Diagnóstico de calidad de programas y actividades de servicios de cuidado

Ciudad de Trinidad

India-UN Development Partnership Fund

PNUD

Diagnóstico de calidad de programas y actividades de servicios de cuidado - Ciudad de Trinidad

Copyright © PNUD 2022
Todos los derechos reservados

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bolivia
Luciana Mermet, Representante Residente
Dennis Funes, Representante Residente Adjunto
Fernando Aramayo Carrasco, Oficial de Programas y Gestión Institucional

Coordinación Editorial
Nagera Vicente, Encargada de Comunicaciones
Carlos Arce, Especialista en Comunicación Estratégica

Equipo del Proyecto "Laboratorios urbanos de innovación social para la inserción laboral de mujeres a cargo de cuidados de niños y niñas en primera infancia"
Blanca Mendoza, Coordinadora de Políticas Públicas y Modelos de Servicios de Cuidado
Milenka Ocampo, Analista investigadora
Xavier Puig, Especialista en Planificación, Monitoreo y Evaluación
Florencia Avila, Técnica en Políticas Públicas de Cuidado
Paola Aleida Figueroa Mariscal, Administradora del proyecto

Equipo Responsable de la investigación
Patricia Loayza Millán, Consultora responsable
María Elizabeth Birhuett García
Mirjam Noemí Guevara Ávila
Rosario Marlene Ruiz Domínguez
Sebastian Zegada Loayza

Edición y Diagramación
Liliana Ríos Vargas

Depósito Legal: 1-2-1941-2022

ISBN: 978-9917-616-05-4

Edificio Metrobol II, Calle 14 esquina Sánchez Bustamante, Calacoto
Teléfono: (591-2) 2624551 / Fax (591-2) 2795820
Correo electrónico: registry.bo@undp.org
Página web: www. bo.undp.org
Casilla 9072, La Paz – Bolivia
Bolivia, julio de 2022

Las opiniones expresadas y los énfasis destacados de los textos de la presente publicación pertenecen exclusivamente a sus autores y no reflejan necesariamente la opinión de las Naciones Unidas, del PNUD, ni de sus Estados Miembros.

Esta publicación ha sido realizada en el marco del Proyecto **"Laboratorios urbanos de innovación social para la inserción laboral de mujeres a cargo de cuidados de niños y niñas en primera infancia"**, a través del Fondo de Asociación para el Desarrollo India-ONU, la Oficina de las Naciones Unidas para la Cooperación Sur-sur (UNOSSC) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bolivia.

Diagnóstico de calidad de programas y actividades de servicios de cuidado

Ciudad de Trinidad

India-UN Development Partnership Fund

PNUD

Contenido

Presentación 3

Siglas y acrónimos 5

I. Diagnóstico de calidad de los servicios de cuidado a nivel nacional 6

1. Marco conceptual 6

2. Análisis de la calidad de los servicios de atención bajo el Modelo de Excelencia (EFQM) 9

Levantamiento de información 10

Resultados y análisis a nivel de las nueve ciudades capitales y de la ciudad de El Alto 11

3. Lecciones aprendidas y mejores prácticas 18

Primera infancia 18

Personas con discapacidad 20

Personas adultas mayores 21

4. Conclusiones 22

5. Recomendaciones 23

II. Diagnóstico de la calidad de los servicios de cuidado en la ciudad de Trinidad 24

Lecciones aprendidas 43

Buenas prácticas 43

Conclusiones 43

Referencias 44

Presentación

La temática del cuidado se encuentra presente a lo largo de estos últimos años como una preocupación central en países como en el nuestro. Es importante recordar que durante la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, los países acordaron: "Adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado", así como:

> Fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basados en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de prestación compartida entre el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas. (Consenso de Brasilia, 2010)

La agenda de los cuidados parece hoy más actual, vigente y urgente que nunca. Los mensajes que desde hace décadas se vienen promoviendo desde los feminismos se vieron visibilizados y reconocidos socialmente con mucha contundencia en el contexto de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19. Pese a que este tema es central para el sostenimiento de la vida y de la propia economía, aún en nuestra sociedad, las tareas que este trabajo implica terminan siendo subvaloradas, altamente feminizadas y, en la mayoría de los casos, no remuneradas.

La problemática del cuidado, en el marco de la agenda pública en Bolivia, presenta múltiples aspectos que la conforman, precisa un abordaje multidimensional y la participación de multiplicidad de actores. En respuesta a ese contexto, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) implementa actualmente el proyecto **"Laboratorios urbanos de innovación social para la inserción laboral y mujeres a cargo de cuidados de primera infancia"**, en la perspectiva de contribuir a la generación de políticas públicas en el ámbito de los servicios de cuidado. Es así que, en la pasada gestión, se ha impulsado el desarrollo de un proceso de diagnóstico de la calidad de programas y actividades de servicios de cuidado a nivel estatal y privado en las principales ciudades del país.

El presente documento forma parte de la iniciativa integral del PNUD por tener una radiografía completa sobre la calidad de los servicios de cuidado a la primera infancia, a personas con discapacidad y a personas adultas mayores, tomando en cuenta su incidencia en la mejora de la autonomía de las mujeres y rescatando buenas prácticas regionales y locales.

Es para nosotros importante reflexionar sobre cómo el Estado está encarando el reto de velar por los derechos y las necesidades de quienes reciben cuidados y de aquellos que los prestan, sea de manera remunerada o no. En este marco, la expansión del trabajo decente es un requisito para el goce efectivo de los derechos fundamentales de quienes cuidan.

Las proyecciones poblacionales para Bolivia al año 2030 muestran un aumento de personas en edad de trabajar y de personas mayores de 60 años, al tiempo que existe una ligera disminución de la población en la primera infancia. Es decir que, cada vez más, las personas en edad de trabajar superarán a las personas potencialmente dependientes (entre 0 a 14 años y mayores de 60), creando lo que se conoce como "bono demográfico". Esta aparente condición o contexto favorable solo tiene sentido si se garantizan condiciones de buena salud, educación de calidad o un trabajo decente.

Como un aporte a la gestión de conocimiento y en el marco del nuevo enfoque estratégico del PNUD a nivel global, creemos que la temática de cuidados va a servir para darle un sentido de equidad a todas las acciones que se impulsan para promover la Agenda 2030, además de contribuir a los lineamientos vigentes del Plan Nacional de Desarrollo (PNDES).

Este documento, como el resto de la serie de diagnósticos que forman parte de estas publicaciones, busca brindar los insumos básicos para que los operadores de políticas públicas municipales, departamentales y nacionales puedan entender las particularidades de la problemática de cuidados y la construcción de la igualdad de género en el país, además de proponer posibles puntos de ajuste para responder a la realidad del "bono demográfico" que se plantea para los próximos años.

Siglas y acrónimos

ADANI	Asociación de Ayuda a niños y niñas
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
AFP	Administradoras de Fondos de Pensiones
CEET	Centro Educativo de Estimulación Temprana
CIM	Centro Integral Multisectorial
CODEPEDIS	Comité Departamental de la Persona con Discapacidad
CONALPEDIS	Comité Nacional de Personas con Discapacidad
COSLAM	Centro de Orientación Socio Legal del Adulto Mayor
D.S.	Decreto Supremo
EFQM	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GADT	Gobierno Autónomo Departamental de Tarija
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GAMT	Gobierno Autónomo Municipal de Tarija
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OIT	Organización Internacional del Trabajo
PAM	Personas Adultas Mayores
PAN	Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años
PEI	Plan Estratégico Institucional
POA	Plan Operativo Anual
SEDEGES	Servicio Departamental de Gestión Social
UMADIS	Unidad Atención a la Persona con Discapacidad

I. Diagnóstico de calidad de los servicios de cuidado a nivel nacional

1. Marco conceptual

El presente diagnóstico tiene como objetivo valorar la calidad de los servicios de cuidado a la primera infancia, personas con discapacidad y personas adultas mayores, tomando en cuenta su incidencia en la mejora de la autonomía de las mujeres y rescatando buenas prácticas regionales y locales en las nueve ciudades capitales de departamento y la ciudad de El Alto.

Uno de los estudios más conocidos respecto al cuidado (Daly y Lewis, 2000) lo sitúa en el ámbito de la economía social y política, y lo define como: las actividades y el conjunto de relaciones que se encuentran en la *intersección entre el Estado, el mercado, la familia y el voluntariado*, destacando tres elementos:

1) su reconocimiento como una forma particular de trabajo que puede ser remunerado o no, formal o informal, y cuyos límites están determinados por el Estado;

2) su ubicación "en un marco normativo de obligación y responsabilidad", debido a que se desarrolla en el ámbito de las relaciones y responsabilidades familiares y/o sociales, y

3) el reconocimiento de que implica costos económicos y emocionales que se comparten entre el ámbito público y el privado (Daly y Lewis, 2000).

Este mismo estudio propone definirlo "*como una actividad que atraviesa esferas*" y que debe ser analizada a nivel macro en términos del papel de los servicios y, a nivel micro, con base en el papel de las mujeres y el bienestar de las personas que reciben cuidados (Daly y Lewis, 2000). En este marco, se hace evidente que el mercado exacerba las inequidades, pues mientras en los hogares de mayores ingresos el cuidado se resuelve, al menos en parte, con los servicios privados existe un conjunto de hogares que no pueden tercerizarlos (ya sea por su baja cobertura cuando se trata de servicios públicos o porque no pueden costear los servicios privados). Estas diferencias en la provisión del cuidado "constituyen una de las causas estructurales de la elevada incidencia de la pobreza en hogares con un número importante de dependientes (…) y de las mujeres en ellos". En ese sentido, la provisión pública y gratuita de servicios de cuidado de calidad y su mayor cobertura tiene un potencial igualador, no solo para quienes reciben los cuidados sino para quienes los proveen dentro del hogar (Esquivel, 2011).

Este último enfoque tiene una doble mirada: por una parte, **el derecho a recibir cuidados** y, por otra, **el derecho a decidir si se los brinda o no**, en ciertas circunstancias. "En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar(se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica" (Pautassi, 2010; Esquivel, 2011). Es decir que, en un marco político en el que se valora el cuidado, tanto en su rol social como económico, corresponde al Estado velar por los derechos y las necesidades de quienes reciben cuidados y de aquellos que los prestan, sea de manera remunerada o no. En este marco, la expansión del trabajo decente es un requisito para el goce efectivo de los derechos de las cuidadoras.

En los años 90, se empezó a hablar de la "economía del cuidado" para visibilizar el trabajo de gran parte de las mujeres en el ámbito privado, como una externalidad al sistema económico de la cual el Estado y la sociedad se beneficiaban (Díaz Langou, 2019), ya sea por su carácter gratuito o por encontrarse entre los trabajos que se desarrollaban en peores condiciones en términos relativos. No obstante, las políticas de cuidado que tienden a conciliar la familia con el trabajo en un marco de corresponsabilidad tienen la posibilidad de generar efectos positivos en el cierre de las brechas de género en el mercado laboral, no solo porque promueven la igualdad sino porque impulsan el crecimiento económico, pues ayudan a superar las barreras a la subutilización de la fuerza de trabajo femenino, invierten en el capital humano y aumentan el poder de negociación de las mujeres dentro de los hogares (Díaz Langou, 2019; Díaz Langou y Brest López, 2018).

En conclusión, no existe una definición única ni una sola mirada respecto al concepto de cuidado. Algunas/os autoras/es lo asocian a las actividades y relaciones involucradas

en *atender a personas en situación de dependencia* (Chapar y Dato, 2018), aunque por su carácter multidimensional, otros consideran más apropiado hablar de un *sistema de cuidados* con implicancias sociales, económicas y políticas, en el que participan el Estado, el mercado y las familias, y que cumple "una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes" (Aguirre y Ferrari, 2014). Esta es una visión más aproximada a la realidad, tomando en cuenta que cada grupo meta enfrenta distintos tipos de limitaciones.

Es importante realizar tres precisiones:

1) La mayoría de estos servicios se han focalizado en la primera infancia, adultas/os mayores y personas con discapacidad, aunque en la práctica, el cuidado contempla a todas las "personas cuidado-dependientes debido a su edad, incapacidad o estado de salud" (OIT, 2012).

2) Existen fronteras muy difusas entre la educación inicial escolarizada y los servicios de cuidado a la primera infancia, y entre la atención en salud y los servicios de cuidado a los grupos en situación de dependencia (Esquivel, 2011).

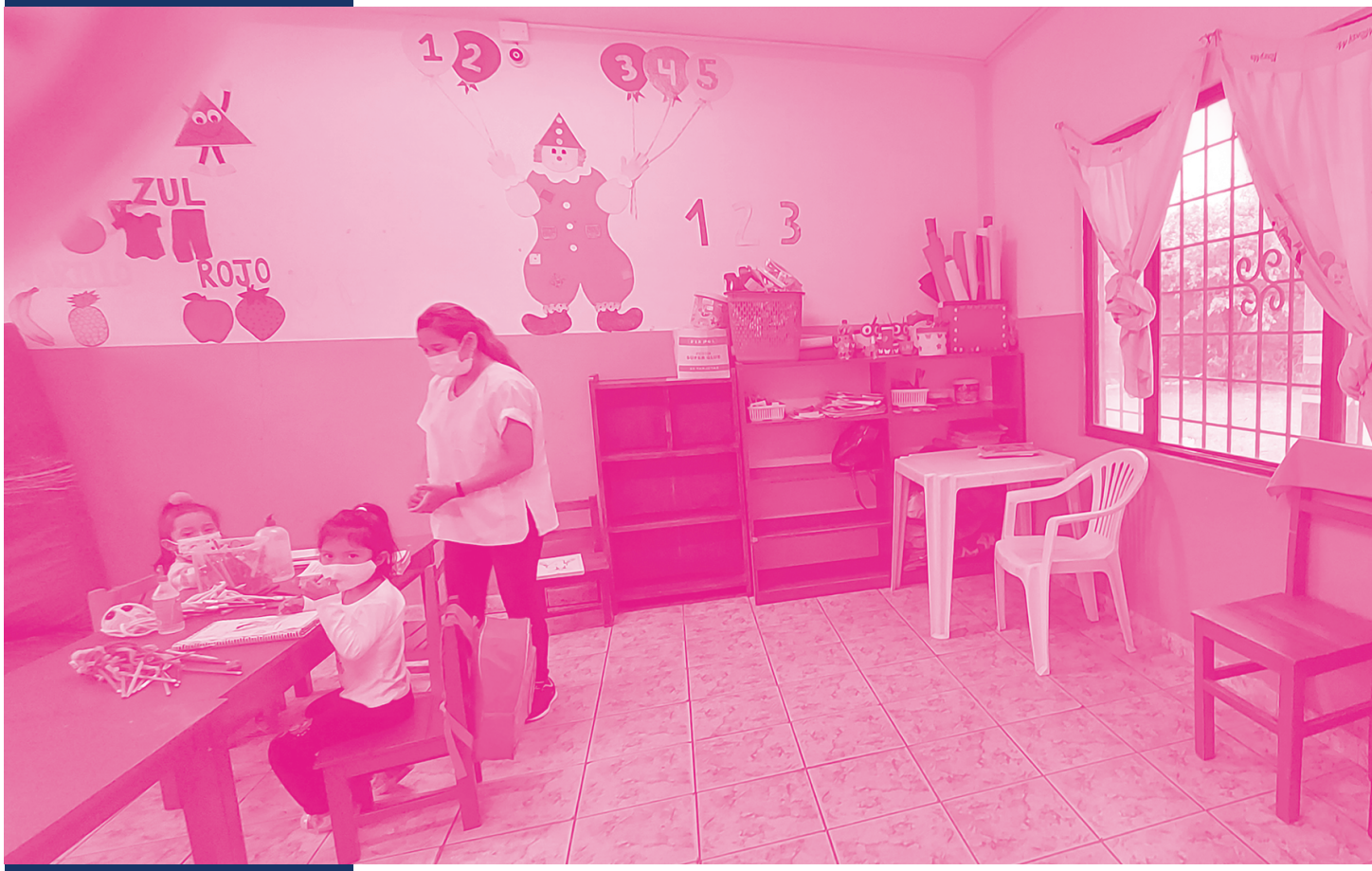
3) La actual mirada del cuidado ha logrado superar la visión tradicional de que las y los beneficiarios de los servicios son solo y exclusivamente quienes los reciben, ya que lo son también las familias y mujeres que, de no existir estos servicios, serían las encargadas de proveerlo (*ibid.*).

En Bolivia, las proyecciones poblacionales al año 2030 muestran un aumento de personas en edad de trabajar y de personas mayores de 60 años, al tiempo que existe una ligera disminución de la población en la primera infancia (BID, 2021). Es decir que, cada vez más, las personas en edad de trabajar superarán a las personas potencialmente dependientes (entre 0 a 14 años y mayores de 60), creando lo que se conoce como "bono demográfico" o, en otras palabras, que existe mucha más gente con capacidad de contribuir a la generación de ingresos. Sin embargo, las ventajas del bono demográfico solo se hacen realidad si la población en edad laboral (15 a 65 años)[1] goza de las siguientes condiciones: buena salud, educación de calidad, trabajo decente y una baja proporción de dependientes.

Lutz *et al.* (2019) plantean que, más que por la estructura demográfica, el bono demográfico en realidad es producto de la educación. De hecho, concluyen que una caída en la fertilidad (es decir, una disminución del índice de dependencia infantil) puede conducir a un empeoramiento de las condiciones económicas si ocurre en un contexto de baja educación. Es decir que, con una población educada y con oportunidades para acceder a una fuente de trabajo, es posible impulsar el crecimiento económico y reducir la pobreza si es que se logra incorporar a estas personas a una fuente de trabajo digno y aumentar su capacidad de consumo.

Por lo tanto, se necesitan políticas económicas, sociales y de gobierno para preparar un ambiente favorable para la absorción de una fuerza de trabajo cada vez más creciente, no solo por el bono demográfico sino también por el bono de género, es decir, el

1. En Bolivia, la edad mínima para trabajar es de 14 años y la máxima es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres.



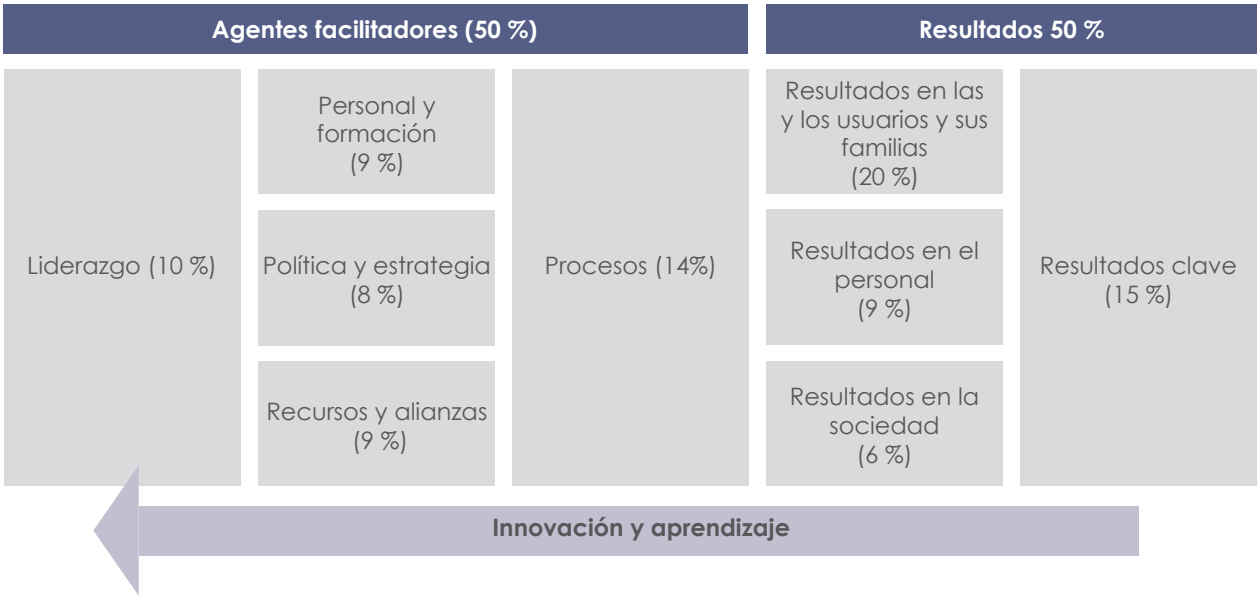
"aporte potencial que pueden realizar las mujeres a los ingresos de sus hogares y por lo tanto al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza debido al incremento significativo de su participación en la actividad económica" (CEPAL, 2012).

2. Análisis de la calidad de los servicios de atención bajo el Modelo de Excelencia (EFQM[2])

El Modelo de Excelencia de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM, por sus siglas en inglés) ha sido adaptado, bajo diferentes versiones, a la administración pública, debido a su enfoque holístico y sistemático que lo convierte en una de las herramientas más completas de medición y gestión de la calidad. Según este modelo, los resultados excelentes en el rendimiento de una organización, en la ciudadanía, en las personas que forman parte de la organización y en la sociedad "se alcanza por medio de un liderazgo que dirija la estrategia y planificación, las personas, las alianzas, los recursos y los procesos".

2. European Foundation for Quality Management.

Modelo EFQM



Fuente: *Guía de Autoevaluación para la administración pública, Modelo EFQM de Excelencia*, Ministerio de Administraciones Públicas, Madrid, 2006

El modelo consta de nueve parámetros, cinco de los cuales son llamados "agentes facilitadores" y cuatro corresponden al nivel de "resultados". Los agentes facilitadores tienen que ver con lo que una organización hace y son las causas que dan lugar a los resultados o lo que la organización logra. Cada criterio o parámetro tiene asignado un conjunto de subparámetros que lo definen. Para el presente estudio, se aplicaron los nueve parámetros, pero se adaptó el modelo a nivel de subparámetros, con el propósito de adecuarlos a las particularidades del contexto y a los servicios de cuidado.

Levantamiento de información

Se visitó y/o entrevistó a directivos y personal de los Servicios Departamentales de Gestión Social (SEDEGES) de los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD) de ocho departamentos y al Servicio Departamental de Políticas Sociales (SEDEPOS) del Gobierno Autónomo Departamental de Santa Cruz, a las autoridades de los diez Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) de las diez ciudades de estudio, y al personal de los servicios de cuidado. La información fue levantada mediante entrevistas, encuestas, revisión de documentos, grupos focales y observación directa en 84 centros de cuidado, durante los meses de marzo a mayo de 2021.

El contexto ocasionado por la pandemia del COVID-19 y las elecciones subnacionales dio lugar a limitaciones en el trabajo de campo, ya que muchos centros permanecían cerrados; en otros, el acceso no estaba permitido y, en las instancias gubernamentales subnacionales, el personal estaba en pleno proceso de transición. Por estos motivos, el acceso al personal que trabaja en los centros de cuidado tomó varias formas, pues una parte había sido desvinculada de su fuente de trabajo, otra se encontraba con baja temporal y los que trabajaban lo hacían visitando los domicilios de las y los usuarios o mediante tecnologías de la información y comunicación.

El acceso fue directo en el caso de las y los directores de los centros y del personal a cargo de las unidades pertinentes de los gobiernos departamentales y municipales. La información de campo fue complementada mediante estudios analíticos, informes de la Defensoría del Pueblo e informes enviados por los SEDEGES al Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional.

Resultados y análisis a nivel de las nueve ciudades capitales y de la ciudad de El Alto

A continuación, se presenta un resumen de los principales hallazgos en cada uno de los nueve parámetros de calidad del Modelo EFQM, acompañado de una tabla resumen para cada grupo meta. En la primera columna de la tabla, se encuentra el peso porcentual que el modelo otorga a cada parámetro y, en la segunda columna, los subparámetros definidos por el equipo consultor[3].

- La columna "Calificación" contiene el valor obtenido por cada subparámetro mediante la aplicación de la escala de Likert[4] por parte del equipo de expertas y expertos que realizaron las visitas y entrevistas en cada centro. El promedio de los valores obtenidos es el que se consigna en esta columna.
- La columna de "Ponderación" contiene el peso que tiene cada subparámetro dentro del parámetro correspondiente. Estos valores fueron definidos por el equipo consultor con base en la literatura existente y a partir de su experiencia. La suma de estos porcentajes coincide con el valor establecido en el Modelo EFQM para cada parámetro de calidad.
- La columna "Porcentaje de cumplimiento" se calculó dividiendo la calificación obtenida entre el peso porcentual del parámetro, y muestra el desempeño en cada subparámetro.
- Finalmente, la columna "Total" es el valor obtenido por el parámetro de calidad a partir de la suma de las calificaciones alcanzadas. Este valor se compara con el valor ideal presentado en la primera columna para conocer cuánto se acerca el desempeño real al ideal.

Para ayudar a la lectura de los cuadros se ha utilizado un semáforo bajo la siguiente escala de colores:

3. El equipo consultor estuvo compuesto por: una experta en primera infancia, una experta en personas con discapacidad, una experta en adultas/os mayores, un experto en la aplicación del modelo de calidad y una coordinadora de equipo con experiencia de trabajo con los tres grupos meta.
4. La Escala de Likert es un método de investigación que mide la opinión de una persona sobre determinado tema a través de su grado de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación. En el caso de la presente investigación, se utilizó una escala del 1 al 5, donde el 1 representa el total desacuerdo con la afirmación y 5 el total acuerdo.

Primera infancia

- **Liderazgo.** En los servicios de cuidado a la primera infancia se ha observado algunos aspectos que impiden alcanzar óptimos resultados. Comenzando por la tendencia a la baja del financiamiento y a las dificultades de contar con un equipo multidisciplinario completo, continuando por la falta de acreditación de muchos centros, su funcionamiento en horarios que no consideran las necesidades de las usuarias/os y la falta de evaluaciones sistemáticas de su gestión, que hacen difícil evaluar su calidad. Un aspecto positivo, pese a las limitaciones señaladas, es que todos los centros tienen su propósito claro.
- **Personal y formación.** También se encontraron debilidades en este parámetro. Por un lado, gran parte del personal no cuenta con ítem ni con contrato fijo, por lo que no pueden acceder a los beneficios sociales, tampoco tienen ningún tipo de incentivo ni se promueve su participación en la toma de decisiones. Muchos centros no cuentan con personal formado para otorgar el servicio, ni con planes de formación. Uno de los aspectos positivos es que se establecieron los requisitos de formación para cada puesto de trabajo.
- **Política y estrategia.** Las fortalezas identificadas son el contar con normas de funcionamiento y manuales de funciones, aunque es poco usual que los centros cuenten con planes estratégicos.
- **Recursos y alianzas.** Muy pocos centros desarrollaron alianzas estratégicas para su funcionamiento y no existe coordinación con el sector de educación. Son pocos los centros que fomentan la participación de las familias y la comunidad, y no se constató la existencia de planes, capacitación o equipamiento para prevención de riesgos, aunque se pudo observar una activa coordinación con los sectores de protección y de salud, y adecuadas instalaciones e infraestructura, en la mayoría de los casos.
- **Procesos.** Este parámetro es el mejor calificado en este tipo de servicios, siendo relevante destacar la existencia de programas educativos, prácticas de salud (vacunas y coordinación con los centros de salud) y de protección (protocolos ante violencia o maltratos y coordinación con las instancias de protección a menores). También se identificó que muchos centros cuentan con diversas prácticas de higiene y de alimentación nutritiva.
- **Resultados en las y los usuarios.** En la mayor parte de los centros se realizan evaluaciones integrales en salud, educación, protección y control emocional. Así mismo, existe satisfacción de los padres que, en algunos casos, califican al centro como esencial para el desarrollo de sus hijas e hijos.
- **Resultados en el personal.** Este parámetro pone de manifiesto que la inestabilidad laboral es una característica común y que las expectativas de desarrollo profesional son bajas, aunque el personal cuenta con ambientes adecuados para el desarrollo de su trabajo.
- **Resultados en la sociedad.** En la mayor parte de los casos, los servicios de cuidado de primera infancia son de vital importancia para la liberación de tiempo a las y los cuidadores familiares, que en su mayoría son mujeres.
- **Resultados clave.** Muy pocos centros han podido adaptarse a la emergencia sufrida por la pandemia. La mayoría no tienen la capacidad de desarrollar

planes de contingencia ante el COVID-19, ni de adaptarse a las necesidades de las y los usuarios, por lo que muy pocos centros reabrieron sus servicios.

Calificación de parámetros y subparámetros - Centros de Atención a la Primera Infancia

Parámetro	Subparámetro	Calificación	Ponderación	Porcentaje de cumplimiento	Total
1. Liderazgo 10 %	Evaluación de la gestión	0,43 %	2,50 %	17,20 %	4,63 %
	Gestión	0,94 %	2,50 %	37,50 %	
	Organización del servicio	0,81 %	2,50 %	32,50 %	
	Propósito	2,45 %	2,50 %	98,00 %	
2. Personal y formación 9 %	Formación continua	0,84 %	2,30 %	36,68 %	3,83 %
	Gestión del personal en los servicios	0,91 %	2,30 %	39,62 %	
	Nivel de formación del personal	1,49 %	2,30 %	64,57 %	
	Participación de las y los trabajadores en las decisiones del centro	0,59 %	2,30 %	25,43 %	
3. Política y estrategia 8 %	Marco normativo	1,92 %	2,70 %	70,93 %	3,68 %
	Planificación estratégica y evaluación	0,11 %	2,70 %	3,94 %	
	Reglamentos internos	1,66 %	2,70 %	61,57 %	
4. Recursos y alianzas 9 %	Alianzas estratégicas	0,22 %	1,30 %	16,87 %	4,39 %
	Coordinación intersectorial	0,89 %	1,30 %	68,14 %	
	Equipamiento, mobiliario y materiales	0,75 %	1,30 %	57,55 %	
	Infraestructura	1,23 %	1,30 %	94,43 %	
	Participación de la comunidad	0,36 %	1,30 %	27,78 %	
	Participación de la familia	0,40 %	1,30 %	30,76 %	
	Prevención de riesgos y atención de emergencias	0,55 %	1,30 %	42,01 %	
5. Procesos 14 %	Prácticas de higiene	2,77 %	2,80 %	99,00 %	13,64 %
	Prácticas de nutrición (si brinda alimentación)	2,77 %	2,80 %	99,00 %	
	Programa educativo	2,71 %	2,80 %	96,67 %	
	Vigilancia y prácticas de protección	2,63 %	2,80 %	94,00 %	
	Vigilancia y prácticas de salud	2,76 %	2,80 %	98,50 %	
6. Resultados en usuarias/os 20 %	Evaluación integral del desarrollo de la y el usuario	9,70 %	10,00 %	97,00 %	17,50 %
	Satisfacción de la y el usuario	7,80 %	10,00 %	78,00 %	
7. Resultados en el personal 9 %	Ambientes físicos	2,31 %	3,00 %	77,00 %	3,42 %
	Desarrollo profesional	0,75 %	3,00 %	25,00 %	
	Estabilidad laboral	0,36 %	3,00 %	12,00 %	
8. Resultados en la sociedad 6 %	Tiempo de cuidado compartido	5,88 %	6,00 %	98,00 %	5,88 %
9. Resultados clave 15 %	Adaptabilidad	1,00 %	3,75 %	26,67 %	11,98 %
	Desarrollo integral y condición saludable integral de las y los usuarios (programas educativos, de salud y de protección)	3,75 %	3,75 %	100 %	
	Oportunidades en la familia	3,75 %	3,75 %	100 %	
	Sostenibilidad	2,28 %	3,75 %	60,89 %	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación, según el modelo de calidad EFQM

Personas con discapacidad

- **Liderazgo.** La "evaluación de la gestión" es el aspecto que presentó mayores debilidades, principalmente, por la baja participación de las familias y la comunidad, y porque en muchos casos no se cuenta con instrumentos ni indicadores, dificultando establecer mecanismos de mejora. No obstante, muchos de los centros acreditados tienen un propósito claro y cuentan con un equipo multidisciplinario.

- **Personal y formación.** Se detectó que gran parte del personal no tiene un contrato fijo, carece de incentivos, no accede a un plan de formación y su participación en las decisiones es escasa. En contraparte, las capacitaciones son habituales, los cargos tienen perfiles concretos y gran parte del personal cuenta con la formación necesaria.

- **Política y estrategia.** Hay normas para el funcionamiento, se aplican protocolos y existen manuales de funciones, aunque no tienen planes estratégicos en la mayoría de los casos.

- **Recursos y alianzas.** Se identificó una baja participación de la comunidad y, en la mayoría de los casos, no se encontraron planes de prevención de riesgos ni personal capacitado para afrontarlos. Sin embargo, se detectaron alianzas estratégicas que coadyuvan al funcionamiento de los centros, existe suficiente espacio, equipamiento, materiales y mobiliario adecuados, y buenas condiciones físicas para la atención.

- **Procesos.** Se observó que muchos de los centros no brindan asesoramiento en nutrición debido a que no cuentan con personal calificado. Las fortalezas están por el lado de los programas educativos, la terapia ocupacional y las prácticas de preservación de la salud y protección integral de las y los usuarios.

- **Resultados en las y los usuarios.** Muchos de los centros desarrollan prácticas adecuadas de la evaluación integral de las y los usuarios, como los controles de salud, desarrollo mental, desarrollo físico y control emocional.

- **Resultados en el personal.** Existen debilidades en la estabilidad laboral y el desarrollo profesional de las y los trabajadores, aunque se cuenta con ambientes apropiados para el desarrollo de su trabajo.

- **Resultados en la sociedad.** En la mayoría de los casos, los centros de atención integral y rehabilitación para personas con discapacidad prestan un servicio que contribuye directamente a que las familias, en especial las personas responsables del cuidado, dispongan de tiempo libre para desarrollar otras actividades.

- **Resultados clave.** Se detectaron debilidades en la falta del restablecimiento de los servicios después de la cuarentena rígida en 2020 y poca capacidad de adaptabilidad ante la emergencia sanitaria. Entre las fortalezas, cuentan con un presupuesto anual asegurado e infraestructura propia, en la mayoría de los casos.

Calificación de parámetros y subparámetros - Centros de Atención a Personas con Discapacidad

Parámetro	Subparámetro	Calificación	Ponderación	Porcentaje de cumplimiento	Total
1. Liderazgo 10 %	Evaluación de la gestión	1,46 %	2,50 %	58,48 %	6,91 %
	Gestión	1,82 %	2,50 %	72,83 %	
	Organización del servicio	1,78 %	2,50 %	71,20 %	
	Propósito	1,85 %	2,50 %	73,91 %	
2. Personal y formación 9 %	Formación continua	1,53 %	2,30 %	66,46 %	5,97 %
	Gestión del personal en los servicios	1,32 %	2,30 %	57,42 %	
	Nivel de formación del personal	1,85 %	2,30 %	80,28 %	
	Participación de las y los trabajadores en las decisiones del centro	1,27 %	2,30 %	55,29 %	
3. Política y estrategia 8 %	Marco normativo	2,20 %	2,70 %	81,38 %	5,45 %
	Planificación estratégica y evaluación	1,16 %	2,70 %	42,83 %	
	Reglamentos internos	2,10 %	2,70 %	77,64 %	
4. Recursos y alianzas 9 %	Alianzas estratégicas	0,95 %	1,30 %	73,34 %	5,67 %
	Coordinación intersectorial	0,86 %	1,30 %	66,51 %	
	Equipamiento, mobiliario y materiales	1,01 %	1,30 %	77,66 %	
	Infraestructura	1,06 %	1,30 %	81,79 %	
	Participación de la comunidad	0,57 %	1,30 %	44,22 %	
	Participación de la familia	0,70 %	1,30 %	53,93 %	
	Prevención de riesgos y atención de emergencias	0,50 %	1,30 %	38,47 %	
5. Procesos 14 %	Prácticas de higiene	2,28 %	2,80 %	81,52 %	9,75 %
	Prácticas de nutrición (si brinda alimentación)	1,00 %	2,80 %	35,87 %	
	Programa educativo	2,28 %	2,80 %	81,52 %	
	Vigilancia y prácticas de protección	2,04 %	2,80 %	72,83 %	
	Vigilancia y prácticas de salud	2,15 %	2,80 %	76,63 %	
6. Resultados en usuarias/os 20 %	Evaluación integral del desarrollo de la y el usuario	7,61 %	10,00 %	76,09 %	11,74 %
	Satisfacción de la y el usuario	4,13 %	10,00 %	41,30 %	
7. Resultados en el personal 9 %	Ambientes físicos	2,41 %	3,00 %	80,43 %	6,29 %
	Desarrollo profesional	2,02 %	3,00 %	67,39 %	
	Estabilidad laboral	1,86 %	3,00 %	61,96 %	
8. Resultados en la sociedad 6 %	Tiempo de cuidado compartido	4,57 %	6,00 %	76,09 %	4,57 %
9. Resultados clave 15 %	Adaptabilidad	2,14 %	3,75 %	57,00 %	13,24 %
	Desarrollo integral y condición saludable integral de las y los usuarios	3,75 %	3,75 %	100 %	
	Oportunidades en la familia	3,53 %	3,75 %	94,20 %	
	Sostenibilidad	3,50 %	3,75 %	93,24 %	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación, según el modelo de calidad EFQM

Personas adultas mayores

- **Liderazgo.** Los servicios de cuidado enfocados en la y el adulto mayor muestran ciertas debilidades en este parámetro, relacionadas a la evaluación de la gestión, falta de indicadores y de financiamiento asegurado, lo que incrementa la incertidumbre de contar con el servicio. Por otro lado, entre las fortalezas está el tener un propósito claro y bien definido, horarios de atención adecuados a las necesidades de las y los usurarios, y con un equipo multidisciplinario para brindar el servicio.
- **Personal y formación.** Se identificaron carencias, como la falta de contratos a plazo fijo, la ausencia de prestaciones, beneficios e incentivos para buena parte de las y los trabajadores, limitada participación en las decisiones, y pocos planes de formación y capacitación. Entre los aspectos positivos, está el contar con personal con una adecuada formación para brindar el servicio y la existencia de perfiles y requisitos para cada puesto de trabajo.
- **Política y estrategia.** Son pocos los centros que cuentan con planes estratégicos, manuales de funciones o protocolos de atención, aunque muchos centros, para su funcionamiento, se basan en normas de carácter local y nacional.
- **Recursos y alianzas.** Se encontraron fortalezas que dieron lugar a que los servicios tuvieran un sentido más claro, como contar con infraestructura propia y adecuada a las necesidades de las y los adultos mayores, la eliminación de barreras arquitectónicas, espacios adecuados y una alta coordinación con el sector salud, principalmente. Las limitaciones tienen que ver con la ausencia de planes de prevención de riesgos, la baja participación de las familias y la comunidad, y una débil coordinación con los sectores de educación y protección.
- **Procesos.** Los puntos fuertes son la vigilancia permanente y el acceso oportuno a los servicios de salud. Muchos centros cuentan con programas educativos y de terapia ocupacional pertinentes, y con espacios adecuados para desarrollar estas actividades; tienen rutinas diarias de higiene y menús elaborados por nutricionistas. Los puntos débiles están relacionados con la ausencia de protocolos ante casos de maltrato y prácticas de protección no muy definidas.
- **Resultados en las y los usuarios.** Se realizan evaluaciones para preservar la salud y el bienestar integral, aunque por la pandemia fue difícil contactarse con las y los usuarios y sus familias para determinar su grado de satisfacción con los servicios que reciben en los centros.
- **Resultados en el personal.** Se identificaron algunas debilidades como la baja expectativa de desarrollo profesional y la inestabilidad laboral, aunque el personal cuenta con ambientes adecuados para realizar su trabajo.
- **Resultados en la sociedad.** Se pudo determinar que, por un lado, muchos de las y los adultos mayores que residen en los centros no tienen familia o han sido abandonadas/os y, por otro lado, que la responsabilidad del cuidado tiende a pasar a los centros.
- **Resultados clave.** Se identificaron fortalezas, tales como que la mayoría de los centros cuentan con infraestructura propia, las personas atendidas gozan de condiciones para una atención adecuada e integral, y se garantiza la continuidad de los servicios pese a la emergencia causada por la pandemia.

También se detectaron debilidades, como la inestabilidad laboral, en especial de las cuidadoras y el abandono de algunas/os adultos mayores.

Calificación de parámetros y subparámetros - Centros de Atención al Adulto Mayor

Parámetro	Subparámetro	Calificación	Ponderación	Porcentaje de cumplimiento	Total
1. Liderazgo 10 %	Evaluación de la gestión	0,75 %	2,5 %	30,0 %	6,53 %
	Gestión	1,51 %	2,5 %	60,4 %	
	Organización del servicio	1,98 %	2,5 %	79,2 %	
	Propósito	2,29 %	2,5 %	91,7 %	
2. Personal y formación 9 %	Formación continua	0,89 %	2,3 %	39,6 %	4,73 %
	Gestión del personal en los servicios	1,03 %	2,3 %	45,8 %	
	Nivel de formación del personal	1,78 %	2,3 %	79,2 %	
	Participación de las y los trabajadores en las decisiones del centro	1,03 %	2,3 %	45,8 %	
3. Política y estrategia 8 %	Marco normativo	1,88 %	2,7 %	70,8 %	4,71 %
	Planificación estratégica y evaluación	1,33 %	2,7 %	50,0 %	
	Reglamentos internos	1,50 %	2,7 %	56,3 %	
4. Recursos y alianzas 9 %	Alianzas estratégicas	0,86 %	1,3 %	66,7 %	5,26 %
	Coordinación intersectorial	0,81 %	1,3 %	62,5 %	
	Equipamiento, mobiliario y materiales	0,97 %	1,3 %	75,0 %	
	Infraestructura	1,17 %	1,3 %	91,0 %	
	Participación de la comunidad	0,54 %	1,3 %	41,7 %	
	Participación de la familia	0,48 %	1,3 %	37,5 %	
	Prevención de riesgos y atención de emergencias	0,43 %	1,3 %	33,3 %	
5. Procesos 14 %	Prácticas de higiene	1,98 %	2,8 %	70,8 %	9,63 %
	Prácticas de nutrición (si brinda alimentación)	1,63 %	2,8 %	58,3 %	
	Programa educativo	1,75 %	2,8 %	62,5 %	
	Vigilancia y prácticas de protección	1,52 %	2,8 %	54,2 %	
	Vigilancia y prácticas de salud	2,74 %	2,8 %	97,9 %	
6. Resultados en usuarias/os 20 %	Evaluación integral del desarrollo de la y el usuario	6,25 %	10,0 %	62,5 %	11,67 %
	Satisfacción de la y el usuario	5,42 %	10,0 %	54,2 %	
7. Resultados en el personal 9 %	Ambientes físicos	1,63 %	3,0 %	54,2 %	4,13 %
	Desarrollo profesional	1,25 %	3,0%	41,7 %	
	Estabilidad laboral	1,25 %	3,0 %	41,7 %	
8. Resultados en la sociedad 6 %	Tiempo de cuidado compartido	2,75 %	6,0 %	45,8 %	2,75 %
9. Resultados clave 15 %	Adaptabilidad	3,06 %	3,8 %	81,5 %	11,74 %
	Desarrollo integral y condición saludable integral de las y los usuarios (programas educativos, de salud y de protección)	3,75 %	3,8 %	100,0 %	
	Oportunidades en la familia	1,67 %	3,8 %	44,4 %	
	Sostenibilidad	3,26 %	3,8 %	87,0 %	

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de la evaluación, según el modelo de calidad EFQM

3. Lecciones aprendidas y mejores prácticas

Primera infancia

Lecciones aprendidas

- ***La mayor parte de la responsabilidad de las tareas de cuidado en los centros infantiles recae sobre las educadoras y las cocineras***, quienes diariamente brindan atención a las y los niños en jornadas de seis a ocho horas. Este grupo, conformado totalmente por mujeres, tiene condiciones inestables de contratación y bajos salarios, y la profesionalización exigida para acceder a los puestos, en la mayor parte de las ciudades, no conlleva ningún incentivo. El mensaje parecería ser que, más allá de la profesionalización, este es un oficio subvalorado en las políticas sociales, sin embargo, un alto porcentaje de las educadoras ha demostrado un amplio compromiso y responsabilidad en el desempeño de sus tareas, motivadas por la gratitud de las familias, los avances de las y los niños, el tener garantizado el alimento diario en los centros y algún ingreso mensual. La lección aprendida es que, a pesar de las inadecuadas condiciones laborales, existe un fuerte compromiso social basado en la valoración de las interacciones humanas.

- ***El traspaso del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años (PAN) a las entidades autónomas para que inserten en sus presupuestos este servicio no garantizó ni la permanencia de este ni su sostenibilidad***, dado que los recursos destinados para el mismo dependen totalmente del ingreso de los gobiernos municipales o departamentales, y que el área social ha sido una de las más afectadas con recortes presupuestarios. Las comunidades y las familias tampoco hicieron algo para revertir esta situación, lo que muestra la necesidad de desarrollar sistemas de servicios basados en demandas reales de las familias, valorados por las comunidades y basados en la responsabilidad y compromiso del Estado para asegurar su funcionamiento. En consecuencia, la sostenibilidad de los servicios depende de la conjunción de esfuerzos de las familias, la comunidad y el Estado; el diseño de modelos de atención pertinentes a las necesidades de las familias; la fuerte participación de las comunidades, y la inserción de políticas públicas sociales que tengan

La mayor parte de la responsabilidad de las tareas de cuidado en los centros infantiles recae sobre las educadoras y las cocineras, quienes diariamente brindan atención a las y los niños en jornadas de seis a ocho horas.

asidero en presupuestos estables. Un modelo de gestión que puede contribuir a esta visión es el que desarrolla Aldeas Infantiles SOS en los centros modelo que administra.

- ***La tendencia a desarrollar un modelo único de cuidado a través de los centros infantiles no responde a las necesidades de las familias y las comunidades***, sobre todo en materia de horarios y meses de atención. El modelo de los centros estatales, de tener ocho horas a las y los niños en el centro, tampoco es el ideal. Es necesario diseñar distintos modelos de servicio que brinden la posibilidad de acceder al cuidado integral a domicilio de manera individual o comunitaria, al cuidado comunitario por horas (centros de día), y a los centros infantiles como los existentes, diversificando horarios y otros aspectos que puedan surgir desde las comunidades.

- ***La planificación estratégica no es una característica de los servicios de cuidado existentes.*** Incluso los programas estatales, si bien se encuentran insertos en los Planes Estratégicos Intitucionales (PEI) de los gobiernos departamentales y municipales, no tienen planes propios que definan una visión hacia el mediano y largo plazo, por lo que es importante establecer mecanismos de planificación que permitan proyectar el servicio de manera estratégica para garantizar su sostenibilidad y mejora permanente.

Mejores prácticas

- La adecuación de horarios a las necesidades de las familias (Tarija, Sucre y Cobija).
- La implementación de un Modelo de Calidad para la mejora continua del servicio y la promoción de la participación de las familias, la comunidad y las educadoras (La Paz).
- La organización y articulación de los centros infantiles a entidades de estudios superiores (Cobija y universidades en La Paz, Santa Cruz, Cobija, Trinidad, Oruro y El Alto).
- El desarrollo de procesos de formación permanente estructurados para las educadoras con una visión integral (La Paz y Aldeas Infantiles SOS en El Alto, Sucre, Tarija, Potosí y Oruro).
- La promoción de la participación de familias y comunidad en el marco de un modelo integral de atención a la niña y el niño de la primera infancia (Aldeas Infantiles SOS en los Centros Modelo de El Alto, Sucre y Oruro, y en los Centros Sociales de las mismas ciudades y de Potosí, Tarija y Cochabamba).

Personas con discapacidad

Lecciones aprendidas

- ***La vigencia de la Ley para Personas con Discapacidad no es suficiente para la consolidación de un sistema de atención y cuidado.*** La conformación del Comité Nacional de Personas con Discapacidad (CONALPEDIS), los Comités Departamentales de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS) y las Unidades de la Persona con Discapacidad (UMADIS) no garantiza el cumplimiento de la Ley en todos sus aspectos, por lo cual se requiere hacer una revisión de esta y de su reglamentación.
- ***El voluntariado es una forma de participación de las comunidades que, en el caso de la atención a personas con discapacidad, ha promovido la creación de un alto número de servicios*** de habilitación, rehabilitación y escuelas de educación especial. Es importante tomar en cuenta que, desde el voluntariado, con apoyo del Estado y en el marco de normas establecidas, se puede consolidar servicios de calidad.
- ***La transformación de las Escuelas de Educación Especial en Centros Multidisciplinarios Integrales es un acierto*** de las políticas educativas para hacer que estos centros tengan una mirada integral.
- ***Los centros privados que funcionan por convenio constituyen una alternativa especializada que puede brindar servicios integrales y complementar la oferta estatal.*** Es el caso de Tarija, que cuenta con una oferta especializada surgida de iniciativas de los familiares y de la Iglesia Católica.

- ***Los hogares permanentes de atención a la discapacidad inducen al abandono del familiar*** que padece tal condición. Esta situación se hace evidente en el Centro Puntiti de Cochabamba.

- ***No existe un modelo único de atención a la discapacidad.*** El hecho de ser competencia de los gobiernos subnacionales ***ha dado lugar a una gran variabilidad de los servicios, que dificulta el aseguramiento de su calidad.*** No es posible asegurar la calidad del servicio sin una instancia nacional de control y supervisión, sin procesos estandarizados y sin trabajo digno para el personal que presta servicios.

Mejores prácticas

- La vocación de servicio del personal que atiende en los centros a partir de una buena selección, inducción y sensibilización. Por ejemplo, en Puntiti y CEOLI en Cochabamba y el Hogar de Niños Abandonados Moisés Navajas en Tarija.

- La mayoría de los centros cuenta con un propósito claro sobre el servicio que prestan.

- La presencia de un equipo multidisciplinario hace posible personalizar la atención, bajo un programa común.

- Las alianzas estratégicas con universidades y centros de estudio, que realizan prácticas a manera de apoyo a los servicios que brindan los centros, permiten mejorar la calidad de atención.

- La existencia de espacios de terapia ocupacional con el fin de que las y los usuarios sean independientes, en diferentes grados.

Personas adultas mayores

Lecciones aprendidas

- ***La renta universal de vejez (Renta Dignidad) es utilizada para cubrir parte de los costos de manutención de las personas adultas mayores en los centros de acogida.*** En especial, en el caso de personas solas o que han sido abandonadas por sus familias.

- ***Los servicios de atención a la dependencia pueden reducir los gastos de salud***, al enfatizar la prevención, por lo que indirectamente constituyen un ahorro para el Estado.

- ***La amplitud de los criterios de elegibilidad en las residencias en convenio con la Iglesia Católica en La Paz*** –como por ejemplo, el nivel socioeconómico o el nivel de ingresos de la adulta y el adulto mayor o de su familia– ***hace posible un modelo de financiamiento solidario*** en el que el pago que realizan las personas de mayores recursos financia parte de los servicios que reciben las personas abandonadas o de escasos recursos.

Mejores prácticas

- La no discriminación entre personas que pagan y las que no pagan en los centros de acogida de largo plazo. Esto se pudo constatar en el Asilo San Ramón de La Paz.
- Las alianzas estratégicas con centros de estudio para prácticas y para interactuar con las personas internas.
- Las supervisiones periódicas del SEDEGES para evaluar la calidad de atención.
- Las personas entran y salen, según sus deseos y necesidades.
- La producción de alimentos orgánicos en huertos propios, que sirven de terapia ocupacional y aseguran alimentos frescos de calidad, en San Martín en Cochabamba y San Ramón en La Paz.
- La eliminación de barreras arquitectónicas, como por ejemplo, en San Martín de Cochabamba.

4. Conclusiones

Las conclusiones a las que searribó son las siguientes:

- El enfoque de las políticas de cuidado, que en la tendencia mundial tiene una base universalista fundada en el ejercicio de derechos –aunque focalizada en los grupos de mayor vulnerabilidad–, en Bolivia tiene limitaciones de la cobertura y calidad. Esto ha dado lugar, en muchos casos, a servicios diferenciados en función a la situación económica y social de las y los usuarios, profundizando las inequidades.
- La familia y las mujeres dentro de ella siguen siendo las principales cuidadoras de las niñas y los niños en su primera infancia, de las personas con discapacidad y de las adultas/os mayores, sin que a la par se haya avanzado en cerrar las brechas de acceso a oportunidades entre hombres y mujeres, entre mujeres de distintos grupos socioeconómicos ni entre mujeres urbanas y rurales.
- El trabajo de cuidado remunerado sigue siendo un trabajo precario, donde lo común son los contratos eventuales con acceso limitado a la seguridad social de corto y mediano plazo. El desarrollo del personal y su estabilidad no se encuentran garantizados, lo cual repercute en la calidad del servicio, en la profesionalización del personal y en su motivación.
- No existe una sola entidad que concentre la información de los servicios de cuidado. Aunque la mayor parte se encuentra en los SEDEGES –que tienen la competencia de realizar las acreditaciones–, también existe información relevante en los gobiernos municipales, las asociaciones de madres y padres de personas con discapacidad, y los centros privados que no están acreditados; pero no hay una unidad que centralice y analice esta información, lo que da lugar a que no existan criterios uniformes respecto a la calidad de los servicios, ni un sistema integral de seguimiento y control.

- Para la denuncia de problemas de calidad y violación de los derechos humanos en los servicios de cuidado, hay al menos tres puertas de entrada: el defensor del Pueblo, los SEDEGES y el Viceministerio de Igualdad de Oportunidades. Las normas particulares en cada departamento hacen difícil el control de las transgresiones, en especial en los centros para personas adultas mayores que no se encuentran acreditados, lo que supone que son los familiares quienes se ocupan del control, aspecto que pone en desventaja a las y los adultos mayores abandonados o que no tienen familia.
- En los centros privados, el control realizado por los SEDEGES no llega a todas/os por limitación de personal y recursos. Solo se hacen inspecciones a los centros acreditados, que son una minoría, y a los que tienen alguna denuncia, por lo que funcionan centros sin acreditación ni control.
- La organización de los servicios de cuidado reproduce la segmentación de la sociedad en la que se desarrollan. En sociedades como la nuestra, donde la mayor parte de la fuerza de trabajo se desempeña en el sector informal, los servicios de cuidado provistos por el Estado reciben un presupuesto bajo y cada vez decreciente, mientras que los servicios privados tienen que ser financiados por las familias, generando gastos que profundizan su vulnerabilidad.

5. Recomendaciones

Las recomendaciones presentadas a partir del diagnóstico realizado son las siguientes:

- Incluir programas de información, formación y sensibilización a la población, con mensajes relacionados a la productividad del cuidado en términos de liberación de tiempo para las y los adultos cuidadores; sentar las bases del desarrollo y el aprendizaje en la primera infancia, y promover la autonomía, hasta donde sea posible, de las personas con discapacidad.
- Establecer mecanismos de valoración del oficio de las y los cuidadores, como parte del aporte productivo a la sociedad.
- Revalorizar el cuidado como un oficio productivo e íntimamente ligado a los procesos y los servicios educativos.
- Promover que se reconozca el rol de cuidadoras que desempeñan las escuelas. Aunque su misión principal es la enseñanza, es importante destacar que son también entidades de cuidado durante el tiempo que las y los estudiantes permanecen en sus espacios.
- Promover que se incluya en el pensum de la formación profesional de todas las carreras temas relacionados con la importancia del cuidado integral y su rol en la reproducción social.

II. Diagnóstico de la calidad de los servicios de cuidado en la ciudad de Trinidad

En la ciudad de Trinidad, se ha podido identificar los siguientes servicios de cuidado por grupo meta y tipo de administración, que puede o no coincidir con los datos proporcionados por el GAM o el SEDEGES. Para mostrar las discrepancias entre las diferentes fuentes, se consigna a continuación la información recabada.

Grupo de usuarias/os	Administración			
	Mixta	Privada	Pública	Total
Personas adultas mayores		1		1
Personas con discapacidad			3	3
Registrado en el Min. Educ.			3	3
Primera infancia	4	19	53	76
Registrado en el Min. Educ.	4	19	53	76
Total	4	20	56	80

Fuente: Entrevistas y encuestas de campo realizadas por Kinitro SRL y Registro de Unidades Educativas (RUE) disponible en https://rue.sie.gob.bo/accesopub/consultarue/, 2021

A continuación, se presenta el diagnóstico de la calidad de los servicios de cuidado para los tres grupos meta, según los parámetros del Modelo EFQM, en la ciudad de Trinidad. Como ya se indicó, estos parámetros son divididos en subparámetros para una mejor adaptación al contexto que se analiza. En los casos en que no se ha podido obtener información de algún subparámetro, este no se ha incluido.

Esta información ha sido elaborada con base en entrevistas a funcionarias/os y residentes de los centros e institutos visitados, pertenecientes a los tres grupos analizados.

Liderazgo

Propósito

- ***Primera infancia***

  El Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años (PAN) busca brindar apoyo al cuidado temporal y la alimentación de niñas y niños provenientes de familias vulnerables que trabajan o estudian. Existen centros infantiles privados cuyo propósito es apoyar el desarrollo de las y los niños, y en su cuidado, mientras las y los cuidadores trabajan.

- ***Personas con discapacidad***

  El Gobierno Autónomo Departamental de Beni (GADB) creó mediante Decreto Departamental la Dirección Desconcentrada: Comité Departamental de la Persona con Discapacidad (CODEPEDIS) y la Unidad de Igualdad de Oportunidades bajo dependencia de la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano y Social, cuyo propósito es promover y orientar el desarrollo humano integral de las personas con discapacidad mediante la formulación de políticas generales y estrategias.

- ***Personas adultas mayores***

  Trinidad no cuenta con un organismo o un consejo específico para la representación de las PAM. El GADB, a través de la Unidad de Asuntos Generacionales del SEDEGES, y el GAM de Trinidad (GAMT), a través del COSLAM, son los encargados de reportar al Consejo de Coordinación Sectorial "Por una Vejez Digna" (GADB, 2019; GAMT, 2016). Dichas instituciones tienen un rol más reactivo, actuando en consecuencia de las actividades que se realizan en el Consejo de Coordinación Sectorial.

Gestión del servicio

- ***Primera infancia***

  Existen tres centros infantiles (dos con capacidad para 30 niñas y niños y uno para 60) que funcionan en el marco del Programa PAN, dependiente del SEDEGES; dos de ellos bajo administración directa, por lo que el Programa asume el 100 % de los costos[5], y uno bajo administración delegada, asumiendo la entidad a cargo la dotación de la infraestructura y el pago de los servicios, mientras que el SEDEGES cubre el resto de los costos. Desde el inicio de la pandemia, los centros fueron cerrados y se abrieron en abril de 2021. También existe oferta de servicios privados.

- ***Personas con discapacidad***

  En Trinidad, existen 35 centros de educación especial, de los que forman parte la Asociación de Ayuda a Niños y Niñas (ADANI) y el Centro de Educación Especial Trinidad (CEET) (ADD-Bolivia, 2015).

- ***Personas adultas mayores***

  En Trinidad, tan solo existe el Asilo Sagrado Corazón de Jesús, que es administrado por la iglesia católica. Ni el SEDEGES Beni, ni el GAMT cuentan con centros dependientes ni reglamentación para centros de acogida, aunque existe un borrador de propuesta para una normativa específica de parte del GAMT (GADB, 2019).

5. Salarios, infraestructura, equipamiento, material, alimentos y servicios.

Organización del servicio

- ***Primera infancia***

  Los Centros Infantiles PAN atienden a niñas y niños de seis meses a menores de seis años, funcionan de 7:00 a 15:00 horas, de lunes a viernes, entre los meses de marzo a noviembre. Las y los niños son organizados por grupos de edad: de 6 meses a 2 años, de 2 a 3 años y de 4 años para arriba.

- ***Personas con discapacidad***

  La ADANI brinda atención psicopedagógica y fisioterapéutica para la rehabilitación de niñas y niños de la primera infancia que presentan alguna discapacidad física, cognitiva o conductual. Su trabajo se basa en líneas de acción multidisciplinaria integrada, prevención temprana, estimulación apropiada y perspectiva de inclusión. Ofrece terapia ocupacional y terapia del lenguaje. La terapia ocupacional se realiza en la modalidad de atención directa, con el objetivo de mejorar la autonomía y funcionalidad personal en tareas cotidianas. La terapia del lenguaje también es de atención directa y personalizada por un lapso de 45 minutos, con el objetivo de establecer o restablecer el habla y la comunicación lingüística no desarrollada, alterada o interrumpida. La población que atiende son niñas y niños recién nacidos hasta los 18 años con discapacidad intelectual, autismo, síndrome de Down, síndrome de Turner, retraso en el desarrollo global y parálisis cerebral infantil. Promueven la inclusión familiar, educativa y social. Actualmente, se brinda servicio a 27 niñas y niños (Ortiz, 2021).

  Por su parte, en el CEET, la Escuela de Educación Especial trabaja en el turno mañana, y realiza terapias en horarios de mañana y tarde por sesiones de 45 minutos a una hora. En 2019, la escuela que inició con 13 niñas y niños contaba con 213 estudiantes. Trabajan en transformación educativa con enfoque inclusivo en los ámbitos educativo, cultural, deportivo, social y laboral.

  Además, hay un Centro Integral Multisectorial (CIM) que trabaja con tres Programas de atención: Programa Sociocomunitario en Casa para Estudiantes con Discapacidad Grave y Muy Grave, Atención con Apoyo Educativo a Estudiantes con Dificultad en el Aprendizaje y Atención con Apoyo Educativo a Estudiantes con Talento Extraordinario, que funcionan en horarios de mañana y tarde.

- ***Personas adultas mayores***

  De parte del GADB y el GAMT, no se aprecia una organización dedicada para centros de adultas y adultos mayores. El ente más aproximado es el COSLAM, dependiente del GAMT (GAMT, 2016) y la Unidad de Asuntos Generacionales, dependiente del SEDEGES (GADB, 2019).

Evaluación de la gestión

- ***Primera infancia***

  La evaluación de la gestión se realiza cada año con base en los informes que las y los facilitadores presentan al SEDEGES, en los cuales dan cuenta de la cantidad de niñas y niños que reciben los servicios de cuidado, los resultados de las evaluaciones de desarrollo y estado nutricional y la asistencia del personal. No existen indicadores para dicha evaluación.

- ***Personas con discapacidad***

  Las evaluaciones de la gestión administrativa del CEET se realizan con la participación del personal al inicio, final del primer semestre y al terminar la gestión. Además, la Dirección Distrital de Educación realiza una evaluación administrativa cada fin de año. La ADANI es evaluada en su gestión por la Gobernación y por la Dirección Distrital de Educación del Ministerio de Educación.

- ***Personas adultas mayores***

  En Beni, actualmente no existen instrumentos de evaluación de la gestión en centros de acogida. A julio de 2019, el reglamento de acreditación, apertura y funcionamiento a los centros de acogida para PAM se encontraba en proceso de elaboración (GADB, 2019). Se desconoce el estado de esta normativa.

Personal y formación

Gestión del personal en los servicios

- ***Primera infancia***

  En el SEDEGES, existe un equipo técnico conformado por una responsable del Programa, una o un encargado pedagógico y una o un administrador. La nutricionista del SEDEGES apoya al Programa. En cada centro infantil, se cuenta con una o un facilitador, tres educadoras/es (si el centro es para 30 niñas y niños) y una o un cocinero. Trabajan de 7:00 a 15:00 horas.

Trinidad: equipo interdisciplinario por tipo de centro

Nivel	Personal del Centro	SEDEGES
Nivel técnico, un equipo para varios centros	Director/a y/o responsable	x
	Administrador/a	x
	Nutricionista	x
	Facilitador/a	x
	Pedagogo/a	x
Nivel operativo, para cada centro	Educador/a	x
	Cocinero/a / Manipulador/a de alimentos	x

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas

- ***Personas con discapacidad***

  Los Centros CEET y ADANI cuentan con profesionales de las áreas social, pedagógica y médica. ADANI tiene un equipo profesional compuesto por una trabajadora social, una psicopedagoga, una licenciada en Ciencias de la Educación, una visitadora social y una pediatra. CEET tiene un equipo de 20 profesionales, entre educadoras, auxiliares, psicopedagoga, fisioterapeuta, médico y enfermera.

- ***Personas adultas mayores***

  Ni el GAMT ni el GADB tienen personal ocupado en servicios de cuidado en centros de atención para personas adultas mayores. El Asilo de Ancianos Sagrado Corazón "cuenta con un personal Administrativo de 17 personas entre Médicos Fisioterapeuta, Personal de Enfermería, en cuanto al personal de Servicio hacen un total de 12 personas; entre servicios de lavandería, planchado, ropería, servicio de cocina, y servicio de limpieza" (GAMT, 2016).

  Durante la pandemia por COVID-19, el personal se redujo a 13 personas. La enfermedad afectó a la mayoría de la población residente[6] en el asilo.

Nivel de formación del personal

- ***Primera infancia***

  El personal técnico es profesional con grado de licenciatura. Las facilitadoras también deben tener grado de licenciatura. A las educadoras y cocineras se les pide que sean bachilleres. Todas son mujeres.

6. https://www.caritasbolivia.org/2020/11/05/caritas-bolivia-llega-al-hogar-de-adultos-mayores-del-beni/. Recuperado el 5 de noviembre de 2020.

- ***Personas con discapacidad***

  El nivel de formación de las y los profesionales de los Centros CEET y ADANI es a nivel licenciatura en pedagogía, psicología, fisioterapia, fonoaudiología, medicina, magisterio y nivel técnico.

- ***Personas adultas mayores***

  El Hogar Sagrado Corazón reporta la presencia de profesionales de salud, entre ellos, un médico, tres fisioterapeutas y 13 personas que otorgan servicios de enfermería. No se cuenta con un plantel interdisciplinario. Las y los profesionales en salud tienen su respectiva certificación de estudios superiores.

Formación permanente

- ***Primera infancia***

  El equipo técnico, en coordinación con otras áreas del SEDEGES, brinda capacitación a las y los educadores tres veces al año: al inicio de la gestión y al finalizar el primer y segundo trimestre. Los contenidos se centran en el programa educativo, normas de funcionamiento de los centros y orientaciones sobre nutrición y hábitos de vida saludable.

- ***Personas con discapacidad***

  La ADANI ha desarrollado especialidad en discapacidad intelectual, autismo, síndrome de Down, síndrome de Turner, retraso en el desarrollo global y parálisis cerebral infantil. En este sentido, el personal que ingresa a trabajar recibe formación en estos temas (Ortiz, 2021). Es un centro de formación referente en la ciudad.

  El CEET trabaja en la formación de maestras/os y de personal en temas de transformación educativa con enfoque inclusivo en los ámbitos educativo, cultural, deportivo, social y laboral (Monasterio, 2019).

- ***Personas adultas mayores***

  No se reporta ningún plan de formación, sin embargo, la Defensoría del Pueblo reportó que el GADB fue uno de los seis GAD que realizó capacitaciones de bioseguridad relacionada al COVID-19 en los centros dependientes ubicados en San Borja y Riberalta.

Participación de las y los trabajadores en las decisiones del servicio

- ***Primera infancia***

  La planificación anual se realiza en el SEDEGES y se comparte con los equipos de los centros infantiles. El personal toma parte en las decisiones cotidianas del centro, pero no en la planificación anual.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET está organizado en equipos: pedagógico, cultural y deportivo, y de planificación. Este último lo conforman maestras y maestros, quienes participan en la organización del centro. En ADANI, el personal docente participa en la organización de las actividades junto al equipo multidisciplinario.

Política y estrategia

Marco normativo

- ***Primera infancia***

  Se rigen por las normas establecidas en el Decreto Supremo N° 28543 de 2005, mediante el cual se transfiere la administración de los Centros Infantiles del Programa Nacional de Atención a Niños y Niñas menores de 6 años a los Gobiernos Departamentales y Municipales.

- ***Personas con discapacidad***

  Tienen como marco normativo la Constitución Política del Estado, la Ley General para Personas con Discapacidad, el Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades y el Decreto Supremo N° 27837.

- ***Personas adultas mayores***

  En 2019, el GADB presentó un borrador de reglamento para "Acreditación, apertura, funcionamiento y sanción a los Centros de Acogida para Personas Adultas Mayores", mismo que sería puesto en conocimiento del Consejo de Coordinación Sectorial una vez terminado. A la fecha no se reporta la aprobación de dicho reglamento.

Reglamentos internos

- ***Primera infancia***

  No existe un reglamento interno. Se rigen a las normas establecidas a nivel nacional y el D.S. 28543.

- ***Personas con discapacidad***

  EL GADB y el GAMT cuentan con normativas, manuales de funciones y reglamentos de funcionamiento. Por su parte, la ADANI tiene un organigrama, manual de funciones y reglamentos internos. El CEET se encuentra actualizando sus reglamentos internos.

- ***Personas adultas mayores***

  No se encontró información sobre la existencia de reglamentos en ninguno de los centros dependientes del GADB ni del Hogar Sagrado Corazón.

Planificación estratégica y evaluación

- ***Primera infancia***

  No se ha podido conocer un plan estratégico. La planificación operativa es anual y se reciben informes a fin de año.

- ***Personas con discapacidad***

  La ADANI elabora sus planificaciones con la participación de la directora, la trabajadora social y una maestra. El CEET dispone de 15 días al inicio de cada gestión para realizar la planificación. No hay información sobre procesos de evaluación.

Recursos y alianzas

Infraestructura

- ***Primera infancia***

  De los tres centros que funcionan en Trinidad, dos tienen infraestructura propia, especialmente construida para un centro infantil; uno de los centros funciona en infraestructura cedida. Cada centro cuenta con tres salas múltiples de actividades (una para cada grupo de niñas y niños), un comedor, cocina, despensa, patio, baños para niñas y niños y educadoras/es.

- ***Personas con discapacidad***

  La ADANI funcionaba en una infraestructura alquilada, debido a la pandemia tuvieron que cerrarla por falta de recursos económicos para cubrir el monto de alquiler. El CEET cuenta con infraestructura propia que no está adaptada para personas con discapacidad, puesto que tiene barreras arquitectónicas.

- ***Personas adultas mayores***

  En Trinidad, lainfraestructura del Hogar Sagrado Corazón consta de un pabellón de varones, un pabellón de mujeres, sala de fisioterapia, sala de enfermería, comedor y ropería (GAMT, 2016). Los pabellones son espacios comunes, sin separaciones, donde se encuentran las camas y los veladores organizados de forma contigua[7].

Equipo y materiales

- ***Primera infancia***

  Las salas múltiples están equipadas con mesas, sillas, estantes y cuentan con juegos, libros, títeres, muñecas y autos. En la sala para las y los niños de seis

7. https://www.facebook.com/ElTermometroNoticias/videos/2756336904581478. Recuperado el 27 de agosto de 2020.

meses a un año hay cunas y alfombras. Los baños tienen baterías de tamaño adulto y en los patios hay juegos de trayectos, de trepar y de balanceo.

- ***Personas con discapacidad***

  Los dos centros, ADANI y CEET, cuentan con material específico para implementar clases de educación especial, estimulación temprana y realizar terapia: ocupacional, de lenguaje y fisioterapia.

- ***Personas adultas mayores***

  El GADB y el GAMT no cuentan con centros bajo su dependencia. Según una nota realizada por *Termómetro Noticias*, se observa la presencia de equipo de fisioterapia, ambientes bien amoblados y espacios amplios al aire libre. Aunque tienen sillas de ruedas y otro tipo de asistencia para caminar, estos serían insuficientes; la administradora reconoce el estado envejecido del equipamiento[8]. Al respecto, el 7 de abril de 2021, el Rotary Club Trinidad hizo la donación de cinco sillas de ruedas[9].

  El 6 de mayo de 2021, la Defensoría del Pueblo se hizo presente en el Hogar Sagrado Corazón para dotar de víveres y material de bioseguridad a las y los residentes del centro[10].

Prevención de riesgos y atención de emergencias

- ***Primera infancia***

  No existe un plan de riesgos. Siguen los lineamientos del SEDEGES y tienen orientaciones sobre primeros auxilios.

- ***Personas con discapacidad***

  ADANI y CEET cuentan con un equipo médico, compuesto por médicos generales, pediatras y enfermeras, que previenen y atienden emergencias.

- ***Personas adultas mayores***

  El GADB y el GAMT no cuentan con centros bajo su dependencia. No se evidencia la existencia de planes de prevención de riesgos en el Hogar Sagrado Corazón. El 25 de mayo de 2020, la delegación defensorial departamental de Beni emitió un comunicado manifestando su preocupación y un llamado al GAD para la provisión de los equipos de bioseguridad, a raíz del contagio de diez residentes, de los cuales cinco fallecieron[11].

---

8. *Ibid.*
9. https://lapalabradelbeni.com.bo/trinidad/rotarios-entregan-sillas-de-ruedas-al-hogar-de-ancianos-en-trinidad/.
10. https://www.defensoria.gob.bo/noticias/la-defensoria-del-pueblo-entrega-viveres-y-material-de-bioseguridad-al-centro-de-acogida-sagrado-corazon-de-jesus-de-trinidad,-beni.
11. https://www.facebook.com/DPDefensorialBeni/videos/546400549358146. Recuperado el 25 de mayo de 2020.

Participación de la familia

- ***Primera infancia***

  Los padres participan en reuniones mensuales en las que se les da charlas sobre alimentación saludable, higiene y otros temas concernientes al desarrollo de las y los niños. Cuando se requiere hacer refacciones también participan apoyando con trabajo comunitario.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET refiere una participación activa de las familias en las actividades que se realizan. De la misma forma, la familia recibe un informe, por parte de las y los maestros, sobre el avance y evaluaciones de su niña o niño de forma individual (Monasterio, 2021).

  ADANI fomenta la participación de los padres y madres de familia; es una acción obligatoria, ya que cada niña o niño debe asistir a las terapias con sus padres, los cuales aprenden los ejercicios y reciben actividades vía WhatsApp para practicar en la casa. Se otorga un incentivo llamado "premio de motivación", que consiste en el pago de un curso al papá o a la mamá, sobre un tema que compete al desarrollo de sus hijas e hijos. La participación de los padres es tan importante que si no lo hacen se los retira del centro (Ortiz, 2021).

- ***Personas adultas mayores***

  En el Hogar Sagrado Corazón, la mayoría de las y los adultos mayores residentes no tienen familia o fueron abandonados[12].

Participación de la comunidad

- ***Primera infancia***

  Se coordina con las juntas de vecinos de las zonas donde se encuentran los centros, tanto para las inscripciones como para otras actividades en la comunidad.

- ***Personas con discapacidad***

  ADANI implementa dos formas de trabajo con la comunidad, mediante cursos de sensibilización y de socialización promoviendo la inclusión a través de dos canales de televisión y el periódico *La Canoa*, donde se publica una página mensual con las actividades que realiza la asociación. Asimismo, se promueven marchas con la comunidad cada primero de abril con el fin de influir en las autoridades para que apoyen la inclusión (Ortiz, 2021).

  El CEET señala que la comunidad participa en las actividades que organizan, en especial en el ámbito deportivo, puesto que invitan a familias, autoridades y

12. https://www.facebook.com/ElTermometroNoticias/videos/2756336904581478. Recuperado el 27 de agosto de 2020.

vecinas/os. Además, cada año se realiza una actividad de teatro en Semana Santa, personificando la Pasión de Cristo (Monasterio, 2021).

- ***Personas adultas mayores***

  Ocasionalmente, el Hogar Sagrado Corazón recibe caridad de la sociedad, en forma de víveres o equipamiento[13].

Alianzas estratégicas

- ***Primera infancia***

  EL SEDEGES tiene un convenio con la Escuela de Formación de Maestros para el funcionamiento de un centro infantil, lo que ha dado lugar a la construcción de una infraestructura con capacidad para 60 niñas y niños.

- ***Personas con discapacidad***

  Realizan alianzas estratégicas con:

  - Gobierno Autónomo Departamental de Beni
  - Gobierno Autónomo Municipal de Trinidad
  - Unidades Educativas
  - Organismos de Cooperación Internacional
  - Asociaciones de padres de familia
  - Organizaciones no Gubernamentales

Coordinación interinstitucional

- ***Primera infancia***

  Cada centro infantil coordina con el centro de salud de su zona para la revisión de la niña o el niño sano, el seguimiento a las vacunas, el control de peso y talla y la atención a emergencias. Asimismo, se coordina con defensorías y otras áreas del SEDEGES para apoyar la capacitación de facilitadoras/es y educadoras/es.

- ***Personas con discapacidad***

  La coordinación intersectorial se realiza con autoridades departamentales y municipales de salud, educación, protección y Defensoría de la Niñez.

- ***Personas adultas mayores***

  El GADB y el Hogar Sagrado Corazón cuentan con un convenio que ofrece 30 becas para alimentación (GAMT, 2016; GADB, 2019). Se desconoce si existe otro tipo de convenios.

13. https://www.facebook.com/ElTermometroNoticias/videos/2756336904581478. Recuperado el 27 de agosto de 2020.

Procesos

Programa educativo

- ***Primera infancia***

  La responsable educativa del equipo técnico realiza la planificación anual y mensual y la entrega a las y los educadores para su implementación. En los centros, se realizan dos momentos de actividades pedagógicas entre comidas, las cuales se planifican por grupos de edad.

- ***Personas con discapacidad***

  En el CEET, la educación es la actividad central. Ofrecen educación especial en horarios regulares como una unidad educativa. Además, cuentan con talleres de repostería, panadería y carpintería.

  La ADANI maneja un jardín infantil, donde asisten niñas y niños a partir de los tres a seis meses hasta los cuatro años. Tienen curso preescolar en el turno de la mañana, llamado Jardín Inclusivo, al que asisten niñas y niños de la zona y niñas y niños con discapacidad; allí trabajan con el método Doman de estimulación. De la misma forma, ofrecen terapias ocupacionales, de lenguaje, fisioterapia, terapia motora y sensorial, en diferentes horarios, donde las y los niños asisten acompañados por su madre.

- ***Personas adultas mayores***

  El Hogar Sagrado Corazón no cuenta con un plan gerontológico o similar. La atención se limita a la salud.

Vigilancia y prácticas de salud

- ***Primera infancia***

  Al realizar las inscripciones, se solicita a las familias el carnet de salud con vacunas y controles de peso y talla. Cada trimestre se realiza el control de salud en coordinación con los centros de salud cercanos a los centros infantiles.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET y la ADANI tienen un equipo médico que se encarga de la vigilancia y las prácticas en salud.

- ***Personas adultas mayores***

  El Hogar Sagrado Corazón cuenta con un médico, tres fisioterapeutas y 13 enfermeras (GAMT, 2016) . Se desconoce si se llevan registros de atención médica de las y los residentes.

Prácticas de nutrición

- ***Primera infancia***

  En cada centro infantil, las y los niños reciben desayuno, merienda, almuerzo y té. Los menús son elaborados mensualmente por la nutricionista del SEDEGES y entregados a las y los cocineros.

- ***Personas con discapacidad***

  Ninguno de los centros ofrece servicio de alimentación, pero cuentan con capacitación y vigilancia en nutrición por parte del personal del área médica.

- ***Personas adultas mayores***

  No se evidencia la presencia de nutricionista ni de un menú diferenciado por dolencias y padecimientos.

Prácticas de higiene

- ***Primera infancia***

  Se realiza el lavado de manos en momentos clave.

- ***Personas con discapacidad***

  Las prácticas de higiene son parte de las actividades de formación, en la búsqueda de independencia en la vida diaria.

Vigilancia y prácticas de protección

- ***Primera infancia***

  Diariamente, al tomar el baño o al ser cambiados, las y los niños son revisados. Si se detecta algún signo de violencia, se remite a la Defensoría de la Niñez.

- ***Personas con discapacidad***

  En cuanto a la protección, los centros se hacen cargo de su seguimiento y vigilancia; cuando ocurren casos graves los remiten a las instancias que corresponden.

- ***Personas adultas mayores***

  El Hogar Sagrado Corazón se limita a recibir personas adultas mayores, en su mayoría en situación de abandono o desamparados[14], que es cuando el mal ya está hecho . El GAD y el GAM no cuentan con reglamentos que velen por la protección de las y los adultos mayores.

14. https://www.facebook.com/ElTermometroNoticias/videos/2756336904581478. Recuperado el 27 de agosto de 2020.

Resultados en las y los usuarios y sus familias

Evaluación integral (salud, educación, protección, control emocional)

- ***Primera infancia***

  En los centros infantiles, se evalúa el desarrollo integral, la revisión de la niña o el niño sano, el control de peso y talla y el control de vacunas en coordinación con los centros de salud. Para la evaluación del desarrollo se usa la Escala de Desarrollo de Nelson Ortiz que mide las áreas de desarrollo socioemocional, lenguaje, cognitivo, motriz grueso y motriz fino. Los resultados son comunicados a los padres de familia y, cuando se encuentran rezagos, se hacen planes de apoyo.

- ***Personas con discapacidad***

  En el CEET y la ADANI, la evaluación inicial es multidisciplinaria y sirve de base para derivar al nivel educativo que corresponda. En ADANI, esta evaluación sirve, además, para realizar la derivación a la o las terapias que correspondan.

- ***Personas adultas mayores***

  El Hogar Sagrado Corazón realiza evaluaciones físicas y controles médicos. No hay otro tipo de evaluación.

Satisfacción de la y el usuario

- ***Primera infancia***

  En Trinidad, las familias (especialmente las madres) consideran que los centros infantiles ayudan con sus hijas e hijos cuando ellas tienen que trabajar o estudiar, e indican que aprenden y son más sociables.

Resultados en el personal

Desarrollo profesional

- ***Primera infancia***

  Las y los educadores reciben capacitación que contribuye a su desarrollo profesional, la mayoría permanece varios años, por lo que además suman experiencia de trabajo.

- ***Personas con discapacidad***

  El plantel docente del CEET tiene ítems del Ministerio de Educación.

- ***Personas adultas mayores***

  Las oportunidades de desarrollo en el único centro de atención de Trinidad son escasas. Las hermanas de la congregación tienen una capacidad

limitada para ofrecer una carrera profesional dentro del centro, puesto que viven de la caridad y, en muchas ocasiones, tienen dificultades para cubrir los requerimientos diarios. La estructura se limita a un profesional por área, que no tiene oportunidades de ascenso.

Remuneración

- ***Primera infancia***

  Las educadoras ganan Bs 2.500 al mes, no tienen seguro de salud, pero aportan a las AFP. Tienen contratos temporales por nueve o diez meses. Durante la pandemia, ninguna fue retirada, siendo reasignadas a otras funciones.

Estabilidad laboral

- ***Primera infancia***

  Los contratos son eventuales, sin embargo, un alto porcentaje de educadoras y educadores permanece en su puesto de trabajo por más de cuatro años.

- ***Personas con discapacidad***

  Una de las fortalezas que tienen los centros CEET Y ADANI es la estabilidad laboral; algunos de sus profesionales tienen diez o más años de antigüedad.

Resultados en la sociedad

Tiempo de cuidado compartido

- ***Primera infancia***

  Estos servicios brindan la oportunidad para que las y los cuidadores principales, en especial mujeres, puedan disponer de tiempo para su trabajo o estudios.

- ***Personas con discapacidad***

  CEET y ADANI ofrecen terapias de 45 minutos. Asimismo, en el área de educación especial, brindan atención de lunes a viernes, cuatro horas durante mañana; esto permite que las madres y familias dispongan de ese tiempo libre.

- ***Personas adultas mayores***

  En Trinidad, no se observa la presencia de la familia. Las y los adultos mayores del Hogar Sagrado Corazón están en condición de abandono o de residentes permanentes.

Resultados clave

Desarrollo integral y condición saludable integral de las y los usuarios

- ***Primera infancia***

  Todos los centros ofrecen oportunidades de desarrollo integral y cuidado de la salud de las y los niños. Asimismo, contribuyen a tener alertas tempranas y prestar atención a signos de maltrato, negligencia o riesgo de abandono.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET ofrece servicios de desarrollo integral en ambientes exclusivos para personas con discapacidad. Por su parte, ADANI trabaja en el desarrollo integral con el propósito de incluirlos en la sociedad.

- ***Personas adultas mayores***

  En el Hogar Sagrado Corazón, a pesar de tener administración privada de la iglesia y apoyo del SEDEGES para becas alimentarias, las condiciones para el desarrollo integral y saludable son básicas. No se cuenta con programas de nutrición ni con la presencia de profesionales de nutrición dentro del establecimiento.

Oportunidades en la familia

- ***Primera infancia***

  En general, en todos los servicios, las familias, especialmente las cuidadoras principales que en su mayoría son mujeres, amplían sus oportunidades de inserción favorable al trabajo y a los estudios al tener tiempo liberado. Por otra parte, el acceso a reuniones informativas sobre pautas educativas, nutricionales y de cuidado de la salud contribuye a potenciar las capacidades parentales y, por lo tanto, no solo al bienestar de las y los niños, sino de toda la familia.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET ofrece un lapso de cuatro horas para compartir el cuidado y apoyar en el desarrollo integral de la hija o hijo. ADANI cumple una función de capacitación a las familias en temáticas de desarrollo integral y derechos de las personas con discapacidad.

Todos los centros ofrecen oportunidades de desarrollo integral y cuidado de la salud de las y los niños.

- ***Personas adultas mayores***

  En el Hogar Sagrado Corazón de Jesús, no existen oportunidades familiares debido a que en la mayoría de los casos el centro de acogida solo recibe a adultas y adultos mayores que se encuentren en estado de abandono.

Sostenibilidad

- ***Primera infancia***

  En el caso de los centros públicos, el financiamiento proviene de las instancias departamentales y municipales que han sufrido recortes presupuestarios a causa de la baja en las recaudaciones fiscales, lo cual ha influido sobre la dotación de materiales, alimentos y otros bienes y servicios esenciales para el funcionamiento de los centros infantiles. En varios casos, esto ha generado el cierre de varios centros.

  Los centros privados generan sus propios recursos provenientes de los cobros que realizan a los padres, madres y tutores, aunque también enfrentan problemas de financiamiento, ya que han tenido que mantener o disminuir sus cobros y enfrentar la disminución de niñas y niños que acuden a ellos.

  Además, la eventualidad de los contratos afecta la sostenibilidad al aumentar el riesgo de perder a personal que ya ha sido capacitado. Esta situación ha sido especialmente crítica desde el inicio de la pandemia. Entre los factores que pueden contribuir a la sostenibilidad, pero no así garantizarla, está el hecho de contar con infraestructura propia y con normas o leyes subnacionales que den mayor institucionalidad al funcionamiento de los centros infantiles.

  En el caso de los centros infantiles públicos, el presupuesto del GAD y el GAM determinará si es posible sostener el funcionamiento de los mismos, sin embargo, en la historia del Programa se puede identificar antecedentes de ajustes presupuestarios que obligaron a cerrar centros. En 2010, los centros infantiles a cargo del GADT llegaban a 15; en 2015, se redujeron a siete y, actualmente, se encuentran en funcionamiento tres, lo cual muestra la debilidad en la sostenibilidad del servicio.

  Por otro lado, la pandemia ha evidenciado la fragilidad de estos servicios, obligando incluso al cierre de los mismos, ya que no todos tuvieron posibilidades de utilizar otras modalidades.

- ***Personas con discapacidad***

  El CEET cuenta con ítems por parte del sector educativo y de salud. La ADANI obtiene ingresos del monto que cobra como mensualidad del programa educativo y por terapia.

- ***Personas adultas mayores***

  Las condiciones de sostenibilidad y adaptabilidad de los centros pertenecientes a Trinidad son inciertas. No se aprecia evidencia de un soporte firme y continuo

de parte de los gobiernos subnacionales, más allá de las becas alimenticias mencionadas. Tampoco se observa presupuesto destinado a servicios de cuidado para este grupo de la población.

Adaptabilidad

- ***Primera infancia***

  Ante la pandemia, los equipos técnicos desarrollaron planes de contingencia que establecieron la modalidad a distancia a través de un sistema de visitas domiciliarias por parte de las y los educadores a cada familia. Al no tener normas muy rígidas, existen mayores posibilidades de adaptabilidad, pero también de improvisación. Es así, que las educadoras realizaron, por lo menos, una visita domiciliaria a cada niña y niño por semana. También se evalúa el desarrollo de los mismos.

  En este contexto, las educadoras han desarrollado nuevas habilidades sociales de relacionamiento con los padres de las y los niños, ya que en muchos casos fue necesario crear una nueva manera de acercarse a las familias, acudiendo a sus hogares, ganándose la confianza con un nuevo método de trabajo desde casa, y explicando a los padres en qué consiste el programa educativo y cómo se llevará adelante.

  Estas iniciativas buscan garantizar el bienestar y desarrollo integral de las y los niños, pero no han contribuido a resolver los temas de apoyo al cuidado, especialmente cuando las familias, luego de la cuarentena rígida, tuvieron que volver a trabajar sin contar con el servicio.

  Otra forma de adaptabilidad mostrada en los centros infantiles es la adecuación de horarios a las necesidades de las familias, tal como se hizo en el caso de Cobija donde los centros articulados a entidades de estudios funcionan en los turnos en los que las madres o padres lo requieren y el resto de los centros funcionan en horarios laborales, o en el caso de Sucre que ofrecen el servicio por 12 horas.

- ***Personas con discapacidad***

  Durante la pandemia, las actividades del CEET y la ADANI fueron suspendidas; luego de tres meses organizaron visitas domiciliarias por día. Actualmente, los dos centros están funcionando de manera regular.

- ***Personas adultas mayores***

  No existen condiciones de adaptabilidad por la casi inexistencia del servicio y la precariedad con la que deben trabajar las hermanas que administran el Hogar Sagrado Corazón.

Lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas identificadas a partir de este diagnóstico son las siguientes:

- Las posiciones políticas de las autoridades de turno y la inestabilidad en la gobernanza no permiten delinear políticas claras a mediano y largo plazo, ni establecer alianzas estratégicas que potencien los recursos existentes.
- Las autoridades no tienen ninguna visión sobre servicios de cuidado como política pública.

Buenas prácticas

Las alianzas con entidades de educación superior para el funcionamiento de un centro infantil constituyen una buena práctica identificada en la ciudad de Trinidad.

Conclusiones

Las conclusiones a las que se arribó a partir de este diagnóstico son las siguientes:

- Los servicios de cuidado son dependientes solo del SEDEGES; el GAMT no tiene ningún tipo de responsabilidad con ninguna de las tres poblaciones.
- Los servicios son muy limitados para la población.

Referencias

ADD- Bolivia (2015). s.l.: s.n.

Aguirre y Ferrari (2014). *La construcción del sistema de cuidados en Uruguay*. Santiago de Chile: CEPAL.

BID (2021). *Panorama de envejecimiento y atención a la dependencia*. Recuperado el 5 de mayo de: https://www.iadb.org/es/panorama/indicadores.

CEPAL (2012). *Bono de género en América Latina y el Caribe - conceptos, metodología y aplicaciones*. Recuperado el 5 de mayo de 2021 de: https://cies.org.pe/sites/default/files/files/actividades/bono_de_genero_en_america_latina_y_el_caribe_conceptos.pdf.

Chapar y Dato (2018). *Las políticas de cuidado en la Argentina: avances y desafíos*. Buenos Aires: OIT, UNICEF, PNUD y CIPPEC.

Daly y Lewis (2000). El concepto de asistencia social y el análisis de los estados del bienestar contemporáneos. Londres: Routledge Journals, Taylor & Francis Ltd. en nombre de la LSE.

Decreto Supremo N° 28543 del 22 de diciembre de 2005. Recuperado de: https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28543.

Díaz Langou, G. (2019). El género del trabajo: entre la casa, el sueldo y los derechos. Buenos Aires: CIPPEC, ONU Mujeres y PNUD.

Díaz Langou, G. y Brest López, C. (2018). *The Economic Case for Reducing Gender Gaps in the Labour Market*. Buenos Aires: CIPPEC.

Esquivel, V. (2011). *La economía del cuidado en América Latina*. Panamá: PNUD.

GADB (2019). CITE: DESP.GOB.OF. N° 503/2019 .

GAMT (2016). DESP.G.A.M.T OFICIO N° 121/16.

Lutz, W. y otros (2019). "Education rather than age structure brings demographic dividend". En: *Wittgenstein Centre for Demography and Global Human Capital*, pp. 12.798-12.803.

Monasterio, P. K. (2019). *Reseña Histórica Centro Educación Especial*. Trinidad: CEET.

OIT (2012). 101 Conferencia Internacional del Trabajo. Ginebra: OIT.

Páginas web consultadas:

https://www.caritasbolivia.org/2020/11/05/caritas-bolivia-llega-al-hogar-de-adultos-mayores-del-beni/. Recuperado el 5 de noviembre de 2020.

https://www.defensoria.gob.bo/noticias/la-defensoria-del-pueblo-entrega-viveres-y-material-de-bioseguridad-al-centro-de-acogida-sagrado-corazon-de-jesus-de-trinidad,-beni.

https://www.facebook.com/DPDefensorialBeni/videos/546400549358146. Recuperado el 25 de mayo de 2020.

https://www.facebook.com/ElTermometroNoticias/videos/2756336904581478. Recuperado el 27 de agosto de 2020.

https://lapalabradelbeni.com.bo/trinidad/rotarios-entregan-sillas-de-ruedas-al-hogar-de-ancianos-en-trinidad/.

Entrevistas:

Monasterio (2021)

Ortiz (2021)

India-UN Development
Partnership Fund

P N
U D