáneamente con la pobreza, retroalimentándose ambos factores en su impacto en la exclusión laboral. De esta forma, la población que vive al mismo tiempo en situación de discapacidad y pobreza, presentan graves niveles de exclusión laboral, donde el 70,4% de este grupo no participa del mercado laboral.

Gráfico 73 – Porcentaje de inactividad mayores de 18 años según situación de discapacidad y pobreza por ingresos



Fuente: Gráfico de elaboración propia según CASEN 2017.

Sin embargo, particularmente el segmento que vive en situación de discapacidad mental, presentan aún mayores niveles de exclusión laboral. Comparando con los datos de discapacidad general, las personas que presentan discapacidad mental y no viven en situación de pobreza presentan una proporción un poco menor (63,8%) de personas con discapacidad y pobreza al mismo tiempo. Mientras quienes presentan discapacidad mental y al mismo tiempo pobreza por ingresos tiene un 70,4% de inactividad laboral. Estas cifras muestran que la población con discapacidad mental y que vive en pobreza presentan un nivel de exclusión laboral casi absoluta. El grupo con mayores niveles de exclusión social serían quienes presentan discapacidad mental, no trabajan y viven al mismo tiempo en situación de pobreza por ingresos y pobreza multidimensional. Según CASEN 2017, este grupo estaría conformado por 8.806 personas, de los cuales un 39% son hombres y un 61% mujeres. A nivel educacional el 91% no ha terminado la educación escolar, un 72% no completó educación básica y un 40% no accedió a ningún tipo de educación en toda su vida. En términos laborales, sólo el 9% estaría buscando trabajo y el 91% se encontraría inactivo, y el 57% nunca ha trabajado en su vida. Entre los inactivos,

el 45% declaran como principal razón de estar en esa situación sería "está enfermo o tiene una discapacidad".

7.1.4.- Inmigrantes

Según Naciones Unidas, en el mundo hay al menos 257 millones de migrantes (Population División, 2017). En un sentido amplio, la migración es explicada fundamentalmente por razones económicas, motivo que incita -y en algunos casos obliga- a las personas a buscar fuentes de empleo fuera de sus países, para luego enviar recursos a sus familiares en su país de origen. El crecimiento económico experimentado por Chile en las últimas décadas lo ha transformado en un destino predilecto para la migración, lo cual se explica también por la alta tasa de envejecimiento de su población chilena, la baja de tasa de natalidad, la mayor participación femenina en el mercado laboral, y la baja aceptabilidad de empleos precarios o peligrosos por parte de la población nacida en Chile. Estos factores han confluído para generar una explosiva atracción de nuevos inmigrantes desde el mercado laboral (Rojas y Vicuña, 2014).

A partir de datos proporcionados por la Encuesta CASEN 2017, se reconoce que la población migrante en Chile asciende a un total de 777.407 personas⁸⁶, lo cual representa un 4,4% de la población total. Si bien este es un porcentaje bajo en comparación a los países más desarrollados, especialmente en los últimos 5 años se aprecia un acelerado crecimiento de la población inmigrante. De esta población, la gran mayoría proviene de América Latina y el Caribe (93,5%), especialmente de países como Perú (29,9%), Venezuela (24,2%), Colombia (14,9%), Haití (9,8%), Bolivia (6,8%) y Argentina (5,6%). En cuanto a las regiones de residencia, el 71,8% se concentran en la Región Metropolitana, luego en la Región de Tarapacá con un 5,7%, Región de Valparaíso (5,1%) en cuarto lugar la Región de Antofagasta con un 4,6%. Asimismo, resulta relevante mencionar que un 67% de los inmigrantes actualmente en el país habría arribado después del año 2010.

La inclusión socio-laboral de los inmigrantes debiese contemplar, el reconocimiento de sus derechos de acceso pleno al mercado del trabajo y a empleos de calidad. Un inmigrante incluido no es necesariamente aquel que se inserta o incorpora a un empleo, sino aquel que accede a un trabajo de calidad y es titular de derechos, puesto que el trabajo es un medio para conseguir inclusión social y en muchos casos, la única forma de ejercer la participación social.

Según CASEN 2017, de entre las principales actividades ocupacionales en las que se insertan los inmigrantes, se encuentran el comercio, hoteles y restaurantes, servicio doméstico, y construcción. Lejos de obedecer a la baja calificación de la población inmigrante, esta segmentación del mercado laboral responde a procesos de exclusión social y omisión de los niveles educacionales que poseen. Al respecto, los inmigrantes presentan en promedio 13,2 años de escolaridad, en contraposición a los 11,1 años de

escolaridad promedio de las personas nacidas en Chile. Sin embargo, el 10,8% de los inmigrantes se encuentra en situación de pobreza por ingresos, superior al 8,5% de las personas nacidas en Chile.

La población migrante presenta ventajas frente a la población nacional en algunos indicadores relevantes. Ejemplo de esto corresponde a la tasa de participación laboral, donde según datos de la encuesta CASEN 2017, el 81,3% de los inmigrantes participa en el mercado laboral en contraste al 58,3% de las personas nacidas en Chile. Asimismo, los inmigrantes presentan en promedio mayores años de escolaridad, un mejor salario, y mayor cantidad de trabajadores con contrato indefinidos. A pesar de que en un plano general los inmigrantes presentan mejores indicadores laborales que los trabajadores nacidos en Chile, se observan excepciones en ciertas poblaciones específicas de inmigrantes. Sobre esto, la población inmigrante en la macrozona norte⁸⁷ obtiene en promedio \$498.272 como ingresos por su ocupación principal, en contraste a los \$549.176 que reciben las personas nacidas en Chile que trabajan en dicha zona. Al observar los ingresos de la ocupación principal por país de residencia (a escala nacional), los inmigrantes provenientes de Colombia obtienen \$414.966 y los de Perú \$408.644, menores al promedio de \$512.936 recibido en promedio por los trabajadores nacidos en Chile. En una reciente investigación de la Fundación Superación de la Pobreza sobre la calidad del empleo en población migrante en la Región Metropolitana (2017), muestra diferencias según el país de origen, en este sentido los migrantes que provienen de países que integran la OCDE se encuentran insertos en trabajos con altos niveles de calidad, incluso mejores que los que han nacido en Chile. Sin embargo los migrantes latinoamericanos muestran menores niveles de calidad en sus empleos en relación a los nacidos en Chile, especialmente los que provienen de países como Haití, República Dominicana y Bolivia⁸⁸.

⁸⁶Según la definición metodológica de CASEN, se entiende por población migrante internacional a las personas de hogares residentes en viviendas particulares cuya madre residía en otro país al momento de nacer.

⁸⁷Esta denominación incluye a la población residente de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Atacama.

⁸⁸En este estudio se construye un índice que mide el nivel de calidad del empleo asalariado, el puntaje promedio de los asalariados nacidos en Chile es de un 58,9, mientras que quienes provienen de Haití presentan un puntaje de 49,3, de República Dominicana 47,7 y quienes provienen de Bolivia 38,6 (Fundación Superación de la Pobreza, 2017)

Entre la población migrante más excluida se encuentra quienes se encuentran al mismo tiempo en situación de pobreza por ingresos y multidimensional. Según CASEN 2017, si consideramos a los migrantes que viven en ambas pobreza y en edad de trabajar (18 a 59 años) habrían 20.628 personas, de las cuales el 46% se encuentran ocupadas, un 28% desocupadas y un 26% inactivos. Según el país de origen la mayoría vendrían de Perú (28%) y Haití (24%). La mayoría sería mujeres (56%). Y entre los que se encuentran ocupados las principales tipos de actividades estarían asociadas al comercio (22%) y el servicio doméstico (11%), y según el tipo de oficio el 42% serían trabajadores no calificados.

7.2.- Políticas públicas de Trabajo en Chile

En los últimos gobiernos la política pública en materias laborales se ha enfocado principalmente en el fomento a la empleabilidad, a través de la entrega de bonos y subsidios a empresas que promueven el empleo en diferentes poblaciones más carenciadas. Asimismo se ha potenciado la intermediación laboral a través de la creación de la Bolsa Nacional de Empleo y del Sistema de Información Laboral, que permiten a cualquier persona acceder a postulaciones y/o a información sobre empleos en los diversos sectores productivos del país. En la misma línea, se ha puesto énfasis en el mejoramiento de los sistemas de capacitación y de certificación, de modo de aumentar y/o dar acceso a conocimientos técnicos calificados.

En términos de avanzar en la superación de brechas, se ha impulsado una política de inserción laboral femenina, a través de subsidios y bonos a la empleabilidad de la mujer, y entregando facilidades para su inserción como la obligación legal del empleador de disponer de sala cuna para hijos menores de 2 años⁸⁹, y el aumento de cobertura en salas cunas estatales, la cual si bien es una política educacional para primera infancia, contribuye a la empleabilidad femenina.

También se observan algunos avances en materia de calidad en el empleo, a través del aumento sostenido del salario mínimo, el cual ha superado la barrera de los \$250.000, llegando en julio de 2017 a los \$270.000. En materias legales destacan modificaciones en la jornada laboral, establecimiento de días feriados irrenunciables, modernización del sistema de seguridad laboral, el aumento del postnatal a 6 meses, y la última reforma laboral que pone énfasis en las relaciones laborales fortaleciendo a los sindicatos y la negociación colectiva.

⁸⁹En el caso de mujeres contratadas bajo el código del trabajo y en empresas con más de 20 funcionarias.

7.2.1.- Programas sociales sobre empleabilidad

Tabla 31 - Listado de programas sociales de empleabilidad

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Yo trabajo	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Personas pertenecientes al 40% más vulnerable de la población de acuerdo a la Calificación Socioeconómica (CSE) del Registro Social de Hogares (*), igual o mayor de 18 años, desocupados, inactivos o con trabajo precario y que tengan al menos enseñanza básica incompleta.	Este programa busca desarrollar competencias para la empleabilidad, búsqueda de empleo, el acceso a éste. Tiene dos componentes: uno de formación laboral enfocado en el fortalecimiento de competencias a través de talleres en áreas de comunicación, efectividad personal, iniciativa y emprendimiento, y planificación y gestión de proyectos. El segundo componente de colocación laboral implica la instalación en un puesto de trabajo y o derivación a otros programas dependiendo del tipo de egreso dependiente (contrato laboral) o independiente (emprendimiento).	De acuerdo al Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (2016), los resultados de la evaluación de impacto muestran que el programa no generó efectos ni en el empleo formal, ni en los ingresos formales. Por lo tanto recomiendan el traspaso de los recursos de este programa a otros de empleabilidad o el rediseño del programa de manera profunda. No hay evaluaciones disponibles (Desempeño insuficiente)
Yo trabajo jóvenes	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Jóvenes de 18 a 29 años, que pertenezcan al 40% más vulnerable de la población de acuerdo a la CSE del RSH o pertenecientes al Subsistema de Seguridades y Oportunidades que se encuentren desocupados, inactivos o que desarrollan un trabajo precario.	Este programa se enfoca en el desarrollo de competencias de empleabilidad, la búsqueda activa de empleo, y el acceso a un puesto de trabajo para los jóvenes, para lo cual consta de dos componentes, formación laboral a través del desarrollo de un plan de inserción laboral para entrenar habilidades y destrezas motivacionales y comunicacionales. El segundo componente de colocación laboral se propone implementar el acompañamiento y seguimiento al plan de inserción laboral de cada joven, derivando a un puesto de trabajo o una inserción laboral independiente.	Según la evaluación de impacto realizada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile y encargada por DIPRES (2016) el programa cumple con la preparación de los jóvenes para el mercado laboral, es decir su componente de formación laboral logra el propósito. Sin embargo, estos resultados positivos no tienen como consecuencia la mayor inserción laboral ni mayores salarios en aquellos beneficiarios asalariados, pero sí muestran aumento en empleos e ingresos de manera independiente. (Desempeño suficiente)

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Apoyo a tu plan laboral	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Personas mayores de 18 años en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, pertenecientes al Subsistema Seguridades y Oportunidades.	El programa consiste en la entrega de un aporte económico para financiar servicios o ayudas para los usuarios del programa, que les permita favorecer su inserción laboral. Considera servicios y ayudas en: desarrollo de capital humano, guardería infantil, recursos de movilización, trámites, certificaciones y procesos de postulación laboral, ayudas en salud, y recursos para promover el autoempleo. Todo lo anterior debe encontrarse acorde al Plan Laboral del usuario.	De acuerdo a la evaluación de impacto realizada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (2016), no se encontró un efecto significativo en la percepción de los beneficiarios sobre la facilidad de encontrar un empleo o negocio. Los evaluadores estiman que lo anterior puede deberse a que el aporte económico es muy bajo o a que los beneficiarios no lo utilizan en la ejecución de su Plan Laboral. Además los resultados indican que el programa no logra mejorar la inserción laboral ni la generación de ingresos autónomos, sin embargo sí tiene impacto en la nivelación de estudios y capacitaciones laborales externas a FOSIS. (Desempeño insuficiente)
Apoyo al Empleo	Subsecretaría de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social	Personas desempleadas de las regiones IV, V, VI, VII, VIII, IX, XIV y X, pertenecientes a los Subsistemas de Protección Social "Chile Solidario" y "Seguridades y Oportunidades".	El objetivo de este programa es entregar competencias en el área agroforestal para los beneficiarios. Sus componentes son: Apresto laboral, capacitación en oficio, y práctica laboral. Además al usuario se le entrega una remuneración mínima de manera proporcional (2/3 jornada laboral) a la jornada que cumple al participar del programa.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Yo trabajo	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Personas pertenecientes al 40% más vulnerable de la población de acuerdo a la Calificación Socioeconómica (CSE) del Registro Social de Hogares (*), igual o mayor de 18 años, desocupados, inactivos o con trabajo precario y que tengan al menos enseñanza básica incompleta.	Este programa busca desarrollar competencias para la empleabilidad, búsqueda de empleo, el acceso a éste. Tiene dos componentes: uno de formación laboral enfocado en el fortalecimiento de competencias a través de talleres en áreas de comunicación, efectividad personal, iniciativa y emprendimiento, y planificación y gestión de proyectos. El segundo componente de colocación laboral implica la instalación en un puesto de trabajo y o derivación a otros programas dependiendo del tipo de egreso dependiente (contrato laboral) o independiente (emprendimiento).	De acuerdo al Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (2016), los resultados de la evaluación de impacto muestran que el programa no generó efectos ni en el empleo formal, ni en los ingresos formales. Por lo tanto recomiendan el traspaso de los recursos de este programa a otros de empleabilidad o el rediseño del programa de manera profunda. No hay evaluaciones disponibles (Desempeño insuficiente)
Yo trabajo jóvenes	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Jóvenes de 18 a 29 años, que pertenezcan al 40% más vulnerable de la población de acuerdo a la CSE del RSH o pertenecientes al Subsistema de Seguridades y Oportunidades que se encuentren desocupados, inactivos o que desarrollan un trabajo precario.	Este programa se enfoca en el desarrollo de competencias de empleabilidad, la búsqueda activa de empleo, y el acceso a un puesto de trabajo para los jóvenes, para lo cual consta de dos componentes, formación laboral a través del desarrollo de un plan de inserción laboral para entrenar habilidades y destrezas motivacionales y comunicacionales. El segundo componente de colocación laboral se propone implementar el acompañamiento y seguimiento al plan de inserción laboral de cada joven, derivando a un puesto de trabajo o una inserción laboral independiente.	Según la evaluación de impacto realizada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile y encargada por DIPRES (2016) el programa cumple con la preparación de los jóvenes para el mercado laboral, es decir su componente de formación laboral logra el propósito. Sin embargo, estos resultados positivos no tienen como consecuencia la mayor inserción laboral ni mayores salarios en aquellos beneficiarios asalariados, pero sí muestran aumento en empleos e ingresos de manera independiente. (Desempeño suficiente)

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Apoyo a tu plan laboral	Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)	Personas mayores de 18 años en situación de pobreza y/o vulnerabilidad, pertenecientes al Subsistema Seguridades y Oportunidades.	El programa consiste en la entrega de un aporte económico para financiar servicios o ayudas para los usuarios del programa, que les permita favorecer su inserción laboral. Considera servicios y ayudas en: desarrollo de capital humano, guardería infantil, recursos de movilización, trámites, certificaciones y procesos de postulación laboral, ayudas en salud, y recursos para promover el autoempleo. Todo lo anterior debe encontrarse acorde al Plan Laboral del usuario.	De acuerdo a la evaluación de impacto realizada por el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile (2016), no se encontró un efecto significativo en la percepción de los beneficiarios sobre la facilidad de encontrar un empleo o negocio. Los evaluadores estiman que lo anterior puede deberse a que el aporte económico es muy bajo o a que los beneficiarios no lo utilizan en la ejecución de su Plan Laboral. Además los resultados indican que el programa no logra mejorar la inserción laboral ni la generación de ingresos autónomos, sin embargo sí tiene impacto en la nivelación de estudios y capacitaciones laborales externas a FOSIS. (Desempeño insuficiente)
Apoyo al Empleo	Subsecretaría de Servicios Sociales, Ministerio de Desarrollo Social	Personas desempleadas de las regiones IV, V, VI, VII, VIII, IX, XIV y X, pertenecientes a los Subsistemas de Protección Social "Chile Solidario" y "Seguridades y Oportunidades".	El objetivo de este programa es entregar competencias en el área agroforestal para los beneficiarios. Sus componentes son: Apresto laboral, capacitación en oficio, y práctica laboral. Además al usuario se le entrega una remuneración mínima de manera proporcional (2/3 jornada laboral) a la jornada que cumple al participar del programa.	No hay evaluaciones disponibles

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Programa Servicios Sociales	Subsecretaría del Trabajo, Ministerio del Trabajo y Previsión Social	Personas mayores de 18 años, desempleadas, que no estén cursando carreras técnicas o profesionales y no sean beneficiarios simultáneamente de otros programas de empleo, y que se encuentren inscritos en la Bolsa Nacional de Empleo.	El objetivo de este programa es facilitar la inserción laboral de personas desempleadas. Tiene componentes asociados a: incrementar oportunidades de acceso al empleo, capacitaciones en competencias de empleabilidad y en oficios, práctica laboral, intermediación, colocación laboral y seguimiento post inserción laboral.	No hay evaluaciones disponibles
Más Capaz Regular	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	<p>Jóvenes de 18 a 29 años, que no se encuentren estudiando, pertenecientes al 60% más vulnerable de la población.</p> <p>Además tiene cupos especiales para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jóvenes entre 16 y 17 años con responsabilidad parental. - Estudiantes de cuarto medio de liceos técnico profesionales. - Hombres infractores de ley entre 14 a 40 años, y mujeres infractoras de ley entre 14 y 64 años. 	<p>Este programa consta de cuatro componentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Formación en oficios: entre 180 a 300 hrs. lectivas que entregan competencias transversales y técnicas para facilitar el acceso al empleo. Además contempla un subcomponente de apoyo sociolaboral que se orienta la salida laboral del usuario y determina el acceso a práctica laboral. 2.- Práctica Laboral o asistencia técnica: conforme al tipo de egreso (dependiente o independiente) se facilita al usuario una práctica laboral de acuerdo al oficio o asistencia técnica en su emprendimiento. 3.- Intermediación Laboral: Acciones que permiten la colocación del usuario en un puesto de trabajo formal. 4.- Certificación en competencias laborales: evaluación de las competencias laborales a través del Sistema Nacional de Certificación. 	<p>La DIPRES (2015d) a través de la modalidad evaluación de programas gubernamentales (EPG) destacó los siguientes puntos en su evaluación:</p> <p>Ausencia de delimitación de la población objetivo no permite conocer las características específicas de la población a atender diferenciando por personas con empleos precarios, desempleados o inactivos, lo cual repercute en el acceso al mercado laboral, ya que se requieren intervenciones diferenciadas para cada uno, como la baja participación laboral de las personas inactivas.</p> <p>Énfasis del gasto de recursos puesto en el primer componente, mermando la ejecución de subcomponentes relativos a nivelación o continuidad de estudios.</p> <p>Conforme a estas deficiencias, proponen diseñar actividades específicas de acuerdo a las tres poblaciones objetivos mencionadas anteriormente, que faciliten su inserción laboral. Esto implica analizar el tipo de empleo al que pueden acceder considerando las condiciones mínimas que les permitan desenvolverse en él.</p> <p>(Desempeño insuficiente)</p>

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Más Capaz Mujer Emprendedora	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	Mujeres de 30 a 64 años, pertenecientes al 60% más vulnerable de la población, y que presenten nula o escasa participación laboral.	Este programa tiene los mismos componentes que el programa Más Capaz regular, pero el énfasis es diferente. Para el componente 1 de formación en oficios, se focaliza en la gestión del negocio en términos de desarrollo y gestión del capital humano, y el aumento de competencias específicas para productividad y competitividad. Como sub componente se encuentra la asistencia técnica. Además se entrega a las usuarias un fondo e inversión de \$300.000 para materiales que faciliten la creación del producto o ejecución del servicio que entrega su negocio.	Para DIPRES (2015d) si bien el programa funciona, para en aquellas beneficiarias que se encuentran con autoempleo, para el caso de las inactivas no consideran problemáticas que pudiesen estar a la base de su inactividad, como por ejemplo labores de hogar, labores de cuidado de niños/as u otras personas, etc. De modo que la recomendación es que el programa desarrolle actividades específicas que faciliten la consolidación y formalización de un emprendimiento.

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Más Capaz Jóvenes con Discapacidad	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	Hombres de 18 a 40 años y mujeres de 18 a 64 años que presenten discapacidad	Este programa incluye los componentes mencionados para el programa Más Capaz Regular, y además se le suma una fase de intermediación laboral en que se trabajan elementos que consisten en acciones, apoyos técnicos y servicios ajustados a la persona con discapacidad, de modo de facilitar el acceso al empleo y su mantención en éste.	<p>El programa Más Capaz para jóvenes con discapacidad ha sido evaluado en al menos tres ocasiones. Por un lado por la DIPRES en su evaluación de programas gubernamentales (EPG) en 2015d, en paralelo una evaluación de implementación realizada por STATCOM en 2015, y por último una segunda evaluación de implementación en 2016 llevada a cabo por ClioDinámica Consulting. Éstas evaluaciones en términos generales comparten sus conclusiones entre las cuales destacan:</p> <p>La necesidad de segmentar los usuarios según tipo de discapacidad, ya que ésta define el tipo de inserción laboral y con ello las demandas de capacitación diferenciadas; las cuáles en el momento de las evaluaciones estaban de definidas de acuerdo a las competencias técnicas de cada OTEC.</p> <p>Agregan que es preciso incorporar de manera explícita el componente de inclusión laboral, dado que su no se obtuvieron buenos resultados al respecto. El trabajo de inserción no debe culminar tras la ejecución de los cursos y debe incorporar directamente esfuerzos de ampliación de redes de colaboración con el sector privado, además de un proceso de acompañamiento y seguimiento de los usuarios. Así mismo, deben mejorar los canales y redes de difusión del programa de modo de acceder al a población objetivo de éste, y para facilitar su participación flexibilizar los requisitos de postulación.</p>

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Capacitación en Oficios	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE)	Personas entre 18 y 65 años pertenecientes al 60% más vulnerable de la población.	<p>Contiene cuatro componentes: capacitación en un oficio, experiencia regular, seguimiento e intermediación laboral y práctica. Además durante todo el proceso se mantendrá un acompañamiento al usuario a través de tutorías especializadas.</p> <p>La formación en el oficio incluye un módulo de competencias transversales, uno de empleabilidad vinculado al desarrollo de habilidades sociales para el trabajo, y un módulo de alfabetización digital. Se divide en dos modalidades: regular y sectorial, esta última corresponde a capacitación en oficios para ramas productivas específicas del país por ejemplo minería.</p>	<p>A través de una evaluación de programas gubernamentales desarrollada por DIPRES (2017b) se identifican lo positivo y negativo del programa. En términos de resultados no favorables se obtiene que existe una ausencia de indicadores para medir inserción laboral de aquellas personas que buscan trabajo por primera vez o que tienen un empleo informal. En términos positivos los componentes de intermediación laboral y práctica laboral, han aumentado sus competencias y habilidades de las personas que participan del programa lo que permite mejorar su empleabilidad, y sumado a la formación integral realizada a través del componente lectivo concluye en buenos resultados para el programa (40% de los egresados se insertan laboralmente).</p> <p>Sin embargo en la modalidad sectorial las tasas de inserción laboral son bajas en relación a las áreas demandadas. Otro punto es mejorar la coordinación intersectorial y la complementariedad entre programas de la misma institución y que abordan una similar población objetivo. Por último, incorporar nuevos aspectos en la estrategia de intervención del programa para orientar la entrega de bienes y servicios de acuerdo a los perfiles de población que atiende (ocupados, desocupados e inactivos), ya que son necesarias las intervenciones diferenciadas según trayectoria laboral y perfil ocupacional.</p> <p>(Desempeño suficiente)</p>

Programa	Institución	Población Objetivo	Objetivos	Evaluación
Programa Autonomía Económica de la Mujer	Fundación Promoción y Desarrollo de la Mujer (PRODEMU)	Mujeres entre los 18 y 65 años, desempleadas, con empleo precario, trabajadoras por cuenta propia, inactivas, pertenecientes a los tres primeros quintiles de ingreso de la población, y que no participan simultáneamente en el programa Mujeres Jefas de Hogar.	<p>Este programa se conforma por tres opciones de líneas de trabajo: una con salida dependiente a través del programa Más Capaz; y dos con salida independiente a través del programa Mejorando Mi Negocio.</p> <p>La línea dependiente tiene su énfasis en facilitar la inserción laboral, entregando herramientas que contribuyan al desarrollo de habilidades personales, fortalecimiento de la identidad de mujer trabajadora, y el logro de la autonomía económica.</p> <p>La línea independiente por su parte, se enfoca en aumentar la capacidad de gestión de un negocio propio y fortalecer la sustentabilidad de éste en el tiempo, genera un Plan de Negocio y se le entrega un pequeño capital semilla.</p>	No hay evaluaciones disponibles
Programa Mujeres Jefas de Hogar	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género (SERNAMEG)	Mujeres jefas de hogar, económicamente activas, mayores de 18 y preferentemente menores de 45 años, pertenecientes a los quintiles de ingreso I, II y III.	<p>El énfasis de este programa se encuentra en despejar las barreras que separan a las mujeres de la incorporación al mercado laboral. La intervención se realiza a través de un plan de trabajo individual donde se identifican características sociodemográficas y perfil laboral de las mujeres, información con la cual se definen apoyos y la trayectoria en el programa.</p> <p>Las líneas temáticas y de acción, a las cuales acceden las mujeres dependiendo de su plan de trabajo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> Formación para el trabajo Nivelación de estudios Servicios de cuidado de los hijos/as Capacitación en oficios Intermediación laboral <p>Además, existen apoyos relacionados con atención odontológica, alfabetización digital, y tecnologías de la información y comunicación.</p>	<p>En la evaluación de impacto realizada por Guernica Consultores en 2010, se concluyó que en la práctica la definición de población potencial en la cual las mujeres deben ser económicamente activas no es tal, existe un 15,9% de usuarias que son inactivas, de las cuales aproximadamente el 60% se activa en su paso por el programa, y un 40% se mantiene trabajando después del programa, por lo tanto el programa incide en el ingreso al mercado laboral.</p> <p>Además, encuentran un impacto del programa en la mejora de activos psicosociales, de participación social, en el pre-empleo (condiciones para la empleabilidad)</p>

Fuente: Banco integrado de programas sociales

7.3.- Oferta programática de las Fundaciones Hogar de Cristo

La falta de empleo no solo actúa como una de las principales barreras para la inclusión económica, sino que limita la inclusión social en general. La exclusión laboral, tienden a coartar la interacción del individuo con su entorno humano, aislándolo de potenciales vínculos favorables en términos de apoyo mutuo, recepción de información y sentido de pertenencia comunitaria.

Un factor de vital importancia para las estrategias inclusión social es que las personas tengan posibilidades de acceder al trabajo. Sin embargo para superar la pobreza y exclusión social, no basta sólo contar con empleo. En efecto, para que la inclusión sea plena y sostenible en el tiempo, se debe considerar como condición el acceso un empleo decente, donde sean igualmente relevante los estándares de calidad que presenta el trabajo como un derecho en materia de ingresos, estabilidad, y seguridad social.

Las trayectorias laborales inclusivas implican considerar aspectos multidimensionales de la empleabilidad que van más allá del acceso del mercado del trabajo. Involucra construir una vinculación estrecha entre proyectos de vida, intereses, capacidades y expectativas de las personas, en relación a la vida laboral. Las trayectorias laborales precarias y en exclusión tienen a presentar una fuerte brecha en estos aspectos. Especialmente en las poblaciones más excluidas de la población donde sus trayectorias laborales han sido casi inexistentes, o han sido construidas desde la inestabilidad, precariedad y el estigma.

Las Fundaciones Hogar de Cristo, por medio de Fundación Emplea, entregan prestaciones sociales orientadas a maximizar las posibilidades de inclusión laboral a los adultos en situación de pobreza y exclusión social que se encuentran desempleados y/o inactivos, fortaleciendo sus capacidades de empleabilidad para incluirse laboralmente y ampliar sus oportunidades de vida (Hogar de Cristo, 2017).

El modelo de inclusión laboral de Emplea considera el trabajo integrado de diversas dimensiones relevantes para la construcción de trayectorias laborales inclusivas y sustentables, entre las que se encuentran:

- Desarrollo de capacidades relevantes para la inclusión laboral tales como de habilidades interpersonales, apresto laboral, procesos de búsqueda y postulación.
- Desarrollo de competencias laborales específica por medio de la capacitación en oficios.
- Intermediación laboral
- Apoyo psicosocial
- Acompañamiento en el puesto de trabajo

Por medio de diversos programas, se busca responder a las necesidades específicas de un conjunto de poblaciones en situación de exclusión laboral. Más específicamente, la Fundación Emplea divide su oferta programática en tres dispositivos:

Orientación socio-laboral (OSL): Programa dirigido a personas entre 18 y 65 años con consumo problemático de drogas y/o alcohol, derivadas de un centro de tratamiento del Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA). Diseñado en conjunto con SENDA y con la Fundación Emplea como el único ejecutor del programa, se ofrece acompañamiento sociolaboral para mejorar las condiciones de empleabilidad de sus participantes.

Empleo con apoyo para Personas en Situación de Calle (ECA PSC): Destinado a personas mayores de 18 en situación de calle, las cuales pueden ingresar por demanda espontánea o derivadas por el MINDES. Este programa forma parte del Subsistema de Seguridades y Oportunidades (SS y OO) del MINDES, basando sus directrices técnicas a partir de lo establecido por este organismo. Sus componentes consisten en un modelo de acompañamiento psicosocial y sociolaboral.

Programa de Acompañamiento y Formación Socio Laboral: Dirigidos a hombres y mujeres mayores de 18 años que se encuentran en situación de pobreza y al mismo tiempo estén desempleados

e inactivos. Tiene como objetivo acompañar y entregar herramientas que permitan desarrollar competencias para la inclusión al mundo del trabajo.

Centro de inclusión laboral (CIL): Programa aún en fase de diseño, enfocado a personas mayores de 18 años pertenecientes a grupos con altas tasas de pobreza, exclusión social y desempleo, entre las que se encuentran inmigrantes, personas en situación de discapacidad, mujeres, jóvenes y adultos mayores. El programa incluye componentes de apresto laboral, y búsqueda, inserción y acompañamiento en el puesto de trabajo. Se proyecta comenzar la implementación del piloto en 2018.

Las Fundaciones Hogar de Cristo, además, contemplan mejorar las posibilidades de inclusión laboral de las personas con discapacidad mental, lo cual es realizado a través de la línea técnica de Discapacidad Mental. Esta intervención contribuye

no solo en sus posibilidades de acceder a un trabajo decente, sino también a superar lógicas de discriminación y estigmatización. La inclusión laboral para personas con discapacidad mental implica realizar un trabajo integral, que considere la habilitación, la rehabilitación, y la preparación laboral.

Centro de Preparación para el Trabajo: Programa orientado a personas con discapacidad mental (psíquica y/o intelectual) y que al mismo tiempo viven en situación de pobreza. Tiene como objetivo favorecer el desarrollo de competencias laborales y la incorporación a un espacio de laboral. Las habilidades que este programa busca desarrollar son: Habilidades laborales, competencias sociales y la incorporación de hábitos laborales.

7.4.- Brechas de cobertura

7.4.1.- Línea Trayectorias laborales inclusivas

Tabla 32 - Poblaciones potenciales trayectorias laborales inclusivas	
Temática social relevante	Trayectorias laborales inclusivas
Línea técnica	Inclusión Laboral
Población Potencial	Personas entre 18 a 65 años de edad, pertenecientes al 60% de los hogares de menores ingresos y que se encuentren desocupados o inactivos, habiendo declarado intenciones de trabajar y que no se encuentren estudiando. 1.065.047
Población potencial focalizada	Personas entre 18 y 65 años de edad, pertenecientes al 60% de los hogares de menores ingresos y que se encuentren desocupados o inactivos, habiendo declarado intenciones de trabajar y que no se encuentren estudiando, que cuenten con ambas pobreza a la vez. 100.754

Fuente: Elaboración propia.

En esta línea técnica se consideró como población potencial a todas las personas entre 18 a 65 años de edad, pertenecientes al 60% de los hogares de menores ingresos y que se encuentren desocupados o inactivos, habiendo declarado intenciones de trabajar y que no se encuentren estudiando, lo que según CASEN (2017) corresponde a 1.065.047. Por su parte, la población focalizada, es la proporción de personas del grupo anterior, que cuentan con ambas pobreza a la vez, las que totalizan 100.754 según la misma encuesta.

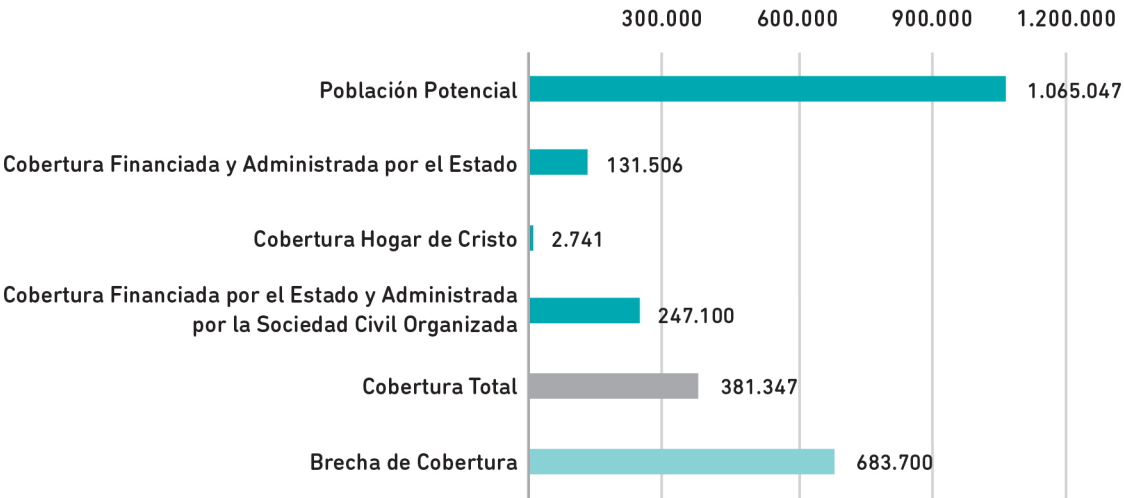
Para el cálculo de la cobertura total, se consideró la suma de atendidos durante 2017 en programas que propician la inclusión laboral a través de al menos dos de los siguientes componentes: capacitación y/o formación sociolaboral, intermediación laboral, y acompañamiento sociolaboral. De este modo se consideraron los atendidos en los programas Acompañamiento y Formación Socio Laboral (AFSL), Más Capaz, FOMIL, Becas Laborales⁹⁰ y Capacitación en Oficios de SENCE; Yo trabajo de FOSIS, Mujeres Jefas de Hogar de SERNAM; Programa Apoyo al Empleo y Acompañamiento Sociolaboral para Personas en Situación de Calle de Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social; y Programa Servicios Sociales de Subsecretaría del Trabajo del Ministerio del Trabajo y Previsión

Social. A los anteriores, se les agregó la oferta de programas de inclusión laboral dispuesta por Fundación Banigualdad y Fondo Esperanza.

Las atenciones en los programas mencionados se dividieron según fueron financiados y ejecutados por el Estado; financiados por el Estado y ejecutados por la sociedad civil, distinguiendo entre estos a los que corresponden a fundaciones del Hogar de Cristo. En el primer caso se consideraron los atendidos por proyectos ejecutados por municipios u otras instituciones estatales. En el segundo caso se consideraron los atendidos por proyectos ejecutados por la sociedad civil. En el tercer caso no se encontraron proyectos con al menos dos de los componentes mencionados que fueran financiados y ejecutados por la sociedad civil con recursos propios. Para calcular la cobertura de Fundación Emplea, se contabilizaron los RUN distintos atendidos hasta diciembre de 2017 en los programas de Inclusión Laboral de la fundación, de acuerdo con el Sistema de Gestión Social. En suma, la cobertura Emplea fue de 2.741 y la cobertura total fue de 381.347 personas.

El cálculo de la brecha de cobertura consistió en la resta del total de cobertura de atención de la población potencial, reportándose una brecha de 683.700 casos, que corresponde a un 64,2%

Gráfico 74 – Brechas de cobertura población potencial

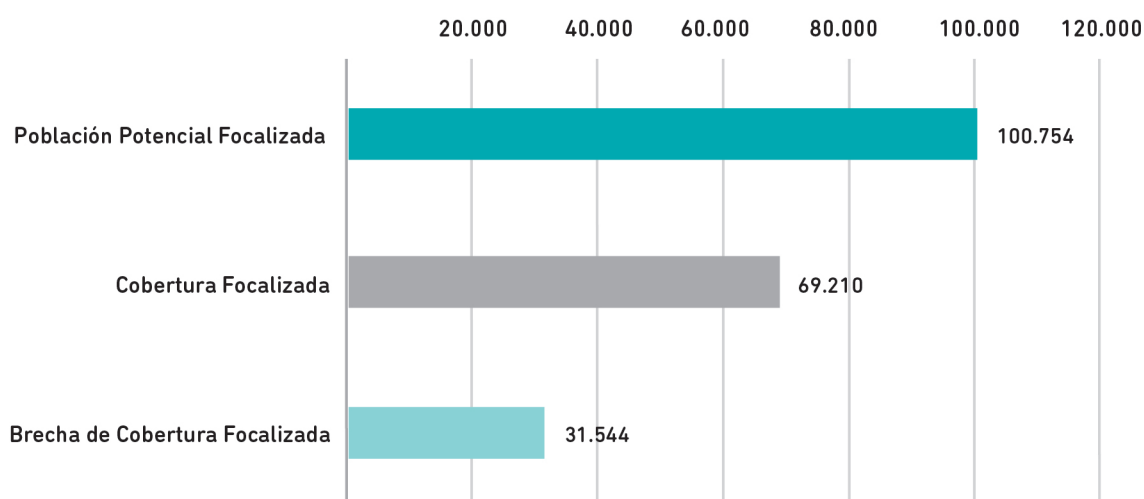


Fuente: Elaboración propia.

Como ya ha sido explicado, para esta versión de la Matriz de Inclusión, se calcularon brechas de cobertura focalizada. Mediante el uso de ponderadores, se ajustó la cobertura total para que refleje la proporción mayormente excluida que los programas atienden. En este caso, el ponderador utilizado corresponde a la proporción de personas desempleadas, inactivas, con disposición a trabajar, que no estudian y recibieron capacitación del primer decil de ingresos sobre el total de personas

desempleadas, inactivas, con disposición a trabajar, que no estudian y recibieron capacitación del sexto o menos decil de ingresos⁹⁰. Con esto, se ha estimado que la cobertura focalizada de los programas incluidos en esta línea corresponde a 69.210, lo que restado a la población potencial focalizada (100.754), da una brecha de cobertura de 31.544 cupos, lo que corresponde a un 31,3%.

Gráfico 75 – Brechas de cobertura población potencial focalizada



Fuente: Elaboración propia.

⁹⁰Este programa tiene criterios de focalización muy amplios, aun cuando hay personas altamente excluidas que son atendidas gracias a él. Dado esto, el total de atendidos declarado por el programa fue ajustado mediante el uso de un ponderador, el cual se construyó con la proporción de personas que declaran haber recibido capacitación y se encuentran desempleados, que se encuentran desempleadas.

⁹¹Este ponderador fue aplicado al total de atendidos, salvo a los correspondientes a beneficiarios del Fondo Esperanza, del cual se cuenta con la cantidad de atendidos focalizados, los cuales se sumaron al cálculo anterior para obtener el número final.



www.hogardecristo.cl