

ACTIVIDAD FINAL DE GRADUACIÓN (AFG)

Política Propuesta: “Uso de Bonos de Impacto Social (BIS) para reducir el sentimiento de soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor”.

MAGISTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS
ESCUELA DE GOBIERNO
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

~~DANIELA GUZMÁN~~
Alumna: Daniela Guzmán

Profesor Guía: Osvaldo Larrañaga – Director Escuela de Gobierno PUC

INDICE

Resumen Ejecutivo.....	2
I. Contexto.....	3
II. Política Pública.....	3
III. Problema a Solucionar.....	4
i. Soledad en los Adultos Mayores.....	5
ii. Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor	6
iii. Bonos de Impacto Social (BIS).....	7
iii.a. Bonos de Impacto Social en el Programa propuesto.....	9
IV. Implementación de la Política.....	11
i. Posicionamiento de la Política.....	11
i.a. Agenda Pública.....	11
i.b. Agenda Política.....	12
i.c. Debate Político.....	12
ii. Factibilidad.....	16
ii.a. Población Potencial Focalizada.....	16
ii.b. Población Objetivo Focalizada	17
ii.c. Política Escalable Focalizada.....	17
ii.d. Política Escalable.....	17
iii. Efectividad.....	18
iv. Eficiencia.....	19
V. Políticas y Programas existentes.....	24
i. Nivel Nacional.....	24
i.a. Política Nacional alternativa – Programa Vínculos.....	24
i.b. Políticas que dan sustento al Programa propuesto.....	27
ii. Nivel Internacional.....	29
ii.a. Programa Reconnections.....	29
VI. Monitoreo y Evaluación expost.....	30
i. Metodología sugerida.....	30
ii. Indicadores.....	30
VII. Conclusiones.....	31
Anexos.....	32
Bibliografía.....	43

Resumen Ejecutivo

Este estudio busca dar cabida a una urgencia nacional contingente, que es atender y hacer frente a uno de los muchos problemas que existen en una sociedad que está envejeciendo: el sentimiento de soledad en los adultos mayores.

El Programa propuesto *“Uso de Bonos de Impacto Social (BIS) para reducir el sentimiento de soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en los Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor”*, es un plan piloto que tiene como objetivo reducir el sentimiento de soledad de personas iguales o mayores a 60 años, que pertenezcan a los quintiles I, II y III del Registro Social de Hogares (RSH), que cuenten con un nivel de dependencia funcional leve.

El plan propone que todos los Centros Diurnos Comunitarios de la red del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) implementen un taller de auto-ayuda grupal, lo que facilitaría un cambio en el sentimiento de soledad de las personas que asisten. Al respecto, se utilizará la Escala de Soledad UCLA como referencia para puntuar dicho sentimiento, según un cuestionario que todos los beneficiarios del programa deben contestar antes de iniciar el tratamiento sugerido.

Se espera que la implementación de este programa repercuta directamente en un ahorro Estatal relacionado al gasto en patologías de salud mental asociadas al sentimiento de soledad, de las personas que son beneficiarias de la política.

Para llevarlo a cabo, se sugiere el modelo de financiamiento Bonos de Impacto Social (BIS), donde se espera que el sector público y el sector privado actúen colaborativamente para financiar e implementar el programa. En este, el inversionista es quien toma el riesgo de invertir y el Estado, sólo en caso de éxito, le devolverá la inversión más retornos acordados.

I. Contexto

El envejecimiento poblacional es un hecho evidenciable a nivel mundial. Por distintos factores, la cantidad de años que puede vivir una persona ha ido aumentando a lo largo del tiempo. De esta forma, según datos del CENSO 2017, Chile “cuenta con 2.850.171 personas de 60 años y más”, lo que representa a un 16.2% de la población nacional. Y, en contraste, para el año 2050 se calcula que estas personas corresponderán a un 25% de la población nacional total.

El envejecimiento de la población en Chile constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas; es un reto para la sociedad, la que debe adaptarse para mejorar al máximo no solo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, sino que también su participación social y seguridad, en palabras de la PhD en Gerontología, Doris Sequeira (2011).

Al respecto, distintos estudios (algunos expuestos más adelante) avalan la teoría de que el sentimiento de soledad en las personas mayores conlleva a que tengan mayores problemas de salud mental asociados a depresión y ansiedad y que, por tanto, hagan visitas médicas correspondientes; todo lo cual disminuye la calidad de vida y bienestar del adulto.

II. Política Pública

La evaluación prospectiva propuesta: “Uso de Bonos de Impacto Social para reducir la soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor”, supone el desarrollo de un plan piloto bajo el modelo de financiamiento e implementación público-privado Bonos de Impacto Social (BIS), que busca aumentar las redes de apoyo en los Centros Diurnos del Adulto Mayor, para reducir el sentimiento de soledad en los Adultos Mayores, lo que disminuiría el gasto Estatal en atenciones por salud mental en estas personas.

Se plantea que el plan parta en los Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor de la red del Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA)¹, el cual estará a cargo de dar talleres de auto-ayuda grupal²; donde el sector público y sector privado, en conjunto, serán los encargados de financiar e implementar el programa.

En esto, la estimación de soledad en cada adulto mayor será determinada en el Centro correspondiente, en relación a lo que puntúe cada persona en la Encuesta de Soledad UCLA (Fetzer Institute, 2015). Esta encuesta³ tiene un cuestionario de 20 preguntas asociado una escala de soledad, que estima un máximo de 60 puntos y un mínimo de 0 según “extrema soledad” o “nada de soledad”, respectivamente. En tanto, se estimará que el programa fue llevado a cabo de forma efectiva si, y sólo si, la persona mayor beneficiaria presenta una baja de aproximadamente 1.0 puntos⁴ en el puntaje de la Escala de Soledad UCLA, 18 meses después desde que se le tomó la encuesta por primera vez; lo que, además, supondría una posibilidad de egreso de la persona mayor del Centro Diurno⁵.

III. Problema a Solucionar

¹ La red de Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor de SENAMA se compone por el servicio entregado en las Regiones y Municipalidades de, respectivamente: La Araucanía: Padre de las Casa, Loncoche, Curacautín, Perquenco, Victoria, Currarehue y Villarrica; BíoBío: Concepción y Tucapel; Coquimbo: La Serena y Coquimbo; Los Lagos: Los Muermos, Hualaihué y Frutillar; O’Higgins: Quinta de Tilcoco, Graneros y Peumo; RM: Huechuraba, La Granja, La Reina, Melipilla, Recoleta, Renca, Quinta Normal, Independencia, María Pinto, Puente Alto, San Miguel, Talagante, San Joaquín, Padre Hurtado, Cerro Navia y San Bernardo; Valparaíso: Valparaíso, San Felipe y El Quisco; Maule: Linares, San Clemente y Río Claro; Copiapó: Caldera; Los Ríos: Lanco y La unión; Tarapacá: Pozo al Monte; Ñuble: Chillán y Portezuelo; Arica y Parinacota: Arica; y Los Lagos: Chaitén y Puerto Octay (48 Centros Diurnos Comunitarios, a lo largo del país) (SENAMA, 2019).

² Estos talleres de auto-ayuda se pueden insertar dentro de las “terapias psicoafectivas” y/o de las “terapias socializadoras”, que cumplen con responder al “Plan de atención integral” del programa de los Centros Diurnos Comunitarios.

³ Anexada (1).

⁴ Reconnections, explicado con más detalle más adelante, es un programa británico que tenía como objetivo reducir el sentimiento de soledad de las personas, y suponía una reducción de 0.8 puntos promedio en la Escala UCLA, pero según un informe de seguimiento al programa (2018), en promedio se produjo una baja de 1.3 puntos en la soledad de los beneficiarios. Por tanto, se postula como apropiado la baja de 1 punto en la Escala, con el fin de no ser ni muy conservadores ni muy riesgosos en la propuesta.

⁵ Actualmente, el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile se encuentra haciendo una evaluación de impacto de los Centros Diurnos del Adulto Mayor alineados al programa del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). A modo de recomendación en lo que va de la evaluación – Enero del año 2020 –, el Centro propuso a los encargados de SENAMA encontrar hitos de egreso de las personas mayores que asisten a estos Centros. En tanto, en conversaciones con Gladys González, encargada de la Unidad de Servicios Sociales de la División de Gestión y Coordinación Territorial de SENAMA, ante la presentación del estudio, postuló la idea de que una baja en el puntaje de mencionada encuesta podría ser un hito de egreso de la persona.

El problema que busca solucionar esta política es el alto índice de sentimiento de soledad presente en los Adultos Mayores (Social Finance, 2015) que, según distintos estudios, se traduce en el aumento de problemas asociados a salud mental y, en tanto, en la disminución de la calidad de vida⁶ de estas personas.

Al respecto, se desarrollan tres distintos aspectos relacionados al problema y su solución:

i. Soledad en el Adulto Mayor

La soledad es un sentimiento subjetivo que sienten, en mayor proporción, las personas pertenecientes a grupos vulnerables, el que puede convertirse en algún tipo de enfermedad (Social Care Institute, 2014). En cualquier caso – la soledad o la enfermedad causada por el sentimiento de soledad – la persona debe someterse a algún tratamiento.

En este sentido, estudios internacionales como “Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes” del “Social Care Institute for Excellence” (2014), “Tackling Loneliness” de “What Works Wellbeing” (2018), y “Loneliness as Public Health Issue: The impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults” del “American Journal Public Health” (2015), consideran que los adultos mayores son particularmente susceptibles a sentir soledad, lo que impactaría de forma negativa en la calidad de vida y bienestar de estas personas.

Por un lado, “Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes” (2014) desarrolla la idea de que el sentimiento de soledad en los adultos mayores puede repercutir en la salud de la persona (depresión, trastornos mentales, entre otros), por lo que generar políticas de prevención para esto disminuiría la tasa de morbilidad en las personas mayores, en tanto disminuiría la cantidad de atenciones médicas asociadas.

⁶ Determinado en la “Guía de Operaciones de los Centros Diurnos Comunitarios” (SENAMA, 2019); se entenderá calidad de vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes”. Concepto amplio multidimensional influido, en esta materia, por su estado psicológico, nivel de (in)dependencia, y relaciones sociales.

“Tackling Loneliness” (2018) establece que sentirse solo puede ser un problema que repercute en la salud y el bienestar del adulto mayor. La evidencia que este estudio presenta es conclusiva en que deben existir programas de rehabilitación grupal, con el fin de establecer vínculos, para que la calidad de vida de la persona mayor no se vea, en este sentido, perjudicada.

En la misma línea, el informe del “American Journal Public Health” (2015) argumenta que las relaciones sociales son parte integral del bienestar humano, y que tanto la integración social como el apoyo tienen efectos positivos en resultados de morbilidad y mortalidad en personas que se sienten solas.

La vejez es una “etapa de la vida en que las personas mayores están sujetas a una gran cantidad de cambios y presiones, en la que se suceden una serie de pérdidas de tipo biológicas, familiares y sociales (...) contribuyendo en forma significativa a aumentar los problemas de salud mental y les predispone a la aparición del sentimiento de soledad” (Sequeira, 2011).

ii. Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor

El Programa Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor busca que los “adultos mayores con dependencia leve⁷, y en situación de vulnerabilidad social, conserven o mejoren su nivel de funcionalidad” contribuyendo a retardar el proceso de dependencia, mejorando su calidad de vida. (DIPRES, 2017).

Por lo expuesto, estos Centros se adecúan a las necesidades que tiene este plan para llevarse a cabo. Así, la “Guía de Operaciones para Centros Diurnos Comunitarios” (SENAMA, 2019) da el lineamiento al programa propuesto, en cuanto:

⁷ La dependencia leve va a depender de: 1. La incapacidad para efectuar una (1) Actividad Instrumental de la Vida Diaria (AIVD) - Salir a la calle, hacer compras o ir al médico, realizar sus tareas del hogar, y/o hacer o recibir llamadas -; 2. la necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) - Comer (incluyendo cortar comida y llenar los vasos), bañarse (incluyendo entrar y salir de la tina), moverse/desplazarse dentro de la casa, utilizar el W.C. o retrete, acostarse y levantarse de la cama, vestirse - ; o 3. La necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos (2) AIVD.

- La población potencial de los Centros son personas de 60 o más años, que se encuentran dentro de los 3 primeros tramos de la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares (RSH):
 - La política propuesta es un programa focalizado bajo los mismos requisitos. Esto, en razón de que, además de la tendencia en personas mayores a sentir soledad; también hay estudios que evidencian que a mayores tasas de pobreza, mayor es el sentimiento de soledad (Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, 2017)
- Los Centros cuentan con la implementación y ejecución de un Plan de Atención Individual (PAI); que detalla los servicios a los que deberá asistir la persona mayor, según las necesidades y requerimientos personales:
 - La política propuesta contempla cumplir con el mismo PAI, incluyendo en él la Encuesta de Soledad UCLA. Esta determinará el puntaje asociado al sentimiento de soledad de la persona, y se incluirá en el plan para una futura evaluación de la Encuesta, para que cumpla con el proceso de 18 meses sugerido.
- Dentro de su dotación de personal, se considera la contratación de 1 trabajador social y 1 psicólogo, entre otros; además de la participación de voluntarios y alumnos en práctica.
 - Los talleres grupales de auto-ayuda del programa piloto propuesto contemplan la participación 1 psicólogo a cargo de las sesiones del taller de auto-ayuda, y 1 alumno en práctica que tome la Encuesta de Soledad UCLA.
- En infraestructura, dentro de los espacios mínimos con los que debe contar un Centro, se encuentra: baños, salones para talleres, módulos independientes para atención personalizada, y bodega o espacio adecuado para materiales de trabajo.
 - Todo lo nombrado anteriormente, es suficiente y necesario para que los talleres del programa propuesto puedan llevarse a cabo exitosamente.

iii. Bonos de Impacto Social (BIS)

Los Bonos de Impacto Social (BIS) son un “mecanismo de financiamiento y articulación público-privada para el testeo de programas sociales (...) donde los privados financian la implementación de un programa social preventivo (...) y el Gobierno se compromete a devolver la inversión más una tasa por el riesgo, sólo si se alcanzan los resultados” (Fondo Multilateral de Inversiones, 2015).

El primer BIS fue desarrollado e implementado de forma exitosa en Reino Unido el año 2010. Actualmente, en el mundo existen 138 programas ya implementados, de los que los inversionistas han recaudado \$411 millones de dólares – es decir, se ha cumplido con el ciclo de devolución de dinero dado el éxito de los respectivos programas –. Además, aproximadamente, 69 son los nuevos programas que están en proceso de implementación, de los cuales se pueden contabilizar 3 en Chile (Social Finance, 2020).

Según lo plantea Social Finance, Organización No Gubernamental Británica que desarrolla programas sociales a través de los BIS, los principales beneficios asociados a esta forma de financiamiento están en que: favorece la innovación en la búsqueda de soluciones a problemas sociales; favorece la eficacia en el uso de recursos públicos, ya que sólo se financian los programas sociales exitosos; favorece la transparencia en el uso de los recursos públicos, dado que se conocen los resultados obtenidos (*accountability*); y favorece la colaboración entre distintos actores de la sociedad, en pos de la solución a problemas sociales.

En esta línea, el Fondo Multilateral de Inversiones (2015) describe que el interés del Estado en este mecanismo radica en que su desembolso de recursos se originaría sólo si el plan piloto genera determinado nivel de impacto. Si bien el Estado debe velar por el bienestar común de las personas, también debe preocuparse de ser eficiente en la asignación de recursos. Cabe destacar la voluntad política que debe existir para que los BIS puedan funcionar.

Por otro lado, el incentivo de los privados está en, primeramente, la tasa de retorno que se le pagará por éxito del programa que se está implementando – definido y pactado por todas las

partes antes de llevar a cabo el plan –. Este es revisado y, con esto, se desarrolla un modelo de inversión adecuado, que corresponda con los intereses de todos los actores intervinientes.

En segundo lugar, y no menos importante, se encuentra el sentido filantrópico que pueden tener estos inversionistas. Al respecto, los BIS se presentan como una herramienta que ofrece oportunidades de inversión a una escala accesible tanto para inversionistas comerciales como para filántropos (Fondo Multilateral de Inversiones, 2015).

Esta forma de financiamiento, cuenta con la participación de 5 distintos actores: Estado, intermediarios, inversionistas, proveedores de servicios y evaluadores.

Figura 1. Cómo operan los BIS (Fondo Multilateral de Inversiones, 2015)



iii.a. Bonos de Impacto Social para la disminución del sentimiento de soledad

Para la política y plan piloto “Uso de Bonos de Impacto Social para reducir la soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en Centros Diurnos para el

Adulto Mayor”; se define a los actores, según corresponde a lo determinado por el Fondo Multilateral de Inversiones (2015):

1. Estado: como representante de quien tiene la potestad para decidir el programa social que puede implementarse; el Servicio Nacional para el Adulto Mayor (SENAMA)⁸, órgano dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, como quien identifica el problema en relación al sentimiento de soledad en los adultos mayores, y define posibles soluciones.
2. Intermediario: Mediador – ONG, fundación, privado, entre otros; especialista en la temática que corresponda – entre el Estado y los inversionistas; establece quien es el proveedor de servicios “ideal”, el capaz de comprometerse con desarrollar e implementar el programa para cumplir con el impacto determinado. Es el punto medio entre el Estado y los inversionistas, por lo que es quien colabora activamente para que el programa social sea llevado a cabo eficientemente, para que se cumpla el *accountability* inherente en este mecanismo.

Para este caso, el intermediario (2) debería ser especialista o conocer sobre temáticas en adultos mayores, mediaría la relación entre SENAMA (1) y el inversionista (3), y elegiría a los Centros Diurnos Comunitarios como proveedores de servicios (4).

3. Inversionistas: Filántropos o grandes fondos de inversión, que invierten en un programa que compromete retornos futuros pagados por el Estado, con un riesgo asociado al impacto real generado.

En este caso, el intermediario (2) les presenta el problema de la soledad en el adulto mayor y explica el programa propuesto que, en la teoría, fue desarrollado por el Estado (1); a lo que el inversionista (3)⁹ propondrá un modelo de inversión adecuado, que presentará ganancias y ahorros según casos de éxito – estos, asociados al porcentaje de personas mayores que percibieron un cambio en 1.0 o más puntos en la Encuesta de Soledad UCLA, 18 meses después de que se les aplicó la encuesta por

⁸ SENAMA está al tanto del estudio, se les presentó el problema y la forma de resolverlo, y se estipuló que podría ser un programa implementable en los Centros Diurnos de su red.

⁹ Se propone algún inversionista de impacto, o fundación con experiencia en el tema (por ejemplo, Fundación Amanoz).

primera vez; lo que responde a una disminución en el gasto del Estado por salud mental de estas mismas personas –.

4. Proveedores de Servicios: Especialistas en la resolución de problemas específicos de la comunidad correspondiente, que tienen el conocimiento y requieren de financiamiento. Así, los Centros Diurno Comunitarios para el Adulto Mayor, que operan según lineamientos de SENAMA, son el organismo elegido.
5. Evaluador Externo: Agente externo y autónomo que puede medir el verdadero impacto del programa para decidir sobre los pagos del Gobierno. A modo de etapa de prefactibilidad, no se cuenta con un actor definido.¹⁰

IV. Implementación de la Política a Nivel Nacional

i. Posicionamiento de la Política

i.a Agenda Pública

La vejez es un fenómeno mundial que tiene importantes implicancias en el área política, económica y social de un país, pues conlleva múltiples necesidades de salud, previsión, trabajo, vivienda, recreación y educación, entre otras. Es un fenómeno que tiene que influir en cambios estructurales, sociales y culturales (Sequeira, 2011).

Como se ha mencionado, se puede determinar que la calidad de vida de las personas mayores se está viendo alterada por múltiples factores, dentro de los cuales se puede mencionar la soledad – uno de los más importante para predecir la calidad de vida de las personas mayores, dado que esta afecta directamente a la salud mental¹¹, repercutiendo en altos niveles de ansiedad, baja autoestima, estados depresivos, entre otros -.

¹⁰ Se propone un Centro de Estudios capaz de hacer evaluaciones de programas sociales, ojalá con experiencia en evaluación de programas en vejez y/o de BIS. A modo de ejemplo, y porque han realizado evaluaciones de programas de SENAMA, se propone el Centro de Microdatos de la Universidad de Chile.

¹¹ José Miguel Aravena, director de la Sociedad de Geriatria y Gerontología de Chile, establece que los adultos mayores necesitan acompañamiento mucho más directo, que si llegan a una consulta con síntomas de soledad deben ser sujetos de seguimiento continuo (La Tercera, 2018).

En este sentido, el envejecimiento y sus desafíos son parte de la contingencia nacional; nos involucra a todos, dado que contar con una buena calidad de vida y bienestar es una necesidad humana, y los distintos actores sociales debemos actuar al respecto. Dado que Chile se está acercando a ser una sociedad envejecida, estos no pueden hacer caso omiso.

i.b Agenda Política

La disminución en el sentimiento de soledad – sentimiento que conlleva a suicidios en las personas mayores, dados los problemas a la salud mental asociados (Plan Nacional de Salud Mental, 2017) –, está estrechamente ligado a la calidad de vida de la persona. En consecuencia, las autoridades y líderes políticos deben responder, en tanto el desafío se circunscribe en una compleja realidad nacional.

Bajo la potestad del Poder Legislativo de dirimir sobre las políticas y programas a ejecutarse, suponiendo que el plan piloto resulta positivo y que se puede proyectar al futuro e implementar en todos los Centros Diurnos para el Adulto Mayor en Chile; el principal conflicto que podría existir en implementar este plan en todo Chile estaría en el Congreso, entre quienes están a favor de que el sector privado intervenga en el espacio público, versus aquellos con una mirada más estado-centrista que estiman que las políticas públicas deben ser ejecutadas sólo por el aparato estatal.

No obstante, el envejecimiento y sus distintos desafíos son una problemática actual, y los líderes y autoridades políticas deben dar soluciones. En este sentido, el programa “Uso de Bonos de Impacto Social para reducir la soledad en los Adultos Mayores por medio del aumento de redes de apoyo en Centros Diurnos para el Adulto Mayor” busca ser una política eficiente escalable, proponiendo dar atención a uno de los tantos retos de envejecer – el sentimiento de soledad –, promoviendo resolver de alguna forma un problema medianamente atendido – la salud mental que, cabe destacar, no es parte de las prestaciones GES para el adulto mayor (Plan de Salud Mental, 2017) –, conduciendo a un aumento en la calidad de vida y bienestar de quienes sean beneficiarios.

i.c Debate Político

En caso que el plan piloto propuesto contara con un gran porcentaje de casos de éxito, este podría extenderse a toda la población. Para este caso, se requeriría la aprobación de un proyecto de Ley que modificara la Ley 19.828, que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, con el objetivo de promover la forma de financiamiento privada BIS, para la implementación de programas o planes que velen por “la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia (...) que propongan políticas destinadas a dar solución a los problemas que afectan a los adultos mayores”; lo que podría desatar una discusión y debate en el Congreso en relación a si es admisible, o no, el ejercicio de un privado en el financiamiento de un programa público.

En este sentido, y en base a una reciente discusión en el Congreso referente a si las entidades colaboradoras del Servicio Nacional de Menores (SENAME) pudieran ser, o no, privadas y percibir subvenciones públicas – el “Proyecto de Ley que modifica la Ley N°20.032, que establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del Servicio Nacional de Menores (SENAME), y su régimen de subvención –, se puede plantear el siguiente escenario:

En relación a una propuesta de modificación a la Ley N°19.828, en base a la Resolución Exenta N°1.699 que aprueba la “Guía de Operaciones de Centros Diurnos Comunitarios del Servicio Nacional del Adulto Mayor“, que “incentiva la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento”; que busca promover el financiamiento de inversionistas privados para llevar a cabo el Programa “Uso de Bonos de Impacto Social para reducir el sentimiento de soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en Centros Diurnos para el Adulto Mayor”, los organismos participantes de la discusión corresponderían a ser y determinar¹²:

¹² Este mapa de actores se basa en una discusión que podría ser llevada a cabo por el Congreso y Gobierno del año 2020, con fundaciones, asociaciones y centros existentes el año 2020.

Figura 2. Debate en Congreso¹³

Actores	Posición (aprueba/rechaza) y fundamento
Ministro de Desarrollo Social	Aprueba. Por la Ley 19.828 que crea SENAMA, que busca velar por el bienestar del adulto mayor y prevenir problemas propios del envejecimiento; que puede concordar con la nueva estrategia del Ministerio, a través de la creación del área “Innovación Social” – que “busca coordinar la política social a través de estrategias innovadoras (...) incentivando que se destinen recursos privados a la solución de problemas sociales (...) a través de inversión de impacto” ¹⁴ . Cabe destacar que actualmente el Ministerio, a través del trabajo de la División de Cooperación Público-Privada, dependiente de la Subsecretaría de Evaluación Social, está trabajando con 3 Bonos de Impacto Social: uno para la disminución de la reincidencia juvenil (SENAME), que se encuentra en etapa de diseño para la implementación; otro para personas en situación de calle, en etapa de re-diseño de factibilidad; y el último para la preparación de la vida independiente, comenzando su etapa de factibilidad ¹⁵ .
Director Servicio Nacional Adulto Mayor	Aprueba. La Ley que crea SENAMA N19.828 (2003) “incentiva la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento”.
Encargada Centros Diurnos Comunitarios SENAMA	Aprueba ¹⁶ . Propuesta se ajusta a lineamientos (objetivos y servicios) de los Centros Diurnos Comunitarios.
Ministro de Salud	Aprueba. El Programa podría reducir el gasto en tratamientos de salud mental, lo que implicaría poder movilizar recursos dentro de los programas del MINSAL.
Experto en Salud Mental MINSAL – Jefe del Departamento de Salud Mental, de la División de Prevención y Control de Enfermedades.	Aprueba. Si bien existe un déficit de recursos en políticas de Salud Mental – que podría significar que el programa propuesto le quita oportunidad a la entrega de mayores recursos a esta materia –; a la vez, el programa, por su financiamiento inicial privado, aliviaría la carga respecto a gastos en depresión y trastornos mentales (patologías directamente relacionadas al sentimiento de soledad), lo que implicaría no sólo disminuir el gasto en tratamientos de adultos mayores en estas, sino que también abre una ventana para que este ahorro se ocupe en otras patologías y/o en otros grupos etáreos en políticas de Salud Mental ¹⁷ .
Derecha extrema (Partido Republicano)	Aprueba. A fin de lograr el máximo desarrollo material y espiritual posible, es necesario el accionar de un Estado subsidiario que se nutra de lo que un privado puede hacer. Es inherente a este ejecutar con calidad y eficientemente programas que necesiten inversiones

¹³ Gran parte de la discusión sugerida se basa en intervenciones reales hechas por las distintas personas en la discusión por injerencias privadas en el SENAME; según el Proyecto de Ley que se indica en el párrafo anterior. El restante es en base a entrevistas o comunicados oficiales de los intervinientes, o según lo que determinan las leyes respecto del accionar del organismo al que representa.

¹⁴ Rescatado de El Mercurio (2019) (<http://cache-elastic.emol.com/2019/09/05/ME-I/OK3LKD8E/all>)

¹⁵ Los Contratos de Impacto Social mencionados, son los que realmente se están llevando a cabo a través del trabajo de la División de Cooperación Público-Privado de MIDESO; según información entregada por el Profesional de Apoyo de la División, Edison Márquez.

¹⁶ Se tuvo una conversación directa con la Sra. Gladys González, Encargada de la Unidad de Servicios Sociales que vela directamente por el funcionamiento de los Centros Diurnos de Chile, y estimó que sería una buena política para llevar a cabo.

¹⁷ Según conversaciones con profesionales de la División de Prevención y Control de Enfermedades del MINSAL.

	riesgosas, dado que cuentan con la capacidad monetaria y son capaces de asumir riesgos que, por lo demás, no sería necesario que el Estado asumiera, entendiendo que el privado busca y puede hacerlo ¹⁸ .
Chile Vamos	Aprueba. Centros Diurnos con mayores recursos, pueden entregar servicios de calidad y mejor orientados a las necesidades que cada adulto mayor tiene, particularmente. Los inversionistas privados tienen mayor capacidad que el Estado de tomar riesgos ante cosas inciertas. La motivación está en que el privado hace una primera inversión, la riesgosa, así el Estado no desembolsa dinero en un nuevo programa, que no se sabe a ciencia cierta si arrojará resultados positivos o negativos.
Centro (ex concertación: DC, Ciudadanos)	Aprueba. Tomando en cuenta que siempre es riesgoso para el Estado implementar un nuevo programa, y que este riesgo sería tomado en un inicio por los inversionistas privados quienes pueden asumirlo; si la intención de los Centros Diurnos es prestar servicios sociales más específicos para algunos problemas de los adultos mayores, para cumplir con el objetivo de contribuir a mejorar su calidad de vida, si es que los recursos públicos no son suficientes. Al respecto, se debe hacer una fiscalización a esta colaboración público-privada, transparentar todas las transacciones.
Centro-izquierda (PS, PPD, PR)	Rechaza. Los privados entregan servicios con un enfoque de caridad, y no con el enfoque que puede dar el Estado de proteger a esta población vulnerable, que son los adultos mayores. La “Promulgación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores” dice que es “responsabilidad del Estado lograr la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad, así como en su cuidado y atención”.
Frente Amplio	Rechaza. El Estado no puede delegar su responsabilidad en privados; no se puede permitir el lucro en programas que entreguen servicios sociales. Se necesita intervención pública en todo lo que signifique dignificación de la persona.
Izquierda extrema (PC, PRO, FREVS)	Rechaza. El Estado es quien debería hacerse cargo del interés superior de los adultos mayores. No se debería dejar en las manos de los privados esta responsabilidad. Se cuestiona el hecho de que la administración actual busque la externalización de este tipo de servicios. Se consulta opinión de los invitados.
Fundación Amanoz ¹⁹	Aprueba. Lo ideal sería que los adultos mayores estuvieran bajo la protección del Estado, pero si el privado puede brindar apoyo financiando servicios que aumenten la calidad de vida y bienestar del adulto mayor, que cubran necesidades que el Estado por distintos motivos no ha podido cubrir, siempre será bien recibida la ayuda. Esta modificación sería un instrumento que no sólo permitiría la intervención de los privados expertos, sino que también fijaría obligaciones y derechos tanto para los privados como para el Estado.

¹⁸ En base a su línea de principios (<https://www.partidorepublicanodechile.cl/principios>)

¹⁹ La Fundación acompaña a personas mayores a través de voluntarios que los visitan semanalmente en residencias de larga estadía, centros de viviendas tuteladas, y en domicilios particulares. Para su financiamiento y llevar a cabo los programas, está asociada a las Municipalidades de Vitacura, Las Condes, Lo Barnechea, Peñalolen; y a organismos como Fundación las Rosas, Hogar de Cristo, Centro del Adulto Mayor Padre Damián de Molokai, Fundación San Vicente de Paul, Fundación Oportunidad Mayor, Fundación Gasco, Consejo Nacional de Protección de la Ancianidad, Corpartes, Ser Comunidad, Fundación Procultura, entre otros.

Director de la Sociedad de Geriatria y Gerontología	Aprueba. “La soledad, aparte de ser un factor de riesgo de baja participación social, depresión y deterioro cognitivo, es un problema de salud pública a nivel mundial (...) Como Sociedad de Geriatria y Gerontología, estamos dispuestos a aportar desde el mundo científico para la generación de programas que ayuden a nuestros mayores a envejecer con dignidad, acompañados e insertos en la comunidad, respaldando todas las iniciativas que apunten a mejorar el bienestar y calidad de vida de este grupo etáreo” ²⁰
Centro UC de Estudios de Vejez y Envejecimiento: Observatorio del Envejecimiento ²¹	Aprueba. Según datos recabados, la participación ciudadana del adulto mayor en distintas instancias es muy relevante dado que se potencian desarrollos, se previenen pérdidas de funcionalidad. La potencialidad del programa, además de permitir aumentar el bienestar de las personas mayores, se ve en que, al ser parte de una red – la red de los Centros Diurnos de SENAMA – se puede llevar un catastro de resultados, lo que permite una mayor fiscalización respecto al servicio que se entrega, lo que permitiría analizar el actuar del inversionista privado.

ii. Factibilidad

ii.a Población Potencial Focalizada

Determinado por ser un plan que se inserta dentro de los servicios que entrega el Programa de Centros Diurnos Comunitarios; la población potencial focalizada se refiere al conjunto de personas que podrían ser beneficiarios del programa propuesto, en tanto personas que son mayores o iguales a 60 años, que pertenecen a los quintiles I, II y III del RSH, y que cuentan con dependencia funcional leve, que viven en Chile.

Para calcularla, se ocuparon los datos de la Encuesta CASEN 2017²². De esta forma, según la muestra presente, la población potencial beneficiaria sería cercana a 190.000 personas mayores.

²⁰ (Blog de Opinión de “El Mostrador”, 2018)²⁰
<https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2018/03/22/personas-mayores-y-soledad/>

²¹ El Observatorio del Envejecimiento refuerza el compromiso público de la UC y hace parte de este al mundo privado (<https://www.uc.cl/noticias/universidad-catolica-lanza-observatorio-del-envejecimiento-revelando-un-alza-en-la-soledad-de-los-adultos-mayores/>)

²² Elaboración de cálculo propia, según datos Encuesta CASEN 2017, en relación a la creación de tres distintas variables, relacionadas a las variables CASEN: “edad”, “quad” (Quintil Nacional Autónomo), y variables determinantes de funcionalidad de las personas de la muestra; y la expansión de una variable creada para determinar el conjunto de personas mayores o iguales a 60 años, pertenecientes a los quintiles I, II y III del RSH, que son dependientes funcionales leves. Do.file Anexado (2).

ii.b Población Objetivo Focalizada²³

Como un subconjunto de la población potencial, la población objetivo focalizada estaría compuesta por 4.320 personas mayores o iguales a 60 años, que pertenecen a los quintiles I, II y III del RSH, y que cuentan con dependencia funcional leve. La contabilización de esta cantidad de personas está determinada según el número de personas mayores que podría recibir un Centro Diruno, llevándose al máximo en esta propuesta (90 adultos mayores por centro).

Para el presente plan piloto , esta es la población que se ocupará para hacer estimaciones.

ii.c Población Beneficiaria Focalizada

La población beneficiaria, se compone por la cantidad de personas total que los Centros Diurnos Comunitarios de Chile pueden recibir actualmente, quienes deben ser mayores o iguales a 60 años, pertenecer a los quintiles I, II y III del RSH, y que cuentan con dependencia funcional leve.

Al respecto, y según la “Minuta del Programa Centros Diurnos Comunitarios” (2020), el total de personas que podrían ser beneficiarias efectivas del programa son 3.570 personas, dada la suma de los cupos de todos los Centros Diurnos Comunitarios que hay a lo largo de Chile, hasta fines del año 2019.

ii.d Política Escalable²⁴

Uno de los principales objetivos de los Bonos de Impacto Social es que cualquiera de sus programas financiados e implementados efectivamente sean escalables (CORFO, 2019). Esto se justifica, y puede hacerse realidad, dado que el inicio de cualquier BIS es en un programa

²³ Elaboración a partir de la Guía de Operaciones de los Centros Diurnos Comunitarios (2019), y del supuesto de que cada Centro Comunitario podrá recibir un total de 90 personas, dado el aumento de eficiencia por *accountability* entregado por el modelo de financiamiento BIS.

²⁴ En los Anexos (3), se presenta la “Evaluación de Prefactibilidad: Ficha Presentación de Perfil de Proyecto para Contrato de Impacto Social (CIS)” desarrollada por la Subsecretaría de Evaluación Social, del Ministerio de Desarrollo Social (2019); que busca ser un lineamiento para evaluar si una política puede ser llevada a cabo a través del mecanismo de los BIS (CIS y BIS, en la práctica y teoría, son lo mismo). Se estima necesario completar esta ficha si se busca implementar el programa en otra comuna y/o el país.

piloto que fue previamente testeado y evaluado en relación a sus objetivos, por los actores correspondientes.

Al respecto, se postula la idea de escalar la política propuesta a todos los Centros Diurnos del Adulto Mayor de Chile: desde los existentes (48), a los que se abrirán durante el año 2020 (estimado de 43 centros más). Si es que esta última implementación resultase positiva en relación a sus casos de éxito, se propone implementarlo a toda la población potencial focalizada.

iii. Efectividad

Según la escalabilidad del plan piloto propuesto, se propone que este sea implementado y cumpla con el relativo proceso, según corresponda a:

Figura 3. Teoría del Cambio

PROBLEMA	Alto sentimiento de soledad en los Adultos Mayores			
INSUMOS	ACTIVIDADES	PRODUCTOS	RESULTADOS	IMPACTO
- Psicólogo/a + Alumno en práctica - Sala de taller	1. Sesiones Evaluativas	1. Intervención terapéutica antes, durante y después del cumplimiento total del programa (18 meses), para diagnóstico de sentimiento de soledad según escala UCLA	- Disminución del sentimiento de soledad en 1.0 puntos, aproximadamente, según escala UCLA	- Disminución en el gasto estatal por tratamientos en salud mental en adultos mayores beneficiarios del programa - Aumento en la calidad de vida del beneficiario
	2. Taller de auto-ayuda	2. Grupos de auto-ayuda, compuestos por personas con problemas similares	- Disminución en la cantidad de tratamientos terapéuticos en salud mental (ansiedad y depresión) de los beneficiarios.	
OBJETIVO LOGRADO	Disminución en el sentimiento de soledad en Adultos Mayores que participaron del programa			

En el corto plazo – 18 meses –, se espera que las actividades y los productos de la política propuesta hagan disminuir el sentimiento de soledad en las personas mayores beneficiarias del programa, en relación a la Escala de Soledad UCLA; y que esto implique que disminuya

la cantidad de tratamientos en salud mental (depresión y ansiedad) a los que una persona mayor, de los primeros tres quintiles del RSH, asiste; así un aumento en su calidad de vida.

Como consecuencia de lo anterior – en base al programa Reconnections y sus estimaciones de 15 años²⁵ –; el Estado debería reducir el gasto en intervenciones médicas públicas de salud mental de las personas mayores que asisten a los Centros Diurnos Comunitarios que fueron beneficiarios del programa, aumentando su calidad de vida.

iv. Eficiencia

Bajo el mecanismo de financiamiento BIS, el inversionista es quien financia el programa piloto a implementarse en los Centros Diurnos para llevar a cabo los talleres de auto-ayuda durante 18 meses (duración programa), corriendo con los costos fijos del plan. Por su parte, el Estado se compromete a pagar al inversionista una tasa fija de interés según el nivel de éxito que este programa tuvo – entre 0 y 100%, el cual se mide según el cambio en la puntuación obtenida que los beneficiarios tuvieron en la Escala de Soledad UCLA –, más la inversión inicial del plan.

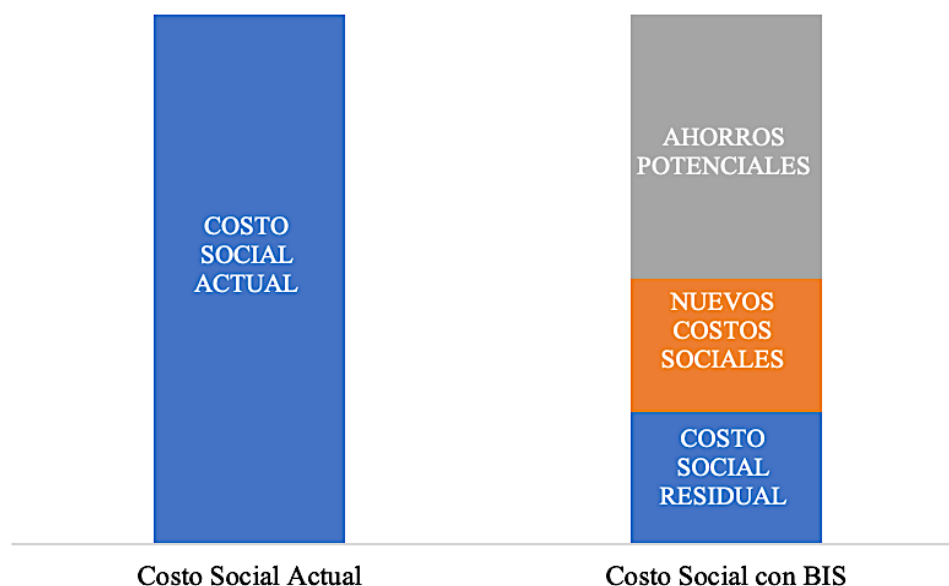
Se espera que el beneficio asociado a los talleres signifique, además de una disminución en el sentimiento de soledad, una disminución en el gasto Estatal de salud mental en los beneficiarios, sean casos de “éxito” o “no éxito”. Esto porque, en el futuro, los beneficiarios atendidos solicitarán menos terapias, en tanto recursos estatales, asociados a la patología (denominado como “Factor Eficacia”, el cual se percibe por el *accountability* que contiene el modelo BIS²⁶).

La Figura 4, representa los Costos Social Actuales vs los Costos Sociales con BIS:

²⁵ Se estimó que la mejora en salud y bienestar de los beneficiarios del programa permitiría que el sector público ahorre más de \$3 millones de libras esterlinas (aproximadamente, \$2.649.006.623 pesos chilenos) durante los próximos 15 años, desde su año de inicio (2015).

²⁶ El BIS tiene un esquema que genera un mejor *accountability*. Este produce un “Factor Eficacia”, que se traduce en mayor calidad y mejor probabilidad de resultados, disminuyendo así los Costos Residuales y aumentando el Ahorro Estatal (conceptos explicados a continuación).

Figura 4. Modelo de costos bajo mecanismo de financiamiento BIS (Center for Community Development Investments, 2017)



- Costo Social Actual: Asociado al gasto estatal en salud mental en los adultos mayores²⁷, específicamente referido al gasto per cápita del Fondo Nacional de Salud (FONASA) en salud mental;
- Costo Social Residual: Costo Variable, asociado al gasto estatal en salud mental de los casos de “no éxito” en el programa. Estos, a pesar de no haber obtenido resultados positivos, demandarán menos recursos de FONASA por salud mental (asociado al “Factor Eficacia” mencionado anteriormente);
- Nuevos Costos Sociales: Determinado por: 1. Costo Fijo, asociado a la intervención/talleres de auto-ayuda; y 2. Costo Variable, asociado a los retornos del inversionista, por caso de éxito; y
- Ahorros Potenciales: Corresponde al ahorro Estatal según la disminución del gasto en FONASA por patologías asociadas a salud mental, por los casos de éxito del

²⁷ Según referencias del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) y su Plan de Atención aplicado en los centros de Atención Primaria (APS), en relación a la necesidad de una persona mayor “autovalente con riesgos” y “dependiente leve y moderado”.

programa. Se denominan como potenciales porque, al mismo tiempo de estar ahorrando por éxitos, estos ahorros se transforman en costos de transacción asociados al programa y su mecanismo de financiamiento, en lo que se transforman en ahorros netos del Estado (movilidad de recursos).

Específicamente, la implementación del plan piloto propuesto presenta²⁸:

Considerando 48 Centros Diurnos Comunitarios, a los que asisten 90 personas, igual a la población objetivo de 4.320 adultos mayores beneficiarios; bajo el escenario de un 87% de casos de éxito²⁹, *ceteris paribus*:

- Para la estimación de Costos Sociales Actuales se quiso ocupar datos del Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (2017), pero este no es riguroso ni en la diferenciación por gasto según rango etéreo, ni por patología³⁰. Por esta razón, la sumatoria se hizo en razón del gasto por 18 meses³¹ per cápita en salud mental de FONASA (Segundo Informe de Sistema de Salud Mental, 2014). Para este caso, el costo FONASA en salud mental es igual a \$10.425 pesos, multiplicado por la población objetivo, lo cual da un costo igual a **\$45.036.000.**
- Para calcular el Costo Social Residual, se determinó la existencia de un “Factor Eficacia” que se presume como un 20%. Este factor disminuye la cantidad de recursos que los **casos de no éxito** demandarán al Estado para atenderse por patologías derivadas de problemas de salud mental FONASA, por el hecho de haberse atendido en este programa. Este costo es variable y depende directamente del éxito del programa. Así, da un costo igual a **\$4.683.744.**

²⁸ Anexado (4), tabla que propone un modelo de costos asociados al programa propuesto (el modelo de financiamiento), con los distintos porcentajes asociados a casos de éxito.

²⁹ Tomando en cuenta que la contabilización corresponde al plan piloto; para ser conservadores, se propone esta tasa de éxito. La Tabla nombrada presenta los porcentajes de éxito que responden a una tasa de retorno para los inversionistas del 19% y una Factor Eficacia igual al 20%.

³⁰ El Plan (2017) estipula estas falencias como brechas de información que deben ser resueltas. Cabe destacar que dentro de las prestaciones GES para los adultos mayores, no hay gastos asociados a salud mental.

³¹ El gasto anual en salud mental por FONASA es igual \$6.950 pesos por persona. Se hace la estimación igual a 18 meses para hacer la comparación de este gasto con el propuesto por el plan - para disminuir el sentimiento de soledad en los adultos mayores - dado que se propone que la intervención sea de 18 meses.

- La contabilización de Nuevos Costos Sociales, contiene una parte de costo fijo y otra parte de costo variable:

1. Por un lado, como costo fijo, toma en cuenta el gasto asociado a la implementación de los talleres de auto-ayuda en los Centros Diurnos para el Adulto Mayor, según la remuneración mensual percibida por los profesionales a cargo (psicólogo + alumno en práctica de trabajo social)³², por los 18 meses del programa, por los 48 Centros donde se implementará. Esto corresponde a:

- Remuneración psicólogo/a: \$876.000 brutos + Remuneración alumno/a en práctica: \$88.000 brutos³³ x 18 meses x 48 Centros Diurnos Comunitarios
= **\$37.858.909**

2. Por otro lado, como costo variable se contabilizará el monto de dinero asociado a la tasa de retorno que se le pagará al inversionista según el porcentaje de éxito que resulte de la ejecución del programa³⁴. Bajo el escenario propuesto, se considera un monto asociado a un 19% de pago de interés a los inversionistas, correspondiente al máximo interés que el Estado estaría dispuesto a pagar en caso de lograr un 100% de éxito - en caso contrario, los nuevos costos sociales (asociados al costo fijo del programa + este costo variable) superarían el gasto asociado a salud FONASA por patologías relacionadas, por lo que al Estado no le convendría ejecutar el BIS –; así, el monto a pagar por el Estado a los inversionistas, asociado a un 19% de interés, es igual a **\$1.336.419**.

De esta forma, se determina que para este escenario el monto de los Nuevos Costos Sociales es igual a **\$39.195.329**

³² Cada profesional dedicará al programa 8 horas mensuales, lo que equivale a 2 horas semanales de taller. Esto en razón de que la “Guía de Operaciones de los Centros Diurnos Comunitarios (2019), para cumplir a cabalidad con el plan de atención individual, dentro del cual está inserta la evaluación de la Encuesta de Soledad UCLA, la persona mayor debe cumplir con asistir al menos dos horas semanales al centro que le corresponde.

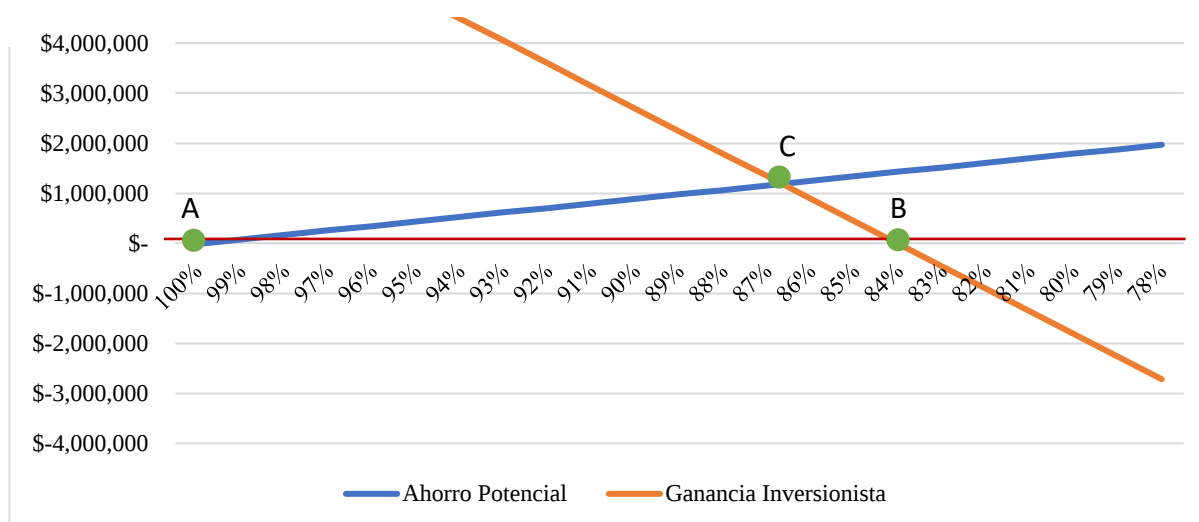
³³ Remuneraciones de acuerdo a la página: <https://www.mifuturo.cl/mi-futuro-buscadores/>

³⁴ Anexado (4), tabla de probabilidades según casos de éxito. Esta contiene el pago al inversionista, según el porcentaje de éxito por ejecución del programa.

- Los Ahorros Potenciales dependerán principalmente de la tasa de adultos mayores **que tengan éxito** tras la implementación del programa, ya que no asistirán al sistema de salud público durante 18 meses. Además, existe un impacto positivo del “Factor Eficacia” del modelo BIS, dado que los casos de “no éxito” demandarán menos recursos, según lo explicado en Costos Residuales. En tanto, estos ahorros serán asignados a los costos de transacción del programa – por ejemplo, pago a los intermediarios, arriendo de salas para talleres (en caso que el plan piloto resulte exitoso y se extienda a todo el territorio), etc.; que bajo este escenario corresponde a **\$1.156.927**.

Por lo tanto, según el escenario propuesto y desarrollado aquí (87% casos de éxito, 19% tasa retorno inversionista por casos de éxito y Factor Eficacia del 20%), se puede ilustrar el siguiente gráfico:

Figura 6. Escenario Posible



La línea azul corresponde al Ahorro Potencial, que se produce por la diferencia en el gasto Estatal en FONASA por patologías de salud mental y el costo total del programa. Este ahorro tiene una pendiente positiva dado que, a medida que disminuyen los casos de “éxito”, el Estado debe pagar menos al inversionista.

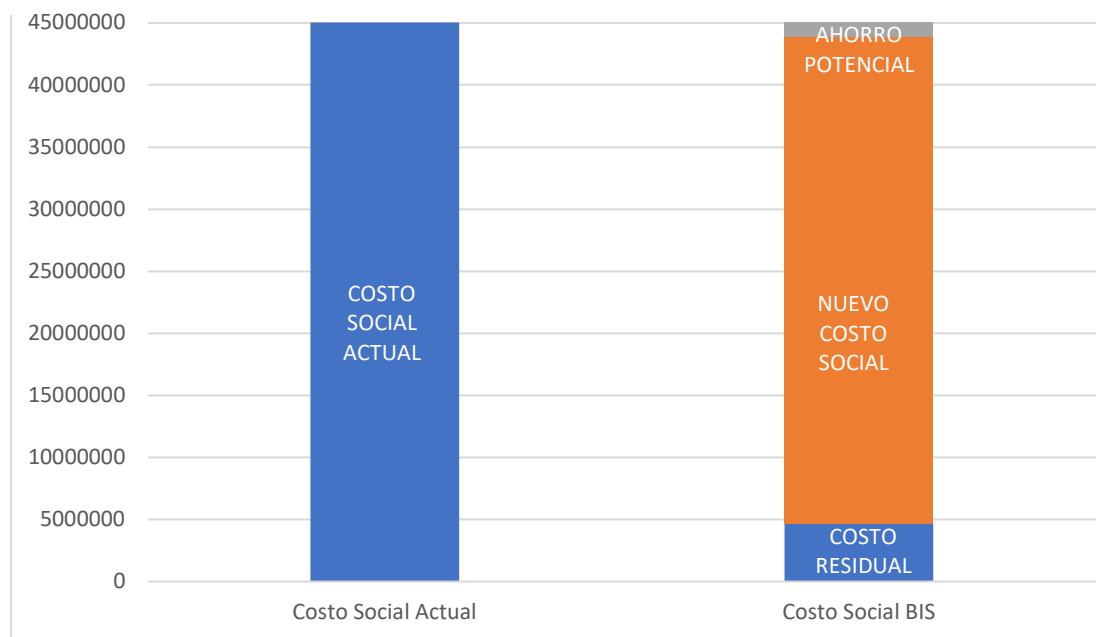
La línea naranja corresponde a la Ganancia potencial que el inversionista obtendría dado el nivel de éxito esperado del programa. Esta ganancia tiene una pendiente negativa dado que, a medida que disminuyen los casos de “éxito”, se reciben menos pagos (asociado al interés del 19% sobre los casos de “éxito”).

Dado lo anterior, se puede determinar que existe un rango de acuerdo comprendido entre el punto A y el punto B, donde Estado e inversionista obtienen beneficios por la aplicación del programa, bajo el esquema BIS. Por su parte, el Estado tendrá un ahorro por dejar que el inversionista corra con el riesgo de la inversión inicial y donde el inversionista obtendrá un pago por implementar de manera eficiente el programa.

La intersección en C es el punto en el cual ambos actores encuentran el máximo beneficio sin desmedro de la contraparte, por lo cual se puede determinar como el punto de equilibrio. Para este caso, corresponde al 87% de probabilidad de éxito en la implementación del programa (igual a que 3.758 personas cumplan con obtener una diferencia en el puntaje de la Escala UCLA aproximado a 1.0 puntos). A dicho nivel de éxito, el Estado estará ahorrando \$1.156.927 pesos. Al mismo tiempo, el inversionista estaría recibiendo una ganancia de \$1.336.419 pesos.

Por tanto, se puede configurar:

Figura 7. Escenario de Equilibrio al 87% de probabilidad de éxito, *ceteris paribus*.



Siguiendo el análisis expuesto – bajo el escenario del plan piloto, a un 87% de casos de éxito –; se podrían considerar otras tasas para el “Factor Eficacia” que, en conjunto con la Tasa de retorno a los inversionistas, determinan tanto el Ahorro Potencial del Estado como también la Ganancia de los Inversionistas. Al respecto, se presentan dos tablas estimativas que sirven para contrastar y comparar la contabilización hecha:

Figura 5. Tasa de retorno del inversionista & Factor Eficacia, a un 87% de casos de éxito, *ceteris paribus*:

a) Ahorro Potencial del Estado en pesos (\$):

Tasa Retorno (→)/ Factor Eficacia (↓)	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%	16%	19%	20%
2%	5.702.418	5.043.673	4.384.928	3.726.183	3.067.438	2.408.693	1.749.948	1.091.203	103.085	226.287
4%	5.819.511	5.160.766	4.502.021	3.843.276	3.184.531	2.525.786	1.867.041	1.208.296	220.179	109.194
6%	5.936.605	5.277.860	4.619.115	3.960.370	3.301.625	2.642.880	1.984.135	1.325.390	337.272	7.900
8%	6.053.698	5.394.953	4.736.208	4.077.463	3.418.718	2.759.973	2.101.228	1.442.483	454.366	124.993
10%	6.170.792	5.512.047	4.853.302	4.194.557	3.535.812	2.877.067	2.218.322	1.559.577	571.459	242.087
12%	6.287.886	5.629.141	4.970.396	4.311.651	3.652.906	2.994.161	2.335.416	1.676.671	688.553	359.181
14%	6.404.979	5.746.234	5.087.489	4.428.744	3.769.999	3.111.254	2.452.509	1.793.764	805.647	476.274
16%	6.522.073	5.863.328	5.204.583	4.545.838	3.887.093	3.228.348	2.569.603	1.910.858	922.740	593.368

18%	6.639.166	5.980.421	5.321.676	4.662.931	4.004.186	3.345.441	2.686.696	2.027.951	1.039.834	710.461
20%	6.756.260	6.097.515	5.438.770	4.780.025	4.121.280	3.462.535	2.803.790	2.145.045	1.156.927	827.555

b) Ganancia de los Inversionistas:

Tasa Retorno (→)/ Factor Eficacia (↓)	2%	4%	6%	8%	10%	12%	14%	16%	19%	20%
2%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
4%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
6%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
8%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
10%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
12%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
14%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
16%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
18%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792
20%	4.262.913	3.604.168	2.945.423	2.286.678	1.627.933	969.188	310.443	348.302	1.336.419	1.665.792

A modo de proyección y siguiendo la línea teórica de los BIS, el programa podría ser escalado e implementado en la población potencial focalizada (aproximadamente, 190.000 personas mayores). Para esto, además de escalar, contabilizar y modelar todo el prototipo de costos planteado, según corresponda; a los costos fijos de los Nuevos Costos Sociales habría que sumarle un gasto por arriendo de salas. Esta medida responde a que la cantidad de Centros Diurnos para el Adulto Mayor es limitada, por lo que necesariamente habría que incurrir en costos por arriendo de, aproximadamente, 2.021 salas³⁵. Para esto, se sugiere generar una ficha de licitación pública asociada al “Convenio Marco de Servicios de Alojamiento, Arriendos de Espacios e implementos de Conferencia”, con el objetivo de acceder a precios y servicios conocidos que respondan a las necesidades del programa.

V. Políticas y Programas existentes

i. Políticas a Nivel Nacional

i.a Política Nacional Alternativa al Programa propuesto: Programa Vínculos³⁶

³⁵ Cantidad estimada según: 190.000 (personas) / 90 (cantidad de personas estimada que podría participar del taller, en razón de los datos del estudio del plan piloto); a lo que se le restaron la cantidad de centros existentes hoy (48) y los que se abrirán durante el año 2020 (43).

³⁶ Específicamente, no existe en Chile un programa financiado por el Estado que tenga como objetivo disminuir el sentimiento de soledad en los adultos mayores. Sin embargo, el Programa Vínculos es uno que cumple con las condiciones de poder disminuir el sentimiento de soledad en estas personas, dado que su objetivo está en

El Programa Vínculos es parte de las políticas de SENAMA, que promueve el ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de su participación en redes – lo que, por definición, permitiría disminuir el sentimiento de soledad en los adultos mayores –. Su objetivo es generar herramientas que permitan a los adultos mayores alcanzar mejores condiciones de vida mediante el acceso a prestaciones sociales e integración a la red comunitaria de promoción y protección social, promoviendo su autonomía y participación social (Evaluación Programa Vínculos, 2018).

Su modelo de intervención considera, dentro de 5 componentes – 1. “Eje”³⁷, 2. Psicosocial, 3. Socio-ocupacional, 4. prestaciones sociales y 5. transferencias monetarias –, programas de acompañamiento psicosocial y socio-ocupacional, asociados a los componentes 2 y 3 mencionados. El acompañamiento psicosocial y socio-ocupacional buscan potenciar las habilidades físicas y psicológicas de los usuarios, promoviendo su envejecimiento activo mediante la vinculación con pares, organizaciones comunitarias del territorio y la red institucional local; y fortaleciendo la autonomía para realizar actividades de la vida diaria, contribuyendo a retardar su proceso de dependencia, consolidando el sentido de pertenencia e inclusión social, respectivamente.

Es un programa que cuenta con una intervención de 24 meses, que se implementa a través de una ruta personalizada que permite identificar las capacidades y necesidad de cada beneficiario tiene.

En base a las conclusiones y recomendaciones del “Informe Final Corregido: Evaluación Programa de Vínculo” (2018), y a los datos de la “Ficha de Seguimiento de Programas Sociales 2018: Apoyo Integral al Adulto Mayor Vínculos” (2018), se presenta un cuadro que compara el “Programa Vínculos” con el programa/plan piloto propuesto:

aumentar sus redes comunitarias y de apoyo. Cabe destacar que este programa fue propuesto como uno acorde desde SENAMA y MINSAL para hacer una comparación con el programa propuesto, aún cuando Vínculos presenta una gama de beneficios mayor, no sólo psicosociales, sino que también monetarios a través de la entrega de subsidios.

³⁷ Componente asociado al servicio que da seguimiento al proceso del programa Vínculos, que contiene: diagnóstico inicial, seguimiento y evaluación.

Figura 8. Cuadro Comparativo

	Programa Vínculos	Programa propuesto
Entidades a cargo	- MIDESO, SENAMA y Municipalidades. Al respecto, se postula que dado que la evaluación final la hace un mismo profesional de la Municipalidad, este podría verse distorsionado y subjetivizado.	- MIDESO, SENAMA, Municipalidades, Intermediario, Inversionistas y Evaluadores externos. Se estima que por la participación integrada de actores públicos y privados, durante el proceso existe <i>accountability</i> constante; además de que los evaluadores del programa son externos, lo que le otorga objetividad al proceso final.
Beneficiarios	Personas mayores o iguales a 65 años, en situación de pobreza (quintil I) del RSH, que vivan solos o con una persona. - Población Potencial: 482.896 - Población Objetivo: 11.242 - Población Beneficiaria: 11.200 Se postula que el programa tiene problemas inclusión y exclusión debido a que no todas las personas hacen su registro al RSH. Un problema asociado a esto es la falta de participación de personas que viven en zonas rurales – dado que no cumplen con el requisito –.	Personas mayores o iguales a 60 años, pertenecientes a los quintiles I, II y III del RSH, con dependencia funcional leve. - Población Potencial ³⁸ : 190.000 - Población Objetivo ³⁹ : 4.320 - Población Beneficiaria ⁴⁰ : 3.570 Se estima que el programa podría tener problemas de inclusión y exclusión debido a que no todas las personas se registran en el RSH, lo que podría significar que personas de zonas rurales, especialmente, no se vean beneficiadas. Al respecto, y a modo de solución para este programa, dentro del plan del Programa de los Centros Diurnos Comunitarios está aumentar la cantidad de Centros Diurnos, ampliándose a sectores de zonas rurales.
Indicadores	Las recomendaciones del programa postulan necesario levantar una batería de indicadores para medir los componentes y resultados del programa, simplificando y reduciendo el número existente, separándolos en aquellos que son “de resultado” y los que son “de bienes y servicios”.	Se proponen indicadores de resultado e indicadores de monitoreo: los primeros en relación a la disminución en el sentimiento de soledad, y la disminución en el gasto por persona asociado a atenciones de salud mental; los segundos dando seguimiento al funcionamiento del programa, en relación a los profesionales a cargo de llevar a cabo el plan y a los centros donde se atienden las personas mayores.

Si bien el Programa Vínculos presenta componentes de acompañamiento que podrían resolver el problema asociado al sentimiento de soledad en los adultos mayores; este no es

³⁸ Elaboración a partir de la Encuesta CASEN 2017.

³⁹ Elaboración a partir de la Guía de Operaciones de los Centros Diurnos Comunitarios (2019), y del supuesto de que cada Centro Comunitario podrá recibir un total de 90 personas.

⁴⁰ La “Minuta del Programa Centros Diurnos Comunitarios” (2020), establece que el total de personas que podrían ser beneficiarias efectivas del programa son 3.570 personas.

un programa que busque específicamente aumentar la calidad de vida y bienestar de las personas a través de la disminución del sentimiento de soledad.

Bajo el supuesto de que Vínculos pudiera disminuir el sentimiento de soledad en las personas mayores; Vínculos es un programa que contiene 5 componentes, cada uno con distintos programas, lo que da razón a que el presupuesto por persona de Vínculos, asociado a la disminución de soledad, sea objetivamente más alto que el Programa propuesto. De la misma manera, entendiendo que Vínculos es un programa más amplio, contabiliza dentro de sus poblaciones un mayor número de personas que el Plan propuesto, el cual es mucho más específico en cuanto a su objetivo.

En este sentido, se puede determinar que el programa propuesto presenta ventajas absolutas respecto a Vínculos, porque el plan propuesto busca como objetivo único disminuir el sentimiento de soledad en las personas mayores, por lo que sus recursos están destinados completamente a cumplir con este objetivo.

i.b Políticas Nacionales que dan sustento al Programa propuesto

En lo general, hay un Servicio Nacional (SENAMA) que está dedicado a la implementación de programas y políticas focalizadas en los Adultos Mayores. Además, hay leyes y decretos nacionales e internacionales que avalan y obligan el actuar del Estado, del sector privado y la sociedad civil en pos de garantizar la funcionalidad de estas personas. Específicamente, y dentro de algunos:

- El Decreto 162 de la “Promulgación de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores”, del año 2017, sostiene como principios generales “la responsabilidad del Estado y la participación de la familia y la comunidad en la integración activa, plena y productiva de la persona mayor dentro de la sociedad”, entre otros; y como derechos “la vida y la dignidad en la vejez” en cuanto “los Estados Parte tomarán medidas para que las instituciones públicas y privadas ofrezcan a la persona mayor un acceso no discriminatorio a cuidados integrales, incluidos los cuidados paliativos que eviten el aislamiento (...)”,

en cuanto “se crearán y fortalecerán mecanismos de participación e inclusión social de la persona mayor en un ambiente de iguales oportunidades que permita erradicar los prejuicios y estereotipos que obstaculicen el pleno disfrute de estos derechos”, entre otros;

- La creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor el año 2003, bajo el amparo de la ley N°19.828, que busca contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de un envejecimiento activo y el desarrollo de servicios sociales para las personas mayores (SENAMA, 2019);
- La Resolución Exenta N°1.699 (2017) que “Aprueba la Guía de operaciones de Centros Diurnos Comunitarios del Servicio Nacional del Adulto Mayor”, que considera, dentro de algunas cosas, que: SENAMA es un servicio público que funciona descentralizadamente (...) cuyo objetivo general es velar por la integración del adulto mayor a la sociedad; que SENAMA debe estudiar y proponer políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, incentivar la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento; y que, dentro de otras cosas, en el marco de los objetivos definidos en la Ley N°19.828, SENAMA puede celebrar acuerdos o convenios con instituciones públicas o privadas, que digan relación directa con la ejecución de sus políticas, planes y programas;
- El Programa Centros Diurnos del Adulto Mayor busca que los “adultos mayores con dependencia leve y moderada, y en situación de vulnerabilidad social conserven o mejoren su nivel de funcionalidad manteniéndose en su entorno familiar y social” y, así, “contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas mayores vulnerables a través de la mantención o mejoramiento de su funcionalidad”. Para esto, deben desarrollar un plan de intervención individual que incluya distintos talleres relativos a mantener el nivel de dependencia. (DIPRES, 2017); y

- Finalmente, la política propuesta puede sostenerse ante una de las prioridades de gobierno del Presidente Sebastián Piñera, los Contratos de Impacto Social – que cuentan con un fondo de US\$50 millones para su financiamiento (CORFO, 2019)⁴¹ - que se relacionan con una nueva área de “Innovación Social” de MIDESO, la cual propone estrategias innovadoras para la coordinación de políticas sociales (Sichel, 2019), y contiene distintos objetivos a cumplir, dentro de los cuales se encuentra desarrollar una “Inversión de Impacto”. Este busca ser un medio para superar el problema social de la pobreza multidimensional – dentro de la que se enmarca el problema del alto sentimiento de soledad en los Adultos Mayores –, a través del incentivo de recursos privados para destinarlo a problemas sociales.

ii. Política a Nivel Internacional.

ii.a Programa Reconnections

El programa “Reconnections” es una política implementada el año 2015 en Reino Unido, financiada a través del mecanismo de Bonos de Impacto Social, que redujo el sentimiento de soledad en los adultos mayores en el condado de Worcestershire.

Así como el programa propuesto, su objetivo es reducir la soledad a través de la entrega de servicios que permitan conectar a las personas mayores con su comunidad. En esto, se estimó que la mejora en salud y bienestar de los beneficiarios del programa permitiría que el sector público ahorre más de \$3 millones de libras esterlinas (aproximadamente, \$2.649.006.623 pesos chilenos) durante los próximos 15 años, desde su año de inicio.

Específicamente, Reconnectios desarrolla redes de apoyo locales que permite que personas mayores accedan a distintos servicios que los vinculan a su comunidad. En esto, el “local comunitario” cuenta con distintos voluntarios que trabajan con cada beneficiario para ayudarlos a lograr los objetivos de su plan específico – que fue determinado previamente según la Encuesta de soledad UCLA, su situación financiera, problemas de relación, etc –

⁴¹ Al respecto, según información recabada desde la División de Cooperación Público Privada de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social (2020), está contemplado que los CIS sean parte de la Ley de Presupuestos 2020.

que, dadas las actividades, permite al beneficiario reducir su sentimiento de soledad d(The Big Lottery, 2016).

En términos de resultados, se estimaba que la reducción de la soledad fuera de 0.8 puntos promedio en la escala. Sin embargo, según un informe de seguimiento al programa (2017), en promedio se produjo una baja de 1.3 puntos en la soledad de los beneficiarios (Policy Innovation Research Unit, 2017).

VI. Monitoreo y evaluación expost

i. Metodología sugerida

Para hacer una evaluación expost del programa, se sugiere que el tipo de metodología a ocupar sea la de cuasiexperimental.

Se deberá construir un grupo contrafactual: Centros Diurnos Comunitarios de la red SENAMA creados el año 2020 (43 más), que no hayan sido intervenidos pero que sí se les haya aplicado la Encuesta de Soledad UCLA en los períodos correspondientes – en razón de ver la variación de puntajes en personas que participaron del programa vs personas que no lo hicieron –.

ii. Indicadores

Se proponen indicadores de resultado e indicadores de monitoreo:

1. Los indicadores de resultado corresponderán a mediciones individuales, por beneficiario, según: 1. La medición del cambio en el sentimiento de soledad según la Escala de Soledad UCLA – registrado en el PAI –, que será aplicado al principio, durante (a los 6 meses), y al final del programa (18 meses); y 2. La medición del gasto en salud mental – en relación a la cantidad de veces que asistieron a tratamientos por patologías asociadas a salud mental (depresión y/o ansiedad) – al principio (en referencia a atenciones recibidas durante los últimos 6 meses), durante (desde el inicio del programa, hasta 6 meses después), y al final del programa (desde el mes 6 hasta el mes 18)⁴².

⁴² Tabla anexada (5).

2. Los indicadores de monitoreo están relacionados al funcionamiento del programa, según actividades de los profesionales a cargo, en relación a actividades de los beneficiarios, y en relación a las instalaciones de los Centros⁴³.

VII. Conclusiones.

El envejecimiento de la población en Chile, constituye uno de los acontecimientos sociales y demográficos más relevantes de las últimas décadas, y se presenta como un reto para la sociedad (Sequeira, 2011). Al respecto, el Programa propuesto *“Uso de Bonos de Impacto Social (BIS) para reducir el sentimiento de soledad en los Adultos Mayores, por medio del aumento de redes de apoyo en los Centros Diurnos Comunitarios para el Adulto Mayor”* propone una solución a uno de los muchos problemas que puede tener una persona mayor, el sentimiento de soledad.

Actualmente en Chile no existen programas que busquen directamente prevenir o paliar el sentimiento de soledad, por lo que se presenta como una ventana de oportunidad para que la política sea implementada. Sin embargo, cuenta con la limitación de que para ser llevado a cabo debe existir intervención del sector privado.

Al respecto, bajo el modelo de financiamiento BIS se espera que exista participación activa de 5 actores tanto del sector público como del sector privado. Por esta razón, se propone que el proceso de la política contaría con un *accountability* tal, que la participación del sector privado se justifica en la eficiencia y eficacia otorgada a este ciclo.

Por tanto, y bajo todos los supuestos que este estudio contabiliza; se toma la ventana de oportunidad, y se sugiere que el programa propuesto podría cumplir con disminuir el sentimiento de soledad en los adultos mayores, al mismo tiempo que permitiría al Estado ahorrar respecto al gasto en patologías de salud mental asociadas al sentimiento de soledad de las personas que son beneficiarias de la política.

⁴³ Tablas anexadas (6).

Anexos

1. Escala de Soledad UCLA: asociada a un cuestionario de 20 preguntas, que estima un máximo de 60 puntos y un mínimo de 0 según “extrema soledad” o “nada de soledad”, respectivamente. Bajo esta medida, se propone que el programa propuesto fue llevado a cabo de forma efectiva si, y sólo si, la persona mayor beneficiaria presenta una baja de aproximadamente 1.0 puntos en el puntaje de esta Escala, 18 meses después desde que se le tomó la encuesta por primera vez.

Scale:

INSTRUCTIONS: Indicate how often each of the statements below is descriptive of you.

C indicates “I often feel this way”

S indicates “I sometimes feel this way”

R indicates “I rarely feel this way”

N indicates “I never feel this way”

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. I am unhappy doing so many things alone | O | S | R | N |
| 2. I have nobody to talk to | O | S | R | N |
| 3. I cannot tolerate being so alone | O | S | R | N |
| 4. I lack companionship | O | S | R | N |
| 5. I feel as if nobody really understands me | O | S | R | N |
| 6. I find myself waiting for people to call or write | O | S | R | N |
| 7. There is no one I can turn to | O | S | R | N |
| 8. I am no longer close to anyone | O | S | R | N |
| 9. My interests and ideas are not shared by those around me | O | S | R | N |
| 10. I feel left out | O | S | R | N |
| 11. I feel completely alone | O | S | R | N |
| 12. I am unable to reach out and communicate with those around me | O | S | R | N |
| 13. My social relationships are superficial | O | S | R | N |
| 14. I feel starved for company | O | S | R | N |
| 15. No one really knows me well | O | S | R | N |
| 16. I feel isolated from others | O | S | R | N |
| 17. I am unhappy being so withdrawn | O | S | R | N |
| 18. It is difficult for me to make friends | O | S | R | N |
| 19. I feel shut out and excluded by others | O | S | R | N |
| 20. People are around me but not with me | O | S | R | N |

Scoring:

Make all O's =3, all S's =2, all R's =1, and all N's =0. Keep scoring continuous.

2. Do.file STATA: Población Potencial del Programa.

CLICK AQUÍ PARA ABRIR DO.FILE ASOCIADO

3. Evaluación de Prefactibilidad: Ficha de Presentación de Perfil de Proyecto para Contrato de Impacto Social (CIS). Documento borrador, obtenido directamente desde el Ministerio de Desarrollo Social.

Ministerio / Subsecretaría / Servicio proponente	
Nombre del proyecto propuesto	
Ámbito de acción del proyecto para CIS	
Destinatario/s	
Duración	
Localización	
Persona de contacto	
Correo de contacto	
Fono de contacto	

Resumen ejecutivo: Elabore una síntesis del proyecto propuesto para Contrato de Impacto Social (CIS). Desglose brevemente los siguientes apartados:

- a) Necesidad o problema que abordará el CIS y la población afectada (identificación y cantidad)
- b) Oferta social actual y brecha existente (de oferta, cobertura, calidad u otras)
- c) Proyecto alternativo de referencia para el CIS
- d) Población objetivo del proyecto propuesto (identificación y cantidad)
- e) Metas principales del proyecto propuesto (2)
- f) Referencia a los ahorros para el Estado con el CIS

- a) ...
- b) ...
- c) ...
- d)
- e) ...
- f) ...

1. NECESIDADES (20 puntos)
1.1. Problema (diagnóstico): Describa el problema o necesidad que el CIS busca resolver, es decir, la situación que afecta el bienestar de la población escogida, y señale los antecedentes (datos cuantitativos) que permitan dimensionar la magnitud del mismo, sus causas y consecuencias (especificar fuentes de información confiables y actualizadas y fechas). El enunciado del problema se debe expresar como una situación negativa a ser revertida y no expresarlo como la “falta de una solución” y la información de respaldo debe permitir evidenciar la existencia de una necesidad en la población.
1.2. Población afectada (potencial): Describa las características de la población afectada por el problema, señalando la unidad de medida (personas, familias, organizaciones u otras), los criterios de focalización (o identificación) de esta (tales como rango de edad, sexo, situación laboral, distribución geográfica, nivel de educación, entre otros), y la cantidad que se ve afectada por el problema. Respecto a la cantidad de personas afectadas, en lo posible señale los órdenes de magnitud para los últimos 2 o 3 años.

2. OFERTA SOCIAL ACTUAL (20 puntos)
2.1 Oferta actual: Describa el o los principales programas públicos actuales (aquellos vigentes) que abordan la problemática mencionada, señalando por cada uno de ellos: 1. Su propósito u objetivo general 2. Los bienes y servicios que entrega 3. Los resultados esperados a nivel de propósito u objetivo general 4. Perfil de los beneficiarios 5. Cobertura 6. Los ejecutores 7. Los costos anuales (a nivel per cápita) 8. Los plazos de ejecución 9. Lugares de ejecución Si considera que no existe oferta pública para la problemática, igualmente señale la oferta más cercana al problema, aclarando qué aspectos no aborda para considerar que hay ausencia de oferta pública. Contemplar que la ausencia del tipo de solución que se propone con el CIS no significa necesariamente la ausencia de oferta pública para el problema de interés.
2.2 Resultados obtenidos y su evidencia: Señale los resultados obtenidos de el o los programa/s mencionado/s anteriormente (evaluación de resultado, impacto, procesos u otras) y sus respectivas fuentes. De preferencia, privilegie la evidencia relacionada con el logro del propósito de cada programa y el logro de cobertura. Procure señalar de manera balanceada tanto la evidencia “positiva” como “deficitaria” de la oferta. Además, priorice la evidencia que provenga

de evaluaciones externas al/los ejecutor/es. En caso de que solo exista evidencia a partir de registros propios del/los ejecutor/es (autorreporte), explicitarlo.

2.3 Brechas: Describa la brecha existente entre la necesidad y la oferta social actual. Dé cuenta de brechas de oferta (por ejemplo, ausencia absoluta de bienes y servicios para la población), cobertura (a partir del porcentaje de atención en relación al conjunto de la población afectada y/u objetivo), calidad (carencias en la entrega de los bienes y servicios) u otras, asegurándose que estén presentadas con el correspondiente respaldo a partir de la información y evidencia sobre la oferta actual.

3. PROYECTO ALTERNATIVO CON EVIDENCIA (25 puntos)

3.1 Proyecto alternativo: Describa **al menos un** Proyecto Alternativo (idealmente finalizado) que podría implementarse –total o parcialmente– a través de CIS. **Explique cómo este Proyecto Alternativo daría** solución a la problemática planteada en el diagnóstico con la población afectada, **dando cuenta de la coherencia que posee con el problema y con la población.** Señale los siguientes elementos:

1. Características de la población atendida
2. Su propósito u objetivo general
3. Los bienes y servicios entregados
4. Los resultados esperados a nivel de propósito u objetivo general
- 5. Cobertura**
6. Los ejecutores
7. Los costos anuales (a nivel per cápita)
8. Los plazos
9. Lugares

3.2 Evidencia de los resultados obtenidos: Presente evidencia existente sobre el Proyecto Alternativo, identificando cuál fue el impacto o resultado logrado y las respectivas fuentes de información (las más actualizadas, confiables y verificables disponibles). La evidencia debe permitir demostrar la validez de la intervención en la solución del problema identificado en el diagnóstico con la población respectiva. Además, priorice la evidencia que provenga de evaluaciones externas al/los ejecutor/es **y que dé cuenta de resultados en contextos similares.** En caso de que solo exista evidencia a partir de registros propios del/los ejecutor/es (autorreporte), explicitarlo. Al exponer los resultados obtenidos, explicitar por qué estos son positivos en relación al problema que aborda la intervención (porque cumplieron o superaron los resultados esperados, fueron mejores a los resultados de un grupo de control, superan las tasas de aumento/reducción usuales de la problemática u otras intervenciones, entre otras razones) y por qué sería esperable un logro similar para la población afectada identificada en el diagnóstico.

4. PROYECTO PROPUESTO (20 puntos)

En esta sección se solicita información del Proyecto Propuesto, es decir, del proyecto que se implementaría con el CIS. El Proyecto Propuesto debe seguir un orden lógico desde las necesidades identificadas (problema) hasta el Proyecto Alternativo: aborda el problema y población afectada identificada en el diagnóstico y supone una intervención y metas sustentada en el Proyecto Alternativo.

4.1 Población objetivo: La población objetivo corresponde a aquella parte de la población afectada que se espera atender con el CIS. Entonces, identifique y cuantifique la población objetivo con la que se trabajaría en el CIS, describiendo los criterios de priorización a utilizar en caso que no se atienda al total la población afectada (por ejemplo, puntaje de instrumento de selección que ordene a la población en el Registro Social de Hogares o Índice de Vulnerabilidad Escolar, orden de postulación, distribución geográfica, entre otros). Asimismo, señale el N anual en caso de una intervención plurianual o el N por cohorte en caso de que se trabaje por grupos específicos.

4.2 Proveedores: Señale las capacidades (técnicas, financieras, de equipo profesional, de experiencia con la población afectada, entre otras) que requiere la ejecución del Proyecto Propuesto mediante el CIS e identifique y justifique dos posibles proveedores con estas capacidades. Asimismo, fundamente en qué medida los mencionados proveedores cuentan con tales capacidades (con cuáles sí, cuáles no, cuáles habría que fortalecer, cuáles habría que estudiar con más profundidad).

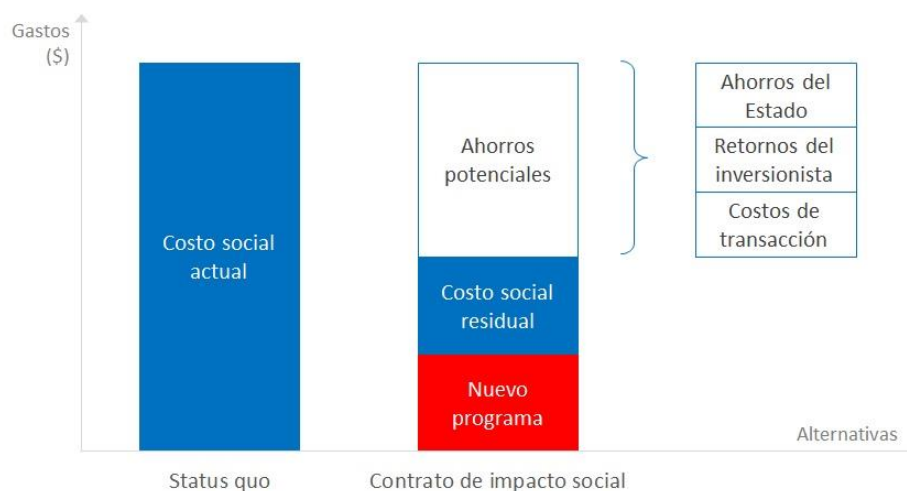
4.3 Resultados esperados del proyecto propuesto: Señale dos resultados esperados para el proyecto propuesto según el detalle que se solicita más abajo. Prefiera resultados asociados al nivel de propósito u objetivo general más que a nivel de proceso y resguardar que tanto los resultados como las metas se sustenten en la evidencia presentada en el proyecto alternativo. Por otro lado, considere fuentes concretas de información (con identificación específica⁴⁴) y/o instrumentos de medición que sean confiables, imparciales y verificables por un tercero y que permitan la verificación de los resultados a un costo y tiempo razonable. Por último, desglose las metas según la temporalidad en caso de que corresponda.

N	Resultado esperado	Fórmula de cálculo (numérico o porcentual - incluye temporalidad)	Valor actual (en caso de existir)	Meta tiempo 1 (señale temporalidad)	Meta tiempo 2 (señale temporalidad)	Meta tiempo 3 (señale temporalidad)	Fuente de información y/o instrumento de medición
1							
2							

⁴⁴ No señale fuentes genéricas, como “datos públicos” o “datos administrativos”, sino que especifique concretamente la fuente: base de datos del Instituto de Previsión Social, base de datos del Seguro de Cesantía, etc.

5. BENEFICIOS SOCIALES CREADOS POR EL PROYECTO PROPUESTO (15 puntos)

Realice la estimación de los siguientes costos:



Para esto, considere los siguientes datos y fórmula de cálculo:

Datos

1. Costo per cápita al año con la Oferta Actual (OA). De manera conservadora, se utiliza el costo para el Estado de financiar la “situación negativa” que se quiere evitar, por ejemplo, la situación de calle con un “programa” especialmente significativo (de proceder).
2. Costo per cápita al año con el Proyecto Propuesto (PP).
3. N del Proyecto Propuesto (PP) o cantidad de la población objetivo al año que atenderá este proyecto.
4. Metas de éxito del PP. Al menos, una debe estar asociada a evitar la situación negativa antes mencionada, para determinar cuántos del N no tendrían éxito y, por tanto, “seguirán” suponiendo un costo para el Estado (en la OA).

5.1. Costo Social Actual (aproximado): Corresponde a los costos para el Estado en caso de mantener la población objetivo en la situación actual (costo per cápita o costo per cápita x número de personas de la población objetivo estimada). Junto con esto, señale qué costos indirectos son importantes para la problemática y qué organismo posee esta información.

Fórmula de cálculo: COSTO SOCIAL ACTUAL (CSA) = 1 x 3

5.2 Costos del Proyecto Propuesto (o Nuevo Programa) (aproximado): Corresponde a los costos totales del proyecto propuesto para un año de implementación (costo per cápita o costo per cápita x número de participantes del proyecto). Esto corresponde a los costos en rojo en la variable “Nuevo Programa” del diagrama. Para estimar estos costos, considere uno de los Proyectos Alternativos (sección 3.1).

Fórmula de cálculo: COSTO PROYECTO PROPUESTO (CPP) = 2 X 3

5.3 Costo Social Residual (aproximado): El Costo Social Actual disminuye a “Costos Sociales Residuales” en el caso de que se cumplan las metas definidas. Por ejemplo, si se cumple la meta de x% de disminución en personas pernoctando en la vía pública, el Costo Social Residual es “costo per cápita x (1-x%) x número de personas de la población objetivo estimadas”.

Fórmula de cálculo: COSTO SOCIAL RESIDUAL (CSR) = 1 x (3 - 4)

5.4 Ahorros potenciales (aproximado): Es la diferencia entre el Costo Social Actual y la suma entre el Costo del Proyecto Propuesto y el Costo Social Residual.

Fórmula de cálculo: AHORROS POTENCIALES (AP) = CSA - (CPP + CSR)

6. VIABILIDAD DEL PROYECTO PROPUESTO (5 puntos)

6.1 Vínculo programático: Señale el vínculo del proyecto propuesto con la misión del servicio o institución pública responsable de la ejecución potencial (escalable) del proyecto y/o patrocinadora y con una iniciativa presente en el Programa de Gobierno u otro instrumento gubernamental programático de la actual administración de gobierno.

Junto con esto, dé cuenta de las fortalezas y trabas institucionales que podrían existir para la potencial escalabilidad (regulaciones, capacidades de la institución, entre otras).

6.2 Riesgos: Identifique los factores de riesgo (internos y/o externos) que podrían afectar el cumplimiento de los objetivos del proyecto propuesto.

6.3 Medidas para enfrentar los riesgos: Describa las medidas que podrían ser aplicadas para enfrentar los factores de riesgo identificados.

6.4 Gobernanza: Describa la siguiente información en relación a la contraparte directa de la propuesta:

1. Quiénes participarán como contrapartes directas y los roles en el proceso.
2. Las fuentes de información a las que será necesario acceder para profundizar en la etapa de factibilidad (respecto a la población objetivo, medición de resultados y costos).
3. Las instituciones a cargo de tales fuentes de información y las fortalezas y trabas actuales para acceder a ellas.

4. Tabla de probabilidades según casos de éxito.

CLICK AQUÍ PARA ABRIR EXCEL ASOCIADO

5. Tabla de Indicadores de Resultado.

Indicadores de Resultado			
	Día 0	Día 180 (6 meses, desde aplicado el programa)	Día 540 (18 meses, desde aplicado el programa)
Sentimiento de Soledad – Escala de Soledad UCLA (de 0-60 puntos)			
Nº atenciones médicas por salud mental (depresión y/o ansiedad)			

6. Tablas de Indicadores de Monitoreo.

Indicadores de Monitoreo: Profesionales a cargo.																		
1. Asistencia mensual para llevar a cabo el programa (De 0-8 veces; según reporte semanal de asistencia, contabilizado por los centros)																		
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Psicólogo																		
Alumno/a práctica																		
2. Pago sueldos (según reporte semanal de asistencia)																		
Psicólogo																		
Alumno/a práctica																		

Indicadores de Monitoreo: Beneficiarios programa.																		
1. Asistencia mensual talleres de auto-ayuda (De 0-8 veces; según reporte semanal de asistencia, contabilizado por los centros)																		
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
1																		
2																		
...																		
90																		

Indicadores de Monitoreo: Funcionamiento Centro.																		
1. Registro de mantención y limpieza lugares comunes																		
	M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18
Baños																		
Salas de talleres																		
Ascensores (de haberlos)																		

Bibliografía

1. Big Lottery Fund (2015). *Reconnections Social Impact Bond: reducing loneliness in Worcestershire*. UK.
- Brüning, K (2019). *Depresión en Adultos Mayores: Una mirada desde la Medicina Familiar*. Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile.
2. Capablanca Ltda. (2018) *Informe Final Corregido: Evaluación Programa Vínculos del Subsistema de Protección y Promoción Social Seguridades y Oportunidades, de la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social*. Chile.
3. CNN Chile (2020). *Observatorio del Envejecimiento: Cerca de 460 mil personas mayores de 60 años viven solas en Chile*. Recuperado de: https://www.cnnchile.com/pais/observatorio-del-envejecimiento-460-000-personas-mayores-de-60-anos-viven-solas-en-chile_20200115/
4. Comisión de Constitución (2018). *Informe de la comisión de constitución, legislación, justicia y reglamento recaído en el proyecto de ley que modifica la ley n° 20.032, que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del servicio nacional de menores (sename), y su régimen de subvención y el decreto ley n° 2.465, del año 1979, del ministerio de justicia, que crea el servicio nacional de menores y fija el texto de su ley orgánica*. BOLETÍN N° 11657-07-1. Congreso de Chile. Chile.
5. Comisión de la Familia y Adulto Mayor (2018). *Informe de la comisión de informe de la comisión de familia y adulto mayor recaído en el proyecto de ley originado en un mensaje que modifica la ley n° 20.032, que establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de la red de colaboradores del servicio nacional de menores (sename), y su régimen de subvención y el decreto ley n° 2.465, del año 1979, del ministerio de justicia, que crea el servicio nacional de menores y fija el texto de su ley orgánica*. BOLETÍN N° 11.657-07-1. Congreso de Chile. Chile.
6. CORFO (2019). *Contrato de Impacto Social (CIS) para la Reducción de la Reincidencia Juvenil*. Chile.
7. David McDaid; A-La Park; & Jose-Luis Fernandez. (2016). *Reconnections Evaluation Interim Report*. Personal Social Services Research Unit (PSSRU), London School of Economics and Political Science.
8. DIPRES (2018). *Proyecto de Ley que modifica la Ley N°20.032, que establece Sistema de Atención a la Niñez y Adolescencia a través de la Red de Colaboradores del Servicio Nacional de Menores (SENAME), y su régimen de subvención, y el Decreto de Ley N°4.465,*

del año 1979, del Ministerio de Justicia, que crea el SENAME y fija el texto de su Ley Orgánica. Ministerio de Hacienda. Chile.

9. El Mercurio (2019). *Reorganización en el Ministerio de Desarrollo Social: Ministro Sichel crea área de innovación que busca mejorar el diseño y aplicación de los programas sociales del Estado*. Recuperado de: <http://cache-elastic.emol.com/2019/09/05/ME-I/OK3LKD8E/all>

10. El Mostrador (2018). *Personas mayores y soledad*. Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/noticias/opinion/2018/03/22/personas-mayores-y-soledad/>

11. Errázuriz, P; Valdés, C; Vöhringer, P; Calvo, E. (2015). *Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente*.

12. Fetzer Institute (2015). *Self Report Measures for Love and Compassion Research: Loneliness and Interpersonal Problems*.

13. Fondo Multilateral de Inversiones (2015). *Bonos de Impacto Social. El contexto en Chile*. Miembro del Grupo BID. Chile.

14. Fundación Amanoz (2020). *Alianzas*. Recuperado de: <https://www.amanoz.cl/>

15. Gerst-Emerson, K; Jayawardhana, J. (2015). *Loneliness as a Public Health Issue. The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults*. American Journal of Public Health. Revista de Medicina de Chile. Chile.

16. Goldberg, S. (2017). *Scale Finance. Industrial-Strength Social Impact Bonds for Mainstream Investors*. Center for Community Development Investments. Federal Bank of San Francisco. USA.

17. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile (2017). *CENSO 2017*. Chile.

Kelly, M; Duff, H; Kelly, S; McHugh, J; Brennan, S; Lawlor, B; Loughrey, D. (2017). *The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review*. Systematic Reviews. BioMed Central. Irlanda.

18. La Tercera (2018). *Mayores de 80 años tienen la tasa de suicidio más alta del país*. Recuperado de: <https://www.latercera.com/tendencias/noticia/mayores-80-anos-tienen-la-tasa-suicidio-mas-alta-del-pais/270539/>

19. Mays, N. (2018). *Final Report: Evaluation of the Social Impact Bond Trailblazers in Health and Social Care*. Policy Innovation Research Unit. Department of Health Services Research & Policy. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London.

20. MIDESO (2017). *Encuesta CASEN: Libro de Códigos. Base de Datos*. Chile.
21. MIDESO (2017). *Encuesta CASEN: Manual del Investigador. Guía práctica para el uso y análisis de información*. Chile.
22. MIDESO (2018). *Informe de Desarrollo Social*. Chile.
23. MIDESO (2019). *Dimensiones de Evaluación CIS*. Subsecretaría de Evaluación Social. Chile.
24. MIDESO & SENAMA (2017). *Informe de Seguimiento de Programas Sociales: Centros Diurnos del Adulto Mayor*. Chile.
25. Mihalopoulos, C; Long Khanh-Dao, L; Chatterton, M; Bucholc, J; Holt-Lunstad, J; Lim, M; & Engel, L. (2019). *The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Springer Link. USA.
26. Ministerio de Educación (2018). *Estadística por carrera 2018*. Chile. Rescatado de: <https://www.mifuturo.cl/mi-futuro-buscadore/>
27. MINSAL (2014). *Segundo Informe: Evaluación del Sistema de de Salud Mental en Chile*. Chile.
28. MINSAL (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025*. Subsecretaría de Salud Pública. Chile.
29. Partido Republicano de Chile (2020). *Principios*. Recuperado de: <https://www.partidorepublicanodechile.cl/principios>
30. Russell, D; Peplau, L. A.; & Ferguson, M. L. (1978). *Developing a measure of loneliness*. Journal of Personality Assessment, 42, 290-294.
31. Russell, D. (1994). *Journal of Personality Assessment. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure*. Iowa State University.
32. SENAMA (2012). *Política Integral para el Envejecimiento Positivo para Chile 2012-2025*. Ministerio de Desarrollo Social. Chile.
33. SENAMA (2019). *Guía de Operaciones para Centros Diurnos Comunitarios*. División de Planificación, Desarrollo y Control. Chile.

34. SENAMA (2020). *Programa Centros Diurnos: Minuta Programa Centros Diurnos*. MIDESO. Chile.
35. Sequeira, D. (2011). *La soledad en las personas mayores: Factores protectores y de riesgo. Evidencias empíricas en adultos mayores chilenos*". Granada: Universidad de Granada. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Doctorado en Gerontología Social.
36. Social Finance (2015). *Investing to tackle loneliness. A discussion paper*. London.
37. Social Finance (2020). *Impact Bond Global Database*. UK. Recuperado de: <https://sibdatabase.socialfinance.org.uk/>
38. What Works Wellbeing (2018). *Briefing: What do we know about tackling loneliness?*. UK.
39. Windle, K; Francis, J; & Coomber, c. (2014). *Preventing loneliness and social isolation: interventions and outcomes*. Social Care Institute for Excellence.
40. Worcestershire County Council (2015). *Worcestershire awards UK's first innovative contract to tackle loneliness*. UK.