

# LA CRISIS DE CUIDADO EN CHILE<sup>1</sup>

Irma Arriagada<sup>2</sup>

El debate académico y político sobre el cuidado y la economía del cuidado en países desarrollados se inicia alrededor de los años setenta. En la actualidad se ha puesto al centro de la discusión debido a la creciente inmigración femenina desde países latinoamericanos a Europa y Estados Unidos. En estos países, la inmigración suple las carencias de cuidado, en especial, para los adultos mayores, producto de la incorporación creciente de las mujeres al mercado de trabajo, el envejecimiento de la población y los mayores ingresos familiares. En la región latinoamericana, la relación entre inmigración y cuidado empieza a plantearse en el debate en los países emisores. Pero recién se inicia como tema público en países como Chile, receptor de migraciones, donde la respuesta a la llegada de inmigrantes han sido más adaptativa que producto de discusiones y políticas explícitas.

Este texto quiere contribuir a ampliar la discusión proporcionando algunos conceptos para el debate y a realizar un análisis prospectivo de las consecuencias futuras de las actuales tendencias demográficas, sociales y económicas en Chile. Primero, se exponen conceptos acerca del cuidado y sus características, enseguida se analiza la crisis global y de cuidado indicando sus interacciones posibles, posteriormente se evalúan las necesidades de cuidado en el país para lo cual, se construyen algunos índices de demanda potencial de cuidado y las respuestas institucionales y privadas a esa demanda, y finalmente se proponen algunas medidas para abordar la crisis de cuidado que se avecina.

## A. ALGUNOS CONCEPTOS Y MARCO ANALÍTICO

### 1. Cuidados

Por cuidados nos referimos a la gestión y a la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar físico y emocional, que satisfacen las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. El cuidado se refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio.

La definición y medición del cuidado es un tema en debate. Los límites del cuidado son difíciles de demarcar en términos de qué se hace, a quién, dónde y durante cuánto tiempo. Esta complejidad plantea dificultades a la hora de dimensionar su magnitud. La mayoría de las investigaciones toman como punto de partida un tipo de persona dependiente, a partir de la cual identifican a sus cuidadores. Sin embargo, el cuidado informal ocurre en todas las edades y para un amplio espectro de condiciones. En sentido amplio, todos somos, en algún momento de nuestras

---

<sup>1</sup> Este texto se elaboró en el marco del proyecto de CEM-Chile e INSTRAW “Construyendo redes: Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado”

<sup>2</sup> Socióloga chilena, consultora de Naciones Unidas e investigadora visitante de CEM-Chile (Centro de Estudios de la Mujer).

vidas, beneficiarios del sistema informal, y muchos de nosotros y nosotras somos o seremos cuidadores (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

Durante el ciclo vital hay circunstancias o períodos vitales en los que se requiere de cuidados intensivos y/o especializados por ejemplo, en la niñez, durante la enfermedad o cuando se vive alguna discapacidad y en situaciones de vejez no valente. Se reconoce el aspecto afectivo y emocional que conllevan esas actividades, las que pueden ser delegadas en otras personas ajenas a la familia, en forma remunerada o no, incluso fuera del marco familiar, el trabajo de cuidados se caracteriza por la relación de servicio y preocupación por los otros (Aguirre, 2007a).

De esta forma, el cuidado es de dos tipos: *directo*, que implica la prestación material del mismo, la atención de las necesidades físicas y biológicas de tal forma que hay una transferencia de tiempo y una interacción cara a cara entre las personas que otorgan y reciben el cuidado; e *indirecto*: en el que se supervisa y se es responsable de una persona que necesita cuidados, pero no se interactúa directamente; incluye también los servicios de apoyo tales como limpiar o cocinar que proporcionan las precondiciones del cuidado más directo.

El cuidado también se puede dividir entre aquel *inevitable* y aquel *socialmente creado*. Existen ciertas actividades que una persona no puede realizar por sí misma por razón de edad, enfermedad o discapacidad y necesita de un tercero para llevarlas a cabo, mientras que en distintos momentos del desarrollo de una sociedad se construyen socialmente la necesidad que se transforman en una exigencia irrenunciable a nivel social e individual (Díaz, 2009).

Desde el punto de vista de la división sexual del trabajo la sobreocupación de los adultos, especialmente de los hombres, los incapacita para cubrir sus propias necesidades de cuidado. (Durán, 2006).

En general, las sociedades requieren distribuir bienes y servicios que aseguren la entrega de bienestar y protección social de calidad a los miembros de una sociedad, el *dilema del cuidado* se refiere al peso e importancia de todos los sistemas (Estado, mercado, familias, comunidad) en el otorgamiento de cuidado y en base a qué criterios. Este *dilema de cuidado* ha asumido distintas formas en distintos momentos históricos o modelos de organización social (O'Connor, 1996), en nuestra sociedad recae de manera central sobre los hombros de las mujeres. El cuidado en una sociedad cruza diversos sectores: infraestructura, salud, educación, protección social y políticas de mercado de trabajo por lo que se requiere una aproximación comprehensiva en su análisis como en el diseño de las políticas. (Razavi y Staab, 2008).

En América Latina, la articulación entre esferas de producción del bienestar: estado, mercado, familias (principalmente mujeres) y sociedad civil, da lugar a la existencia de distintos regímenes de bienestar, que originan diversas tipologías (ver por ej. Barrientos, 2004, Gough y Wood, 2004, Martínez, 2007).

En Chile a partir de inicios del siglo XX se pueden definir tres períodos claros en la evolución de las políticas sociales y económicas: el período que corre de 1924 a 1973 con un modelo paulatino de ampliación la cobertura de bienestar hacia sectores sociales más amplios. El modelo neoliberal y privatizador implementado entre 1973 y 1989 y las políticas mixtas post-dictadura que se ponen en marcha a partir de 1990 hasta la fecha.

La mayoría de las tipologías ubican al Chile actual en un modelo liberal (liberal –informal, Barrientos, 2004) de proveedor único, llamado también mercado-céntrico (Sunkel, 2007) o estatal-productivista (Martínez, 2007) caracterizado por un acelerado desplazamiento desde el estado a la prestación privada de servicios, en particular de salud, educación y pensiones e informal por la

fuerte presencia de los mecanismos informales de protección (familia y redes sociales). Sin embargo, la larga tradición de incorporación estatal paulatina y creciente desde los inicios del siglo XX mantiene también fuertes rasgos de estatización por lo que lo más característico del régimen de bienestar chileno actual es su carácter mixto o híbrido.

## 2. La organización social del cuidado

La organización social del cuidado (OSC) se refiere a las interrelaciones entre las políticas económicas y sociales del cuidado. Se refiere a la forma de distribuir, entender y gestionar la necesidad de cuidados que sustentan el funcionamiento del sistema económico y de la política social. Analizar la OSC requiere considerar tanto la demanda de cuidados existente, las personas que proveen los servicios así como el régimen de bienestar que se hace cargo de esa demanda. La OSC implica una distribución de la satisfacción entre al mercado, las propias familias y estado en la provisión de bienestar.

La organización de los cuidados en Chile al igual que en el resto de América Latina, tiene un carácter mixto. Puede ser efectuada por organismos públicos y privados y se realiza dentro y fuera de los hogares y las familias. Entre los principales sectores que efectúan el trabajo reproductivo, se pueden indicar las siguientes (UNIFEM, 2000, Rodríguez, 2007, Marco, 2007).

*En el hogar* el trabajo doméstico y de cuidado es ejecutado principalmente por las mujeres lo que significa una gran dedicación de tiempo y recarga para ellas. Como los costos del trabajo doméstico remunerado son elevados, las trabajadoras de sectores populares y de menores ingresos no pueden contratarlo y acuden a soluciones más informales (vecinas y parientes).

Se puede distinguir a tres tipos de trabajo doméstico y de cuidado:

- *Trabajo doméstico no remunerado* realizado dentro de las familias principalmente por las mujeres que son cónyuges y por las que son jefas de hogar que, en las encuestas de uso de tiempo, son quienes destinan más tiempo a las actividades domésticas y de cuidado.
- *Cuidadoras remuneradas*: entre quienes se puede incluir a las empleadas domésticas, las niñeras, arsenaleras, enfermeras, en sus diversas modalidades: con jornadas completas o parciales y con residencia en el hogar o fuera de él.
- *Servicios médicos y de enfermería basados en el hogar*: estos servicios prestan atención a los adultos mayores que no pueden acudir al hospital, a niños y personas discapacitadas, generalmente son extremadamente caros y muy pocos de ellos son subsidiados o gratuitos.

*Fuera del hogar* en las modalidades estatal y de mercado, pueden tener un carácter público y privado

- *Mercado*: Incluye los servicios privados para el cuidado infantil: salas cunas/guarderías, atención preescolar en jardines y educación primaria. También los servicios de residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas. Estos servicios son habitualmente de costos muy elevados.
- *Estado*: Incluye los servicios estatales públicos y no estatales para el cuidado infantil y de los adultos mayores: guarderías, jardines infantiles, centros para el cuidado diario de adultos mayores, hospitales y postas. Estos servicios no alcanzan a cubrir la demanda de quienes lo requieren.

- *Organizaciones comunitarias*, se incluye en este grupo los servicios ofrecidos por cuidadoras voluntarias, de organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional y otros.

En todas las modalidades señaladas quienes realizan el trabajo doméstico y de cuidado, sea o no remunerado, son en su mayoría, las mujeres. La desvalorización e invisibilidad que las sociedades atribuyen al trabajo doméstico se traspaasa hacia las personas que lo ejecutan de manera remunerada. Asimismo, las personas que deben efectuar sus responsabilidades domésticas son discriminadas en el mercado de empleo, cuando se insertan en él. Si las personas “deciden” dedicarse exclusivamente a las tareas de cuidado, ven subvalorada su contribución al hogar y a la sociedad. Más aún, quienes deciden ofrecer sus servicios domésticos en el mercado de empleo, se ven expuestas a condiciones de trabajo negativas, bajas remuneraciones y escaso reconocimiento del valor social del trabajo (Rodríguez, 2007).

## **B. CRISIS GLOBAL Y DE CUIDADO EN CHILE**

### **1. Crisis global y crisis de cuidado**

En estos momentos se asiste a una fuerte crisis global multifacética en la que el colapso financiero ha supuesto la manifestación de la crisis de un modelo de desarrollo que venía haciendo aguas por múltiples vías. Diversos procesos de quiebra estaban impactando en las estructuras sociales y económicas: crisis alimentaria, medioambiental, energética pero también de cuidados (Pérez, 2009).

Entre las principales consecuencias de la crisis en la región latinoamericana se mencionan el mayor desempleo (que alcanzará al 9% regional en 2009), menor crecimiento económico (en 1,9% se estima la caída del PIB de América Latina), contracción comercial y déficits fiscales difíciles de superar. Estas consecuencias se transmiten vía cuatro canales: el contagio financiero, la caída en las remesas (se estima que se reduzcan en 5 a 10% en la región), el descenso de la demanda externa y los cambios en los precios relativos de los productos que los países exportan, que afectarán la productividad futura de la región (Bárcena, 2009).

En relación al mercado laboral, la recesión generada por la crisis financiera internacional causa un aumento de la desocupación, caída del salario e incremento del trabajo informal, siendo las más afectadas las mujeres. Para ellas, seguramente, va a aumentar la carga de trabajo, empeorando su calidad, porque aumenta la amenaza de perder el puesto de trabajo y muchas mujeres podrían verse en la disyuntiva de aceptar más responsabilidades por el mismo sueldo antes que perder sus puestos de trabajo. Las mujeres en trabajos precarios quizás sean las primeras en acusar los efectos de la crisis. Y, como ha ocurrido en todas las situaciones en que el empleo se reduce o no crece, muchas mujeres se verán obligadas a retirarse de la fuerza de trabajo y concentrarse en sus otras ocupaciones no remuneradas.

Con el fin de abaratar los gastos de personal aumentarán los despidos de parte de las empresas; incrementando en términos absolutos y relativos la masa de desocupadas. Las mujeres inactivas comenzarán a buscar empleos para aportar con una segunda renta para el hogar.

La economía monetaria o de mercado y la doméstica tienen comportamientos que se orientan en distintos sentidos. Cuando la primera está en crisis, la segunda la apoya con más

trabajo y más preocupación, una verdadera política anticíclica. Si el ingreso monetario del hogar disminuye, se requiere bajar el gasto monetario, y esta tarea recae generalmente en las mujeres.

En el trabajo doméstico del hogar -llevado a cabo principalmente por mujeres, la necesidad de ahorrar y optimizar los ingresos producirá mayor pobreza de tiempo, a la que se sumará la protección y acogida que se deberá brindar a los desocupados. El tiempo de las mujeres dedicado al abastecimiento del hogar aumentará, y probablemente sus recorridos y su esfuerzo de información para obtener bienes y servicios más baratos. Y la composición de las compras irá cambiando a productos más baratos que exigen mayor trabajo o tiempo de trabajo, se comprarán menos servicios y se destinará más trabajo de los miembros del hogar, que recae casi totalmente en las mujeres.

Además del deterioro laboral (pérdida de empleos formales y precarización del trabajo) producto de la crisis se puede prever una reducción de ingresos fiscales que derive en un deterioro de la protección social. Sin embargo, este impacto puede no ser tan severo porque los ya bajos niveles de cobertura implican que una gran parte de la población está de facto excluida, y porque la coyuntura política de varios países genera que aumente el gasto social en lugar de disminuir. Se prevé un impacto negativo en los indicadores sociales (p. ej. salud materna) que recientemente han recuperado niveles previos a la crisis de la deuda; y una profundización de las desigualdades de género. Es esperable una intensificación del trabajo de cuidado no pagado por falta de recursos económicos de las personas para comprar ciertos servicios.

Pero estos efectos pueden tener un efecto inesperado. La crisis financiera y económica puede hacer visible el aporte de las mujeres en la economía, es decir en la producción de bienes y servicios en los hogares y las zonas productoras de alimentos. Podría abrir un espacio para cuestionar las relaciones de subordinación entre mujeres y hombres que forman la base de la economía global actual. Sin embargo, como ha ocurrido en otras crisis, posiblemente esta crisis global aumentará y potenciará la crisis de cuidado.

## **2. La crisis de cuidado en Chile**

La crisis de cuidado tiene una doble dimensión: por un lado, se refiere a la reproducción social como un aumento de la demanda y complejidad del cuidado simultáneo a la reducción de la oferta de cuidadores potenciales que dificulta la reproducción diaria de las personas. Por otro lado, puede hablarse de una crisis de reproducción social de largo plazo como la dificultad de asegurar la reproducción de una gran parte de los hogares y de las dificultades que tienen para alcanzar niveles satisfactorios de bienestar en múltiples dimensiones, incluyendo los cuidados.

Tres factores principales se conjugan para generar esta crisis de cuidado: a) el envejecimiento demográfico y el aumento en la esperanza de vida de las personas con enfermedades crónicas y discapacidad que aumenta tanto el número de las personas que es preciso cuidar como la complejidad del cuidado; b) los cambios en la estructura y formas de vida familiares que limitan la disponibilidad de cuidadores. Disminuye la fecundidad y el tamaño del hogar, aumenta la movilidad de sus miembros, las familias adoptan formas de convivencia más diversas y complejas, se reducen las familias extendidas. Un factor crítico es la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, a pesar de lo cual siguen asumiendo mayoritariamente la responsabilidad de cuidar y c) finalmente, se enfrenta a la evolución de los propios sistemas formales, así, las reformas de los servicios sanitarios ponen el énfasis en la atención a la salud en el propio entorno: alta precoz hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria, reformas de la atención psiquiátrica. Cada

día más personas con enfermedades graves, dependientes de la alta tecnología o en situación terminal son atendidas en el hogar (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

Durante las últimas décadas la crisis de cuidado en Chile se ha intensificado debido a una reducción en la oferta y a un aumento de la demanda de cuidado debido a varios factores:

a) el descenso de la fecundidad y por lo tanto la existencia de menos cuidadores a futuro, así el descenso de la fecundidad ha sido muy intenso: en 1950 el promedio de hijos por mujer alcanzaba a 4.6 y hacia 2003 llegaba a sólo 1.9;

b) la incorporación de las mujeres al mercado laboral que origina el aumento de familias donde ambos padres trabajan, y por tanto menor cantidad de mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado y al trabajo doméstico. La tasa de actividad refinada femenina que en 1990 alcanzaba a 29,9%, en una estimación conservadora alcanzará a 43,4% en 2010;

c) el crecimiento de los hogares monoparentales a cargo de mujeres que trabajan, quienes deben combinar precariamente el cuidado de su familia y su trabajo fuera del hogar, así como de los hogares unipersonales de adultos mayores (Arriagada, 2007a);

d) el aumento de la esperanza de vida de la población, que es mayor en la población femenina, así la esperanza de vida de las mujeres en 1990/95 alcanzaba a 77,4 años y en 2010/15 se estima que alcanzará 82,2 años;

e) la mantención de una distribución sexual del trabajo rígida en los hogares, es decir, pese a la incorporación masiva de las mujeres en el mercado laboral que en las etapas de mayor carga reproductiva (25-34 años con hijos menores de 6 años) alcanza a altos niveles de participación económica, no se observa un aumento de la participación equivalente de los varones en el trabajo doméstico y de cuidado;

f) el aumento de la demanda de los sectores medios incorporados al mercado laboral y que tienen las condiciones económicas para contratar trabajadoras de hogar remuneradas, en sus diversas modalidades flexibles, uno a cinco días a la semana de una a ocho horas diarias;

La externalización de cuidados familiares desde la familia a servicios públicos o al mercado de trabajo, como estrategia adaptativa a la crisis de los cuidados, no ha cambiado la configuración tradicional de la división sexual del trabajo, ya que siguen siendo las mujeres quienes realizan el trabajo doméstico y de cuidado tanto en la familia como en el mercado. De esta forma, a futuro, habrá mayor población que cuidar y menos cuidadores.

Algunas manifestaciones de la crisis de cuidado se expresan en la insatisfacción con las formas de atención de servicios (salud y educación principalmente), sentimientos de stress y agobio en mayor medida en las mujeres, incremento e intensidad de la jornada de trabajo de los trabajadores, en especial de las cuidadoras.

Entre las estrategias de ajuste para la crisis de cuidados que se deriva de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, se pueden mencionar las siguientes (Durán, 2004): la *reducción de objetivos*, la *delegación*, la *secuencialización*, la *derivación* hacia el mercado y las instituciones, y el *reparto de tareas*. La *reducción de objetivos* afecta tanto a la vida familiar como a la laboral, por ejemplo, se manifiesta en una menor calidad culinaria y en el ámbito laboral, una menor aspiración a obtener ascensos. La *delegación* consiste en interrumpir la producción de un servicio para trasladarlo a otra persona o grupo social, como es el caso de las mujeres migrantes que atienden a la reproducción social en países desarrollados. La *secuencialización* que intenta alternar la producción para la familia y para el mercado, de modo que no coincidan en el tiempo. Éste es el tipo de conciliación que

buscan los permisos parentales. La *derivación* hacia el mercado que se manifiesta en el aumento de las guarderías, transporte escolar, residencias para familiares ancianos, empleados de hogar, uso intensivo de servicios de alimentación, limpieza y gestión. Pero sólo está al alcance de las familias con suficiente poder adquisitivo. En cuanto a la derivación hacia las instituciones no mercantiles, sólo es posible en la medida en que existan servicios públicos y voluntariado. Finalmente, queda como vía de conciliación el *reparto de tareas*, reparto que habría de producirse no sólo entre hombres y mujeres, sino entre generaciones en el hogar.

### C. LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN CHILE

Actualmente Chile, en comparación con el resto de los países de América Latina, se ubica entre el grupo de los países de transición demográfica avanzada y muy avanzada (junto con Argentina Costa Rica, Cuba y Uruguay) por lo que la dinámica poblacional tiende a la reducción de la tasa de crecimiento, de natalidad y de mortalidad. Así, la población infantil se reduce y aumenta la población adulta mayor. Se estima que la tasa de crecimiento de la población chilena de 65 años y más alcanzará a 33,2% para 2000-2025 en tanto la población menor de 15 años no crecerá (véase cuadro 1). Esta dinámica demográfica genera familias pequeñas, longevidad creciente y cambios en las relaciones entre las generaciones.

De esta forma, las necesidades de cuidado infantil si bien son las mayores en la actualidad ya que la tasa de dependencia de la población de 0-14 años es de 32,5%, a futuro se tenderá al aumento creciente de cuidados para la población de mayor edad, con demandas más complejas que involucra el cuidado de adultos mayores que no son autovalentes.

En Chile la población de 65 años y más está creciendo a tasas elevadas. En 2010 representaba el 9% de la población y hacia el 2020 se calcula que alcanzará a casi el 12% de la población. La esperanza de vida en 2010-15 se estima en 79 años: 76,1 años para los hombres y en 82,2 años para las mujeres.

La pirámide de edad y sexo muestra que empieza a reducirse en su base y ensancharse en las edades superiores, especialmente en el caso de las mujeres como se aprecia en el gráfico 1. La tendencia será al envejecimiento acelerado de la población, de esta forma, se estima que hacia 2050 la población menor de 4 años será menor que la población de 80 años y más (véanse gráficos 2 y 3).

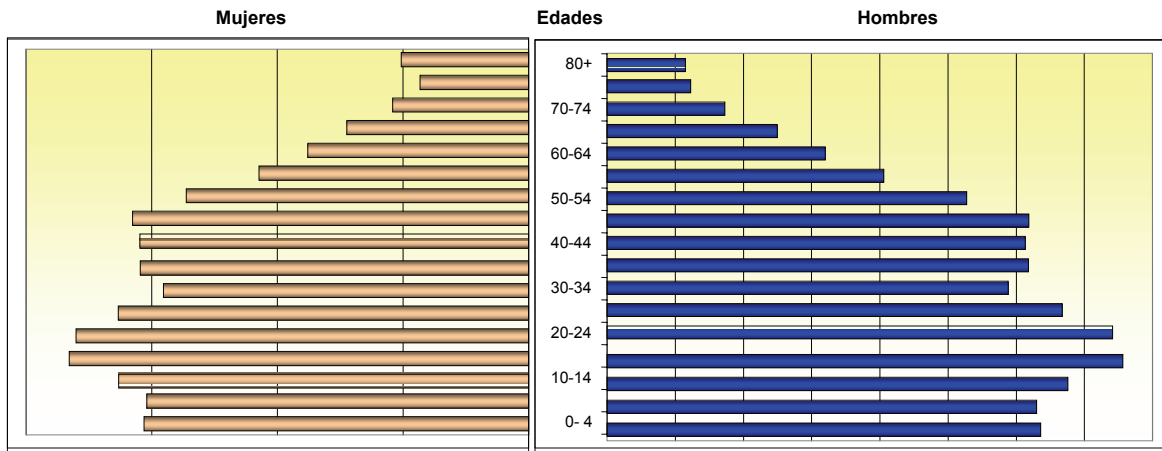
**Cuadro 1**  
**Chile, 2010: Indicadores demográficos**

<b>Grupo de edad</b>	<b>Total</b>
0-14	22,3
15-34	31,8
35-49	21,8
50-64	15,1
65 y más	9,0
<b>Tasa de dependencia</b>	
Total	45,6
0-14	32,5
65 y más	13,1
<b>Tasa de crecimiento 2000-2025</b>	

Grupo de edad	Total
0-14	0,0
65 y más	33,2
<b>Esperanza de vida 2010-2015</b>	
Total	79,1
Hombres	76,1
Mujeres	82,2

Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007.

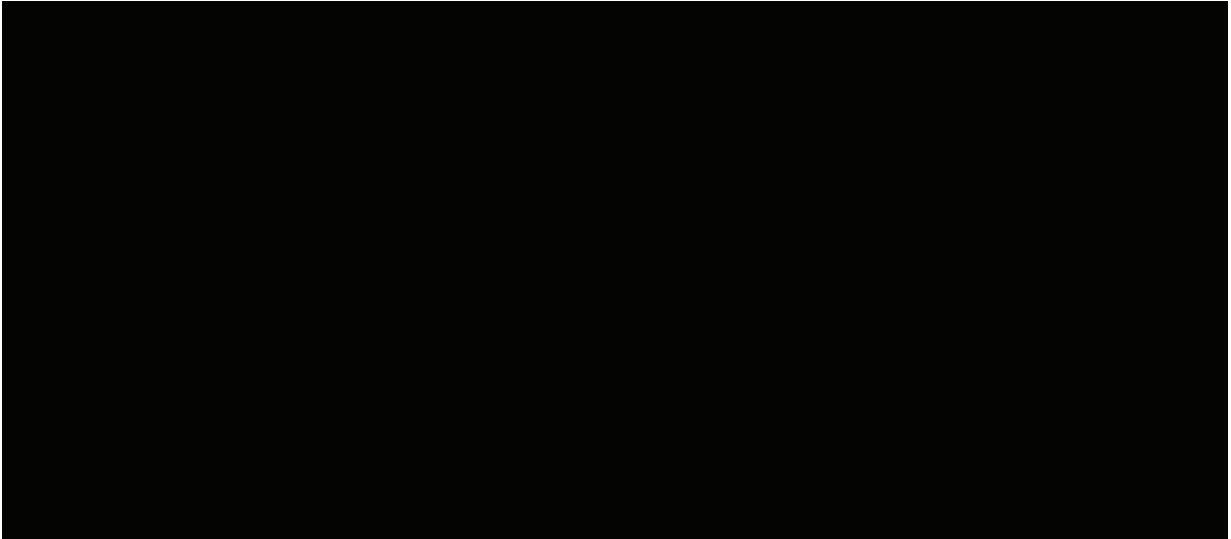
**Gráfico 1**  
Chile 2010 Pirámide por edad y sexo



Fuente: CEPAL –CELADE Observatorio Demográfico No.3 Proyección de Población, Santiago de Chile, abril 2007.

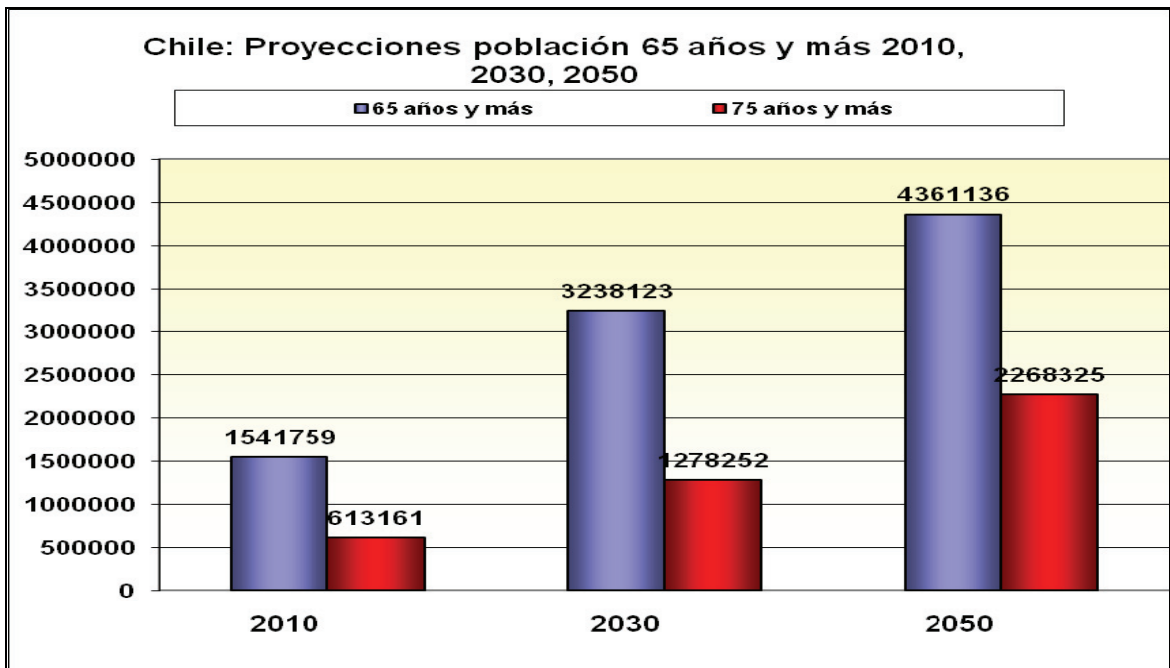


Gráfico 2  
Chile 2050 Pirámide por edad y sexo



Fuente: CEPAL –CELADE Observatorio Demográfico No.3 Proyección de Población, Santiago de Chile, abril 2007.

Gráfico 3



Fuente: Elaboración propia sobre la base de CEPAL –CELADE Observatorio Demográfico No.3 Proyección de Población, Santiago de Chile, abril 2007.

## 1. Demanda potencial de cuidados en Chile 2010

La demanda potencial de cuidados que enfrentará Chile el 2010 se ha calculado sobre la base de la proyección de población para el año 2010 realizada por el INE de Chile y CEPAL-CELADE y la escala de demanda de Madrid (Durán, 2006) que asigna pesos distintos a los grupos de población según lo que se estima requerirá de cuidados.

Se han construido varios índices bajo el supuesto de diversos grupos de población que cuidan y son cuidados: de dependencia juvenil y senil y otros que dan cuenta del total de unidades de demanda de cuidado sobre el total de la población, un segundo índice considera el total de demandas de cuidado sobre la población que teóricamente cuida entre 15 y 64 años hombres y mujeres (mixto). Finalmente el último índice intensificado relaciona la demanda total de cuidados con quienes efectúan ese trabajo que son principalmente las mujeres entre 15 a 64 años (véanse gráficos 3 y 4 y cuadros 2, 3 y 4).

**Cuadro 2**  
**Chile 2010: Unidades de Demanda potencial de cuidados**

Grupos de edad	Población	Ponderación	Unidades de demanda de cuidado
0-4 años	1.248.325	2	2.496.650
5-14 años	2.566.432	1,5	3.849.648
15-74 años (potenciales cuidadores)	12.657.357	1	12.657.357
75-79 años	295.148	1,5	442.722
+80 años	318.013	2	636.026
<b>Demanda potencial total</b>	<b>17.085.275</b>		<b>20.082.403</b>
<b>Índice de dependencia</b> (Demanda total/Potenciales cuidadores)	<b>1,59</b>		
<b>Dependencia juvenil</b> (0-14 años /Potenciales cuidadores)	<b>0,50</b>		
<b>Dependencia senil</b> (75 años y más/ Potenciales cuidadores)	<b>0,09</b>		

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de población de INE y CEPAL-CELADE

El índice de dependencia total es de 1,59 es decir, por cada potencial cuidador (toda la población entre 15 y 74 años) recaen 1,59 personas que deben ser cuidadas. La demanda de cuidado juvenil (población menor de 14 años) es obviamente mayor que la demanda senil (población de 75 años y más).

Cuando se considera diversos indicadores que refinan esta medición y se calcula el índice sobre los que realmente son cuidadores como es el caso de las mujeres, los índice suben y alcanzan a 3,81 en el caso que todos los dependientes sean cuidados solamente por las mujeres entre 18 y 64

años. Ello significa que cada mujer entre esas edades deberá hacerse cargo de 3,8 unidades de cuidado.

Sin duda que estos indicadores de demanda de cuidado teórica, apuntan a destacar la importancia de replantearse una nueva organización de los cuidados y del trabajo doméstico en el país, los que ya no pueden ser de exclusiva responsabilidad de las mujeres, sino que deben orientarse a un reparto más igualitario entre los sexos y a generar una demanda de servicios sociales que cubra a toda la población y, en especial, a las mujeres y familias de los sectores más pobres.

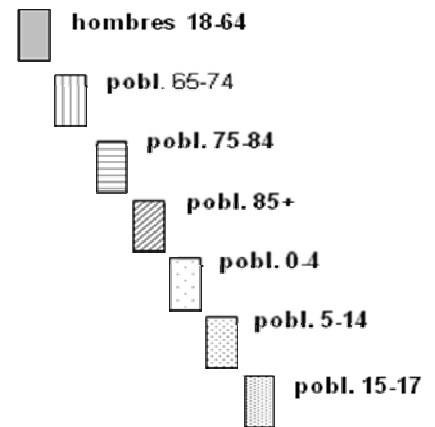
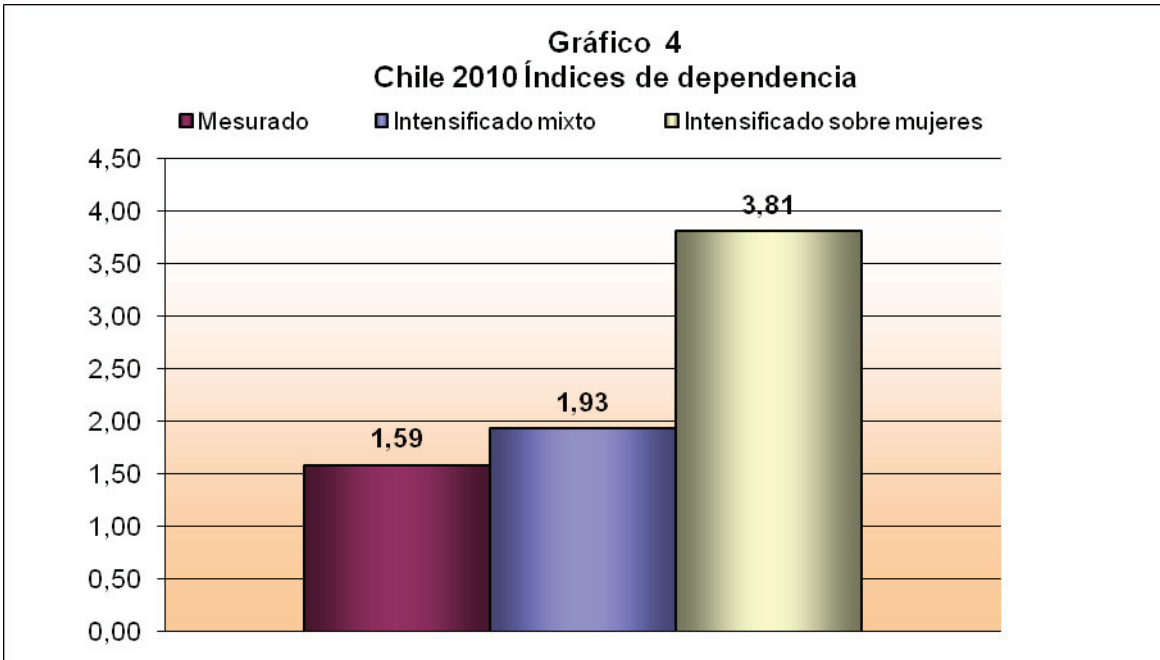
**Cuadro 3**  
**Chile 2010: Unidades de Demanda potencial de cuidados intensificada**

Grupos de edad	Ponderación	Población			Unidades de demanda de cuidado			Demanda de cuidados de grupos de edad sobre mujeres 18-64		
		Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-4	2	1.248.325	635.810	612.515	2.496.650	1.271.620	1.225.030	0,44	0,22	0,22
5-14	1,5	2.566.431	1.306.268	1.260.164	3.849.647	1.959.402	1.890.246	0,68	0,35	0,33
15-19	1,2	1.488.317	756.626	731.691	1.785.980	907.951	878.029	0,32	0,16	0,16
20-64	1	11.178.040	5.524.786	5.653.254	11.178.040	5.524.786	5.653.254	1,98	0,98	1,00
65-74	1,2	928.598	422.813	505.785	1.114.318	507.376	606.942	0,20	0,09	0,11
75-79	1,7	295.148	122.538	172.610	501.752	208.315	293.437	0,09	0,04	0,05
80+	2	318.013	115.299	202.714	636.026	230.598	405.428	0,11	0,04	0,07
<b>Total</b>		<b>17094270,0</b>	<b>8.884.140</b>	<b>9.138.733</b>	<b>21.562.412</b>	<b>10.610.047</b>	<b>10.952.366</b>	<b>3,81</b>	<b>1,88</b>	<b>1,94</b>

**Cuadro 4**  
**Chile, 2010: Índices de cuidado sobre distintos segmentos de la población**

Índices sobre distintos segmentos de la población	
<b>Total</b>	1,26
<b>18 y más</b>	1,70
<b>18-64</b>	1,93
<b>Mujeres</b>	2,36
<b>mujeres de 18 y más</b>	3,30
<b>mujeres 18-64</b>	3,81

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las proyecciones de INE Chile



## **D. ¿QUIÉNES OFRECEN CUIDADO EN CHILE?**

La oferta es diversa y de carácter mixto, la principal es la que ofrecen las mujeres en sus hogares como trabajo doméstico no remunerado, también los servicios del mercado tanto formales como informales, y los servicios gubernamentales, que se han ampliado, especialmente para cubrir las necesidades de los niños menores de 6 años y en menor medida de los adultos mayores.

### **1. La oferta institucional**

Desde los años noventa con los gobiernos de la Concertación y especialmente a partir del gobierno de la Presidenta Bachelet (2006-2010), se ha dado mayor énfasis a lo que se ha denominado un Sistema de Protección Social, basado en derechos, que incluye varias iniciativas en torno a la mejora de la situación de educativa y de salud con énfasis en algunos segmentos de la población: los adultos mayores, amas de casa, los menores de seis años del 40% de la población más pobre. En ese marco, se destacan la reforma del sistema previsional, la reforma del sistema de salud y la creación del plan Auge (que se inició en el gobierno anterior) y el programa Chile crece contigo.

#### **a. La reforma previsional**

En el marco de la reforma del sistema previsional se aprobó en 2008 un pilar solidario que, atiende a todos los chilenos y las chilenas que no tienen ahorros previsionales, entre otras medidas incluye (i) garantizar una prestación mínima de carácter universal para todos aquellos adultos mayores que cubre inicialmente al 40% pero que se ampliará al 60 % más pobre de los hogares el año 2012; (ii) mejorar el nivel básico de prestación en forma proporcional al esfuerzo de ahorro que realiza cada afiliado, independientemente del tiempo de cotización; (iii) otorgar subsidios a la maternidad; (iv) no fija períodos mensuales de cotizaciones; (v) facilitar los lugares de pagos; (vi) permitir convenios de filiación colectiva ; (vii) mantener la portabilidad de derechos y obligaciones. Con fines presupuestarios y de equidad, la prestación se garantiza para el 40 por ciento más pobre de la población. Por ello, el pilar se define por la entrega de una pensión básica solidaria, y no una pensión básica universal (Uthoff, 2008)

La reforma previsional pretende lograr una mayor equidad e igualdad, no obstante dada la condición de desigualdad en que se encontraban las mujeres frente a su previsión se implementan medidas que las beneficia directamente a ellas: la pensión básica solidaria, aporte previsional solidario, el bono por hijo, la división de saldos en caso de divorcio o nulidad, separación del seguro de invalidez y sobrevivencia (SIS) entre hombres y mujeres, pensión de sobrevivencia para familiares de la mujer, eliminación de la comisión fija por servicios de AFP, aumento de la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia; ingreso mínimo imponible para trabajadoras de casa particular, pago del seguro de invalidez y sobrevivencia a cargo del empleador, asignación familiar también para los trabajadores independientes.

Entre los aspectos que benefician en mayor medida a los adultos mayores se cuenta la pensión básica solidaria de vejez (\$75.000 pesos chilenos mensuales) que se otorga a la población mayor de 65 años del 40% más pobre, así como la pensión por invalidez.

La información que provee la Superintendencia de Pensiones muestra el crecimiento del total de pensiones, especialmente las pensiones de vejez entre 2008 y 2009 (últimos datos disponibles), que ha beneficiado principalmente a las mujeres.

### Cuadro 5

#### Número de Pensiones Básicas Solidarias pagadas según tipo de pensión y sexo de los beneficiarios (septiembre de 2008 y 2009)

	Vejez				Invalidez				Total			
	Hombres	Mujeres	% M	Total	Hombres	Mujeres	% M	Total	Hombres	Mujeres	% M	Total
Septiembre 2008	108.165	221.382	67	329.547	84.560	108.958	56	193.518	192.725	330.340	63	523.065
Septiembre 2009	117430	267244	69	384674	87678	206349	70	294027	205108	473593	69	678701

Fuente: Superintendencia de Pensiones, [www.safp.cl](http://www.safp.cl)

Junto a las pensiones antes mencionadas el Estado entrega desde 1996 un Bono de invierno, para el alza en los costos (especialmente calefacción) que se perciben durante esos meses. Este consiste en un beneficio en dinero que junto con la pensión del mes de mayo reciben los pensionados del Instituto de Previsión Social (IPS) y los pensionados asistenciales D.L. N° 869 de 1975.

En el marco de la instalación de un Sistema de Protección Social para los y las adultas mayores en Chile se han implementado diversos programas gubernamentales:

#### b. Salud

La reforma del sistema de salud tiene por objetivos una adecuación de las políticas e instituciones de la salud al cambio de los perfiles epidemiológicos y socio-demográficos de la población, donde destaca el Régimen de Garantías en Salud, Plan AUGE. En Chile el 76.8% de la población se encuentra en el sistema público de salud, principalmente la población que se ubica en el primer y segundo quintil de ingresos. Esta cifra disminuye a un 43% en el quintil más rico (Fundación Friedrich Ebert, 2008). Cabe destacar que, gran parte de la población se encuentra protegida por alguna modalidad de atención de salud, por medio del seguro público o las aseguradoras privadas. Inclusive, se puede apreciar que los porcentajes más bajos de población fuera de cualquier modalidad de protección de la salud, se registran en los quintiles de menores recursos.

#### El Plan Auge de Salud

La nueva ley sobre Régimen de Garantías en Salud (AUGE) de Chile, comenzó a regir a partir del 1 de julio de 2005 para garantizar la provisión universal de un paquete de prestaciones de salud a toda la población. El Plan Auge tiene como objetivo establecer garantías en salud y en cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, para la década 2000-2010, orientados a mejorar los logros sanitarios alcanzados; enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; corregir las inequidades en salud y proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

El Plan Auge es el instrumento que el Ministerio de Salud de Chile ha diseñado para garantizar la atención de los problemas de salud que causan más muertes, con tiempos de

espera definidos por ley, co-pagos que protegen financieramente a las familias y estándares de calidad homogéneos, independientes del nivel de ingreso de las personas. Consiste básicamente en explicitar un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda la población.

Para las patologías se estableció un protocolo de atención, donde se especifican el tratamiento requerido y los respectivos costos. En una primera etapa se inicia con 25 patologías o problemas de salud, pero el objetivo es llegar a entregar cobertura respecto de las 56 patologías de salud más frecuentes en 2007, es decir, aquellas consideradas de mayor relevancia e impacto en las posibilidades y calidad de vida de la población chilena.

Las garantías ofrecidas son: a) *Garantía de acceso*, conforme a la cual todos los individuos deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; b) *Garantía de oportunidad*, según la cual habrá un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico; c) *Garantía de calidad*, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruidos a partir de pruebas de evidencia médica; d) *Garantía de cobertura financiera*, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE y sus 56 patologías iniciales. e) *Medicamentos ambulatorios*, se garantiza cobertura financiera (20% de arancel de referencia) cuando el tratamiento AUGE requiera de este tipo de medicamentos y f) *Examen de medicina preventiva*, las Instituciones de salud previsual privada (ISAPRES) deben proporcionar a todos sus afiliados un examen preventivo sin costo.

La autoridad de salud dio prioridad a algunas enfermedades, tanto para los beneficiarios de salud previsual privada (ISAPRES) como público del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En esta lista se incluyeron problemas de salud frecuentes, graves y factibles de tratar, que causan más muertes y discapacidades en Chile, además de problemas económicos en las familias de quienes los padecen. Otro aspecto importante considerado son problemas de salud que si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de mejoría de las personas. De este modo el Plan AUGE beneficia a todas las personas independientemente si son cotizantes en el sistema público o en el privado, y los que no son cotizantes se benefician del aporte estatal.

Según la información de proporcionada por la CASEN 2006, en cuanto al Plan AUGE, 726.475 personas declararon a fines del 2006, que en el último año recibieron una atención ambulatoria de una de las diez enfermedades cubiertas por el AUGE<sup>14</sup> y de ellos, el 64.2% fue cubierta por el AUGE. También se puede señalar que el uso del Plan AUGE ha sido usado principalmente por los tres quintiles más pobres de la población.

Dentro de las razones de no hacer uso del plan AUGE, se indica la falta de información sobre la cobertura garantizada del AUGE, esta situación se dio en el 49.4% de las personas que se atiende por el sistema público y en el 24.7% la población que se atiende en ISAPRES. Otra razón fue preferir otro médico o establecimiento o seguir con su médico de siempre, ésta fue dada principalmente por las personas que se atiende por ISAPRE (34.8%).

Sin embargo, aun cuando la mejora en la cobertura de salud básica permite que todos tengan acceso a hospitalización y cuidados médicos (incluyendo población más pobre,

---

<sup>3</sup> Inicialmente el Plan AUGE cubría 14 enfermedades.



personas migrantes) los avances médicos y tecnológicos junto con una nueva concepción de eficiencia de la gestión hospitalaria han provocado una reducción del tiempo de hospitalización y una derivación de cuidados hacia el hogar que plantea serias dificultades para algunas familias pobres y migrantes para proveer de esos cuidados. Así, se sostiene que el modelo de atención que se define en la reforma de salud que articula los sistemas institucionales de salud y doméstico /comunitario continúa descansando en el papel mediador de las mujeres (Provoste y Berlagovsky, 2002). Este es un ejemplo de las dificultades enfrentadas para el cumplimiento adecuado del derecho de las mujeres de cuidar o no y de ser cuidadas.

### c. Educación preescolar

Uno de los ejes centrales del programa de protección social de la Presidenta Bachelet es el Programa Chile crece contigo, que contempla la creación de salas cunas, a fin de apoyar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños y niñas, pero también a sus familias, impulsando la inserción laboral de las madres. El programa está dirigido al 40% de la población más vulnerable, para el cual la participación laboral femenina es una herramienta esencial para el desarrollo y progreso familiar, y que generalmente no tiene acceso a servicios ofrecidos por el mercado, siendo esta una de las principales razones que explican la menor tasa de participación laboral femenina entre esta población. Otro grupo objetivo son las madres que estudian, debido a que una de las principales causas de abandono escolar por parte de las madres adolescentes es que no tienen con quien dejar a su hijo/a. Los servicios públicos proporcionan cuidados a niños/as desde 0 a 4 años, en jornadas de 8 o más horas (de 8:30 a 16:30 en jornada regular y más extensas, hasta las 8 pm). Además, se han creado alternativas de cuidado para hijos/as de trabajadoras del sector agro-exportador cuyas cosechas tienen lugar durante las vacaciones escolares.

El sistema garantiza la disponibilidad de salas cuna gratuitas y de calidad para todos los niños y niñas menores de 2 años de edad, más un subsidio familiar prenatal (SUF) automático para todos los niños y niñas pertenecientes a los hogares del 40% de menores recursos, cuya madre o adulto responsable trabaje, busque trabajo, estudie, o presente una situación de especial vulnerabilidad. Ofrece acceso preferente a la oferta de servicios públicos (al Programa Chile solidario y de capacitación y empleos), ayudas técnicas para niños y niñas con discapacidad y modalidades de apoyo al desarrollo infantil para niños y niñas con algún rezago en su desarrollo.

En 2006, a nivel nacional sólo el 36.9% de la población entre 0 y 5 años se encontraba en el sistema preescolar y en el quintil más pobre sólo 32,2% que se incrementa a 47.4% en el quintil más rico. No hay cifras más actualizadas que den cuenta de lo avanzado durante el último período pero sin duda que la brecha de desigualdad se ha reducido y ha aumentado la cobertura (véase cuadro 6).

**Cuadro 6**  
**Cobertura de Educación Preescolar Según quintil de ingreso autónomo (%) Quintil de (neto) Ingreso**

Quintil de ingreso autónomo	1990	1996	2003	2006	Dif. 2006-1990	2006 Población que no asiste
I	12,4	16,6	25,4	32,2	19,9	46,3
II	12,7	20,3	28,4	34,1	21,4	40,6
III	15,4	23,4	30,2	38,4	23,0	33,1

Quintil de ingreso autónomo					Dif.	2006
	1990	1996	2003	2006	2006-1990	Población que no asiste
IV	21,4	30,7	31,2	41,1	19,7	33,8
V	27,2	43,1	43,3	47,4	20,2	40,9
Total	15,9	23,7	29,9	36,9	21,0	39,5
Dif. V-1	14,8	26,5	17,9	15,1		

Fuente: Informe Educación. Casen 2006.

El actual gobierno se comprometió a habilitar 70 mil nuevos cupos de salas cuna hasta el año 2010. Durante los años 2006 y 2007, se construyeron 1.700 salas cuna en el país, lo que significa un aumento de 240% en la oferta pública respecto al año 2005. Para el 2008 se construyeron 900 salas más, y llegando al 2010 se habrán construido 3.500 nuevas salas cuna públicas y gratuitas, para educar y atender a 70 mil nuevos lactantes. En síntesis, si en 2006 se contaba con 760 salas cunas, en 2009 se contará con 3300 y en 2010 con 4.200, según informó la Presidenta Bachelet en el mensaje presidencial del 21 de mayo de 2009. Desde marzo del 2006 a diciembre de 2009 se amplió la atención pública preescolar del nivel sala cuna en 70.000 niños y en niveles medios en 43.000 niños, en conjunto Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y la Fundación INTEGRA.

Si bien la cobertura de educación preescolar neta se ha incrementado en los últimos 16 años, y la brecha ha ido disminuyendo entre el quintil más pobre y el más rico, persisten desafíos en materia de cobertura. No se cuenta con evaluaciones recientes acerca de uso y calidad de estas salas cuna ya que se ha detectado una menor demanda de salas cunas de la esperada, dada ciertas resistencias culturales a su uso por las madres que ven en ello una pérdida de la tarea considerada como fundamental que es criar a sus hijos en sus hogares.

#### d. Apoyo a los adultos mayores

En el marco de la instalación de un Sistema de Protección Social para los y las adultas mayores en Chile se han implementado diversos programas gubernamentales: *El Programa Vínculos* forma parte del Sistema de Protección Social Chile Solidario, es ejecutado conjuntamente entre el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), su objetivo es asegurar que las personas mayores de 65 años, en condiciones de vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, accedan en forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de protección social. El *Fondo Nacional del Adulto Mayor* financia proyectos concursables en los territorios de todas las regiones del país. El *Programa de intervenciones innovadoras para el adulto mayor* que promueve la innovación, en la atención local al adulto mayor y la profesionalización de la gestión municipal destinada al trabajo en beneficio de las personas mayores. *Programa de vivienda protegida para mayores "Derecho a Techo"*, este programa que recién se está ejecutando en conjunto por el Ministerio de Vivienda (MINVU) y el SENAMA, busca proporcionar vivienda digna y mejoramiento de las viviendas a las personas mayores en situación de vulnerabilidad a fin de promover su independencia y autonomía. El *Programa Asesores Seniors*, surgió como experiencia piloto en el año 2003, el programa consiste en que personas mayores voluntarias, que brindan apoyo escolar a niños y niñas que cursan entre 1° y 8° año de educación básica, pertenecientes a familias insertas en el Programa Puente (dirigido a la extrema pobreza). El *Programa Fono mayor* es un servicio social, gratuito y a nivel nacional que se encarga de atender, acoger, orientar y entregar información al

público en general en materias propias del servicio y sobre vejez y envejecimiento. El *Programa escuelas de formación* para dirigentes de organizaciones de mayores, de formación centrada en el desarrollo de competencias de los dirigentes. Finalmente, el *Programa de turismo social* para personas mayores, para fomentar la participación de las personas mayores en situación de vulnerabilidad, garantizando el acceso a servicios de turismo y recreación.

Mediante el programa de transferencias de recursos gubernamentales al Consejo de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) de carácter privado, ha logrado mejorar la cobertura de atención y profesionalizar los servicios que actualmente la institución brinda. Ello ha permitido dar respuesta a la creciente demanda de institucionalización de personas mayores semivalentes y postradas, avanzando en determinar un estándar de atención especializada y diferenciada según el nivel de funcionalidad de los residentes. Los requisitos que deben cumplir las personas para ingresar a Hogares y Centros Abiertos son: tener 65 años o más de edad (para Hogares), tener 60 años a más de edad (para Centros Diurnos), manifestar deseo voluntario de ingresar, evaluación médica realizada por CONAPRAN, tener una condición de vulnerabilidad social o escasos recursos (evaluación realizada por CONAPRAN) y es deseable contar con un apoderado o familia ([www.conapran.cl](http://www.conapran.cl)).

Pese a estos esfuerzos de coordinación centralizada de iniciativas gubernamentales y no gubernamentales, no se cuenta con la adecuada cobertura de cuidados para la población adulta mayor y los programas y servicios que se ofrecen enfatizan las actividades de tipo asistencial, de manera que la inversión en actividades preventivas y educativas es relativamente reciente.

Asimismo, existe un gran déficit de oferta de recursos humanos para la atención en salud, se estimaba en 2006 un promedio de 779 habitantes por médico colegiado y esa proporción es notablemente menor en el caso de la salud especializada del adulto mayor, según un estudio del BID publicado en 2002, en Chile había solo siete geriatras formados: uno por cada 227.000 adultos de 60 años y más, correspondientes al 0,04% del cuerpo médico nacional, y solo existen 6 médicos psiquiatras que atienden ancianos (Engler y Peláez, 2002) . Según informaciones recientes, en 2009 se cuenta con 27 geriatras registrados, sin embargo, se estima que la demanda de geriatras alcanza a 300 para una población que en 2030 llegará a más de tres millones de adultos mayores<sup>4</sup>. La misma situación crítica se aprecia en relación con el personal universitario de enfermería y auxiliares especializados en geriatría. La oferta de servicios de cuidado domiciliario para personas de edad se realiza sin que existan normas de certificación y acreditación para ello.

Se estima que actualmente habría 26.854 adultos mayores institucionalizados, en 1.668 residencias de ancianos. De éstas, 624 corresponden a residencias colectivas informales y 1.044 a residencias colectivas formales. Estas últimas son dependientes de instituciones privadas tales como Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, CONAPRAN, hogares de colonias extranjeras, entre otros.

La información proporcionada por una de esas instituciones -la Fundación Las Rosas, organismo privado dependiente de la Iglesia Católica- indica que en la actualidad mantiene 40 hogares, donde viven 2.400 adultos mayores. El 38% de ellos son postrados, un 23% es semivalente, y el 39% restante es autovalente. Un indicador importante de falta de

---

<sup>4</sup> Información proporcionada por Dr. Juan Carlos Molina, presidente de la sociedad médica de geriatras, diario El Mercurio 29 de noviembre de 2009.

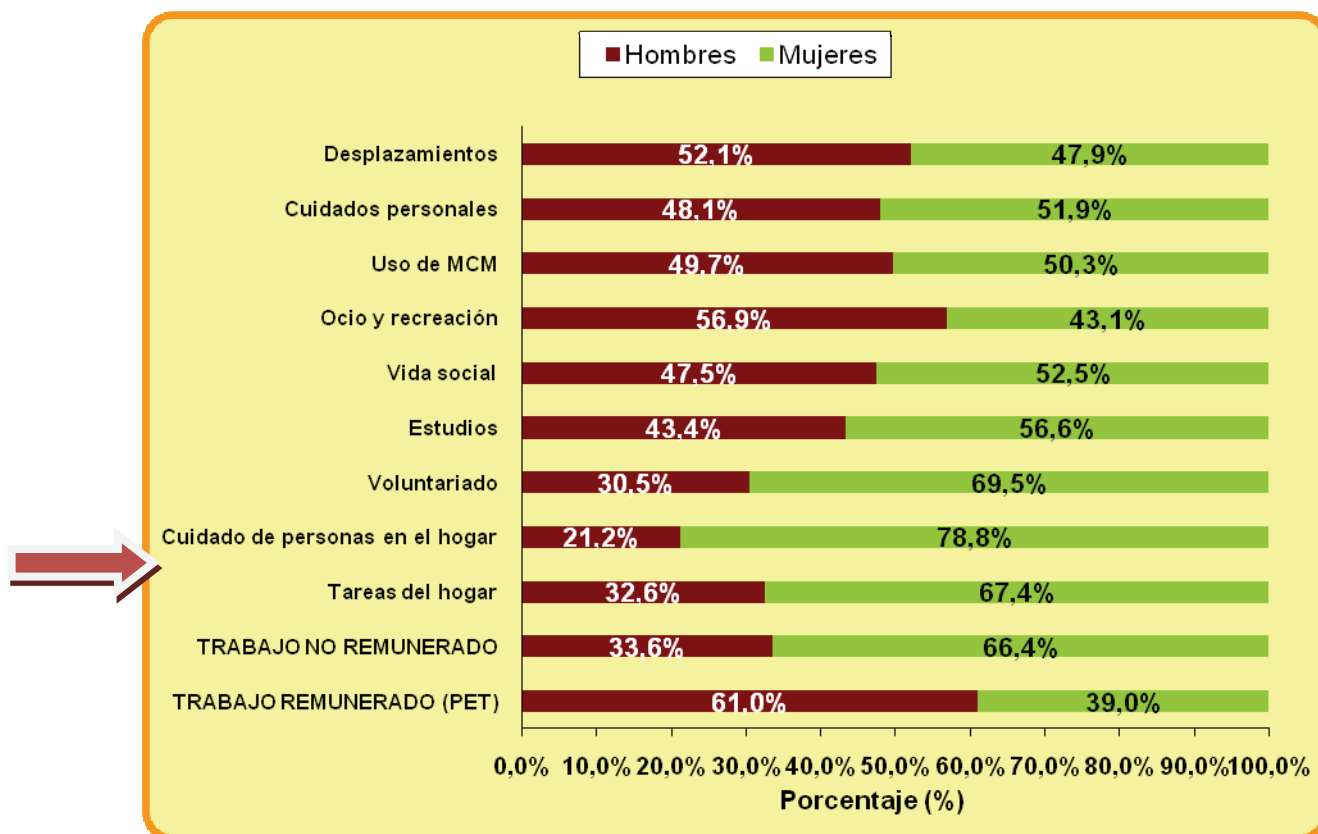
cumplimiento de los derechos a ser cuidados de los adultos mayores se manifiesta en la alta demanda insatisfecha puesto que, por ejemplo, a la Fundación Las Rosas llegan 180 peticiones de ingreso mensuales y sólo hay 30 vacantes.

## 2. La oferta privada de cuidado: el trabajo no remunerado en los hogares

La principal forma de satisfacción de las necesidades de cuidado en Chile se realiza mediante el trabajo no remunerado realizado por las mujeres en sus hogares. La distribución del trabajo remunerado y no remunerado de Chile es muy desigual por género. Si se considera la carga total del trabajo, las mujeres chilenas realizan una proporción mayor de actividades remuneradas y no remuneradas que los varones. Asimismo, en términos de horas, los hombres que viven en la región metropolitana de Santiago destinan en total 11,8 horas al trabajo remunerado y no remunerado, en tanto las mujeres santiaguinas destinan 12,6 horas diarias. Las mujeres realizan el 63% del total de las tareas del hogar y el 78,8% del cuidado de las personas en el hogar<sup>5</sup>.

Gráfico 6

Gran Santiago (2007) Distribución de la participación en grandes grupos de actividades principales



<sup>5</sup> La información reseñada corresponde a la Encuesta Piloto de Uso de Tiempo realizada en 2007 y cuyos resultados se conocieron en 2008, tiene representatividad para la Región Metropolitana, urbana; con una muestra de 2000 viviendas (aproximadas). Su objetivo fue cuantificar el uso del tiempo que cada integrante del hogar realiza en las distintas actividades de su vida cotidiana, con especial énfasis en cuidados de salud y en las desigualdades de género.

Fuente: INE

Para ambos sexos la actividad remunerada es la que demanda más tiempo: 7,8 horas para las mujeres y 9 horas para los varones. También el desplazamiento se encuentra entre las actividades que demandan tiempo, y en promedio y con pocas variaciones entre hombres y mujeres, ocupa dos horas diarias, principalmente para desplazarse al trabajo y realizar las compras.

Cuando se observa la distribución de actividades de hombres y mujeres se constata que la mayor desigualdad en tiempo es la destinada al trabajo doméstico y de cuidado. Las mujeres participan en un 78,8 % y destinan 2,6 horas al trabajo doméstico y al cuidado de los demás integrantes del hogar y los varones tan sólo en 21,2% y 1,5 horas solamente.

Entre las actividades domésticas y de cuidado, el mayor tiempo de las mujeres se destina a las actividades domésticas: hacer el aseo, realizar compras y preparar la comida que en el caso de las mujeres ocupa el 78% de su tiempo y en promedio 3,9 horas diarias, el cuidado de los demás integrantes del hogar alcanza a 32% y 2,6 horas diarias.

Las actividades realizadas por los hombres son principalmente las compras para el hogar, tarea a la que destinan alrededor de dos horas, en cambio en el cuidado de los integrantes del hogar destinan sólo 1,5 horas, las que se reducen a 1,3 horas los fines de semana.

La participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidado se intensifica durante los fines de semana y su participación alcanza a 84,6% los sábados y los domingos.

Si se analiza los grupos de edad no se aprecian grandes diferencias entre los sexos en la magnitud de tiempo destinada al trabajo remunerado a lo largo de la vida, con la excepción del grupo más joven y mayor que muestra una menor participación laboral. La menor participación económica se encuentra en la población mayor de 60 años tanto hombres como mujeres.

En cambio, cuando se observan los niveles de participación en el trabajo doméstico de hombres y mujeres a lo largo de su ciclo vital se aprecian importantes diferencias: la participación masculina no varía en el tiempo en cambio, la femenina tiene un máximo en el grupo de edad de 30 a 44 años y luego entre las mayores de 60 años, posiblemente puede tratarse de abuelas que cuidan.

### **3. La oferta de cuidado remunerado en los hogares: las trabajadoras domésticas**

Alrededor de 11 millones de mujeres en América Latina son trabajadoras domésticas, lo que representa cerca del 16% de la fuerza de trabajo urbana femenina en la región. El servicio doméstico en América Latina es un fenómeno predominantemente urbano y femenino. En numerosos países constituye la primera fuente de empleo femenino no agrícola. Es una actividad de gran importancia tanto para las trabajadoras del sector como para las mujeres que recurren a sus servicios (Rogers, 2008). Una gran cantidad de ellas son adolescentes y jóvenes provenientes, en general, de familias campesinas pobres y de grupos indígenas y afrodescendientes.

El servicio doméstico no es como cualquier otra ocupación. Las trabajadoras conviven con la familia a la cual prestan sus servicios, desempeñando las tareas vinculadas a la

reproducción de las condiciones necesarias para la vida cotidiana, a cambio de un salario. Los empleadores no son empresas sino familias, y el espacio de trabajo es la vivienda en que habitan los integrantes del hogar. Es, por lo tanto, un trabajo que se realiza en un ámbito privado, haciendo muy difícil su fiscalización. La trabajadora ejecuta esta labor de manera aislada de otras trabajadoras, lo cual incide en la escasa capacidad de organización y negociación por mejores condiciones de trabajo.

A pesar de la importancia de la tarea que ejecutan, las trabajadoras de servicio doméstico presentan los niveles más bajos de remuneración y protección social. Con una composición mayoritariamente femenina (sobre el 90%) es la principal opción ocupacional para las mujeres de menores niveles de educación e ingreso. Sin embargo, actualmente se ha legislado en varias áreas que las favorecen con el objetivo de igualar sus condiciones laborales a las del resto de los trabajadores. Así en 2009 se legisló para que las trabajadoras puertas adentro tengan derechos a gozar de los días feriados como el resto de la población trabajadora.

A causa de su aislamiento e invisibilidad por trabajar al interior de un hogar, las trabajadoras de servicio doméstico no están siempre conscientes de sus derechos y les es difícil organizarse para defenderse y mejorar su situación (Rogers, 2008). Un problema importante se refiere al cumplimiento de la legislación, el grado de evasión es mucho más elevado que para otras ocupaciones. Si bien la Inspección del Trabajo cumple un papel fundamental, no siempre cuenta con el personal necesario para llevar una adecuada fiscalización.

En Chile, según datos de la Encuesta CASEN de 2006, la población femenina ocupada en el sector de servicios alcanza a 81% del trabajo femenino y las trabajadoras de servicios personales y sociales alcanzan a 45%. La población económicamente activa urbana clasificada en la categoría ocupacional de trabajadoras domésticas era de un 14,3%. Si bien los datos son escasos en la actualidad, el aumento de otras oportunidades laborales para las mujeres chilenas (principalmente en comercio y servicios), hizo descender la oferta de trabajadoras domésticas, que en su mayoría trabajan en la modalidad puertas afuera.

Asimismo, el trabajo remunerado de las trabajadoras de casa particular se ha modificado a partir del cambio de modalidad desde puertas adentro hacia puertas afuera. Durante el período de migración interna en Chile aproximadamente entre las décadas del 50 al 80, hubo una amplia oferta de trabajadoras domésticas que estaban dispuestas a trabajar en la modalidad puertas adentro. En la actualidad la mayoría de las empleadas chilenas no provienen del campo, la ampliación de la oferta habitacional permite que en su mayoría trabajan en la modalidad puertas afuera, o hayan buscado nuevas oportunidades laborales en ocupaciones que si bien pueden ofrecer menos ingresos, tienen mayor status como vendedoras, microempresarias y otras.

Esta menor oferta de trabajadoras chilenas para el servicio doméstico, y especialmente de trabajo puertas adentro ha generado una demanda no satisfecha de sectores medios y altos que la migración femenina peruana vino a suplir.

Finalmente, existe un cierto subregistro de esta actividad ya sea realizada por chilenas (por ejemplo del trabajo a tiempo parcial, en varios hogares, del trabajo familiar no remunerado) o el ejecutado por peruanas en el caso de las que no han regularizado su situación migratoria. Por lo tanto es difícil el cálculo del total de la oferta laboral, pero sin duda, no

alcanza a cubrir las necesidades de cuidado y trabajo doméstico de las familias de menores ingresos.

## E. ALGUNAS SUGERENCIAS

Toda política pública se vincula con la reproducción social y por tanto es necesario diseñar políticas para que el trabajo doméstico y de cuidado se incorpore plenamente en las agendas políticas y sea compartido y redistribuido entre las distintas esferas institucionales: Estado, mercado, comunidades, familias y dentro de las familias de manera equitativa entre hombres y mujeres. En esa línea, es crucial incorporar el concepto de seguridad básica universal que dote de determinados estándares de bienestar social, de autonomía y de seguridad económica en un marco de derechos al conjunto de la población.

En Chile, al igual que en el resto de los países de América Latina, las grandes desigualdades sociales están estrechamente vinculadas con la provisión desigual de cuidado familiar y social conformando un verdadero círculo vicioso: quienes tienen más recursos disponen de un mayor acceso a cuidados de calidad, en circunstancias que tienen menos miembros del hogar que cuidar. Aquellos que disponen de menores recursos para acceder a los cuidados mercantiles y que tienen más cargas de cuidado acumulan desventajas por el mayor peso del trabajo doméstico familiar, por las dificultades en el acceso a los escasos servicios públicos y la necesidad de recurrir a cuidadoras “informales” (Aguirre, 2007b)

A continuación se proponen algunas medidas generales para enfrentar la crisis de cuidado en Chile:

- ***Poner en la agenda pública el tema de cuidado*** para abordarlo por medio de políticas públicas que consideren sus distintas dimensiones y las relaciones entre las personas para llevarlo a cabo. Es preciso interrogarse de las formas cómo se aborda el cuidado en los modelos de desarrollo y en la visión de país. La invisibilidad del tema se explica por la persistencia de modelos culturales que consideran que el cuidado debe ser privado, familiar y femenino; por la mantención de una rígida división del trabajo por género en el hogar; por mercados laborales que no consideran que sus trabajadores tienen familias; por una legislación que no contempla medidas para trabajadores con responsabilidades familiares; por la ausencia de cumplimiento de las pocas leyes de conciliación con corresponsabilidad social existentes. Como base se encuentra la persistencia de la tradicional división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar.
- ***Ampliar la oferta estatal de servicios.*** En el caso de Chile se han desarrollado algunas iniciativas tendientes a mejorar la oferta de servicios públicos gratuitos especialmente para el cuidado de los menores, se han ampliado los cupos de guarderías y jardines infantiles en el marco del programa Chile crece contigo. Sin embargo, las iniciativas en torno a mejorar los servicios para los adultos mayores han sido menos exitosas, y existe una fuerte demanda insatisfecha para la institucionalización de adultos mayores no valentes, así como falta de cobertura educativa, de salud y de atención de adultos mayores en las áreas rurales. La externalización del cuidado es una política importante y puede ser muy eficaz, pero el mantenimiento de la sociedad requiere más que solo la creación de nuevos servicios, requiere también la formulación de nuevas formas de convivencia, nuevas formas en definitiva de ser sociedad (Reyes, Paz y Todaro, 2007).
- ***Modificar el reparto de trabajo al interior de los hogares.*** El reparto actual del trabajo doméstico y de cuidado al interior de los hogares en Chile es extremadamente desigual entre géneros y también entre generaciones, la encuesta de uso de tiempo piloto realizada en Santiago de Chile indica que las mujeres participan en un 78,8 % y



destinan 2,6 horas al trabajo doméstico y al cuidado de los demás integrantes del hogar y los varones tan sólo en 21,2% y 1,5 horas solamente. Asimismo, la diferencia entre el trabajo remunerado y no remunerado entre sexos debe modificarse, ofreciendo mayores oportunidades laborales para las mujeres.

- ***Generar nuevos programas de conciliación y co-responsabilidad familia – trabajo.*** Un área de acción aun no suficientemente desarrollada se refiere a las diversas medidas posibles de tomar en torno a la conciliación y de co-responsabilidad de familia y trabajo para hombres y mujeres tanto desde el estado como desde las propias empresas y los propios trabajadores y trabajadoras. Numerosas medidas y propuestas innovadoras se han planteado al respecto que apuntan a mejorar la productividad así como a aumentar la satisfacción laboral de trabajadores y trabajadoras (véase OIT-PNUD, 2009)
- ***Modificar los sistemas de organización del tiempo.*** Ya se ha indicado las posibles vías por las cuales se puede mejorar la situación actual en torno al cuidado: organizar de mejor forma el tiempo de trabajo, el tiempo de familia y el ahorro del tiempo de cuidado y de apoyo a las labores domésticas (Arriagada, 2007b).
- ***Profesionalizar y valorar el trabajo de cuidado.*** Capacitar y formar diferencialmente a las personas a cargo del trabajo doméstico y del cuidado de niños, adultos no valentes y semi-valentes, promover la autovaloración y el reconocimiento de las competencias básicas de las trabajadoras de casa particular así como el conocimiento de las normas que regulan las relaciones laborales. Igualar las condiciones y los derechos laborales del trabajo doméstico al de los demás trabajos remunerados.
- ***Ligar la generación de empleos con un aumento de la oferta de servicios de cuidado.*** Esta medida permite ofrecer empleos y servicios necesitados por la ciudadanía, promueve una transformación cultural en torno a la idea de que los cuidados son una responsabilidad social, y puede contribuir a remover una de las principales barreras que tienen las mujeres para acceder al mercado laboral . Ello permitiría ampliar opciones, capacidades y libertades y avanzar hacia regímenes de cuidados más justos.

En el avance hacia un régimen de cuidados justo en Chile y en la región es urgente reconocer los cuidados como parte de las dinámicas de inclusión y de exclusión. El impulso de cambio en la región que pretende transitar desde contextos de desigualdad a contextos redistributivos ha de ser aprovechado para incluir los cuidados como una dimensión clave de la redistribución.

## Bibliografía

- Aguirre, Rosario (2007a) Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas en I. Arriagada (coord.) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros, CEPAL-UNFPA, Santiago de Chile.
- (2007b) Familias como proveedoras de servicios de cuidados, ponencia del Seminario Género y cohesión social en J. Astelarra (coord.) Género y cohesión social, Documento de Trabajo 16 Fundación Carolina CeALCI, Madrid, España.
- Arriagada, Irma (2007a) Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina, en I. Arriagada (coord.,) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros, CEPAL-UNFPA, Santiago de Chile.
- (2007b) Diez propuestas para mejorar la institucionalidad pública y las políticas hacia las familias en América Latina, en I. Arriagada (ed.) Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias, CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias N°49, LC.L.2649-P, Santiago de Chile.
- Bárcena, Alicia (2009) El impacto “real” de la crisis económica global: Una visión desde América Latina y el Caribe. Presentación realizada en CEPAL Santiago, 5 de agosto de 2009.
- Barrientos, Armando (2004) Latin America: Towards a liberal-informal welfare system en Gough y Wood (2004)(eds.) Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and America Latina :Social policy in developments contexts, Cambridge University Press, Inglaterra.
- Díaz, Magdalena (2009) La organización social del cuidado en España, documento del proyecto de INSTRAW Construyendo redes: mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidados.
- Durán, María Ángeles (2004) Un desafío colosal. En debate sobre conciliación familia y trabajo Diario El País 5/09/2004.
- (2006) El futuro del trabajo en Europa: El cuidado de las personas dependientes en GTZ y UNFPA Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público. Una mirada desde el género, México.
- CEPAL (2007) Observatorio Demográfico No.3 Proyección de Población, Santiago de Chile.
- (2008) Anuario estadístico de 2007, Santiago de Chile.
- Engler, Tomás y Martha Peláez (eds.) (2002) Más vale por viejo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Fundación Friedrich Ebert (2008) Políticas sociales post-neoliberales: la experiencia de Chile, presentado en el Seminario taller Construyendo ciudadanía: las políticas sociales progresistas de los gobiernos del cono sur, Montevideo, 27-29 de agosto 2008.
- García-Calvente, María del Mar, Inmaculada Mateo-Rodríguez y Ana Eguiguren (2004) El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad en Gac Sanit 2004; 18(Supl 1):132-9, España.
- Giménez, Daniel (2003) Género, previsión y ciudadanía social en América Latina, CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N.46, Santiago, Chile.
- (2002) Viejas y nuevas tendencias en la ciudadanía social de las mujeres chilenas. Análisis de la evolución de derechos y beneficios previsionales , presentado en la Reunión de Expertos sobre el impacto de género del sistema de pensiones de Chile, Santiago de Chile, 17 y 18 de junio de 2002.
- Gough Ian y Geof Wood (2004)(eds.) Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and America Latina :Social policy in developments contexts, Cambridge University Press, Inglaterra

- Marco, Flavia (2007) El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todos CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N° 89, Santiago de Chile.
- Martínez, Juliana (2007) Regímenes de bienestar en América Latina, Fundación Carolina, documento de trabajo N.11, Madrid, España.
- O'Connor, Julia (1996) From Women in the Welfare State to Gendering Welfare State Regimes, *Current Sociology*, Vol. 44, N° 2, summer.
- OIT-PNUD (2009) Trabajo y Familia: Hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social, Santiago de Chile.
- Pérez, Amaia (2009) Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: qué está ocurriendo?, en INSTRAW, Documento de trabajo N.5, Serie Género, Migración y Desarrollo 5.
- Provoste, Patricia y Fanny Berlagosky (2002) Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la Salud en Chile, OMS/OPS, Serie Género y Reforma de Salud No.4, Santiago, Chile.
- Razavi, Shahra y Silke Staab (2008) The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities en The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD.
- Reyes, Nora, Claudia Paz y Rosalba Todaro (coord.)(2007) Chile: servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar. Comercio, género y equidad en América Latina: Generando conocimiento para la acción política. Red Internacional de Género y Comercio, Capítulo Latinoamericano
- Rodgers, Janine (2008) Cambios en el servicio doméstico en América Latina, en Valenzuela, M.E. y C. Mora (eds.) Trabajo doméstico y equidad de género en Latinoamérica: Desafíos para el trabajo decente, OIT Chile, Santiago.
- Rodríguez, Corina (2007) La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay, CEPAL, Serie Mujer y desarrollo N° 90, Santiago de Chile.
- Sunkel, Guillermo (2007) Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina, en I. Arriagada (ed.) Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias, CEPAL-UNFPA; Serie Seminarios y Conferencias N.49, Santiago, Chile.
- UNIFEM (2000) Diane Elson (coord.) El progreso de las mujeres en el mundo 2000, UNIFEM, New York.
- Uthoff, Andras (2008) Informalidad y protección social en América Latina. Documento para el debate. Presentado en el II Encuentro de Redes EUROsocial , 23-25 junio, México D.F.