

INFORME DE CUIDADOS

OBSERVATORIO SOCIAL

Diciembre 2023

Subsecretaría de Evaluación Social

Ministerio de Desarrollo Social y Familia



Tabla de contenidos

RESUMEN EJECUTIVO	6
INTRODUCCIÓN	11
1. ANTECEDENTES	13
1.1 Crisis de los cuidados y las tres R	16
1.2 Organización de los cuidados	18
1.3 Sistema de cuidados	20
2. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADO ...	24
2.1 Conceptos	24
2.2 Fuentes de información utilizadas	26
3. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y DEMANDA DE CUIDADOS	34
4. LECCIONES APRENDIDAS DE LA CRISIS DEL COVID-19	49
4.1 Crisis de los cuidados	49
4.2 Resultados de la Encuesta Social COVID-19	50
Profundización de las desigualdades estructurales	50
4.3 Valorización del cuidado	62
5. PERSONAS ADULTAS CON NECESIDADES DE CUIDADO	65
5.1 Definición de dependencia y el concepto de persona cuidadora en ENDIDE 2022	65
5.2 Resultados de discapacidad y dependencia ENDIDE 2022	66
5.3 Necesidades de cuidados en las personas adultas con dependencia, ENDIDE 2022 ...	74
5.4 Dependencia funcional – Casen 2022	78
6. OFERTA PROGRAMÁTICA DEL CUIDADO EN CHILE ¿Quiénes son los actores relevantes?	83
6.1 Oferta Programática del Sistema Nacional e Integral de Cuidados	84
6.2 Vínculo del Estado con el sector privado y la sociedad civil	89
7. PERSONAS CUIDADORAS	91
7.1 Personas Cuidadoras – ENDIDE 2022	91
8. AUTONOMÍA Y BIENESTAR EN MUJERES	103
9. DESAFÍOS DE ACCIÓN	114
ACRÓNIMOS	117
ANEXOS	118
REFERENCIAS	140

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1.1: Marco normativo y legislativo

CUADRO 2.1: Discapacidad y dependencia (ENDIDE – Casen)

CUADRO 5.1: Distribución regional de la discapacidad y dependencia en la población adulta, y de la presencia de cuidadores entre la población con dependencia funcional

CUADRO 5.2: Hogares con personas de 15 años y más con dependencia

CUADRO 6.1: Residencias de personas mayores

CUADRO 6.2: Registro de personas cuidadoras

CUADRO 6.3: Registro Nacional de la Discapacidad

CUADRO 6.4: Ley de Inclusión Laboral N°21.015

CUADRO 7.1: Hogares con personas de 15 años y más con dependencia

CUADRO 7.2: Mujeres cuidadoras y migración

CUADRO 7.3: Juventudes cuidadoras

GLOSARIO

Cuidados: Son actividades que permiten regenerar el bienestar físico y emocional de las personas diaria y generacionalmente, al mismo tiempo que sostienen la vida de las personas y las sociedades.

Cuidados a largo plazo: Son aquellos que permiten que una persona que no es totalmente capaz de cuidarse a sí misma a largo plazo, pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana.

Cuidados paliativos: Componente central de los servicios de salud integrales para las enfermedades no transmisibles, que tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves mediante la prevención y el alivio del sufrimiento.

Organización social del cuidado: Se refiere a la interrelación para producir y distribuir el cuidado a través de cuatro actores; las familias, el Estado, el mercado y la sociedad civil.

Sistemas Nacional e Integral de cuidados: Conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados, con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como de reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados desde un enfoque de derechos, género, curso de vida, intersectorial, intercultural e interseccional.

Discapacidad: Construcción simbólica, genérica y relacional que, a partir de las condiciones y déficits de salud de una persona, da cuenta de las limitaciones que enfrenta en sus actividades y de las restricciones experimentadas en su participación en la vida social.

El concepto releva los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, considerando elementos ambientales y personales. En términos metodológicos, se sustenta en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS (2001).

Personas con discapacidad (ENDIDE): Se define como aquellas personas que, debido a condiciones de salud físicas, psíquicas, intelectuales, sensoriales u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad.

Personas con discapacidad (Casen): Personas de 5 años y más que, debido a las dificultades para realizar ciertas acciones básicas y universales, se encuentran en mayor riesgo de experimentar limitaciones en la participación, en comparación con la población general.

Dependencia funcional: Se define como una situación en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra(s) persona(s).

Personas dependientes: Se trata de personas con discapacidad que requieren de la asistencia de una o más personas de su entorno para mejorar su funcionamiento, realizar actividades y participar en la sociedad.

Personas cuidadoras: Son aquellas que asisten a otra persona a realizar actividades de la vida diaria de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad.

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene por objetivo mostrar un panorama general del cuidado en Chile y elaborar un diagnóstico que permita tomar decisiones informadas relativas a las nuevas y crecientes demandas de cuidado, además de revisar cómo éstas son abordadas en conjunto por el Estado, las familias y la sociedad. Dado que las necesidades de cuidado difieren sustantivamente entre la población de niños, niñas y adolescentes y la de adultos, el presente documento se enfoca en las personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia y personas cuidadoras.

Los contenidos del informe se basan en fuentes de información generadas por la División del Observatorio Social de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Es así como se presentan análisis correspondientes a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), Encuesta de Bienestar Social 2021 (EBS), Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE) y la Encuesta Social COVID-19.¹

El contexto del cuidado actual está marcado por cambios económicos, culturales y demográficos que han ocasionado que los arreglos tradicionales de cuidado no sean sostenibles en el tiempo. En efecto, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, los cambios en las estructuras familiares, el crecimiento de los flujos migratorios, una mayor expectativa de vida, menor fertilidad y un aumento en las tasas de dependencia, han generado una presión creciente en la resolución de las necesidades de cuidado, las que tradicionalmente han sido asumidas por los propios hogares y en particular por las mujeres. Lo anterior ha desencadenado una crisis de los cuidados reconocida a nivel mundial, con la consiguiente estrategia para enfrentarla mediante la estrategia de las tres R: reconocer, redistribuir y reducir (ONU Mujeres, 2018).

El reconocimiento de la crisis de cuidado y la estrategia de las tres R va de la mano con una mayor participación del Estado y articulación con los otros actores involucrados en el cuidado: hogares, mercado y sociedad civil. De hecho, la problemática de los cuidados ha avanzado desde una perspectiva individual de resolución por los propios hogares hacia un enfoque de derechos, que incluye tanto a las personas que requieren de cuidados como a las personas cuidadoras.

Un aspecto fundamental relacionado al rol del Estado se refiere a los nuevos diseños que han surgido de Sistemas Integrales de Cuidado (SIC). Estos sistemas reconocen el cuidado desde una perspectiva de derechos y visibilizan la contribución que hacen las personas cuidadoras a la sociedad, particularmente a las personas más vulnerables. Los principios básicos de los SIC son la universalidad, igualdad, progresividad, corresponsabilidad, promoción de la autonomía y solidaridad en el financiamiento.

¹ Es importante destacar que estos datos no incluyen toda la información disponible sobre los cuidados en Chile, sin embargo, aportan información relevante capturada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. A lo largo del informe se citan diversas fuentes internacionales relativas a este fenómeno.

Caracterización de la demanda de cuidados

El envejecimiento poblacional y la dependencia han experimentado un aumento acelerado en los últimos años. En efecto, los datos muestran un crecimiento de 9,5% de personas mayores en el año 1992 (Censo de población y vivienda) a un 19,2% en el año 2021 (en base a registros administrativos). Es decir, un incremento de 186,4% en un período de casi 30 años.

Este proceso de envejecimiento se caracteriza por su heterogeneidad territorial. Comunas como O'Higgins, Cabo de Hornos, Sierra Gorda y Alto Hospicio destacan por ser comunas jóvenes, con porcentajes inferiores al 10,0% de población de personas mayores, mientras que comunas como El Tabo, Cobquecura y Curepto presentan valores cercanos al 30,0% de población de personas mayores. En regiones destacan Valparaíso y Ñuble como las más envejecidas a nivel nacional, ya que el 22,2% y 22,0% de su población es mayor de 60 años respectivamente. Por el contrario, las regiones más jóvenes del país son Antofagasta y Tarapacá con el 14,4% y 14,5% respectivamente, de población mayor de 60 años.

Los resultados de la Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022) entregaron las cifras oficiales de discapacidad y dependencia en la población. En términos de discapacidad, el 17,6% de la población adulta se encuentra con algún grado de discapacidad (2 millones 700 mil personas adultas), donde el 6,2% presenta discapacidad leve o moderada, mientras que el 11,4% presenta discapacidad severa.

Con respecto a dependencia, el 9,8% de la población adulta del país, equivalente a casi 1,5 millones de personas, se encuentra en situación de dependencia. Si se analiza según el grado, las cifras muestran que el 3,4% de la población presenta dependencia leve, 3,6% dependencia moderada y 2,7% dependencia severa. Este último grupo equivale a 420 mil personas.

Dentro del total de personas con discapacidad, el 55,4% presenta algún grado de dependencia funcional. Esta tendencia se concentra principalmente en las personas con discapacidad severa. En efecto, el 71,5% de las personas con discapacidad severa presenta algún grado de dependencia.

Los datos de ENDIDE contribuyen al diagnóstico de las necesidades de cuidado, cuantificando la población que requiere apoyos permanentes. El mismo estudio también permite caracterizar a esta población, permitiendo orientar de mejor manera a la política pública. Tanto en términos de dependencia como de discapacidad, se observan mayores prevalencias en las mujeres, en tramos más avanzados de edad y en quintiles de menores ingresos. Además, la ENDIDE revela que un 41,3% de la población con dependencia no tiene una persona cuidadora.

La encuesta Casen por su parte permite obtener información a nivel de hogares, logrando identificar a las personas cuidadoras, dependientes y con discapacidad en los hogares. Si bien, como se detalla en este documento, las definiciones de ENDIDE y Casen no son iguales, ambas encuestas contribuyen a mejorar el diagnóstico de las necesidades de cuidado.

De acuerdo con los resultados de la encuesta Casen 2022, el 4,0% de la población de 15 años y más presenta algún grado de dependencia funcional. La dependencia crece con la edad, ya que en el tramo de la población de 60 años y más, la prevalencia aumenta a 13%. De la misma forma la composición por sexo muestra mayores prevalencias en las mujeres a partir de los 45 años, en donde más del 60% de las personas con dependencia corresponde a mujeres.

Trabajo no remunerado: Tareas domésticas y de cuidado

Las labores domésticas y las de cuidado han sido asumidas históricamente por las mujeres y niñas de sus propios hogares. La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha ocurrido sin que la sociedad desarrolle mejores o mayores alternativas de cuidado, y sin que exista una cultura de corresponsabilidad al interior de los hogares. Esto ha llevado a que las mujeres realicen una doble función (trabajo remunerado y labores de cuidado) que impacta en su tiempo personal. La sobrecarga del trabajo de cuidados no remunerado y el tiempo limitado con el que disponen las mujeres, impiden alcanzar la igualdad de género tanto a nivel de derechos, oportunidades y resultados, perpetuando patrones que afectan a las mujeres en todas las dimensiones del bienestar.

Si bien la tasa de participación laboral de las mujeres ha aumentado en el tiempo, desde 43,5% en 2006 a 52% en 2022 (datos de Casen), aún se mantiene una brecha significativa con los hombres, quienes en 2022 registraron una participación laboral de 73%. Estas brechas se observan también en la ocupación y desocupación laboral.

Más aún, los datos de Casen muestran diferencias importantes en el ingreso promedio mensual de la ocupación principal. En 2022 los hombres ganaban, en promedio, un 26% más que las mujeres, aunque es importante destacar que esta diferencia no considera ocupación, escolaridad u otros factores que podrían estar explicando parte de la brecha.

Indicadores asociados a autonomía económica también muestran una posición de desventaja de las mujeres. Según Casen 2022, un 21% de los hombres de 15 años y más no tiene ingresos autónomos propios, mientras este porcentaje aumenta a 36,8% en las mujeres. Analizando las razones entregadas por la población que está fuera de la fuerza de trabajo para no buscar trabajo, en 2022 un 35,3% de las mujeres declaró razones de trabajo doméstico y de cuidado. Este porcentaje es de solo de un 3,7% en el caso de los hombres.

La encuesta de bienestar realizada en 2021 refuerza el diagnóstico presentado por Casen. Las mujeres ocupadas declaran destinar un 24,4% de su tiempo a actividades de trabajo remunerado, mientras en los hombres este porcentaje es de 44,3%. Respecto al trabajo no remunerado, las mujeres declaran destinar un 48% de su tiempo a estas labores, porcentaje que solo llega a 25,8% en los hombres.

Sobre el impacto de estas responsabilidades en el bienestar de las personas en el trabajo, los datos de EBS 2021 muestran que un 39,1% de las mujeres ocupadas piensa en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabaja, fenómeno que se conoce como doble presencia. En los hombres, este porcentaje es de 27,7%.

De esta forma, los datos muestran que las mujeres participan menos en el mercado laboral principalmente por el trabajo doméstico y de cuidados que realizan de manera no remunerada en sus hogares. En el caso de las mujeres ocupadas, destinan un porcentaje significativamente mayor de su tiempo a labores no remuneradas que los hombres ocupados y tienen una mayor incidencia del fenómeno de la doble presencia en sus trabajos.

No debiese sorprender, entonces, que la misma EBS 2021 muestre que las mujeres declaran más insatisfacción que sus pares hombres respecto de su distribución del tiempo, lo que aparece

relacionado con otros indicadores de bienestar. En efecto, un 18,5% de las mujeres insatisfechas con su distribución de tiempo manifiestan insatisfacción con la vida, un 20,4% declara un balance afectivo negativo y 27,5% síntomas moderados o severos de ansiedad y/o depresión.

Impacto de la crisis del COVID-19

La pandemia COVID-19 relevó de forma inédita la importancia de los cuidados, poniendo en evidencia la insostenibilidad de su actual organización. Las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas generaron una abrupta reducción de los arreglos de cuidado formales (centros educativos y de cuidados, centros de cuidado de personas en situación de dependencia, trabajo doméstico remunerado, entre otros) e informales (apoyo de familiares, vecinas/os, etc.).

Junto con los efectos económicos que impactaron en mayor o menor medida a todos los hogares del país, los resultados de la Encuesta Social COVID-19 muestran brechas importantes en la realización de trabajo doméstico y de cuidados según sexo y edad. En la población joven de 18 a 29 años, un 35,5% de las mujeres realiza trabajo doméstico y de cuidado, en comparación a un 10,6% de los hombres. Este porcentaje aumenta a 76,5% en la población de mujeres de 30 a 59 años y aumenta a 24,6% en la población de hombres. En el tramo de 60 años o más se observa que un 76,1% de las mujeres declaran realizar estas actividades versus un 21% en los hombres.

Todo lo anterior muestra que las labores domésticas y de cuidados no remuneradas en el hogar recaen principalmente en las mujeres. Pero además indica que es un fenómeno que afecta a las mujeres jóvenes, generando posibles impactos en sus trayectorias futuras. Además, se destaca que las mujeres de 60 años o más, en gran parte realizan el cuidado de la población más vulnerable en términos de su condición de salud, como es el caso de personas enfermas, con discapacidad y/o personas mayores que requieren cuidados o ayuda.

La Encuesta Social COVID-19 puso en evidencia la importante contribución que realizaron las mujeres adultas mayores al realizar tareas de cuidado durante la pandemia. En particular, se destaca que las adultas mayores cuidadoras enfrentaban situaciones de vulnerabilidad antes de la emergencia sanitaria, situación que se agravó con la crisis. Las estrategias que tomaron los hogares con adultas mayores cuidadoras se reflejaron en aumentos de deuda, disminución de gastos y un menor acceso a salud.

Personas cuidadoras

La Encuesta ENDIDE 2022 identificó a todas las personas que declaraban recibir ayuda o apoyo permanente de parte de un integrante del hogar, y se le aplicó un cuestionario específico sobre las actividades de cuidado que realiza.

Respecto a los atributos de las personas cuidadoras, en el 71,7% de la población dependiente el trabajo de cuidados y asistencia es asumido por una mujer. Además, se observa que la edad de quienes cuidan a personas dependientes se distribuye de manera heterogénea entre los tramos etarios. En efecto, el 8,9% se ubica en el tramo de 18 a 29 años, un 17,8% entre 30 a 44 años, el 32,5% se ubica entre 45 a 59 años, y el 40,8% restante se concentra en el tramo de 60 y más años.

El análisis por sexo y parentesco entre la persona cuidadora y la persona dependiente muestra que el rol preponderante en el cuidado lo asumen principalmente las parejas. Respecto a otras relaciones, las cifras muestran que cuando una mujer con dependencia recibe asistencia de una cuidadora principal mujer, en el 59,1% de los casos es su hija y en el 22,6% es otra familiar. De esta forma, se observa que las personas que ejercen el rol de cuidadora principal de las personas dependientes corresponden a parejas y sus hijos.

La sobrecarga del cuidador es un síndrome que se asocia a un agotamiento mental con ansiedad frente al cuidado y las labores. Los datos de la ENDIDE muestran que el 32,4% de las personas con dependencia cuentan con una persona cuidadora principal integrante del hogar que tiene sobrecarga intensa. Esta sobrecarga aumenta junto a la severidad de la dependencia de la persona que es sujeta de los cuidados o asistencia.

Cuando se considera el sexo de la persona cuidadora, se observa que las cuidadoras mujeres tienen mayor prevalencia de sobrecarga intensa en comparación a los cuidadores hombres, con 38,3% versus 17,1%, respectivamente. Por último, destaca el hecho de que un 32,7% de las personas cuidadoras no recuerda cuándo fue su último descanso.

El análisis del PHQ4 arroja que el 42,9% de las personas con dependencia tienen una persona cuidadora que presenta algún grado de sintomatología de ansiedad o depresión, de las cuales el 25% presentan síntomas leves, un 11,3% presenta síntomas moderados y el 6,6% síntomas severos.

Según el sexo de la persona que cuida, se observa una mayor presencia de sintomatología de depresión y ansiedad en las cuidadoras mujeres en comparación con los cuidadores hombres, observándose que, en promedio, las mujeres cuidadoras declaran cerca de 6 puntos porcentuales más de sintomatología depresiva que los hombres.

Los resultados de la aplicación de una escala de medición de apoyo social muestran que el 45,5% de las personas con dependencia tienen personas cuidadoras con un nivel de apoyo social débil, el 44,8% corresponde a un nivel de apoyo social moderado y solo el 9,7% señala disponer de un apoyo social fuerte.

Respecto a las necesidades de apoyo que requieren las personas cuidadoras, 60,8% de ellas indican que necesitan asistencia técnica o profesional para el cuidado, lo que considera a diversos profesionales y terapeutas que aborden la salud de la persona con dependencia (medicina, kinesiología, podología, terapia ocupacional, fonoaudiología, etc.). La segunda necesidad de apoyos más mencionada es la de compartir la responsabilidad del cuidado con otras personas, con un 56,8% de las menciones. En tercer lugar, se menciona la necesidad de apoyo psicosocial o atención en salud para quien cuida.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la discusión sobre la crisis en el ámbito de los cuidados y las estrategias para hacerle frente han ganado relevancia pública. Junto con ello, el enfoque bajo el cual se aborda este problema ha experimentado una transformación significativa. Inicialmente la respuesta al problema de los cuidados se asumía como una responsabilidad que debía resolverse al interior de las familias, sin embargo, desde hace algunos años se ha transitado hacia una mirada basada en los derechos, que pone el acento en la necesaria articulación de servicios y prestaciones que debe proveer el Estado, las comunidades y el mercado para responder tanto a las necesidades de quien requiere cuidado, como de quien ejerce como cuidadora o cuidador.

La evolución que ha tenido el perfil etario de la población, fruto del aumento de la expectativa de vida y una menor fertilidad, ha provocado un envejecimiento poblacional acelerado que no ha logrado ser totalmente activo y saludable. Este envejecimiento ha incidido de manera central en el aumento de la dependencia y las necesidades de cuidado, a la vez que ha ido disminuyendo el universo potencial de personas cuidadoras.

En este contexto, Chile ha realizado esfuerzos en distintas áreas del ámbito de los cuidados, como es el caso del diseño de un Sistema Nacional de Cuidados, el Registro Nacional de Discapacidad, el Registro Nacional de Personas Cuidadoras, la Red Local de Apoyos y Cuidados y el reforzamiento de las Oficinas Locales de Niñez.

El presente documento busca entregar un diagnóstico sobre el cuidado en Chile enfocado en las personas mayores, personas con discapacidad, personas con dependencia y personas cuidadoras. Se espera que este documento entregue insumos para el análisis programático y construcción de propuestas en el marco del Sistema Nacional e Integral de Cuidados. No se aborda en este documento lo relativo a las necesidades de cuidado de niños, niñas y adolescentes, que son un grupo que, por su importancia y por las diferencias tanto en sus necesidades como en las estrategias específicas para resolverlas, requieren de un diagnóstico particular.

Para lo anterior, este informe sistematiza el análisis de los resultados de distintas fuentes de información que tiene la división Observatorio Social de la Subsecretaría de Evaluación Social relacionadas a los cambios demográficos en el país y su impacto en las temáticas de cuidado. Se destaca el uso de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen), la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE), la Encuesta de Bienestar Social 2021 (EBS), la Encuesta Social COVID-19 y los Indicadores Sociales que provienen de la Base de Residente y Registros Administrativos que genera la división.

El documento se organiza en nueve capítulos. El primer capítulo entrega los principales antecedentes de la temática de los cuidados en Chile que se tratarán a lo largo del documento. El capítulo 2 establece los conceptos que se utilizarán y entrega una breve descripción de las fuentes de información utilizadas. El capítulo 3 hace un diagnóstico de la transición demográfica que ha experimentado el país y su impacto en la demanda por cuidados. El capítulo 4 profundiza en los resultados de la Encuesta Social COVID-19 y las lecciones aprendidas durante la pandemia, en particular respecto de la población de mujeres adultas que son cuidadoras. El capítulo 5 utiliza los datos de la Encuesta ENDIDE 2022 para caracterizar a las personas adultas con necesidades de cuidado. El capítulo 6 resume la oferta programática del cuidado en Chile y el vínculo del Estado con

el sector privado y la sociedad civil. El capítulo 7 profundiza en la situación de las personas cuidadoras mediante un análisis del cuestionario específico que se aplicó en ENDIDE para estas personas, lo que permite describir sus características socioeconómicas y percepciones respecto de su rol de persona cuidadora. El capítulo 8 aborda la autonomía de las mujeres y su bienestar. Finalmente, el capítulo 9 plantea algunos de los desafíos que se identifican a partir de la evidencia presentada a lo largo del documento.

1. ANTECEDENTES

El proceso de envejecimiento de la población tanto a nivel mundial como en Chile se ha caracterizado en los últimos años por una vejez que involucra cada vez más años de vida. Este fenómeno es, sin duda, una consecuencia de los avances en el desarrollo de las sociedades modernas, los que se ven reflejados en el mejoramiento sostenido de las condiciones de salud en la población, los avances científicos y tecnológicos, la disminución en las tasas de mortalidad y el aumento consecutivo de la esperanza de vida.

Según el informe World Population Prospects (ONU, 2019), en el año 2018 por primera vez en la historia y a nivel mundial, las personas mayores de 65 años superaron en cantidad a los menores de 5 años. De acuerdo con este mismo informe, se proyecta que para el año 2050 una de cada seis personas a nivel mundial tendrá más de 65 años.

Asimismo, nuevas estimaciones y proyecciones realizadas por Naciones Unidas en 2023 señalan que en América Latina y el Caribe las personas de 60 años o más son alrededor de 92 millones, representando el 13,8% de la población total. Sin embargo, al final de la denominada Década del Envejecimiento Saludable², en 2030 la población de 60 años y más en la región será de 115 millones, lo que representará el 16,5% de la población total.

Chile no está exento de este fenómeno demográfico de escala mundial, influenciado principalmente porque en los últimos 60 años los nacimientos se han reducido de 5 a 1,8 hijos por mujer y la esperanza de vida ha aumentado a 80,5 años promedio, la más alta de América Latina (OMS, 2016).

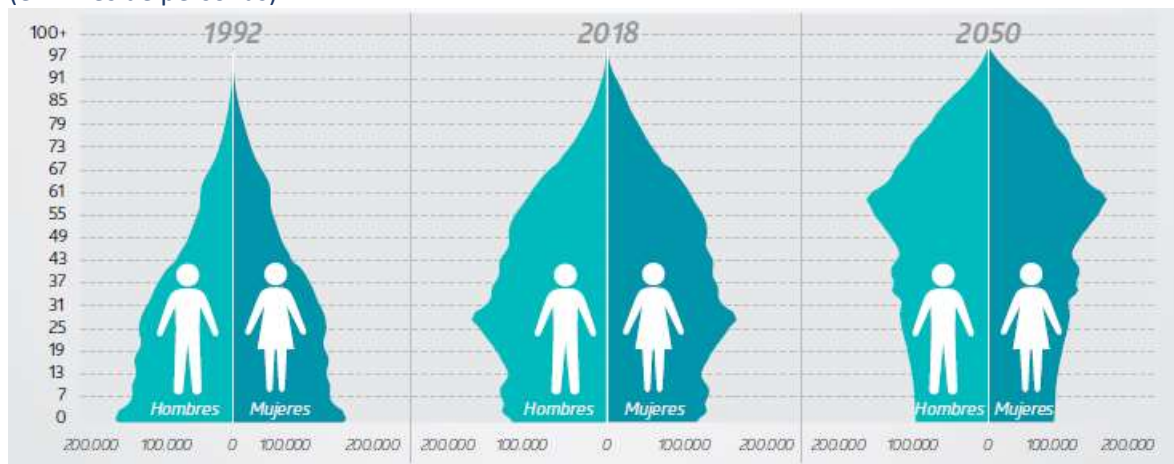
Este cambio demográfico se advierte claramente en la pirámide etaria de la población a nivel nacional, que en la actualidad se asemeja a una campana (Gráfico 1.1). En los próximos años, estos cambios seguirán produciendo variaciones en la forma de la pirámide poblacional, en la que los grupos etarios tienen pesos relativos similares y las personas mayores comienzan a ganar peso relativo en la distribución.

Es importante señalar que el proceso de envejecimiento no se da de manera homogénea en los países de América Latina y el Caribe, tanto respecto de la velocidad de la transición desde sociedades jóvenes a sociedades envejecidas, como a la rapidez del proceso. El Gráfico 1.2, muestra esta heterogeneidad, proyectando las poblaciones de personas de 60 años y más en el año 2022, 2030 y en 2060.

² La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030, fue declarada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre del 2020 y es la principal estrategia para construir una sociedad para todas las edades.

Gráfico 1.1

Chile: Población por edad y sexo, 1992, 2018 y 2050
(en miles de personas)

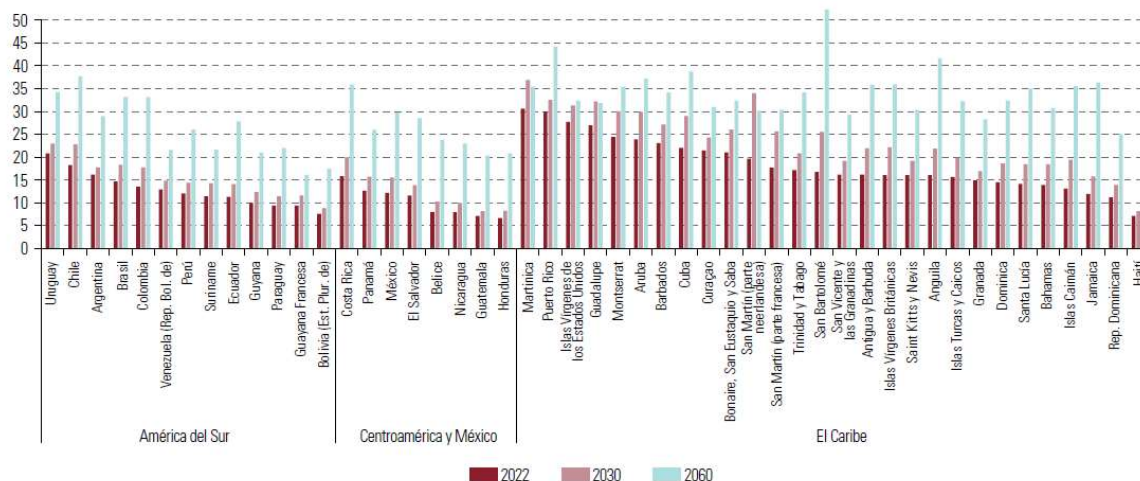


Fuente: INE, Estimaciones y proyecciones de población. Chile 1992-2050

El análisis del gráfico muestra que en 2022 la proporción de personas mayores en algunos países y territorios, principalmente del Caribe, estaba por encima del 20% y superará el 30% en la próxima década. Al mismo tiempo, algunos países del Caribe como Haití o República Dominicana presentan bajos niveles de envejecimiento poblacional, pues incluso en 2030 las personas mayores no llegarán a representar el 10% y el 15% de la población respectivamente. En América del Sur, Uruguay destaca con un envejecimiento avanzado (20% en 2022) y en 2030 se proyecta que Chile pase el umbral del 20%, de manera que ambos países serán los más envejecidos de la subregión.

Gráfico 1.2

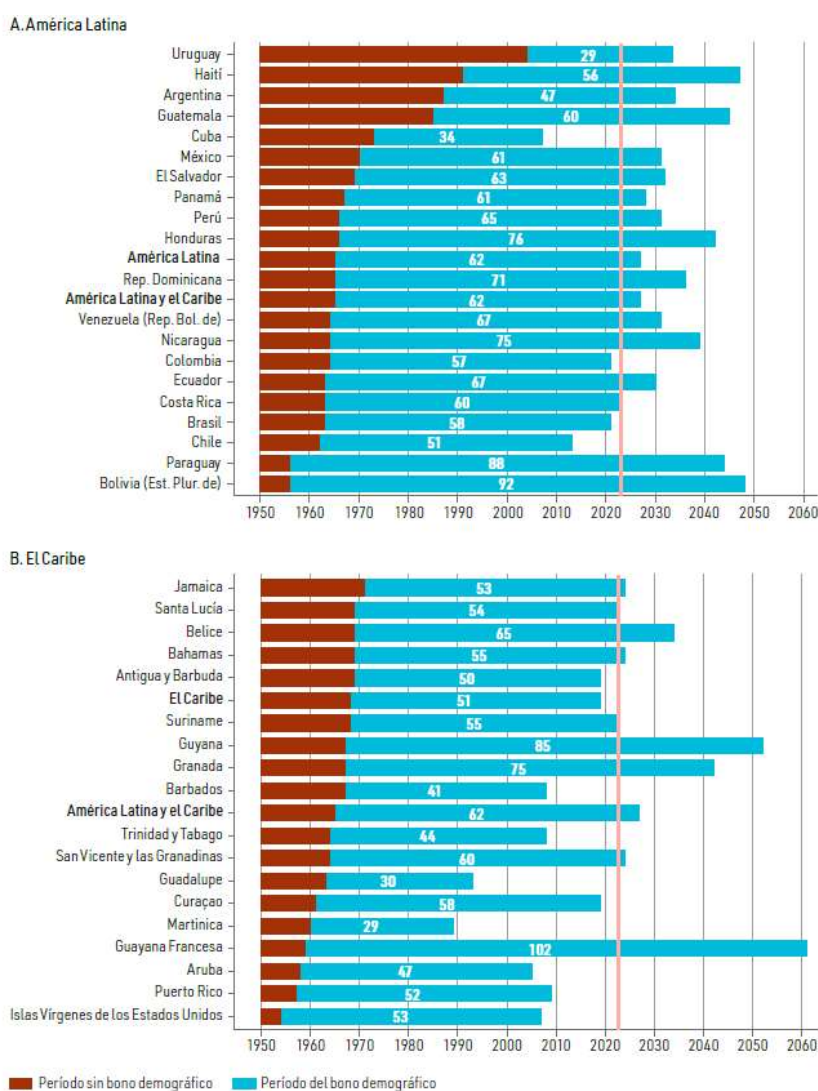
América Latina y el Caribe (49 países y territorios): personas de 60 años y más con respecto a la población total, por subregión, 2022, 2030 y 2060
(En porcentajes)



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Naciones Unidas, World Population Prospects 2022, Nueva York, 2022.

Cuando la dependencia demográfica³ de un país comienza a disminuir, principalmente por la disminución de la población de menores de 15 años, se considera que el país ha entrado en un período de bono demográfico, ya que existe una alta proporción de personas en edad de trabajar, lo que puede impulsar el crecimiento económico y la reducción del gasto en personas dependientes. Por el contrario, cuando la dependencia vuelve a aumentar (principalmente a causa del incremento de la población de 65 años y más), se considera que el país ha salido de este bono, lo que puede implicar, entre otras cosas, un incremento de las necesidades del cuidado (CEPAL, 2023). Tal como se puede observar en el gráfico a continuación, el bono demográfico presenta grandes variaciones entre los países de América Latina y el Caribe, advirtiendo que 13 países ya han finalizado esta etapa al año 2022.

Gráfico 1.3: América Latina y el Caribe (38 países y territorios): año de inicio, año de término y duración del bono demográfico, 1950-2060
(En años)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), revisión 2022, y Naciones Unidas, World Population Prospects, 2022 [en línea] <https://population.un.org/wpp/>.

³ Razón entre las personas menores de 15 años y mayores de 65 años con relación a la población en edad de trabajar (15 a 64 años).

Envejecimiento y dependencia

En Chile, junto a la transición demográfica de la población se sobreponen los cambios de la llamada transición epidemiológica. Esto significa que, a través del tiempo, han ocurridos cambios significativos en la composición de la morbi-mortalidad por sexo y edades. En los años 60 las enfermedades transmisibles -infecciosas y parasitarias- tenían una alta incidencia y se concentraban en los menores de 15 años, mientras que a comienzos del siglo XXI predominaban las causas crónicas, degenerativas, tumores malignos y accidentes, que afectan principalmente a las personas mayores.

Por lo anterior, el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las personas mayores, especialmente en las edades más avanzadas. Este aumento no se produce a un ritmo constante, sino que alrededor de los 80 años se acelera notablemente (SENAMA, 2009). De este modo, en el contexto de transición demográfica avanzada, se debe tener presente que algunos tipos de enfermedades afectarán a una proporción cada vez mayor de la población, pudiendo generar situaciones de discapacidad o dependencia.

Esta nueva realidad ha generado una creciente complejidad: por una parte, se observa un aumento en la esperanza de vida y, por otra, se observa una mayor necesidad de apoyos y cuidados, por motivos de dependencia funcional y deterioro físico y mental. A lo anterior, se ha sumado en los últimos años una disminución en las redes de apoyo al interior de las familias y una menor disponibilidad de tiempo para dedicar al cuidado (SENAMA, 2009).

1.1 Crisis de los cuidados y las tres R

No existe una definición única de cuidado, ya que en un sentido amplio de la palabra se relaciona a las atenciones que se realizan en favor del bienestar propio y de otros, es decir, las diversas actividades que son realizadas para resolver las necesidades de las personas sujetas a cuidado y su cuidador/a. Un aspecto importante en la definición de cuidado es la dificultad para separarlo de las tareas domésticas, que también implican el cuidado de otros. En general, los cuidados se entienden como las actividades que permiten regenerar el bienestar físico y emocional de las personas diaria y generacionalmente, al mismo tiempo que sostienen la vida de las personas y las sociedades.

Se identifica que, en la década de los años 60, especialmente en Estados Unidos, se inició la preocupación por visibilizar y contabilizar el trabajo en el hogar. Esto estuvo en gran medida influenciado por la acelerada incorporación de la mujer en el mundo del trabajo remunerado.

Un avance importante de los últimos años fue reconocer que el cuidado iba más allá del ámbito familiar y que existía una responsabilidad del Estado de involucrarse en la organización del cuidado. De esta forma los Estados del Bienestar comenzaron a relevar la organización social del cuidado con un claro enfoque de género para alcanzar la corresponsabilidad en los cuidados.

Los avances en las últimas cinco décadas permitieron enmarcar los cuidados en el ámbito de los derechos humanos, tanto de la persona cuidadora como de los sujetos de cuidado. De esta forma se releva que las políticas públicas deben garantizar el derecho a recibir y brindar cuidados en condiciones de calidad e igualdad.

Este concepto se refleja en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN); en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra las Mujeres; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Protocolo de San Salvador; la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015).

Las labores de cuidado han sido cubiertas tradicionalmente en los propios hogares y han sido asumidas mayoritariamente por las mujeres. Sin embargo, los cambios económicos, culturales y demográficos, que incluyen las transformaciones en las estructuras familiares, la incorporación de las mujeres al mercado laboral, el crecimiento de los flujos migratorios y un aumento progresivo de las tasas de dependencia ha llevado a que los arreglos tradicionales de cuidado no sean sostenibles en el tiempo (ONU Mujeres, 2018).

La acelerada incorporación de las mujeres al mercado laboral durante la segunda mitad del siglo XX no fue acompañada de un desarrollo adecuado que considerara más y mejores alternativas para reemplazar, o al menos complementar, las labores de cuidado que ellas realizaban. A lo anterior se suma que aún no se desarrolla una cultura de corresponsabilidad entre hombres y mujeres al interior de los hogares, lo que ha llevado a que las mujeres realicen una doble función, pues están a cargo tanto de su propio trabajo remunerado como de las labores de cuidado en el hogar, lo que impacta en la capacidad de administrar sus tiempos disponibles para contar con espacios de esparcimiento, ocio o lo que estimen conveniente. La sobrecarga del trabajo de cuidado no remunerado en las mujeres impide la igualdad de oportunidades, de derechos y de resultados frente a los hombres, no solo en términos de participación en el mercado laboral, sino también en lo social, político y en el disfrute del tiempo libre.

Estos factores han desencadenado lo que se conoce como crisis de los cuidados. Con esto, se vuelve necesario redefinir la organización del cuidado desde la perspectiva de lo que Naciones Unidas ha denominado las “Tres R” del cuidado: reconocer, redistribuir y reducir el trabajo del cuidado (ONU Mujeres, 2018). Esta perspectiva implica la creación de una institucionalidad que permita dar respuesta integral a las necesidades de cuidado por medio de políticas públicas sostenibles y coordinadas con el mercado, las empresas y las comunidades, a nivel nacional y local.

Reconocer implica visibilizar y revalorizar el trabajo de cuidados tanto remunerado como no remunerado y relevar la importancia de estas labores para el bienestar de la sociedad y el funcionamiento de la economía. Este sector económico presenta una alta concentración de mujeres con condiciones laborales de informalidad y precariedad.

Redistribuir hace referencia a distribuir de una manera más justa y equilibrada el trabajo de cuidados no remunerados al interior del hogar. Algunos mecanismos que permiten esto son las licencias maternales, parentales y familiares; y la flexibilidad laboral mediante horarios flexibles, jornadas reducidas o apoyos en el cuidado. El aspecto clave es que estas políticas incorporen la perspectiva de género y se diseñen de forma tal que no refuercen la distribución desigual del cuidado en el hogar. Además, es ideal que se realicen coordinadamente con el mercado, de tal forma que las políticas de inserción laboral de las mujeres promuevan también un cambio en las relaciones de género en el hogar.

Reducir considera al apoyo y cobertura de las necesidades básicas del cuidado, para así disminuir la carga de trabajo no remunerado que tienen de manera desproporcionada las mujeres. El diseño de estos apoyos se basa en reconocer que el acceso al cuidado es un derecho clave de la ciudadanía. Algunos mecanismos para lograr este objetivo son los servicios de atención a la infancia, los servicios de cuidados de larga duración y las prestaciones familiares.

1.2 Organización de los cuidados

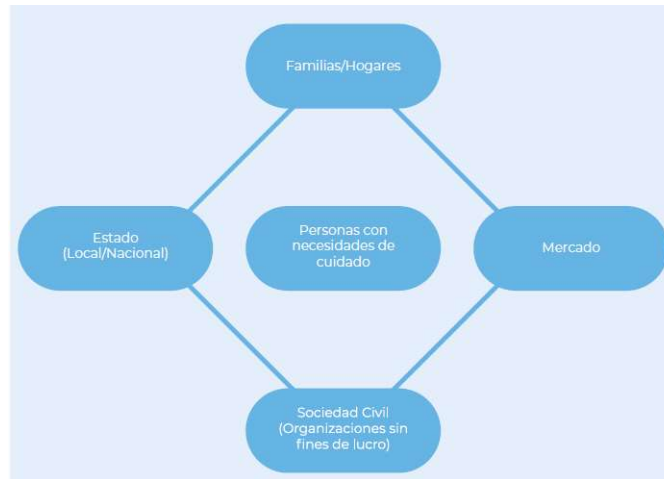
Los regímenes del bienestar o sistemas de protección social se basan en tres pilares: salud, educación y seguridad social. Adicional a estos pilares, se ha reconocido la importancia fundamental del cuidado como un elemento que, además de cumplir una función social relevante, es una necesidad que se presenta a lo largo de la vida. Es por esto que se plantea incorporar un cuarto pilar del bienestar relacionado a las políticas de cuidados para visibilizar y valorar las labores de cuidado como un componente de desarrollo personal, que además es clave para la reproducción de la sociedad (CEPAL-ONU Mujeres, 2008).

Desde Naciones Unidas se señala que la región debe transitar hacia una sociedad del cuidado que priorice la sostenibilidad de la vida y el planeta, y que garantice los derechos de las personas que necesitan cuidados y de quienes los proveen (CEPAL, 2021). Esto debe considerar el autocuidado y el cuidado de otros, así como también la corresponsabilidad social tanto de hombres como mujeres, entre Estado, mercado, comunidades y familias, promoviendo relaciones de cuidado y superando la feminización del cuidado.

Diamante del cuidado

Una forma de afrontar la desigual distribución del trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres, es a través de la creación de un sistema de cuidados.

Existen diferentes estructuras para definir los sistemas de cuidados en las sociedades. Una de ellas es el denominado Diamante del Cuidado propuesto por Razavi (2007), en el cual se representan los cuatro actores que se interrelacionan para producir y distribuir el cuidado. Estos cuatro actores son las familias, el Estado, el mercado y la sociedad civil (Figura 1.1). Un aspecto clave de la conceptualización del Diamante de Cuidado, es que asume que los actores se relacionan entre sí de tal forma que la provisión del cuidado no ocurre de manera aislada, sino que es un continuo en donde se involucran actividades, trabajos y responsabilidades (Marzonetto y Rodriguez, 2015).

Figura 1.1: Diamante del cuidado

Fuente: ONU MUJERES (2023) Cuidados en Chile. Avanzando hacia un sistema integral de cuidados.

El Diamante del Cuidado muestra la necesidad de interacción entre los cuatro actores del cuidado. Esta articulación permite aprovechar la sinergia y las respuestas conjuntas a las necesidades de cuidado, logrando respuestas más eficientes que generan un mayor bienestar social, prosperidad económica y oportunidad.

En general, en América Latina este balance entre los cuatro actores no se cumple, generando una distribución inequitativa de las labores de cuidado entre hogar, Estado, mercado y organizaciones de la sociedad civil. El régimen de bienestar que históricamente ha imperado considera como responsable principal del cuidado a los hogares, mientras que la participación del Estado se ha enfocado mayoritariamente en aspectos específicos como la educación de los niños, niñas y adolescentes, cumpliendo un rol menor en el cuidado de grupos prioritarios como lo son personas con discapacidad, personas mayores y personas con dependencia funcional.

El Diamante del Cuidado, junto con la nueva concepción de estados de bienestar que incluyen el cuidado como un pilar fundamental con enfoque de derechos, asignan al Estado el rol de garante, lo que implica que se deben garantizar los cuidados a las personas a lo largo de toda su vida y, a la vez, asegurar los derechos de las personas que cuidan.

1.3 Sistema de cuidados

Un sistema de cuidados debe considerar diferentes enfoques orientadores, entre los que se encuentra el enfoque de derechos, de género, de curso de vida y de interculturalidad (MDSF, 2023).

Enfoques del sistema de cuidados

Incluir el **enfoque de derechos** en el diseño de sistema de cuidados, implica reconocer que a todas las personas les corresponde disfrutar de sus derechos humanos sin distinción. En términos operativos, esto también implica promover y proteger los derechos humanos a través de políticas públicas que los materialicen, con especial atención en grupos de población que viven formas de discriminación, desigualdad y exclusión (ACNUDH, 2006). Según CEPAL (2022, págs. 24-25) “el derecho a cuidar, ser cuidado y al autocuidado, es parte de los derechos humanos ya reconocidos en los pactos y tratados internacionales, de los que goza toda persona humana, independientemente de su situación de vulnerabilidad o dependencia” (CEPAL, 2022).

Un sistema integral de cuidado debiera incorporar el **enfoque de género** como una forma de reconocer, analizar y transformar las diferencias que generan desigualdades, discriminación y exclusión. En términos de diseño de políticas públicas, implica promover la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades, con independencia del sexo o género de la persona. La igualdad de género incluye la igualdad “de jure y de facto” (Comité CEDAW, 2005), es decir, la noción de igualdad sustantiva que busca ir más allá de otorgar las mismas oportunidades y condiciones a las personas, sino avanzar hacia la igualdad de resultados.

Considerar un **enfoque de curso de vida** en un sistema de cuidado, permite reconocer que las necesidades durante el ciclo de vida son diversas y heterogéneas entre las personas. Así es posible comprender los nexos entre la vida de las personas y los cambios que se requieren en las intervenciones de acuerdo con esas distintas necesidades, posibilitando un mejor entendimiento del orden y las estructuras sociales en que se encuentran inmersas las personas (Sepúlveda-Valenzuela, 2010). En ese sentido, el enfoque de curso de vida entiende que eventos históricos, cambios económicos, demográficos, sociales y culturales, moldean o configuran las vidas de las personas, teniendo como referencia su trayectoria de vida.

El enfoque de curso de vida se basa en tres conceptos básicos: trayectoria, transición y punto de inflexión. El concepto de trayectoria refiere a la línea de vida y cómo el proceso de envejecimiento y los acontecimientos de la vida pueden determinar ciertos patrones, comportamientos o resultados. La transición hace referencia a cambios de estado, posición o situación, que no son necesariamente previsible y dependen de las características de las personas. Finalmente, el concepto de punto de inflexión corresponde a eventos puntuales que cambian la trayectoria de vida producto de acontecimientos fácilmente identificables. Estos acontecimientos tienen una connotación subjetiva y de ella dependen el cambio cualitativo que gatillen (Blanco, 2011).

Frente a la creación de un Sistema Nacional e Integral de Cuidados, el enfoque de curso de vida obliga a analizar las trayectorias, transiciones y puntos de inflexión a lo largo de la vida de las personas identificando etapas que generan necesidades de apoyos o cuidados y su nivel de intensidad, teniendo en consideración los diversos grupos de población.

Debido a la existencia de grupos humanos culturalmente diversos, es relevante considerar un **enfoque de interculturalidad** que releva la importancia de la diversidad en la igualdad, la identidad y los derechos sociales, económicos y culturales, de acuerdo con el Convenio 169 de la OIT. Este convenio que ha sido ratificado por Chile reconoce el derecho de los pueblos indígenas y afrodescendiente de asumir el control de sus propias instituciones, de sus formas de vida y a mantener y fortalecer sus identidades, lenguas y creencias, garantizando el derecho a la participación. Este enfoque invita a que el sistema de cuidados reconozca, en el diseño de su estrategia, las prácticas y tradiciones culturales asociadas a las necesidades y formas de provisión de cuidado de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Principios del sistema de cuidados

Concebir el cuidado como un derecho implica incorporar algunos principios fundamentales como guía, entre los que destacan: universalidad, igualdad, progresividad, corresponsabilidad, promoción de la autonomía y solidaridad en el financiamiento.

La **universalidad** se refiere a garantizar el acceso a todas las personas, siendo importante tanto la existencia de servicios de cuidados como la calidad de éstos (ONU MUJERES, 2022). En el caso de los cuidados es vital que la política sea abordada desde la perspectiva de **igualdad**, lo que implica una política de no discriminación para el acceso a la oferta de cuidados. Siendo la universalidad el principio orientador y el objetivo a alcanzar, es necesaria la existencia de criterios que permitan la **incorporación progresiva** de las personas al sistema nacional e integral de cuidados, en función de sus niveles de desprotección y necesidad.

El principio de **corresponsabilidad** considera dos dimensiones: la **corresponsabilidad social** o entre actores/instituciones y la **corresponsabilidad de género**. La primera nace del reconocimiento de los cuidados como derecho y función esencial para el desarrollo y bienestar de las sociedades, además, implica que las políticas y sistemas integrales de cuidados han de implementarse con base en la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas.

Por otro lado, la corresponsabilidad de género alude a la necesidad de transformar la división sexual del trabajo, que históricamente ha asignado a las mujeres el rol principal de cuidadoras, generando desigualdades de uso del tiempo y de acceso a oportunidades con respecto a los hombres. Lo anterior, implica avanzar hacia un reparto equitativo y justo de la carga y la responsabilidad de proveer cuidados, avanzando en una mayor participación de los hombres en actividades de cuidado no remunerado y remunerado.

Los sistemas de cuidados deben aportar a que las personas sean capaces de formular y cumplir sus planes de vida en un marco de interrelación con otras personas, es decir, **promover la autonomía**. En este aspecto, se consideran dos ámbitos: individual y relacional. El primero busca promover la autodeterminación de las personas para que tomen sus propias decisiones, en tanto el segundo reconoce que todas las personas que requieran de otras para llevar adelante su plan de vida, cuenten con el apoyo para ello. Se debe considerar tanto a quienes requieren de apoyo y cuidados como a las personas cuidadoras.

Finalmente, el principio de **solidaridad en el financiamiento** refiere a que el diseño del Sistema contemple la capacidad de pago de las familias, para facilitar el acceso universal a las políticas.

CUADRO 1.1
Marco normativo y legislativo

Como se ha mencionado en el documento, la comprensión del cuidado ha variado en el tiempo. En efecto, en sus inicios la importancia entregada al tema vino impulsada por la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, generando iniciativas orientadas a cuantificar y valorizar estas actividades. Sin embargo, en los últimos años se ha consolidado la relevancia del cuidado como un tema de derechos humanos, enfocado tanto en las personas sujetas de cuidado como en las personas que realizan las actividades de cuidado.

A continuación, se resumen los diversos hitos que dan sustento al marco normativo y legislativo vigente en Chile, y que dan cuenta del enfoque de derecho de los cuidados. En este recuadro se presenta una selección reducida de los hitos más importantes, en el Anexo 1.1 se puede encontrar una revisión más amplia.

- En 1982, la Asamblea General de Naciones Unidas convocó a la primera **Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**, a partir de la cual se derivó **el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento**, el cual tiene por objetivo fortalecer la capacidad de los gobiernos y la sociedad civil para abordar eficazmente el envejecimiento de la población, haciéndose cargo del potencial de desarrollo de las personas de edad y sus necesidades. El Plan recomienda acciones en las áreas de investigación recopilación y análisis de datos, y capacitación y educación. Las áreas sectoriales prioritarias son: salud y nutrición; protección de los consumidores de edad avanzada; vivienda y medio ambiente; bienestar social; seguridad de ingresos y empleo; y educación y familia.
- En 1988 se establece el **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, que adopta el nombre de **“Protocolo de San Salvador”**. Este instrumento es el primero en plantear derechos y libertades específicas para las personas mayores, asumiendo que son sujetos de derechos. Su contenido da cuenta de que los Estados deben proporcionar servicios sociales y de salud, programando iniciativas en todas las áreas de importancia para este grupo etario.
- En 1989 se firma la **Declaración de Hong Kong sobre el Maltrato de Ancianos**, adoptada por la 41ª Asamblea Médica Mundial de Hong Kong. En ella se establecen los tipos de maltrato y las diferencias que se pueden producir con otros grupos etarios en relación con estos actos.
- El año 1991, la Asamblea general de Naciones Unidas adoptó los **Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad**, donde se proclaman los derechos de las personas mayores, tales como el derecho a la independencia, la participación, los cuidados, la autorrealización y la dignidad.
- En el año 2006 se aprueba la **Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad**, que fue ratificada por Chile en 2008. Este es el primer tratado internacional con carácter exclusivo en materia de derechos humanos para las personas con discapacidad, en el cual se propone un conjunto de derechos humanos, civiles, político-sociales, económicos y culturales, cuyo propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”. Los principios generales de la Convención son: el respeto de la dignidad inherente; la autonomía individual, incluida la libertad de tomar sus propias decisiones; la no discriminación; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer; el respeto a la evolución de las facultades de niños, niñas y adolescentes con discapacidad y su derecho a preservar su identidad.
- En 2007 se firma la **Declaración de Brasilia**, que definió cuatro áreas de trabajo vinculadas al bienestar de las personas mayores, con sus respectivas metas y objetivos: 1) protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, participación social y educación para la satisfacción de sus necesidades básicas y su plena inclusión en la sociedad; 2) acceso a servicios de salud integrales que garanticen una mejor calidad de vida de las personas mayores y la preservación de su funcionalidad y autonomía; 3) creación de un entorno propicio y favorable, para el goce de

entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez; 4) aplicación y seguimiento de la Estrategia Regional de Implementación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

- En el año 2012 se firma la **Carta de San José**, que plantea diversas materias relativas al trato, protección, servicios y espacios desarrollados con miras al bienestar de las personas mayores.
- En 2013 se aprueba el **Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo**, que incorpora elementos trascendentes para la implementación de políticas que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos en temáticas tan relevantes como la salud sexual y reproductiva, el envejecimiento de la población, la migración internacional, los pueblos indígenas y la población afrodescendiente. El Consenso de Montevideo es complementario a la Agenda 2030 y establece un marco conceptual para lograr el desarrollo sostenible, poniendo en el centro el respeto y la promoción de los derechos humanos de todas las personas.
- El año 2015, se aprueba la **Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores**, ratificada por Chile en 2017. Esta Convención tiene por objetivo promover, proteger y asegurar el reconocimiento, pleno goce y ejercicio en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales de las personas mayores, a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad. Los contenidos de la Convención se dividen en tres categorías: derechos emergentes, derechos vigentes y derechos extendidos.
 - Los derechos emergentes son nuevos derechos o derechos parcialmente recogidos en la normativa internacional y nacional existente. En esta categoría se encuentran tres derechos: derecho a la vida y la dignidad en la vejez (artículo 6); el derecho a la independencia y autonomía (artículo 7) y; el derecho a los servicios de cuidado a largo plazo (artículo 12).
 - Los derechos vigentes son aquellos contemplados en las normas internacionales, pero que requieren cambios para adaptarlos a las necesidades específicas de un colectivo, ya sea por medio de nuevas interpretaciones o mediante la ampliación de su contenido. En esta categoría se encuentran los derechos de igualdad y la no discriminación (artículo 5); el consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud (artículo 11); y la seguridad y la vida sin violencia (artículos 9 y 10).
 - Los derechos extendidos están dirigidos específicamente a colectivos que hasta entonces no habían disfrutado de ellos, por omisión o discriminación. En esta categoría se considera el derecho a accesibilidad y movilidad de las personas y el relacionado con las situaciones de riesgo y emergencias humanitarias.
- La **Agenda 2030** es un acuerdo político global, firmado en 2015 por 193 estados miembros de las Naciones Unidas, que traza un marco para el desarrollo ambiental, social y económico. La Agenda está compuesta por 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y se basa en tres principios: 1) universalidad, 2) integración y 3) que nadie se quede atrás. En particular, existen algunos ODS de directo impacto en la población objetivo del presente análisis, como es el caso de:
 - ODS 1: Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo
 - ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades
 - ODS 4: Garantizar una educación inclusiva, equitativa y de calidad, y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos
 - ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas
 - ODS 8: Promover el crecimiento económico inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos

2. ANTECEDENTES METODOLÓGICOS PARA EL ANÁLISIS Y CARACTERIZACIÓN DEL CUIDADO

En este apartado se revisan los principales elementos metodológicos considerados para la descripción y caracterización de las personas sujetas de cuidado, en el contexto del diseño del Sistema Nacional e Integral de Cuidado (SNC). En primer lugar, se define conceptualmente qué será el Sistema Nacional e Integral de Cuidados, además de señalar quiénes conforman el grupo de personas sujetos de cuidado. Posteriormente, se presentan las distintas fuentes de información utilizadas a lo largo del documento, en su mayoría instrumentos propios de la Subsecretaría de Evaluación Social, sus principales características, relevancia para el estudio de cuidado y una breve presentación de las principales dimensiones de análisis e indicadores a utilizar. Finalmente, en la última sección se presentan algunas consideraciones metodológicas y limitaciones de las fuentes de información utilizadas.

2.1 Conceptos

En un sentido amplio, **los cuidados** son actividades que permiten regenerar el bienestar físico y emocional de las personas diaria y generacionalmente, al mismo tiempo que sostienen la vida de las personas y las sociedades (CEPAL y ONU Mujeres, 2020). Si bien todas las personas requieren de cuidados para sobrevivir, las necesidades de cuidado son diversas en la población⁴, estando íntimamente asociadas al nivel de dependencia de las personas durante el curso de la vida.

Actualmente, el derecho al cuidado es parte de los derechos humanos reconocidos en los pactos y tratados internacionales de los que gozan todas las personas, independientemente de su situación de vulnerabilidad, fragilidad o dependencia. El reconocimiento del cuidado como un derecho humano de todas las personas, a diferencia de los enfoques centrados en necesidades básicas o en grupos poblacionales que resultan vulnerables por sus condiciones económicas, sociales, étnica-s o culturales, permite delimitar claramente el papel central del Estado y los distintos actores: i) quiénes son las y los titulares del derecho al cuidado; ii) quiénes son las y los titulares de los deberes; iii) cuáles son los mecanismos de exigibilidad del derecho al cuidado, y iv) cuáles son las medidas destinadas a reducir las desigualdades y brechas en el acceso y disfrute de este derecho. De esta manera, un Estado garante del derecho al cuidado, desde una perspectiva de género, tiene la posibilidad de regular la organización social del cuidado en el marco de los estándares internacionales, organizar el ecosistema de servicios diseñados y ofertados por instituciones públicas y privadas, y establecer estándares de calidad, en distintas modalidades de financiamiento (CEPAL 2022).

⁴ **Cuidados paliativos:** Componente central de los servicios de salud integrales para las enfermedades no transmisibles y que tienen el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que enfrentan enfermedades graves mediante la prevención y alivio del sufrimiento. OPS 2021, <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>

El objetivo de los **Cuidados a largo plazo** es lograr que una persona que no sea totalmente capaz de cuidar de sí misma a largo plazo pueda mantener la mejor calidad de vida posible, con el mayor grado posible de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana". OMS, 2000. "Home-based long-term care: report of a WHO Study Grup", *WHO Technical Report Series*, N° 898, Ginebra.

En este contexto, el **Sistema Nacional e Integral de Cuidados** es entendido como el **conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados, con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como de reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados desde un enfoque de derechos, género, curso de vida, intersectorial, intercultural e interseccional** (ONU MUJERES, 2021). Lo anterior se expresa operativamente en una red integrada de servicios e instituciones orientadas a implementar acciones planificadas y organizadas para la promoción, asistencia, apoyo, manejo y trabajo asociado a los cuidados, teniendo como principios la autonomía y vida independiente de las personas, la corresponsabilidad y la universalidad.

Este sistema busca ir en apoyo de cuatro grupos de población: **(1) personas cuidadoras; (2) personas con discapacidad; (3) personas mayores; y, (4) niños, niñas y adolescentes**. La consideración de estos grupos se basa en el abordaje de la dependencia como riesgo social, desde su prevención hasta su gestión.

Entendiendo que durante el curso de vida las personas requieren de cuidados de diferentes formas y en diversas intensidades, la dependencia se transforma en una manera de vincular a las personas en la sociedad. Consecuentemente, la **dependencia**, entendida en un sentido amplio, incluye las situaciones o estados en que las personas requieren de ayudas, asistencias o de la atención de otra persona para desarrollar actividades básicas y satisfacer sus necesidades en la vida cotidiana.

- **Personas cuidadoras⁵**

Se definen como aquellas que asisten a otra persona para realizar actividades de la vida diaria, de manera temporal o permanente, por razones de edad, dependencia o discapacidad. La mayor parte de las personas cuidadoras son mujeres que realizan trabajo doméstico y de cuidados, pues las actividades relacionadas a cuidar a otras personas están feminizadas tanto a nivel de participación como en el tiempo que se les dedican.

- **Personas con discapacidad**

El artículo 5 de la ley N°20.422⁶ define a la persona con discapacidad como “aquella que, teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.

- **Personas mayores**

La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (2015), marca un hito histórico al ser el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce los derechos de las personas mayores, además de establecer una definición de “**persona mayor**”, señalando que se trata de toda persona de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que no sea superior a 65 años.

En Chile el umbral de edad es de 60 años, lo que está estipulado en la Ley 19.828 promulgada en el año 2002 cuando se crea al Servicio Nacional de Adultos Mayores (SENAMA), y especifica

⁵ Concepto incluido en informe de la Secretaría Técnica para la generación de una Política Nacional e Integral de Apoyos y Cuidados, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023.

⁶ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903>

que se entenderá por adulto mayor a toda persona que haya cumplido los 60 años, sea hombre o mujer.

- **Niños, niñas y adolescentes**

De acuerdo con el art.1 de la Convención sobre los Derechos del Niño⁷, se entenderá por niño todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

2.2 Fuentes de información utilizadas

- **Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen)**

Encuesta de hogares, de carácter transversal y multipropósito. Es el principal instrumento de medición socioeconómica para el diseño y evaluación de la política social. Permite conocer periódicamente la situación socioeconómica de los hogares y de la población que reside en viviendas particulares, a través de preguntas referidas a composición familiar, educación, salud, vivienda, trabajo e ingresos, entre otros aspectos.

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional ha sido implementada desde el año 1987, con una periodicidad bianual o trianual. La encuesta, a cargo del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, tiene por objetivo:

- Conocer la situación de pobreza por ingresos y multidimensional de las personas y los hogares, así como la distribución del ingreso de los hogares.
- Identificar las carencias de la población en áreas como educación, salud, vivienda y entorno, trabajo, cohesión social, entre otras.
- Evaluar brechas de ingresos y carencias entre distintos grupos de la población, como niños, niñas y adolescentes; jóvenes; personas mayores; mujeres y hombres; personas pertenecientes a pueblos indígenas; personas migrantes, entre otros.
- Evaluar brechas de ingresos y carencias entre las áreas urbana y rural y entre las dieciséis regiones del país.
- Estimar cobertura, focalización y distribución de los principales subsidios monetarios de alcance nacional, según el nivel de ingreso y otras características de los hogares, para evaluar el impacto de este gasto público en la pobreza y en el nivel y distribución de los ingresos de los hogares.

De esta forma, los datos recolectados por Casen permiten tomar conocimiento de cómo progresamos como país, identificar carencias que aún enfrentan los hogares y contribuir de esta forma al diseño y perfeccionamiento de la política social. La población objetivo de la encuesta son quienes residen en las viviendas particulares⁸ de la muestra. Al interior de cada vivienda

⁷ <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

⁸ Una vivienda particular es toda construcción destinada total o parcialmente a la habitación permanente o temporal de personas. Debe tener acceso independiente para sus moradores y ser directamente desde la calle o transitando por un patio, corredor, pasillo, galería, etc., de manera de no interrumpir la privacidad de los moradores de otras viviendas particulares.

seleccionada se entrevista a todos los hogares⁹ y se consulta por todas las personas que sean residentes habituales¹⁰ de cada hogar.

Las publicaciones asociadas a Casen 2022 presentan la evolución de los distintos indicadores provenientes de la encuesta entre 2006 y 2022, período para el cual la serie de estimaciones de pobreza por ingresos es comparable. Esto permite analizar la evolución de algunos de los principales indicadores sociales del país antes del inicio de la pandemia de COVID-19, durante su período más álgido y durante la fase de recuperación.

La pandemia y las medidas de reducción de la movilidad adoptadas por la autoridad para controlarla tuvieron repercusiones en múltiples dimensiones del bienestar de los hogares y las personas. A las consecuencias directas e indirectas sobre la salud de las personas y el sistema sanitario en general, se sumó un impacto transversal en el sistema educacional; una fuerte caída en los ingresos de los hogares, especialmente de los ingresos del trabajo en los grupos más vulnerables; cambios en las dinámicas internas de los hogares; modificaciones en las brechas de género; entre otras.

Dichos cambios afectaron de manera transversal a la sociedad chilena, pero en particular a grupos prioritarios, como lo son niños, niñas y adolescentes; personas mayores; personas en situación de pobreza; personas pertenecientes a pueblos indígenas; personas con dependencia o discapacidad; personas migrantes, entre otros.

En este documento en particular se utiliza esta fuente para: **a) analizar la evolución y cambios en la composición de los hogares, b) autonomía en las mujeres y c) dependencia funcional.**

- **Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE)**

Proyecto elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), cuyo objetivo general fue estimar la prevalencia de la discapacidad y dependencia en Chile, caracterizando el funcionamiento y las condiciones de vida relacionadas con estas variables en el territorio. Sus objetivos específicos fueron:

- Estimar la prevalencia y número de personas con discapacidad a nivel nacional y en cada una de las regiones del país, identificando niveles o grados de discapacidad.
- Caracterizar a las personas con discapacidad a nivel sociodemográfico, así como en términos educativos, laborales y de salud, entre otros aspectos, identificando brechas entre las personas con discapacidad y aquellos que no se encuentran en esta situación.
- Caracterizar las condiciones de vida de las personas con discapacidad, identificando brechas.
- Estimar la prevalencia y número de personas en situación de dependencia a nivel nacional y en cada una de las regiones del país, identificando niveles o grados de dependencia.
- Estimar la prevalencia y número de personas mayores en situación de dependencia, caracterizando condiciones particulares de este grupo en términos de sospecha de deterioro cognitivo y demencia, depresión y de su nivel de inclusión social.

⁹ Un hogar está conformado por personas que residen en una misma vivienda y se benefician de un mismo presupuesto para alimentación. Puede estar formado por una o varias personas, que tengan o no relación de parentesco

¹⁰ La residencia habitual es aquella vivienda en la que una persona duerme la mayor parte de la semana.

- Caracterizar a las personas en situación de dependencia a nivel sociodemográfico, así como en términos educativos, laborales y de salud, entre otros aspectos.
- Caracterizar las condiciones de vida de las personas en situación de dependencia, identificando brechas.
- Identificar y caracterizar a las personas que son responsables principales del cuidado de las personas en situación de dependencia dentro del hogar, reconociendo las tareas de cuidado, niveles de dificultad y necesidades de apoyo para estas labores, además del nivel sobrecarga y salud mental del cuidador(a).

Esta encuesta se utiliza específicamente para la caracterización y análisis de la población adulta con discapacidad y dependencia en el país, a través de los siguientes instrumentos:

Cuestionario hogar: registra a los miembros del hogar en el que vive la persona seleccionada para la encuesta, quien es caracterizada en términos de discapacidad y dependencia.

Cuestionarios adultos: permite la estimación de la prevalencia de discapacidad y dependencia en población adulta (18 años y más), así como de indicadores relevantes para la identificación de brechas.

Cuestionario cuidador(a): a través de esta herramienta es posible profundizar en el estudio del cuidado, indagando en las tareas de cuidado y en la situación del cuidador(a).

- **Encuesta de Bienestar Social 2021 (EBS)**

En los últimos años el debate en torno a las formas de medir el bienestar social se ha ampliado, superando la mirada centrada exclusivamente en los aumentos de productividad e ingresos y la dimensión material del bienestar. La denominada “Comisión Stiglitz, Sen y Fitoussi” jugó un rol fundamental en este giro metodológico, no solo al dar sustento al argumento de no considerar al Producto Interno Bruto (PIB) como el único indicador de medición del progreso social de los países, sino también al fomentar nuevas propuestas de medición que permitan hacer un seguimiento del fenómeno con un enfoque multidimensional (Stiglitz et al. 2009)¹¹. Aunque no existe una definición única de bienestar (Dodge et al. 2012)¹², sí existe un consenso general en torno a que el concepto debe considerar diversas necesidades humanas, como la capacidad de perseguir los propios logros, prosperar y sentirse satisfecho con la vida (OECD, 2011).

En respuesta a la necesidad de contar con medidas adicionales que pudieran dar cuenta de estas complejidades y proveer a las instituciones públicas de un diagnóstico más acabado respecto del bienestar de la población que el provisto históricamente por la encuesta Casen, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia diseñó e implementó en 2021 la primera Encuesta de Bienestar Social, con el objetivo de poder relacionar los aspectos materiales y de percepción del bienestar. El instrumento fue diseñado como una encuesta bifásica de Casen, es decir, que en su levantamiento se utilizó una submuestra de los hogares ya entrevistados en la encuesta Casen en pandemia 2020. Esto permite vincular información detallada de las condiciones materiales y la caracterización

¹¹ La comisión Stiglitz señala que definir el bienestar es un gran desafío porque requiere tener en cuenta muchos aspectos de la vida de las personas, así como comprender su importancia relativa y por ende debe usarse una definición multidimensional (Stiglitz et al., 2009).

¹² Dodge et al. (2012) señala que la cuestión de cómo se debe definir el bienestar sigue sin resolverse, lo que ha dado lugar a definiciones amplias de bienestar.

socioeconómica del hogar de las personas, obtenida mediante el cuestionario de Casen, con sus percepciones de bienestar en una serie de dimensiones obtenidas mediante el cuestionario de la EBS.

La medición de bienestar mediante la EBS tiene como marco conceptual el enfoque de capacidades desarrollado por Amartya Sen (1982), así como los lineamientos y recomendaciones para la medición de bienestar de la serie de documentos de la OECD “How’s life: Measuring well-being” (¿Cómo es la vida? Midiendo el bienestar) (OECD, 2011). A partir de un marco conceptual basado en las propuestas de esta institución, la EBS explora dos dominios del bienestar: condiciones materiales y calidad de vida. El primero de estos dominios incluye tres dimensiones: ingresos y riqueza; trabajo y salario; y vivienda. El dominio de calidad de vida incluye, por su parte, ocho dimensiones: estado de salud; balance entre vida y trabajo; educación y habilidades; relaciones sociales; compromiso cívico y gobernanza; calidad medioambiental; seguridad física; y bienestar subjetivo¹³.

La EBS muestra que durante la pandemia se exacerbó la carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, cuyas tareas siguieron recayendo principalmente en las mujeres, con independencia de su estatus ocupacional o su nivel socioeconómico. En este contexto, las **tensiones conciliatorias entre el trabajo remunerado y no remunerado y la vida personal de las mujeres** se vieron probablemente exacerbadas. Con el ánimo de aportar en la caracterización de este fenómeno, en el presente documento se analizan los datos de la primera Encuesta de Bienestar Social, diseñada e implementada en 2021.

- **Encuesta Social COVID-19**

La Encuesta Social COVID-19 surge de la necesidad de contar con información oportuna y estadísticamente representativa, sobre las consecuencias sociales de la pandemia por COVID-19 en las condiciones de vida de los hogares del país. Las limitaciones al desplazamiento y las medidas de distanciamiento social implementadas para reducir la propagación de contagios en la crisis sanitaria provocada por el COVID-19, impactó en las condiciones socioeconómicas de la población, lo que impulsó a las personas y los hogares a enfrentar esta emergencia implementando distintas estrategias, teniendo efectos potenciales en el acceso a alimentos, conciliación de tareas al interior del hogar y la salud mental.

El objetivo principal de la encuesta fue conocer las necesidades emergentes de los hogares en el contexto de la crisis del COVID-19, a fin de contribuir con insumos de información que fortalecieran el diagnóstico y permitieran al Gobierno tomar acciones para mitigar los impactos directos e indirectos de la pandemia en la dimensión socioeconómica. Entre los objetivos específicos del instrumento destacan: a) identificar y caracterizar a los hogares en la vivienda; b) conocer el impacto económico que ha tenido la emergencia sanitaria en los hogares; c) conocer las estrategias que han desarrollado los hogares para hacer frente a la crisis; y d) conocer posibles efectos en aspectos de calidad de vida de los hogares, como postergación de atención en salud, intención de cambio de condiciones educacionales de los niños, niñas y adolescentes del hogar, distribución de tareas al interior del hogar, inseguridad alimentaria, estado de salud mental.

¹³ Antecedentes metodológicos, cuestionarios, bases de datos y resultados se encuentran disponibles en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social>

La Encuesta Social COVID-19 considera indicadores medidos tanto a nivel de individuos como de hogares, incorporando variables territoriales, de género y de tipología de hogares, entre otras, de modo de sensibilizar el diagnóstico a la experiencia concreta y particularidades que revisten los diferentes procesos vividos durante la crisis sanitaria.

La encuesta fue una iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF) y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en alianza con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). En total, se realizaron cuatro rondas de la encuesta: la primera durante julio del 2020, la segunda durante noviembre de 2020, la tercera durante julio de 2021 y la cuarta durante noviembre de 2021¹⁴.

La cuarta ronda de la Encuesta Social COVID-19 consideró un módulo sobre cuidados que permitió identificar la realización de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado al interior de los hogares, pudiendo identificar quién realizaba principalmente estas labores. De este módulo se desprenden dos indicadores principales:

Trabajo doméstico no remunerado en el propio hogar: comprende tareas domésticas como hacer aseo, preparar comida, lavar ropa, etc., realizadas en el propio hogar.

Trabajo de cuidados no remunerado en el propio hogar: comprende el cuidado de niños/as (menores de 18 años), personas enfermas, personas en situación de discapacidad o personas mayores, en el propio hogar.

- **Registros administrativos**

La Subsecretaría de Evaluación Social tiene dentro de sus funciones la caracterización socioeconómica del país, y busca aportar información relevante para el diseño, la coordinación y la evaluación de las políticas sociales del Estado.

Con el fin de dar cumplimiento a esta función, y complementando la información producida por las encuestas, se ha diseñado e implementado un sistema de indicadores sociales a partir de información contenida en diversos registros administrativos disponibles en el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, los que permiten monitorear la situación socioeconómica de la población en aspectos tales como, acceso a empleo formal, ingresos, matrícula, adscripción al sistema de salud, entre otros. Este sistema permite contar con cifras de forma más periódica y con una mayor desagregación territorial que las elaboradas por medio de encuestas.

Los objetivos específicos del sistema de indicadores son:

- Mejorar y ampliar el diagnóstico de caracterización socioeconómica del país con información certera y rigurosa.
- Contar con información con mayor frecuencia y alcance territorial que la disponible a partir de encuestas.
- Contar con información de indicadores claves para la política social en áreas de ingresos, empleo, salud, educación y demografía entre otros.

¹⁴ Antecedentes metodológicos, cuestionarios, bases de datos y resultados se encuentran disponibles en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-social-covid19>

- Contar con un sistema que permita el monitoreo de los factores determinantes de la pobreza y carencias a nivel de poblaciones o territorios que no son adecuadamente identificados en encuestas (regiones y comunas).
- Complementar la información producida por las encuestas realizadas por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a bajo costo de producción.

Una parte fundamental de este proyecto es la construcción de un marco de población¹⁵ que constituye la “Base de Residentes”, pieza clave para determinar el universo con base en el cual se generan los indicadores. El objetivo final es la elaboración de una base de datos que contenga a los individuos que residen en el país para un determinado período, anual o semestral, entregando información demográfica básica como sexo y edad, desagregada a nivel comunal.

Existen diversos indicadores sociodemográficos que pueden ser utilizados para dar cuenta del proceso de envejecimiento y su impacto en la estructura poblacional. En particular en el análisis se abordan: a) proporción y tamaño relativo de la población de personas mayores y b) indicadores que den cuenta de la dependencia demográfica de la población de mayores. Respecto a este último grupo, es posible identificar la relación de dependencia demográfica y el índice de envejecimiento poblacional, todos ellos indicadores que permiten visualizar el impacto que ha tenido en el territorio el aumento de la población de personas mayores por sobre el resto de los grupos etarios.

CUADRO 2.1
Discapacidad y dependencia en ENDIDE y Casen

Discapacidad

La **Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, ENDIDE 2022**, se basa en la Encuesta Modelo de Discapacidad (EMD) diseñada por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial. El instrumento mide el funcionamiento humano desde la óptica de la capacidad y el desempeño, permitiendo la construcción de métricas continuas de la dificultad en estas dos dimensiones. La metodología de medición de la discapacidad considera la estimación de modelos de la Teoría de Respuesta al Ítem, específicamente el modelo de Crédito Parcial de Rasch, que permite la construcción de métricas continuas que ordenan a las personas según su grado de dificultad experimentada en las actividades de la vida diaria.

ENDIDE define a las personas con discapacidad como aquellas que, debido a condiciones de salud física, psíquica, intelectual, sensorial u otras, al interactuar con diversas barreras contextuales, actitudinales y ambientales, presentan restricciones en su participación plena y activa en la sociedad. Es importante destacar que la discapacidad se debe entender como un continuo que va desde los niveles bajos a los niveles extremos de severidad.

ENDIDE consulta por actividades diferentes en la escala de desempeño y en la escala de capacidad. En la escala de desempeño se consulta qué tan problemático ha sido realizar la lista de actividades. Las alternativas de respuesta son cinco: 1) Nada problemático; 2) Levemente problemático; 3) Moderadamente problemático; 4) Severamente problemático; 5) Extremadamente problemático o no puede. En la escala de capacidad se consulta por el grado de dificultad para realizar las actividades, las alternativas de respuesta son cinco: 1) Ninguna; 2) Leve; 3) Moderada; 4) Severa; 5) Extrema o no puede hacerlo.

¹⁵ Ver documento “Metodología para la construcción del universo de población para el cálculo de indicadores de caracterización socioeconómica con registros administrativos”. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/rraa/Documento_Metodologico_Base_Residentes.pdf

La medición de discapacidad en la **encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, Casen 2022**, se basa en el set corto de preguntas del Washington Group (WG)¹⁶, que fue identificado como el indicador con mayor validación internacional para la medición de discapacidad en contextos de censos y encuestas de hogares no enfocadas en la medición especializada de discapacidad. La División de Estadística de las Naciones Unidas ha recomendado el uso de este conjunto de preguntas para la ronda de censos de 2020. Junto con ello, la reunión de Expertos de la ONU respaldó su uso como un medio para monitorear y desagregar los datos sobre discapacidad de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La batería de preguntas del WG tiene por objetivo identificar a las personas de 5 años y más que, debido a dificultades para realizar ciertas acciones básicas y universales, se encuentran en mayor riesgo de experimentar limitaciones en la participación, en comparación con la población general. Está compuesto por seis preguntas que indagan sobre la dificultad que experimentan los encuestados en la realización de actividades básicas, considerando una escala de respuesta sobre el nivel de dificultad graduada en cuatro puntos. La operacionalización o punto de corte recomendado por el WG para el indicador de discapacidad, considera clasificar como personas con discapacidad a aquellas personas que declaran tener mucha dificultad o no poder hacer alguna de las seis actividades consultadas.

Dependencia

ENDIDE 2022 entiende por dependencia funcional a la situación en la que una persona, por motivos de su condición de salud, tiene dificultad o imposibilidad para realizar actividades en diversos dominios del funcionamiento, por lo que requiere de asistencia y apoyos por parte de terceras personas para ejecutar dichas actividades.

Desde esta perspectiva, la dependencia es una situación específica de discapacidad en la que se darían dos elementos adicionales: una limitación del individuo para realizar una determinada actividad (más o menos severa) y la interacción con los factores del contexto ambiental, relacionados con el apoyo personal o de otra persona.

Por su parte, con base en el marco teórico de la ENDIDE 2022, **Casen 2022** toma como marco conceptual la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). En este contexto, una persona con dependencia funcional corresponde a toda persona de 15 años o más que declara tener dificultad moderada, severa o extrema dificultad/imposibilidad para realizar alguna actividad y necesita ayuda muchas veces o siempre para realizarla.

A partir de lo señalado, la graduación de dependencia en Casen 2022 ya no se basa en la distinción entre actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales como se hizo en Casen 2017, si no que se gradúa en base a los dominios de la CIF.

Alcances y limitaciones metodológicas del documento

Como se ha especificado anteriormente, los insumos utilizados en este documento provienen de distintas fuentes de información, donde cada una de ellas persigue objetivos diversos y posee características específicas, las que al mismo tiempo determinan limitaciones metodológicas que requieren ser precisadas previo al análisis de la información.

¹⁶ Escala desarrollada por el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad (WG). Las preguntas consideran el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud) y contemplan una operacionalización simple y estándar orientada a obtener comparación internacional.

Es preciso señalar que, si bien puede existir cierta complementariedad entre las distintas fuentes de información, esta depende de los períodos de referencia abarcados en el análisis y del número y tamaño de los universos de población, los que varían entre las fuentes utilizadas debido a que, como se explicó anteriormente, cada una de ellas persigue objetivos distintos. De allí que las fuentes no sean necesariamente comparables entre sí y que el análisis de las poblaciones deba basarse exclusivamente en la información de cada fuente de información por separado. Sin embargo, se debe señalar que existe complementariedad entre la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (Casen) y la Encuesta de Bienestar Social (EBS), ya que esta última se diseñó e implementó en una modalidad bifásica de Casen, es decir, usando como marco muestral de esta última una submuestra del conjunto de hogares ya entrevistados en la Encuesta Casen en Pandemia 2020, lo cual permitió obtener un diagnóstico completo del bienestar, considerando las condiciones materiales y de calidad de vida de las personas.

Además, se debe considerar que las estimaciones que se presentan en los análisis a continuación representan distintos períodos temporales. En el caso de las encuestas de hogares (Casen, EBS y ENDIDE), los períodos de referencia de las distintas preguntas pueden variar, y la Encuesta Social COVID-19 solo corresponde al período 2020-2021, para diagnosticar el impacto de la pandemia en la población. Respecto a la fuente Registros Administrativos, es una información de carácter anual.

3. TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA Y DEMANDA DE CUIDADOS

La **transición demográfica** es un fenómeno presente en todos los países del mundo. Algunos comenzaron este proceso de manera más temprana y otros lo han experimentado de forma reciente. Independiente de cuán avanzado esté el proceso, la transición demográfica se puede entender como un conjunto de fenómenos que gatillan cambios en la tasa de crecimiento poblacional y transformaciones profundas en la estructura etaria de la población a lo largo del tiempo (CEPAL, 2023).

La reducción de la fecundidad sumada al aumento de la esperanza de vida tiene efectos en las proyecciones de crecimiento poblacional, lo que implica un inminente tránsito a **sociedades más envejecidas** en el mediano a largo plazo. Esto configura una demanda de cuidados **centrada en personas mayores** y una **disminución de personas y tiempos disponibles para cubrir este tipo de demanda**.

Según el informe World Population Prospects 2019 de la ONU, en el año 2018 por primera vez en la historia las personas mayores de 65 años superaron en cantidad a los menores de 5 años en el mundo, proyectándose que para el año 2050 una de cada seis personas a nivel mundial tendrá más de 65 años. Asimismo, Naciones Unidas en 2023 proyecta que la región de América Latina y el Caribe pase de un actual 13,8% de personas de 60 o más a un 16,5% en el año 2030.

Chile no está exento de este fenómeno demográfico global. Por un lado, la esperanza de vida ha aumentado a 80,5 años promedio, la más alta de América Latina (OMS, 2016). Hoy las personas de 60 años y más representan, según Casen 2022, un 18,4% de la población total.

Para clasificar a los países en etapas del envejecimiento poblacional, se utilizan dos indicadores: i) el porcentaje de personas mayores (60 años y más) en la población total; y ii) la tasa global de fecundidad (TGF)¹⁷. A partir de estos dos indicadores, se desprenden cinco etapas de envejecimiento y Chile se clasifica en un estado avanzado de envejecimiento, a la vez que se proyecta que este fenómeno se acentuará en el futuro.

Grado de envejecimiento	Proporción personas mayores (%)	Tasa global fecundidad (TGF)
Proceso incipiente	Inferior al 10%	Igual o superior a 2,5 hijos por mujer
Proceso moderado	Inferior al 10%	Inferior a 2,5 hijos por mujer
Proceso moderadamente avanzado	Entre el 10% y el 14%	Inferior a 2,5 hijos por mujer
Proceso avanzado	Entre el 14% y el 21%	Inferior a 2,5 hijos por mujer
Proceso muy avanzado	Superior al 21%	Inferior a 2,5 hijos por mujer

Fuente: Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derecho de las personas mayores, CEPAL (2022).

¹⁷ Tasa Global de Fecundidad (TGF), corresponde al número de hijos(as) promedio que tendría una mujer durante su vida fértil (15 a 49 años).

Transición demográfica y envejecimiento en Chile: Cambios en los requerimientos de cuidados

El envejecimiento poblacional o demográfico es el resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innovaciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (SENAMA, 2009).

El proceso de envejecimiento se ve impactado principalmente por un efecto prolongado en los niveles de fecundidad, unido a una reducción en los niveles de mortalidad en la población infantil y a una mayor expectativa de vida en la población, lo que se refleja en un aumento del peso relativo de la población de personas mayores (60 años y más).

El ritmo de envejecimiento de los países y territorios incide en el tipo de cuidados que las personas necesitarán a corto, mediano y largo plazo. La concepción del cuidado basada principalmente en la atención de niños, niñas y adolescentes responde a un modelo sociedades con envejecimiento leve. Sin embargo, en la mayoría de los países existen cuidados intergeneracionales, en donde se requieren cuidados tanto para esta población, como para las personas mayores (CEPAL 2022).

El diseño de políticas públicas inclusivas y sostenibles requiere de información actualizada que permita generar estrategias oportunas y pertinentes a la realidad de cada territorio. En el contexto nacional, la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, desarrolló en el año 2019 el denominado Registro de Residentes¹⁸, que corresponde a un **“marco de población”**¹⁹ cuyo objetivo es la elaboración de una base de datos que contenga información (semestral y anual) de personas residentes en Chile. Esta base de datos contiene información de registros administrativos de diversas instituciones públicas del país, lo que permite la construcción de indicadores sociodemográficos a nivel nacional, regional y comunal.

Para dar cuenta del proceso de envejecimiento existen diversos indicadores sociodemográficos, no obstante, es importante señalar que en esta sección se analizan indicadores provenientes del marco de población de residentes con registros administrativos, pudiendo existir otros indicadores relativos a la temática que no serán abordados.

¹⁸ <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/registros-administrativos>

¹⁹ Ver documento “Metodología para la construcción del universo de población para el cálculo de indicadores de caracterización socioeconómica con registros administrativos”. Disponible en: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/rrea/Documento_Metodologico_Base_Residentes.pdf

Los indicadores utilizados para abordar en el análisis del envejecimiento demográfico en el territorio se pueden clasificar en dos grupos: a) proporción y tamaño relativo de la población de personas mayores, y b) indicadores que den cuenta de la dependencia demográfica de la población de personas mayores. Respecto a este último grupo, es posible identificar la relación de dependencia demográfica, de apoyo potencial y el índice de envejecimiento poblacional, todos ellos indicadores que permiten visualizar el impacto que ha tenido en el territorio el aumento de la población de personas mayores respecto de los grupos etarios más jóvenes.

Mapa 1
Participación de personas mayores según comuna de residencia habitual



Los datos dan cuenta del proceso de envejecimiento del país, pasando de un 9,5% de personas mayores en el año 1992 (Censo de Población y Vivienda) a un 19,2%, cifra obtenida del marco de población basado en registros administrativos del año 2021. En otras palabras, el país pasó de una población de 1.311.699 personas mayores en 1992 a un total de 3.756.868 en 2021, lo que equivale a un incremento relativo de 186,4% en tres décadas.

Si bien Chile está agrupado en los países de Latinoamérica y el Caribe que tienen un envejecimiento avanzado, en el ámbito territorial el envejecimiento se manifiesta en las regiones de manera heterogénea, lo que se expresa en que algunas de ellas presenten un proceso de envejecimiento significativamente más avanzado que otras (Tabla 1). Los datos muestran que, en 2021, las regiones de Valparaíso y Ñuble eran las más envejecidas a nivel nacional, ya que, respectivamente, el 22,2% y 22,0% de su población era de 60 años y más. Por el contrario, las regiones más jóvenes del país eran Antofagasta y Tarapacá, con el 14,4% y 14,5% de su población con 60 o más años, respectivamente. Es importante señalar que estas tasas regionales reflejan la realidad promedio de la región, pero las comunas que las componen presentan realidades diversas, lo que se verá reflejado en las cifras presentadas a lo largo de todo el análisis territorial.

Respecto a la proporción de personas mayores a nivel comunal, en el Mapa 1 se observa cuán heterogéneo es el indicador. Por una parte, los territorios extremos del país están conformados principalmente por comunas jóvenes, como es el caso de O'Higgins, Cabo de Hornos, Sierra Gorda y Alto Hospicio, con porcentajes inferiores al 10,0% de población de personas mayores respecto del total comunal. Lo contrario se observa en comunas de la zona centro-sur, como El Tabo, Cobquecura y Curepto, con valores cercanas al 30% de población de personas mayores.

Tabla 1
Participación de la población de personas mayores (60 años o más) en la población total, según región de residencia habitual, 2021.

Región	Número de personas	Porcentaje (%)
Arica y Parinacota	44.584	18,0
Tarapacá	51.347	14,5
Antofagasta	91.674	14,4
Atacama	54.701	17,4
Coquimbo	157.824	19,6
Valparaíso	415.691	22,2
Metropolitana	1.379.076	18,4
O'Higgins	193.745	20,1
Maule	228.399	20,8
Ñuble	106.823	22,0
Biobío	326.036	20,5
La Araucanía	210.389	20,7
Los Ríos	78.872	20,6
Los Lagos	166.181	18,6
Aysén	18.597	17,1
Magallanes	35.744	20,2
País	3.756.868	19,2

Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Un indicador que muestra el cambio en la estructura de población en el territorio producto del proceso de envejecimiento del país es la relación de dependencia demográfica, que permite analizar la relación existente entre la población potencialmente activa (15 a 59 años) y el grupo de población potencialmente dependiente (menores de 15 años y personas de 60 años o más). Este indicador da cuenta del soporte potencial de las personas teóricamente activas e inactivas. Asimismo, es posible distinguir entre la relación de dependencia de la población de personas mayores (población de 60 años o más respecto a la población de 15 a 59 años) y la relación de dependencia de la población de menores de 15 a 59 años, las que en su conjunto conforman la relación de dependencia demográfica total. No obstante, para efecto de análisis del envejecimiento en el territorio, solo se abordará en particular el indicador de dependencia demográfica de la población de personas mayores. El Anexo 3.1 presenta los valores correspondientes al indicador de dependencia demográfica de la población de menores de 15 años.

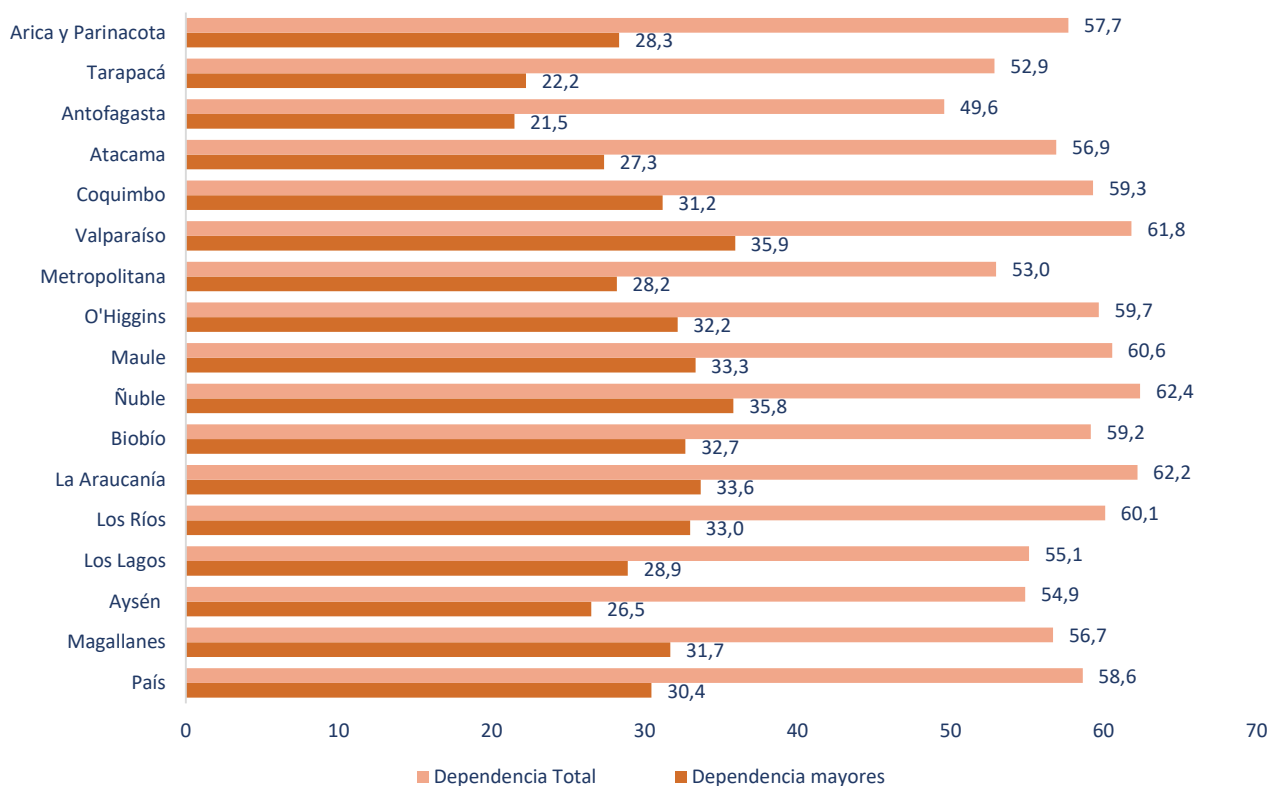
En el Gráfico 3.1 es posible advertir que la relación de dependencia demográfica de la población de personas mayores a nivel país para el año 2021, es de 30,4 personas por cada cien personas potencialmente activas (15 a 59 años). El indicador de dependencia demográfica total, por su parte, alcanza un valor de 58,6 personas potencialmente inactivas por cada 100 personas activas. Estas cifras dan cuenta de que la dependencia demográfica total está explicada principalmente por la dependencia de personas mayores.

En gran parte de las regiones del país se observa un comportamiento similar al ya descrito a nivel nacional. En algunas de ellas la relación de dependencia demográfica total es de más de 60 personas

inactivas por cada 100 personas activas, como es el caso de las regiones de Valparaíso, Maule, Ñuble, Biobío y Los Ríos. Por su parte, la relación de dependencia demográfica de personas mayores alcanza en algunas regiones valores cercanos a 36 personas mayores por cada 100 personas potencialmente activas, como es el caso de Valparaíso y Ñuble.

En contraste, en las regiones del extremo norte del país la relación de dependencia demográfica total está conformada principalmente por la relación de dependencia demográfica de la población menor de 15 años, lo que ratifica que son regiones jóvenes en términos relativos al resto del país. Algo similar se observa en el extremo sur del país, específicamente en la región de Aysén, donde la dependencia demográfica total alcanza a 54,9, en tanto la relación de las personas mayores dependientes solo alcanza a 26,5 personas mayores por persona potencialmente activa.

Gráfico 3.1
Relación de dependencia demográfica total y de personas mayores, según región de residencia habitual, 2021

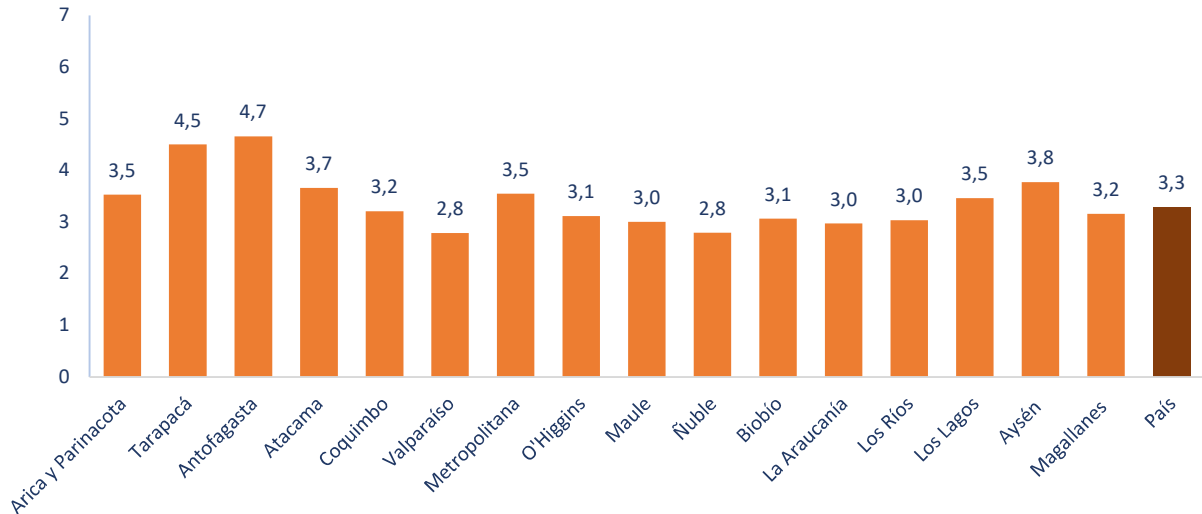


Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Otro indicador demográfico que indaga sobre la relación de dependencia de las personas mayores es la relación de apoyo potencial, el cual permite establecer cuántas personas teóricamente activas (15 a 59 años) existen por cada persona mayor teóricamente inactiva (60 años o más). Este indicador, que corresponde al inverso del indicador de dependencia demográfica de la población de personas mayores, se interpreta como el potencial soporte socioeconómico con el que cuentan las personas mayores en un momento determinado. Con base en el registro de residentes, es posible apreciar que en el año 2021 la relación de apoyo potencial fue de 3,3 personas potencialmente

activas por cada persona mayor a nivel país, relación que impacta de manera heterogénea al territorio, tal como se aprecia en Gráfico 3.2.

Gráfico 3.2
Relación de apoyo potencial, 2021



Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Finalmente, en el contexto del incremento de la proporción de las personas mayores respecto al resto de la población, uno de los indicadores principales a analizar es el índice de envejecimiento, el cual expresa la relación existente entre la población de 60 años o más respecto de la población menor a 15 años. En el Gráfico 3.3 es posible observar cómo esta relación en el año 2021 llega a 101 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15 años. Nuevamente, y de manera consistente, las regiones de Valparaíso y Ñuble presentan los mayores índices de envejecimiento, con valores de 129,1 y 124,6 personas mayores respecto a 100 menores de 15 años, respectivamente.

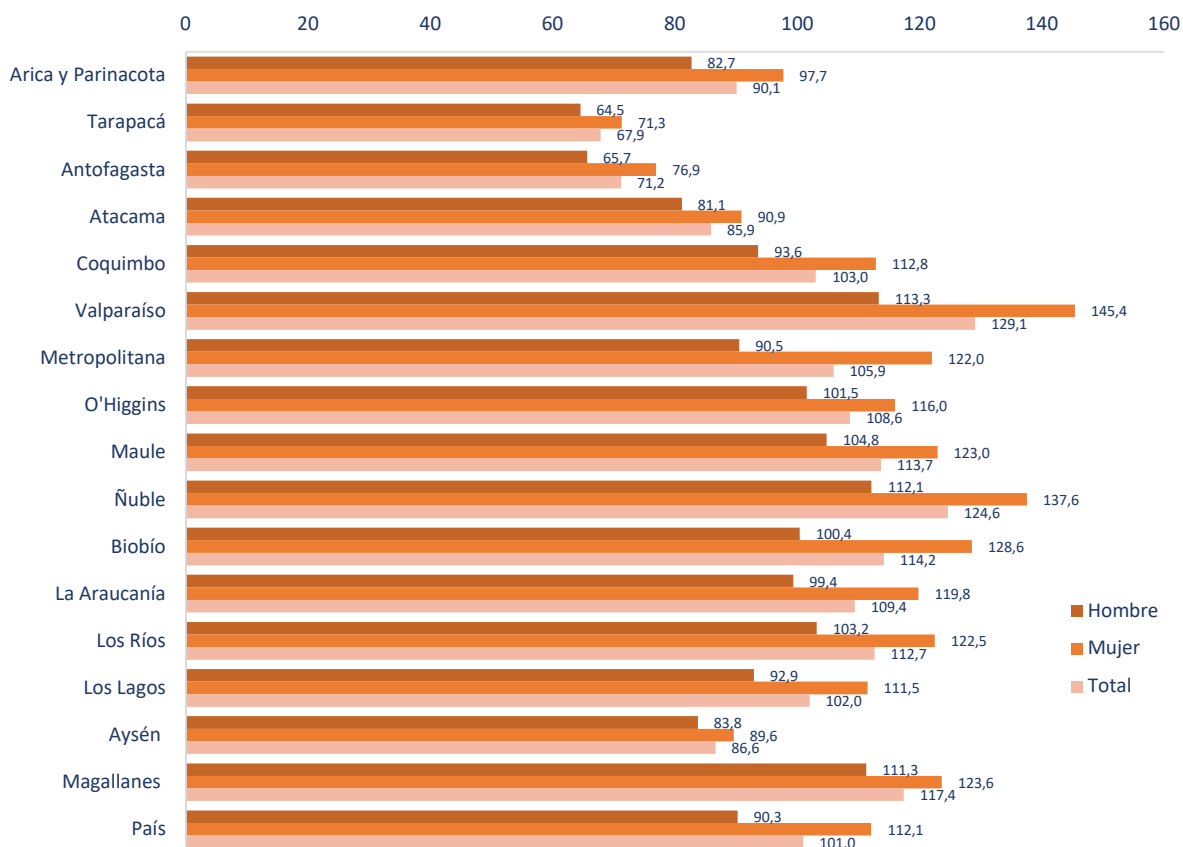
Destaca en la gráfica que gran parte de los territorios (11 regiones) presenten índices de envejecimiento superiores a 100 personas mayores respecto a la población de personas menores de 15 años. La región más joven es la de Tarapacá con un indicador de solo 67,9.

Al analizar este indicador por sexo queda en evidencia que el envejecimiento impacta en mayor medida a las mujeres, las cuales de acuerdo con las últimas estimaciones de estadísticas vitales son las que presentan una mayor esperanza de vida INE. (2021a). Para el período 2015-2020 alcanza los 82,1 años, que contrastan con los 77,3 años estimados para los hombres. Así, al comparar el índice de envejecimiento se observa que, a nivel país, hay 112,1 mujeres mayores de 60 años por cada 100 niñas menores de 15 años, en tanto en el caso de los hombres esta relación es menor a 100.

El comportamiento antes descrito se repite en todo el país. Siete regiones presentan una cantidad de mujeres mayores superior a 120 por cada 100 niñas menores de 15 años (Valparaíso, Metropolitana, Maule, Ñuble, Biobío, Los Ríos y Magallanes). En este contexto, destacan las regiones de Valparaíso y Ñuble, donde se observan los mayores índices de envejecimiento femenino

(145,4 y 137,6 mujeres mayores de 60 años por cada 100 niñas menores de 15 años), mientras que los menores valores para el indicador se dan en las regiones de Tarapacá (71,3) y Antofagasta (76,9).

Gráfico 3.3
Índice de envejecimiento según región de residencia habitual y sexo



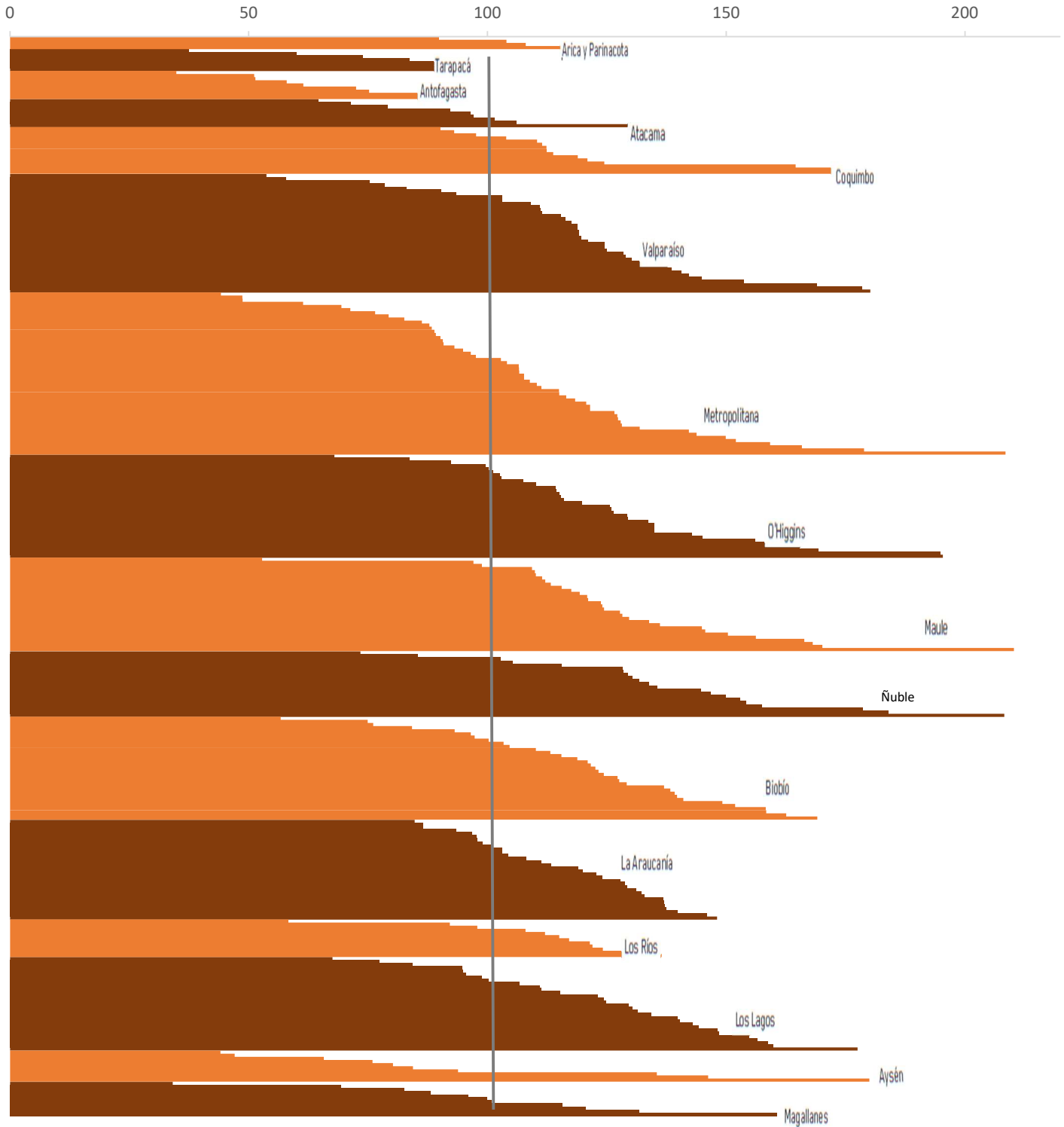
Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Al analizar el indicador para la población general considerando a hombres y mujeres, con una mayor desagregación territorial y utilizando la base de residentes, se observa que el grado de avance del envejecimiento de la población impacta con distinta magnitud a distintas partes del territorio. El Gráfico 3.4 muestra de una manera muy ilustrativa el heterogéneo avance del envejecimiento en el territorio, llegando en casos extremos a duplicar las relaciones de población de los distintos grupos etarios. Al respecto, se advierte que el 69,7% de las comunas (241) presentan un índice de envejecimiento superior a 100 personas mayores por cada 100 menores de 15 años. De manera más detallada, se identifican: a) 91 comunas con valores entre 100,1 y 120,0; b) 108 comunas con valores entre 121,0 y 149,9; y c) 42 comunas con valores de 150,0 o más.

En relación con este último grupo de comunas, se debe mencionar a las comunas de Lago Verde, Ninhue, Pumanque, Paredones, El Tabo, Providencia, Curepto y Cobquecura, con índices superiores a 180 personas mayores de 60 años por cada 100 de menores de 15 años. Finalmente, hay que señalar que, en las comunas de Providencia, Curepto y Cobquecura, la proporción de personas mayores de 60 años duplica al grupo etario de menores de 15 años (índices de envejecimiento

superiores a 200). En el Anexo 3.2 se encuentra la tabla con índice de envejecimiento al año 2021 para todas las comunas del país.

Gráfico 3.4 Índice de envejecimiento según comuna de residencia habitual, 2021



Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Finalmente, los datos obtenidos del marco poblacional de residentes reafirman que Chile se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento, en donde la reducción de la fecundidad sumado al aumento de la esperanza de vida de las personas, se manifiestan en las proyecciones de un crecimiento poblacional disminuido, lo que implica un tránsito, en un mediano a largo plazo, a la conformación de una **sociedad más envejecida**, configurando una demanda de **cuidados intergeneracionales** con un mayor componente de **cuidados asociados a personas mayores**.

Transición demográfica y cambios socioculturales: El rol de la mujer como fuente primaria del trabajo de cuidados

En casi todas las sociedades el trabajo de cuidados no remunerado tiene lugar en el hogar, donde suele ser realizado por mujeres y niñas (OIT, 2019). A lo anterior se suma que la organización del trabajo y la cultura laboral refuerzan patrones de género, asignando también a las mujeres que participan en el mercado laboral la responsabilidad del cuidado familiar (OIT, 2023). Así, a partir del hecho de que el trabajo de cuidados depende de la cantidad de personas disponibles para realizarlo como de la intensidad de la demanda de dichos cuidados, la **estructura de los hogares** se transforma en una variable importante al momento de analizar el tipo de cuidados demandado actualmente y las proyecciones de los requerimientos futuros de tipos de cuidados.

Para entender los cambios en la estructura de los hogares se debe analizar el contexto sociocultural, económico, laboral y, en especial, las **transiciones demográficas**, con el fin de generar modelos de organización del cuidado que puedan atender y satisfacer la demanda de cuidados tanto en tipo e intensidad.

En los últimos 20 años el tamaño medio de los hogares disminuyó en América Latina junto con el número de niños y niñas por hogar, lo que se explica por una tasa de fecundidad menor al nivel de reemplazo. El anterior fenómeno tiene implicancias en la reducción del tiempo dedicado históricamente al trabajo no remunerado y aumento en el tiempo disponible para el trabajo remunerado (CEPAL, 2022)

Así, la transición demográfica, junto con los cambios en los modelos económicos y sociales en distintos territorios, permitió un avance en la **participación laboral de la mujer**, que en 1990 representaba un 35% de la fuerza laboral y en 2020 llegó al 41% (OIT, 2022). En este sentido, la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado ha sido uno de los cambios sociales y económicos más relevantes del último siglo, transformando el mundo del trabajo, el espacio de la educación, la esfera doméstica y las vidas de millones de mujeres (Avolio y Di Laura 2017).

A pesar de este avance, la tasa de participación laboral de la mujer es baja. Dos causas ayudan a explicar esto: las labores de cuidado de otros integrantes del hogar y los quehaceres domésticos asociados a la mantención del propio hogar. Estas labores no remuneradas, que históricamente han sido invisibilizadas en términos de su contribución al desarrollo económico y social (OPS, 2008), resultan, sin embargo, esenciales.

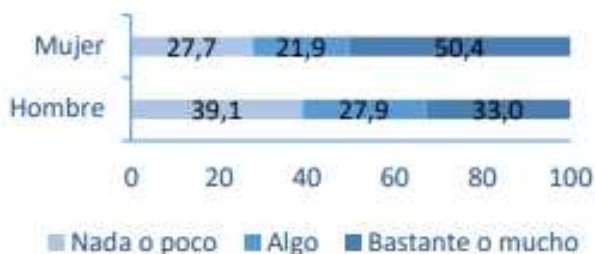
Si bien la tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral chileno ha aumentado de manera sostenida desde 1990, durante de la pandemia sufrió un retroceso de diez años (CEPAL 2021). En este período, el cierre de escuelas, jardines infantiles y salas cunas, sumado a la reducción de movilidad y su impacto sobre la posibilidad de los hogares de contar con ayuda externa para la realización tareas de cuidado, exacerbaron la carga de trabajo doméstico y de cuidados no

remunerado. Estas tareas siguieron recayendo principalmente en ellas, considerando que el 67,4% de las mujeres de 18 años o más realizó trabajo doméstico, en comparación al 20,5% de los hombres (MDSF, 2022) con independencia de su estatus ocupacional o nivel socioeconómico.

Por otro lado, si bien el trabajo entrega en mayor o menor medida, oportunidades que permiten que las personas trabajadoras puedan conciliar su vida personal con la laboral, no siempre es factible lograr un balance entre ambos. En efecto, en la Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021, al consultar a las personas ocupadas por la separación del trabajo y los quehaceres del hogar, un 15,4% declara que no piensan nada en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabajan. En otras palabras, más de ocho de cada diez personas ocupadas piensan al menos un poco en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabajan. Como se observa en el Gráfico 3.5, esta doble presencia es más frecuente en las mujeres que en los hombres, lo que denota una clara desigualdad de género en el plano doméstico. Mientras un 50,4% de las mujeres ocupadas declara que piensa bastante o mucho en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabaja, en el caso de los hombres el porcentaje llega solo a un 33,0%. En otras palabras, una de cada dos mujeres piensa bastante o mucho en las tareas domésticas y/o familiares mientras está en su trabajo remunerado, mientras que lo mismo es cierto para uno de cada tres hombres.

Gráfico 3.5

Distribución de la frecuencia en que las personas ocupadas piensan en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabaja, por sexo.



A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Fuente: Encuesta Bienestar Social 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Concordantemente, al analizar la distribución del tiempo que las personas ocupadas dedican tanto al trabajo remunerado como no remunerado en un día habitual, también se observan diferencias de género. Por una parte, los hombres ocupados dedican más tiempo al trabajo remunerado que las mujeres ocupadas, con un promedio 8,2 horas, a diferencia de las mujeres ocupadas que dedican en promedio 6,7 horas. La contracara de ello es que, a diferencia de los ocupados que dedican en promedio 3,3 horas de trabajo a la semana, las mujeres que están ocupadas dedican más horas que sus contrapartes hombres al trabajo no remunerado. En un día habitual de la semana, las mujeres dedican en promedio 5,8 horas a cuidar a niños y niñas, personas dependientes o personas enfermas en el hogar; o a realizar tareas de la casa sin recibir un pago a cambio, tales como hacer el aseo, preparar comida, lavar ropa, planchar, entre otras. En otras palabras, los hombres ocupados dedican en promedio 1,5 horas más al trabajo remunerado que las mujeres ocupadas. Y las mujeres ocupadas dedican en promedio 2,5 horas más al trabajo no remunerado que los hombres ocupados (EBS, 2021).

La dedicación que las mujeres ocupadas le otorgan a las labores domésticas y de cuidado en el hogar, es tanto o más intensa en el caso de las mujeres que no participan del mercado laboral. En el agregado, las mujeres dedican gran parte de su tiempo al trabajo no remunerado, independiente de su condición de actividad.

En muchos casos el tiempo dedicado al trabajo no remunerado se puede considerar como una jornada laboral completa. Los datos aportados por la Encuesta de Bienestar Social 2021 muestran que el 20,1% de las personas de 18 años o más declara realizar, en un día habitual de la semana, 9 horas o más de labores como cuidar a niños y niñas, personas dependientes o personas enfermas en el hogar, o realizar tareas de la casa, tales como hacer el aseo, preparar comida, lavar ropa, o planchar, sin recibir un pago a cambio. Al comparar por sexo, la proporción de mujeres que realiza 9 o más horas de trabajo no remunerado es 25,9 puntos porcentuales mayor que la de los hombres: 32,8% de las mujeres versus 6,8% de los hombres.

La falta de ingresos y la falta de tiempo disponible asociados a esta desigualdad en la distribución de las tareas no remuneradas y el tiempo total de trabajo remunerado y no remunerado se entrecruzan y se potencian. Las mujeres sin ingresos propios no pueden contratar servicios que alivianen la carga de trabajo no remunerado y, a su vez, la sobrecarga de trabajo no remunerado constituye una barrera para la participación de las mujeres en actividades que les permitan generar ingresos propios. La diferencia entre el tiempo de trabajo no remunerado que dedican las mujeres con y sin ingresos propios varía entre 3 y 11 horas más por semana que los hombres, en 12 países de la región. En consecuencia, las mujeres no solo están sobrerrepresentadas en los índices de pobreza medida por ingresos, sino que también sufren pobreza de tiempo (Vaca Trigo y Baron, 2022).

Evolución composición de los hogares²⁰

Las familias, como institución social, desempeñan un importante rol en la socialización, el cuidado y en la provisión de bienestar para sus integrantes, y realizan dichas funciones mediante arreglos diversos, en el contexto de las alternativas ofrecidas por las políticas públicas, el mercado y la sociedad civil. En América Latina, en las últimas dos décadas se ha observado un cambio importante en la composición de las familias, debido a los procesos de transición demográfica, aumento de la participación laboral femenina, aumento de la convivencia informal, cambios en los patrones de maternidad y del incremento de la monoparentalidad femenina.

Por otro lado, el proceso demográfico experimentado en América Latina las últimas décadas se ha caracterizado por cambios importantes en la estructura de los hogares, entre los que destaca un aumento en la proporción de **hogares unipersonales**, tanto en personas jóvenes como personas mayores, y también de **hogares monoparentales** (extensos y nucleares). Dichas transformaciones son, por una parte, expresión de una mayor autonomía económica de las mujeres, pero también se encuentran atravesadas por la vulnerabilidad que implica conciliar trabajo y cuidado familiar. Los cambios en las estructuras de los hogares y ciclos de vida de las familias generan desafíos en materia de políticas públicas, en tanto los distintos arreglos familiares demandan políticas sociales

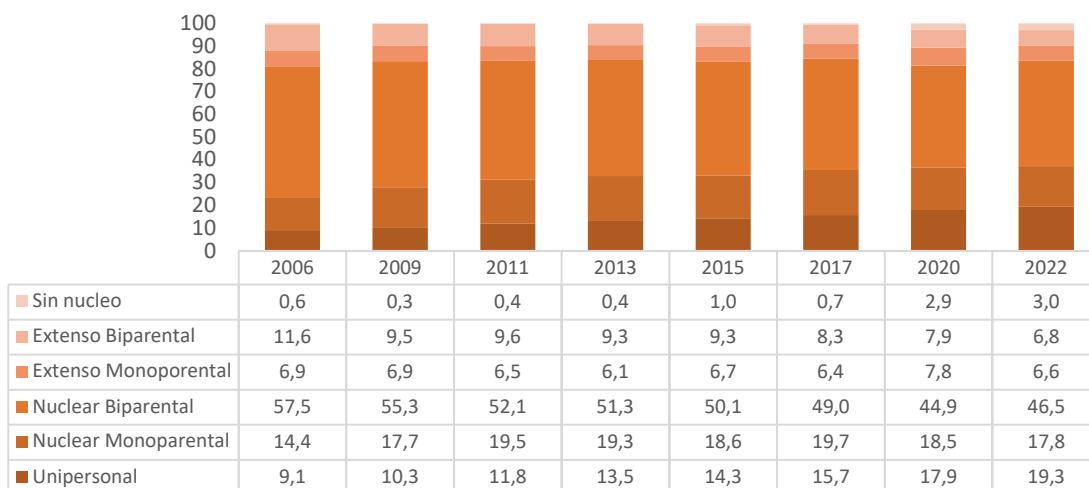
²⁰ En la encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional Casen, un hogar puede estar constituido por una persona o un grupo de personas. Se considera integrantes de un hogar a todas aquellas personas que, unidas o no por vínculos de parentesco, residen en una misma vivienda o parte de ella y se benefician de un mismo presupuesto para alimentación.

específicas (CEPAL, 2022). Chile no ha quedado exento de estos cambios, lo que se ha reflejado en cambios importantes en la estructura de los hogares.

La evolución de la estructura de los hogares y los cambios en su composición a través del tiempo, permiten estudiar, las características de la demanda de cuidados, ya sea por medio del análisis de la **estructura familiar** (vinculación familiar entre los integrantes) como de la **estructura generacional** de los hogares (tramo etario al que pertenecen sus integrantes).

La estructura familiar de los hogares definida en este documento clasifica a los hogares según parentesco de los miembros que lo componen, respecto de quien se declara jefatura de hogar en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen) (Ver Anexo 3.3, Glosario Tipologías del Hogar). De acuerdo con resultados obtenidos en Casen (Gráfico 3.6), la proporción de hogares nucleares biparentales, a pesar de que disminuyeron en 11 puntos porcentuales entre 2006 y 2022, siguen siendo predominantes en el país. Sin embargo, se observan cambios significativos en la estructura familiar: los hogares unipersonales aumentaron de 9,1% en 2006 a 19,3% en 2022, y algo similar ocurrió con los hogares monoparentales nucleares, cuya proporción se incrementó de 14,4% a 17,8% en el mismo período.

Gráfico 3.6
Distribución de los hogares según tipología de estructura familiar, 2006-2022



A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la estimación 2006 respecto al año 2022, en todas las categorías de estructura familiar, excepto en la categoría extenso monoparental.

Fuente: Serie Casen años respectivos. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Estos cambios se manifiestan de forma heterogénea al analizar a los hogares por quintiles del ingreso. En el caso de los hogares pertenecientes al quintil de mayores ingresos, predomina el aumento de los hogares unipersonales con una variación de 17,5 puntos porcentuales entre 2006 y 2022, y la disminución de los hogares nucleares biparentales y monoparentales (10,8 y 3,9 pp. respectivamente).

La Tabla 2 muestra cómo la tendencia del tipo de hogar nuclear monoparental presenta una diferencia sustancial entre los hogares con mayor y menor ingreso. Mientras en el quintil I el

porcentaje de hogares nucleares monoparentales aumenta de 16,1% a 23,5% entre 2006 y 2022, en el quinto quintil este porcentaje disminuye de 14,4% a 10,5% en el mismo período.

Si bien al comparar hogares ubicados en los extremos de la distribución de ingresos se observa una disminución del porcentaje de hogares biparentales (nuclear y extenso) en ambos casos, el cambio es más notorio en los hogares más pobres. Por otro lado, el aumento de los hogares unipersonales es proporcionalmente mayor en el caso de los hogares con mayores ingresos (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución de la tipología de estructura familiar según quintiles, 2006 y 2022

Categorías	I		II		III		IV		V	
	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022
Unipersonal	6,7	17,9	4,1	11,8	9,1	10,2	9,3	22,8	16,4	33,9
Nuclear Monoparental	16,1	23,5	12,8	20,5	13,4	18,9	15,2	15,7	14,4	10,5
Nuclear Biparental	55,8	41,0	59,7	46,7	56,3	50,6	57,4	46,6	58,4	47,6
Extenso Monoparental	8,6	8,2	8,5	9,5	7,5	8,2	6,2	5,0	3,5	1,9
Extenso Biparental	12,7	6,9	14,8	9,2	13,5	9,4	11,2	5,8	5,7	2,5
Sin núcleo	0,2	2,4	0,2	2,2	0,3	2,7	0,7	4,1	1,6	3,7

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la estimación 2006 respecto al año 2022 en todas las categorías de estructura familiar, excepto: a) Quintil I, extenso monoparental, b) Quintil III, extenso monoparental y c) Quintil IV, nuclear monoparental.

Fuente: Serie Casen años respectivos. Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Como se ha mencionado, la transición demográfica, el aumento de la esperanza de vida de las personas y la disminución de la tasa de fecundidad, implica un tránsito a **sociedades más envejecidas**. Así, abordar el cambio en la estructura de los hogares desde una **perspectiva intergeneracional**, entrega información respecto de la evolución de la demanda cuidados y su intensidad, asociada al cuidado simultáneo de niñas, niños y personas mayores.

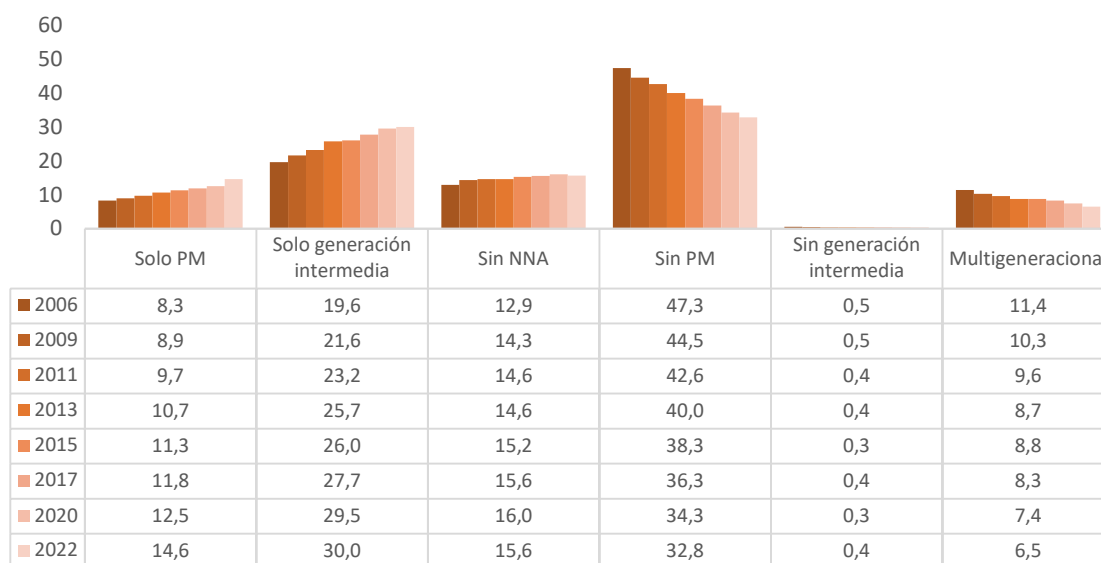
Según Cepal 2022, Chile pertenece a los países de Latinoamérica y El Caribe con **envejecimiento avanzado**, es decir, las personas mayores representan entre 14% y 21% de la población, además la tasa global de fecundidad para el país es inferior a 2,5 hijos por mujer. Según datos de la última Casen, las personas mayores alcanzaban un 18,4%, lo que implica un índice de envejecimiento de 97,8.

Para contextualizar de mejor forma la realidad nacional respecto a la estructura de los hogares en función de los tramos etarios de quienes los componen, se define en el presente documento una estructura de **hogar generacional**. Esta estructura clasifica a los hogares en seis tipos, según las edades de sus miembros. Estas seis tipologías son el resultado del cruce de tres tramos etarios: 0 a 17 años (niños, niñas y adolescentes); 18 a 59 años (generación intermedia); y, 60 y más años (personas mayores).

En Chile, el período entre 2006 y 2022 se caracteriza por una progresiva disminución de los hogares con niños, niñas y adolescentes, tal como se desprende del Gráfico 3.7. En el año 2006, los hogares sin personas mayores (solo población entre 0 a 59 años) representaban casi la mitad de los hogares nacionales (47,3%). Sin embargo, para el 2022 solo el 32,8% de los hogares se compone de esa forma, comportamiento concordante con el proceso de envejecimiento en el país descrito en el apartado anterior. Por su parte, los hogares compuestos solo por personas mayores aumentaron en 6,3 puntos porcentuales en el mismo período. Lo mismo ocurre con aquellos compuestos solo por personas adultas que en el 2006 representaban el 12,9% de los hogares y en 2022 alcanzaron un 15,6%, diferencia que es estadísticamente significativa. Estos datos confirman la tendencia del

país hacia la conformación de hogares más envejecidos, lo que implica que las necesidades de cuidados de dichos hogares también han cambiado durante las últimas décadas. En este contexto, la concentración de la carga de cuidados en los niños de 0 a 15 años se revertiría, para dar paso a un incremento del cuidado de las personas de 65 años y más a partir de 2045 (CEPAL, 2022).

Gráfico 3.7
Distribución de los hogares según tipología generacional, 2006-2022



A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la estimación 2006 respecto al año 2022, en todas las categorías de hogares generacionales.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Casen 2006-2022.

Finalmente, también se ha observado un cambio en el número de personas que componen el hogar. En los últimos 20 años el tamaño medio de los hogares en América Latina y el Caribe disminuyó de 4,3 a 3,5 personas por hogar (Cepal, 2022). En el caso de Chile, el tamaño promedio del hogar pasó de 3,7 personas en el año 2006, a 2,8 en el año 2022.

Analizando las tipologías de hogar, pero considerando el sexo de la jefatura del mismo (Tabla 3), entre los hogares con jefatura de hogar masculina se puede observar un aumento en los hogares unipersonales, que muestran un aumento persistente desde el 2006, hasta llegar a un 23,1% el año 2022 (aumento de 16,4 puntos porcentuales). Esto, en contraste con las mujeres, pues si bien la cifra para ellas ha fluctuado en el período, la diferencia entre 2006 y 2022 no es significativa.

De la misma forma, analizando la evolución de los hogares nucleares biparentales, se puede apreciar cómo a través del tiempo, entre los hogares con jefatura mujer, estos han aumentado su presencia 13,4% entre 2006 y 2022. En el caso de los hogares con jefatura masculina, este tipo de configuración ha tenido una disminución relativa de 14 puntos porcentuales entre 2006 y 2022.

Tabla 3

Distribución de los hogares según tipología de estructura familiar, 2006-2022

Sexo de la jefatura	Tipo de hogar	2006	2009	2011	2013	2015	2017	2020	2022
Jefatura masculina	Unipersonal	6,7	8,8	11,2	12,6	13,7	16,0	21,1	23,1
	Nuclear Monoparental	4,4	5,6	5,8	6,0	5,6	6,4	4,9	5,6
	Nuclear Biparental	72,2	71,0	68,0	67,2	65,9	64,0	58,0	57,8
	Extenso Monoparental	2,1	2,3	2,1	1,8	2,1	2,3	3,1	2,7
	Extenso Biparental	14,0	12,1	12,5	11,9	11,9	10,6	10,0	7,8
	Sin núcleo	0,5	0,3	0,4	0,5	0,8	0,7	2,9	3,1
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jefatura femenina	Unipersonal	15,0	13,7	13,0	15,2	15,4	15,4	13,9	15,2
	Nuclear Monoparental	39,3	44,7	44,2	44,9	42,4	40,7	36,1	31,2
	Nuclear Biparental	20,7	20,4	23,6	20,8	21,5	25,4	27,9	34,1
	Extenso Monoparental	18,8	17,0	14,5	14,4	15,2	13,0	14,0	10,9
	Extenso Biparental	5,5	3,7	4,4	4,3	4,4	4,8	5,2	5,7
	Sin núcleo	0,7	0,4	0,4	0,3	1,2	0,7	3,0	3,0
	Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la estimación 2006 respecto al año 2022 para la jefatura masculina y para jefatura femenina (excepto en hogar unipersonal y hogar extenso biparental).

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Casen 2006-2022.

Al analizar los hogares con presencia de personas mayores, se advierte que en el período 2006 a 2022 los hogares unipersonales de personas mayores han aumentado en un 7,5% (12,9% y 20,4%, respectivamente), lo cual equivale a un incremento de 341.324 hogares unipersonales de personas mayores, respaldando el cambio etario en la composición de los hogares.

4. LECCIONES APRENDIDAS DE LA CRISIS DEL COVID-19

Este capítulo profundiza en las desigualdades existentes en la división de las labores de cuidado, en cómo estas labores recaen en mayor proporción en las mujeres y, en particular, cómo la pandemia por COVID-19 impactó en las rutinas y arreglos que tenían los hogares en la dimensión del cuidado, exacerbando las desigualdades y revelando un fenómeno que se ha descrito como una crisis de los cuidados (Cepal, 2020).

Los análisis que se presentan en esta sección se basan principalmente en los resultados de la Encuesta Social COVID-19 realizada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el objetivo de conocer las necesidades emergentes de los hogares en el contexto de la crisis del COVID-19. Como se ha descrito, las cuatro rondas tuvieron un diseño de panel a nivel de hogares y fueron realizadas entre julio de 2020 y noviembre de 2021.

4.1 Crisis de los cuidados

Las labores de cuidado son un trabajo esencial para el sostenimiento de la vida, la reproducción de la fuerza de trabajo y de las sociedades, generando un aporte fundamental para la producción económica, el desarrollo y el bienestar²¹. La actual distribución de las tareas de cuidados es desigual, recayendo esta responsabilidad principalmente en los hogares, siendo realizada comúnmente de manera no remunerada por las mujeres y, a pesar de su importancia, sigue siendo invisibilizada y subestimada. En el ámbito del trabajo de cuidados remunerados, las mujeres también están sobrerrepresentadas en estos empleos, caracterizados en general por una baja remuneración y condiciones laborales precarias. De esta forma, tanto en el ámbito remunerado como no remunerado, se da lo que se conoce como la feminización del cuidado.

La pandemia COVID-19 puso de relieve y de forma inédita la importancia de los cuidados, poniendo en evidencia la insostenibilidad de su actual organización. En América Latina y el Caribe, desde antes de la pandemia las mujeres dedicaban el triple de tiempo que los hombres al trabajo de cuidados no remunerado (Cepal, 2020), situación que se vio agravada por la creciente demanda de cuidados y la reducción de la oferta de servicios causada por las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas para frenar la crisis sanitaria.

Las medidas de confinamiento y distanciamiento social adoptadas en pandemia generaron una abrupta reducción de los arreglos de cuidado formales (centros educativos y de cuidados, centros de cuidado de personas en situación de dependencia, trabajo doméstico remunerado, entre otros) e informales (apoyo de familiares, vecinas/os, etc.). En este marco, el cierre transitorio de los centros educativos y de cuidados, generó nuevas necesidades al interior de los hogares, lo que incrementó de manera exponencial el trabajo de cuidados, manteniendo la desigual distribución de la carga del trabajo, generando un impacto desproporcional sobre las mujeres.

²¹ De acuerdo con estimaciones del Banco Central para el año 2020, el TDNR alcanzó un 25,6% del PIB.

4.2 Resultados de la Encuesta Social COVID-19.

La Encuesta Social COVID-19²² fue una iniciativa del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), en conjunto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y en alianza con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE). La encuesta surge de la necesidad de contar con información oportuna y estadísticamente representativa sobre las consecuencias sociales y económicas de la pandemia por COVID-19 en las condiciones de vida de los hogares a nivel nacional. En particular, la encuesta levantó las necesidades emergentes de los hogares en el contexto de la crisis para orientar la toma de acciones que permitieran mitigar los impactos directos e indirectos de la pandemia en la población.

El contexto nacional en que se levantó la Encuesta Social COVID-19 (rondas realizadas entre julio de 2020 y noviembre de 2021), fue uno marcado por un rápido ritmo de vacunación de la población, lo que significó una disminución de contagios y de mortalidad por el virus, permitiendo la paulatina reapertura de la economía. Si bien se observaba una recuperación del empleo, existían brechas significativas en relación con la situación pre-pandemia, estimándose que alrededor de un tercio de los puestos de trabajo perdidos durante la pandemia no se habían recuperado (OCDE, 2021). Adicionalmente, era un momento caracterizado por un aumento en la liquidez de las familias debido a ayudas estatales y retiros de fondo de pensiones. Muchos de los espacios de cuidado seguían cerrados para evitar contagios y se mantenían altas precauciones respecto del contacto con personas que no pertenecían al hogar, por lo que se contaba con menor apoyo, recayendo las tareas de cuidado principalmente en los familiares directos.

En particular, se realizaron cuatro rondas de la Encuesta COVID-19 entre los meses de julio de 2020 y noviembre de 2021. La 4° ronda de la encuesta incluyó un módulo sobre los cuidados que permitió identificar la realización de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado al interior de los hogares, individualizando qué integrante del hogar realizaba principalmente esta labor²³, lo que hizo posible visibilizar el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en el ámbito del hogar (TDCNRH). A continuación, se presentan los resultados del análisis. Para ver las preguntas específicas incluidas en esta sección, ver Anexo 4.1.

Profundización de las desigualdades estructurales²⁴

Los resultados de la Encuesta Social COVID-19 muestran dos efectos de la pandemia en términos de la situación socioeconómica de los hogares. Por un lado, un efecto que muestra que el impacto de la pandemia fue transversal y afectó a los hogares de todos los niveles de ingreso, en todo el país.

²² Documentos metodológicos y resultados de la encuesta disponibles en: <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-social-covid19>

²³ Consideraciones metodológicas: i) Se considera como persona que realiza labores de cuidados solamente al cuidador/a principal declarado en el hogar; ii) El/la cuidador/a principal puede tener a su cuidado a una o más personas en el hogar; iii) Se consideran solo los cuidados a integrantes del hogar realizados en el propio hogar; iv) Se excluye el cuidado realizado por integrantes del hogar a personas de otros hogares, v) Preguntas del módulo de salud mental solo fueron aplicadas al informante idóneo y vi) Las razones de inactividad solo consideran la razón principal o más importante declarada por informante del hogar.

²⁴ Esta sección es un resumen de los análisis que se realizaron en conjunto entre PNUD y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia respecto a la Encuesta COVID-19.

La disminución o eliminación de algunas actividades comerciales impactó de manera directa a los trabajadores: formales e informales, hombres y mujeres, de mayor y menor calificación. Por otro lado, se observó un efecto de carácter distributivo, en que los impactos de la pandemia interactuaron con las desigualdades ya existentes, afectando en mayor medida a los hogares más vulnerables a los efectos de la crisis y a sus consecuencias de mediano plazo durante la etapa de recuperación.

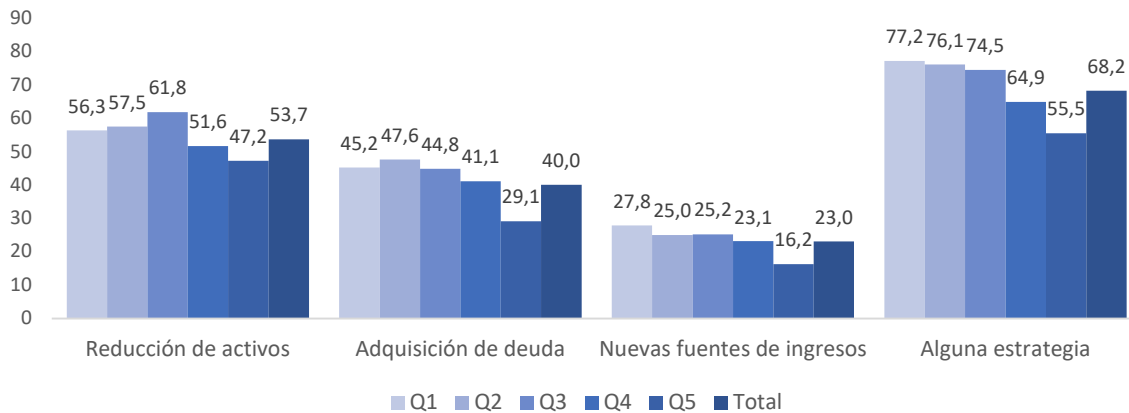
En efecto, los resultados de la Encuesta COVID-19 Ronda 1 muestran que los hogares de menores ingresos fueron los más impactados por la pandemia. Tanto en relación con la pérdida de empleo, la caída de los ingresos y los efectos en las condiciones de vida de los hogares, tales como salud mental, acceso a alimentos, oportunidades de continuar la educación y de mantener una vida saludable.

Asimismo, se observó que, a julio de 2020, un 65% de los hogares pertenecientes al 40% de menor ingreso declaró que éstos no les alcanzaban; un 40% redujo el número de ocupados durante la pandemia y un 40% no tenía ninguna persona ocupada. Al comparar esto con los hogares del 20% de mayores ingresos, un 30% declaró que éstos no les alcanzaban, 22% redujo el número de ocupados y 12% no tenía ninguna persona ocupada. Además, los datos mostraron que dos tercios de los hogares experimentaron de manera simultánea tres o más efectos negativos de la pandemia y en un 20% se concentraron seis o más efectos negativos simultáneos. Estos hogares sufrieron pérdida de empleo, vieron caer sus ingresos en más de un 50%, se endeudaron, utilizaron ahorros y dejaron de pagar compromisos, pero además tomaron decisiones de postergación de atenciones de salud y reducción de gasto en alimentos y enfrentaron problemas de salud mental.

Para hacer frente al impacto de la pandemia sobre los ingresos del hogar y en función de sus posibilidades, los hogares se vieron obligados a implementar diferentes estrategias. Un 54% de los hogares tuvo la necesidad de reducir activos, ya sea utilizando sus ahorros, vendiendo o arrendando propiedades o vendiendo otros bienes. Un 40% adquirió una nueva deuda; un 68% redujo sus gastos en alimentación, salud, educación y calefacción; y un 55% de los hogares dejaron de pagar compromisos durante la pandemia tales como arriendos, dividendos, cuentas de servicios básicos o deudas previas.

Para hacer frente a los efectos económicos de la pandemia, los hogares de menores ingresos fueron quienes utilizaron en mayor medida las estrategias de endeudamiento, reducción de activos o dejar de pagar compromisos (Gráfico 4.1). Entre los hogares de menores ingresos, aquellos con presencia de niños, niñas y adolescentes, o con una mujer como jefatura de hogar, son quienes utilizaron estas estrategias en una mayor proporción.

Gráfico 4.1: Hogares que realizaron alguna estrategia: (a) Reducción de activos; (b) Adquisición de deuda; (c) Nuevas fuentes de ingresos
(Porcentaje)



Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias en Reducción de activos entre todos los quintiles, exceptuando Q1 y Q5; Q2 y Q5; Q3 y Q4; Q3 y Q5. Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias en Adquisición de deuda entre todos los quintiles, exceptuando Q1 y Q5; Q2 y Q5; Q3 y Q5; Q4 y Q5. Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias en Nuevas fuentes de ingresos entre todos los quintiles, exceptuando Q1 y Q5; Q2 y Q5; Q3 y Q5; Q4 y Q5. Al 95% de confianza, se encuentran diferencias en Alguna estrategia entre todos los quintiles, exceptuando Q1 y Q2; Q1 y Q3; Q2 y Q3.

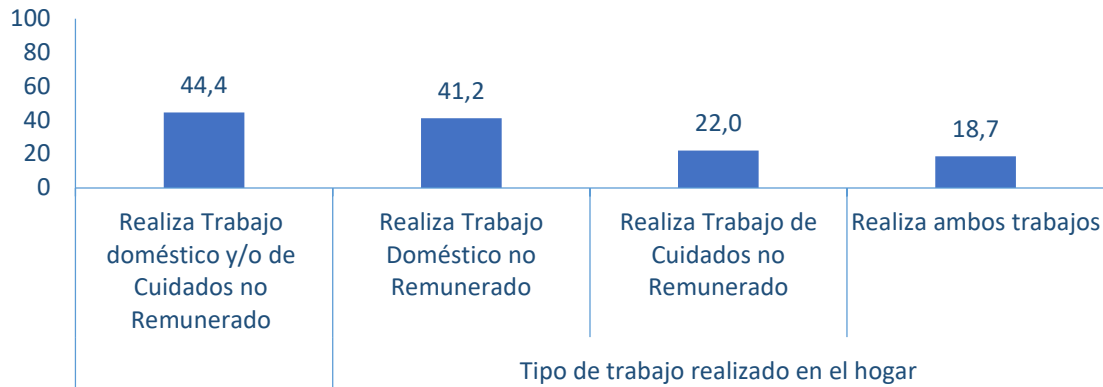
Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el propio hogar²⁵

De acuerdo con la 4° Ronda de la Encuesta Social COVID-19, el 41,2% de las personas de 18 años o más, en 2021 realizaron labores de trabajo doméstico no remunerado (41,2%), mientras que el 22,0% declaró realizar trabajo de cuidado de manera no remunerada y el 18,7% realizó ambas tareas (Gráfico 4.2). En promedio y a nivel nacional, el 44,4% de las personas de 18 años y más realiza actividades de trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerados en el propio hogar.

²⁵ Trabajo doméstico y/o de cuidados no remunerado en el propio hogar incluye las siguientes 2 categorías: Trabajo doméstico no remunerado en el propio hogar (Tareas domésticas del hogar como hacer aseo, preparar comida, lavar ropa, etc.); Trabajo de cuidado no remunerado en el propio hogar (Cuidado de niños/as, personas enfermas, en situación de discapacidad, personas mayores que requieren cuidados o ayuda en el propio hogar).

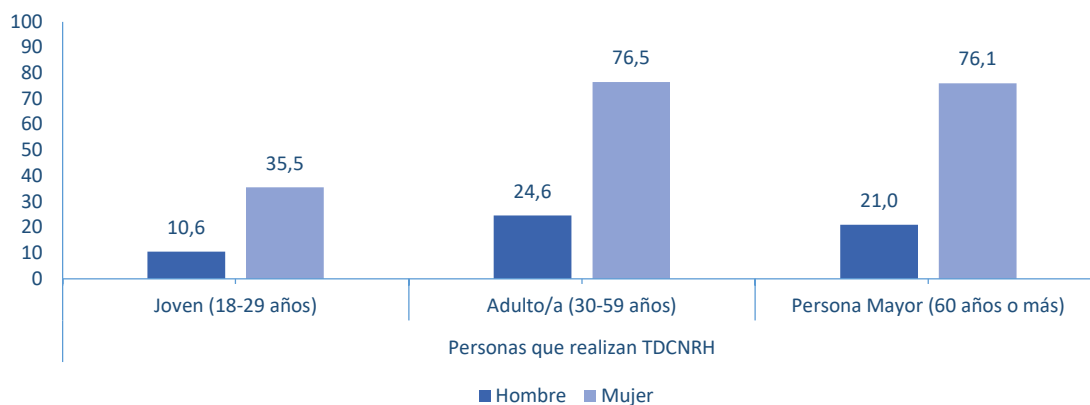
Gráfico 4.2: Proporción de la población que realiza trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el propio hogar, por tipo de trabajo (Porcentaje)



Nota: Las categorías no suman 100% dado que las personas pueden realizar más de un trabajo no remunerado. Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar entre todas las categorías. Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Por otro lado, el Gráfico 4.3 muestra que el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en el hogar es un fenómeno asociado principalmente a las mujeres en todo su ciclo de vida, destacando en particular el grupo de personas mayores, donde se observó una brecha significativa de 55,1% entre hombres y mujeres. Esta brecha también se observó en la población de 18 a 29 años que realizó este tipo de trabajo en el hogar, pero fue menor con 24,9%. Asimismo, la realización de estas actividades se presentó de manera transversal en todos los quintiles de ingresos, siendo la brecha más significativa la observada en el quintil I donde 9 de cada 10 mujeres realizaron estas labores versus 1 de cada 10 hombres, mientras que en el quintil V no se advirtió una diferencia entre mujeres y hombres (48,1% y 51,9%, respectivamente).

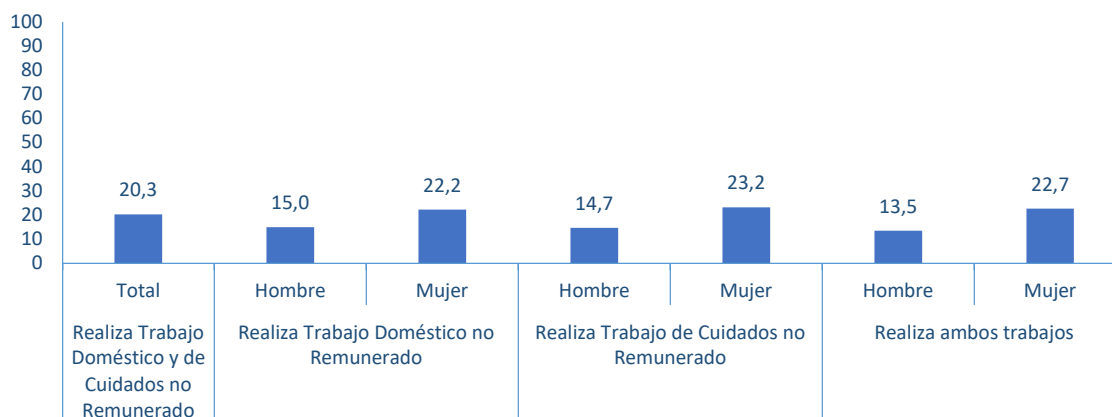
Gráfico 4.3: Población que realiza Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado en el propio hogar, por ciclo de vida y sexo (porcentaje)



Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexos para todas las categorías. Por otro lado, tanto en hombres como mujeres, se encuentran diferencias significativas entre todas las categorías, excepto en el caso de las mujeres al comparar Adulto (30 a 59 años) con Persona Mayor (60 años o más). Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Un aspecto relevante que mostró la encuesta se refiere a la salud mental de los hombres y mujeres que realizaron labores de trabajo doméstico y cuidado. En este ámbito, se observó que las mujeres que realizaron este tipo de labores declararon mayores síntomas de depresión y/o ansiedad que los hombres. Más aún, esta brecha aumentó en el caso de la realización de labores de cuidados, donde el 23,2% de las mujeres declararon síntomas moderados o severos de depresión y/o ansiedad, versus el 14,7% de los hombres, tal como se observa en el Gráfico 4.4. Un análisis más en profundidad de estos resultados mostró que la presencia de problemas de salud mental entre quienes realizaron trabajo de cuidados no remunerado en el propio hogar fue más marcada entre quienes realizaron estas labores para personas enfermas, con discapacidad y/o personas mayores que requerían cuidados o ayuda, con un 23,6%, porcentaje que aumentó a 32,2% en el caso de personas que además realizaron cuidado de niñas, niños y adolescentes.

Gráfico 4.4: Población que presenta síntomas moderados o severos de depresión y/o ansiedad, según tipo de Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerado en el propio hogar, por sexo (porcentaje)



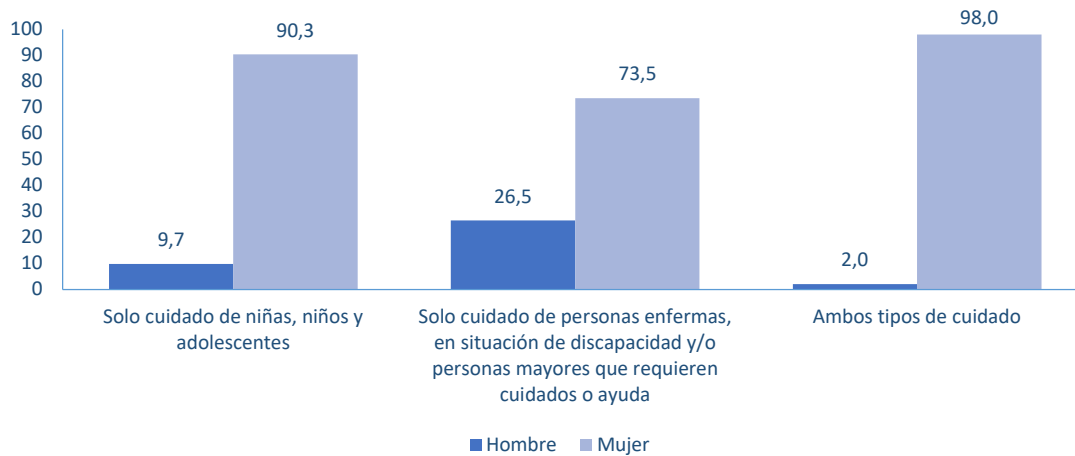
Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexos para todas las categorías. La estimación para la categoría “Realiza ambos trabajos” es poco fiable estadísticamente en el caso de los hombres.

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Mujeres y el trabajo de cuidado no remunerado (TC)

El 70,9% de las personas que realizó trabajo de cuidados no remunerado para el propio hogar, solo realizó labores asociadas al cuidado de niñas, niños y adolescentes; un 19,9% realizó labores de cuidado solo para personas enfermas, en situación de discapacidad y/o personas mayores que requerían cuidados o ayuda; y el 9,2% realizó ambos tipos de cuidado. Por otro lado, en el Gráfico 4.5 se ratifica que las labores de cuidado son realizadas principalmente por mujeres, independiente de la población sujeta de cuidados. Respecto a la edad, las personas cuidadoras se concentraron en el tramo adulto (30 a 59 años) con un 70,6%, destacando que un 15,3% de las mujeres que realizaron actividades de cuidados fueron personas mayores (60 años o más).

Gráfico 4.5: División sexual del Trabajo de Cuidados no Remunerado en el propio hogar, por tipo de cuidados (porcentaje)



Nota: Al 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre sexos para todas las categorías. Tanto en hombres como mujeres, se encuentran diferencias significativas para todas las categorías.

Estimación Ambos tipos de cuidado para ambos sexos poco fiable.

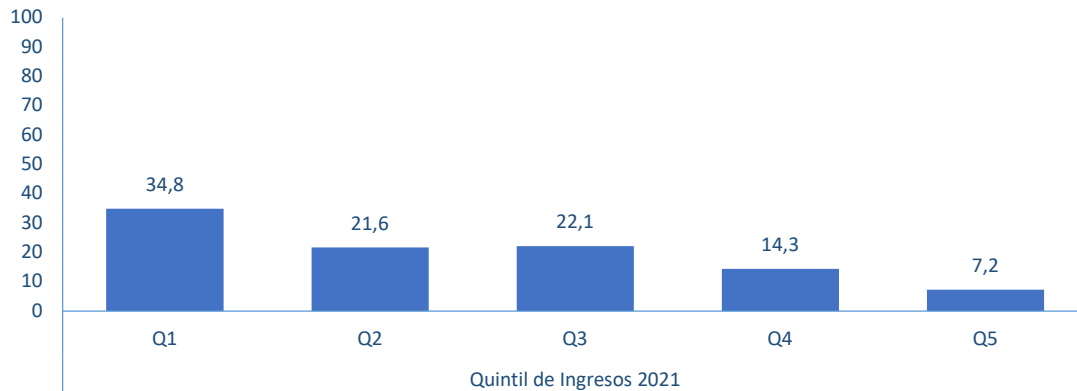
Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Según su condición de actividad, la mayor parte de las mujeres que realizó trabajos de cuidados no remunerados se encontraba inactiva (47,2%), mientras que el 43% aparte de estar a cargo de dichas labores trabajaba de forma remunerada. Respecto de las mujeres que estaban fuera de la fuerza laboral, el 67,7% que realizó trabajos de cuidados no remunerados en el propio hogar declaró que la principal razón de por la cual no buscó trabajo fue debido al trabajo doméstico y de cuidados no remunerados que estaba a su cargo en el propio hogar. En tanto el 15,3% señaló que fue por encontrarse jubilada, el 3,8% por ser estudiante y el 13,3% por otras razones²⁶.

El Gráfico 4.6, muestra que el trabajo de cuidados no remunerado en el propio hogar realizado por mujeres se distribuyó de forma desigual según el nivel socioeconómico de la mujer cuidadora: el 34,8% de ellas se ubicó en el primer quintil de ingresos, en comparación al quintil de mayores ingresos que concentró solo al 7,2% de las cuidadoras.

²⁶ Categoría "Otras razones" incluye: Está enfermo o tiene discapacidad, se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible, no lo necesita o no le interesa, por temor a contagiarse de COVID-19, su trabajo o actividad no se puede realizar por crisis COVID-19.

Gráfico 4.6: Distribución por quintil de ingresos de mujeres que realizan Trabajo de Cuidados no Remunerado en el propio hogar

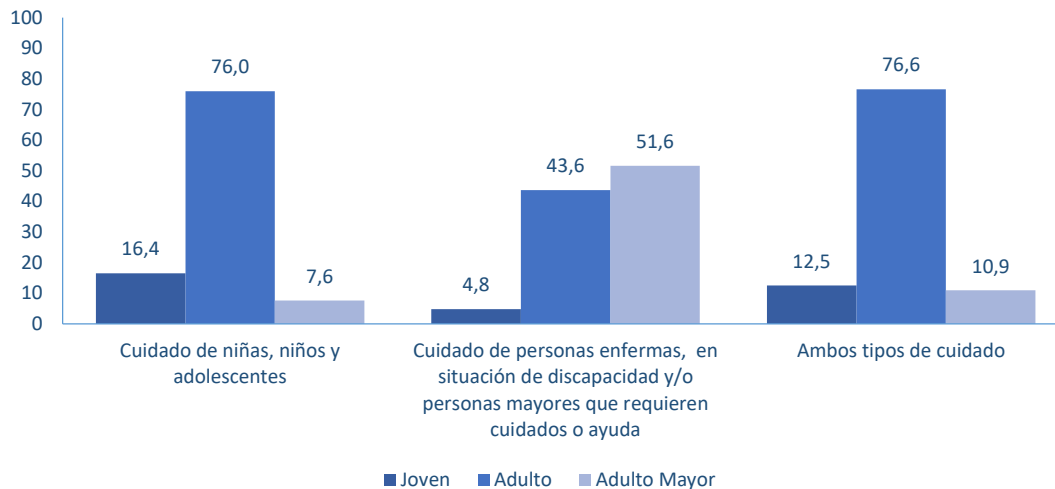


Nota: Al 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías, excepto entre quintil II con quintil III.

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Respecto al tipo de cuidado que realizaron las mujeres según el ciclo de vida, los resultados obtenidos en la Encuesta COVID-19 mostraron que el cuidado de niños, niñas y adolescentes lo realizaron principalmente mujeres adultas (30 a 59 años), mientras que el cuidado de la población más vulnerable en su condición de salud, como es el caso de personas enfermas, con discapacidad y/o personas mayores que requieren cuidados o ayuda, lo realizaron principalmente mujeres de 60 años o más (Gráfico 4.7).

Gráfico 4.7: Distribución por ciclo de vida de mujeres que realizan Trabajo de Cuidados no Remunerado en el propio hogar, por tipo de cuidado



Nota: Los tramos edad del ciclo de vida son los siguiente: Joven, entre 18 y 29; Adulta, entre 30 y 59; y Persona Mayor, 60 años o más. Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas al comparar entre ciclo de vida, excepto en: i) Cuidado de personas enfermas, en situación de discapacidad y/o personas mayores que requieren cuidados o ayuda: entre Adulta y Persona Mayor; y ii) Ambos tipos de cuidado: entre Joven y Persona Mayor.

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

En suma, los datos de la cuarta ronda de la Encuesta Social COVID-19 mostraron que las mujeres mayores de 60 años cumplieron un importante rol en los cuidados. Lejos de las definiciones y preconcepciones de dependencia que se suelen asociar con la vejez, las mujeres mayores constituyen un grupo de personas que, en una proporción importante, se encuentran activas y a cargo de las labores de cuidado dentro de su hogar. Con el objetivo de visibilizar el trabajo que realizaron las mujeres cuidadoras de mayor edad, a continuación, se presenta un análisis descriptivo de la situación que enfrentaron los hogares en que una mujer mayor estaba a cargo de los cuidados²⁷ durante la pandemia. El uso de la Encuesta Social COVID-19, al ser una encuesta panel levantada durante la pandemia, permitió observar los efectos de impactos externos en este grupo, demostrando su vulnerabilidad.

De acuerdo con los resultados de la 4° ronda de la Encuesta Social COVID-19, durante la pandemia, en un 19,9% de los hogares existió al menos una persona enferma, en situación de discapacidad o personas mayores que requirieron cuidados. En un 76,3% de estos hogares fue un integrante del hogar quien se hizo cargo de las tareas de cuidado. Esto significó que en un 15,2% de los hogares del país existió una persona realizando trabajos de cuidado no remunerados.

En un 81,2% de los hogares que declararon labores de cuidado no remunerado de una persona dependiente, este trabajo estuvo a cargo de una mujer y en un 29,4% el cuidado fue realizado por una mujer adulta mayor (de 60 años o más)²⁸.

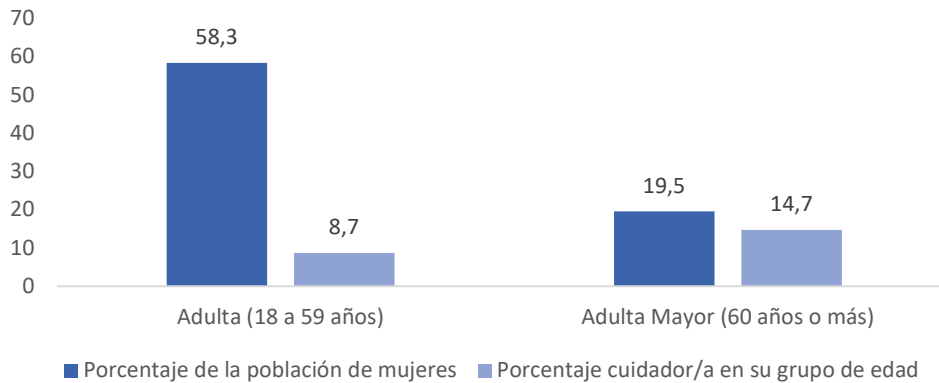
Del total de mujeres de 60 años o más, la proporción que realizó tareas de cuidado de personas dependientes alcanzó un 14,7%, mientras entre las mujeres no adultas mayores este porcentaje disminuyó a 8,7%. Esto pone de manifiesto el importante rol que cumplieron las mujeres mayores en las labores de cuidado durante la pandemia (Gráfico 4.8), las cuales en general eran jefas de sus hogares (55,7%), un tercio declaró que no tenía o vivía sin una pareja (31,2%) y en promedio tenían 69 años.

²⁷ Análisis realizado por PNUD y MDSF.

²⁸ El universo de cuidadores considera a personas de 18 o más que son cuidadores principales.

Gráfico 4.8: Porcentaje de mujeres que realizan tareas de cuidado de personas dependientes, según edad.

(porcentaje)



Nota: Se encuentra, a un 95% de confianza, diferencias estadísticamente significativas entre el porcentaje cuidador entre “Adulta” y “Adulta Mayor”

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

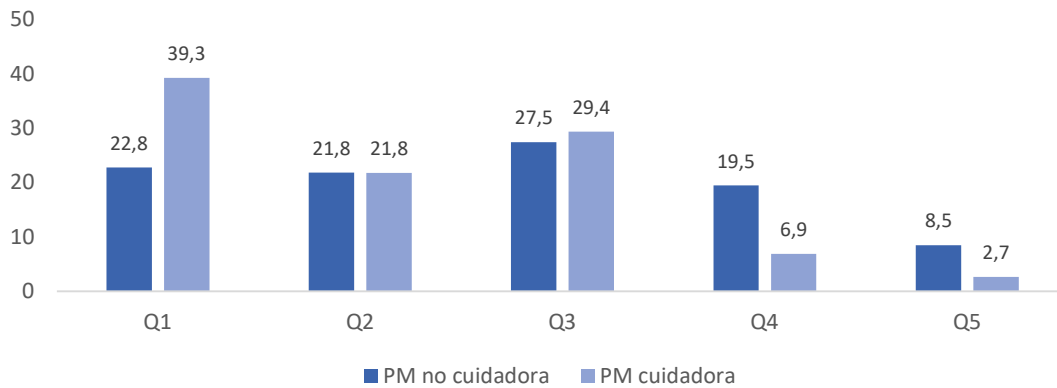
Los hogares que declararon tener una mujer de 60 años o más a cargo de las tareas de cuidado mostraron una vulnerabilidad considerablemente mayor en comparación a los hogares con una adulta mayor que no realizó estas tareas, ya sea porque en su hogar no existían personas que requirieran de cuidados o porque, de requerirse, estas tareas las asumió otro integrante del hogar.

Los datos de la Encuesta Social COVID-19 mostraron que estructuralmente ambos grupos se dieron en hogares con similares características demográficas: pertenecían a hogares que en promedio tenían tres integrantes, con un promedio de edad del hogar parecido (56 años en hogares en que la adulta mayor no era cuidadora y 59,6 promedio cuando sí lo era). En ambos grupos, el porcentaje de hogares conformado solo por personas mayores fue cercano a un tercio del grupo. Además, tanto al tratarse de hogares que requirieron de cuidados o no, las adultas mayores fueron, en general, las jefas de hogar. El promedio de edad fue también similar, 68,8 años entre las adultas mayores cuidadoras y 71 años entre las no cuidadoras.

Sin embargo, a pesar de estas similitudes, ambos grupos de personas mayores mujeres presentaron características muy diferentes respecto a la situación socioeconómica antes de iniciada la pandemia (año 2019). Mientras un 30,7% de las adultas mayores cuidadoras pertenecía a hogares del quintil de menores ingresos, este porcentaje fue de 23,2% en el grupo de adultas mayores no cuidadoras (Gráfico 4.9).

La información muestra que las **adultas mayores cuidadoras no solo recibieron la pandemia en peor situación, sino que también las golpeó con más fuerza**. A noviembre de 2021, aumentó el porcentaje de adultas mayores cuidadoras pertenecientes a hogares del primer quintil de ingresos (39,3%), cifra que en el caso de las adultas mayores no cuidadoras se mantuvo similar a la que tenían previo a la pandemia.

Gráfico 4.9: Mujeres adultas mayores cuidadoras por quintil de ingreso según realización de labores de cuidado.



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “PM no cuidadora” con “PM cuidadora” entre los quintiles.

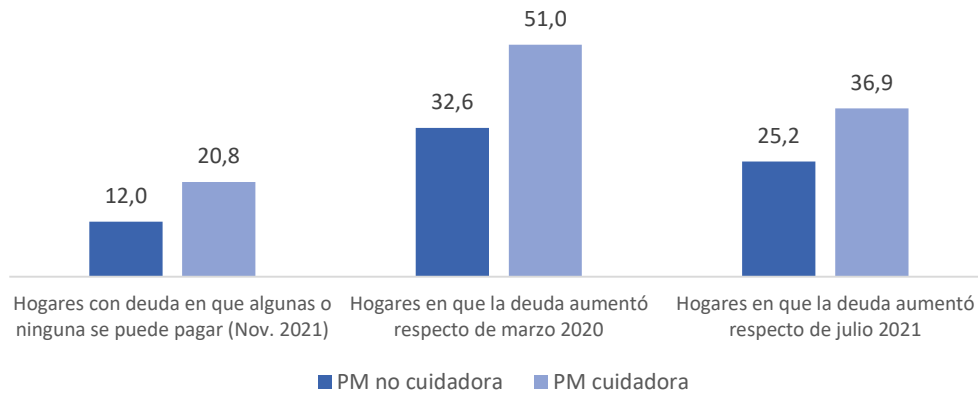
Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

El impacto diferenciado en los ingresos de los hogares se apreció también en su suficiencia para cubrir los costos de del hogar. En noviembre de 2021 un 35,5% de los hogares en que una adulta mayor era cuidadora declaró que los ingresos no les alcanzaron, mientras que esto fue declarado solo por un 17,3% de los hogares con una adulta mayor que no era cuidadora.

El impacto económico de la pandemia se reflejó también en las condiciones de deuda de los hogares. Si bien antes de la pandemia el porcentaje de hogares con deuda donde reside una adulta mayor cuidadora era similar al de aquellos donde la adulta mayor no ejercía labores de cuidado (18,9% y 13,4% respectivamente), luego de la pandemia el endeudamiento fue significativamente mayor en el primer grupo. A noviembre de 2021, el porcentaje de hogares con adulta mayor cuidadora que declaró que su hogar tenía deudas y que solo algunas o ninguna se podía pagar fue de un 20,8%, frente a un 12% que declaró esta situación entre los hogares en que la adulta mayor no realizó tareas de cuidado. De igual forma, mientras un 51% del primer grupo indicó que la deuda de su hogar aumentó, este porcentaje fue de 32,6% en el segundo grupo (Gráfico 4.10).

En definitiva, respecto de la condición de deuda y su nivel, nuevamente los hogares de adultas mayores cuidadoras se enfrentaron a la pandemia en una posición levemente peor y fueron considerablemente más afectadas por la pandemia.

Gráfico 4.10: Nivel de deuda en hogares, según realización de labores de cuidado de una adulta mayor

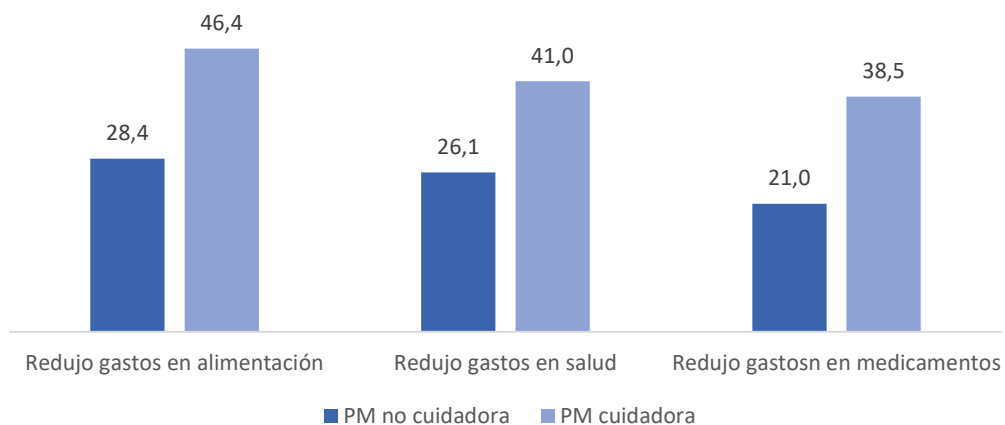


Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “PM no cuidadora” con “PM cuidadora” para todos los indicadores.

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Como se mencionó, frente al impacto económico de la pandemia muchos hogares se vieron obligados a desplegar estrategias para contener la crisis. Una de ellas fue la reducción de gastos. Lo preocupante de esta estrategia es que se manifestó principalmente en relación con los gastos de alimentación y en salud, incluida una reducción de gastos en medicamentos (Gráfico 4.11). Un 46,4% de los hogares en que la adulta mayor era la cuidadora declararon haber reducido el gasto en alimentos entre julio y noviembre de 2021, momento en que la pandemia no se encontraba en su peor momento. Esto es un 18% superior al porcentaje que declaró reducción de gasto en alimento en hogares en que la adulta mayor no era la cuidadora. Brecha similar se observa en relación con el gasto en medicamentos, la que fue de 17,5 puntos porcentuales y en salud de 14,9 puntos porcentuales.

Gráfico 4.11: Reducción de gastos en alimentos, salud y medicamentos, según realización de labores de cuidado de una adulta mayor



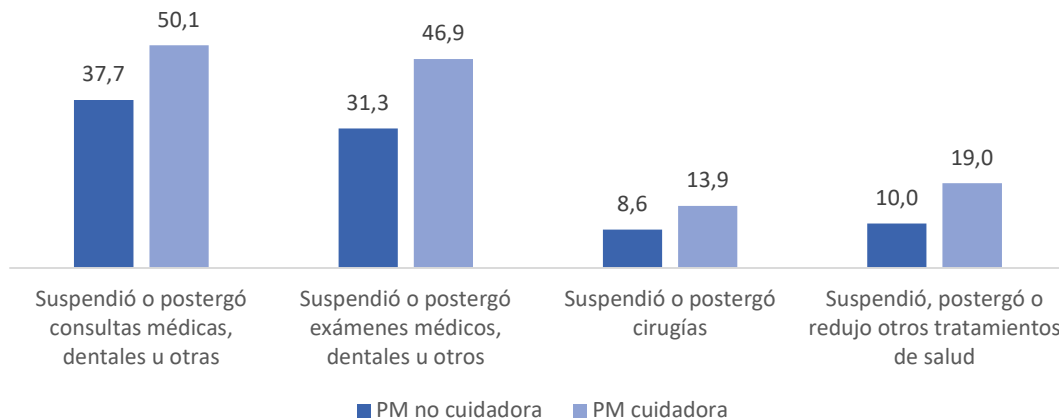
Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “PM no cuidadora” con “PM cuidadora” para todos los indicadores.

Fuente: Encuesta Social COVID-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

La crisis generada por la pandemia del COVID 19 fue una crisis del desarrollo humano, en tanto afectó dimensiones del desarrollo que fueron más allá de lo económico. En relación con la salud, además de las muertes causadas por el coronavirus, la pandemia generó una presión inédita sobre el sistema de salud, mermando su capacidad de atender casos asociados a otras patologías. Muchos hogares debieron suspender o postergar consultas médicas, exámenes o tratamientos por razones económicas, por temor al contagio o por suspensiones en los centros de atención.

Como ya se mencionó respecto de los efectos económicos, los hogares con una adulta mayor cuidadora se vieron especialmente afectados en su acceso a la salud. La mitad de estos hogares declaró que, entre julio y noviembre de 2021, tuvieron que suspender o postergar consultas de salud (médicas, dentales u otras) y un 46,9% debió suspender o postergar exámenes médicos (Gráfico 4.12). Estos niveles son considerablemente mayores a los observados en hogares en que la adulta mayor no era cuidadora (37,7% y 31,3% respectivamente). Respecto de las razones para haber suspendido o postergado consultas, exámenes, cirugías y/o tratamientos, ambos grupos declararon como motivo principal razones económicas y suspensión de horas. Los datos mostraron una importante brecha entre los grupos en relación con el temor al contagio, razón que fue declarada por un 34% de los hogares en que el cuidado lo ejercía una adulta mayor frente a un 23,3% de los hogares en que la adulta mayor no era cuidadora.

Gráfico 4.12: Acceso a salud de los hogares, según realización de labores de cuidado de una adulta mayor



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “PM no cuidadora” con “PM cuidadora” para todos los indicadores.

Fuente: Encuesta Social Covid-19, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

La información aquí presentada muestra que las tareas de cuidado recaen hoy principalmente en los propios hogares y, en parte, es por esta razón que es difícil de visibilizar. Los datos levantados por la Encuesta Social Covid-19 son particularmente relevantes ya que permitió caracterizar la situación de las adultas mayores a cargo de tareas de cuidado y el impacto que experimentaron como consecuencia de la pandemia Covid-19. Los datos muestran la importante contribución que realizaron las adultas mayores al asumir tareas de cuidado. Esta encuesta también evidenció que ya

se enfrentaban a situaciones de vulnerabilidad antes de la pandemia, lo que fue agravado por la crisis, por lo que es un problema de carácter estructural que requiere de especial atención

4.3 Valorización del cuidado

A lo largo del tiempo, la persistencia de la tradicional división sexual del trabajo ha llevado a la invisibilización de la gran carga que llevan las y los responsables de los quehaceres domésticos —en su mayoría mujeres, como se ha señalado en secciones anteriores—, y a una subvaloración de su relevancia para el desarrollo social y económico. Este reparto desigual de las tareas domésticas y de cuidado no solo asigna una mayor carga, sino que también queda reflejado en las importantes diferencias en las tasas de participación laboral, en las posibilidades de muchas mujeres de desarrollarse plenamente en ese espacio y de tener ingresos que les permitan llegar dignamente a la vejez.

Un reflejo de la subvaloración histórica de este tipo de trabajo es el hecho de que el Producto Interno Bruto (PIB) no considera la producción de los servicios que realizan los hogares a través del trabajo no remunerado de sus integrantes, desconociendo una actividad importante para la generación de riqueza en la economía e invisibilizando, al mismo tiempo, la labor que realizan millones de mujeres cada día. Es por ello que la publicación del informe pionero en el país **¿Cuánto aportamos al PIB?** de ComunidadMujer en el año 2019²⁹ resultó ser particularmente importante en este ámbito, ya que permitió visibilizar el aporte a la economía y al desarrollo del país del trabajo no remunerado que se realiza dentro de los hogares, tanto en las tareas de trabajo doméstico como de cuidado, que realizan tantos hombres como mujeres.

Para efectos de dicha investigación, el “trabajo no remunerado en los hogares” fue tratado como trabajo doméstico y de cuidado no remunerado y no se consideró el trabajo de voluntariado³⁰ ni el trabajo forzoso³¹. En términos generales, el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado es aquel que se realiza en el propio hogar propio —para sí mismo o para otros miembros— y/o en otros hogares, sin dar lugar a transacciones monetarias y, en el contexto de la investigación de ComunidadMujer, consideró el tiempo utilizado en las labores que realizan los integrantes del hogar, durante un período de referencia determinado, para producir servicios destinados al consumo propio o para otros hogares, siendo esas tareas no remuneradas. Para determinar el valor del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado³² se usaron tres fuentes: la ENUT, la Encuesta Casen y el PIB, todas del año 2015 para poder comparar. El procesamiento de datos se dividió en tres etapas:

²⁹ <https://comunidadmujer.cl/cuanto-aportamos-al-pib-primer-estudio-nacional-de-valoracion-economica-del-trabajo-domestico-y-de-cuidado-no-remunerado-en-chile/>

³⁰ Aquel que se realiza en beneficio de una comunidad o un grupo de personas y que cumple una función social. Por él no se percibe un pago directo. Puede ser ejercido de manera informal y fuera de las instituciones, o bien, de manera formal y organizado (Durán, 2012).

³¹ Aquel que se realiza de manera involuntaria y bajo amenaza de una pena cualquiera, como indica el Convenio 29 de la OIT sobre el trabajo forzoso de 1930. Constituye una violación a los derechos humanos y un delito penal.

³² Basado en un modelo internacional del Costo de Reemplazo Especializado.

1. La identificación del tiempo destinado al trabajo doméstico y de cuidado no remunerado a partir de las subdimensiones de ese tipo de labores que figuran en la ENUT.
2. La valorización, es decir, el cálculo de cuánto dinero tendría que gastar cada hogar en pagarle a una persona externa para que realice esas tareas, utilizando el salario promedio por hora de las personas que se dedican a este tipo de actividades en el mercado.
3. La relación del valor del trabajo doméstico no remunerado con el PIB. Esta etapa consistió en sumar ese valor al PIB corriente para obtener el Producto Interno Bruto Ampliado y medir el aporte del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado a este indicador.

Los resultados que arroja este informe al aplicar esta metodología confirman el gran peso que tiene el trabajo doméstico y de cuidado no remunerado a nivel económico, estimando que equivalía al 22% del PIB Ampliado³³, lo que supera la contribución de todas las otras ramas de actividad económica, como es el caso de “Servicios financieros y empresariales” que aportaron 11,8% al PIB Ampliado.

En la misma línea del trabajo de ComunidadMujer, en 2020 el Banco Central realizó una primera aproximación para estimar el valor monetario del Trabajo Doméstico No Remunerado, TDNR (Banco Central, 2021), acorde con los lineamientos internacionales mediante el enfoque de costo de reemplazo (United Nations, 2000; United Nations Economic Commission for Europe, 2017). Como resultado de dicho estudio se obtuvo que el valor total del TDNR para el año 2020 alcanzó 25,6% como porcentaje del PIB ampliado, compuesto de 17,5% y 8,1% de TDNR de mujeres y hombres, respectivamente. De acuerdo con las estimaciones del Banco Central, este resultado representa un incremento de 4,8 puntos porcentuales respecto del año 2015. El contexto del mercado laboral, con un menor número de ocupados y un mayor número de desocupados e inactivos en el 2020 respecto del 2015, especialmente en el caso de las mujeres, explica en mayor medida este resultado (ENE 2015 y 2020).

Estos resultados coinciden con algunas estadísticas a nivel internacional. Por ejemplo, en los países que forman parte de la OCDE las mujeres dedican alrededor de 2 horas más en promedio al día, a la realización de trabajo no remunerado en comparación con los hombres.

Por otro lado, la participación del TDNR en el PIB ampliado para países del G7, siendo Italia y Francia los únicos con una participación por sobre el 20% (cifra para el año 2013-2014) (OCDE, 2018). En América Latina, en tanto, los resultados muestran una clara convergencia en términos de la importancia relativa del valor del TDNR como porcentaje del PIB ampliado en torno a 20%, con participaciones mínimas y máximas de 15,2% (Ecuador) y 24,2% (México), respectivamente. No obstante, destaca la brecha de género existente, donde la relación mujer/hombre en Chile se estima en torno a 2 veces en 2020, situación que alcanza un promedio de 3,5 veces en el resto de los países, con valores máximos de 6,5 en Guatemala y 4,0 en Colombia.

³³ El PIB ampliado corresponde a la suma entre PIB corriente de ese año y el valor económico cuantificado del trabajo de cuidados no remunerado.

Con respecto a la población de personas mayores, se destaca el Proyecto NODO (2021)³⁴, cuyo objetivo fue determinar el valor económico del trabajo no remunerado de las personas de 60 años y más, para lo cual se aplicó la metodología de costo de reemplazo híbrido, basado en la metodología utilizada en el estudio de ComunidadMujer (2019)³⁵. En particular, los resultados obtenidos dieron cuenta de que el trabajo no remunerado que realiza la población de 60 años y más representa el 4,5% del PIB ampliado, cuyo peso relativo es incluso mayor que actividades como transportes o los servicios financieros.

Lo anterior permite dimensionar, por un lado, la importante contribución del trabajo no remunerado que realizan las personas mayores y, por otro lado, de las mujeres que, en distintas etapas de su ciclo de vida, asumen la carga de trabajo no remunerado y de cuidado. Ambos aportes, como se observó anteriormente, sostienen parte importante del desarrollo productivo del país.

³⁴ Personas mayores y trabajo no remunerado en Chile. Perspectiva y valoración económica. Santiago de Chile, Sistema de las Naciones Unidas en Chile. Disponible en: <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Personas-mayores-y-trabajo-no-remunerado-en-Chile-NODO-Series-60.pdf>

³⁵ <https://comunidadmujer.cl/wp-content/uploads/2022/04/Cuanto-Aportamos-al-PIB.pdf>

5. PERSONAS ADULTAS CON NECESIDADES DE CUIDADO

El capítulo previo presentó las lecciones aprendidas en el contexto de la crisis del COVID-19 y cómo en ese escenario aumentó la carga existente sobre las personas cuidadoras. Considerando el hecho de que la mayoría de las personas cuidadoras son mujeres y muchas de ellas adultas mayores, este aumento de las necesidades de cuidado se tradujo en una profundización de las desigualdades de género en la distribución de las labores de cuidado. Asimismo, el análisis de la información de la Encuesta Social COVID-19 muestra cómo la crisis generó un mayor costo financiero mayor en los hogares con necesidades de cuidados.

En este capítulo se presenta de manera complementaria información sobre las necesidades de cuidados a nivel de la población adulta. Para este fin se utilizan los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, ENDIDE 2022. Esta encuesta es un proyecto elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, con el apoyo del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), en que se utiliza como marco conceptual la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2001. El objetivo fue estimar la **prevalencia de la discapacidad y dependencia en Chile**, caracterizando el funcionamiento y las condiciones de vida de las personas en situación de discapacidad y dependencia.

El análisis presentado en este capítulo es de tipo descriptivo y realizado sobre la población adulta de 18 años o más. En una segunda parte de este capítulo se aborda a la población adulta dependiente y sus necesidades de cuidado.

5.1 Definición de dependencia y el concepto de persona cuidadora en ENDIDE 2022

Previo a la revisión de los principales resultados que se obtienen de la ENDIDE 2022, es necesario presentar el concepto de dependencia utilizado en el marco del estudio, así como otros conceptos relacionados.

En este informe se entiende por **dependencia funcional** a la situación en la que una persona con discapacidad requiere del apoyo de otra para la realización (o mejora en el rendimiento funcional) de una determinada actividad³⁶.

Desde esta perspectiva y para la medición de la ENDIDE 2022, la dependencia se entiende como una situación específica de discapacidad, en la que se presentan dos elementos de manera conjunta: (i) una limitación (más o menos severa) de una persona para realizar actividades, por motivos de salud, en interacción con los factores del contexto ambiental y (ii) una necesidad de ayuda por parte de otra(s) persona(s). El apoyo de otra persona se define, de acuerdo con la CIF, como la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona, tanto en el plano físico como emocional, en aspectos relacionados con la nutrición, limpieza, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus lugares de trabajo, en la escuela, en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias.

³⁶ En el capítulo, se utilizará tanto el concepto de “dependencia” como de “dependencia funcional” de manera intercambiable. Se debe entender que ambos conceptos hacen referencia al mismo fenómeno.

Es importante destacar que la situación de dependencia puede darse en diferentes etapas del ciclo de vida, más allá que el proceso de envejecimiento de las personas conlleve una mayor probabilidad de tener dependencia en etapas avanzadas del ciclo vital. En efecto, Querejeta (2003)³⁷ expone que la dependencia, al igual que la discapacidad, es propia de diversas situaciones vitales más o menos prolongadas, tales como la infancia, períodos de enfermedad, embarazo y vejez. La situación de dependencia puede variar de acuerdo con los factores del contexto tanto ambiental como personal del individuo.

Por otro lado, en el contexto de la encuesta ENDIDE, se entiende como **persona cuidadora** a aquella que proporciona apoyo o asistencia personal permanente a otra persona, de manera gratuita o remunerada, para la realización de actividades en el entorno del hogar, estén o no unidas por vínculo de parentesco (Ley 20.422)³⁸.

A continuación, se describen los principales resultados de la ENDIDE en función de la caracterización de la población adulta con discapacidad y dependencia.

5.2 Resultados de discapacidad y dependencia ENDIDE 2022

Discapacidad

Según la ENDIDE 2022, el 17,6% de la población adulta tiene algún grado de discapacidad (2 millones 700 mil personas adultas), donde el 6,2% presenta discapacidad leve o moderada, mientras que el 11,4% presenta discapacidad severa. La caracterización de esta población muestra una brecha importante de 8.8 puntos porcentuales según sexo, pues las mujeres registran un 21,9% de discapacidad, frente a un 13,1% en el caso de los hombres.

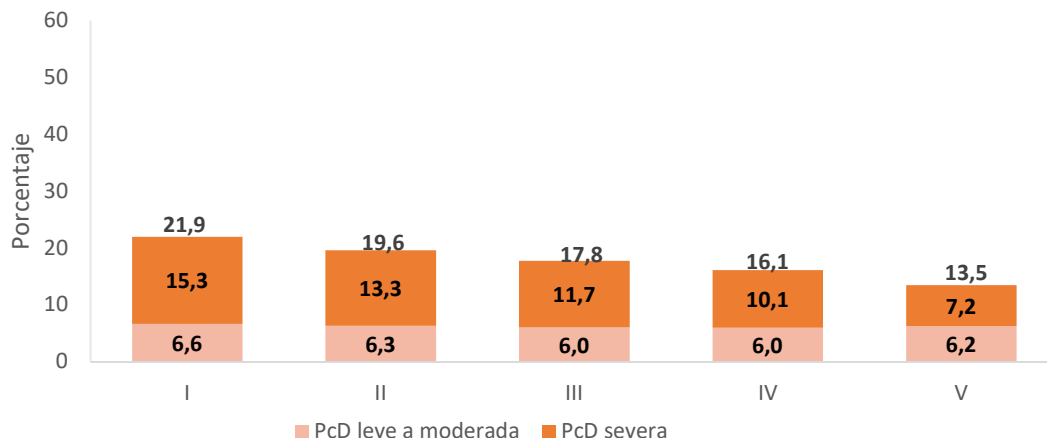
La información desagregada por edad muestra que, si bien la dependencia se observa en todo el ciclo vital, en el caso de las personas adultas existe una mayor prevalencia en edades avanzadas. En efecto, mientras el 9,9% de la población entre 18 y 29 años tiene discapacidad, esta proporción aumenta a 32,6% en la población de 60 años o más. Las principales diferencias en la prevalencia entre tramos etarios se observan en la discapacidad severa, donde la población de 18 a 29 años presenta la menor prevalencia (4,7%) mientras que las personas de 60 años o más la mayor (25,0%), con una brecha de más de 20 puntos porcentuales.

Por otro lado, la prevalencia de la discapacidad disminuye a medida que aumenta el ingreso, medido según quintiles de ingreso per cápita del hogar de las personas. Mientras que en el primer quintil la prevalencia de discapacidad es de 21,9%, en el quintil de mayores ingresos baja a 13,4%, generando una brecha de 8,5 puntos porcentuales. Esta gradiente de discapacidad según ingresos se explica por las diferencias en la prevalencia de discapacidad severa, que varía de 15,3% en el primer quintil a 7,2% en el quinto quintil. Tal como se observa en el gráfico 5.1, la discapacidad leve a moderada no muestra diferencias estadísticamente significativas entre quintiles.

³⁷ Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

³⁸ En particular, en la encuesta se identifica la presencia de alguna persona cuidadora a través de la siguiente pregunta: "Usted me dijo que hay personas que el asisten para realizar algunas actividades. ¿Cuenta con una o más personas que, debido a su salud, le proporcionen asistencia o ayuda permanente para realizar estas actividades en su vida diaria?"

Gráfico 5.1: Porcentaje de la población adulta con discapacidad según grado de discapacidad, por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar de las personas (*)



Nota:

Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias significativas entre los distintos quintiles de las personas con discapacidad leve a moderada.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre todos los quintiles de las personas con discapacidad severa.

(*) Cálculo de quintiles de ingreso: ENDIDE es una encuesta de personas, no de hogares, pero contiene información detallada sobre características de los ingresos de los hogares de las personas seleccionadas en la muestra. Considerando que no toda la población de interés posee ingresos personales, se optó por construir quintiles de ingresos utilizando como objeto de quintilización la distribución del ingreso autónomo per cápita del hogar donde viven las personas. Dado que el marco muestral corresponde a personas y no a viviendas, esto equivale a considerar que el ingreso per cápita del hogar es un atributo individual de las personas seleccionadas, en tanto es una variable proxy de las condiciones socioeconómicas bajo las que viven dichas personas.

Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE 2022)

En términos de características educacionales y laborales, también se encuentran brechas significativas entre la población con y sin discapacidad. En promedio, las personas con discapacidad tienen 2,2 años menos de escolaridad que las personas sin discapacidad (10 versus 12,2 años). Asimismo, el porcentaje de personas sin educación media completa de la población con discapacidad es de un 50,8% versus un 29,6% en la población sin discapacidad, lo que muestra una brecha de 21,2 puntos porcentuales.

En el ámbito laboral se replica la desigualdad que se observa en educación. Mientras 6 de cada 10 personas sin discapacidad está activa económicamente (68,0%), este número baja a 4 de cada 10 en la población con discapacidad (43,9%). Además, se observa que la población con discapacidad presenta una brecha de 26% en los ingresos autónomos per cápita del hogar respecto a la población sin discapacidad (\$234.466 versus \$296.030). Es decir, una persona con discapacidad recibe, en promedio, un cuarto menos que el ingreso que recibe una persona sin discapacidad.

Dependencia

El análisis de la ENDIDE 2022 muestra que el 9,8% de la población adulta del país, equivalente a casi 1,5 millones de personas, se encuentra en situación de dependencia. El análisis según el grado de severidad muestra que el 3,4% de la población presenta dependencia leve, 3,6% dependencia moderada y 2,7% dependencia severa, lo que equivale a 420 mil personas.

Tabla 5.1: Estimación de la prevalencia de la situación de dependencia entre la población adulta (18 años o más)

Dependencia	Población estimada	Porcentaje
Personas sin dependencia	13.856.983	90,2%
Personas en situación de dependencia <u>leve</u>	529.274	3,4%
Personas en situación de dependencia <u>moderada</u>	549.424	3,6%
Personas en situación de dependencia <u>severa</u>	420.279	2,7%
Total población	15.355.960	100,0%
Total personas en situación de Dependencia	1.498.977	9,8%



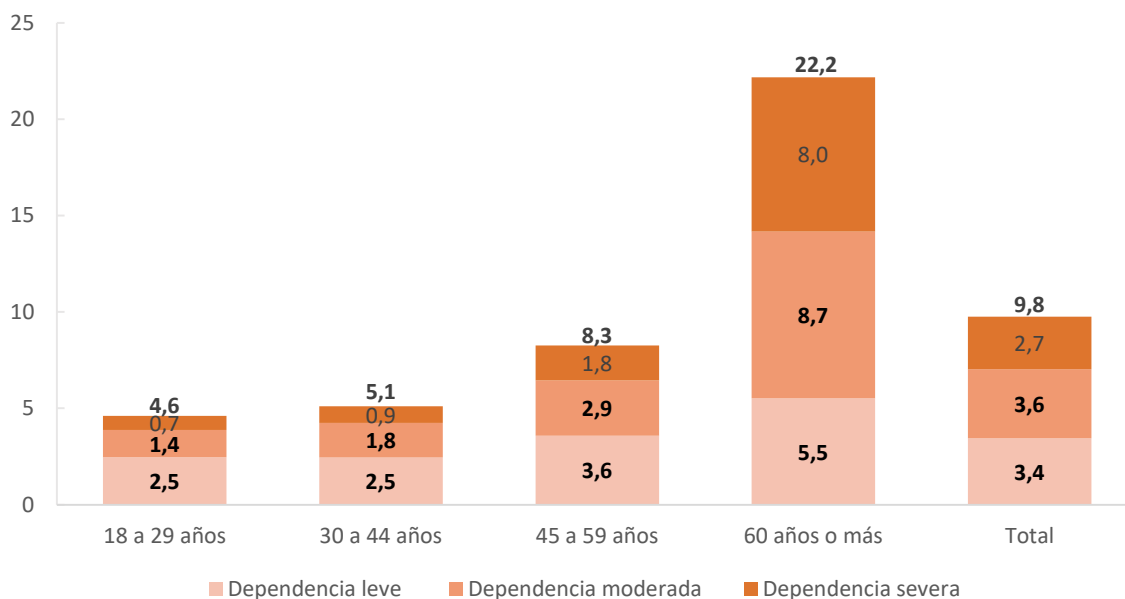
Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE 2022)

Dentro del total de personas con discapacidad, el 55,4% presenta algún grado de dependencia funcional. Esta población se concentra principalmente entre las personas con discapacidad severa. En efecto, el 71,5% de las personas con discapacidad severa presenta algún grado de dependencia, mientras que dentro de las personas con discapacidad leve o moderada solo un 26,1% tiene dependencia.

En línea con los resultados de discapacidad, las mujeres experimentan una mayor prevalencia de la dependencia, con tasas de 12,4% versus 7,1% en los hombres, lo que implica una brecha de género de 5,3 puntos porcentuales. Más aún, esta brecha se mantiene en los mayores niveles de dependencia, donde las mujeres tienen un 3,3% de dependencia severa en comparación al 2,2% observado en hombres.

El envejecimiento es un componente importante relacionado a la dependencia funcional, ya que con el deterioro natural del cuerpo aumenta la prevalencia. Cuando se analiza la situación de dependencia por tramo etario, se observa que ésta aumenta con la edad, especialmente al llegar al tramo de 60 años o más. Tal como se advierte en el gráfico 5.2, el porcentaje de dependencia es de 4,6% para las personas de 18 a 29 años; 5,1% para las de 30 a 44 años; 8,3% para las de 45 a 59 años; y de 22,2% para quienes tienen 60 años o más. Además, la dependencia se vuelve más severa con la edad, observándose un 8,0% de dependencia severa en personas mayores, porcentaje que es menor al 2% en los tramos de menos edad. Sin embargo, es importante destacar que la gran mayoría de las personas mayores (77,8%) son autovalentes.

Gráfico 5.2: Porcentaje de la población adulta en situación de dependencia según grado de dependencia, por tramo de edad



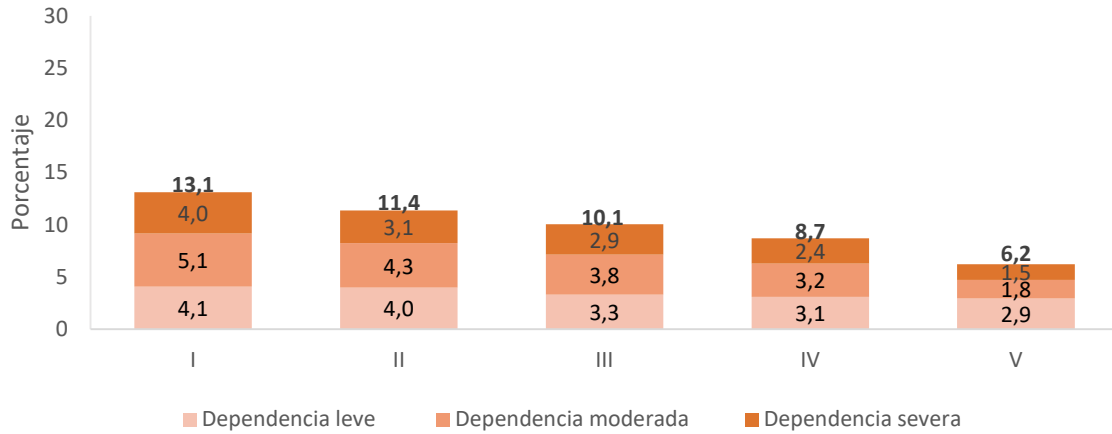
Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas en el porcentaje estimado de personas en situación de dependencia (leve, moderada y severa) entre todos los tramos de edad, con excepción de la dependencia leve entre los tramos Total y 45 a 59 años; 18 a 29 y 30 a 44 años y en dependencia moderada y severa entre los tramos 18 a 29 y 30 a 44 años.

Nota: La categoría dependencia severa tiene menos de 60 casos muestrales para los tramos 18 a 29 y 30 a 44, por lo que sus estimaciones deben ser consideradas con cautela.

Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE 2022)

En el ámbito económico, el porcentaje de población adulta en situación de dependencia disminuye con el quintil de ingresos. Mientras que el 13,1% de la población del primer quintil presenta dependencia, esta situación solo se replica en el 6,2% de las personas del quintil de mayores ingresos (gráfico 5.3). Similar comportamiento se observa para el grupo de mayor edad (60 años o más), donde se muestra que el primer quintil registra un 26,7% de dependencia, en comparación con un 14,2% del quinto quintil. Para el grupo de 45 a 59 años, se observa una gradiente socioeconómica menos marcada, mientras que para los grupos etarios más jóvenes no existe una relación clara entre dependencia y nivel socioeconómico, tal como se observa en gráfico 5.4.

Gráfico 5.3: Porcentaje de la población adulta en situación de dependencia según grado de dependencia, por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar de las personas (*)



Notas:

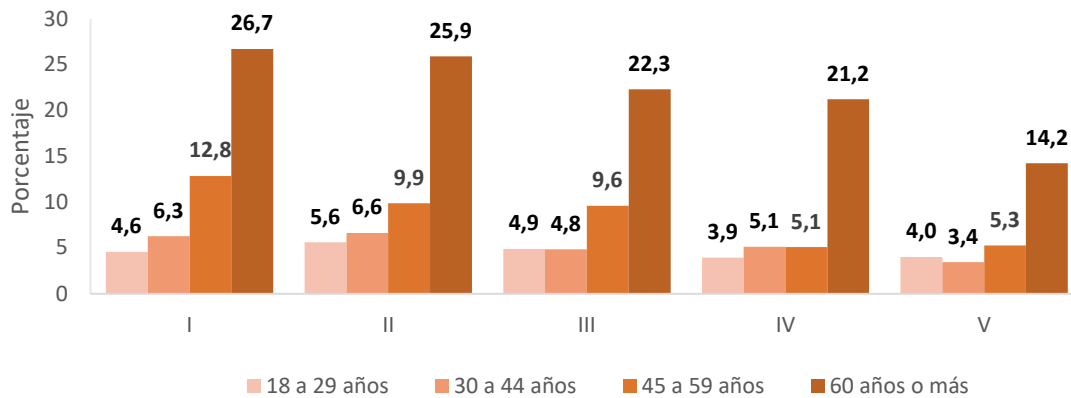
Al 95% de confianza, NO se encuentran diferencias significativas entre quintiles para el grado de dependencia leve excepto entre los quintiles I-IV, I-V, II-IV y II-V.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre quintiles para el grado de dependencia moderada excepto entre los quintiles I-II, II-III y III-IV.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre quintiles para el grado de dependencia severa excepto entre los quintiles II-III y III-IV.

(*) Cálculo de quintiles de ingreso: ENDIDE es una encuesta de personas, no de hogares, pero contiene información detallada sobre características de los ingresos de los hogares de las personas seleccionadas en la muestra. Considerando que no toda la población de interés posee ingresos personales, se optó por construir quintiles de ingresos utilizando como objeto de quintilización la distribución del ingreso autónomo per cápita del hogar donde viven las personas. Dado que el marco muestral corresponde a personas y no a viviendas, esto equivale a considerar que el ingreso per cápita del hogar es un atributo individual de las personas seleccionadas, en tanto es una variable proxy de las condiciones socioeconómicas bajo las que viven dichas personas.

Gráfico 5.4: Porcentaje de la población adulta en situación de dependencia según tramo de edad, por quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar de las personas (*)



Nota:

Al 95% de confianza, en el tramo de edad de 18 a 29 años NO se encuentran diferencias significativas entre quintiles.

Al 95% de confianza, en el tramo de edad de 30 a 44 años NO se encuentran diferencias significativas entre quintiles, excepto entre los quintiles I-V y II-V.

Al 95% de confianza, en el tramo de edad de 45 a 59 años se encuentran diferencias significativas entre quintiles, excepto entre quintiles II-III y IV-V.

Al 95% de confianza, en el tramo de edad de 60 años o más se encuentran diferencias significativas entre quintiles, excepto entre quintiles I-II y III-IV.

Nota: La desagregación 18 a 29 tiene menos de 60 casos muestrales para los quintiles I, III, IV y V por lo que sus estimaciones deben ser consideradas con cautela.

(*) Cálculo de quintiles de ingreso: ENDIDE es una encuesta de personas, no de hogares, pero contiene información detallada sobre características de los ingresos de los hogares de las personas seleccionadas en la muestra. Considerando que no toda la población de interés posee ingresos personales, se optó por construir quintiles de ingresos utilizando como objeto de quintilización la distribución del ingreso autónomo per cápita del hogar donde viven las personas. Dado que el marco muestral corresponde a personas y no a viviendas, esto equivale a considerar que el ingreso per cápita del hogar es un atributo individual de las personas seleccionadas, en tanto es una variable proxy de las condiciones socioeconómicas bajo las que viven dichas personas.

Los datos descritos muestran brechas importantes en la dependencia, revelando grupos que están en mayor desventaja con tasas que superan con creces el promedio nacional de 9,8%. Analizando el grupo de las mujeres se observa una prevalencia de 2,6 puntos porcentuales mayor que el promedio nacional, mientras que en el quintil I se registran 3,3 más que el promedio nacional. Sin embargo, la edad y el ingreso son los factores que más explican la dependencia y las brechas que se observan en la población. La información muestra que la población de 60 años o más tiene una prevalencia de 12,4 puntos porcentuales por sobre el promedio nacional y el grupo de personas mayores (60 años o más) pertenecientes al quintil I registra un 16,9% más que el promedio nacional. Es decir que, mientras en la población total 1 de cada 10 personas tiene dependencia, en la población de personas mayores pertenecientes al quintil I esta proporción aumenta a 1 de cada 4 personas.

Este último resultado es fundamental para entender la relación entre dependencia, desigualdad socioeconómica y ciclo vital. Si bien en el agregado la dependencia aumenta de manera importante y estadísticamente significativa entre las personas mayores, el aumento es considerablemente menor para aquellas personas que se encuentran en el quintil de ingresos más alto. A esto se suma, adicionalmente, la desigual capacidad de las personas dependientes para acceder a servicios pagados de cuidado.

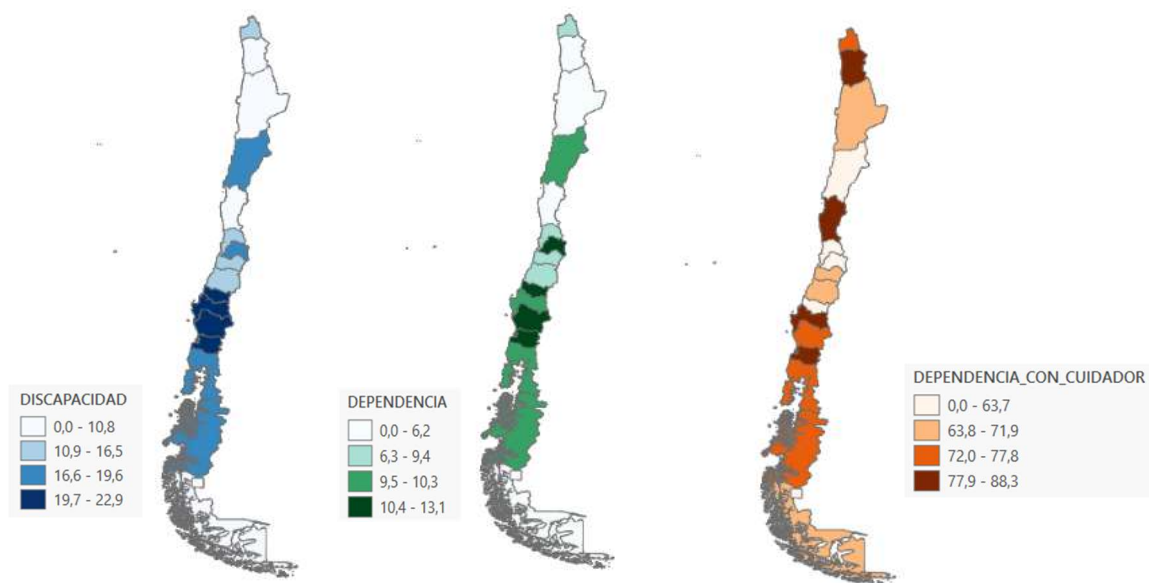
CUADRO 5.1.**Distribución regional de la discapacidad y dependencia en la población adulta, y de la presencia de cuidadores entre la población con dependencia funcional**

Las estadísticas de población con discapacidad y dependencia presentan variaciones regionales que son importantes de tener en cuenta a la hora de analizar estos fenómenos. Las razones detrás de estas diferencias son diversas y pueden relacionarse al perfil sociodemográfico, factores ambientales, económicos y culturales. En lo concreto, según ENDIDE 2022, las regiones del centro-sur y sur del país y las regiones más pobladas (Metropolitana, Valparaíso y Biobío), son las que presentan mayores tasas de discapacidad y dependencia funcional en comparación con las regiones del norte y centro del país (gráfico C5.1). La región con mayor tasa de discapacidad en personas adultas es Ñuble con 22,9%, mientras que Antofagasta presenta la tasa más baja con 7,8%. Estas regiones se repiten en el caso de la dependencia (13,1% y 4,5%, respectivamente).

Por otro lado, la presencia de cuidadores también varía regionalmente (gráfico C5.1), pero su distribución no sigue necesariamente el patrón territorial observado para la dependencia funcional. En este caso, tanto en el norte como en el sur del país hay una mayor tendencia a tener la necesidad de cuidados cubierta, en comparación al centro del país. La región con mayor cobertura es Coquimbo, donde un 87,6% de las personas con dependencia reportan tener un cuidador o cuidadora permanente, mientras que Atacama reporta la menor cobertura, con una tasa de 57,7%. Esta diferencia es estadísticamente significativa.

Se debe considerar, finalmente, que algunos de los datos regionales de presencia de cuidadores se obtienen sobre un bajo número de casos muestrales, por lo que estos resultados deben leerse con cautela (Ver nota en gráfico C5.1). Aún así, el ejercicio entrega alguna evidencia de que la brecha de necesidades cubiertas de cuidado permanente es heterogénea a nivel de regiones, lo que llama a considerar estas particularidades a la hora de diseñar políticas de cuidados.

Gráfico C5.1: Porcentaje de la población adulta con discapacidad, porcentaje en situación de dependencia y porcentaje de la población adulta en situación de dependencia que cuenta con persona cuidadora, por región por región



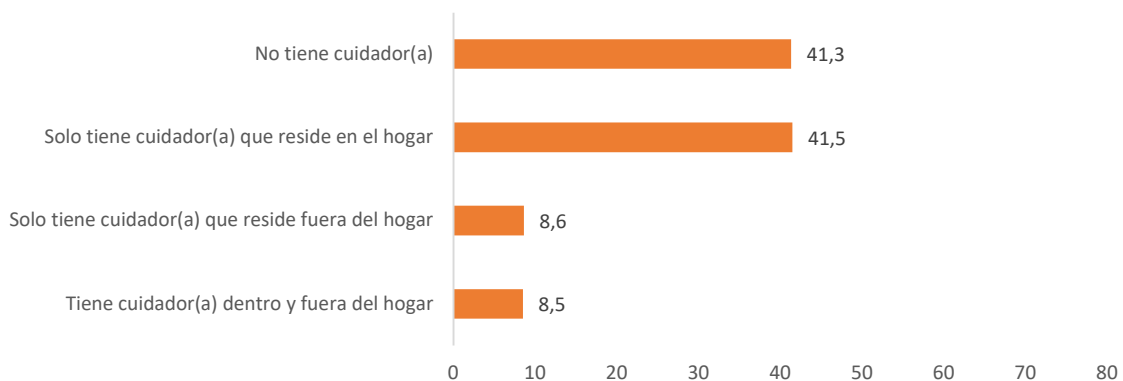
Nota:

- Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre la prevalencia de discapacidad del país respecto a las regiones, excepto en Atacama, Valparaíso, Los Lagos y Aysén.
- Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre la prevalencia de dependencia del país respecto a las regiones, excepto en Atacama, Valparaíso, O'Higgins, Biobío, Los Lagos, Aysén Los Ríos.
- Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre la prevalencia de discapacidad del país respecto a las regiones, excepto en Atacama.
- El indicador analizado de dependientes con cuidador tiene menos de 60 casos muestrales para las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Los Ríos, Aysén y Magallanes, por lo que sus estimaciones deben ser consideradas con cautela.

5.3 Necesidades de cuidados en las personas adultas con dependencia, ENDIDE 2022

En esta sección se describe en qué medida la población adulta con dependencia funcional es capaz cubrir sus necesidades de cuidado permanente. En el gráfico 5.5 es posible observar que no todas las personas con dependencia tienen una persona cuidadora que les entregue ayuda permanente. De hecho, el 41,3% de las personas con dependencia declara no tener una persona cuidadora (que le preste ayuda de manera permanente), mientras que el 41,5% declara tener una o más personas cuidadoras que residen en el hogar. Un 8,6% tiene una o más personas cuidadoras que residen fuera del hogar, y otro 8,5% cuenta con personas cuidadoras tanto dentro como fuera del hogar.

Gráfico 5.5: Distribución de la población adulta en situación de dependencia, según presencia de persona cuidadora y pertenencia de esta al hogar



Notas:

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias significativas entre todas las categorías, excepto entre “Solo tiene cuidador(a) que reside fuera del hogar” y “Tiene cuidador(a) dentro y fuera del hogar”, y entre “No tiene cuidador(a)” y “Solo tiene cuidador(a) que reside en el hogar”.

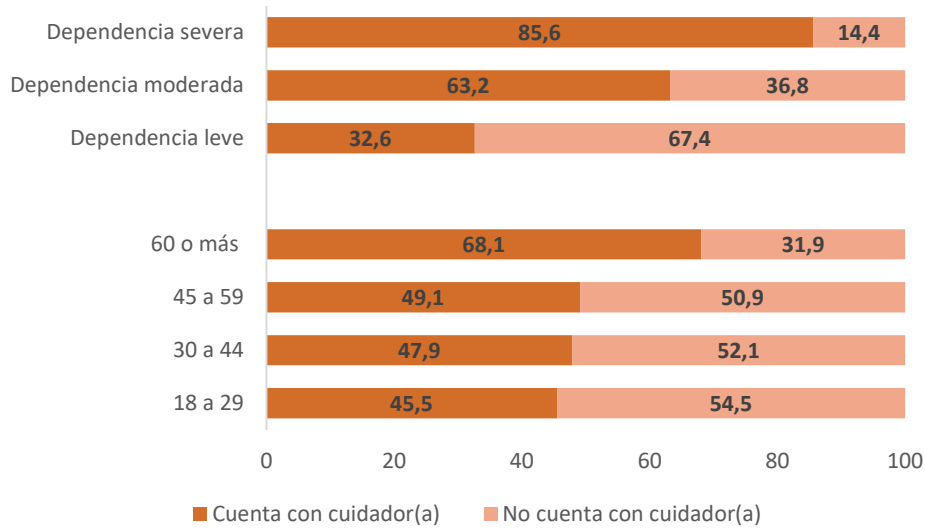
Las categorías “Solo tiene cuidador(a) que reside en el hogar” y “Solo tiene cuidador(a) que reside fuera del hogar”, consideran la posibilidad de existencia de una(o) o más cuidadoras(es). La categoría “Tiene cuidador(a) dentro y fuera del hogar” considera la posibilidad de existencia de dos o más cuidadoras(es).

Como es de esperar, la presencia de personas cuidadoras aumenta a medida que la situación de dependencia se vuelve más severa. El gráfico 5.6 muestra una gradiente importante según el grado de dependencia. En efecto, 3 de cada 10 personas con dependencia leve declara tener una persona cuidadora que le presta apoyo permanente, mientras que este número aumenta a 8 de cada 10 personas en la población con dependencia severa.

Al analizar el dato según la edad de la población dependiente, también se observan brechas: el 45,5% de la población de 18 a 29 años cuenta con alguna persona cuidadora, porcentaje que aumenta a 47,9% para la población de 30 a 44 años; a 49,1% para la población de 45 a 59 años, y a 68,1% para quienes tienen 60 o más años. Así, existe una brecha de 22,6 puntos porcentuales en el acceso a cuidados entre la población de 18 a 29 años y la población de 60 o más años.

Otro antecedente para considerar se refiere a las brechas existentes en la población adulta en situación de dependencia que cuenta con una persona cuidadora, según el quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar. En este caso, se observa una diferencia significativa entre el quintil más pobre versus el más rico, con cifras de 61,3% versus 51,4%, respectivamente.

Gráfico 5.6: Porcentaje de la población adulta en situación de dependencia que cuenta con persona cuidadora, según grado de dependencia y por tramos de edad



Notas:

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la población adulta en situación de dependencia que cuenta con cuidador(a) y la que no cuenta con cuidador(a), en todos los niveles de dependencia.

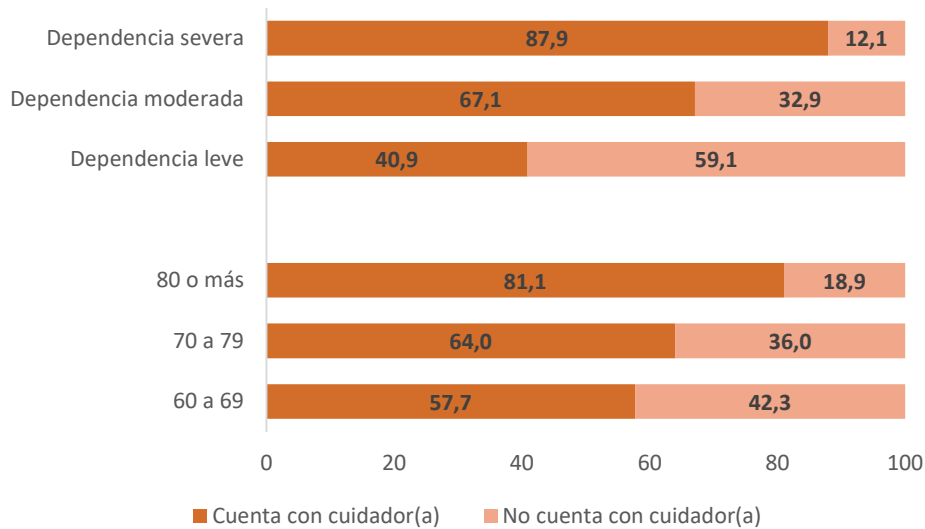
Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los niveles de dependencia para las categorías “cuenta con cuidador(a)” y “no cuenta con cuidador(a)”.

Al 95% de confianza, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías “Cuenta con cuidador(a)” y “No cuenta con cuidador(a)”, en los distintos tramos etarios, excepto en el tramo “60 y más años”.

Al 95% de confianza, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los distintos tramos etarios, para las categorías “Cuenta con cuidador(a)” o “No cuenta con cuidador(a)”, excepto entre “60 y más años” y el resto de los tramos etarios.

Al realizar el mismo análisis, pero poniendo foco en la población mayor (60 o más años), se observa un comportamiento similar al descrito previamente para la población adulta en general, es decir, la presencia de personas cuidadoras en la población con dependencia aumenta de manera directa a mayores niveles de severidad y de edad de la persona con dependencia. El gráfico 5.7 muestra que la proporción de población con dependencia severa que cuenta con una persona cuidadora, duplica el porcentaje de la población con dependencia leve (87,9% versus 40,9%). El mismo fenómeno se observa al analizar a los distintos grupos etarios, pues el porcentaje de las personas dependientes que cuentan con una persona cuidadora es de 81,1% en el tramo de 80 o más años, en comparación con el 57,7% de la población dependiente de 60 a 69 años.

Gráfico 5.7: Porcentaje de la población mayor (60 o más años) en situación de dependencia que cuenta con persona cuidadora, según grado de dependencia y por tramos de edad



Notas:

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías "cuenta con cuidador(a)" y "no cuenta con cuidador(a)", en todos los niveles de dependencia.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los niveles de dependencia para las categorías "cuenta con cuidador(a)" y "no cuenta con cuidador(a)".

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las categorías "cuenta con cuidador(a)" y "no cuenta con cuidador(a)", en todos los tramos etarios.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los tramos etarios, para las categorías "cuenta con cuidador(a)" y "no cuenta con cuidador(a)", excepto entre los tramos "60 a 69 años" con "70 a 79 años".

Al caracterizar a la población adulta en situación de dependencia según los atributos de las personas cuidadoras integrantes del hogar, se advierte que la gran mayoría (69,9%) de las personas que reciben cuidados lo hacen por parte de una mujer³⁹.

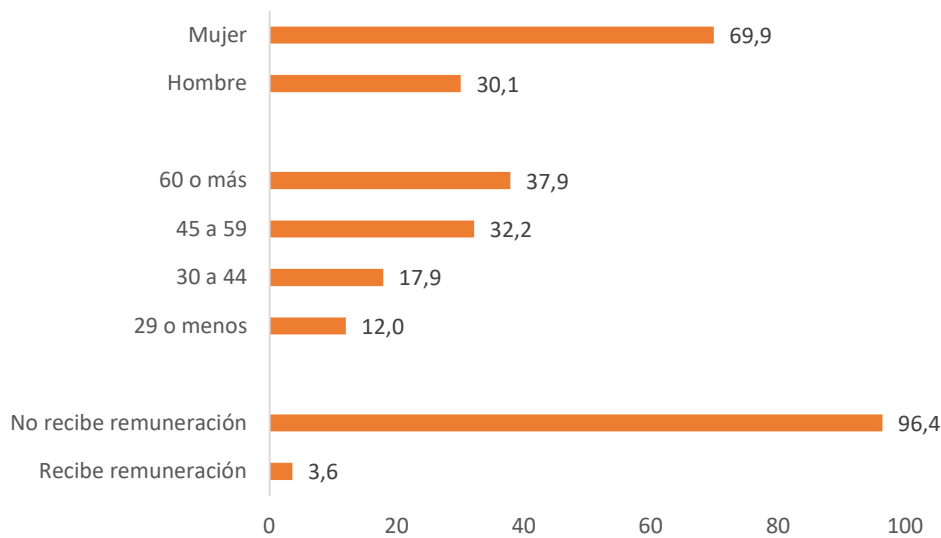
Asimismo, analizando la edad de las personas cuidadoras se observa en el gráfico 5.8 que de 10 personas dependientes con personas cuidadoras, 4 de ellas reciben cuidados de parte de personas del hogar de 60 o más años; mientras que 3 tienen cuidadoras(es) de entre 45 a 59 años; 2 tienen cuidadores(as) de 30 a 44 años y una recibe cuidados de alguien de menos de 29 años.

Respecto al parentesco de la persona que ejerce el rol de persona cuidadora en el hogar, se observa que el cuidado se recibe principalmente de parte de hijos(as) o hijastros(as) y de cónyuges o convivientes, con el 38,3% y 33,0%, respectivamente (gráfico 5.9).

Otro aspecto importante de esta caracterización es el hecho de que solo el 3,6% de las personas cuidadoras del hogar, identificadas como cuidador principal por el o la entrevistada, reciben remuneración.

³⁹ En el contexto del cuestionario, se solicita a la persona encuestada que identifique al cuidador(a) principal, solo en caso de existir más de una persona que le preste asistencia o ayuda, mediante la siguiente pregunta: "De estas personas, ¿quién es la principal persona que le presta asistencia o ayuda?".

Gráfico 5.8: Distribución de la población adulta en situación de dependencia que cuenta con persona cuidadora integrante del hogar, según sexo, tramo de edad y si es que recibe remuneración



Notas:

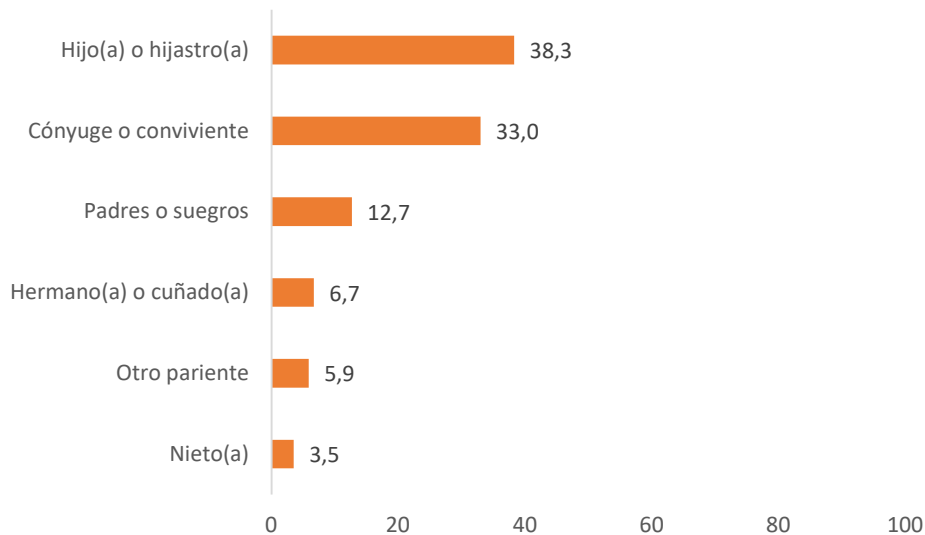
Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambas categorías.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los grupos etarios del cuidador(a) principal de hogar.

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quienes reciben remuneración y quienes no.

Como ya se ha mencionado en este capítulo, la edad incide de manera determinante en la probabilidad de estar en situación de dependencia, en las necesidades de cuidado y en la profundización de muchos de los fenómenos mencionados en páginas anteriores. En efecto, en la población dependiente de personas mayores, el rol de persona cuidadora en el hogar es ejercida por mujeres en el 71,0% de los casos, y el 47,6% de las personas mayores dependientes son cuidadas por otras personas mayores. Por otro lado, en esta población se observa que el cuidado lo realiza principalmente el cónyuge o conviviente (33,7%) y la(el) hija(o) o hijastra(o) (48,3%).

Gráfico 5.9: Distribución de la población adulta en situación de dependencia que cuenta con persona cuidadora integrante del hogar, según parentesco de la persona cuidadora principal del hogar



Notas:

Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las distintas categorías, excepto entre "Hermano(a) o cuñado(a)" con "Otro pariente".

La categoría "Otro pariente" agrega las siguientes categorías: yerno o nuera, abuelo(a) y otro pariente.

Se excluyen categorías: vecinos(as), amigos(as), servicio doméstico puertas adentro, servicio personal de salud y otros no parientes.

5.4 Dependencia funcional – Casen 2022

La dependencia se relaciona a la incapacidad, dificultad o limitación para realizar actividades y con la necesidad de recibir ayuda para llevarlas a cabo. Esto se observa en el abundante desarrollo de investigación proveniente del ámbito de la salud y la geriatría, así como en las escalas e instrumentos generados con fines de pesquisa y diagnóstico utilizados en la atención a personas mayores (SENAMA, 2009).

Siguiendo el enfoque de la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF), en Chile se ha definido para la política pública, mediante la Ley N° 20.422⁴⁰, que las personas que se encuentran en situación de dependencia funcional son aquellas que, considerando su capacidad mental, física y/o de movilidad, requieren apoyo de un tercero para realizar ciertas tareas. Esta ley define la dependencia funcional como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida".

El indicador de la dependencia funcional de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (Casen) ha sido incorporada a partir de su versión 2013. El modelo teórico considerado hasta Casen 2017 incorporó las definiciones conceptuales y operacionales utilizadas originalmente en el Estudio

⁴⁰ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903&idParte=>

Nacional de Dependencia en Personas Mayores (SENAMA, 2009), buscando construir un proxy de la medición de dicho estudio a partir de la información recogida en el módulo salud de la encuesta. La operacionalización de la dependencia funcional consideró como dependientes a personas de 15 años o más que declarasen:

- *Tener dificultades extremas o que presentan imposibilidad* para realizar actividades básicas o instrumentales de la vida diaria
- *Recibir ayuda* con alta frecuencia (ayuda muchas veces o siempre para la realización de la actividad) o que presentan dificultades moderadas o severas en al menos una actividad básica de la vida diaria o dos actividades instrumentales

La gradación de la situación de dependencia considera los criterios del estudio de SENAMA del 2009, utilizando una lista de criterios que combina: 1) el nivel de dificultad para realizar la actividad evaluada, 2) la frecuencia de la ayuda recibida, 3) el tipo de actividad (distinguiendo entre actividad básica e instrumental de la vida diaria), y 4) el número de actividades comprometidas.

En Casen 2022 la medición y análisis de la dependencia funcional se modificó, para que su medición fuese coherente con los cambios realizados en el marco utilizado para la medición de dependencia funcional en la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE), que toma como referencia la operacionalización realizada en el estudio de personas mayores de 2009 y establece como marco teórico la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, utilizado en ENDISC 2015. En este contexto, la operacionalización de dependencia funcional en Casen 2022, considera como dependientes a personas de 15 años o más que declaran:

- *Tener dificultad moderada, severa o extrema dificultad/imposibilidad* para realizar alguna actividad
- *Necesitar ayuda* muchas veces o siempre para realizarla

El análisis descriptivo que se presenta a continuación considera esta última definición.

Caracterización de la población de 15 años y más con dependencia funcional

De acuerdo con los resultados de la encuesta Casen 2022, el 4,0% de la población de 15 años y más presenta algún grado de dependencia funcional, de acuerdo con el marco conceptual señalado en sección anterior⁴¹. De estos, el 30,2% se encuentra en un grado leve de dependencia, el 32,8% se encuentra en un nivel moderado y el 36,9% está en el nivel severo de dependencia funcional.

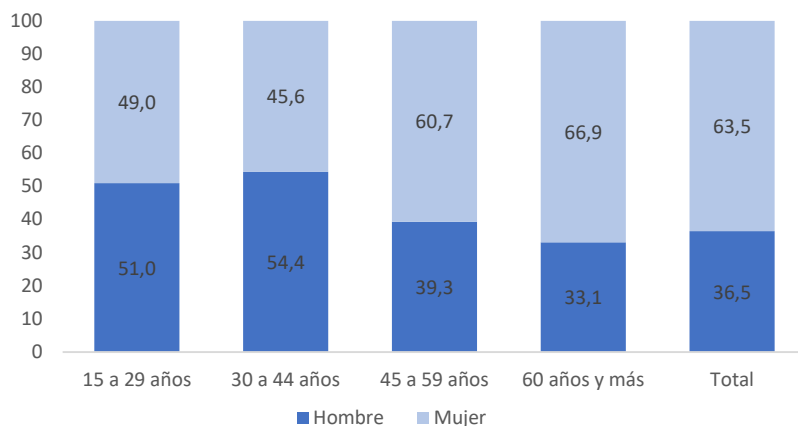
Respecto al total de la población de 15 años y más, en promedio las mujeres que se encuentran en situación de dependencia funcional (5,0%), superan en dos tercios a los hombres dependientes (3,0%).

Por otro lado, se advierte que la dependencia funcional significativamente a medida que se avanza en el ciclo de vida. Es así que, en el tramo de 15 a 29 años, un 0,9% de las personas se encuentra en

⁴¹ Estos datos difieren de las cifras obtenidas a partir de ENDIDE 2022 por varias razones: en primer lugar, ENDIDE es el instrumento oficial para la medición de la discapacidad y dependencia abordando una mayor cantidad de dominios del funcionamiento (CIF) en relación con Casen. En segundo lugar, ENDIDE el informante corresponde a la propia persona seleccionada, mientras que en Casen el informante responde por todo el hogar.

esta condición, en tanto que en el tramo de 30 a 44 años es de 1,0%, pasando a 2,5% en el caso de la población de 45 a 59 años e incrementándose a 13,0% en el caso de la población de 60 años y más. Al analizar la distribución de la dependencia según sexo por tramo de edad, se observa que a partir del tramo de 45 años y más la dependencia se concentra en las mujeres, mientras que en los tramos más jóvenes la dependencia es mayor en los hombres (Gráfico 5.10), existiendo una diferencia estadísticamente significativa por sexo en todos los tramos de edad, excepto en el de 15 a 29 años.

Gráfico 5.10: Distribución de la población de 15 años y más con dependencia según sexo por tramo etario

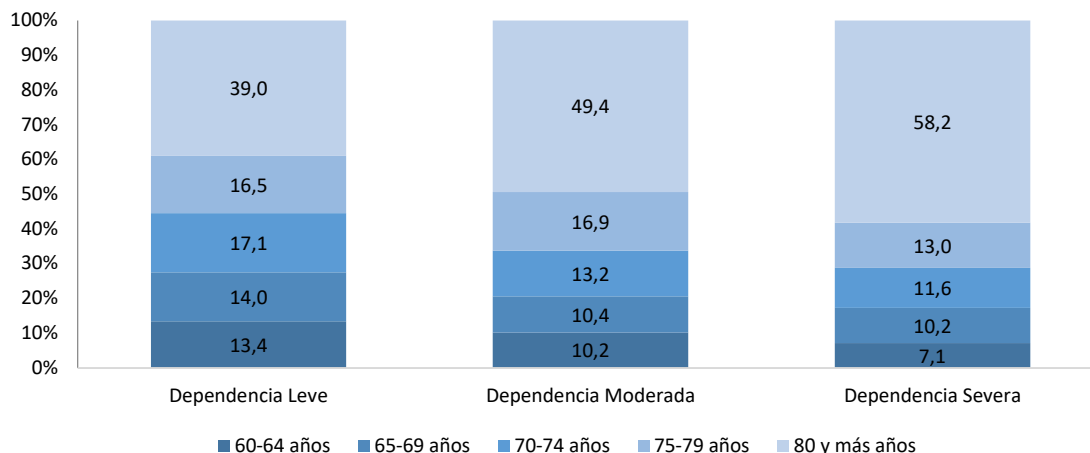


Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres con dependencia, en todos los tramos etarios, excepto en el tramo de 15 a 29 años.

Fuente: Encuesta Casen 2022, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

La mayor proporción de dependencia en las personas mayores se relaciona con el desarrollo de enfermedades crónicas y el aumento en la prevalencia de limitaciones funcionales, que ocurre como parte del propio proceso de envejecimiento. Cuando se analiza en particular la severidad de la dependencia según tramo etario en la población de personas mayores, presentada en el Gráfico 5.11, se aprecia que la incidencia de la dependencia se incrementa en el tramo de mayor edad, alcanzando al 58,2% de dependencia severa en los mayores de 80 años, proporción que presenta diferencias significativas con los otros grupos etarios. Comportamiento similar se observa en la distribución de las dependencias moderada y leve, donde en las personas mayores de 80 años alcanza valores de 49,4% y 39,0%, respectivamente.

Gráfico 5.11: Distribución de la población de 60 años y más con dependencia, según tramo de edad por grado de dependencia

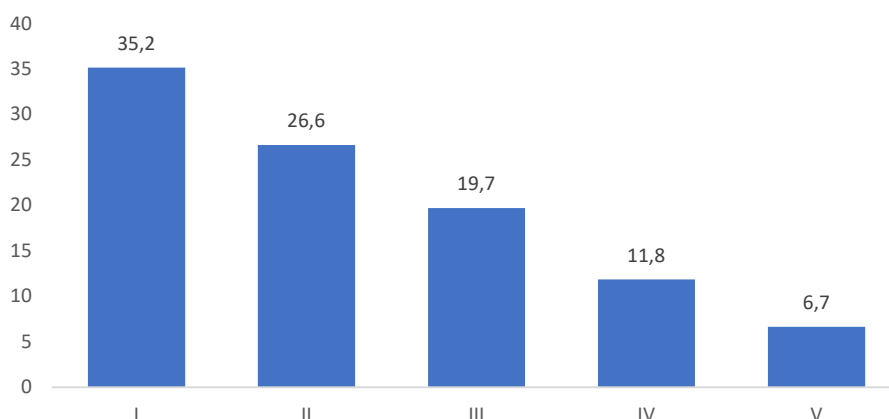


Al un 95% de confianza se encuentran diferencias estadísticamente significativas (i) en dependencia leve, en todos los tramos etarios, excepto entre 65-69 con 70-74 y 70-74 con 75-79; (ii) en dependencia moderada, en todos los tramos etarios, excepto entre 60-64 con 65-69; (iii) en dependencia severa, en todos los tramos etarios, excepto entre 60-64 con 65-69; 65-69 con 70-74; 65-69 con 75-79 y 70-74 con 75-79.

Fuente: Encuesta Casen 2022, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Al analizar los ingresos, se encuentra una relación negativa entre la dependencia funcional y los quintiles de ingreso autónomo de la población analizada, lo que se puede observar en Gráfico 5.12. Esto es, el porcentaje de personas con dependencia aumenta a medida que disminuyen los ingresos, mientras que el 35,2% de las personas dependientes se concentra en el quintil de menores ingresos, paralelamente en el quintil de mayores ingresos esta proporción disminuye a 6,7%, siendo la diferencia más significativa entre todos los quintiles de ingreso.

Gráfico 5.12: Distribución de la población de 15 años y más, según dependencia funcional por quintil de ingreso autónomo per cápita



Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todos los quintiles de ingreso autónomo per cápita.

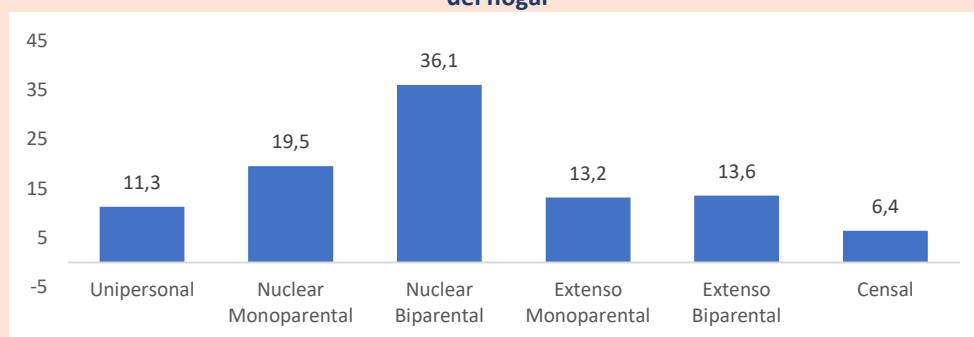
Fuente: Encuesta Casen 2022, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

CUADRO 5.2
Hogares con personas de 15 años y más con dependencia

De acuerdo con los resultados de la última versión de Casen que data de 2022, en el 8,6% de los hogares encuestados se observa la presencia de alguna persona de 15 años y más con algún grado de dependencia funcional. De los hogares con presencia de alguna persona en condición de dependencia, en el 7,6% de ellos se advierte la presencia de 2 o más personas dependientes, en tanto en el 92,4% restante solo hay una persona en esta condición.

De los hogares con presencia de personas dependientes, en el 56,9% se observa que la jefatura de hogar es mujer, mientras que en el 43,1% de los hogares este rol lo ejerce un hombre. La diferencia es estadísticamente significativa. Al analizar la tipología de los hogares, se observa que del total de hogares que tienen entre sus integrantes a una persona con dependencia, un **11,3%** son hogares unipersonales, lo que en términos absolutos significa que existen cerca de 68.000 hogares con personas con algún grado de dependencia que viven solas. Por otra parte, el 36,1% se concentran en hogares nucleares biparental, 19,5% son hogares nucleares monoparentales, un poco más del 13% se clasifican como hogares extenso monoparental o biparental, y un 6,4% se encuentran en la categoría censal (del orden de 39 mil hogares). Respecto a esta última categoría, se debe señalar que corresponde a hogares conformados por una o más personas, vinculadas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en la misma vivienda particular. Se observa que en el **92,2%** de estos hogares existe la presencia de una persona mayor de 60 años.

Distribución de los hogares con presencia de personas con dependencia según tipología de la estructura del hogar



Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías de estructura del hogar con presencia de personas con dependencia, excepto entre las categorías extenso monoparental con extenso biparental.

Fuente: Encuesta Casen 2022, Ministerio de Desarrollo Social y Familia

Por otro lado, en el 93,0% de los hogares con presencia de personas con dependencia existe un cuidador(a), en tanto en el 7,0% de los hogares restantes, las personas encuestadas manifiestan que existe la presencia de 2 o más cuidadores(as).

6. OFERTA PROGRAMÁTICA DEL CUIDADO EN CHILE

¿Quiénes son los actores relevantes?⁴²

El Diamante del Cuidado revisado en la sección 1.2, identifica como actores relevantes de la provisión de los servicios del cuidado a cuatro principales agentes: las familias u hogares, el mercado (sector privado), el Estado (sector público) y la sociedad civil, compuesta principalmente por organizaciones no gubernamentales o fundaciones. Sin embargo, los apartados anteriores mostraron evidencia sobre cómo esta responsabilidad se encuentra distribuida, con una evidente sobrecarga en las familias. Ante ello se está diseñando e implementando cambios a través del Sistema Nacional de Cuidados, los que generarán modificaciones importantes en el rol del Estado en lo referente a los cuidados y se promoverá que también ocurra en el resto de los actores.

Esta sección busca analizar la respuesta actual a las necesidades de cuidado identificadas en la sección anterior, por lo que se describe, a modo general, la acción del Estado, el sector privado y la sociedad civil organizada.

Acción desde el Estado

Desde el Estado se implementan múltiples políticas y programas en el ámbito de los cuidados. En particular, se trata de satisfacer las demandas de las personas con necesidades de cuidado, así como garantizar sus derechos. A pesar de que no existe aún un Sistema Integral de Cuidados, se está avanzando en la definición y normativas necesarias para la implementación del cuidado como un cuarto pilar del estado de bienestar.

Como resultado de la mesa técnica de la Comisión de Oferta, Gobernanza y Financiamiento se obtuvo el mapeo de la oferta pública en temática de cuidados, ordenándola para que tenga sentido en términos del sistema integral que se busca construir. En este contexto, se han identificado un total de 70 programas, de diferentes sectores, que tributan a los cuidados. Estas iniciativas se han organizado en categorías que pretenden no solo comprender los programas que actualmente generan oferta desde el Estado respecto de los cuidados, sino también la oferta que pueda generarse en el futuro en el contexto del Sistema.

⁴² Las definiciones y cifras que se mencionan en esta sección corresponden a la última información disponible a la fecha de elaboración del documento “Informe Secretaría Técnica del Consejo Asesor Presidencial Interministerial para el diseño de un Sistema Nacional e Integral de Cuidados” (julio 2023). El Sistema Nacional Integral de Cuidados se encuentra en proceso de diseño, por lo que algunos de estos elementos podrían sufrir modificaciones posteriores, a medida que dicho proceso avanza.

Tabla 1. Ámbitos y categorías de oferta pública actual en el ámbito de los cuidados

Ámbito	Categoría de la oferta	Cantidad de programas existentes
Servicios de cuidado y apoyo	Cuidados en instituciones o comunitarios	22
	Cuidados en el hogar	6
	Servicios de apoyo, ayudas técnicas y habitabilidad	19
Servicios de promoción y formación	Promoción de la corresponsabilidad	8
	Competencias y empleo	3
Bonos y subsidios	Transferencias monetarias	12

6.1 Oferta Programática del Sistema Nacional e Integral de Cuidados⁴³

- **Cuidados en instituciones y comunidades**

Servicios sociales de cuidado que se entregan a personas que requieren asistencia y apoyo, prestados fuera del hogar en instituciones públicas, privadas o centros comunitarios, con o sin alojamiento, incluyendo transferencias a instituciones. Considera servicios de apoyo y relevo o reemplazo de las tareas de cuidado, dirigidos a personas cuidadoras no remuneradas, realizados fuera del hogar.

Incluye las siguientes subcategorías⁴⁴:

a. Servicios de aprendizaje y cuidado en establecimientos de educación parvularia. Servicios de aprendizaje, cuidado, atención y desarrollo temprano de niñas y niños, desarrollados en salas cuna y jardines infantiles públicos y privados, que además permiten a madres, padres y otras personas cuidadoras principales, participar del mercado laboral o estudiar.

b. Centros de cuidado infantil. Servicios de cuidado, atención y desarrollo temprano de niñas y niños, realizados en guarderías, centros comunitarios y otros espacios públicos y privados. Junto con liberar tiempo a través del relevo del trabajo de cuidados a madres, padres y otras personas cuidadoras, pueden incluir servicios orientados a apoyarles en mejorar su bienestar y entregar herramientas para desarrollar habilidades para un mejor cuidado.

c. Jornadas extendidas: Servicios de atención, apoyo y desarrollo que extienden los horarios escolares, ofreciendo alternativas de ocio y aprendizaje a niñas, niños y adolescentes, al mismo tiempo que permiten a madres, padres y otras personas cuidadoras principales participar del mercado laboral o estudiar.

d. Centros residenciales: Centros públicos, privados o comunitarios que ofrecen servicios de alojamiento, cuidados, vinculación social y atención de salud a personas mayores, personas con discapacidad y/o personas con dependencia.

e. Centros de cuidados para personas adultas: Servicios de apoyos y cuidados para personas adultas o adultas mayores con discapacidad o dependencia, provistos en espacios públicos, privados o comunitarios sin alojamiento. Pueden incluir también apoyos y servicios para mejorar el bienestar

⁴³ Ver en Anexos 6.1 los Programas que se encuentran en cada categoría.

⁴⁴ Aunque las temáticas de infancia no son el foco principal de este informe, de todas formas, se incluyen en este apartado para la completitud de la oferta pública existente en el tema cuidados

de las personas cuidadoras, incluyendo salud mental, autoayuda, herramientas para el manejo del estrés y la sobrecarga, desarrollo de habilidades y promoción del autocuidado.

CUADRO 6.1 Residencias para personas mayores

La *Convención Interamericana Sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores* (2015) establece que el cuidado es un derecho humano. De este modo, la convención ratificada por Chile ese mismo año protege el derecho de acceso a servicios de apoyo y cuidados a la dependencia.

El Servicio Nacional de Adulto Mayor (SENAMA) trabaja en la generación de avances significativos para la prevención y el retraso de la dependencia funcional en la población de personas mayores, además de impulsar de manera permanente diversas políticas que promuevan e instalen con efectividad los principios del envejecimiento digno, activo y saludable en nuestro país. En este ámbito, SENAMA cuenta con distintas estrategias que permiten abordar la amplitud del problema en la población de personas mayores, desde la necesidad de responder en cuanto a prevención, hasta la provisión de cuidados a quienes los necesitan, en sus distintos niveles.

En Chile se observa claramente la preeminencia de dos tipos de cuidados: en primer lugar, los que se verifican en el ámbito de la familia y la comunidad y, en segundo lugar, los que se brindan en el ámbito institucional, donde encontramos los **Centro de Día para Personas Mayores** y los **Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)**, siendo estos últimos los que surgen como respuesta ante los niveles más severos de dependencia y vulnerabilidad social.

La conformación de un sistema de cuidados integrados exige de la incorporación de estrategias que aborden requerimientos de mayor complejidad, como es el caso de las soluciones residenciales que proveen cuidados a largo plazo para casos de alta complejidad, caracterizados por la combinación de una alta vulnerabilidad socioeconómica y niveles superiores de dependencia funcional.

En este contexto, se considera la incorporación en el diseño de sus intervenciones la diversificación sistemática de la demanda por bienes y servicios, y la necesidad de asegurar derechos para las personas que residen en instituciones, orientándose no solo a proveer cuidados, sino también a acompañar, rehabilitar y recuperar, tomando en cuenta siempre la dignidad, requerimientos y preferencias de las propias personas mayores. Por ello, el Estado a través del SENAMA, ha generado un modelo de ELEAM guiado por el enfoque de derechos, con un énfasis especial en aspectos relativos a la salud, funcionalidad, vinculación social, participación y autonomía, indicadores clave de la calidad de vida de las personas mayores.

Actualmente en el país existen 334 ELEAM informales y 876 ELEAM formales⁴⁵, lo que implica la existencia de 1.210 establecimientos que acogen a alrededor de 24 mil personas mayores⁴⁶. De esta población beneficiaria, un total de 1.188 personas son cubiertas por dispositivos de larga estadía del Estado, incrementándose a 1.328 con la inauguración de los establecimientos en la región de Tarapacá y Ñuble en el corto plazo.

⁴⁵ La diferencia en la formalidad de los ELEAM se refiere a la existencia de una resolución sanitaria.

⁴⁶ Información proveniente de los registros administrativos recopilados desde la Plataforma "ELEAM Chile", a marzo del año 2023, SENAMA.

- **Cuidados en el hogar**

Comprende los servicios sociales de cuidados que se entregan a personas que requieren atención y asistencia en su propio hogar. Incluye servicios de asistencia personal para la persona que requiere cuidados y relevo de la persona cuidadora, para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, apoyo en tareas domésticas, entrega de alimentos, administración de medicamentos, asistencia con la movilidad, asistencia en autocuidado y autoimagen, entre otros. También considera servicios de teleasistencia, brindados a distancia a través de tecnologías de información.

Incluye las siguientes subcategorías:

a. Servicios de cuidado infantil en el hogar: Servicios de cuidado a cargo de una persona o de un grupo de personas en el hogar del niño o la niña, así como también en el hogar particular de una persona que preste servicios de cuidado comunitario.

b. Servicios domiciliarios: Servicios realizados por personas cuidadoras para la realización de actividades de la vida diaria, incluyendo cuidados directos (higiene, movilidad, servicios de peluquería, etc.) e indirectos (compras, lavado de ropa, limpieza de casa, calefacción del hogar, etc.). Incluye también servicios especializados y cuidados sanitarios provistos por personal de enfermería y/o fisioterapia.

c. Servicios de relevo y apoyo en el hogar para personas cuidadoras: Servicios que permiten a personas cuidadoras no remuneradas aliviar la carga de trabajo de cuidados, liberar tiempo y mejorar su bienestar, reemplazando temporalmente las actividades de cuidado, entregando apoyo emocional, desarrollando herramientas para el manejo del estrés y habilidades para entregar mejor apoyo y asistencia en el cuidado en el propio hogar.

CUADRO 6.2

Registro de personas cuidadoras

Durante el año 2022 el Ministerio de Desarrollo Social y Familia creó el Registro de Personas Cuidadoras, para lo cual se incorporó un módulo de cuidados en el Registro Social de Hogares que permite identificar a las personas cuidadoras. En este módulo se registran tanto las personas que ejercen los cuidados, como las personas que tienen necesidades de cuidados al interior de los hogares (esto es, se registran díadas), además de las personas cuidadoras no remuneradas.

En esta primera fase de identificación de personas cuidadoras, se hace entrega de una credencial que le permite a la persona cuidadora tener acceso preferente a sucursales u oficinas de los siguientes servicios: FONASA, Banco estado, Serviu, SENAMA, Chile Atiende-IPS, Registro Civil, SENADIS, Municipios.

- **Servicios de apoyo, ayudas técnicas y habitabilidad**

Son servicios y bienes que buscan tanto prevenir la aparición y la progresión de la dependencia, así como mantener y/o mejorar las condiciones de autonomía funcional de las personas, proporcionando acceso a servicios de apoyo, dispositivos, equipos, instrumentos, intérpretes, animales guías, diseño adecuado y adaptaciones del entorno habitacional y urbano, entre otros servicios.

Incluye las siguientes subcategorías:

a. Servicios de identificación: servicios de evaluación y calificación de las condiciones que permiten considerar a las personas como personas con discapacidad o personas cuidadoras.

b. Servicios de apoyo: apoyos humanos que se ponen a disposición como instrumento para facilitar o permitir la vida independiente o mejorar las condiciones de autonomía funcional de las personas.

c. Servicios de rehabilitación: intervenciones que permiten optimizar el funcionamiento y reducir discapacidad en personas con condiciones de salud, en interacción con su entorno.

d. Ayudas técnicas: elementos o implementos requeridos por una persona con discapacidad para prevenir la progresión de la misma, mejorar o recuperar su funcionalidad, o desarrollar una vida independiente (Art.6 letra b, Ley 20.422).

e. Materiales de cuidados: elementos o implementos para el cuidado de la primera infancia, como cunas, ajueres, juegos, entre otros, y desarrollo de herramientas para su utilización.

f. Habitabilidad: considera la generación de condiciones y adaptaciones funcionales a la vivienda que permitan la satisfacción y desarrollo de personas con dependencia, incluyendo su uso, mantención, estructura y materialidad

CUADRO 6.3 Registro Nacional de la Discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por Chile en 2008, establece en su Artículo 31 que los Estados parte deben recopilar información adecuada que les permita formular y aplicar políticas públicas que aseguren el cumplimiento de la Convención.

En Chile, la Ley Nº 20.422 establece que la única forma de acreditar la discapacidad, para acceder a los beneficios y prestaciones sociales contenidos en ella, es mediante la inscripción en el Registro Nacional de la Discapacidad (RND), que es un registro administrativo dependiente del Servicio de Registro Civil e Identificación cuyo objetivo es contar con información relativa a personas con discapacidad, siendo una importante fuente de información para este grupo poblacional en el contexto de las políticas públicas.

De acuerdo con la Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022 (ENDIDE), existen en Chile 3.291.602 personas de 2 años y más con discapacidad, equivalente al 17% de la población de ese segmento etario. Sin embargo, en el RND existen **489.666** personas con discapacidad inscritas (SENADIS a junio de 2023), lo que corresponde a un 14,9% del total nacional de población con discapacidad, de acuerdo con la cifra oficial entregada por ENDIDE.

- **Promoción de la corresponsabilidad**

Servicios que tienen por objetivo sensibilizar, concientizar y promover la corresponsabilidad social y de género de los cuidados, así como también la crianza respetuosa en el caso de cuidados de niños, niñas y adolescentes.

Incluye las siguientes subcategorías:

a. Cursos y talleres en habilidades parentales: actividades formativas orientadas a mejorar las habilidades de madres, padres y personas cuidadoras de niños, niñas y adolescentes para una crianza respetuosa y contribuir a su desarrollo integral, con enfoque de corresponsabilidad de género.

b. Acciones formativas en establecimientos educativos: programas y medidas orientadas a promover la corresponsabilidad social y de género en el ámbito educativo a través de acciones curriculares y pedagógicas.

c. Campañas comunicacionales: acciones de sensibilización y difusión orientadas al reconocimiento del cuidado como derecho, y la promoción de la corresponsabilidad social y de género en diversas escalas de alcance territorial y masivo.

d. Servicios de gestión territorial comunitaria: servicios desarrollados por gestoras y gestores territoriales para promover el involucramiento de las comunidades en el cuidado y la participación social y vinculación de las personas cuidadoras y que requieren cuidados en sus territorios.

e. Voluntariado: servicios desarrollados por personas voluntarias orientadas a acompañar y apoyar en diversos tipos de actividades a personas cuidadoras y personas que requieren cuidados, con el fin de fortalecer la dimensión comunitaria de la organización social del cuidado.

- **Competencias y empleo**

Servicios dirigidos a las personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, orientados a promover el desarrollo de habilidades para el cuidado, la formalización laboral, mejores condiciones del ejercicio del cuidado remunerado y no remunerado y una mejor calidad de los servicios. Incluye acciones de formación, capacitación, certificación de competencias y fomento del empleo y autoempleo en materia de cuidados o en otros oficios o profesiones.

Incluye las siguientes subcategorías:

a. Capacitación para el empleo y formación continua: servicios para la formación en oficios con el fin de mejorar la empleabilidad y el acceso a mejores condiciones laborales. Incluye acciones de capacitación en materia de cuidados para personas cuidadoras remuneradas o no remuneradas que quieran acceder a este tipo de empleos, así como formación en otros oficios para quienes quieran realizar otro tipo de actividades laborales. Pueden incluir también servicios de intermediación laboral.

b. Certificación de competencias laborales: servicios para el reconocimiento formal de conocimientos y habilidades en materia de cuidados, con el cual se facilita el acceso a mejores ingresos y condiciones laborales. Incluye también la certificación de competencias en otros ámbitos para personas cuidadoras que deseen desempeñarse en otros oficios.

c. Cursos orientados a mejorar la calidad de los servicios del cuidado: servicios formativos dirigidos a equipos de personas cuidadoras, técnicas/os y profesionales orientados a mejorar la calidad de los servicios de cuidados.

d. Programas de generación de ingresos: servicios orientados a fortalecer diversas habilidades en personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas que les permitan generar ingresos a través de iniciativas de microemprendimiento, emprendimiento, asociatividad o cooperativismo, tanto en materia de cuidados como en otros ámbitos.

- **Transferencias monetarias**

Aportes monetarios destinados para apoyar económicamente a personas cuidadoras y/o a personas que requieren cuidados. Se consideran entregas directas de recursos de libre disposición a personas, sin necesidad de rendición y con cobertura en todo el país. No son incluidas transferencias a instituciones, becas de arancel de carreras, ni subsidios al consumo de bienes básicos (por ejemplo, al agua potable o al gas natural).

Incluye las siguientes subcategorías:

a. Transferencias a personas que requieren cuidados: aportes monetarios destinados a apoyar económicamente a personas con discapacidad, personas con dependencia y/o personas mayores.

b. Transferencias a personas cuidadoras: aportes monetarios destinados a personas que ejercen cuidado no remunerado de niños, niñas, adolescentes, personas con discapacidad, personas con dependencia y/o personas mayores.

6.2 Vínculo del Estado con el sector privado y la sociedad civil⁴⁷

La División de Cooperación Público-Privada (DCPP) de la Subsecretaría de Evaluación Social del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, administra mecanismos de colaboración entre el sector privado, la sociedad civil y el Estado, con el fin de prestar apoyo a las personas más vulnerables del país. El Ministerio de Desarrollo Social y Familia es el responsable de proporcionar los elementos necesarios para el funcionamiento de la Ley 19.885 de Donaciones con Fines Sociales, la cual “norma el buen uso de las donaciones de personas jurídicas que dan origen a beneficios tributarios y los extiende a otros fines sociales y públicos”.

Para el funcionamiento de la Ley 19.885 existe un directorio de fundaciones y corporaciones que trabajan en favor de personas de escasos recursos y/o en situación de discapacidad, así como también de los establecimientos educacionales que deseen presentar proyectos de prevención o rehabilitación de adicciones de alcohol o drogas⁴⁸. Solo las instituciones pertenecientes a este registro pueden presentar iniciativas para obtener donaciones acogidas al beneficio tributario de la ley. Desde la implementación de la normativa, la cantidad de instituciones que ingresan al registro ha aumentado progresivamente, de hecho, a diciembre del 2022, se contabilizaron 882 instituciones.

Además, se cuenta con la línea programática de donaciones con fines sociales, que corresponde a aportes en dinero que una persona natural o jurídica efectúa a una entidad en el Registro de Donatarios, con el objeto de financiar la ejecución de programas o proyectos registrados en el Banco de Proyectos, o bien, al Fondo Mixto de Apoyo Social, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Nº 19.885, y que dan derecho a obtener los beneficios tributarios que la misma ley establece.

⁴⁷ Información completa en Informe de Desarrollo Social 2023. Disponible en <https://www.desarrollosocialyfamilia.gob.cl/storage/docs/ids/Informe-desarrollo-social-2023.pdf>

⁴⁸ Más información sobre la postulación al Registro de Donatarios, disponible en <http://sociedadcivil.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/fundaciones-registradas/registra-tu-fundacion/>.

CUADRO 6.4
Ley de Inclusión Laboral N°21.015

El 1 de abril del 2018 entró en vigencia la Ley de Inclusión Laboral que promueve la Inclusión de Personas con Discapacidad al mundo laboral. Dicha normativa establece que, empresas e instituciones públicas con 100 o más trabajadores deben contratar, según corresponda, al menos a un 1% de personas con discapacidad o que sean asinatarias de una pensión de invalidez, y en el caso de no poder dar cumplimiento, se debe acoger a las medidas alternativas existentes. Una de ellas es efectuar donaciones en dinero a proyectos o programas de asociaciones, corporaciones o fundaciones a las que se refiere la Ley N°19.885 de Donaciones con Fines Sociales. Dado a lo anterior, durante el año 2018 se creó un nuevo Registro de Donatarios y Banco de Proyectos acogidos a la Ley N°21.015.

El funcionamiento de dicha medida alternativa contempla el mismo proceso de la Ley N°19.885, teniendo diferencias respecto a sus requisitos y beneficios. Por una parte, los postulantes al Registro de Donatarios de la Ley N°21.015 deben contener dentro del objeto de su institución el trabajo en capacitación, rehabilitación, promoción y fomento para la creación de empleos, contratación o inserción laboral de las personas con discapacidad, además de demostrar mediante su memoria el trabajo en inclusión laboral efectiva el año anterior a la postulación. En torno a los proyectos, se deben encontrar enfocados en la inserción laboral efectiva de personas con discapacidad, contemplando tanto los procesos previos como posteriores a dicha inclusión. En torno a sus beneficios, la medida alternativa de la Ley N°21.015 no considera beneficios tributarios. No obstante, mediante la justificación de la imposibilidad de incluir laboralmente a personas con discapacidad, permite donar a una institución acogida bajo la ley en vez de realizar el proceso de inclusión, según los montos establecidos por la normativa.

Respecto a las donaciones recibidas, desde el año 2018 al 31 de diciembre del 2022, y según lo reportado por las mismas instituciones, se han recibido aproximadamente 43 millones de pesos destinados a proyectos focalizados a la inserción laboral de personas con discapacidad.

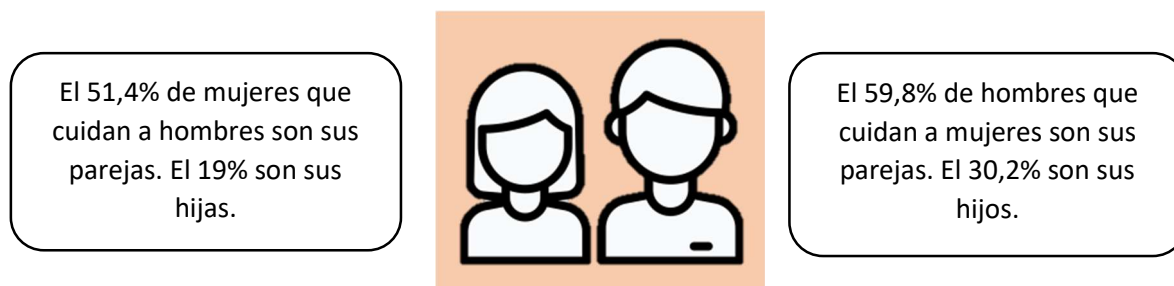
7. PERSONAS CUIDADORAS

7.1 Personas Cuidadoras – ENDIDE 2022⁴⁹

La información que se expone en esta sección corresponde a información de ENDIDE 2022 sobre las **personas con dependencia que indican que cuentan con una cuidadora principal integrante del hogar**. A estas personas cuidadoras se les aplicó un cuestionario específico sobre las actividades de cuidado que realizan.

Del total de la población estimada de personas con dependencia que tienen una persona cuidadora permanente integrante del hogar, el 15,7% son personas con dependencia leve, el 38,4% con nivel moderado y el 46% con dependencia severa. La información sobre la distribución de la población con dependencia según sexo muestra que el 61,6% son mujeres y el 38,4% hombres.

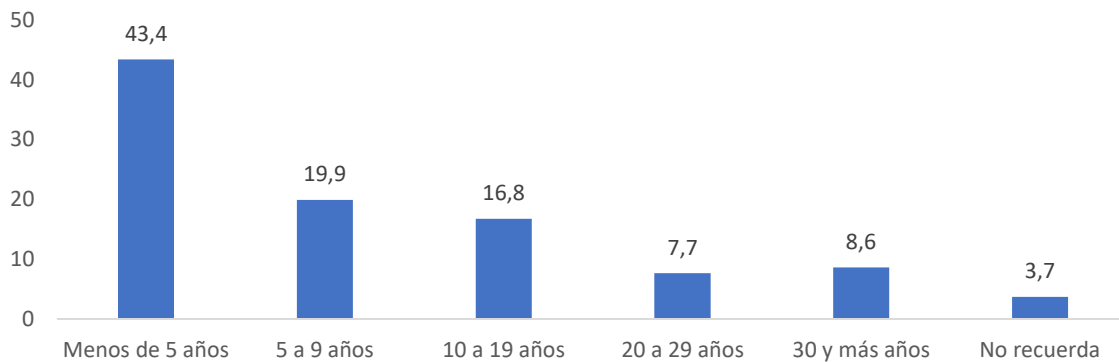
Al observar el sexo de la persona con dependencia en conjunto con el sexo y parentesco de quien es identificado como persona cuidadora principal, se observa que el rol preponderante en el cuidado lo asumen principalmente las parejas. Por otra parte, cuando una mujer con dependencia recibe asistencia y cuidados de una cuidadora principal mujer, en el 59,1% de los casos esta es su hija y en el 22,6% es otra familiar.



En relación con el tiempo que las personas cuidadoras llevan realizando este trabajo, se observa en Gráfico 7.1 que las personas cuidadoras principales en el hogar de personas dependientes, llevan menos de 5 años realizando esta labor (43,4%).

⁴⁹ Colaboración Departamento de Estudios, Servicio Nacional de Discapacidad, basado en publicación III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022. https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad

Gráfico 7.1: Distribución de personas con dependencia con cuidador(a) permanente integrante del hogar, según tiempo cuidando



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías excepto entre “5 a 9 años” y “10 a 19 años”

Otro aspecto consultado fue el tiempo de descanso de las personas que prestan asistencia durante más de una semana continua de las labores de cuidado. Sobre esto, una de cada cuatro personas que cuidan indicaron que su último descanso fue hace menos de un año, mientras que una de cada cinco indicó que fue hace 5 años o más. Destaca el hecho de que un 32,7% de las personas cuidadoras no recuerda hace cuánto tiempo fue su último descanso, lo que podría indicar una ausencia muy prolongada de dicho espacio de descanso o autocuidado para quien cuida.

Actividades del trabajo de cuidado

El trabajo de cuidado de personas con dependencia conlleva asistirles en diversos espacios de la vida. Esto no se agota en las actividades relacionadas al cuidado de sus cuerpos o la mantención de su salud, sino que puede abarcar variadas instancias donde realizan actividades, interactúan con otras personas y participan en la sociedad. Sin embargo, lo anterior no significa que todas las personas que tienen dependencia necesiten asistencia de un tercero para cada actividad que realicen, ya que los requerimientos de asistencia pueden ser tan variados.

Para indagar en el tipo de asistencias que suministran las personas cuidadoras, la ENDIDE consideró trece grupos de actividades relacionadas a la vida diaria⁵⁰. De acuerdo con lo que expone el Gráfico 7.2, el cuidado y la asistencia en cinco de los trece grupos de actividades son asumidas completamente por más de la mitad de las personas cuidadoras que respondieron el cuestionario. Estas actividades son: “hacer las tareas domésticas”, “recordar cosas o concentrarse”, “manejar sus emociones”, “moverse” y “encargarse de sus asuntos económicos”. En contraste, los grupos de actividades en que la asistencia se indica menos asumida por las personas cuidadoras son “relacionarse con gente cercana”, “cambiar o mantener la posición del cuerpo” y “comunicarse con los demás”.

⁵⁰ Moverse; Cambiar o mantener la posición del cuerpo; Mirar o escuchar; Recordar cosas o concentrarse; Realizar actividades de autocuidado; Realizar actividades de la vida doméstica; Relacionarse con gente cercana; Participar en fiestas, eventos religiosos, reuniones vecinales u otras actividades de la comunidad; Manejar sus emociones; Manejar sus conductas; Comunicarse con los demás; Utilizar dispositivos y medios tecnológicos para comunicarse con otros; y Encargarse de sus asuntos económicos.

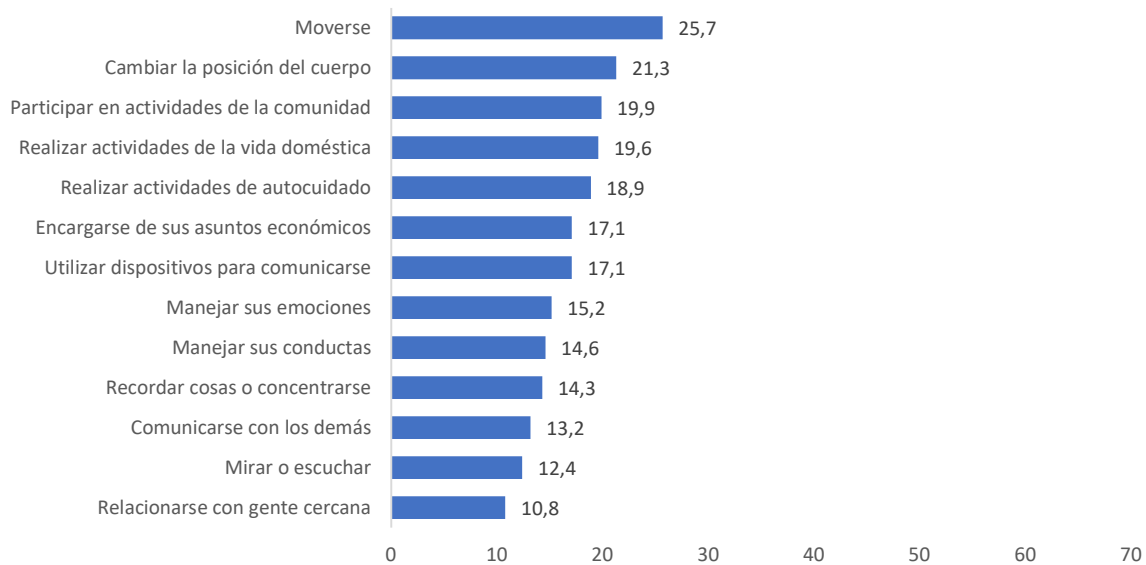
Gráfico 7.21: Porcentaje de personas con dependencia en que asistencia es asumida solo por cuidador(a), según grupos de actividades



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

En relación con el porcentaje de personas cuidadoras que declaran niveles de dificultad alta o muy alta para asistir a la persona con dependencia en cada actividad, el Gráfico 7.3 muestra que las actividades que involucran manejo directo del cuerpo de la persona con dependencia se asocian a mayores niveles de dificultad para la persona que cuida. De allí que las actividades que se mencionan como de mayor dificultad sean “moverse” y “cambiar la posición del cuerpo”. En contraste, asistir a la persona con dependencia para “comunicarse con los demás”, “mirar o escuchar” y “relacionarse con gente cercana” son las actividades menos mencionadas con dificultad alta o muy alta.

Gráfico 7.3 2: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) que indica dificultad alta o muy alta para ayudar o asistir, según grupos de actividades



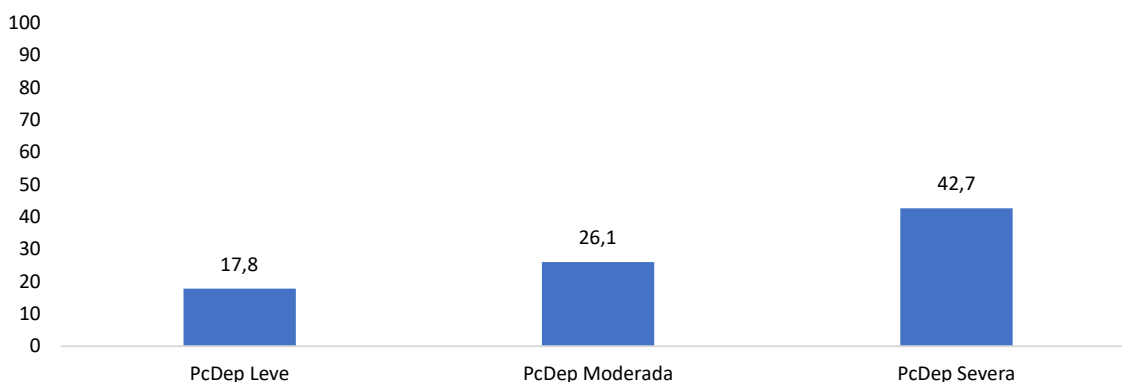
Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Sobrecarga

Una dimensión relevante asociada al trabajo de cuidados de una persona en el hogar es la sobrecarga de la persona cuidadora. El cuidado de un tercero con dependencia tiene consecuencias directas sobre las personas que asumen dicha responsabilidad, como pérdida de autonomía y bienestar. Esto contribuye al desarrollo del síndrome de sobrecarga del cuidador, que se asocia a un agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado y las labores que realiza (Zepeda-Álvarez & Muñoz-Mendoza, 2019). Lo anterior produce alteraciones en la dinámica familiar, desatención de la situación de salud de quien cuida, mayores dificultades económicas, sentimientos de frustración, aislamiento social, entre otros (Breinbauer et al: 2009). Para identificar la presencia de sobrecarga en las personas que cuidan, ENDIDE incluyó la escala de sobrecarga de Zarit⁵¹ en su versión abreviada (para cuidados paliativos).

Los resultados obtenidos indican que en el 32,4% de los casos de personas con dependencia que cuentan con una persona cuidadora principal integrante del hogar, esa persona cuidadora tiene sobrecarga intensa. Asimismo, se puede observar en el Gráfico 7.4 que la prevalencia de sobrecarga intensa en quien asume el cuidado aumenta junto a la severidad de la dependencia de la persona que es sujeto de los cuidados o asistencia. Es así como una persona cuidadora de una persona con dependencia severa presenta un 42,7% de sobrecarga intensa, proporción distante de la observada en quienes cuidan a una persona con dependencia leve (17,8%). Esto refleja cómo el nivel de demanda de cuidados impacta directamente el bienestar de las personas cuidadoras.

Gráfico 7.4: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar con sobrecarga intensa, según grado de dependencia



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

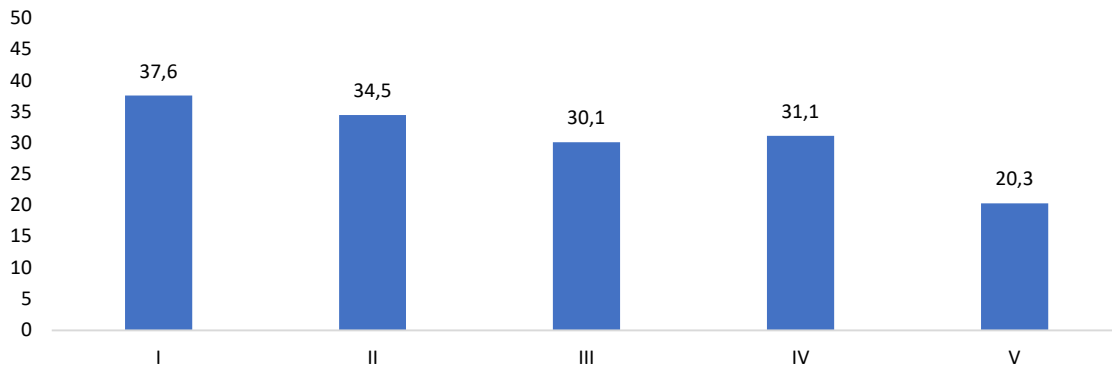
Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre todas las categorías.

Cuando se considera el sexo de la persona cuidadora, se observa que las cuidadoras mujeres tienen mayor prevalencia de sobrecarga intensa en comparación a los cuidadores hombres, con cifras de 38,3% versus 17,1%, respectivamente. Por otro lado, si se evalúa la edad de la persona cuidadora,

⁵¹ Esta escala consta de siete ítems, donde cada uno se responde utilizando un puntaje de 1 a 5. La suma de los valores de cada ítem arroja un puntaje que va desde 7 hasta 35 puntos. El resultado de este puntaje se clasifica en “ausencia de sobrecarga” o “sobrecarga intensa”, la que se asocia a una mayor morbilidad médica, psiquiátrica y social del cuidador (Breinbauer et al, 2009). Sus características la hacen un instrumento para la pesquisa de sobrecarga en las personas que cuidan.

se observa que la sobrecarga intensa aumenta a medida que se incrementa la edad, pues las personas cuidadoras entre 18 a 29 años presentan los menores niveles de sobrecarga (15,7%), mientras que los cuidadores entre 45 a 59 años tienen niveles de sobrecarga significativamente mayores (38,9%), los que son equivalentes a los del tramo de 60 años y más (33,0%). El Gráfico 7.5 muestra que la sobrecarga intensa de la persona cuidadora se distribuye de manera diferente según quintil de ingreso autónomo per cápita del hogar, observándose en los quintiles de menores ingresos que las personas cuidadoras presentan mayores porcentajes de sobrecarga intensa (37,6%), valores que disminuyen a medida que se incrementan los ingresos, hasta alcanzar en el quintil de mayor ingreso el menor nivel de sobrecarga (20,3%).

Gráfico 7.5: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar con sobrecarga intensa, según quintil de ingreso autónomo



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quintiles I con V.

Presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas que cuidan (PHQ-4)

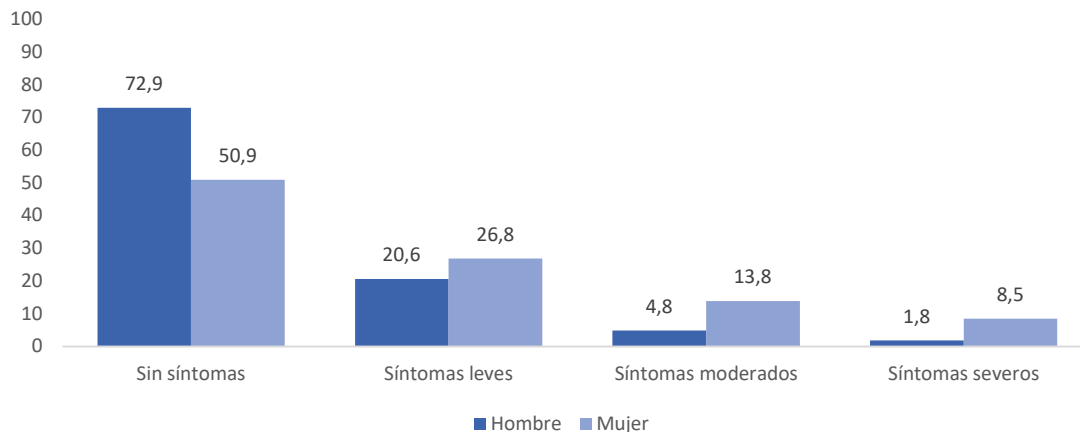
Junto a la sobrecarga propia del cuidado, también es posible la aparición de síntomas de depresión y de ansiedad. Para identificar la presencia de estos síntomas en las personas cuidadoras, se incluyó la batería de preguntas PHQ-4⁵², que es un instrumento breve de pesquisa de depresión y ansiedad.

El indicador PHQ-4 detecta la presencia de síntomas leves, moderados o severos de depresión y ansiedad, con lo que es posible caracterizar la carga psicológica de las personas cuidadoras y abordar de manera más informada esta temática. De acuerdo con los resultados de ENDIDE, el 42,9% de las personas con dependencia tienen una persona cuidadora que presenta algún grado de sintomatología de ansiedad o depresión, de los cuales el 25% tiene un(a) cuidador(a) con síntomas leves, un 11,3% con síntomas moderados y el 6,6% con síntomas severos.

Según el sexo de la persona que cuida, se observa una mayor presencia de sintomatología de depresión y ansiedad en las cuidadoras mujeres que en los cuidadores hombres, en general y en todos los niveles de sintomatología, tal como se aprecia en el Gráfico 7.6, a continuación.

⁵² Dentro de la encuesta se incluyó una batería de 4 preguntas relacionadas a detección de síntomas de ansiedad y depresión (Kroenke et al, 2009). Se pregunta al informante la persistencia de 4 molestias en las últimas 2 semanas: 1. Poco interés o placer en hacer cosas. 2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas. 3. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) o con los nervios de punta. 4. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación. De esta batería de preguntas se pueden desprender 3 indicadores: (i) Síntomas de depresión; (ii) Síntomas de ansiedad y (iii) Síntomas de ansiedad y/o depresión (PHQ-4).

Gráfico 7.6: Distribución de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar con presencia de síntomas de depresión y ansiedad, según sexo de cuidador(a)



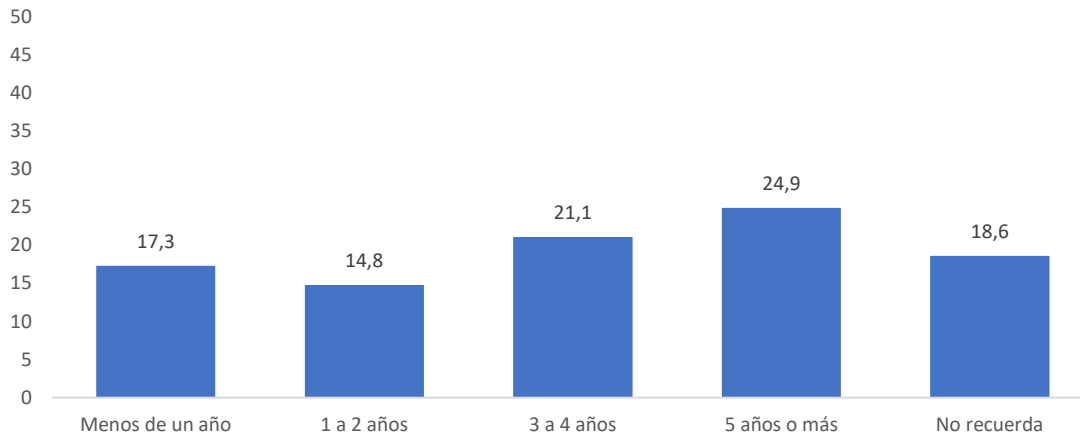
Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

Al analizar las preguntas asociadas a síntomas de **depresión**, se obtiene que el 19,3% de las personas con dependencia tiene una persona cuidadora con síntomas de depresión, comportamiento que se acentúa según el grado de severidad de la dependencia de la persona que es sujeto de cuidados. Así, el 14,9% de las personas con dependencia leve tienen un(a) cuidador(a) que presenta síntoma de depresión, valor que se incrementa a 17,2% en el caso de dependencia moderada y alcanza el 22,5% en el caso de personas cuidadoras de una persona dependiente severa.

Asimismo, la presencia de síntomas depresivos se detecta en mayor proporción entre las mujeres cuidadoras de personas con dependencia, que entre los hombres que cuidan (24,1% frente a 7,1%). Por quintil de ingreso autónomo de la persona que recibe los cuidados, la presencia de síntomas depresivos es menor entre quienes cuidan a personas del quintil de mayor ingreso (12,3%), en tanto que en los quintiles de menores ingresos se presentan los porcentajes más altos, con 22,2% y 24,5%, respectivamente, en los quintiles I y II. Respecto a los tiempos de descanso de las tareas de cuidado, las personas cuidadoras de personas con dependencia que indicaron haber tenido un descanso prolongado de dicho trabajo hace 5 años o más, presentan síntomas que sugieren depresión en un porcentaje significativamente más alto respecto al resto de los tramos analizados (Gráfico 7.7).

Gráfico 7.7: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar con presencia de síntomas depresivos en cuidador(a), según tramos de años desde que tomó descanso prolongado del trabajo de cuidados



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre “1 a 2 años” con “5 años o más”.

Apoyo social percibido

El apoyo social se entiende como un recurso psicosocial al que las personas pueden acceder dentro de su red de relaciones y contactos personales. Se considera que el apoyo social tiene dos aspectos: uno funcional, relacionado a la expectativa de recibir apoyo por parte de la familia, amigos o vecinos; y otro de aspecto estructural que se refiere al tamaño de la red de la persona, y al tipo de relación, considerando la frecuencia con que se mantiene contacto (Kocalevent et al, 2018). Dentro de la dimensión de apoyo funcional, hay dos elementos que se relacionan con la salud mental: el primero es el apoyo instrumental, como el apoyo económico o ayuda práctica; mientras que el segundo refiere al apoyo emocional, relacionado con la compañía, cuidado y empatía. En relación con lo anterior, el apoyo social percibido es considerado una medida para identificar los recursos que una persona tiene para cuidar su salud mental y lidiar con situaciones desafiantes en este aspecto.

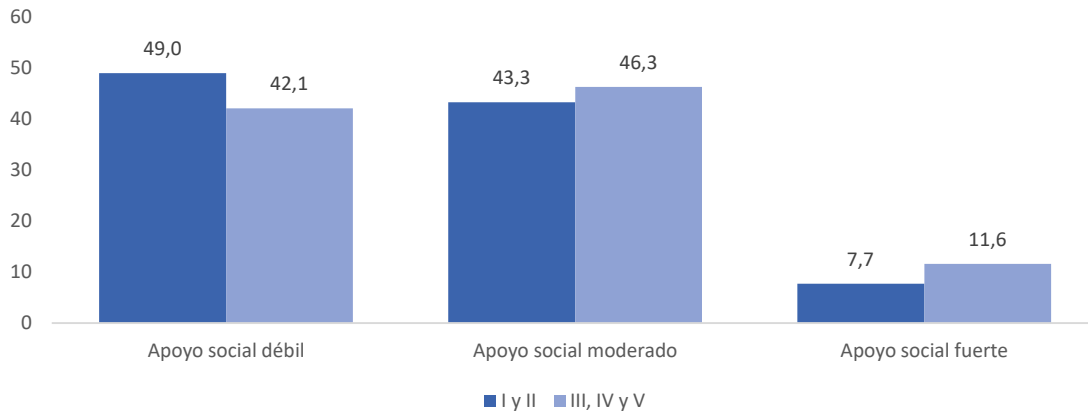
Para observar este aspecto se utilizó la escala de **Apoyo social percibido de Oslo 3**, que es un breve instrumento de tres ítems, que indaga sobre: la cantidad de personas de confianza cercanas, la percepción de preocupación e interés por parte de otras personas, y la relación con los vecinos, pensando en el apoyo práctico que estos pudieran brindar (Kocalevent et al, 2018).

En base a este indicador, se observa que el 45,5% de las personas con dependencia tienen personas cuidadoras con un nivel de apoyo social débil, el 44,8% corresponde a un nivel de apoyo social moderado y solo el 9,7% señala disponer de un apoyo social fuerte. Por otro lado, la distribución de los niveles de apoyo social percibidos no presenta diferencias importantes al distinguir según grado de dependencia de la persona que recibe los cuidados. Asimismo, según el sexo de la persona que cuida, en general no se evidencian diferencias importantes en los niveles de apoyo social percibido entre mujeres cuidadoras y hombres cuidadores, manteniéndose además la tendencia de bajos porcentajes de apoyo social fuerte.

Por otro lado, como se observa en el Gráfico 7.8, la percepción de apoyo social varía según el quintil de ingreso. El 11,6% de las personas cuidadoras de los quintiles III, IV y V perciben un nivel de apoyo

social fuerte, frente al 7,7% de las personas de los quintiles I y II. En contraste, el porcentaje de personas de los quintiles I y II que perciben un nivel bajo de apoyo social es mayor que en los quintiles de mayores ingresos.

Gráfico 7.8: Distribución de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar según nivel de apoyo social percibido por cuidador(a), por quintil de ingresos agrupado



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Nota: Al 95% de confianza, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre quintiles agrupados en apoyo social débil y en apoyo social fuerte y entre apoyo social moderado y fuerte en todos los grados de dependencia.

Necesidades de apoyos para las personas que cuidan

Las formas en las que se gestiona la demanda de cuidados se ven influenciadas por los diversos recursos con los que se pueda contar. En relación con esto, se consultó a las personas cuidadoras cuáles son los servicios y apoyos que necesitan, considerando la situación y realidad en la cual brindan asistencia y cuidados a una persona con dependencia.

En general, cuidadores y cuidadoras indican en un 60,8% que necesitan asistencia técnica o profesional para el cuidado, lo que considera a diversos profesionales y terapeutas que aborden la salud de la persona con dependencia (medicina, kinesiología, podología, terapia ocupacional, fonoaudiología, etc.). La segunda necesidad de apoyo más mencionada es compartir la responsabilidad del cuidado con otras personas, con un 56,8% de las menciones. En tercer lugar, declaran requerir apoyo psicosocial o atención en salud para quien cuida, como se puede observar en Gráfico 7.9. Finalmente, los apoyos menos mencionados son centros de día o rehabilitación, apoyo de la comunidad y residencias temporales o permanentes para la persona con dependencia.

Gráfico 7.9: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar, según apoyos y servicios que declaran necesitar para el trabajo de cuidado y asistencia



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

Por último, al considerar el grado de dependencia de la persona que requiere asistencia y cuidados, en general se aprecia que la necesidad de apoyos para el cuidado aumenta con la severidad de la dependencia. Además, se observa un mayor porcentaje de necesidad de todos los apoyos en personas cuidadoras de personas con dependencia severa. Los recursos más mencionados refieren a la necesidad de asistencia técnica o profesional en el domicilio, apoyo psicosocial o atención en salud para quien cuida, compartir el cuidado y tener relevos de otras personas. Estas alternativas muestran las mayores brechas entre personas cuidadoras de personas con dependencia severa y los demás niveles de severidad. Además, en todos los niveles de severidad, los servicios residenciales son los menos mencionados (Gráfico 7.10).

Gráfico 7.10: Porcentaje de personas con dependencia que cuentan con cuidador(a) integrante del hogar según apoyos y servicios que declaran necesitar para el trabajo de cuidado y asistencia, por grado de dependencia



Fuente: Encuesta de Discapacidad y Dependencia 2022.

CUADRO 7.1**Mujeres cuidadoras y migración (Valenzuela M, Scurro M, Vaco I, 2020)**

El trabajo doméstico remunerado tradicionalmente se ha desempeñado por mujeres trabajadoras provenientes de hogares de bajos ingresos y grupos sociales más desfavorecidos. Además, corresponde a una de las fuentes más importantes de trabajo para las mujeres de América Latina, de hecho, 1 de 10 mujeres se desempeñan en este sector. Esto lleva a que se reproduzcan las desigualdades de género, clase y raza, las que se superponen unas con otras. Según Batthyani (2005) la mayor parte de la población considera preferible que el cuidado de niñas, niños y personas mayores se brinde en el domicilio a través de miembros de la familia y, en caso de que esto no sea posible, se entregue a través de la contratación de una trabajadora doméstica remunerada.

Se ha observado a lo largo de los años una creciente participación de mujeres en la migración, en particular migración individual en busca de mejores oportunidades. En el ámbito del cuidado, se habla de “Cadenas globales del cuidado” (Ehrenreich y Hochschild (2003), Parreñas (2001)), las que se conforman mediante transferencias transnacionales de cuidados y afectos que permiten a algunos hogares gozar de cuidados privilegiados y lleva a otros a experimentar un déficit en esta misma dimensión. Esta transferencia se base en ejes de poder relativos al género, la etnia, la clase social y el lugar de procedencias (Orozco, 2007). Estos factores operan tanto en la sociedad de origen como de destino y un factor importante es que el país de destino tenga necesidades de cuidado.

Estas cadenas surgen del hecho de que, en algunos países, por un lado, han aumentado los requerimientos de cuidados y se ha utilizado la mercantilización de éstos como una forma de resolver la crisis de los cuidados en los hogares de mayores ingresos, generando hogares que dependan, a su vez, de esta fuente de ingresos. Por otro lado, ha disminuido la mano de obra nacional que se desempeña en este sector de la economía, lo que trae consigo que aumente el peso de las trabajadoras domésticas migrantes que sí realizan estas labores. Además, es un sector que cuenta con bajas barreras de entrada. La inserción de los trabajadores migrantes en este sector es considerada como una expresión del carácter complementario entre los mercados del trabajo de origen y destino.

En América Latina se observan dos flujos migratorios: sur-norte y sur-sur; el primero corresponde al que se da principalmente entre Centro América hacia América del Norte, mientras que el segundo son las migraciones que se dan entre países de América del Sur. En estas últimas se observa un mayor número de mujeres en las migraciones, lo que puede explicarse considerando el rol que tienen en el trabajo doméstico remunerado.

Según estimaciones de la OIT (2015) existen 67,1 millones de trabajadores domésticos remunerados, de los cuales 11,5 millones son migrantes internacionales. En el caso de América Latina y el Caribe, las trabajadoras domésticas remuneradas migrantes son el 35,3% del total de las trabajadoras migrantes (OIT 2021), siendo Argentina y Chile los destinos principales de este tipo de migración en el cono sur. En el caso de Chile, el porcentaje de trabajadoras domésticas entre las migrantes ocupadas es del 13%, frente al 8% de las nacionales. Según datos del 2017, un 17% de las trabajadoras domésticas migrantes trabajan sin retiro, frente al 5,9% de las no migrantes. Esta forma de trabajo es común entre migrantes que dejan a sus familias en el país de origen, permitiéndoles ahorrar dinero en alojamiento y en comida, de modo de poder enviar una mayor cantidad de remesas o lograr más pronto la reunificación de sus familias.

A pesar de la estrecha relación que se observa entre migración y trabajo doméstico remunerado, las legislaciones relativas al mercado laboral y a la migración no se relacionan de manera fluida, por lo que estas trabajadoras presentan dificultades para obtener el estatus regular, lo que a su vez lleva a que el acceso a derechos sea más difícil para este grupo de la población (Lexarta, Chaves, Carcedo 2016).

CUADRO 7.2
Juventudes cuidadoras⁵³

En el mes de septiembre 2023, el Instituto Nacional de la Juventud (INJUV) llevó a cabo un estudio referente a Juventudes Cuidadoras, cuyo objetivo fue conocer las opiniones de las juventudes en torno a los cuidados en Chile, con el fin de comprender su distribución y valoración, así como el rol que ha tenido el Estado en este fenómeno. A continuación, se resumen los principales resultados obtenidos:

- Uno de cada cuatro jóvenes entre 15 y 29 años, declara tener a otra persona bajo su cuidado directo, sin remuneración. De este grupo que realiza actividades de cuidado, el 64% corresponde a mujeres.
- El 80,3% de los(as) jóvenes que realizan labores de cuidado, realizan esta acción cuidando a menores de 14 años. En promedio, ocupan 15 horas semanales dedicadas a esta actividad.
- Por otro lado, de aquellos jóvenes que viven con hijos(as) menores de 14 años, se identifica de manera mayoritaria a la madre como cuidadora principal durante todo el día.
- En el ámbito de las relaciones sociales, el 46,1% de los(as) jóvenes declaran que muchas veces o siempre han debido dejar de participar de juntas con amigos(as) por ejercer labores de cuidado.
- El 16% de los jóvenes entrevistados considera que las labores de cuidado se encuentran bien o muy bien distribuidas a nivel del país, proporción que se incrementa al 58% cuando responden sobre las labores de cuidado en su propio hogar. Se debe resaltar que, según el sexo del entrevistado, el 63% de los hombres manifiesta que la distribución del cuidado en el propio hogar está bien o muy bien, en tanto que para las mujeres este valor disminuye a 54%.
- Dentro de los aspectos que las y los entrevistados consideran importantes para mejorar la situación de las personas que se dedican a los cuidados, se encuentran las remuneraciones hacia cuidadores/as actualmente no remunerados (28,2%), la reducción o la flexibilidad de la jornada laboral (23,5%), y los beneficios estatales hacia niños, niñas, personas mayores y personas en situación de discapacidad (21,1%).
- Con respecto a la percepción de los(as) jóvenes respecto del rol del Estado en relación con las labores de cuidados, un 42% afirma que esta ha sido regular.
- El 44% manifiesta que el Estado ha invertido “poco” en cuanto a las labores de cuidado, y solo el 3,2% señala que se ha invertido “lo suficiente”.

⁵³ Sondeo realizado por el Instituto Nacional de la Juventud, 2023. Disponible en https://www.injuv.gob.cl/sites/default/files/sondeo_2_juventudes_cuidadoras_v1.pdf

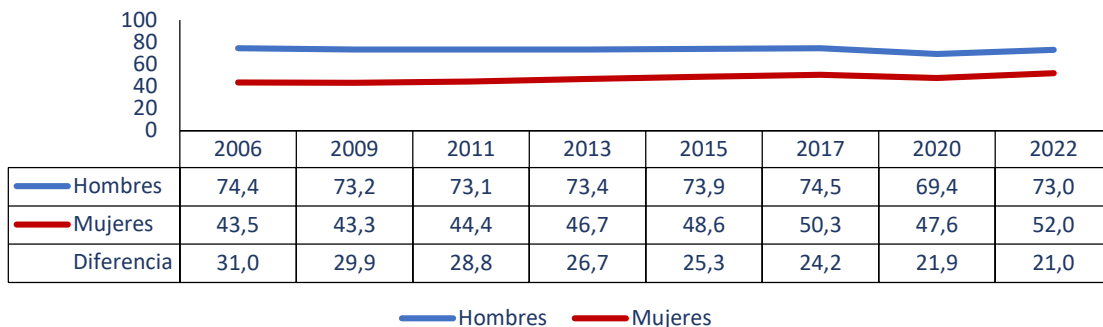
8. AUTONOMÍA Y BIENESTAR EN MUJERES

Las temáticas discutidas en los capítulos anteriores dejan de manifiesto la desigualdad en la distribución del uso del tiempo entre hombres y mujeres, la que en la mayoría de los casos responde a la distribución sexual del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el hogar. En lo que refiere a temas de cuidado, son las mujeres las principales responsables del cuidado en los hogares, incluso hasta edades avanzadas, y en su rol de cuidadoras mayores experimentaron impactos muy negativos durante la pandemia. En este capítulo se busca abordar la pregunta por la autonomía y el bienestar de las mujeres en el contexto laboral, poniendo énfasis en las brechas existentes entre hombres y mujeres.

La incorporación de las mujeres al trabajo remunerado es un tema de discusión constante dentro de la política pública, especialmente en América Latina, donde se suele destacar las brechas existentes en acceso y oportunidades para ellas con respecto a los hombres. Si bien en las últimas décadas se han observado avances, las brechas aún son patentes, sobre todo considerando el impacto de la pandemia que generó retrocesos en este ámbito en particular, como en otros.

Una mirada más general respecto a la inserción de las mujeres en el mercado laboral se puede obtener al observar la evolución de la tasa de participación. El gráfico 8.1 muestra la tasa de participación laboral según sexo, para la serie de Casen 2006-2022. Los datos muestran que, si bien entre 2006 y 2022 ha aumentado la inserción de las mujeres en el mercado laboral, con una disminución de la brecha de participación entre hombres y mujeres de 10 puntos porcentuales, estas brechas siguen siendo notorias. En efecto, en 2022 la tasa de participación en los hombres fue 73% versus el 52% en las mujeres, implicando una brecha de participación laboral de 21 puntos porcentuales.

Gráfico 8.1. Tasa de participación laboral según sexo, 2006-2022



Nota: Se encuentran diferencias significativas a un 95% de confianza entre la estimación 2022 y los años anteriores, exceptuando en la categoría “Hombres” en el año 2017. De la misma forma, se encuentran diferencias significativas para todos los años entre la categoría “Hombres” y “Mujeres”.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

Un análisis más detallado de las tasas de participación se obtiene al analizar la evolución de las tasas de ocupación y desocupación (tabla 8.1). En términos de brechas, la tasa de ocupación muestra el mismo comportamiento que la tasa de participación, con una disminución en la brecha de ocupación

entre hombres y mujeres de un 10% entre 2006 y 2022. A su vez, la brecha en la tasa de desocupación también ha disminuido, pero en una magnitud mucho menor, registrando una disminución de 1,1% entre 2006 y 2022.

Por último, en 2020 se observó el impacto de la pandemia en el desempleo, con un aumento tanto en hombre como en mujeres y un aumento de la brecha en comparación a 2017. Los datos del 2022 muestran que esta brecha aún no se logra reducir a los niveles 2017 (prepandemia).

Tabla 8.1: Tasa de ocupación y desocupación según sexo, 2006-2022

Indicador	Desagregación	2006	2009	2011	2013	2015	2017	2020	2022
Ocupación	Hombres	70,0	66,9	68,7	69,0	69,1	69,3	61,7	67,4
	Mujeres	39,4	38,1	40,2	43,0	44,6	45,9	41,0	46,8
	Diferencia	30,6	28,8	28,5	26,0	24,5	23,4	20,7	20,6
Desocupación	Hombres	5,9	8,7	6,1	6,0	6,5	7,0	11,1	7,6
	Mujeres	9,3	12,1	9,4	8,0	8,2	8,8	13,7	10,0
	Diferencia	-3,4	-3,4	-3,3	-2,0	-1,6	-1,8	-2,6	-2,3

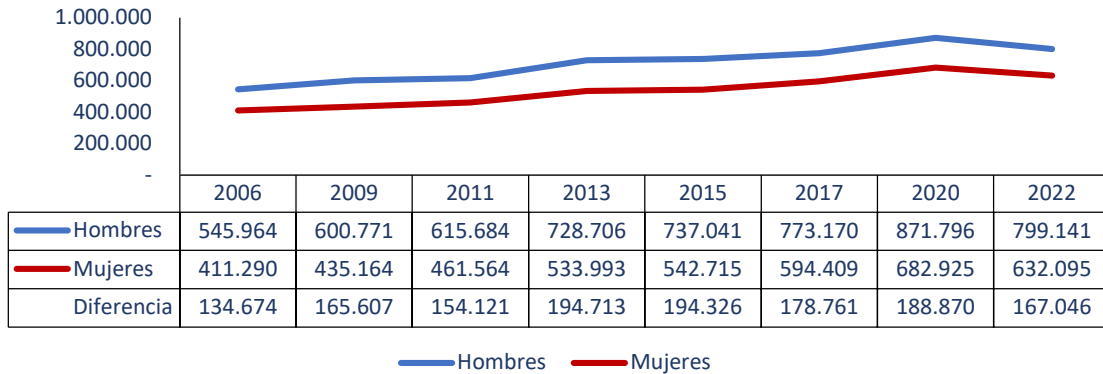
Nota: Se encuentran diferencias significativas a un 95% de confianza entre la estimación 2022 y los años anteriores tanto para la tasa de ocupación y desocupación, exceptuando: En la tasa de desocupación, la categoría “Mujer” del 2011. De la misma forma, se encuentran diferencias significativas para todos los años entre la categoría “Hombres” y “Mujeres”, tanto para la tasa de ocupación y desocupación.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

La autonomía económica de las mujeres se define, según CEPAL, como la capacidad de las mujeres de acceder, generar y controlar ingresos propios, activos y tiempo (entre otros), en igualdad de condiciones que los hombres. Además del acceso al mercado laboral, una forma directa de entender la autonomía de las mujeres es mediante los niveles de ingresos de su ocupación principal.

El gráfico 8.2 muestra la evolución del ingreso promedio mensual de la ocupación principal según sexo. La serie muestra que la brecha ha aumentado de \$134.674 en 2006 a \$167.046 en 2022. Es decir, los hombres ganan, en promedio, un 26% más que las mujeres según datos de 2022. A pesar de este aumento en el tiempo, es importante destacar que la brecha observada en ese período es la menor desde 2011.

Gráfico 8.2: Ingreso promedio mensual de la ocupación principal (2006 – 2022)
(pesos noviembre 2022)



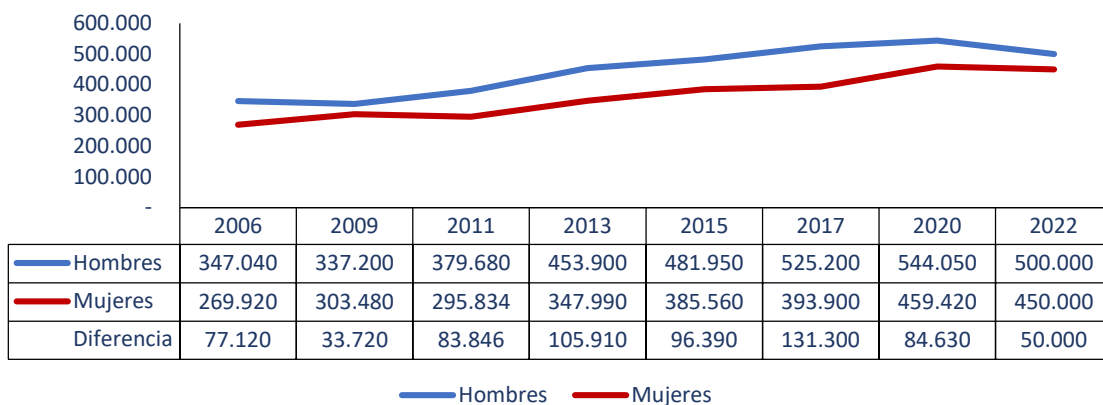
Nota: Se encuentran diferencias significativas a un 95% de confianza entre la estimación 2022 y los años anteriores. De la misma forma, se encuentran en 2022 diferencias entre la categoría “Hombres” y “Mujeres”.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

Un indicador menos sensible a valores extremos en la distribución de los ingresos corresponde a la mediana. El gráfico 8.3 muestra la mediana del ingreso de la ocupación principal para la serie 2006-2022, según sexo, donde se detecta una disminución en las brechas. Al igual que en el ingreso promedio, se observa que la brecha en 2022 es menor a la observada en 2020 y 2017, aunque este fenómeno podría estar explicado en parte por la salida del mercado laboral, durante la pandemia, de las mujeres menos calificadas y, por ende, con menores ingresos.

Gráfico 8.3: Mediana del ingreso de la ocupación principal, por sexo, 2006 - 2022

(pesos de noviembre 2022).

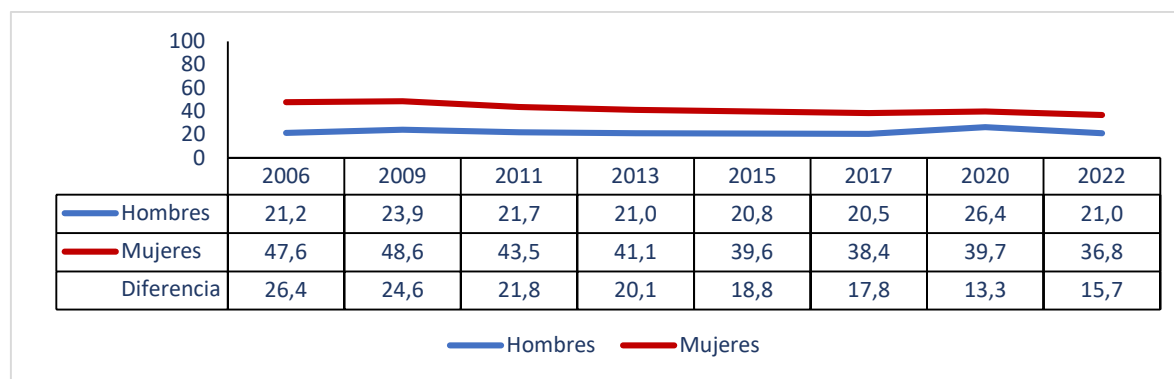


Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

El gráfico 8.4 muestra a la proporción de personas de 15 años y más que no tienen ingresos autónomos, según sexo. En términos de brecha, se observa una disminución de un 26,4% en 2006 a 15,7% en 2022. Esta disminución en la brecha viene explicada en su mayoría por el aumento en la

proporción de mujeres que generan ingresos autónomos. En efecto, con excepción del año 2020, el porcentaje de hombres que no generan ingresos autónomos se ha mantenido en torno a un 21%, mientras que las mujeres han disminuido su proporción en 10,8 puntos porcentuales en el período, lo que es consistente con el aumento en la tasa de participación laboral en las mujeres.

Gráfico 8.4: Proporción de personas de 15 años y más sin ingresos autónomos propios



Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

Complementando la mirada económica de la autonomía, es relevante analizar las condiciones laborales del empleo. Los datos de la tabla 8.2 muestran que el porcentaje de hombres que tiene contrato se ha mantenido en niveles por sobre el 80% en toda la serie 2006 a 2022, aumentando desde 81,6% en 2006 a 87,5% en 2022. Por otro lado, se observa un aumento de un 10,5% en la tenencia de contrato por parte de las mujeres ocupadas dependientes, aumentando de 75,1% en 2006 a 85,6% en 2022. El aumento de la proporción de mujeres con contrato ha implicado una disminución importante en la brecha entre hombres y mujeres en el indicador, que en 2022 se ubicaba en 1,9 puntos porcentuales.

Tabla 8.2: Distribución de la población ocupada dependiente según tenencia de contrato (2006 - 2022)

Desagregación		2006	2009	2011	2013	2015	2017	2022
Hombre	Si	81,6	83,1	87,2	87,2	87,8	87,4	87,5
	No tiene	17,1	15,2	11,3	10,9	10,9	11,0	11,6
	No se acuerda o no sabe si firmó	1,1	1,7	1,6	1,4	1,1	1,2	0,9
	Sin dato	0,3	-	-	0,5	0,1	0,4	-
Mujer	Si	75,1	77,7	81,2	84,1	84,9	84,0	85,6
	No tiene	23,3	21,0	17,3	14,4	14,0	14,3	13,8
	No se acuerda o no sabe si firmó	1,2	1,3	1,5	1,1	1,0	1,2	0,7
	Sin dato	0,5	-	-	0,4	0,1	0,5	-
Brecha sin contrato		6,5	5,5	5,9	3,2	3,0	3,3	1,9

Nota: La categoría "Si" considera los que responden que tienen contrato y los que tienen, pero aún no han firmado.

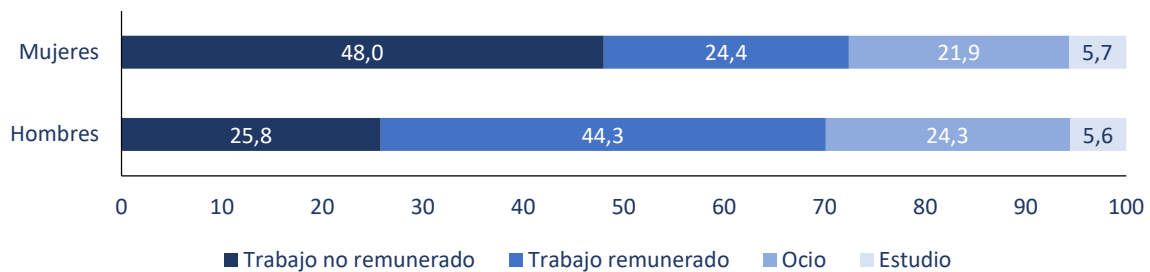
Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022.

Una mayor comprensión de las brechas en el mercado laboral entre hombres y mujeres se puede obtener al analizar las razones por las cuales parte de la población se mantiene fuera del mercado laboral. Así, una de las principales razones que influyen en la decisión de las mujeres de no participar en el mercado laboral se encuentran en el trabajo doméstico y de cuidado.

El análisis de los resultados de la Encuesta de Bienestar Social 2021 permiten analizar la distribución del tiempo dedicado a distintas actividades en las personas ocupadas mayores de 18 años (gráfico 8.6). Los datos muestran que la desigual distribución del tiempo destinado a trabajos domésticos y de cuidado (trabajo no remunerado) no es un fenómeno observado exclusivamente en la población inactiva.

La información del gráfico 8.6 muestra que las mujeres destinan, en promedio, un 86% más de tiempo al trabajo no remunerado que los hombres (48,0% versus 25,8%).

Gráfico 8.6: Proporción de tiempo dedicado a distintas actividades de las personas ocupadas, según sexo (2021).



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Hombres” y “Mujeres”.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

Complementando lo anterior, el análisis de la distribución de la población ocupada dependiente según tramos de horas muestra distintos patrones para mujeres y hombres. En efecto, la tabla 8.3 muestra que en Casen 2022, en el caso de las mujeres, un 11,5% declara trabajar jornadas de 16 a 30 horas, mientras que en los hombres este porcentaje disminuye a 4,8% en 2022. De la misma forma, un 3,6% de las mujeres declara trabajar 15 horas o menos, mientras que en hombres este porcentaje es de 1,6%. En total, se identifica una brecha de 8,7 puntos porcentuales entre la proporción de mujeres que trabaja 30 horas o menos, versus los hombres. El análisis de la serie muestra una disminución de esta brecha en 2006-2022, sin embargo, la disminución solo ha sido de un 3,5% en el período.

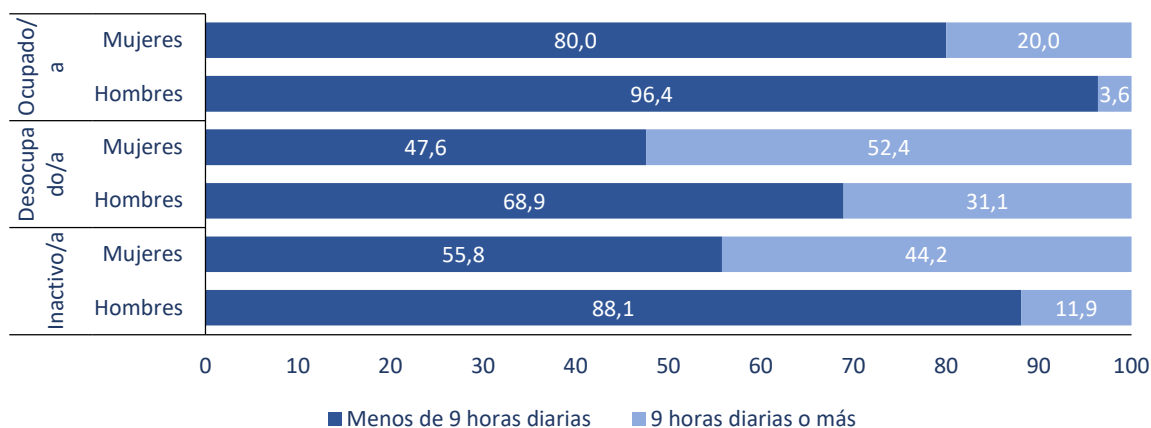
Tabla 8.3: Distribución de la población ocupada dependiente según tramos horas trabajadas (2006-2022)

Desagregación		2006	2009	2011	2013	2015	2017	2022
Hombres	15 hrs o menos	1,7	3,4	3,5	3,4	1,8	2,1	1,6
	16 a 30 hrs	4,1	4,5	4,3	4,2	4,6	4,2	4,8
	31 a 45 hrs	57,0	62,7	67,1	67,2	71,2	73,2	78,5
	Más de 45 hrs	37,1	29,4	25,1	25,3	22,3	20,5	15,1
Mujeres	15 hrs o menos	5,2	5,4	7,3	7,8	4,4	4,5	3,6
	16 a 30 hrs	12,8	12,9	12,0	11,7	12,9	12,2	11,5
	31 a 45 hrs	55,7	61,9	64,3	65,6	70,4	69,9	76,1
	Más de 45 hrs	26,3	19,8	16,4	14,9	12,3	13,3	8,8
Brecha 30 horas o menos		12,2	10,3	11,5	11,9	10,9	10,4	8,7

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022

Respecto del tiempo que se destina al trabajo no remunerado, el gráfico 8.7 muestra, a partir de los datos de la EBS 2021, la distribución de la población según horas dedicadas al trabajo no remunerado, utilizando un umbral de 9 horas destinadas a estas actividades. Este umbral busca identificar a la población ocupada que destina una doble jornada laboral a actividades no remuneradas⁵⁴. Los datos muestran que, en el grupo de la población ocupada, un 20% de las mujeres tienen una doble jornada en comparación a un 3,6% en hombres. Esta brecha se replica en la población desocupada, donde 5 de cada 10 mujeres destinan 9 horas o más a actividades no remuneradas, versus 3 de cada 10 hombres. En la población inactiva, 4 de cada 10 mujeres destinan 9 horas o más a actividades no remuneradas, versus 1 de cada 10 hombres.

Gráfico 8.7: Distribución de la población de 18 años o más según horas dedicadas a trabajo no remunerado en un día habitual a la semana, por sexo y condición de actividad laboral (2021).



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Hombres” y “Mujeres”.

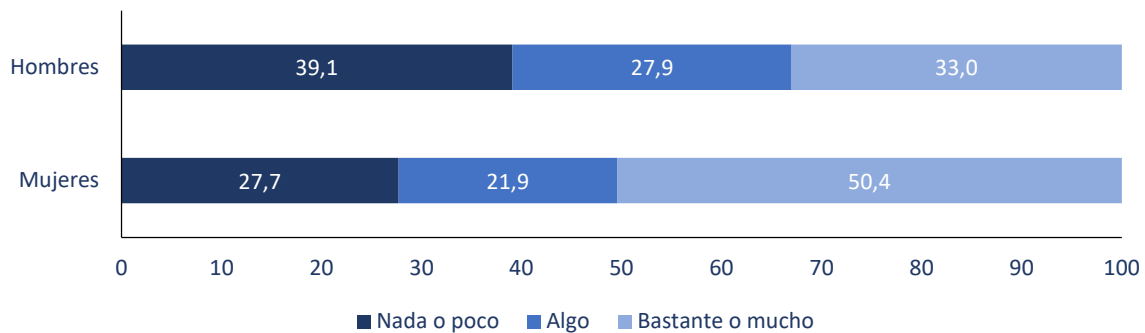
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

⁵⁴ Para mayor detalle, ver el Informe sobre la situación de bienestar de las mujeres, elaborado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/bienestar-social/220729_Boletin_Bienestar_mujeres.pdf)

Los datos anteriores muestran la enorme brecha en los tiempos destinados al trabajo no remunerado por parte de hombres y mujeres, independiente de la situación ocupacional de las personas. Más aún, la Encuesta de Bienestar Social 2021 muestra evidencia relevante sobre la doble presencia en las mujeres ocupadas, la que se entiende como una situación que se da cuando la persona se encuentra realizando su trabajo remunerado y a la vez se encuentra pensando en las tareas domésticas y responsabilidades familiares⁵⁵.

El gráfico 8.8 muestra cómo este fenómeno está más presente en las mujeres que en los hombres. En efecto, un 73,3% de las mujeres ocupadas declaran experimentar “algo” o “bastante o mucho” situaciones de doble presencia, en comparación a un 60,9% de los hombres (brecha de 12,4 puntos porcentuales). Si se analiza solo a quienes declaran “bastante o mucho”, la brecha es aún mayor, con 5 de cada 10 mujeres declarando doble presencia, versus 3 de cada 10 hombres.

Gráfico 8.8: Distribución de la frecuencia en que las personas ocupadas piensan en las tareas domésticas y/o familiares mientras trabajan, por sexo (2021).



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Hombres” y “Mujeres”.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

El tiempo que destinan las mujeres al trabajo no remunerado y de cuidados en los hogares, sumado la doble presencia que experimentan las mujeres ocupadas, tiene efectos en el bienestar en distintas dimensiones. En la población de mujeres ocupadas, la Encuesta de Bienestar Social del 2021 muestra cómo la insatisfacción con la distribución del tiempo entre el trabajo y vida personal tiene un correlato en menores niveles de satisfacción con la vida, un balance afectivo más negativo y mayor presencia de síntomas de ansiedad o depresión⁵⁶. A continuación, se presenta un análisis respecto a la satisfacción de las mujeres ocupadas con distintos aspectos de su vida y el impacto en estos tres indicadores de bienestar.

⁵⁵ Mientras Usted está trabajando, ya sea desde su hogar o presencialmente, ¿Con qué frecuencia piensa en las tareas domésticas y/o familiares?, donde 1 es Nada, 2 es Poco, 3 es Algo, 4 es Bastante y 5 es Mucho.

⁵⁶**Insatisfacción con la vida:** Categorización de pregunta donde se consulta sobre satisfacción que el encuestado(a) tiene con su vida. El indicador considera las categorías “Totalmente insatisfecho” e “Insatisfecho”.

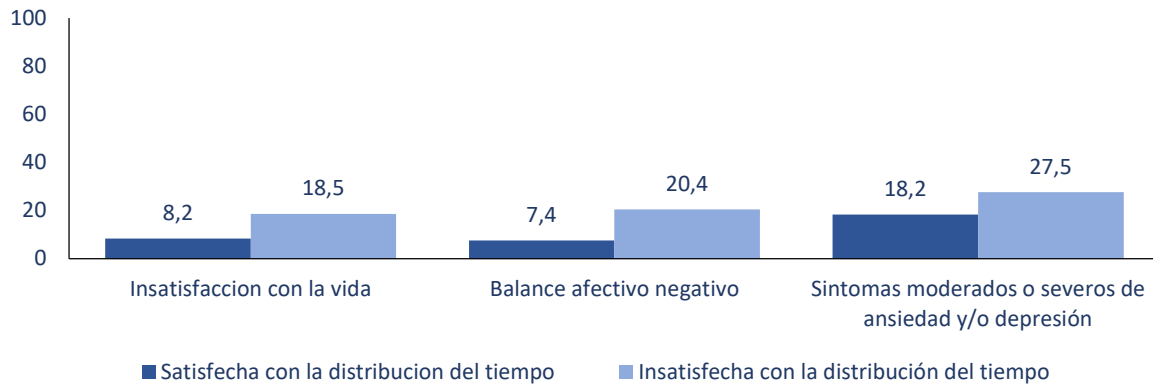
Balance afectivo negativo: El índice de balance afectivo se construye como la suma de las emociones positivas y negativas. Dentro de las emociones negativas se considera enojo y tristeza y de las emociones positivas felicidad y tranquilidad. Considerando que las emociones positivas van en una escala de 1 a 4 y las negativas de -1 a -4.

Síntomas moderados o severos de ansiedad y/o depresión: en base a la batería de preguntas del indicador PHQ-4 el cual considera una escala de 0 a 12. El puntaje de corte para considerar síntomas moderados es de 6.

En el gráfico 8.9 se aprecian las brechas en distintas medidas del bienestar, según la satisfacción/insatisfacción con la distribución del tiempo. En términos de insatisfacción con la vida, el estar insatisfecha con la distribución del tiempo se relaciona, en promedio, con 10,3 puntos porcentuales más de insatisfacción con la vida.

De la misma forma, una insatisfacción con la distribución del tiempo tiene asociada, en promedio, 13,0 puntos porcentuales más de balance afectivo negativo y 9,3 más de síntomas moderados o severos de ansiedad y/o depresión.

Gráfico 8.9: Porcentaje de las mujeres ocupadas según satisfacción con el tiempo que dedica entre su trabajo y su vida personal, por medida de bienestar (2021).

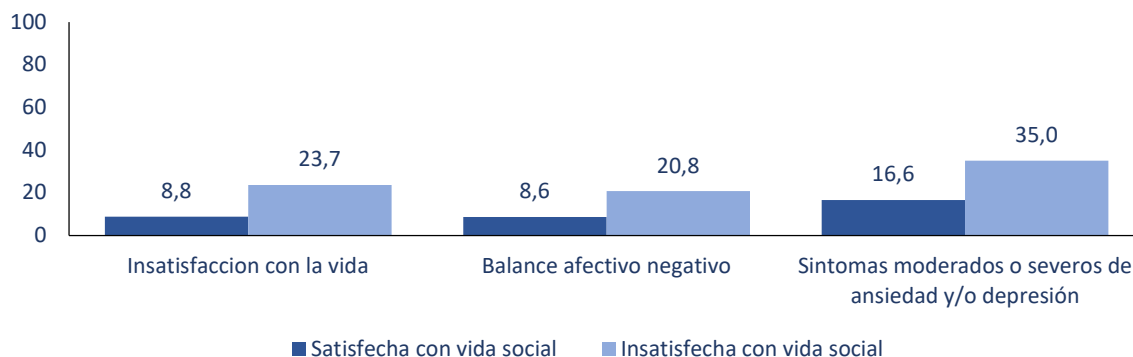


Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Satisfecha con la distribución del tiempo” y “Insatisfecha con la distribución del tiempo” para todos los indicadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

En la misma línea, otro efecto que se observa a raíz de la baja compatibilización que existe entre trabajo, vida social y trabajo no remunerado, es el disponer de menos tiempo para otras actividades tales como ocio y estudio. Lo anterior puede afectar en la percepción de satisfacción que se tiene respecto de la vida social, lo que a su vez afecta el bienestar general de las personas. El gráfico 8.10 muestra las brechas que se observan en los tres indicadores de bienestar, según la satisfacción/insatisfacción con la vida social. Se destaca la correlación existente entre la satisfacción con la vida social y la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresivos, con una brecha de 18,4 puntos porcentuales.

Gráfico 8.10: Porcentaje de mujeres según satisfacción con vida social, por medida de bienestar (2021).



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Satisfecha con vida social” y “Insatisfecha con vida social” para todos los indicadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

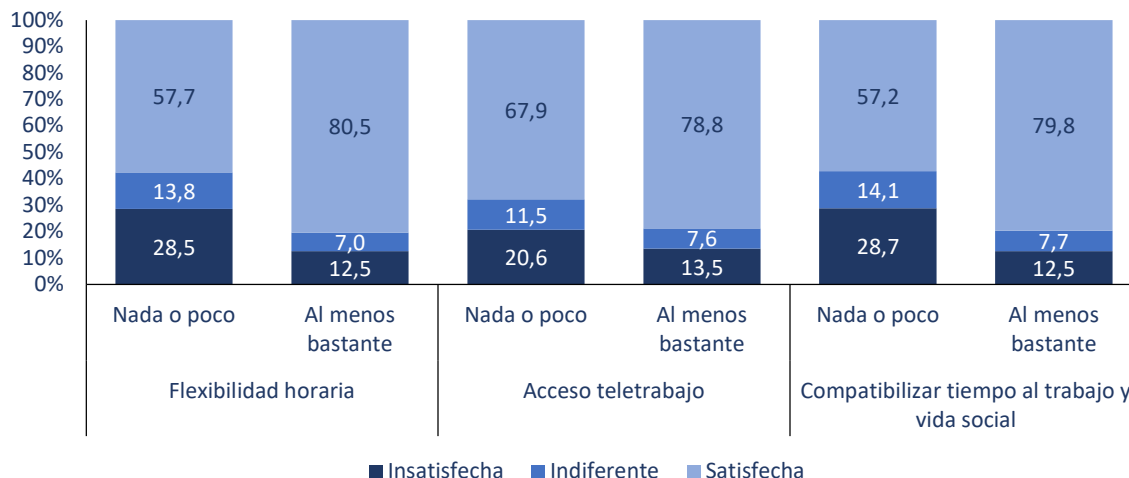
Una forma de facilitar una adecuada conciliación entre el trabajo y la vida personal es la flexibilidad en el espacio de trabajo⁵⁷. Si bien no existe consenso respecto a los beneficios de la flexibilidad laboral en un sentido amplio, en el ámbito de conciliación entre vida laboral y personal, los acuerdos más flexibles abren posibilidades para lograr un mejor equilibrio entre ambas.

Sobre esto, el análisis de la percepción de satisfacción laboral en relación con mayor flexibilidad laboral en distintos ámbitos muestra cómo el disponer de dicha flexibilidad influye en la percepción en torno al trabajo. El gráfico 8.11 muestra que una mayor percepción de flexibilidad en el espacio laboral se asocia con una mayor satisfacción laboral en las mujeres.

En concreto, las personas que tienen la posibilidad de disponer de al menos “bastante” flexibilidad horaria presentan una insatisfacción laboral de 12,5%, en comparación con el 28,5% de quienes no disponen de dicha flexibilidad (brecha de 16 puntos porcentuales). En el acceso al teletrabajo, quienes tienen al menos “bastante” acceso a teletrabajo presentan un 7,1% menos de insatisfacción laboral de quienes disponen de este “nada” o “poco” (13,5% versus 20,6%). Finalmente, quienes tienen la posibilidad de compatibilizar el tiempo de trabajo y vida social presentan una brecha de 16,2 puntos porcentuales (12,5% versus 28,7%) en el indicador.

⁵⁷ En el marco de la EBS, esta flexibilidad se entiende como: “tomar días de vacaciones”, “flexibilidad horaria”, “ausentarse durante la jornada laboral debido a razones personales o de fuerza mayor” y “modalidades de trabajo remoto”.

Gráfico 8.11: Distribución de mujeres ocupadas, según satisfacción laboral, por oportunidades percibidas de flexibilidad que entrega el trabajo.



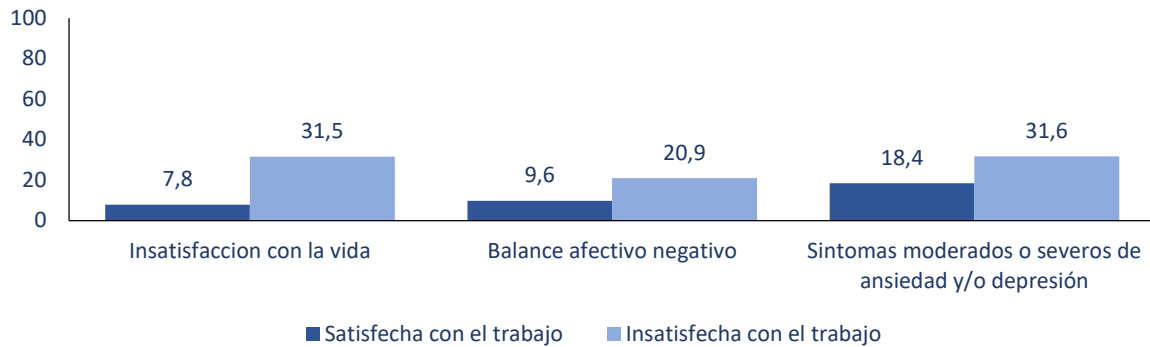
Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Nada o poco” y “Al menos bastante” para todos los indicadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

A lo largo de este capítulo se ha evidenciado una posición desmejorada de las mujeres en el mercado laboral en términos de su participación, ocupación y brechas de ingresos, así como de una mayor carga de trabajo no remunerado, dobles jornadas y doble presencia en el trabajo.

A la luz de esta evidencia, no debiese sorprender la relación que existe entre la insatisfacción laboral y los indicadores del bienestar que se han presentado. A modo de síntesis, el gráfico 8.12 muestra las brechas que se observan según la satisfacción o insatisfacción que experimentan las mujeres con el trabajo. Al separar a las mujeres ocupadas según esta distinción, se observa una brecha de 23,7 puntos porcentuales en su insatisfacción con la vida: mientras un 7,8% de las mujeres ocupadas que se declaran satisfechas con el trabajo se declaran a la vez insatisfechas con la vida, este porcentaje aumenta a 31,5% entre las mujeres ocupadas que se declaran insatisfechas con su trabajo. En el caso del balance afectivo negativo y la presencia de síntomas moderados o severos de ansiedad y/o depresión, las brechas detectadas son de 11,3 y 13,2 puntos porcentuales, respectivamente.

Gráfico 8.12: Porcentaje de mujeres ocupadas según satisfacción con el trabajo, por medida de bienestar (2021).



Nota: A un 95% de confianza, se encuentran diferencias entre las categorías “Satisfecha con el trabajo” y “Insatisfecha con el trabajo” para todos los indicadores.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta de Bienestar Social 2021.

La información presentada en este capítulo aborda las profundas inequidades que experimentan las mujeres en su autonomía económica, referida a lo laboral e ingresos, además de la sobrecarga que experimentan en el ámbito del trabajo no remunerado, observándose importantes asociaciones con distintos indicadores del bienestar.

De esta forma, al analizar el contexto general en el que se organizan los cuidados en el país, se debe poner especial énfasis en el carácter eminentemente desigual de estos arreglos, que descansan desproporcionadamente sobre las mujeres, muchas de ellas mayores. Como consecuencia, las mujeres presentan mayores tasas de inactividad que los hombres, a la vez que declaran que las principales razones para no buscar trabajo se relacionan con los quehaceres domésticos y de cuidado. Incluso si logran superar la barrera del acceso al mundo del trabajo remunerado, las mujeres que se encuentran insertas en el mercado laboral destinan, en promedio, un 86% más de su tiempo a actividades no remuneradas en comparación con los hombres, lo que se refleja en que ellas se ocupan, en una mayor proporción, en trabajos de jornadas parciales. Esto, sumado a la mayor inactividad y a arreglos económicos desiguales al interior de los hogares, tiene un impacto agregado importante en la autonomía económica de las mujeres, a lo que se suman las dobles jornadas de trabajo no remunerado, como también la doble presencia en las mujeres que trabajan de manera remunerada. Lo anterior tiene impactos negativos en el bienestar.

Todos estos datos son una evidencia que muestra la necesidad de avanzar en una agenda que permita abordar la crisis de los cuidados y la desigual distribución de la carga de trabajo asociada a ella, que recae de manera desproporcionada en la población de mujeres en el país. La siguiente sección presenta, a modo de cierre, algunos de los desafíos existentes en este ámbito.

9. DESAFÍOS DE ACCIÓN

El análisis exhaustivo de la situación actual en Chile, utilizando diferentes fuentes de información oficial del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, revela desafíos importantes en el ámbito de los apoyos y cuidados, subrayando la necesidad imperante de establecer un Sistema Nacional e Integral de Cuidados. Este sistema es esencial para abordar la crisis de los cuidados y la desigual distribución de la carga laboral asociada a estas tareas, que afectan de manera desproporcionada a mujeres, personas mayores y a los grupos de menores ingresos.

La pandemia de COVID-19 resaltó la fragilidad de la organización actual de los cuidados. El confinamiento y las medidas de distanciamiento social generaron una mayor demanda de cuidados en el hogar y pusieron en evidencia la insostenibilidad de su actual organización, afectando mayoritariamente a las mujeres. Por ejemplo, durante la pandemia, según los resultados de la Encuesta Social COVID-19, un 35,5% de las mujeres jóvenes y un 76,5% de las mujeres entre 30 y 59 años realizaron trabajo doméstico y de cuidado, comparado con solo un 10,6% y un 24,6% de los hombres en los mismos grupos etarios, respectivamente.

De este modo, se evidencia que un desafío prominente es la persistente desigualdad de género en las labores de cuidado. Históricamente, las mujeres han asumido la mayoría de estas tareas, lo que ha limitado su participación en el mercado laboral y ha impactado negativamente en su bienestar. A pesar de que, según la información de la encuesta Casen, la tasa de participación laboral femenina ha aumentado del 43,5% en 2006 al 52,0% en 2022, aún existe una brecha significativa respecto a los hombres, que registraron una participación del 73,0% en 2022. Además, las mujeres ganan en promedio un 26,0% menos que los hombres, lo que resalta la necesidad de abordar la autonomía económica femenina y la corresponsabilidad social en el contexto de los cuidados.

En ese contexto, se debe prestar atención a las necesidades de las personas cuidadoras. La Encuesta ENDIDE 2022 reveló que el 32,4% de estas personas experimentan una sobrecarga intensa, lo que resalta la importancia de brindarles apoyo de distinto tipo. En particular, las tres necesidades de apoyo principales declaradas por las personas cuidadoras son de asistencia técnica o profesional para el cuidado (60,8%); compartir la responsabilidad del cuidado con otras personas (56,8%); y apoyo psicosocial o atención en salud para ellas mismas (51,9%). A su vez, estas necesidades de apoyos aumentan con la severidad de la dependencia de quien requiere de apoyos y cuidados.

Además, la desigual distribución de la carga de cuidados no remunerados, asumida en su mayoría por mujeres, exige avanzar en reconocer, redistribuir y reducir esta carga desde un enfoque de derechos, género, curso de vida, intersectorial, intercultural e interseccional, para avanzar hacia una igualdad de género más efectiva y un mayor bienestar de esta población. En 2021, según los datos obtenidos de la Encuesta de Bienestar Social, el 20,1% de las personas de 18 años o más en Chile declaró realizar 9 horas o más de trabajo no remunerado al día, pero al comparar por sexo la proporción de mujeres que realiza 9 o más horas de trabajo no remunerado es 25,9 puntos porcentuales mayor que la de los hombres: 32,8% de las mujeres versus 6,8% de los hombres.

En línea con lo anterior, un aspecto crítico es la disminución de las redes de apoyo familiares internas y la menor disponibilidad de tiempo para el cuidado, sumado al notable incremento de hogares unipersonales, que, según los datos de Casen, pasaron de 9,1% en 2006 a 19,3% en 2022. Esto coincide con que, según los resultados de ENDIDE 2022, dentro del universo de personas cuidadoras

dentro del hogar de quien requiere cuidados, solo un el 9,7% señala disponer de un apoyo social fuerte, vale decir, la gran mayoría de estas personas cuidadoras considera que no tienen personas de confianza cercanas o que tengan preocupación e interés por ellas o vecinos que puedan blindarles el apoyo práctico que necesitan. Los quintiles I y II son quienes perciben un nivel más bajo de apoyo social en comparación con los quintiles de mayores ingresos. Todo esto exige repensar cómo se prestan y organizan los cuidados.

Otro aspecto crucial es el impacto del envejecimiento poblacional y el aumento de la dependencia y de las necesidades de cuidado. Los datos muestran un crecimiento en la población de personas mayores entre 1992 y 2021. Mientras el Censo de Población y Vivienda mostraba un 9,5% de personas mayores en 1992, el marco de población basado en registros administrativos da cuenta que al año 2021 este grupo representó 19,2% de la población, es decir, un incremento del 186,4% en casi 30 años. Esto, sumado a que el 9,8% de la población adulta se encuentra en situación de dependencia, hace probable un incremento en la demanda de servicios de apoyos y cuidados.

Ligado a lo anterior, el nuevo Sistema Nacional e Integral de Cuidados enfrenta el desafío de que algunas regiones presentan un envejecimiento poblacional significativamente más avanzado que otras, como es el caso de Valparaíso y Ñuble, que muestran un envejecimiento avanzado, con más del 22% de su población superando los 60 años en 2021, según los datos obtenidos del marco de población basado en registros administrativos. Esta situación demanda un enfoque territorial que se adapte a las necesidades específicas de cada región, en lugar de una solución estándar.

Junto con lo anterior, se debe considerar que el envejecimiento impacta de manera particular en las mujeres, que no solo presentan una mayor esperanza de vida, sino que también desempeñan un papel vital en el ámbito del cuidado no remunerado. De hecho, durante la pandemia, según los datos de la Encuesta Social Covid-19, un 15,3% de las mujeres que realizaron actividades de cuidado eran mayores de 60 años y un 29,4% del cuidado de personas dependientes fue realizado por ellas. Esto es relevante sobre todo porque muchas de estas personas cumplen el doble rol de ejercer como personas cuidadoras, a la vez que requieren de apoyos o cuidados, lo que subraya la necesidad de enfocar las políticas públicas en esta población y reconocer y valorar el papel crucial que desempeñan.

El enfoque que está tomando Chile para abordar las necesidades de cuidados se centra en un esfuerzo colaborativo entre el Estado, el sector privado y la sociedad civil, con el fin de aliviar la carga desproporcionada que actualmente recae sobre las familias. El Estado está liderando esta iniciativa a través del desarrollo del Sistema Nacional e Integral de Cuidados, que aspira a ser un pilar en el estado de bienestar. Este sistema busca crear nueva oferta programática, pero también incorporar el esfuerzo que desde hace años viene realizando el Estado para suplir las necesidades aquí identificadas. Así, según la última información disponible a la fecha de elaboración de este informe, se han identificado un total de 70 programas, de diferentes sectores, que tributan a los cuidados en aspectos relevantes como los apoyos institucionales, apoyos y cuidados en el hogar, habitabilidad, promoción de la corresponsabilidad, promoción de competencias y empleo, así como transferencias monetarias directas.

En síntesis, la implementación de un Sistema Nacional e Integral de Cuidados en Chile debe abordar estos desafíos con un enfoque holístico, buscando equilibrar la carga de cuidado entre géneros, generaciones, culturas y sectores socioeconómicos, promoviendo la igualdad de género y mejorando el bienestar social. Este sistema debe estar basado en principios de universalidad,

igualdad, corresponsabilidad, autonomía y vida independiente, asegurando que el cuidado sea reconocido como una responsabilidad compartida y un derecho fundamental para todos los ciudadanos.

ACRÓNIMOS

MDSF	Ministerio de Desarrollo Social y Familia
ENDIDE	Encuesta de Discapacidad y Dependencia
EBS	Encuesta de Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
PcD	Persona con discapacidad
OECD	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
TFG	Tasa Global de Fecundidad
ONU	Organización de las Naciones Unidas
SIC	Sistemas integrales de cuidados
Casen	Encuesta de caracterización Socioeconómica Nacional
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño

ANEXOS

Anexo 1.1: Marco normativo y legislativo

Convenios Internacionales

Norma	Enlace
1982: Asamblea General de las Naciones Unidas convoca a la primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, a partir de la cual se deriva el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento	https://www.un.org/es/conferences/ageing/vienna1982
1991: Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad	https://undocs.org/es/A/RES/46/91
2002: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se adopta la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de Madrid	https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-sp.pdf
2015: Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp
2017: Ratificación por parte de Chile a la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores	https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Ratificacion-Conv-Interamericana-Prot-Derechos-Pers-Mayores.pdf
2006: Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ratificada por Chile en 2008	https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf
1994: Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación	https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000110753_fre?posInSet=3&queryId=N-EXPLORE-26694bfb-b641-436d-8076-0bfe46aca215
2002: ONU, Derechos humanos y discapacidad: Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad	http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/Studydisability_sp.doc
1979 (entra en vigor 1981): Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer	https://www.ohchr.org/sites/default/files/cedaw_SP.pdf
1994: Convención Interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer	https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/mujer/Material_difusion/convencion_BelemdoPara.pdf
2022: XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Buenos Aires	https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48737/S2300107_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Leyes y decretos

Leyes y/o decretos	Enlace
2007: Programa de Viviendas Protegidas, convenio suscrito entre Minvu y SENAMA (Res. Exenta 3419 del Minvu). Decreto Supremo 62 (publicado D.O. el 17 de abril 2008)	https://www.senama.gob.cl/storage/docs/GUIA_DE_OPERACIONES_CVT_2019.pdf
2010: Decreto 14, aprueba Reglamento de establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores. Última modificación Decreto 29 (2011)	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1015936
2004: Ley Nº 19.968 establece medidas de protección para las personas mayores o personas afectadas por alguna incapacidad o discapacidad	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229557
2010: Ley Nº 20.427, que reforma la Ley de Violencia Intrafamiliar	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1011723&idParte=8896840&idVersion=2010-03-18
2012: Ley Nº 20.609 establece medidas contra las discriminaciones arbitrarias (Ley Antidiscriminación)	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1042092&idVersion=Diferido
2016: Ley Nº 20.968 tipifica delitos de tortura y de tratos crueles, inhumanos y degradantes	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1096847
2017: Ley Nº 21.013 tipifica un nuevo delito de maltrato y aumenta la protección de personas en situación especial, considerando a las personas mayores	https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/6455.pdf
2019: Ley Nº 21.144 establece el concepto de cuarta edad, modificando la Ley Nº 19.828	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1129380&idParte=10004114&idVersion=2019-03-01
2003: Decreto Nº93 (26 de noviembre del 2003), aprueba reglamento del registro de prestadores de servicios remunerados o no a adultos mayores	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=217790
2004: Decreto Nº125 (28 de septiembre de 2004), instituye Día del adulto mayor	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=235449
2004: Ley Nº 19.966. que establece Garantías Explícitas en Salud	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=229834
2012: Ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes de los usuarios en los servicios de salud	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348
2015: Ley Nº 20.850 Ricarte Soto, que crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1078148
2019: Ley 21.168, que establece atención oportuna y de calidad a toda persona de 60 y más años	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1134300&idParte=10041938&idVersion=2019-07-27

Leyes y/o decretos	Enlace
2020: Decreto Nº 2 (22 de julio de 2020), aprueba reglamento que regula el derecho a la atención preferente dispuesto en la Ley Nº 20.584	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1147695
2021: Ley Nº 21.309 establece beneficio que indica para los afiliados y pensionados calificados como enfermos terminales	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1155207&idParte=10197325&idVersion=2021-07-01
2021: Ley Nº 21.322 establece el sistema red integral de protección social	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1158583&tipoVersion=0
2022: Ley Nº 21.375 consagra los cuidados paliativos y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1166846
1987: Establece normas sobre deficientes mentales (última versión 2018)	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=29991&idVersion=2018-04-01&idParte=
2010: Ley 20.422, sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de las Personas con Discapacidad	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1010903
2017: Ley 21.015, Incentiva la inclusión de personas con discapacidad al mundo laboral	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1103997
1994: Ley 19.284, última modificación 2010, establece Normas para la plena integración social de personas con discapacidad	https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=30651

Otros

Descripción	Enlace
2002: Estrategia Envejecimiento Activo	https://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
2020: Asamblea de Naciones Unidas declara la Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030)	https://digitallibrary.un.org/record/3895879 United Nations. (2020). "United Nations Decade of Healthy Aging (2021-2030)". <i>United Nations General Assembly 75th session, Global Health and foreign policy</i> (pág. 4). New York: United Nations.
2015: Agenda 2030, Objetivos de Desarrollo Sostenible. ODS 3: Salud universal ODS 1: Pobreza y protección social ODS 5: Igualdad de género	https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/
2003: Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento	https://www.cepal.org/es/eventos/conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento

Descripción	Enlace
2007 (Brasil), 2012 (Costa Rica), 2017 (Paraguay): Evaluación. Seguimiento y actualización Estrategia Regional sobre Envejecimiento.	(2007) https://www.cepal.org/es/eventos/segunda-conferencia-regional-intergubernamental-envejecimiento (2012) https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21534/1/S2012896_es.pdf (2017) https://conferenciaenvejecimiento.cepal.org/4/sites/envejecimiento4/files/c1700615_0.pdf
2013: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo	https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
2019: Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para adultos mayores (ELEAM). Protocolos 2019	https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Libro_Estandares_de_Calidad_ELEAM_2019_FINAL.pdf
2019: Programa Comunas Amigables con las Personas Mayores (SENAMA).	https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_orientaciones_tecnicas.pdf
2021: Protocolo de Acceso a la Justicia de Personas Mayores, Poder Judicial	https://servicios.pjud.cl/TestProtocoloPersonasMayores16-04-21.pdf
2013: Programa de Cuidados Domiciliarios	https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/28768-programa-cuidados-domiciliarios
2013: Centros de día comunitarios y Centros Referenciales	https://www.senama.gob.cl/programa-centros-dia
2017: Programa Red Local de Apoyos y Cuidados	https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/60238-programa-red-local-apoyos-y-cuidados
2017: Plan Nacional de Demencia	https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/PLAN-DE-DEMENCIA.pdf
2017: Centros de apoyo comunitario para personas con demencia	https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7790-centros-de-apoyo-comunitario-para-personas-con-demencia https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/pdf/2017/PRG2017_3_59474.pdf
2001: Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), publicada por la OMS	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf

Anexo 3.1: Relación de dependencia demográfica población menor de 15 años, 2021

Región	Dependencia Total	Dependencia niños, niñas y adolescentes (0 a 14 años)	Dependencia personas mayores (60 años o más)
Arica y Parinacota	57,7	29,4	28,3
Tarapacá	52,9	30,6	22,2
Antofagasta	49,6	28,1	21,5
Atacama	56,9	29,6	27,3
Coquimbo	59,3	28,1	31,2
Valparaíso	61,8	25,9	35,9
Metropolitana	53,0	24,8	28,2
O'Higgins	59,7	27,5	32,2
Maule	60,6	27,2	33,3
Ñuble	62,4	26,6	35,8
Biobío	59,2	26,5	32,7
La Araucanía	62,2	28,6	33,6
Los Ríos	60,1	27,1	33,0
Los Lagos	55,1	26,2	28,9
Aysén	54,9	28,4	26,5
Magallanes	56,7	25,0	31,7
País	58,6	28,2	30,4

Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Anexo 3.2: Índice de Envejecimiento a nivel territorial, 2021

Índice de Envejecimiento poblacional , año 2021

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
Arica y Parinacota (90,1)	Arica (90,0)	Arica	89,9	Urbana
		Camarones	120,0	Rural
	Parinacota (104,9)	Putre	104,0	Rural
		General Lagos	108,0	Rural
Tarapacá (67,9)	Iquique (67,6)	Alto Hospicio	37,5	Urbana
		Iquique	91,2	Urbana
	Tamarugal (70,8)	Pozo Almonte	60,0	Rural
		Huara	73,9	Rural
		Colchane	83,7	Rural
		Camiña	92,3	Rural
		Pica	92,9	Rural
Antofagasta (71,2)	Antofagasta (74,8)	Antofagasta	75,2	Urbana
		Mejillones	58,0	Rural
		Sierra Gorda	34,8	Rural
		Taltal	89,3	Rural
	El Loa (60,9)	Calama	61,5	Urbana
		Ollagüe	51,2	Rural
		San Pedro de Atacama	51,4	Rural
	Tocopilla (87,5)	María Elena	72,5	Rural
		Tocopilla	90,2	Rural
Atacama (85,9)	Chañaral (84,5)	Chañaral	97,1	Rural
		Diego de Almagro	71,4	Rural
	Copiapó (79,4)	Caldera	92,2	Rural
		Copiapó	79,1	Urbana
		Tierra Amarilla	64,6	Rural
	Huasco (103,6)	Freirina	96,4	Rural
		Vallenar	101,4	Urbana
		Huasco	106,1	Rural
		Alto del Carmen	135,5	Rural
Coquimbo (103,0)	Choapa (121,3)	Canela	164,6	Rural
		Illapel	120,9	Rural
		Los Vilos	118,9	Rural
		Salamanca	111,5	Rural
	Elqui (96,7)	Andacollo	110,4	Rural
		La Higuera	90,2	Rural
		Coquimbo	93,0	Urbana
		La Serena	97,6	Urbana

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		Paiguano	112,4	Rural
		Vicuña	113,8	Rural
	Limarí (113,1)	Ovalle	104,0	Urbana
		Monte Patria	112,4	Rural
		Punitaqui	124,5	Rural
		Combarbalá	174,3	Rural
		Río Hurtado	179,6	Rural
Valparaíso (129,1)	Isla de Pascua (53,7)	Isla de Pascua	53,7	Rural
	Los Andes (108,1)	Calle Larga	83,1	Mixta
		Los Andes	119,2	Urbana
		Rinconada	93,5	Rural
		San Esteban	103,0	mixta
	Marga Marga (131,1)	Limache	119,1	Mixta
		Olmué	142,2	Rural
		Villa Alemana	118,8	Urbana
		Quilpué	144,8	Urbana
	Petorca (125,6)	Cabildo	117,5	Mixta
		La Ligua	124,5	Mixta
		Papudo	134,3	Rural
		Petorca	137,7	Rural
		Zapallar	130,2	Rural
	Quillota (112,3)	Hijuelas	111,4	Mixta
		Calera	75,3	Urbana
		La Cruz	90,4	Mixta
		Nogales	128,9	Rural
		Quillota	128,5	Urbana
	San Antonio (137,8)	Algarrobo	169,0	Mixta
		Cartagena	138,5	Mixta
		El Quisco	178,5	Mixta
		El Tabo	180,2	Mixta
		San Antonio	119,6	Urbana
		Santo Domingo	124,5	Rural
	San Felipe de Aconcagua (103,3)	Llaillay	57,8	Mixta
		Catemu	115,3	Rural
		Panquehue	116,3	Rural
		Putendo	125,1	Mixta
		San Felipe	103,1	Urbana
Santa María		109,1	Mixta	

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
	Valparaíso (141,2)	Casablanca	111,0	Mixta
		Concón	121,0	Mixta
		Juan Fernandez	78,5	Rural
		Puchuncaví	118,9	Mixta
		Quintero	111,1	Mixta
		Valparaíso	140,5	Urbana
		Viña del Mar	153,6	Urbana
Metropolitana (105,9)	Chacabuco (46,8)	Lampa	44,2	Urbana
		Tiltil	48,7	Rural
		Colina	48,7	Urbana
	Cordillera (90,6)	Pirque	106,6	Rural
		Puente Alto	88,9	Urbana
		San José de Maipo	121,5	Rural
	Maipo (82,7)	Buín	71,3	Urbana
		Calera de Tango	121,5	Mixta
		San Bernardo	82,6	Urbana
		Paine	87,8	Mixta
	Melipilla (100,4)	Alhué	88,3	Rural
		Curacaví	107,7	Mixta
		Melipilla	97,6	Urbana
		María Pinto	106,6	Rural
		San Pedro	116,5	Rural
	Santiago (116,4)	Renca	90,7	Urbana
		Pudahuel	90,8	Urbana
		Independencia	94,9	Urbana
		Estación Central	102,8	Urbana
		Peñalolén	104,1	Urbana
		Cerrillos	106,7	Urbana
		Santiago	107,7	Urbana
		San Miguel	108,9	Urbana
		Maipú	110,3	Urbana
		Cerro Navia	111,3	Urbana
		Recoleta	115,0	Urbana
		El Bosque	115,0	Urbana
		Quinta Normal	118,4	Urbana
Lo Espejo		120,7	Urbana	
La Granja		126,6	Urbana	
Conchalí	127,2	Urbana		
San Ramón	127,4	Urbana		

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		Lo Prado	127,9	Urbana
		La Cisterna	128,1	Urbana
		La Florida	131,9	Urbana
		San Joaquín	142,2	Urbana
		Macul	143,8	Urbana
		Pedro Aguirre Cerda	149,9	Urbana
		Quilicura	61,4	Urbana
		Huechuraba	76,5	Urbana
		Lo Barnechea	79,3	Urbana
		La Pintana	86,3	Urbana
		La Reina	152,0	Urbana
		Ñuñoa	159,2	Urbana
		Vitacura	165,9	Urbana
		Las Condes	178,9	Urbana
		Providencia	208,5	Urbana
	Talagante (86,6)	El Monte	89,2	Mixta
		Isla de Maipo	93,1	Mixta
		Padre Hurtado	69,4	Urbana
		Peñaflor	90,1	Urbana
Talagante		96,5	Urbana	
O'Higgins (108,6)	Cachapoal (102,8)	Codegua	115,4	Mixta
		Coinco	135,0	Rural
		Doñihue	103,0	Mixta
		Coltauco	114,2	Mixta
		Graneros	83,6	Mixta
		Las Cabras	114,4	Rural
		Machalí	67,9	Urbana
		Malloa	134,8	Rural
		Olivar	101,2	Mixta
		Peumo	125,6	Mixta
		Pichidegua	133,8	Rural
		Quinta de Tilcoco	126,4	Mixta
		Rancagua	102,6	Urbana
		Requínoa	92,3	Mixta
		Rengo	100,3	Urbana
		Mostazal	99,7	Mixta
	San Vicente	125,9	Mixta	
	Cardenal Caro (142,4)	La Estrella	165,4	Rural
		Litueche	129,4	Rural

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		Marchihue	156,1	Rural
		Navidad	169,3	Rural
		Paredones	194,9	Rural
		Pichilemu	116,1	Rural
	Colchagua (119,2)	San Fernando	107,5	Urbana
		Chimbarongo	110,1	Rural
		Nancagua	115,0	Mixta
		Santa Cruz	119,7	Mixta
		Placilla	129,2	Rural
		Chépica	134,9	Mixta
		Palmilla	142,8	Rural
		Peralillo	145,1	Rural
		Lolol	159,7	Rural
Pumanque	195,4	Rural		
Maule (113,7)	Cauquenes (147,2)	Cauquenes	144,9	Rural
		Chanco	150,4	Rural
		Pelluhue	156,2	Rural
	Curicó (109,9)	Curicó	98,9	Urbana
		Hualañé	166,4	Rural
		Licantén	145,6	Rural
		Molina	112,1	Mixta
		Rauco	123,8	Rural
		Romeral	109,4	Mixta
		Sagrada Familia	128,3	Rural
		Teno	120,9	Rural
	Vichuquén	168,1	Rural	
	Linares (121,9)	Colbún	117,6	Rural
		Linares	121,1	Urbana
		Longaví	124,4	Rural
		Parral	127,8	Mixta
		Retiro	129,7	Rural
		San Javier	115,5	Mixta
		Villa Alegre	136,1	Mixta
		Yerbas Buenas	110,2	Rural
	Talca (106,3)	Maule	52,8	Mixta
		Constitución	97,1	Mixta
		Empedrado	109,9	Rural
		San Clemente	111,5	Rural
		Talca	113,3	Urbana

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		San Rafael	119,4	Rural
		Río Claro	124,1	Rural
		Pelarco	133,9	Rural
		Pencahue	170,2	Rural
		Curepto	210,3	Rural
Ñuble (124,6)	Diguillín (119,9)	Bulnes	130,4	Rural
		Chillán	115,5	Urbana
		Chillán Viejo	85,4	Mixta
		El Carmen	131,8	Rural
		Pemuco	129,4	Rural
		Pinto	146,7	Rural
		Quillón	157,5	Mixta
		San Ignacio	144,7	Rural
		Yungay	128,3	Mixta
	Itata (158,8)	Cobquecura	208,3	Rural
		Coelemu	149,9	Rural
		Portezuelo	178,7	Rural
		Ninhue	184,0	Rural
		Quirihue	154,1	Mixta
		Ránquil	102,7	Rural
		Treguaco	152,9	Rural
	Punilla (123,6)	Ñiquén	73,4	Rural
		Coihueco	105,3	Rural
		San Fabián	128,5	Rural
		San Nicolás	133,8	Rural
San Carlos		135,5	Mixta	
Biobío (114,2)	Arauco (101,1)	Arauco	104,7	Rural
		Cañete	97,3	Rural
		Contulmo	127,6	Rural
		Curanilahue	118,8	Mixta
		Lebu	103,4	Mixta
		Los Álamos	84,2	Rural
		Tirúa	76,1	Rural
	Biobío (109,7)	Alto Biobío	56,7	Rural
		Antuco	149,2	Rural
		Cabrero	110,2	Rural
		Laja	124,4	Mixta
		Los Ángeles	96,5	Urbana
		Mulchén	121,7	Mixta

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad		
		Nacimiento	113,2	Mixta		
		Negrete	115,5	Rural		
		Quilaco	169,1	Rural		
		Quilleco	151,9	Rural		
		San Rosendo	158,4	Rural		
		Santa Bárbara	122,6	Rural		
		Tucapel	138,3	Rural		
		Yumbel	162,6	Mixta		
	Concepción (118,6)	San Pedro de la Paz	74,9	Urbana		
		Coronel	93,1	Urbana		
		Hualqui	100,3	Mixta		
		Chiguayante	121,0	Urbana		
		Penco	123,3	Mixta		
		Santa Juana	127,2	Mixta		
		Hualpén	129,2	Urbana		
		Talcahuano	137,0	Urbana		
		Lota	139,2	Mixta		
		Tomé	139,7	Urbana		
		Concepción	141,0	Urbana		
		Florida	158,3	Rural		
		Araucanía (109,4)	Cautín (107,1)	Cholchol	97,7	Rural
				Carahue	120,0	Rural
Cunco	137,2			Rural		
Curarrehue	101,2			Rural		
Freire	137,0			Rural		
Galvarino	111,3			Rural		
Gorbea	148,1			Mixta		
Lautaro	96,7			Mixta		
Loncoche	129,2			Mixta		
Melipeuco	136,8			Rural		
Nueva Imperial	122,8			Mixta		
Padre Las Casas	84,7			Mixta		
Perquenco	108,1			Rural		
Pitrufquén	127,8			Mixta		
Saavedra	128,9			Rural		
Pucón	86,5			Rural		
Temuco	104,3			Urbana		
Teodoro Schmidt	139,8			Rural		
Toltén	137,5	Rural				

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		Vilcún	93,5	Rural
		Villarrica	97,8	Mixta
	Malleco (117,9)	Ercilla	86,5	Rural
		Lonquimay	99,0	Rural
		Renaico	103,0	Mixta
		Collipulli	103,1	Rural
		Angol	113,4	Urbana
		Purén	119,1	Rural
		Lumaco	124,0	Rural
		Victoria	131,2	Mixta
		Los Sauces	132,3	Rural
		Traiguén	132,8	Mixta
		Curacautín	146,0	Mixta
Los Ríos (112,7)	Ranco (108,1)	Futrono	97,9	Rural
		La Unión	129,7	Rural
		Río Bueno	58,3	Mixta
		Lago Ranco	124,2	Rural
	Valdivia (114,0)	Mariquina	92,1	Rural
		Panguipulli	108,0	Rural
		Los Lagos	112,1	Rural
		Lanco	115,0	Mixta
		Valdivia	117,1	Urbana
		Paillaco	121,5	Rural
		Máfil	122,0	Mixta
		Corral	136,5	Rural
	Los Lagos (102,0)	Chiloé (106,0)	Ancud	131,5
Castro			94,7	Mixta
Chonchi			106,7	Rural
Curaco de Vélez			130,3	Rural
Dalcahue			95,5	Rural
Puqueldón			156,6	Rural
Queilén			124,4	Rural
Quellón			67,5	mixta
Quinchao			144,2	Rural
Quemchi			148,2	Rural
Llanquihue (90,4)		Calbuco	111,0	Mixta
		Cochamó	158,8	Rural
		Frutillar	100,3	Rural
		Fresia	148,5	Rural

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
		Llanquihue	115,3	Rural
		Los Muermos	134,3	Rural
		Mauullín	159,9	Rural
		Puerto Montt	77,3	Urbana
		Puerto Varas	84,3	Mixta
	Osorno (121,0)	Osorno	111,3	Urbana
		Puerto Octay	123,1	Rural
		Puyehue	139,8	Rural
		Purranque	140,3	Rural
		Río Negro	143,0	Rural
		San Pablo	154,9	Rural
		San Juan de la Costa	177,5	Rural
	Palena (107,0)	Futaleufú	94,9	Rural
		Hualaihué	98,8	Rural
Chaitén		124,9	Rural	
Palena		129,5	Rural	
Aysén (86,6)	Aysén (78,8)	Guaitecas	65,7	Rural
		Cisnes	75,9	Rural
		Aysén	80,2	Rural
	Capitán Prat (83,8)	Tortel	44,1	Rural
		O Higgins	47,1	Rural
		Cochrane	93,8	Rural
	Coyhaique (85,3)	Coyhaique	84,4	Urbana
		Lago Verde	180,0	Rural
	General Carrera (139,0)	Chile Chico	135,5	Rural
		Río Ibáñez	146,3	Rural

INFORME DE CUIDADOS

Región	Provincia	Comuna	Índice de Envejecimiento	Clasificación OECD para Ruralidad
Magallanes (117,4)	Antártica Chilena (34,5)	Antártica	100,0	Sin dato
		Cabo de Hornos	34,1	Rural
	Magallanes (120,6)	San Gregorio	88,0	Rural
		Punta Arenas	120,6	Urbana
		Río Verde	131,8	Rural
		Laguna Blanca	160,7	Rural
	Tierra del Fuego (96,1)	Timaukel	82,6	Rural
		Porvenir	96,0	Rural
		Primavera	100,9	Rural
	Última Esperanza (115,3)	Torres del Paine	69,2	Rural
		Natales	115,6	Rural

Fuente: Marco poblacional de Residentes, Registros Administrativos 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Nota:

Comuna Rural: donde el 50% o más de la población vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km2, con un máximo de 50.000 habitantes.

Comuna Urbana: donde el 25% o menos de la población, vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km2, con un mínimo de 50.000 habitantes. Se incorporan a esta categoría, además del criterio de población máxima, las comunas que son capitales regionales.

Comuna Mixta: donde entre el 25% y el 50% de su población vive en distritos censales de menos de 150 habitantes por km2, con un máximo de 100.000 habitantes.

Anexo 3.3: Glosario Tipologías del Hogar

Tipología de Estructura del hogar

Unipersonal: Constituido por una sola persona que es el/la jefe/a de hogar.

Nuclear Biparental: Constituido por matrimonio o unión de hecho sin hijos o hijastros y matrimonio o unión de hecho con hijos o hijastros de cualquier estado civil, siempre y cuando estén solos, esto es, sin cónyuge o conviviente o hijos o hijastros.

Nuclear Monoparental: Constituido por jefe/a de hogar con hijos o hijastros de cualquier estado civil, siempre y cuando estén solos, esto es, sin cónyuge o conviviente o hijos o hijastros.

Extenso Biparental: Constituido por un hogar nuclear biparental más cualquier otro pariente del jefe/a de hogar no nuclear. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.

Extenso Monoparental: Constituido por un hogar nuclear monoparental más cualquier otro pariente del jefe/a de hogar no nuclear. No hay presencia de miembros no parientes del jefe de hogar.

Censal: Corresponde a hogares conformados por una o más personas, vinculadas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda particular,

Tipología Generacional del hogar

Multigeneracionales: hogares compuestos por miembros de todas las generaciones diferenciadas: 0 a 17 años; 18 a 59; 60 años o más.

Sin generaciones intermedias: hogares bi-generacionales sin miembros entre 18 y 59 años.

Sin adultos mayores: hogares bi-generacionales sin miembros de 60 años o más.

Sin niños, niñas y adolescentes: hogares bi-generacionales sin miembros menores de 18 años.

Generacionales: hogares en que conviven miembros solosolo de una generación: entre 18 y 59 años, mayores de 60 años.

Anexo 3.4: Distribución de tipología de hogar por decil del ingreso autónomo per cápita del hogar, 2006-2022

	I		II		III		IV		V		VI		VII		VIII		IX		X	
	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022	2006	2022
Unipersonal	10,3	27,8	3,1	7,4	2,8	10,9	5,3	12,8	10,8	10,0	7,4	10,4	8,0	23,2	10,7	22,3	12,0	29,4	20,9	38,3
Nuclear Monoparental	18,9	24,1	13,3	22,9	12,1	20,5	13,5	20,5	13,1	19,0	13,6	18,8	15,0	16,2	15,3	15,1	15,0	12,7	13,9	8,4
Nuclear Biparental	50,7	33,6	60,8	48,8	61,5	47,1	57,9	46,3	53,8	50,6	58,7	50,6	58,1	44,6	56,8	48,9	58,9	48,3	57,9	46,8
Extenso Monoparental	8,3	6,4	8,9	10,1	8,3	10,2	8,7	8,8	7,6	8,0	7,4	8,3	6,6	5,9	5,8	4,1	4,9	2,5	2,0	1,2
Extenso Biparental	11,6	5,4	13,7	8,6	15,2	9,4	14,4	9,0	14,2	9,7	12,7	9,2	11,9	6,2	10,5	5,4	8,0	3,1	3,5	1,9
Sin nucleo	0,2	2,7	0,1	2,2	0,2	1,9	0,2	2,6	0,5	2,7	0,2	2,7	0,5	4,0	0,9	4,2	1,3	4,0	1,8	3,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos Casen 2006-2022

Anexo 4.1: Módulo Cuidados de Encuesta Social COVID-19

c01. Desde el inicio de la crisis COVID-19, ¿quién(es) realiza(n) principalmente las tareas domésticas de su hogar como hacer el aseo, preparar comida, lavar ropa, planchar, etc.?

[Instrucción al encuestador: seleccionar máximo dos categorías](#)

1. Algún integrante del hogar
2. Alguna persona fuera del hogar sin remuneración
3. Servicio doméstico remunerado

Validación: seleccionar máximo dos categorías de respuesta.

c02. [FILTRO: c01=1] Me podría indicar, ¿qué integrante de su hogar realiza principalmente estas tareas, sin recibir un pago a cambio?

(Programación: despliegue lista de integrantes del hogar si edad>=5)

[Instrucción al encuestador: si la persona se refiere a más de un integrante del hogar, pedirle indicar el principal.](#)

c03. [FILTRO: NNA=1] Desde el inicio de la crisis COVID-19, ¿quién(es) se dedica(n) principalmente al cuidado de los(las) niños(as) de su hogar?

[Instrucción al encuestador: seleccionar máximo dos categorías](#)

1. Algún integrante del hogar
2. Alguna persona fuera del hogar sin remuneración
3. Servicio doméstico remunerado

Validación: seleccionar máximo dos categorías de respuesta.

c04. [FILTRO: NNA=1 & c03=1] Me podría indicar, ¿qué integrante de su hogar se dedica principalmente al cuidado de los niños(as) de su hogar, sin recibir un pago a cambio?

(Programación: despliegue lista de integrantes del hogar edad>=5)

[Instrucción al encuestador: si la persona se refiere a más de un integrante del hogar, pedirle indicar el principal.](#)

c05. ¿Algún integrante de su hogar se encuentra enfermo(a), en situación de discapacidad o es una persona mayor que requiere cuidados o ayuda?

[Instrucción al encuestador: respuesta espontánea. No leer](#)

1. Sí
2. No

c06. [Filtro: c05=1] ¿Podría indicar, por favor, la naturaleza de la condición, discapacidad o enfermedad de esa(s) persona(s)?

[Instrucción al encuestador. Marque todas las alternativas que la persona mencione de manera espontánea](#)

1. Una enfermedad de corta duración (ej.: resfriado común)
2. Una condición de salud de larga duración (excluyendo salud mental)
3. Una condición de salud mental de larga duración
4. Una discapacidad de aprendizaje o trastorno del desarrollo
5. Una discapacidad física
6. Otros problemas relacionados con la vejez

c07. [Filtro: c05=1] Desde el inicio de la crisis COVID-19, ¿quién(es) se dedica(n) principalmente al cuidado de las personas de su hogar que se encuentran enfermas, en situación de discapacidad o son personas mayores y requieren cuidados?

[Instrucción al encuestador: seleccionar máximo dos categorías.](#)

1. Algún integrante del hogar
2. Alguna persona fuera del hogar sin remuneración

3. Servicio doméstico remunerado

4. Ninguna persona

Validación: seleccionar máximo dos categorías de respuesta.

Validación: no se pueden seleccionar dos categorías si una de ellas es "4. Ninguna persona".

c08. [FILTRO: c07=1] Me podría indicar, ¿qué integrante de su hogar se dedica principalmente al cuidado de quienes se encuentran enfermos(as), en situación de discapacidad o son personas mayores y requieren cuidados, sin recibir un pago a cambio?

(Programación: despliegue lista de integrantes del hogar edad>=5)

Instrucción al encuestador: si la persona se refiere a más de un integrante del hogar, pedirle indicar el principal.

c09. "Pensando ahora en niños(as) o personas adultas enfermas o dependientes que requieren cuidados fuera del hogar, ¿quién(es) en su hogar se dedica(n) a su cuidado, sin recibir un pago a cambio?

(Programación: despliegue lista de integrantes del hogar edad>=5)

Anexo 6.1.1: Cuidados en instituciones o comunitarios

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	SENAMA	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores ELEM
		Fondo Subsidio ELEM
	SENADIS	Apoyo a la Implementación de Centros Comunitarios de Rehabilitación (CCR)
		Modelos residenciales para adultos en situación de discapacidad
	Mejor Niñez	Residencias de Protección para Niños, Niñas en Situación de Discapacidad (RDD)
Servicios Sociales	Centros de Cuidados para Niños/as por trabajos de temporada	
	Centros Comunitarios de Cuidados (Exante)	
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Camas socio sanitarias
		Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia
		Plan Nacional de Demencia
		Residencias y Hogares Protegidos
Ministerio de Educación	JUNJI	Jardín Infantil Clásico de Administración Directa
		Jardín Infantil Clásico de Administración VTF
		Programa Educativo Alternativo de Atención del Párvulo
	Integra	Jardines Infantiles y Salas Cuna Modalidad Convencional
		Jardines Infantiles y Salas Cuna Modalidad No Convencional
		Programa de Extensión Horaria
		Vacaciones en mi Jardín
	Subsecretaría de Educación	Escuelas especiales de discapacidad
		Escuelas y aulas hospitalarias (EAH)
		Programa de Integración Escolar (PIE)
Ministerio de la Mujer y Equidad de Género	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género	4 a 7
Total		22

6.1.2 Cuidados en el hogar

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicios Sociales	Red Local de Apoyos y Cuidados – Componente PC y SAD
	SENAMA	Cuidados Domiciliarios
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Redes Asistenciales	Atención Domiciliaria Personas con Dependencia Severa
		Atención en salud para niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de salud (NANEAS) en domicilio
		Hospitalización domiciliaria
		Cuidados paliativos
Total		6

6.1.3 Servicios de apoyo, ayudas técnicas y habitabilidad

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	SENADIS	Atención Temprana
		Ayudas Técnicas
		Recursos de Apoyo para Estudiantes de Educación Superior en Situación de Discapacidad
		Tránsito a la Vida Independiente
	SENAMA	Centros diurnos del Adulto Mayor
		Condominio de Viviendas Tuteladas para Adultos Mayores
		Más adultos mayores autovalentes
	Subsecretaría de la Niñez	Apoyo al Recién Nacido - ChCC
		Ayudas Técnicas – ChCC
		Programa Educativo - ChCC
	Servicios Sociales	Red Local de Apoyos y Cuidados - Componente Servicios Especializados
	Mejor Niñez	Protección Ambulatoria para niños, niñas y adolescentes Vulnerados en sus Derechos con Discapacidad Grave (PAD)
Ministerio de Salud	Subsecretaría de Salud Pública	Certificación de Discapacidad
	Subsecretaría Redes Asistenciales	Ayudas Técnicas GES
		Ayudas técnicas de movilidad y preservación de tejidos en hospitales
		Programa de Resolutividad en APS (Entrega de AATT)
		Sistema de Protección Financiera para diagnósticos y tratamientos de alto costo (Ricarte Soto) (Entrega de AATT)
		Prótesis por diabetes mellitus (ex ante)
		Rehabilitación Integral (CCR) en APS
Ayudas Técnicas GES		
Total		19

6.1.4 Promoción de la corresponsabilidad

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Subsecretaría de la Niñez	Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (Taller Nadie es Perfecto) – CHCC
		Fondo Concursable de iniciativas para la Infancia (Espacios Públicos) – CHCC
		Fondo de Intervenciones de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADID, Triple P) - CHCC
	Servicios Sociales	Centros Comunitarios de Cuidados (Exante)
		Red Local de Apoyos y Cuidados (Componente Gestión Comunitaria)
	FOSIS	Redes Comunitarias de Cuidado (Exante)
Ministerio de Educación	Fundación Integra	Fonoinfancia
	Subsecretaría de Educación Parvularia	Programa promocional de primera infancia
Total		8

6.1.5 Competencias y empleo

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio del Trabajo y la Previsión Social	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo	Fórmate para el trabajo, Sectorial Cuidados
	Subsecretaría del Trabajo	Certificación de Competencias Laborales
		Inversión en la Comunidad
Total		3

6.1.6 Transferencias monetarias

Ministerio	Servicio	Programa
Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Servicios Sociales	Pago a Cuidadores de Personas con Discapacidad
Ministerio del Trabajo y la Previsión Social	Instituto de Previsión Social	Aporte Familiar Permanente
		Aporte Previsional Solidario de Invalidez
		Aporte Previsional Solidario de Vejez
		Asignación Familiar y Maternal (Causante discapacidad)
		Bono Invierno
		Pensión Básica Solidaria de Invalidez
		Pensión Garantizada Universal (PGU)
		Subsidio al Empleo (Línea Protege Apoya)
		Subsidio de Discapacidad Mental
		Subsidio Familiar (SUF Duplo)
		Pensión para niños y niñas cuya madre ha sido víctima de femicidio
Total		12

REFERENCIAS

ACNUDH (2006). “Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo”. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas.

<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FAQsp.pdf>

Acosta González, Elaine (2013). “Mujeres migrantes cuidadoras en flujos migratorios sur-sur y sur-norte: expectativas, experiencias y valoraciones”. Revista Latinoamericana, Volumen 12. N°35, p.35-62. <https://www.scielo.cl/pdf/polis/v12n35/art03.pdf>

Banco Central (2021). “Estimación trabajo doméstico no remunerado”

<https://www.bcentral.cl/documents/33528/3006211/estimacion-trabajo-domestico-no-remunerado.pdf/977aa3c3-7a61-20fe-be66-85c68c7707b0?t=1698273678460>

BID (2018). “Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados”

<https://publications.iadb.org/en/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>

BID (2018). “Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe”.

<https://publications.iadb.org/es/panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-america-latina-y-el-caribe>

BID (2017). “¿Cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe? Consideraciones teóricas y de políticas”.

<https://publications.iadb.org/es/publicacion/17287/cuidados-de-larga-duracion-en-america-latina-y-el-caribe-consideraciones-teoricas>

BID (2022). “Envejecer en América Latina y el Caribe. Protección social y calidad de vida de las personas mayores”.

<https://publications.iadb.org/es/envejecer-en-america-latina-y-el-caribe-proteccion-social-y-calidad-de-vida-de-las-personas-mayores>

Blanco, M. (2011). “El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo”. Revista Latinoamericana de población, 5-31. <https://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>

CEPAL (2020). “La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe”.

<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c2424803-6a63-4f96-89fb-3d89b654476d/content>

CEPAL (2020). “La autonomía de las mujeres en escenarios económicos cambiantes”

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45032-la-autonomia-mujeres-escenarios-economicos-cambiantes>

CEPAL y ONU Mujeres (2020). “Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación”

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales>

[fortalecer#:~:text=Por%20ello%2C%20ONU%20MUJERES%20y,garantizando%20los%20derechos%20a%20las](https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales#:~:text=Por%20ello%2C%20ONU%20MUJERES%20y,garantizando%20los%20derechos%20a%20las)

CEPAL (2021). “La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad”.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/46633-la-autonomia-economica-mujeres-la-recuperacion-sostenible-igualdad>

CEPAL (2021). “Panorama Social de América Latina”.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/47718-social-panorama-latin-america-2021#:~:text=El%20Panorama%20Social%20de%20Am%C3%A9rica,gasto%20social%20en%20la%20regi%C3%B3n>

CEPAL (2022). “La sociedad del cuidado: Horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género”.

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48363/S2200704_es.pdf?sequence=5&isAllowed=y

CEPAL y ONU Mujeres (2023). “Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe. Hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género”

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/48383-avances-materia-normativa-cuidado-america-latina-caribe-sociedad-cuidado>

Comité CEDAW (2005). “Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer”. Recomendación General Nº25, sobre el párrafo 1 del artículo 4. Naciones Unidas.

https://www.oas.org/dil/esp/convencion_sobre_todas_las_formas_de_discriminacion_contra_la_mujer.pdf

ComunidadMujer (2019). “¿Cuánto aportamos al PIB? Primer estudio nacional de valorización económica del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en Chile”

<https://comunidadmujer.cl/wp-content/uploads/2022/04/Cuanto-Aportamos-al-PIB.pdf>

Gontero, S y Velásquez Pinto, M (2023). “Trabajo doméstico remunerado en América Latina: Claves para una ruta de formalización”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), documentos de Proyectos (LC/TS, 2023/82), Santiago.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/49063-trabajo-domestico-remunerado-america-latina-claves-ruta-formalizacion>

Junta Nacional de Cuidados, Uruguay (2015). “Plan Nacional de Cuidados 2016-2020”.

https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-01/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020_0.pdf

INE (2021). "Anuario de Estadísticas Vitales. Período de información 2019". Santiago, Chile.
https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales-2019.pdf?sfvrsn=97729b7b_5

MDSF (2017). "Informe N°5, Hogares y bienestar: análisis de cambios en la estructura de los hogares (1990-2015)".

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/panorama-casen/Panorama_Casen_2015_Hogares_y_bienestar.pdf

MDSF (2021). "Encuesta Social COVID-19, cuarta ronda noviembre 2021. Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado en el propio hogar".

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/covid19/Resultados_TDCNR_COVID_IV.pdf

MDSF (2021). "Encuesta Social COVID-19, primera ronda julio 2020. Resumen de principales resultados"

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/covid19/RESUMEN_Encuesta_Social_Covid-19_03.09.2020.pdf

MDSF (2023). "Resultados ENDIDE 2022 Población adulta". Versión mayo 2023.

[https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128_Resultados_ENDIDE_2022\(Poblacion-adulta\).pdf](https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128_Resultados_ENDIDE_2022(Poblacion-adulta).pdf)

MDSF (2023). "Resultados ENDIDE 2022: Personas dependientes y necesidades de cuidado"

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/20230530_Resultados_Personas_Dependientes_Necesidades_Cuidado.pdf

MDSF (2023). "Informe sobre la situación de bienestar de las mujeres".

https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/bienestar-social/220729_Boletin_Bienestar_mujeres.pdf

MDSF (2023). "Encuesta de caracterización socioeconómica nacional: Casen 2022".

<https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2022>

Marzonetto, G y Rodríguez, C. (2015). "Organización social del cuidado y desigualdad: el déficit de políticas públicas de cuidado en Argentina". Revista Perspectivas de Políticas Públicas, año 4, n°8.

https://www.gemlac.org/attachments/article/399/Organizacion_social_del_cuidado_y_desigualdad_el_d.pdf

NODO (2021). "Personas mayores y trabajo no remunerado en Chile: Perspectiva y valoración económica". Sistema de las Naciones Unidas en Chile.

<https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Personas-mayores-y-trabajo-no-remunerado-en-Chile-NODO-Series-60.pdf>

OCDE (2018). “Including unpaid household activities: An estimate of its impact on macro-economic indicators in the G7 economies and the way forward”. Working paper N°91. <https://www.oecd-ilibrary.org/deliver/bc9d30dc-en.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpaper%2Fbc9d30dc-en&mimeType=pdf>

OCDE (2021). OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 2, OECD Publishing, Paris,”. https://www.oecd-ilibrary.org/sites/66c5ac2c-en/1/3/2/8/index.html?itemId=/content/publication/66c5ac2c-en&_csp_ =9b4ecb1aafc11518f34da944ee244a5b&itemIGO=oecd&itemContentType=book

OIT (2019). “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”. Ginebra. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_737394.pdf

OIT (2023). “Cuidados y sostenibilidad: Agenda para un nuevo contrato eco-social”. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_889413.pdf

ONU MUJERES (2018). “Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados: Prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe” <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2018/11/Estudio%20cuidados/2a%20UNW%20Estudio%20Cuidados-compressed.pdf>

ONU MUJERES (2020). “Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación”. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>

ONU MUJERES-CEPAL (2022). “Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación”. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/47898-la-construccion-sistemas-integrales-cuidados-america-latina-caribe-elementos-su>

ONU MUJERES (2022). “El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: Aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género (LC/TS.2022/134)”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)/Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres), Santiago. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48381/S2200968_es.pdf?sequence=3&isAllowed=y

ONU MUJERES (2023). “Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados” <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2023/07/cuidados-en-chile-avanzando-hacia-un-sistema-integral-de-cuidados>

OMS (2000). “OMS (2000). “Home-Based Long-Term Care Report of a WHO Study Group”. Geneva: World Health Organization, 2000. Series, N° 898. Print”.

OPS (2021). “Chile: Nueva ley consagra como derecho universal el acceso a cuidados paliativos”. <https://www.paho.org/es/noticias/2-12-2021-chile-nueva-ley-consagra-como-derecho-universal-acceso-cuidados-paliativos>

Querejeta González, Miguel (2003). Discapacidad/Dependencia, unificación de criterios de valoración y clasificación. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>

Razavi, S. (2007). “The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options”. Gender and Development, paper N° 3, Ginebra, UNRISD. <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>

Sepúlveda-Valenzuela (2010). “Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales”. Revista Perspectivas, 27-53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8229410>

SENAMA (2009). “Las personas mayores en Chile: Situación, avances y desafíos del envejecimiento y vejez”. <https://www.senama.gob.cl/storage/docs/Las-personas-mayores-de-chile-situacion-avances-desafios-del-envejecimiento-y-vejez-2009.pdf>

SENADIS (2023). “III Estudio Nacional de la Discapacidad 2022” https://www.senadis.gob.cl/pag/693/2004/iii_estudio_nacional_de_la_discapacidad

United Nations (2000). “Household accounting: Experience in concepts and compitatio household satellite extensions”. Studies in methods, series F, N°75/Vol.2 Handbook of National Accounting. https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/seriesf_75v2e.pdf

United Nations Economic Commision for Europe (2017). “Guide on valuing unpaid household service work”. Series F. N° 91 Handbook of National Accounting. <https://unece.org/fileadmin/DAM/stats/publications/2018/ECESTAT20173.pdf>

Valenzuela M, Scurro M, Vaco I. (2020). “Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina”. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3807d08e-c4b5-41de-9fe5-ad115f2f1447/content>