

LA TERRITORIALIDAD DE LOS CUIDADOS EN CHILE

**Principales resultados regionales
de los diálogos ciudadanos hacia la construcción
del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.**



La publicación “La territorialidad de los cuidados. Principales resultados regionales de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados” se enmarca en el proyecto «Diálogos Sociales “Hablemos de Cuidados” para avanzar hacia una Sociedad de los Cuidados» entre el Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile y ONU Mujeres.

Este documento fue elaborado por **Beatriz Ruiz**, Consultora de ONU Mujeres en Chile, bajo la dirección y revisión de **Albania Quevedo**, Especialista en Cuidados -Empoderamiento Económico de ONU Mujeres en Chile, y con la colaboración de **Nicol Garrido**, Consultora de ONU Mujeres en Chile. Agradecemos la valiosa colaboración para la elaboración de este estudio a **Gabriela Rosero**, Jefa de Oficina de ONU Mujeres en Chile.

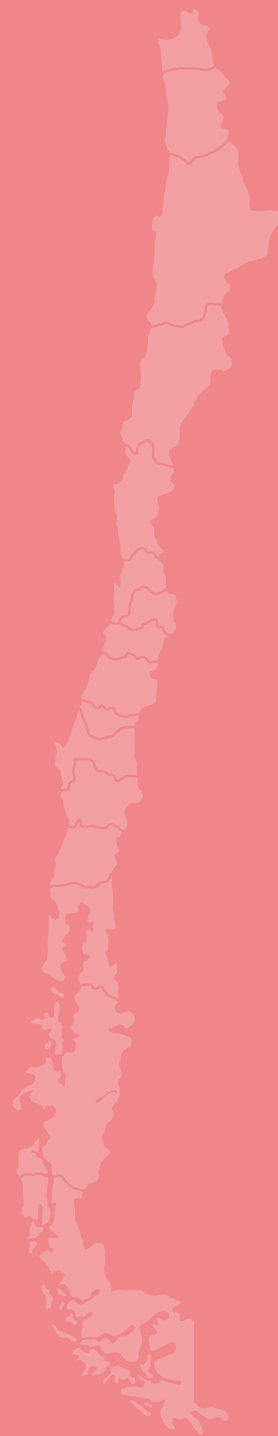
Las opiniones expresadas en esta publicación pertenecen a las personas involucradas en la realización de este estudio y no, necesariamente, representan la visión de ONU Mujeres, las Naciones Unidas o alguna de sus organizaciones miembro.

El contenido y la información de esta publicación debe citarse como: **ONU Mujeres (2024). La territorialidad de los cuidados. Principales resultados regionales de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.**

ONU Mujeres en Chile

Dag Hammarskjold 3241, Vitacura
Santiago, Chile.

Diagramación y diseño:
Agencia Backbone
agenciabackbone.cl



ÍNDICE

Prólogo	6
I Introducción	7
II La territorialidad de los cuidados: Aproximación teórica.	8
III Diálogos sociales Hablemos de Cuidados	10
IV Los cuidados en las regiones: Contexto socioeconómico y resultados de los diálogos Hablemos de Cuidados.	13
1 Arica y Parinacota	13
1.1 Contexto socioeconómico	13
1.2 Imagen de los cuidados en la región	16
1.3 Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Arica y Parinacota	17
2 Tarapacá	23
2.1 Contexto socioeconómico	23
2.2 Imagen de los cuidados en la región	25
2.3 Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Tarapacá	26
3 Antofagasta	33
3.1 Contexto socioeconómico	33
3.2 Imagen de los cuidados en la región	35
3.3 Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Antofagasta	36
4 Atacama	42
4.1 Contexto socioeconómico	42
4.2 Imagen de los cuidados en la región	45
4.3 Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Atacama	46
5 Coquimbo	53
5.1 Contexto socioeconómico	53
5.2 Imagen de los cuidados en la región	56
5.3 Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Coquimbo	57

6	Valparaíso	64
6.1	Contexto socioeconómico	64
6.2	Imagen de los cuidados en la región	67
6.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Valparaíso	68
7	Metropolitana de Santiago	76
7.1	Contexto socioeconómico	76
7.2	Imagen de los cuidados en la región	79
7.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región Metropolitana de Santiago	80
8	Libertador General Bernardo O'Higgins	87
8.1	Contexto socioeconómico	87
8.2	Imagen de los cuidados en la región	89
8.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región Libertador General Bernardo O'Higgins	90
9	Maule	97
9.1	Contexto socioeconómico	97
9.2	Imagen de los cuidados en la región	100
9.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región del Maule	101
10	Ñuble	107
10.1	Contexto socioeconómico	107
10.2	Imagen de los cuidados en la región	110
10.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Ñuble	111
11	Biobío	117
11.1	Contexto socioeconómico	117
11.2	Imagen de los cuidados en la región	119
11.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región del Biobío	120
12	La Araucanía	127
12.1	Contexto socioeconómico	127
12.2	Imagen de los cuidados en la región	130
12.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de La Araucanía	131

13	Los Ríos	138
13.1	Contexto socioeconómico	138
13.2	Imagen de los cuidados en la región	141
13.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Los Ríos	142
14	Los Lagos	150
14.1	Contexto socioeconómico	150
14.2	Imagen de los cuidados en la región	152
14.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Los Lagos	153
15	Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	160
15.1	Contexto socioeconómico	160
15.2	Imagen de los cuidados en la región	163
15.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	164
16	Magallanes y de la Antártica Chilena	171
16.1	Contexto socioeconómico	171
16.2	Imagen de los cuidados en la región	174
16.3	Diálogos Hablemos de Cuidados: Resultados para la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena	175
V	Conclusiones	181
VI	Bibliografía	183

PRÓLOGO



Desde hace ya un tiempo, la agenda de los cuidados es una prioridad a nivel internacional, regional y nacional. Los países de la Región de América Latina y el Caribe avanzan decididamente por ampliar y mejorar las políticas de cuidados y construir Sistemas Integrales de Cuidados. Chile también ha hecho lo propio. Durante el año 2023, se llevó a cabo un proceso de diálogo social en todo el país. En este año, el gobierno ha presentado en el Congreso el proyecto de ley que reconoce el derecho al cuidado y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, así como avanza en la construcción de su Política Nacional de Cuidados.

Estos progresos se enmarcan en acuerdos internacionales tales como el Compromiso de Buenos Aires, los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el 5.4, o la resolución E/CN.5/2024/L.5 del Consejo Económico y Social (ECOSOC), que apuntan a garantizar el derecho al cuidado; reducir, redistribuir y reconocer el trabajo de cuidados; y promover sistemas integrales de cuidados. Construir una sociedad del cuidado conlleva un cambio de paradigma que ponga en el centro el cuidado de las personas que lo requieran, las personas cuidadoras, el autocuidado y el cuidado del planeta.

La inversión en Sistemas de Cuidados, desde una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género, interseccionalidad e interculturalidad, es fundamental para enfrentar con éxito el desafío de la superación de la pobreza y la reducción de las desigualdades. Además, entender los cuidados como un bien público y un derecho fundamental es transformador para nuestras economías, ya que generan múltiples dividendos: mejores empleos, mayor recaudación para el Estado e incremento de los ingresos en los hogares, dinamizando así la economía.

Para la construcción del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados en Chile es imprescindible considerar la diversidad de las regiones, de sus territorios y sus poblaciones, y reconocer los saberes, prácticas y capacidades instaladas en cada una de ellas. Incorporando a los gobiernos regionales y locales se robustece el Sistema y se cubren de manera más eficiente las necesidades de cuidado, gracias a la perspectiva y conocimiento local que pueden aportar a su implementación. En este sentido, el presente documento pretende servir de insumo para visibilizar las necesidades territoriales y complementar con pertinencia territorial las respuestas locales en la materia.

Ha quedado demostrado que todas las personas requerimos cuidados en distintos momentos de la vida y, por lo tanto, es necesaria una justa organización social de los cuidados. Los Sistemas de Cuidados abogan por promover la corresponsabilidad social y de género, para garantizar un reparto equitativo entre el Estado, el sector privado, la comunidad y las familias.

En ONU Mujeres estamos firmemente comprometidas a seguir apoyando la construcción de una sociedad del cuidado en Chile. Nuestro objetivo es, en conjunto, cerrar las brechas de género existentes y promover el derecho al cuidado para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.

Gabriela Rosero Moncayo

Jefa de Oficina

I INTRODUCCIÓN

En el año 2023, Chile inició el trabajo para el diseño de la Política Nacional e Integral de Cuidados. Se constituyó el Consejo Asesor Presidencial Interministerial, presidido por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, vice presidido por el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, y compuesto por otros siete ministerios: Educación; Trabajo y Previsión Social; Salud; Hacienda; Economía, Fomento y Turismo; Vivienda y Urbanismo; Secretaría General de la Presidencia; y Secretaría General de Gobierno. Este Consejo es el encargado de asesorar al presidente en el desarrollo de la política y el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.

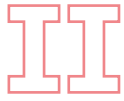
En este contexto, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF) junto a ONU Mujeres implementaron un **proceso participativo** a través de diálogos sociales, inédito en la región de América Latina y el Caribe, con el objetivo de reflexionar sobre la construcción del futuro Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) en Chile. Los diálogos “Hablemos de Cuidados” buscaron recoger las necesidades y contribuciones de la sociedad civil, organizaciones sociales y otros actores claves relevantes sobre las definiciones y contenidos del sistema, con el fin de servir de insumo en el marco del trabajo prelegislativo en la materia.

La importancia de esta iniciativa radica en la necesidad de concretar en Chile, a través de políticas públicas, una **nueva organización social** orientada a cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados -que hoy realizan mayoritariamente las mujeres-; todo ello, desde una **perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural**. A través de las instancias de diálogo, también se buscó generar confianza social sobre el proceso de construcción de un Sistema Nacional de Cuidados, de modo que este tenga legitimidad y sostenibilidad en el tiempo.

El proceso participativo se llevó a cabo durante los meses de abril y julio de 2023. Los resultados obtenidos fueron sistematizados y publicados en noviembre de ese mismo año en el documento titulado: **Hablemos de Cuidados | Principales resultados de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional e Integral de Cuidados**. Este documento reúne los principales resultados a nivel nacional sobre las necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras y personas que requieren cuidados, sus expectativas respecto al sistema, los actores que debieran hacerse cargo y los principios que debieran inspirar el sistema.

Los diálogos sociales tuvieron un **carácter territorial**, ya que se realizaron en las 16 regiones del país. Esto permitió el levantamiento de información con una mirada local, disponiendo de los resultados diferenciados para cada región. Dada la importancia que las y los participantes dieron a la pertinencia territorial del futuro SNAC, se considera esencial mostrar los **resultados de los diálogos sociales desagregados desde una perspectiva regional**. Es por esto que este documento recoge los principales resultados región por región, teniendo en cuenta las respuestas de las y los participantes en los diálogos territoriales y autoconvocados realizados en cada una de las regiones.

El presente documento busca complementar el documento general con una perspectiva regional mucho más específica. Se espera que los saberes y experiencias de las y los participantes contribuyan al **desarrollo de políticas y planes de cuidados en los distintos niveles** (nacional, regional y local), constituyendo un insumo de gran relevancia para avanzar hacia un acuerdo políticamente transversal y socialmente legitimado en torno a esta problemática.



LA TERRITORIALIDAD DE LOS CUIDADOS

APROXIMACIÓN TEÓRICA

Los cuidados son fundamentales para la sostenibilidad de la vida y el bienestar de las personas, las sociedades, las economías y el planeta (Naciones Unidas, 2024). Estos cuidados abarcan todas aquellas actividades necesarias para asegurar el bienestar físico y emocional; sin las cuales nuestras sociedades y economías se paralizarían. Todas las personas necesitan cuidados en distintos momentos de la vida y, como parte del entramado social humano y natural, a todas les corresponde aportar en la provisión de cuidados, tanto a otros seres vivos como al entorno.

Sin embargo, el rol de cuidadoras principales sigue siendo asignado a las mujeres a consecuencia de las normas sociales restrictivas y estereotipos de género, lo que deja a los hombres el rol de principales generadores de ingresos (Naciones Unidas, 2024). Esta situación refuerza la **actual división sexual del trabajo en la prestación de los cuidados**, tanto remunerados como no remunerados, y contribuye a la infravaloración de este trabajo esencial en la sociedad (ibid.). En todo el mundo el trabajo de cuidados es realizado mayoritariamente por mujeres (OIT, 2019), y para el caso de Chile, las mujeres dedican en promedio 3 horas diarias más que los hombres a realizar estas labores (INE, 2015).

La creación de un **Sistema Integral de Cuidados** surge como respuesta directa a la distribución desigual del trabajo de cuidados entre mujeres y hombres, y a la escasa oferta de servicios de cuidados y apoyos. Un Sistema Integral de Cuidados puede definirse como el conjunto de políticas destinadas a concretar una nueva organización social de los cuidados que permita asistir, apoyar y cuidar a las personas y al ambiente, así como reconocer, reducir, redistribuir, recompensar y representar el trabajo de cuidados desde una perspectiva de género, interseccional, intercultural y de derechos humanos que fomente la corresponsabilidad entre los géneros, y entre los hogares, el Estado, el mercado, las familias y la comunidad (Naciones Unidas, 2024).

La política nacional de cuidados en general y el Sistema Integral de Cuidados en particular han de implementarse sobre la base de la **articulación** interinstitucional con un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al **derecho al cuidado**; y sobre la base de la **corresponsabilidad social** -con la sociedad civil, el sector privado y las familias- y de género (ONU Mujeres y CEPAL, 2021). La implementación del Sistema también conlleva una gestión **intersectorial** para el desarrollo progresivo de servicios, normativa, gestión de la información y comunicación para la promoción de un cambio cultural que atienda a la diversidad cultural y territorial (ibid.).

Reconocer los cuidados como un derecho promueve la corresponsabilidad social y permite enfrentar los desafíos del futuro de forma más justa. Entender los cuidados desde una perspectiva de derechos supone tener en cuenta la diversidad de personas (cuidadoras/es y aquellas que requieren cuidados) como sujetos del derecho al cuidado y no solo como beneficiarias y beneficiarios de la política de cuidados. Los cuidados deben ser **universales, pero reconociendo las diferencias y las desigualdades**, tanto de los contextos como de las necesidades de las personas que cuidan y requieren cuidados. Para ello, es fundamental incorporar en el desarrollo del Sistema la perspectiva de género, generacional, cultural y territorial, entre otras, para que las políticas de cuidados den cuenta de las diferentes interseccionalidades que puedan darse en una misma persona o comunidad.

En cuanto a la **perspectiva territorial**, debe comprenderse en dos sentidos: la pertinencia de la oferta y la gobernanza del Sistema Nacional de Cuidados. Por un lado, los programas y servicios que integren el Sistema deben adecuarse a las diferencias de cada territorio, incorporando las necesidades específicas de su población y teniendo en cuenta el contexto y la realidad de cada

lugar. Para el caso de Chile, es fundamental atender a las diferencias regionales existentes a lo largo de todo el país. Esto se aborda en el capítulo 4 de este documento, que trata en detalle las diferencias, de acuerdo con los resultados a nivel regional de los diálogos sociales sobre cuidados. Por otro lado, la estructura de gobernanza del Sistema debe ser territorial, interinstitucional e intersectorial. Esto supone incluir a los gobiernos regionales y locales, lo que permite utilizar y mejorar las capacidades instaladas de las instituciones regionales y locales en torno a los cuidados, y facilita la articulación con la gobernanza nacional.

Una articulación territorial del Sistema implica desarrollar una **estructura de gobernanza** que establezca un espacio de discusión y toma de decisiones colectivas sobre los objetivos y problemas a resolver, incluyendo a actores de diferentes niveles de gobierno y asignando responsabilidades en función de los mandatos y las competencias de cada organismo participante (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres, 2023). Esta estructura **busca dar coherencia** a las acciones del Sistema; evitando duplicidades, superposiciones y fragmentaciones, además de crear sinergias para lograr los objetivos establecidos y que las acciones se refuercen mutuamente (ibid.). Esto también favorece a la racionalidad del gasto en las políticas de cuidado.

La importancia de incluir a los gobiernos regionales y locales atiende al **principio de subsidiariedad**, que establece que las políticas de cuidado se implementen desde el nivel de gobierno más próximo a la ciudadanía desde el cual pueda obtenerse el impacto más adecuado. Asimismo, la territorialidad del Sistema apunta hacia la **equidad territorial**, la cual supone el desarrollo de oportunidades similares para las y los ciudadanos de un país mediante la implementación de acciones basadas en las diferencias geográficas o residenciales que impiden un desarrollo social equitativo. Así, un Sistema con pertinencia territorial e intersectorial logra abordar de manera multidimensional y pragmática las desigualdades que se observan en los territorios en materia de cuidados y concretiza una reorganización social del cuidado desde una perspectiva multinivel (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres, 2023).

Promover la territorialidad y articulación entre diferentes niveles de gobierno fortalece la **presencia del Estado** en los territorios, lo que facilita la garantía de derechos de la población, independientemente de dónde se ubique geográficamente; y amplía la incidencia real del Estado en el mejoramiento de oportunidades y condiciones de vida de la ciudadanía, abordando las desigualdades territoriales históricas (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres, 2023). Al mismo tiempo, la cercanía del Estado con la ciudadanía genera **mayor conocimiento sobre las necesidades y problemáticas** relativas a cuidados. Esto tiene un gran efecto en zonas rurales, aisladas o marginadas; así como en grupos de población habitualmente relegados en la política pública, como por ejemplo, los pueblos indígenas, las mujeres, la población vulnerable, las personas mayores o las personas con discapacidad. De esta manera, el Sistema incorpora una mirada intersectorial y no deja a nadie atrás.

Por otro lado, la territorialidad del Sistema también entraña la **participación social**, de cara a fortalecer la cohesión social y la relación entre el Estado y la sociedad. Fomentar la participación de las y los ciudadanos en el Sistema es fundamental para la construcción de un proyecto colectivo en torno al **potencial transformador** de la reorganización de los cuidados (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres, 2023). Así, es importante que el Sistema contemple espacios de participación donde la ciudadanía pueda construir, validar, implementar y evaluar servicios de apoyos y cuidados que se implementan en su territorio. De esta manera, se logra la participación efectiva de la sociedad, la generación de redes y la apropiación social de la política y el Sistema.

En definitiva, un Sistema de Cuidados debe ser capaz de poner en el centro las necesidades de las personas, para diseñar respuestas públicas más pertinentes y eficaces ante los requerimientos de la población (Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres, 2023).



DIÁLOGOS SOCIALES

HABLEMOS DE CUIDADOS

El proceso de diálogos sociales “Hablemos de Cuidados” contó con diálogos territoriales y sectoriales¹. Con respecto a los primeros, el proceso tuvo una primera ronda en las 16 regiones del país, donde se buscó levantar las necesidades de las personas y sus expectativas en relación con un Sistema Nacional de Cuidados en el país. Posteriormente, se llevó a cabo una segunda ronda de devolución en todas las regiones, donde se presentaron los principales resultados. En cuanto a los diálogos sectoriales, se llevaron a cabo siete mesas con personas expertas y actores clave del mundo de la salud, los servicios de cuidados, la educación, la sociedad civil, el trabajo, la academia, y el Consejo de la Sociedad Civil del Ministerio de Desarrollo Social y Familia.

Los resultados fueron analizados a nivel nacional, pero se hicieron algunas segmentaciones territoriales al analizar las diferentes dimensiones para poder comparar e interpretar resultados a lo largo del país. Se analizaron **macrozonas**, donde se consideró Norte, Centro y Sur²; y también se llevó a cabo un análisis por sectorización **Rural, Urbana y Mixta**³. Los resultados generales evidencian la existencia de dinámicas centralistas, que la mayor de las veces impiden la visualización concreta de realidades locales complejas, sobre todo en áreas rurales, insulares y en sectores aislados geográficamente, lo que se traduce, por ende, en una mayor dificultad en el acceso a la oferta relativa a los cuidados en estas zonas.

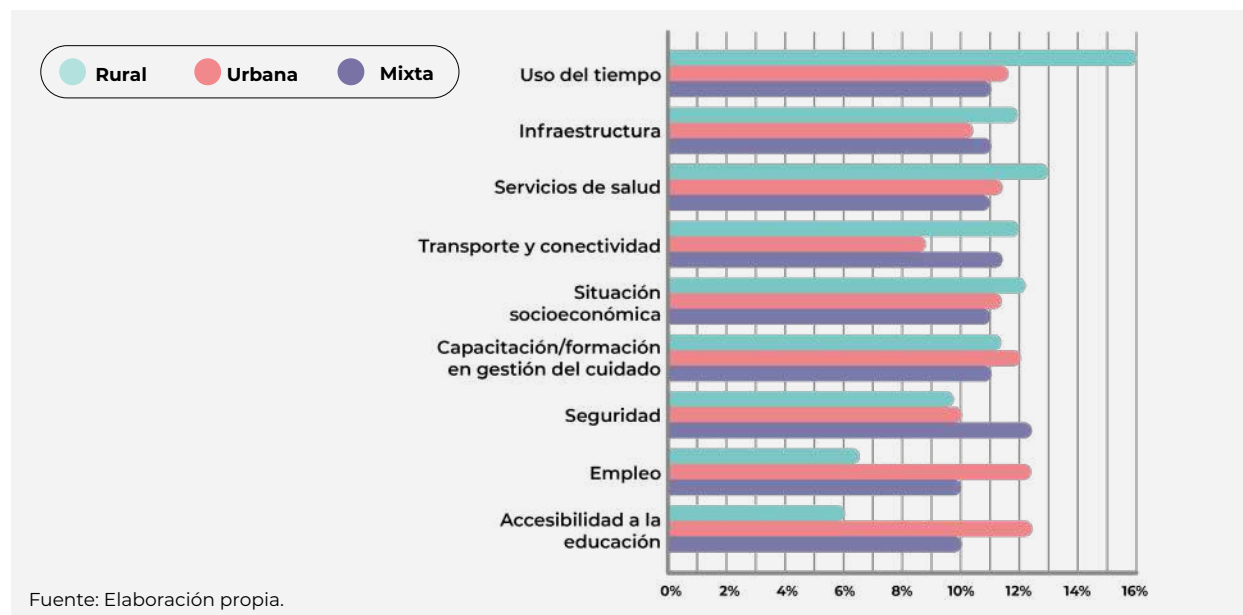
En los **territorios rurales**, se destaca lo relativo al uso del tiempo, vinculado a las grandes distancias geográficas y la necesidad de invertir mucho tiempo en traslados. En segundo lugar, aparecen las problemáticas respecto a la infraestructura y a los servicios de salud. En el caso de los **territorios urbanos**, los principales énfasis se relacionan con el acceso al empleo y a la educación, mientras que, en los territorios mixtos, la distribución entre los distintos ámbitos es bastante homogénea.

¹Para más información sobre el proceso de diálogo y los resultados generales a nivel nacional consultar el documento [Hablemos de Cuidados | Principales resultados de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional e Integral de Cuidados](#).

² La macrozona norte está compuesta por las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, y Coquimbo. La macrozona central por las regiones de Valparaíso, Metropolitana, Libertador Bernardo O'Higgins, Maule y Biobío, mientras que la macrozona sur se compone de las regiones de Ñuble, Araucanía, Los Ríos, Los Lagos, Aysén y Magallanes y la Antártica Chilena.

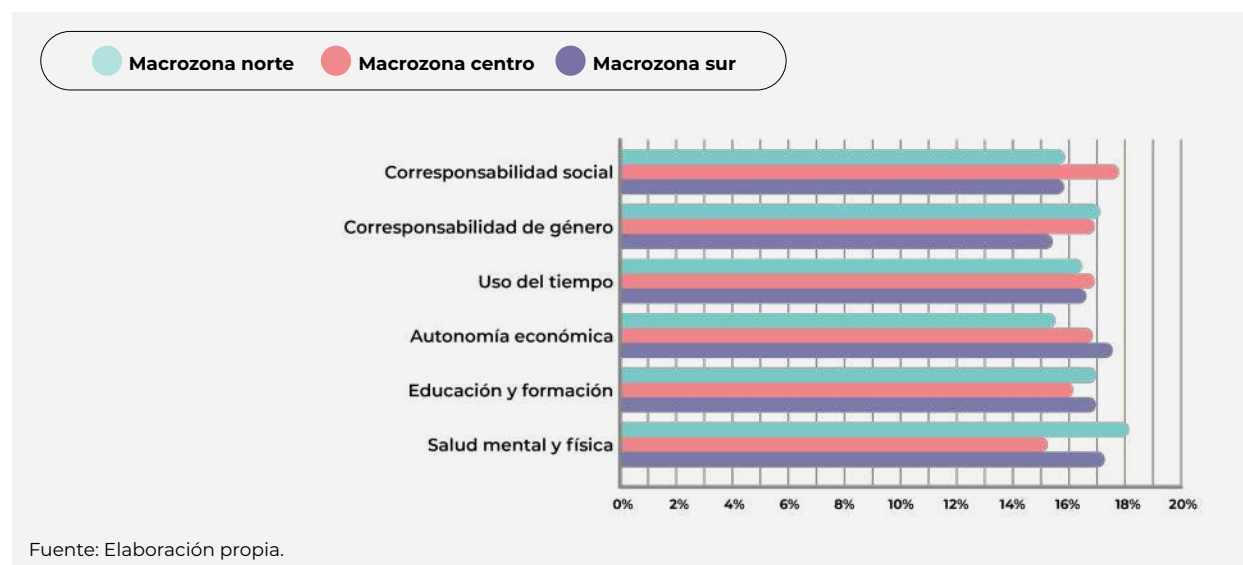
³Según la clasificación presentada que hace el INE de cada comuna del país.

Gráfico 1. Proporción de menciones sobre las principales problemáticas y necesidades de cuidados según el tipo de comuna



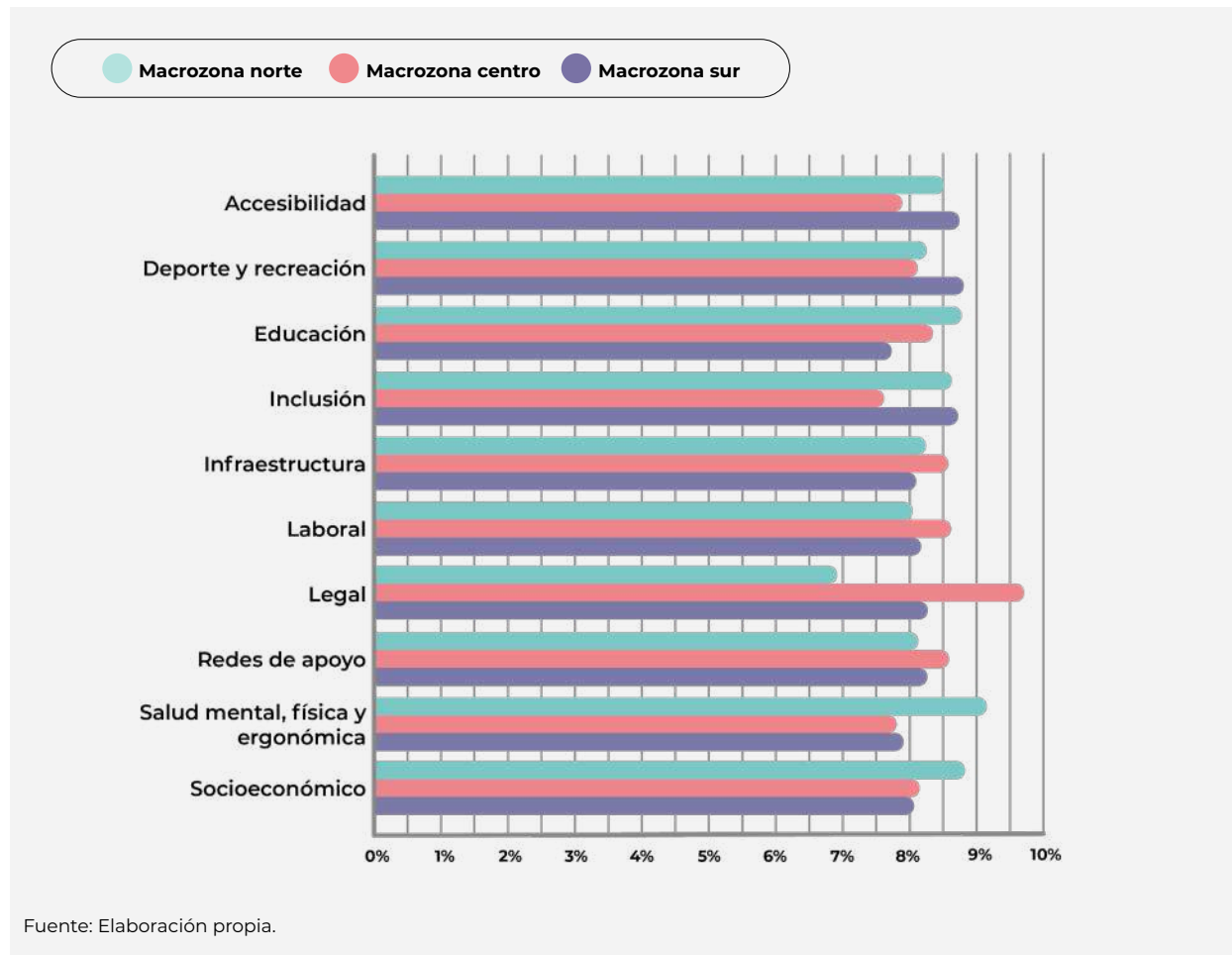
Al analizar las diferentes dimensiones por **macrozonas**, podemos observar lo siguiente. Con respecto a las **personas cuidadoras**, en la macrozona norte destacan problemáticas como la salud mental y física, la corresponsabilidad de género, y la educación y formación. En la macro zona centro, la corresponsabilidad social, la corresponsabilidad de género y el uso del tiempo. En la macro zona sur, la salud mental y física, la autonomía económica, y la educación y formación.

Gráfico 2. Problemáticas y necesidades de las personas cuidadoras según categorías objetivas generales, a nivel nacional, por macrozonas



Para las **personas que requieren cuidados**, se observa que las principales necesidades en la macrozona norte son la salud mental, física y ergonómica, los aspectos socioeconómicos y la educación. En la macrozona centro, los aspectos legales, los aspectos laborales y la infraestructura. En la macrozona sur, el deporte y la recreación, la accesibilidad y la inclusión.

Gráfico 3. Proporción de menciones sobre las principales necesidades de personas que requieren cuidados, por macrozonas



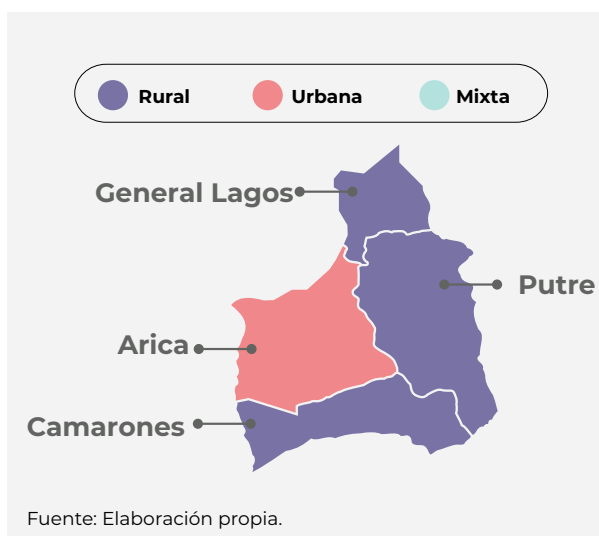
En definitiva, existen problemáticas y necesidades de cuidados diferenciadas entre las macrozonas del país y entre las diferentes categorías de comunas (urbanas, rurales y mixtas). Esto refleja que es esencial **adaptar las políticas de cuidados** a cada contexto y a las necesidades específicas de cada territorio y su población. Con el objetivo de que el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados sea lo más efectivo posible, a continuación se presenta un análisis de cada una de las 16 regiones del país en materia de cuidados. Esto contempla un breve contexto socioeconómico de cada región y los principales resultados de los diálogos que se realizaron en cada una de ellas, incluyendo las necesidades de las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados, y las principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado.

1 ARICA Y PARINACOTA

1.1. Contexto socioeconómico

Población

Según datos del Censo del año 2017, la Región de Arica y Parinacota tiene 226.068 habitantes. Cuenta con una distribución equilibrada entre hombres y mujeres, 49,8% y 50,2% respectivamente (ODEPA, s/f-a). En la comuna de Arica, capital regional y única zona urbana en la región, la distribución es muy similar. Sin embargo, en las comunas rurales se observa un **gran desequilibrio de género** en la distribución de la población, donde existe una alta masculinización (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Para el total de estas comunas, el 67,9% de la población son hombres y el 32,1% son mujeres (ODEPA, s/f-a). Destaca especialmente Putre, donde la población masculina alcanza el 74,3% (ibid.)



También existen **desequilibrios territoriales** en la distribución de la población entre comunas rurales y urbanas. El 98% de la población regional se concentra en Arica, única comuna urbana, que atrae a la mayor cantidad de población debido a las mejores oportunidades laborales, educativas y de servicios que ofrece (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Esto ha conllevado a un despoblamiento en el resto de la región, ya que a pesar de que las tres comunas rurales abarcan el 72% del territorio total de la región sólo alberga el 2% de la población regional (ODEPA, s/f-a).

Arica y Parinacota es la segunda Región de Chile con mayor porcentaje de **población perteneciente a pueblos originarios**. En total, el 34,9% de la población es indígena, de la cual el 82% pertenece al pueblo Aymara (ODEPA, s/f-a; GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). En las comunas rurales alcanza más de la mitad de la población, suponiendo un 63,8%, en comparación con el 34,3% de la población en las comunas urbanas (ODEPA, s/f-a). En las comunas rurales de Camarones y General Lagos la población perteneciente a pueblos originarios supera el 70% de la población (ibid.).

Debido al contexto geográfico de Arica y Parinacota (frontera con Perú y Bolivia) la región recibe un elevado **flujo migratorio**. En total, la región cuenta con 31.355 personas migrantes, lo que supone un 1,9% del total nacional (SERMIG, 2024). A su vez, supone un 13,9% de la población regional. La mayoría de estas personas son mujeres, población indígena y afrodescendiente, que llegan principalmente en busca de mejores condiciones laborales (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Estas mujeres participan especialmente en el empleo doméstico, actividades agrícolas, comercio, salud y, en menor medida, en la industria (ibid.). Las personas migrantes provienen principalmente de Bolivia, un 39,1%; seguido de Perú con un 37,5% y Venezuela con un 9,3% (ibid.). El 97,1% de este grupo de población se concentra en la comuna de Arica (ibid.).

En la región también existe población afrodescendiente, estimada en 8.415 personas, un 4,7% del total (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Un 6,2% de hogares en la región cuenta con presencia de población afrodescendiente, de los cuales un 12,1% se encuentra en un contexto rural y un 87,9% en contexto urbano (ibid.). Según esta misma estimación, la distribución de género de este grupo corresponde a un 55,8% de mujeres y 44,2% de hombres (ibid.).

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la Región de Arica y Parinacota hay un **9,2% de personas en situación de pobreza por ingresos**, comparado con un 6,5% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Se observa una mayor incidencia de la pobreza en las comunas de Putre y General Lagos (ODEPA, s/f-a).

Con respecto a la **habitabilidad**, el 6,5% de las viviendas en la región se encuentra en condición de hacinamiento (2,5 y más personas por dormitorio), cifra superior a la media nacional de 4,8% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). El 77,2% de viviendas se encuentra en situación aceptable en comparación al 87,6% nacional (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018); es decir, cuenta con las condiciones mínimas para el normal desarrollo de la vida familiar. Estos datos apuntan a un déficit habitacional creciente, lo que ha provocado el aumento de “campamentos habitacionales” en la región. Según el último catastro de campamentos 2022 – 2023 realizado por Un Techo Para Chile, el número de campamentos en la región aumentó un 70% en relación con el periodo 2020 – 2021 (Techo Chile, 2023). Así, Arica y Parinacota cuenta con 17 campamentos, todos ellos en el área urbana con extensión hacia el norte de la comuna de Arica (ibid.).

También es necesario destacar la brecha en la **conectividad intrarregional**. El 71,4% de las localidades de la región se encuentra en condiciones de aislamiento; particularmente en la comuna de General Lagos, siendo esta la quinta comuna más aislada del país (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Las comunas de Camarones, Putre y General Lagos manifiestan grandes problemas de conectividad relacionados con la baja calidad de las rutas, que requieren mejoras materiales, de diseño y de adecuación a las características de la superficie (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018), lo que, sumado a la dispersión de la población en el extenso territorio, acentúa este problema.

Tabla 1. Datos de empleo en la Región de Arica y Parinacota

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	59,4%	66%	52,8%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	54%	60,2%	47,7%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

En cuanto a los datos de **empleo**, la región cuenta con una tasa de participación y ocupación menor al promedio nacional, con una diferencia alrededor de 3 puntos porcentuales. Se observa que los hombres tienen una mayor tasa de participación y ocupación, con una brecha de 13,2 y 12,5 puntos porcentuales respectivamente, brecha que es significativamente menor al promedio nacional, donde la brecha supera los 18 puntos porcentuales.

Estas diferencias de género se dan sobre todo en sectores masculinizados y feminizados; como actividades pesqueras, mineras y de construcción, donde predominan los hombres, mientras

que en el servicio doméstico, la educación y la salud, la fuerza laboral femenina es mayor (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). En la misma línea, el 90% de los emprendimientos de la región pertenece a mujeres, especialmente en los rubros de gastronomía y artesanía (ibid.). Es destacable que las mujeres presentan una mayor vinculación al sector informal de la economía. En el caso de las mujeres indígenas, la participación laboral y capacitación es menor, debido en parte a la responsabilidad de cuidados asociadas a estas mujeres y a las limitaciones de orden cultural (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018).

En relación con la **educación**, el promedio de años de escolarización en la región es de 11,8 años, algo superior a la media nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). La tasa de asistencia a la educación parvularia es menor en los quintiles de ingreso más bajo y se da un menor acceso en las comunas del interior de la región y en las comunas rurales, ya que en algunas localidades no existen establecimientos educacionales de educación básica (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Además, existe un déficit de sala cuna en toda la región (ibid.).

Finalmente, la **salud** también supone un factor que genera grandes brechas en la región. Por un lado, en cuanto a infraestructura, la región cuenta con seis Centros de Salud Familiar (CESFAM), pero cinco de ellos se encuentran en la comuna de Arica y tan solo uno en la comuna de Putre (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Además del desequilibrio territorial que esto genera, cada CESFAM tiene asignada una población mucho mayor de la que puede atender, generando grandes listas de espera (ibid.). Por otro lado, los servicios de salud se encuentran saturados. Existe un alto índice de personas mayores en la región, por lo que la demanda de servicios de salud propios para esta población excede a la oferta, especialmente en servicios como reumatología, traumatología y cardiología (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018). Además, existe un déficit en el acceso a la atención primaria, generado por la falta de médicos a nivel local, lo que hace que la población acuda a los servicios de urgencia (ibid.).

También relacionado con la salud, Arica y Parinacota no dispone de suficientes áreas verdes y de espacios públicos. La población demanda la necesidad de ampliar la oferta de espacios públicos que permitan realizar actividades deportivas y recreativas para todos los rangos etarios, especialmente juegos infantiles, ya que el 31,7% de la población regional es menor a 18 años (GORE Arica y Parinacota & PNUD, 2018).

1.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁶

Dependencia	Moderada	Severa
	7.506	5.491
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	6.055	6.943

Fuente: Elaboración propia

⁴ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁵ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁶ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

1.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Arica y Parinacota



Porcentaje de participación en el total de las actas de Arica y Parinacota



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁷ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

1.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Arica y Parinacota



En la región es posible identificar un mayor interés en **educación y formación** de las personas cuidadoras, especialmente respecto a la capacitación en gestión del cuidado. Se detecta en las respuestas de las y los participantes que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Las y los participantes mencionan la necesidad de obtener capacitación permanente en gestión del cuidado, a fin de garantizar que los cuidadores/as, tanto profesionales como no profesionales, tengan acceso a formación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Se señalan las siguientes necesidades de capacitación: técnicas de autocuidado para su salud mental y física, manejo de pacientes, primeros auxilios, atención a personas con discapacidad, técnicas para la contención ante descompensaciones, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, información con respecto a las patologías de las personas cuidadas y las complicaciones que pueden sufrir.

Las y los participantes resaltan la necesidad de contar con capacitación específica para trabajar con niños, niñas y adolescentes con Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, también se hace constancia de la brecha digital que existe entre las personas cuidadoras, que muchas veces les impide desenvolverse correctamente en la institucionalidad y dificulta su acceso a trámites digitales y a la obtención de beneficios. Las personas cuidadoras también resaltan la falta de implementos para cuidar, como colchones adecuados a las necesidades o sillas de ruedas. Finalmente, se señala la necesidad de contar con procesos de certificación para personas cuidadoras (formales e informales).

Analizadas las respuestas sobre **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido entre las familias, la sociedad y el Estado. Sobre esto, evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria, contando con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otros. Incluso se menciona proveer capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados. Se hace mención específica a que esta falta de redes de apoyo afecta principalmente a las mujeres migrantes de la región, quienes no cuentan con su familia a la hora de establecerse. Así, se plantea la necesidad de contar con un sistema comunitario a partir del fortalecimiento del tejido social.

Respecto de la **corresponsabilidad de género**, las y los participantes señalan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y como cuidadoras secundarias de otras mujeres de la familia, reforzando los roles de género, la feminización de estas tareas y la sobrecarga. Además de las mujeres, se destacan también las niñas y los niños pequeños, sobre todo ellas, que reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. Esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras

tengan sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la falta de implicación de los padres y las familias, recayendo la responsabilidad de cuidar únicamente en las mujeres.

Bajo la categoría **uso del tiempo** se incluyen las necesidades que se corresponden con la dificultad de las cuidadoras para desenvolverse normalmente en la cotidianidad en relación con la disponibilidad de tiempo para realizar gestiones o trámites, o para disfrutar de momentos de ocio. Para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos), y solicitud de horas médicas con especialistas. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios. También se identifica como necesidad que se agilicen y faciliten las gestiones y trámites, y que se mejore el registro de personas cuidadoras, trascendiendo el Registro Social de Hogares.

Los relatos obtenidos respecto a la **salud mental y física** de las personas cuidadoras permiten identificar que las principales necesidades surgen por la ausencia de apoyo en las tareas de cuidado, lo que conlleva la dedicación exclusiva de muchas mujeres a los cuidados, terminando en la postergación de la persona cuidadora y en su aislamiento social. Se señala específicamente que las cuidadoras sufren constante estrés y desgaste emocional y físico. Por esto, se solicita mayor atención psicológica, tanto por parte de profesionales de la salud mental como a través de redes de apoyo. Las y los participantes también relacionan los problemas de salud con la falta de tiempo y la poca empatía social que enfrentan. Respecto de la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que existe una ausencia de visión integral respecto del bienestar de las personas cuidadoras, abordando su pleno desarrollo personal.

Dentro de las necesidades específicas asociadas a la **autonomía económica**, las y los participantes hacen referencia a la falta de ingresos, consecuencia de dedicarse exclusivamente a cuidar y no poder acceder a un trabajo remunerado. Se señala que muchas veces las necesidades de cuidado las hace abandonar su empleo y esto afecta a la economía personal y familiar. La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados y una jornada laboral remunerada estaría dada por una falta de lo que en los diálogos se identifica como "flexibilidad laboral" y en la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen y otorgan pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Se menciona también la incompatibilidad de los horarios de trabajo con el cuidado de hijos e hijas y otros familiares. Se destaca la necesidad de abordar la situación de las madres trabajadoras. A este respecto, se señala la necesidad de mejorar las condiciones laborales de trabajadores/as que cuidan, garantizándoles derechos y protecciones adecuadas.

Asimismo, se identifica una precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras de cuidado, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. Esto, en general, se señala como una deficiencia tanto en la oferta laboral (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Las y los participantes proponen potenciar el trabajo independiente y establecer cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras. Además, es necesario que se reconozcan las labores de cuidado como un trabajo y que se profesionalice el oficio de cuidador/a. Otro aspecto que se relevó en los diálogos es la discriminación en la inserción laboral debido a la edad de las cuidadoras una vez que han dejado de realizar los cuidados. Se menciona la necesidad de ayuda a las personas se vieron obligadas a dejar sus trabajos para asumir el rol de cuidadoras y luego deben reinsertarse en el mundo laboral.

1.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Arica y Parinacota



En cuanto a las personas que requieren cuidados, en la región se identifica de manera notable la problemática de **transporte y movilidad**, que se expresa en la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como estaciones de micros, en buses o en taxis, lo que representa una barrera para las personas con discapacidad y dependencia. En la misma línea, la carencia de opciones de locomoción acomodadas a las necesidades de las personas en situación de discapacidad representa una barrera significativa para su movilidad y acceso a servicios esenciales, limitando su independencia, desarrollo personal y participación en la comunidad. La adaptación de estas infraestructuras es esencial para garantizar que todas las personas puedan acceder y utilizar el transporte público de manera independiente y segura.

La falta de opciones adecuadas de transporte obstaculiza el acceso a servicios médicos y sociales, así como a actividades de participación y recreación, esenciales en este tipo de casos. No abordar esta necesidad puede resultar en un aislamiento de las personas que requieren cuidados. Se añade, además, la necesidad de contar con transporte para el traslado de personas que reciben cuidados a centros médicos para tratamientos y consultas, así como a centros de estadía, como por ejemplo los Centros de Día de Adulto Mayor (CEDAM). Dicho transporte es esencial para brindarles un espacio de atención, socialización y cuidado. En relación con esto, se especifica la importancia de adecuar el transporte para personas con necesidades especiales. Se hace especial mención a la necesidad de ampliar los estacionamientos reservados, ya que muchas veces no se respetan estos estacionamientos y carabineros no siempre es flexible y comprensible con estas situaciones de movilidad.

Con respecto a la **infraestructura**, las y los participantes mencionan la ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad que dificultan la movilidad, independencia y participación en diferentes entornos. Se señala específicamente que no existen las condiciones básicas para la inclusión de personas mayores, personas con discapacidad y madres con coches, en relación con el estado de las calles y la infraestructura pública. Así, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena en la sociedad. Específicamente se hace referencia a señalética, liberar calles y veredas, semáforos con sonido y luminaria.

En cuanto a los espacios públicos, existe una demanda insatisfecha de infraestructura de cuidados, en tanto espacios que se adecuen a las necesidades de las personas que requieren cuidado, entre otros: Centros de Cuidado, Centros Diurnos, Centros especializados según persona beneficiaria (discapacidad física, mental, personas mayores, niños, niñas y jóvenes, etc.)⁸. De igual forma, se percibe necesario una mayor cobertura por parte de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Las y los participantes también mencionan

⁸ Los diálogos “Hablemos de Cuidados” se realizaron entre abril y julio de 2023. El primer centro comunitario de cuidados en la Región de Arica y Parinacota fue construido en junio de 2024.

la necesidad de medidas en torno a las viviendas para personas que requieren cuidados y sus cuidadores/as. En concreto, se propone la adaptación de viviendas tuteladas y la adaptación y habilitación de proyectos exclusivos. Asimismo, es importante crear proyectos para favorecer el proceso de casa propia, y promover así la autonomía de las personas que requieren cuidados.

En cuanto a las necesidades de las personas que requieren cuidado, en los diálogos se mencionaron especialmente las que comprenden la **salud física, mental y ergonómica**. Existe una opinión generalizada respecto a las deficiencias del sistema público de salud, que se considera lento, burocrático y protocolar. Existe una escasez de personal médico, de prestaciones en general y sobre todo de especialidades médicas, a las que cuesta acceder para consultas y otro tipo de atención, como cirugías, las cuales pueden llegar a programarse de un año para otro, debido a las extensas listas de espera. Se destaca especialmente la necesidad de asegurar diagnósticos oportunos en instituciones públicas, la mejora en la atención de urgencia y la promoción de espacios preventivos de salud.

Las y los participantes de los diálogos hacen notoria la necesidad de una mejor atención para las personas mayores, personas con problemas de movilidad, y personas con dependencia o discapacidad. La atención debe ser acorde a sus necesidades específicas de cuidados. En general, se solicita trabajar por una atención médica oportuna y de mayor calidad. En este sentido, las y los participantes hacen referencia a la ausencia de empatía en el área de la salud, lo que se traduce en malos tratos por parte del personal. En cuanto al acceso a la salud, se señala el alto costo de los especialistas, que muchas veces solo están disponibles en el sistema privado. Existe también una incompatibilidad de los horarios disponibles para citas médicas y el tiempo de las personas que requieren cuidados y de sus cuidadores/as. Se releva la falta de acceso en las áreas rurales, donde hay muchas personas mayores, pero no llegan servicios médicos suficientes, dejando aislada a la población. En consecuencia, las personas tienen que desplazarse hasta la comuna de Arica.

Respecto de la salud mental, se menciona con especial énfasis la escasez de prestaciones y de acceso a servicios, ya sea en los Centros de Salud Mental (COSAM) o en hospitales, cuyas camas psiquiátricas están saturadas. Lo mismo sucede en el caso de consultas con psiquiatras en el sector público, las cuales no están disponibles hasta dentro de meses. Esto se relaciona con la falta de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general. Asimismo, se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y brindar un mejor apoyo a las personas con este tipo de problemas de salud y a sus familias. Se releva la necesidad de contar con servicios y protocolos específicos para niños, niñas y jóvenes con TEA y otras neurodivergencias y sus familias.

Otra de las problemáticas detectadas en los diálogos es la ausencia de **inclusión** en distintos aspectos. Por un lado, las personas con dependencia o discapacidad sienten que sus necesidades no están incorporadas en los planes y programas de cuidados. También se señala el abandono que sufren las personas mayores, que no cuentan con acompañamiento, soluciones de corto plazo o pensiones adecuadas. Se menciona, además, que estos dos grupos de población sufren asiduamente discriminación, no solo por parte de la sociedad, sino también en las instituciones. Es notable la falta de integración de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad o neurodivergencia en el sector de la educación. Se señalan los malos tratos que sufren, la ausencia de infraestructura inclusiva en los centros educativos y la falta de personal suficiente para atender sus necesidades. Finalmente, se hace notar la brecha de acceso a la salud en general y a los cuidados en particular de las personas de bajos recursos, que suelen concentrarse además en zonas o comunas específicas con menor oferta pública de servicios e infraestructura.

1.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Arica y Parinacota

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** y con un carácter **intersectorial y descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

En la región se identifica la necesidad de **aumentar los cupos de programas de cuidados**, ya que la falta de estos es un problema relevante y urgente que afecta a muchas comunidades. Se destaca la creciente demanda de servicios de cuidados para personas que requieren asistencia debido a alguna dependencia funcional, personas mayores, personas en situación de discapacidad, o con características de neurodivergencia. Los programas de cuidados dependen de recursos humanos, financieros y logísticos para funcionar de manera efectiva; la falta de profesionales capacitados, fondos adecuados y equipos disponibles restringe la cantidad de cupos que se pueden ofrecer, afectando además a la calidad de los servicios prestados.

En relación con lo anterior, la inexistencia de una **oferta programática de personas cuidadoras** de respiro puede llevar a situaciones de emergencia donde las personas cuidadoras no tengan apoyo en momentos críticos, lo que puede conducir a decisiones precipitadas o estrés adicional, además de incidir en la sobrecarga de trabajo, sin descanso adecuado ni apoyo necesario para su propio bienestar y para la calidad del cuidado que brindan.

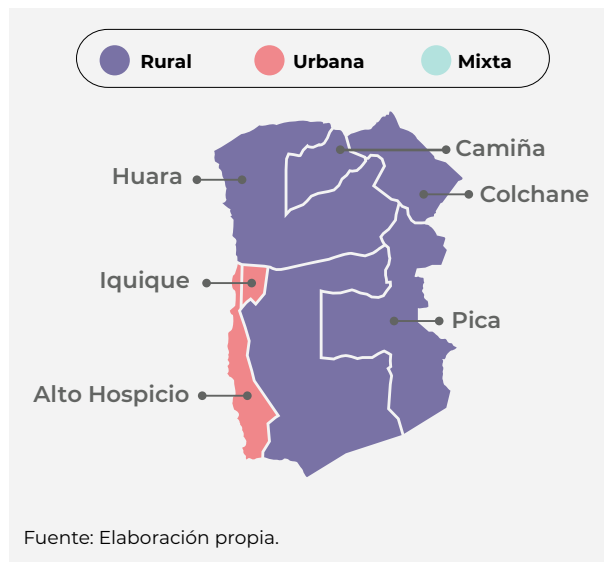
La insuficiente capacidad de los programas de cuidados genera **largos tiempos de espera** para aquellas personas que buscan acceder a los servicios. Se expone que estas demoras tienen un impacto negativo en la salud y bienestar de las personas en situación de dependencia y sus familias, quienes necesitan apoyo y atención oportuna. De esta forma, cuando no hay suficientes cupos, los familiares, quienes muchas veces se convierten en cuidadores informales, suelen asumir dicha responsabilidad. Esto produce una **sobrecarga emocional, física y financiera** adicional, además de tener que optar por servicios de cuidados de menor calidad o incluso no recibir atención adecuada, afectando negativamente a las personas en situación de dependencia, quienes experimentan un empeoramiento de su salud y bienestar.

En cuanto a las **instituciones**, se señala la necesidad de mayor empatía y comprensión en torno a los cuidados y las personas que los reciben y los aportan. En diversas ocasiones se menciona una gran falta de confianza en las instituciones que cuidan. Las y los participantes de los diálogos relevan que todas las necesidades mencionadas aumentan y se remarcan en las zonas rurales, por lo que se hace esencial la adaptación de medidas y la aplicación de una perspectiva territorial en la política de cuidados. Finalmente, también se menciona también el olvido que sufre la Región debido al centralismo del Estado.

2.1. Contexto socioeconómico

Población

La Región de Tarapacá cuenta con una población total de 330.558 personas, de acuerdo con el Censo de 2017. En términos generales existe un equilibrio entre hombres y mujeres, suponen el 50,8% y 49,2% respectivamente de la población total (ODEPA, s/f-b). Sin embargo, existe un gran **desequilibrio de género** entre comunas urbanas y rurales, donde estas últimas tienen una mayoría de población masculina. Destaca especialmente la comuna de Pica, donde el 70,5% de la población son hombres (ODEPA, s/f-b). La región se divide en siete comunas, dos de ellas se clasifican como urbanas (Iquique y Alto Hospicio) y las otras cinco como comunas rurales (Pozo Almonte, Camiña, Huara, Colchane y Pica).



Las comunas rurales ocupan el 73% del territorio regional pero solo albergan al 9,3% de la población (ODEPA, s/f-b). Los habitantes de Tarapacá se concentran en las zonas urbanas, lo que genera un gran **desequilibrio territorial**. Además, la región ha experimentado grandes cambios demográficos como consecuencia del desarrollo de la minería, el crecimiento de empresarios en la Zona Franca de Iquique y la mano de obra de inmigrantes de países vecinos, como Perú y Bolivia (GORE Tarapacá & PNUD, 2010).

Tarapacá cuenta con una alta proporción de **población indígena**; el 24,2% de la población pertenece a pueblos originarios, lo que duplica al promedio nacional. En las comunas rurales alcanza cerca de la mitad de la población, suponiendo un 48,7%, en comparación con el 21,7% de la población en las comunas urbanas (ODEPA, s/f-b). En las comunas rurales de Camiña y Colchane, la población perteneciente a pueblos originarios supera el 80% de la población. Más de la mitad de la población indígena se identifica con el pueblo Aymara (61,2%), seguido por el Mapuche (15,6%) y el Quechua (9,5%) (INE, 2018b).

La región también cuenta con una amplia **población migrante**. Tarapacá alberga uno de los pasos no habilitados de migrantes más complejos del país, concretamente en la comuna de Colchane. En este contexto, a marzo de 2024, la población extranjera alcanzaba las 73.410 personas, lo que supone un 22% de su población regional (SERMIG, 2024a). Tarapacá es la quinta región con más migrantes del país, albergando el 4,5% del total nacional (SERMIG, 2024a). La mayoría de migrantes en la región proviene de Bolivia (46,8%), seguido de Perú (23,3%) y Colombia (7,9%) (ibid.). En cuanto a la distribución por comunas, el 62,5% de la población migrante se encuentra en Iquique, el 28,9% en Alto Hospicio y el 8,7% restante en comunas rurales (ibid.).

En cuanto a **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 4,54% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 450 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, esto supone un 0,14% de la población total de Tarapacá.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **11% de personas en situación de pobreza por ingresos**, en comparación con el 6,5% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). A pesar de que la pobreza ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos años, Tarapacá es la tercera Región del país con mayor incidencia de pobreza por ingresos. Existe, además, una desigualdad de las situaciones de pobreza entre las comunas, siendo Colchane, Alto Hospicio e Iquique las de mayor incidencia (GORE Tarapacá & PNUD, 2010).

En relación con la **habitabilidad**, el 24,4% de las viviendas en la región presentan requerimientos habitacionales, especialmente en población indígena, personas en situación de pobreza y jefas/es de hogar migrantes (BCN, 2022). La situación de habitabilidad presenta una gran disparidad en la región, siendo las comunas de Huara, Camiña y Colchane las que mayor déficit presentan (GORE Tarapacá & PNUD, 2010). Cabe mencionar que la región cuenta con 63 campamentos que albergan a 12.167 familias, de las cuales un 44,5% son migrantes (Techo Chile, 2023). En la comuna de Alto Hospicio se encuentran 46 de estos campamentos, lo que representa el 70% del total regional (ibid.).

La **educación** también presenta importantes brechas en la región, lo que genera un deterioro tanto en el nivel de educación básica como media. El promedio de escolaridad regional es de 12,1 años, superior a la media nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Este promedio es cerca de un año menor para el total de las comunas rurales, disminuyendo hasta los 8 años en comunas como Camiña, Colchane y Huara (ODEPA, s/f-b). Siguiendo con el enfoque territorial, en las últimas décadas, el nivel de analfabetismo ha aumentado en las comunas rurales, por lo que erradicar esta situación debe ser un foco prioritario (GORE Tarapacá & PNUD, 2010).

Tabla 2. Datos de empleo en la Región de Tarapacá

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	63,8%	72%	55,5%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	59,5%	67,1%	51,7%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Como se puede observar en tabla 2, los datos de empleo de la Región de Tarapacá se encuentran a un nivel similar o superior que el nivel nacional. Esto se debe a una capacidad de mayor contratación de fuerza laboral que el resto del país, especialmente en los sectores industrial (minería), pesquero, construcción, comercio y servicios (GORE Tarapacá & PNUD, 2010). Sin embargo, la brecha de género tanto en la participación como en la ocupación es considerable, en perjuicio de las mujeres.

Finalmente, la Estrategia Regional de Desarrollo para los años 2011 -2020 incorpora como un eje prioritario la mejora de la **salud** en la región. En Tarapacá, la tasa de mortalidad infantil en menores de 4 años es 3,28 veces superior a la nacional (GORE Tarapacá & PNUD, 2010). A su vez, se requieren mejoras en el sistema de prestación de servicios de salud pública en cobertura, tiempos de espera y calidad en la atención.

2.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)¹¹

Dependencia	Moderada	Severa
	10.700	7.406
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	9.631	8.475

Fuente: Elaboración propia

⁹ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

¹⁰ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

¹¹ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

2.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Tarapacá



Porcentaje de participación en el total de las actas de Tarapacá



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

¹² En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

2.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Tarapacá



Los relatos obtenidos en los diálogos respecto a la **salud mental y física** de las personas cuidadoras permiten identificar que las principales necesidades surgen debido al poco conocimiento en general con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Respecto de la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que existe una ausencia de visión integral respecto al bienestar de las personas cuidadoras, abordando su pleno desarrollo personal.

En salud mental, dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico que implica ejercer labores de cuidado, las personas indican la necesidad de aumentar la cobertura, el acceso y la duración del apoyo psicológico y psiquiátrico, por parte de las instituciones públicas. Asimismo, se manifiesta la necesidad de apoyo psicológico en procesos de duelo para aquellas personas que han dedicado su vida al cuidado y cuyas personas cuidadas fallecen.

Una de las grandes necesidades que señalan las personas cuidadoras es el **tiempo libre**. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras se privan de actividades distintas de los cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la posibilidad de contar con lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas, como bailes entretenidos, conversaciones, o tiempo de relajación y autocuidado; actividades deportivas; y actividades de esparcimiento, tales como turismo social y disfrutar con amistades. Todo esto se percibe como un espacio de “respiro” en los cuidados.

En conexión a esto, las y los participantes también mencionan un problema de **conciliación laboral**. La sobrecarga de la persona cuidadora impide que ésta concilie la jornada laboral formal con las labores de cuidados. Asimismo, se visibiliza la ausencia de flexibilidad laboral de cuidadoras que se encuentran en el mercado laboral formal. En este sentido, se señala la falta de cuidadores/as de respiro (personas que puedan asumir los cuidados temporalmente, para aliviar la carga de quienes los ejercen de forma principal), centros de cuidados que ofrezcan cuidadores/as especializados y temporales, la necesidad de reforzar los cuidados domiciliarios para aumentar la oferta de apoyo, y la creación de programas enfocados a cuidadores/as que respondan a las necesidades locales de donde se implementarán.

Respecto del cuidado de niños, niñas y adolescentes, se señala la necesidad de un acompañamiento a apoderados/as que ejercen la labor de cuidados y mantienen jornadas de trabajo formal. Esta problemática se asocia a un horario incompatible entre la hora de término

de las jornadas escolares en los colegios y las jornadas laborales. Se menciona la necesidad de horarios más extensos en las escuelas y las salas cuna para que las madres puedan trabajar, así como aumentar la cobertura y flexibilizar los requisitos para los jardines infantiles. En este sentido, la incompatibilidad se reconoce también como una deficiencia en los cuidados de los hijos e hijas de cuidadores/as informales.

Relacionado con la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos) y solicitud de horas médicas con especialistas. Esta priorización de la atención se destaca como especialmente relevante en servicios críticos. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios.

En relación con la **conectividad**, el transporte también fue un tema significativo dentro de los testimonios de las personas participantes de los encuentros territoriales. Al respecto, emergieron las inequidades territoriales entre el centro urbano y el aislamiento de territorios rurales, insulares, cordilleranos, y peninsulares, entre otros. Se hace hincapié en una conectividad deficiente para los traslados y la inexistencia de transporte público incluso en estas zonas.

Los traslados muchas veces representan una complejidad mayor por la poca disponibilidad de tiempo y las menciones dan cuenta de deficiencias tanto en lugares rurales como urbanos para la accesibilidad a la ciudad, a lugares de provisión de servicios y la falta de cobertura de transporte público. Se hace referencia también a malos tratos por parte de conductores del transporte público por la utilización de la tarifa rebajada.

Respecto a la **autonomía económica**, las y los participantes de los diálogos reconocen una relación entre el ejercicio de los cuidados a la pobreza. Por un lado, el ejercicio de cuidados genera muchas veces la imposibilidad de trabajar de forma remunerada, ya que cuidar es un trabajo permanente que se ejerce todos los días de la semana y sin horarios determinados. Las familias asumen gratuitamente este rol de cuidado porque no existen recursos económicos para poder tercerizar dichos servicios.

En este sentido, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, desde acceso a subsidios para personas cuidadoras, apoyo tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Otro problema identificado es que para las personas mayores que ejercen cuidados, las pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como la Pensión Garantizada Universal (PGU), resultando insuficientes para cubrir satisfactoriamente todos los gastos en cuidados. En diversas ocasiones se menciona que debe existir una pensión garantizada para las cuidadoras, ya que, si no pudieron ni pueden trabajar en el mercado laboral, se debe principalmente a los cuidados y el trabajo doméstico que realizaron durante su vida.

Por otro lado, esta situación genera carencias materiales en el ejercicio de los cuidados, que se asocian a un empobrecimiento de las personas cuidadoras, lo que, a su vez, se relaciona con una falta de políticas públicas de beneficios económicos. También se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras, destacando especialmente las dificultades de las mujeres indígenas.

Por último, en la Región de Tarapacá se hace especial mención a la **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes se refieren, en un aspecto más abstracto, a la falta de visibilización de la feminización del cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se identifica la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y lavulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo.

En específico, se hace mención de que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres. Esto se relaciona con la autoexclusión del hombre en el rol de cuidados, especialmente los que son padres con hijas e hijos bajo su cuidado, sobrecargando de esta manera a las mujeres de las familias. Así, una necesidad correlativa que se indica es la promoción de la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres.

Esta sobrecarga de las mujeres se relaciona también con la falta de redes de apoyo. Entre las menciones de las y los participantes aparecen la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios de cuidado y/o comedores comunitarios y la falta apoyo familiar. También se señala la necesidad de ampliar la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro) y la ausencia de dispositivos intermediarios para el apoyo del cuidado. Además, se observa una deficiente coordinación de dispositivos actuales como la Red Local de Apoyos y Cuidados y el Servicio de Salud; un bajo compromiso de la red local para realizar trabajo intersectorial; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones.

Respecto de la falta de redes de apoyo comunitarias y sociales, las y los participantes destacan la falta de apoyo a cuidadores/as por parte de organizaciones sociales, como juntas de vecinos. Se identifica como causa la baja participación de la comunidad en espacios vinculantes de toma de decisión. Se relevan principalmente las consecuencias que esto tiene en el caso de las mujeres migrantes que no tienen familia en el país. Así, se plantea la necesidad de contar con un sistema comunitario a partir del fortalecimiento del tejido social.

2.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Tarapacá



En cuanto a las necesidades de las personas que requieren cuidados, en los diálogos se mencionaron especialmente las que comprenden la **salud física, mental y ergonómica**. Existe una opinión generalizada respecto a las deficiencias del sistema público de salud, que se considera lento, burocrático y protocolar. Se señala la escasez de personal médico, de prestaciones en general y sobre todo de especialidades médicas (entre las que se nombran: neurodiversidad, cardiología, nefrología, podología, oftalmología, traumatología, terapia ocupacional y geriatría). Las y los participantes mencionan que cuesta acceder a estas consultas y otro tipo de necesidades como cirugías, las cuales pueden llegar a programarse de un año para otro, debido a las listas de espera. Se destaca especialmente la necesidad de asegurar diagnósticos oportunos en instituciones públicas, la mejora en la atención de urgencia, la promoción de espacios preventivos de salud; así como el acceso a visitas médicas a domicilio.

La salud mental es una problemática que se menciona con especial énfasis. Las principales preocupaciones comprenden la escasez de prestaciones y de acceso a servicios en esa especialidad, tanto en los COSAM (Centros de Salud Mental), como en hospitales, cuyas camas psiquiátricas están saturadas. Lo mismo sucede en el caso de consultas con psiquiatras en

el sector público, las cuales no están disponibles hasta dentro de meses. Se señala que esta situación no refleja más que una falta de prioridad y de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general, esto, a pesar de la creciente demanda de atención en este campo. La escasez de profesionales de salud mental también es un obstáculo que limita la disponibilidad de servicios especializados, dejando a muchas personas sin el apoyo, la atención y tratamiento necesario para abordar sus problemas de salud mental oportunamente.

En esta misma línea, es necesario contar con profesionales de salud mental de forma permanente y constante en los CESFAM y COSAM, donde existe una considerable rotación de personal. Al respecto, se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente en este ámbito, con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y brindar un mejor apoyo a las personas que lo requieren y a sus familias.

También se releva la necesidad de activar protocolos de salud mental para niños, niñas y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otras neurodivergencias y sus familias. En este aspecto, se destaca la importancia de brindar apoyo y herramientas adecuadas para enfrentar los desafíos asociados con el diagnóstico y manejo de estas condiciones, además de proporcionar recursos y orientación a las familias y a los pacientes con TEA, lo que puede mejorar significativamente la calidad de vida de todas las personas involucradas, así como facilitar una atención integral y comprensiva.

Las y los participantes relevan las problemáticas relativas a los **aspectos socioeconómicos**, principalmente en relación con la falta de acceso a recursos económicos por parte de las personas que requieren cuidados. El alto costo de la salud privada y el monopolio de especialistas que solo atienden de manera particular crea una barrera de acceso a servicios de salud especializados, acentuando las desigualdades en el acceso a la salud.

En este sentido, también se menciona la dificultad de acceso a viviendas adecuadas, tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de accesibilidad universal y adecuación de la infraestructura a las necesidades de las personas que requieren cuidados, sobre todo aquellas en situación de dependencia o discapacidad. También se plantea como problema el difícil acceso a los deportes, la recreación, las artes y la cultura, esenciales para garantizar una vida plena y activa, además de fomentar la participación igualitaria de todas las personas.

Otro aspecto mencionado por las y los participantes es la **inclusión** de personas en situación de discapacidad y en situación de dependencia, que se destaca como un tema central en la búsqueda de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de estas personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Las y los participantes plantean como uno de los factores que genera falta de inclusión la escasez de conocimiento e información de la mayoría de la sociedad respecto a la situación y necesidades de las personas que requieren cuidados, en toda su diversidad (dependencia, discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes, entre otras). Se menciona que muchas veces la sociedad desconoce cómo tratarlas y no las comprende, lo que genera su exclusión y estigmatización.

A su vez, en el caso de participantes que se relacionan con personas que requieren cuidados, se da cuenta de una sensación de pesimismo sobre la posibilidad de lograr una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida. Se reconocen sentimientos de desesperanza y frustración en relación con este desafío. Con esto, es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanentes en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren de cuidados.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados permanentes es la generación de **redes de apoyo**, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo

de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. Esto genera que muchas personas se enfrenten a la soledad y/o abandono, especialmente las personas mayores.

Finalmente, se menciona como un problema la falta de espacios y transporte público accesible a personas con sillas de ruedas o movilidad reducida, lo que representa una barrera importante para la inclusión y participación plena de todas las personas en sociedad. Esto no solo dificulta la movilidad de las personas en situación de discapacidad, sino que también lleva a su aislamiento social y a la exclusión de la vida comunitaria. El acceso limitado a servicios de transporte, especialmente en horarios matutinos, dificulta que las personas lleguen a citas médicas y/o participen en actividades de promoción de la salud, lo que da lugar a retrasos en diagnósticos y tratamientos, afectando la salud y el bienestar de la población local.

Cabe señalar que las distintas problemáticas y necesidades que afectan a las personas que requieren cuidados, resultan aún más críticas en sectores rurales, territorios lejanos y aislados (extremo norte, sectores cordilleranos, zonas con dispersión geográfica, entre otras). De esta manera, la inequidad territorial está siempre presente.

2.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Tarapacá

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** y con un carácter **intersectorial** y **descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes proponen acciones para mejorar los servicios existentes, entre las que se destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, lo que incluye mejoras en el funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, salud, personas mayores, entre otros). También se solicita el **aumento de coberturas** en las atenciones que estos entregan, lo que se traduce en capacidades de la infraestructura (por ejemplo, plazas en los ELEAM), cantidad de cupos, acceso a apoyo técnico y/o de “respiro”, y extensión de la duración de los beneficios. También, se hace mención a la necesidad de aumentar las prestaciones sociales, destacando la provisión de pañales y medicamentos para personas dependientes.

Dentro este tipo de medidas, se resalta igualmente la expectativa de **mayor rapidez en el acceso a los distintos tipos de apoyo** y de contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados. Al mismo tiempo, se requiere contar con el apoyo de personal calificado y/o atención telefónica disponible para cuidadoras con el fin de resolver consultas en torno al cuidado; y acompañamiento para la realización de trámites y/o atención en salud de personas con dependencia moderada. En el ámbito de la salud se pone de relieve la propuesta de las y los participantes de incorporar la medicina intercultural del pueblo Aymara en la atención de salud.

Dentro de las medidas para **transporte**, se señala crear un sistema de transporte municipal gratuito o de cobro mínimo para personas que requieren cuidados (escolares, personas mayores, con dependencia, embarazadas) con especial **énfasis en zonas rurales y zonas extremas de la región**, donde actualmente la accesibilidad de transporte es una dificultad para las personas. Se destaca la urgencia de adecuar el transporte para personas con necesidades especiales, así como disponer de transporte permanente para pacientes y personas con dependencia hacia los centros y contar con transporte para personas cuidadoras. Asimismo, las y los participantes subrayan la importancia de mejorar las vías públicas: calles, veredas y espacios públicos con

accesibilidad universal y mejora de las señaléticas del tránsito, con el objetivo de permitir un desplazamiento oportuno de las personas, principalmente aquellas que tienen dificultad para movilizarse.

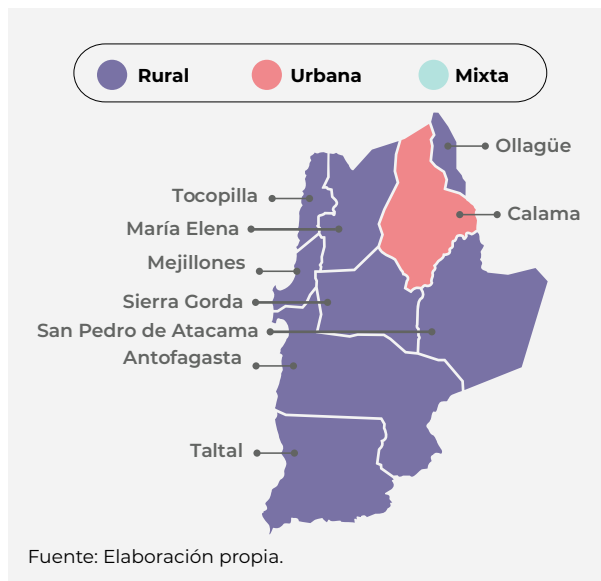
Respecto a medidas de **educación**, las y los participantes señalan la necesidad de disponer de programas de **capacitación formal a personas que cuidan**, para fortalecer sus herramientas en técnicas del cuidado; primeros auxilios y/o cuidado de enfermedades de base, así como también **educación superior**. Se resalta la importancia de **concientizar a la sociedad sobre los cuidados** desde la educación inicial, visibilizando su importancia y generando espacios de diálogos e instancias de participación.

A nivel comunitario, se menciona la necesidad de que las **juntas de vecinos, clubes deportivos y otros grupos sociales** cuenten con capacidad para atender y entregar servicios a personas postradas.

3.1. Contexto socioeconómico

Población

La Región de Antofagasta cuenta con una población total de 607.534 habitantes, de acuerdo con el Censo de 2017. Existe un equilibrio de distribución entre hombres y mujeres, correspondiendo a un 51,8% y 48,2% respectivamente (ODEPA, s/f-c). Antofagasta está compuesto por nueve comunas, dos urbanas (Antofagasta y Calama) y siete rurales. La distribución de género de la población es similar para el total de las comunas rurales, pero existen grandes **desequilibrios de género** en algunas comunas rurales. Por ejemplo, en Sierra Gorda el 85% de la población es masculina, y en Ollagüe y María Elena ésta llega casi al 65% (ODEPA, s/f-c).



En cuanto a **población perteneciente a pueblos originarios**, Antofagasta posee una proporción ligeramente superior a la media nacional. Un 13,6% de la población regional se identifica como indígena, cifra que aumenta hasta un 18,2% en las comunas rurales. En Ollagüe y San Pedro de Atacama la proporción es mucho mayor, 65% y 50,2% respectivamente (ODEPA, s/f-c). En la comuna urbana de Calama la población indígena asciende a un 24% (ibid.). Del total de población regional, el 30,7% se identifica con el pueblo Lican Antai, el 21,2% con el Mapuche, el 15,6% con el Aymara y el 10,2% con el diaguita (ibid.).

Antofagasta también cuenta con alta **población migrante**, concentrando el 6,7% del total nacional, siendo la segunda Región de Chile con más migrantes (SERMIG, 2024b). En total hay 109.439 personas migrantes en la región, lo que supone un 18% de la población regional; la mayoría pertenecientes de Bolivia (38,2%), seguido de Colombia (30%) y de Perú (13,8%) (ibid.). Más de la mitad de la población migrante vive en la comuna de Antofagasta, un tercio en Calama y menos del 10% restante en comunas rurales (ibid.).

En cuanto a **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 5,21% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 517 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, esto supone un 0,09% de la población total de Antofagasta.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, la región posee un **7,6% de personas en situación de pobreza por ingresos**, comparado con un 6,5% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). La situación de pobreza es más prevalente en las comunas de Ollagüe, Tocopilla y Calama, y suele darse especialmente en hogares de mayor tamaño, con jefatura femenina, con mayor tasa de analfabetismo y menor escolaridad (GORE Antofagasta, 2009).

En cuanto a **la habitabilidad y los servicios básicos**, las comunas rurales enfrentan mayores carencias en comparación con las urbanas, que en su mayoría cuentan con una cobertura casi total de servicios. El 8,4% de las viviendas en comunas rurales no cuenta con agua potable, el

3,1% no cuenta con suministro de energía eléctrica, y el 71,5% no dispone de conexión fija a internet (ODEPA, s/f-c). Respecto a la **educación**, la escolaridad promedio de la población de 15 años y más es de 12,2 años en la Región de Antofagasta, frente a 11,7 años para el país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). A pesar de este dato positivo, existe una brecha desfavorable para las comunas rurales, donde los datos de acceso son peores para las comunas de Ollagüe, Taltal y Tocopilla (ODEPA, s/f-c).

En cuanto a la educación parvularia, se estima que la cobertura es del 59,3%, concentrándose principalmente en establecimientos particulares subvencionados y municipales (BCN, 2023a). En cuanto a la educación básica y media, el 55,4% de las matrículas son de establecimientos municipales, un 36% en establecimientos particulares subvencionados y un 8,6% en establecimientos particulares pagados (ibid.).

Además de las cifras de acceso y matrícula es importante considerar la calidad de la educación. El principal desafío de la región en este sentido es mejorar los resultados en las evaluaciones de calidad, donde está por debajo del promedio nacional y existen brechas entre los establecimientos públicos y privados (GORE Antofagasta, 2009). Además, según datos de la prueba SIMCE de 2018, existe una brecha de 18 y 24 puntos en la prueba de matemática y lectura respectivamente en las comunas rurales (ODEPA, s/f-c).

Tabla 3. Datos de empleo en la Región de Antofagasta

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

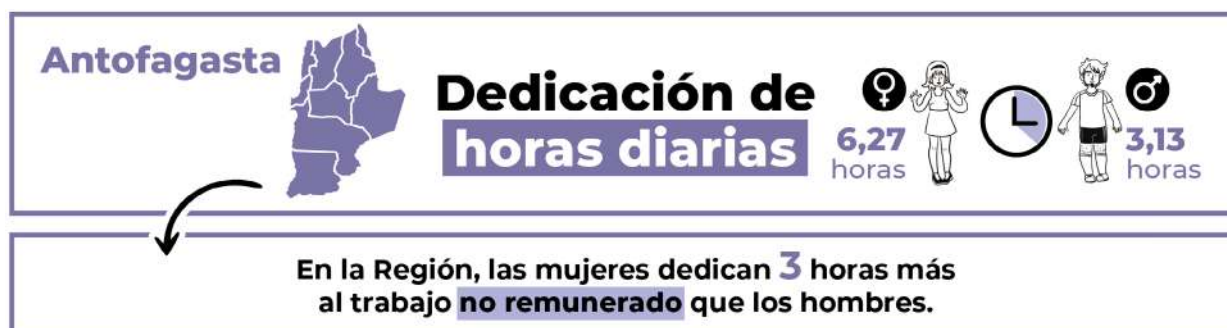
	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	64,7%	75,8%	53,6%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	59,6%	70,1%	49,1%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

En cuanto al **empleo**, como se puede observar en la tabla 3, la Región de Antofagasta tiene cifras más altas de participación y ocupación en comparación con el promedio nacional. Esto se debe principalmente al crecimiento económico en base al sector minero (GORE Antofagasta, 2009). Este sector contribuye con un 54% al PIB regional (ODEPA, s/f-c). A pesar de las cifras positivas, se observan importantes brechas de género tanto en participación como en ocupación, que son aproximadamente 3 puntos porcentuales más altas que a nivel nacional.

Finalmente, en cuanto a la **salud**, se observa que la región tiene la esperanza de vida más baja de Chile, de acuerdo con los últimos datos del Banco de Chile, y que la tasa de malnutrición es superior a la media nacional (GORE Antofagasta, 2009). Respecto de los seguros de salud, de las personas presentes en el Registro Social de Hogares, el 75% está adscrito a FONASA y un 18,6% a ISAPRE (BCN, 2023a). El 55,3% de la población regional está inscrita en salud municipal (ibid.). Respecto a la infraestructura de salud, en Antofagasta existen 14 CESFAM, frente a 22 centros de salud privada (ibid.).

3.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017).

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)¹⁵

Dependencia	Moderada	Severa
	18.941	13.220
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	17.433	14.727

Fuente: Elaboración propia

¹³ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

¹⁴ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

¹⁵ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

3.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Antofagasta



Porcentaje de participación en el total de las actas de Antofagasta



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

¹⁶ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

3.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Antofagasta



En la región es posible identificar un mayor interés en la **salud mental y física** de las personas cuidadoras. Se observa que las principales necesidades surgen por poco conocimiento en general con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras.

Respecto de la salud en general, las y los participantes perciben que existe una ausencia de visión integral respecto del bienestar y pleno desarrollo personal de las personas cuidadoras. Esto queda de manifiesto en la reiteración de condiciones materiales relacionadas con las deficiencias de la institucionalidad de salud para abordar las necesidades específicas de quienes ejercen cuidados y quienes reciben cuidados.

Sobre la dimensión de salud mental, se identifican necesidades que, si bien las personas identifican como problemáticas recurrentes, no necesariamente las asocian directamente a la salud mental, pero que en la doctrina se identifican como factores asociados. Entre estos se encuentran el estrés, el agotamiento individual y familiar, la falta de autocuidado (físico-emocional) y la ausencia de actividades ocupacionales y preventivas para las personas cuidadoras, durante y posterior al cuidado. Esto último se presenta en los diálogos como duelo, ya que se asocia a la muerte del familiar o persona que requería cuidados.

Se hace especial mención a la **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes se refieren en un aspecto más abstracto a la falta de visibilización de la feminización del cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se señala la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión que entrega socialmente la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo.

En específico, se hace mención a que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres. Esto se relaciona con la autoexclusión del hombre en el rol de cuidados, especialmente los que son padres con hijas e hijos bajo su cuidado, lo que sobrecarga a las mujeres en las familias. Así, una necesidad correlativa que se indica es la promoción de la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres.

En relación con la **educación y formación**, las personas cuidadoras se refieren a tres dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado, la psicoeducación y la posibilidad de continuar sus estudios formales. Respecto a la primera dimensión, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. En este sentido, se señala la necesidad de contar con capacitación permanente y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), que incluyan, entre otras: técnicas de autocuidado; manejo de pacientes; primeros auxilios; cuidado de personas con discapacidad; técnicas

para la contención ante descompensaciones; alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud; información con respecto a las patologías de las personas cuidadas y las complicaciones que pueden sufrir; estrategias y conocimientos para poder trabajar con niños, niñas y familias; y capacitación o educación a padres de niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la segunda dimensión, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para “psicoeducar” y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras. Se identifican también como carencias la falta de información de las cuidadoras para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios, así como la falta de psicoeducación a la población en general en relación con los cuidados. Se menciona, asimismo, la necesidad de un rol protagónico de los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as. La tercera dimensión se menciona a propósito de la discontinuidad de los estudios formales de quienes ejercen cuidados y la necesidad de retomarlos con mayores facilidades, de acuerdo con su realidad material.

Otra categoría ampliamente mencionada dentro de las necesidades de las personas cuidadoras es la falta de **redes de apoyo**, que se manifiesta tanto por desinformación de las mismas cuidadoras como por la escasez de redes disponibles. Entre las menciones aparecen la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios; la falta de apoyo familiar; la necesidad de ampliación de la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro); la ausencia de dispositivos intermediarios para el apoyo del cuidado; la deficiente coordinación de dispositivos actuales como la Red Local de Apoyos y Cuidados y el Servicio de Salud; el bajo compromiso de la red local para realizar trabajo intersectorial; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en período de vacaciones.

Se plantea la necesidad de desarrollar un sistema comunitario a partir del fortalecimiento del tejido social. Respecto de la falta de redes de apoyo comunitario y sociales, se identifica como causa la baja participación de la comunidad en espacios vinculantes de toma de decisión. Sin embargo, se menciona la falta de apoyo de juntas de vecinos a cuidadores/as como un tema de relevancia, principalmente en el caso de las mujeres migrantes que no tienen familia en el país.

Finalmente, sobre la **conciliación laboral**, se identifica como problemática la ausencia de conciliación entre los cuidados y la jornada laboral formal debido a la sobrecarga de la persona cuidadora. En este sentido, se señala la falta de cuidadores/as de respiro (personas que puedan asumir los cuidados temporalmente, para aliviar la carga de quienes los ejercen de forma principal), centros de cuidados que ofrezcan cuidadores/as especializados y temporales, la necesidad de reforzar los cuidados domiciliarios para aumentar la oferta de apoyo, y la creación de programas enfocados a cuidadores/as que respondan a las necesidades locales de donde se implementarán, entre ellas se hace mención a talleres de autocuidado e instancias de esparcimiento. Respecto del cuidado de niños, niñas y adolescentes, se señala la necesidad de un acompañamiento a apoderados/as que ejercen la labor de cuidados y mantienen jornadas de trabajo formal.

3.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Antofagasta



Las principales menciones en torno a las necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidado en la región son respecto a la **salud física, mental y ergonómica**. En cuanto a la salud mental, se destaca la escasez de prestaciones y de acceso a servicios en esa especialidad, ya sea en los COSAM (Centros de Salud Mental) o en hospitales, cuyas camas psiquiátricas están saturadas. Lo mismo sucede en el caso de consultas con psiquiatras en el sector público, las cuales no están disponibles hasta dentro de varios meses del requerimiento. Se señala que esta situación no refleja más que una falta de prioridad y de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general, esto, a pesar de la creciente demanda de atención en este campo. La escasez de profesionales de salud mental también es un obstáculo que limita la disponibilidad de servicios especializados, dejando a muchas personas sin el apoyo y tratamiento necesario para abordar sus problemas de salud mental.

También se plantea la necesidad de activar protocolos de salud mental para niños, niñas y jóvenes con Trastorno del Espectro Autista (TEA) y otras neurodivergencias así como para sus familias. En este aspecto, se destaca la importancia de brindar apoyo y herramientas adecuadas para enfrentar los desafíos asociados con el diagnóstico y manejo de esta condición, además de proporcionar recursos y orientación a las familias y a los pacientes con TEA, lo que puede mejorar la calidad de vida de todas las personas involucradas, facilitando una atención integral y comprensiva.

En los diálogos también se menciona la falta de insumos y medicamentos en stock en servicios del sector público, lo que dificulta la adherencia al tratamiento de personas en situación de dependencia. De esta manera, la disponibilidad limitada de estos elementos afecta la continuidad del cuidado y el manejo adecuado de condiciones médicas crónicas. Asimismo, la falta de ayudas técnicas, como oxígeno o bolsas para colostomía y gastrostomía, releva la importancia de contar con recursos y dispositivos que mejoren la calidad de vida y el cuidado de las personas con discapacidad o dependencia. En la misma línea, se menciona la falta de especialistas médicos en especialidades como neurología, terapia ocupacional y geriatría.

A su vez, la falta de atención preferencial en los diferentes establecimientos de salud para personas en situación de discapacidad y/o dependencia representa una barrera para el acceso a servicios médicos y de salud. La atención preferencial garantizaría que estas personas accedan a los servicios de manera oportuna y sin obstáculos, lo que mejoraría su experiencia de atención y calidad de vida.

Las y los participantes de los diálogos relevan las problemáticas relativas a los **aspectos socioeconómicos**, principalmente en relación con la falta de acceso a recursos económicos por parte de las personas que requieren cuidados. El alto costo de la salud privada y el monopolio de especialistas que solo atienden de manera particular crea una barrera de acceso a servicios de salud especializados, acentuando las desigualdades en el acceso a la salud.

En este sentido, también se mencionan los problemas de accesibilidad. Por un lado, las y los participantes señalan la falta de accesibilidad universal en espacios públicos y en la infraestructura de transporte, como estaciones de micros, en trenes o buses interurbanos; lo que representa una barrera para las personas con discapacidad y dependencia. Más concretamente sobre la infraestructura, se menciona la ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad que dificultan la movilidad, independencia y participación en diferentes entornos, por lo que se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura y los espacios públicos para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena en la sociedad.

En la misma línea, se destaca la dificultad de acceso a viviendas adecuadas, tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de accesibilidad universal y adecuación de la infraestructura para personas con dependencia. También se menciona como problema el difícil acceso a los deportes, la recreación, las artes y la cultura, esenciales para garantizar una vida plena y activa, además de fomentar la participación igualitaria de todas las personas, incluyendo las cuidadoras.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados permanentes es la generación de **redes de apoyo**, las que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados.

Las personas que requieren cuidados también señalan como problemática sustancial la **educación**. Se destaca la necesidad de establecimientos educacionales -primarios, secundarios y superiores- con espacios adecuados y adaptados para personas en situación de discapacidad y con condiciones neurodivergentes. Así, los centros educativos deben ser accesibles y adaptados a las necesidades específicas de estos estudiantes, promoviendo de esta manera su participación en todas las actividades escolares, académicas y sociales. En la misma línea, se vuelve primordial garantizar que las personas tengan igualdad de oportunidades para acceder y participar en la educación, asegurando su pleno desarrollo académico y personal.

Asimismo, se alude en particular a la dificultad de acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes con condiciones neurodivergentes o en alguna situación de discapacidad, lo que inmediatamente resulta en un atraso y hasta limita sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje. La falta de adecuaciones en el entorno educativo dificulta su participación plena y equitativa en el sistema educacional.

3.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Antofagasta

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** y tener un carácter **intersectorial** y **descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes también aluden al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática ya existente**. Esto incluye la mejora del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, Salud o SENAMA, entre otros) y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. Los programas de cuidados dependen de **recursos humanos, financieros y logísticos** para funcionar de manera efectiva. La falta

de profesionales capacitados, fondos adecuados y equipos disponibles restringe la cantidad de cupos que se pueden ofrecer, afectando además la calidad de los servicios prestados. Las necesidades de mejora se refieren en las capacidades de la infraestructura (por ejemplo, plazas en los ELEM), la cantidad de cupos, el acceso a apoyo técnico y/o de “respiro”, y la extensión de la duración de los beneficios. Dentro de este tipo de medidas, se destaca la expectativa de **mayor rapidez en el acceso a los distintos tipos de apoyo**, así como la necesidad de contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados.

En relación con el ámbito de **educación**, se requieren programas de capacitación formal a personas que cuidan y a jóvenes, así como educación superior para cuidadores/as. Se resalta la importancia de **concientizar a la sociedad** sobre los cuidados, visibilizando su importancia y generando diálogos e instancias de conversación. La división sexual del trabajo y los roles de género que perpetúan desigualdades pueden ser trabajadas a través de la educación, que debe ser temprana e incluir a los padres y madres. Asimismo, para las personas con dependencia, se requiere adecuar la **educación en oficios** u otro tipo de estudios.

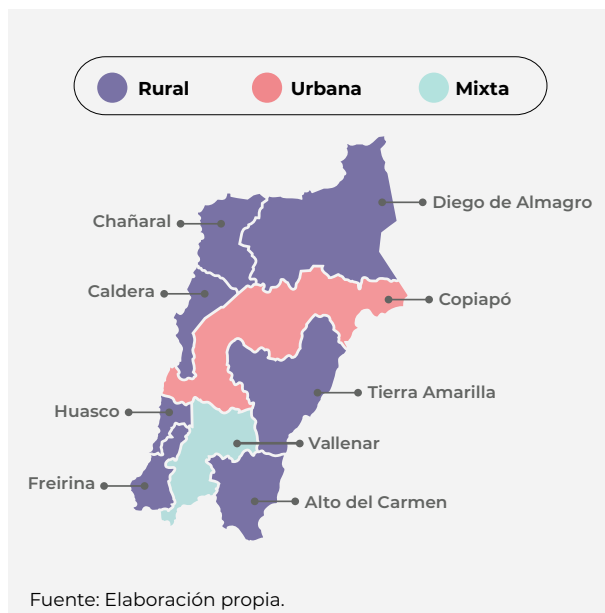
Finalmente, también se menciona la necesidad de avanzar en políticas de **conectividad y transporte**. Las y los participantes relevan la necesidad de contar con transporte municipal gratuito o de cobro mínimo para personas que lo requieran (escolares, personas mayores, personas con dependencia, embarazadas) y con especial **énfasis en zonas rurales**. Se señala la necesidad de adecuar el transporte para personas con necesidades especiales, garantizando su **accesibilidad universal**. También se requiere de transporte permanente para pacientes y personas con dependencia hacia los centros de cuidados, así como con transporte para personas cuidadoras. Asimismo, se releva la necesidad de crear proyectos para favorecer el **proceso de casa propia**.

4.1. Contexto socioeconómico

Población

La Región de Atacama cuenta con una población total de 286.168 habitantes, de acuerdo con el Censo de 2017. Existe un **equilibrio en la distribución de género** en el total de la región y en las diferentes comunas, tanto en rurales como urbanas. A nivel regional, el 50,5% de la población son hombres y el 49,5% mujeres (ODEPA, s/f-d). La mayor proporción de hombres podría deberse a la actividad minera de la zona (GORE Atacama 2023).

En cuanto a la **distribución territorial** de la población, existe un desequilibrio. Atacama cuenta con nueve comunas, siete de las cuales se clasifican como rurales (Caldera, Tierra Amarilla, Chañaral, Diego de Almagro, Alto del Carmen, Freirina y Huasco), una se califica como mixta



(Vallenar) y solamente una como urbana (Copiapó). Las comunas rurales y mixta abarcan el 77% del territorio regional y albergan al 42% de la población (ODEPA, s/f-d). 153.937 personas habitan en Copiapó, lo que representa el 53,8% de la población total de la región (ibid.).

La Región de Atacama cuenta con un 19,4% de población que se identifica como **pertenciente a un pueblo indígena u originario** (ODEPA, s/f-d). Este porcentaje asciende a 21,4% en las comunas rurales (ibid.). La población indígena es especialmente numerosa en la comuna de Alto del Carmen, ascendiendo a un 51,4%, y en Tierra Amarilla, con un 31,2% (ibid.). La mayoría de las personas se identifican con el pueblo diaguita, seguido del pueblo colla y mapuche.

En cuanto a la **población migrante**, Atacama concentra el 1,3% de las personas migrantes a nivel nacional, lo que equivale a 20.759 personas, un 7,3% de la población regional (SERMIG, 2024c). La procedencia de estas personas es mayoritariamente de Bolivia, con un 34,3% del total, seguido de Colombia, con un 21%, y Venezuela, con un 15,9% (ibid.). La mayoría de las personas migrantes habitan en la comuna de Copiapó (un 71,3% del total), frente al 28,7% que habita en el resto de comunas rurales y mixta (ibid.).

En cuanto a **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 1,30% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 129 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que equivale al 0,05% de la población total de Atacama.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región un 8,2% de personas se encuentra en situación de pobreza por ingresos, comparado con un 6,5% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). La situación de pobreza es más prevalente en las comunas de Freirina, Alto del Carmen y Tierra Amarilla (ODEPA, s/f-d). En la región, un 51,5% de los hogares tienen una jefatura de hogar femenina y un 41,4% cuenta con la presencia de adultos mayores (60 o más años) (GORE Atacama, 2023).

Respecto de la **habitabilidad** en la región, un 4,5% de los hogares se encuentra en situación de hacinamiento y un 8% tiene un acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). En zonas aisladas se da, además, un problema de acceso a recursos hídricos. En el mismo sentido, la Región de Atacama enfrenta un déficit de viviendas que impide a muchas familias contar con casa propia. El Gobierno Regional se ha propuesto la meta de que el derecho a la vivienda digna se haga realidad en el menor tiempo posible.

Es destacable el número de campamentos existentes en Atacama, que, de acuerdo con el catastro de 2022, ascienden a 106 en 8 de las 9 comunas (GORE Atacama, 2023). Esto supone un total de 5.463 hogares. Por ello, el Gobierno Regional, a través de la Mesa de Campamentos, se ha marcado como objetivo avanzar en la electrificación y provisión de agua potable de manera provisoria, así como la materialización de soluciones habitacionales que permitan resolver, de manera definitiva, la precariedad en que habitan las familias que viven en esta condición, con el fin de mejorar las condiciones de vida de los campamentos (GORE Atacama, 2023).

También existe en la región un déficit de obras de **movilidad urbana**. Por un lado, la falta de construcción de vías, puentes, ciclovías, paseos y pavimentos afecta negativamente la conectividad (GORE Atacama, 2023). Además, se destaca la ausencia de áreas verdes, parques, plazas o bandejones; y la necesidad de urbanizar los sectores que no cuentan con redes sanitarias, pavimentación y electrificación, priorizando los campamentos (ibid.). El Gobierno Regional tiene como meta disminuir las brechas de servicios en sectores urbanos y mejorar los centros de servicios de las ciudades (GORE Atacama, 2023).

Con respecto a la **educación**, la Región de Atacama tiene un promedio de escolaridad de 11,4 años, levemente bajo el promedio nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Para el año 2017, el promedio de escolaridad era un año menor en las comunas rurales (ODEPA, s/f-d). En cuanto a la calidad de la educación, los resultados en la prueba SIMCE muestran una brecha negativa hacia las comunas rurales, especialmente en Tierra Amarilla y Freirina, con puntajes menores en la prueba de matemática y de lectura (ibid.).

El Gobierno Regional señala la necesidad de mejorar la conservación y el estado de escuelas y liceos, a fin de entregar a las y los estudiantes y comunidad educativa espacios acordes a sus requerimientos y que permitan el desarrollo óptimo de las actividades pedagógicas (GORE Atacama, 2023). En la misma línea, la autoridad regional ha diagnosticado la falta de profesorado, por lo que pretende promover los estudios en pedagogía como estrategia para mejorar la calidad de la educación y hacer frente a los desafíos actuales de educación (ibid.). También se pondrá el foco en el mejoramiento de formación técnico profesional para la minería, con el objetivo de generar un mayor capital humano que permita abordar los desafíos e impactos de la cuarta revolución industrial en la región (ibid.).

Tabla 4. Datos de empleo en la Región de Atacama

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	66,3%	76,8%	55,6%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	59,7%	69,6%	49,6%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

En cuanto al **empleo**, como muestra la tabla 4, las cifras de participación y ocupación son ligeramente superiores a la media nacional. Sin embargo, la brecha de género para ambas categorías es mayor en la Región de Atacama que para el promedio nacional. Esto puede deberse a que la economía regional se sustenta en la minería y la construcción, rubros tradicionalmente masculinos.

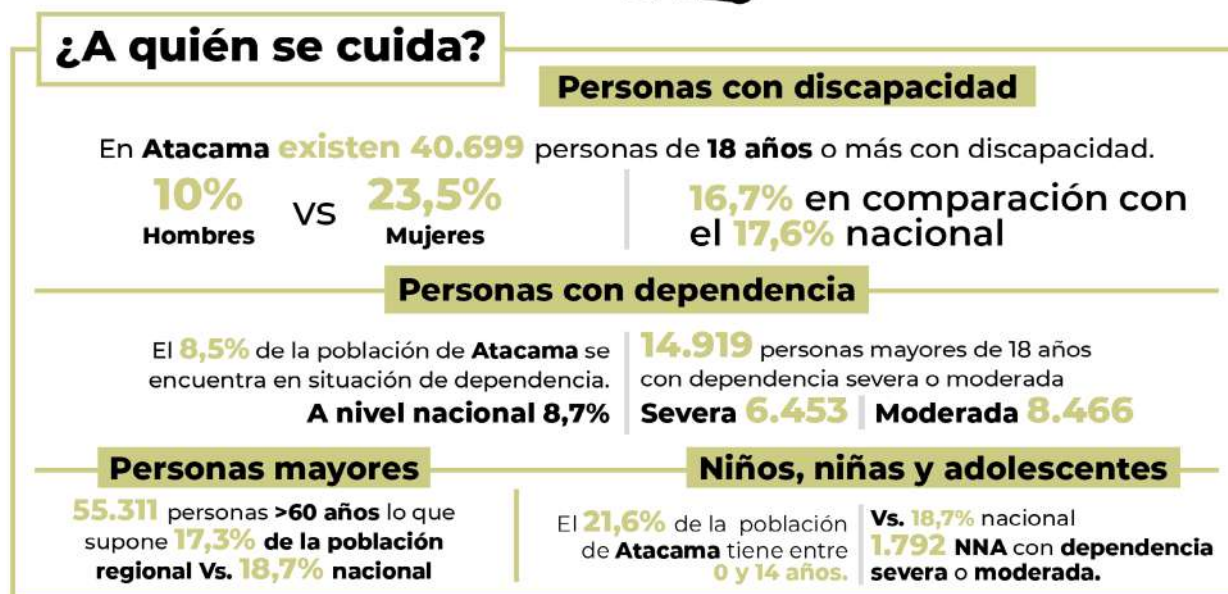
En este sentido, el Gobierno Regional está impulsando medidas para generar empleos de calidad en los sectores de minería, agricultura, acuicultura y pesca artesanal, además de apoyar el emprendimiento de hombres y mujeres, para impulsar el empleo y la reactivación económica (GORE Atacama 2023). La región pone especial énfasis en mejorar las condiciones de pescadores y pescadoras, señalando la necesidad de realizar estudios y diagnósticos respecto de la situación de las mujeres en la pesca artesanal, la acuicultura y las actividades anexas (ibid.).

En lo relativo a la **salud**, en la Región de Atacama un 84,3% de la población se encuentra adscrita a FONASA y un 10,4% a ISAPRE (BCN, 2023b). En total, el 76,6% de la población está inscrita en salud municipal (ibid.). El Gobierno Regional ha determinado que es necesario fortalecer la atención primaria de salud, para poder contar con centros de atención suficientes y cercanos a todas las comunidades, especialmente en las comunas de Copiapó, Vallenar y Huasco. Asimismo, también se requiere minimizar la brecha de especialistas médicos que existe en Atacama, invirtiendo en la formación médica y aumentando la cantidad de personal especialista (GORE Atacama, 2023).

Uno de los objetivos que se ha establecido es la creación de un centro oncológico para la región, con el fin de resolver el 90% de las necesidades ligadas a esta enfermedad, incluyendo la oncología médica, quimioterapia y radioterapia, y cuidados paliativos y alivio del dolor, entre otros (GORE Atacama, 2023). Con esto se pretende evitar que los pacientes y las familias tengan que viajar fuera de la región para recibir tratamiento.

Finalmente, el Gobierno Regional también ha determinado como prioridad la prevención y cuidado de la salud mental, poniendo el foco en los y las trabajadoras de la salud y las y los jóvenes de la región. Se busca promover la salud mental, fomentar estilos de vida saludables, implementar estrategias para sobrellevar el estrés y prevenir conductas de riesgo para la salud (GORE Atacama, 2023). Asimismo, también se han elaborado programas de intervención para personas mayores con deterioro cognitivo leve o demencia, así como a sus cuidadoras y cuidadores (ibid.).

4.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)¹⁹

Dependencia	Moderada	Severa
	9.346	6.909
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	7.474	8.781

Fuente: Elaboración propia

¹⁷ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

¹⁸ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

¹⁹ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

4.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Atacama



Porcentaje de participación en el total de las actas de Atacama



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

²⁰ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

4.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Atacama



En la Región de Atacama es posible identificar un mayor interés en la **corresponsabilidad en su dimensión social y comunitaria**. Las y los participantes identifican en la sociedad poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Esto evidencia la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria (con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras). También se propone la implementación de capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados. Esto demuestra el énfasis que las personas participantes de los diálogos realizan sobre aquellos factores externos a sus familias que podrían aliviar la sobrecarga de trabajo que tienen quienes ejercen tareas de cuidado.

Respecto de la **corresponsabilidad de género**, las y los participantes mencionan que las mujeres ejercen de cuidadoras principales y también como cuidadoras secundarias a otras mujeres de las familias, como las hermanas, madres o hijas (reforzando roles de género, feminización de estas tareas y la sobrecarga). Las menciones recurrentes sobre corresponsabilidad se refieren en un aspecto más abstracto a la falta de visibilización de la feminización del cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se identifica la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo.

Además de las mujeres, se destacan también las niñas y los niños pequeños, sobre todo ellas, quienes reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. Esto tiene como consecuencia que no haya relevo adecuado para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras tengan sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida, lo que conlleva a un aislamiento social.

Respecto de la **autonomía económica**, las y los participantes de los diálogos reconocen que es una problemática particular. Se asocia el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras.

Como problemáticas específicas asociadas a la autonomía económica, las y los participantes identifican una precarización laboral, mayoritariamente de las mujeres, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras remuneradas de cuidado, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. La incompatibilidad sobreviniente entre el trabajo de cuidados

no remunerado y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de lo que en los diálogos se identifica como “flexibilidad laboral”, y la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, dado que en el trabajo formal se reconocen pocas facilidades para ausentarse temporalmente.

Asimismo, se menciona una deficiencia tanto en la oferta laboral (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Es por esto que en los diálogos se identifican como posibles soluciones: cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; medidas que potencien el trabajo independiente; que se reconozca el cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Todo eso se refiere a la necesidad de mejorar las condiciones laborales de los y las trabajadoras que cuidan, garantizándoles derechos y protecciones adecuadas.

Otro aspecto que se releva en los diálogos es la discriminación en la inserción laboral debido a la edad de las cuidadoras una vez que han dejado de realizar los cuidados. Se menciona, además, la necesidad de ayuda a las personas que han debido dejar sus trabajos para asumir el rol de cuidadoras y luego deben reinsertarse en el mundo laboral.

Dentro de la categoría de **uso del tiempo** las y los participantes subrayan la problemática de la falta de tiempo que sufren las personas cuidadoras. Por un lado, se menciona la falta de tiempo disponible para ciertas gestiones, para lo que se propone que exista una atención preferencial en diversos servicios públicos para cuidadoras, especialmente en los servicios de salud. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita en efecto acceder rápidamente a la atención en los mismos.

Otras menciones se refieren, en menor medida, a la unificación de las gestiones de las cuidadoras en relación con trámites como la solicitud de horas médicas, pago de pensiones, entre otros, que facilite y agilice dichas gestiones, y a la necesidad de mejorar el catastro o registro de personas cuidadoras. La problemática del uso del tiempo también se relaciona directamente con las deficiencias en conectividad y transporte. Las distancias entre los domicilios o lugares donde se ejercen los cuidados y los servicios se identifican como un factor determinante para el acceso a estos, lo que afecta a la calidad de vida de las cuidadoras, y se agudiza en las áreas con población rural o zonas más aisladas en la región.

En relación con el uso del tiempo, también se menciona como problemática la conciliación laboral. Las personas que tienen una jornada laboral formal y adicionalmente cuidan, señalan la sobrecarga que eso supone. En este sentido, se menciona la falta de cuidadores/as de respiro (personas que puedan asumir los cuidados temporalmente, para aliviar la carga de quienes los ejercen de forma principal), centros de cuidados que ofrezcan cuidadores/as especializados y temporales, la necesidad de reforzar los cuidados domiciliarios para aumentar la oferta de apoyo, y la creación de programas enfocados en cuidadores/as que respondan a las necesidades locales de donde se implementarán.

Respecto del cuidado de niños, niñas y adolescentes, las y los participantes de los diálogos identifican que existe un horario incompatible entre la hora de término de las jornadas escolares en colegios y las jornadas laborales. Por eso se menciona, por un lado, la necesidad de horarios más extensos en las escuelas y salas cuna para favorecer que madres y padres tengan tiempo para poder trabajar. Por otro lado, se señala la necesidad de un acompañamiento a apoderados/as que ejercen labores de cuidados y mantienen jornadas de trabajo formal. Se releva la necesidad de que las medidas para apoyar con el cuidado de NNA también incluya a las personas trabajadoras informales.

Finalmente, en los diálogos se menciona la **educación y formación** de las personas cuidadoras. En este sentido, se refiere a tres dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado, la psicoeducación y la posibilidad de continuar sus estudios formales.

Respecto a la gestión del cuidado, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) que incluyan: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, y capacitación o educación sobre a niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la psicoeducación, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras. También se identifica como carencia la falta de información de las cuidadoras para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios, así como la falta de psicoeducación a la población en general en relación con los cuidados. Se menciona, asimismo, la necesidad de un rol protagónico de los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as.

La tercera dimensión se refiere a la discontinuidad de los estudios formales de quienes ejercen cuidados y la necesidad de retomarlos con mayores facilidades, de acuerdo con su realidad material.

4.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Atacama



Las y los participantes de los diálogos mencionan diferentes problemáticas y necesidades de las personas que requieren cuidados respecto de la **accesibilidad**. Por un lado, la falta de infraestructura inclusiva en servicios, espacios públicos y privados representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos. Por lo tanto, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad.

Asimismo, el mal estado de calles y veredas, así como aceras deterioradas, escaleras en malas condiciones y autos estacionados en las veredas, pueden poner en peligro la seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia. En efecto, estas condiciones dificultan el traslado y pueden aumentar el riesgo de caídas o accidentes. En la misma línea, la falta de iluminación y señaléticas en las calles puede acrecentar el riesgo de accidentes y caídas, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

Por otro lado, se señala la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como estaciones de autobús, trenes o paraderos. Esto representa una barrera de movilidad y transporte para las personas con discapacidad y dependencia. En el mismo sentido, se menciona la existencia de un escaso número de estacionamientos preferentes y accesibles, los cuales son de gran ayuda para facilitar el acceso y la movilidad de personas con algún grado de dependencia y/o de sus cuidadores/as.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados permanentes es la generación de **redes de apoyo**, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados.

Las y los participantes de los diálogos resaltan diversas problemáticas relativas a los **aspectos socioeconómicos**, principalmente en relación con la falta de acceso a recursos económicos por parte de las personas que requieren cuidados. Esto se agudiza aún más en los territorios rurales. Por un lado, el alto costo de la salud privada y el monopolio de especialistas que solo atienden de manera particular crea una barrera de acceso a servicios de salud especializados, acentuando las desigualdades en el acceso a la salud.

Por otro lado, se destaca la dificultad de acceso a viviendas adecuadas, tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de accesibilidad universal y adecuación de la infraestructura para personas con dependencia o movilidad reducida. También se menciona como problema el difícil acceso a los deportes, la recreación, las artes y la cultura, esenciales para garantizar una vida plena y activa, y fomentar la participación igualitaria de todas las personas.

Finalmente, con respecto a la **salud física, mental y ergonómica** de las personas que requieren cuidado, se resalta la escasez de prestaciones y de acceso a la salud mental. No existe suficiente capacidad en los centros médicos para atender la demanda y los tiempos de espera suelen ser muy largos. Se señala que esta situación refleja una falta de prioridad y de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema. La escasez de profesionales de salud mental es un obstáculo que limita la disponibilidad de servicios especializados, dejando a muchas personas sin el apoyo y tratamiento necesario para abordar sus problemas de salud mental.

En los diálogos también se menciona la falta de insumos y medicamentos en stock en servicios del sector público, lo que dificulta la adherencia al tratamiento de personas en situación de dependencia. De esta manera, la disponibilidad limitada de estos elementos afecta la continuidad del cuidado y el manejo adecuado de condiciones médicas crónicas. Asimismo, la falta de ayudas técnicas, como oxígeno o bolsas para colostomía y gastrostomía, releva la importancia de contar con recursos y dispositivos que mejoren la calidad de vida y el cuidado de las personas con discapacidad o dependencia.

A su vez, la falta de atención preferencial en los diferentes establecimientos de salud para personas en situación de discapacidad y/o dependencia representa una barrera para el acceso a servicios médicos y de salud. Esta atención preferencial garantizaría un acceso más oportuno y sin obstáculos, mejorando la experiencia de atención y la calidad de vida de estas personas.

4.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Atacama

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** y con un carácter **intersectorial** y **descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo.

Entre las acciones de mejora, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, programa 4 a 7, entre otros), así como el aumento de coberturas y periodicidad en las atenciones que estos entregan. Esto se expresa en mayor infraestructura (por ejemplo, plazas en los ELEM o Centro diurno para personas con dependencia), un aumento en la cantidad de cupos, acceso a apoyo técnico y/o de “respiro”, y extensión de la duración de los beneficios. Dentro este tipo de medidas, se destaca igualmente la expectativa de **mayor rapidez en el acceso** a los distintos tipos de apoyo, y de contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados.

En el ámbito de la **salud**, se destaca la necesidad de especialistas; se nombran concretamente geriatría, pediatría, kinesiología, dermatología, oncología, psiquiatría y traumatología, donde en la actualidad la oferta se encuentra en otras regiones aledañas o en muchos casos, en grandes ciudades como Santiago. Asimismo, se visibiliza la necesidad de salud mental y acompañamiento psicosocial para enfrentar el duelo.

En general, aparece la necesidad de **habilitar espacios públicos e infraestructura de accesibilidad universal**. Mejorar espacios públicos, calles, colegios, espacios de juego y jardines para personas con discapacidad. Dentro de las medidas para transporte se señala crear transporte municipal gratuito o de cobro mínimo para personas que lo requieran (escolares, personas mayores, con dependencia, embarazadas) con especial énfasis en zonas rurales. Se señala la necesidad de adecuar el **transporte** para personas con necesidades especiales y proporcionar transporte permanente para pacientes y personas con dependencia hacia los centros, así como para personas cuidadoras.

En relación con el ámbito de la **educación**, se requieren programas de capacitación formal a personas que cuidan y a jóvenes, así como formación en educación superior para personas cuidadoras. Se resalta la importancia de **concientizar a la sociedad sobre los cuidados**, visibilizando su importancia y generando diálogos e instancias de conversación. La división sexual del trabajo y los roles de género también perpetúan desigualdades que pueden ser trabajadas a través de la educación que debe ser temprana, y también para las familias. Asimismo, para las personas con dependencia, se necesita adecuar la educación en oficios u otro tipo de estudios.

Las y los participantes realizaron recomendaciones sobre medidas en torno a las **viviendas** para personas que requieren cuidados y sus cuidadores/as. En concreto, se propone la adaptación de viviendas tuteladas y la adaptación y habilitación de proyectos exclusivos. Asimismo, crear iniciativas para favorecer el acceso a la vivienda propia.

Otra mención recurrente en relación con factores sociales es la **sensación de inseguridad** con respecto al entorno de las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados. Se menciona el miedo por la posibilidad de sufrir algún delito, los robos en la calle, y la falta de seguridad por el consumo de drogas. Se estima necesario contar con mayor fiscalización y presencia policial para garantizar la seguridad de estas personas.

5.1. Contexto socioeconómico

Población

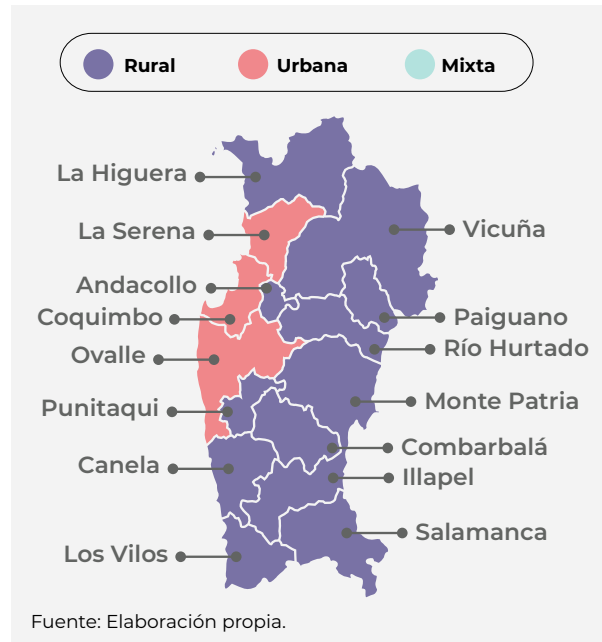
La Región de Coquimbo cuenta con una población total de 757.586 habitantes, de acuerdo con el Censo de 2017. Existe un **equilibrio en la distribución de género** en el total de la región y en las diferentes comunas, tanto en rurales como urbanas. A nivel regional, el 48,7% de la población son nombres y el 51,3% mujeres (ODEPA, s/f-e). En el total de comunas rurales el equilibrio es similar, aunque invertido, siendo el 50,3% de los habitantes hombres y un 49,7% mujeres (ibid.).

Sin embargo, existe un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población. La Región de Coquimbo cuenta con 15 comunas, 12 de ellas rurales y 2 urbanas. Las comunas rurales abarcan el 83,1% del territorio, pero la población se concentra mayoritariamente en las comunas urbanas (La Serena, Coquimbo y Ovalle), con un 73,93% del total regional (ODEPA, s/f-e). Este desequilibrio también es visible en lo poco pobladas que están algunas comunas, como La Higuera, Paiguano o Río Hurtado, con alrededor de 4.000 habitantes cada una. (ibid.).

La Región de Coquimbo cuenta con un 8,6% de población que se identifica como **perteneciente a un pueblo indígena** (ODEPA, s/f-e). El porcentaje disminuye hasta un 8,4% en las comunas urbanas (ibid.). En las comunas de La Higuera, Vicuña y Punitaqui existe una mayor presencia de personas indígenas, entre un 10 y 12% (ibid.).

En cuanto a la **población migrante**, la Región de Coquimbo concentra el 2,2% de las personas migrantes a nivel nacional, lo que equivale a 36.382 personas, un 4,8% de la población regional (SERMIG, 2024d). La procedencia de estas personas es mayoritariamente de Venezuela, con un 31,4% del total, seguido de Colombia, con un 17,3%, y Haití, con un 12,7% (ibid.). La mayoría de las personas migrantes habitan en la comuna de La Serena y Coquimbo, con un 36% y 35,2% respectivamente. El resto de comunas alberga el 28,8% restante (ibid.).

En cuanto a **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 2,01% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 199 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que supone un 0,03% de la población total de Coquimbo.



Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **7,9% de personas en situación de pobreza por ingresos**, en comparación con el 6,5% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Aunque la pobreza por ingresos ha disminuido en la región en los últimos años, existen comunas donde ésta es considerablemente mayor que el promedio nacional. En Punitaqui supera el 14%, y en Ovalle, Monte Patria, Andacollo y Salamanca supera el 8% (GORE Coquimbo, 2024). Además, existen brechas importantes entre el sector urbano y rural en cuanto a servicios esenciales, equipamientos y oportunidades (ibid.).

Un fenómeno destacado es la nueva pobreza urbana, que resulta de la segregación espacial y social de grupos de población con bajo nivel de integración en las ciudades. Estos grupos suelen residir en los márgenes de las ciudades y enfrentan escasas oportunidades, a pesar de las ayudas públicas disponibles (GORE Coquimbo, 2008). Es relevante considerar que el 50,5% de los hogares en la región tienen una jefatura femenina (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

Respecto a la **habitabilidad**, en la Región de Coquimbo el 3,4% de los hogares se encuentra en situación de hacinamiento, comparado con el 4,8% a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Además, el 10,1% de los hogares tiene un acceso inadecuado a agua potable, cifra superior al promedio nacional (ibid.). Estas deficiencias son aún más notables en las áreas rurales. Por ejemplo, en las comunas de Canela, Punitaqui, Combarbalá y La Higuera, entre el 56 y el 77% de las viviendas tienen conexión a red pública de agua; mientras que en Salamanca, La Serena, Vicuña, Ovalle, Coquimbo supera el 90% de viviendas (GORE Coquimbo, 2024).

El acceso a la vivienda también es un factor a considerar. En la región, el déficit de viviendas es del 4,5%, cifra que se ha reducido considerablemente desde el 2017, cuando era del 10% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023b). Sin embargo, se mantienen las dificultades de acceso generadas por el alto valor del suelo en los centros urbanos, lo que genera la concentración de la población vulnerable en las periferias (GORE Coquimbo, 2008). Desde el Gobierno Regional también se señala que existe un déficit de viviendas sociales (ibid.).

En cuanto a la **educación**, la región tiene un promedio de 11,1 años de escolaridad, muy similar al nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Las comunas de La Serena y Coquimbo presentan mayor promedio de años y mayor calidad en la educación (GORE Coquimbo, 2024). Además de la brecha rural-urbana, también existen grandes diferencias entre los establecimientos municipales, particulares subvencionados y particulares privados (GORE Coquimbo, 2008). El Gobierno Regional menciona en este ámbito la necesidad de adaptar la educación a los requerimientos de empleo de la región, con el fin de asegurar la integración laboral y social de la población joven (ibid.).

Tabla 5. Datos de empleo en la Región de Coquimbo

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	57%	68%	46,6%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	52,1%	61,8%	42,9%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Respecto al **empleo**, como se puede observar en la tabla 5, las cifras de participación y ocupación en la Región de Coquimbo son menores que a nivel nacional. Es especialmente notable la brecha de género en la tasa de participación, que es mayor en Coquimbo que a nivel nacional, concretamente por 6,2 puntos porcentuales. De acuerdo con los aportes del PIB, los sectores económicos que más contribuyen son los servicios y la minería; seguido del sector agropecuario, la silvicultura y la pesca (GORE Coquimbo, 2024).

Finalmente, en relación con la **salud**, en la región el 87,6% de la población presente en el Registro Social de Hogares se encuentra adscrito a FONASA, mientras que el 7% lo está a ISAPRE (BCN, 2023c). En total, el 77,6% de la población regional está inscrita en servicios de salud municipal (ibid.). En cuanto a los perceptores de salud, es destacable el alto porcentaje de adultos mayores en Coquimbo. Un 21,4% de la población tiene más de 60 años, cifra que supera el promedio nacional de 19,7% (SENAMA, 2020e). Esto indica que los servicios de salud deben adecuarse a las necesidades de este grupo de población, contando con los profesionales especialistas necesarios y con la infraestructura de salud adecuada.

Respecto a la infancia, el estado nutricional de la población escolar apunta a una situación algo negativa en cuanto al sobrepeso, que afecta al 25,2%, para los estudiantes de nivel básico y al 30% del nivel medio, cifras ligeramente superiores al promedio nacional en ambos casos (BCN, 2023c).

5.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)²³

Dependencia	Moderada	Severa
	26.506	20.069
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	20.071	26.504

Fuente: Elaboración propia

²¹ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

²² Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

²³ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

5.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Coquimbo



Porcentaje de participación en el total de las actas de Coquimbo



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

²⁴ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

5.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Coquimbo



En la Región de Coquimbo, es posible identificar un mayor interés en la **educación y formación** de las personas cuidadoras. En este sentido, se refiere a tres dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado, la psicoeducación y la posibilidad de continuar sus estudios formales.

Respecto a la gestión del cuidado, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto supone capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) que incluyan: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, y capacitación o educación con respecto a niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la psicoeducación, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras. También se identifica como carencia la falta de información de las cuidadoras para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios, así como la falta de psicoeducación a la población en general en relación con los cuidados. Se menciona, asimismo, la necesidad de un rol protagónico de los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as.

La tercera dimensión se refiere a la discontinuidad de los estudios formales de quienes ejercen cuidados y la necesidad de retomarlos con mayores facilidades, de acuerdo con su realidad material.

Los relatos obtenidos en los grupos territoriales respecto a la **salud mental y física** de las personas cuidadoras permiten identificar que las principales necesidades surgen por poco conocimiento en general con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras.

Respecto de la salud en general, las y los participantes perciben que existe una ausencia de visión integral respecto del bienestar y pleno desarrollo personal de las personas cuidadoras. Esto queda de manifiesto en la reiteración de condiciones materiales relacionadas con las deficiencias de la institucionalidad de salud para abordar las necesidades específicas de quienes ejercen cuidados y quienes reciben cuidados.

Sobre la dimensión de salud mental, se identifican necesidades que, si bien las personas identifican como problemáticas recurrentes, no necesariamente asocian directamente a la salud mental, pero que en la doctrina se identifican como factores asociados. Entre estos se encuentran el estrés, el agotamiento individual y familiar, la falta de autocuidado (físico-emocional), y la ausencia de actividades ocupacionales y preventivas para las personas cuidadoras, durante y posterior al cuidado. Esto último se presenta en los diálogos como duelo, ya que se asocia a la muerte del familiar o persona que requería cuidados.

Bajo la categoría de **uso del tiempo** se mencionan diversas necesidades y problemáticas. Por un lado, la conectividad y el transporte son temas significativos para las personas participantes en los diálogos. Los traslados muchas veces representan una complejidad mayor para las personas cuidadoras por la poca disponibilidad de tiempo que tienen y la inexistencia de transporte público suficiente. Al respecto, emergieron las inequidades territoriales entre el centro urbano y el aislamiento de territorios rurales, insulares, cordilleranos y peninsulares entre otros. Se hace hincapié en la existencia de una conectividad deficiente para los traslados y la inexistencia de transporte público inclusivo en estas zonas. Se señala especialmente la deficiente conectividad para acceder a la ciudad y lugares de provisión de servicios de cuidados.

En relación con el tiempo libre, las personas cuidadoras, por cumplir su rol socialmente impuesto, se privan de actividades distintas de los cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la existencia de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relax y autocuidado; actividades deportivas; y actividades de esparcimiento y disfrutar con amistades. Todo esto se asimila a un espacio de “respiro” en los cuidados.

La ausencia de tiempo también se relaciona con la falta de conciliación laboral, referido a la dificultad de las personas cuidadoras de conciliar la jornada laboral formal con sus obligaciones de cuidados. Esto se asocia además a la sobrecarga de la persona cuidadora. En este sentido, se señala la falta de cuidadores/as de respiro (personas que puedan asumir los cuidados temporalmente, para aliviar la carga de quienes los ejercen de forma principal), centros de cuidados que ofrezcan cuidadores/as especializados y temporales, la necesidad de reforzar los cuidados domiciliarios para aumentar la oferta de apoyo, y la creación de programas enfocados a cuidadores/as que respondan a las necesidades locales de donde se implementarán.

Respecto al cuidado de niños, niñas y adolescentes, se señala la necesidad de un acompañamiento para apoderados/as que ejercen la labor de cuidados y mantienen jornadas de trabajo formal. También se menciona la necesidad de horarios más extensos en las escuelas y las salas cuna para que las madres puedan trabajar. En este sentido, la incompatibilidad se reconoce también como una deficiencia en los cuidados de los hijos e hijas de cuidadores/as informales.

Sobre la **autonomía económica**, las y los participantes de los diálogos reconocen una problemática particular y asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas. Además, se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Dentro de las problemáticas específicas, se identifica una precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social.

La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados no remunerados y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de flexibilidad laboral y la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen pocas

facilidades para ausentarse temporalmente. En general también se señalan deficiencias tanto en la oferta laboral (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Es por esto que las necesidades identificadas se asocian con ideas como la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; la implementación de medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a.

Lo anterior hace referencia también a la necesidad de mejorar las condiciones laborales de los y las trabajadoras que cuidan, garantizándoles derechos y una protección adecuada. Otro aspecto que surge en los diálogos es la discriminación en la inserción laboral debido a la edad de las cuidadoras una vez que han dejado de realizar cuidados no remunerados. Se menciona, además, la necesidad de ayuda a las personas que han debido dejar sus trabajos para asumir el rol de cuidadoras y luego deben reinsertarse en el mundo laboral.

Finalmente, con respecto a la **corresponsabilidad de género**, las y los participantes mencionan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y como cuidadoras secundarias a otras mujeres de las familias, como las hermanas (reforzando roles de género, feminización de estas tareas y la sobrecarga). Las menciones recurrentes sobre corresponsabilidad se refieren en un aspecto más abstracto a la falta de visibilización de la feminización del cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se identifica la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo.

Además de las mujeres, se destacan también las niñas y los niños pequeños, sobre todo ellas, que reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. Esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras tengan una sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida, lo que a su vez resulta en un aislamiento social.

5.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Coquimbo



Las personas que requieren cuidados señalan como una problemática sustancial la **educación**. Se releva la necesidad de que los establecimientos educacionales -primarios, secundarios y superiores- cuenten con espacios adecuados y adaptados para personas en situación de discapacidad y con condiciones neurodivergentes. Así, los centros educativos deben ser accesibles y adaptados a las necesidades específicas de estos estudiantes, incluyendo docentes y profesionales con experiencia en neurodivergencia, promoviendo de esta manera su participación en todas las actividades escolares, académicas y sociales. En la misma línea, se vuelve primordial garantizar que las personas tengan igualdad de oportunidades para acceder

y participar en la educación, asegurando su pleno desarrollo académico y personal.

Asimismo, se alude en particular a la dificultad de acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes con condiciones neurodivergentes o en alguna situación de discapacidad, lo que inmediatamente resulta en un atraso y limitación de sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje. La falta de adecuaciones en el entorno educativo dificulta su participación plena y equitativa en el sistema educacional.

Otro aspecto mencionado por las y los participantes es la **inclusión** de personas en situación de discapacidad y en situación de dependencia, que se destaca como un tema central en la búsqueda de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de estas personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios.

Un aspecto relevado que se percibe como factor contribuyente a la falta de inclusión es la escasez de conocimiento e información por parte de la gran mayoría de las personas respecto a la situación o condición de algunas personas que las hacen ser dependientes y necesitar de cuidados (situaciones de discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes). Este desconocimiento también afecta el trato hacia estas personas, lo que a menudo resulta en una falta de comprensión.

A su vez, y, sobre todo en el caso de participantes que se relacionan de cerca con personas que requieren de cuidados, se da cuenta de una sensación pesimista sobre la forma de lograr una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida; se reconocen sentimientos de desesperanza y frustración. Con esto, es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanentes en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren de cuidados.

En el caso de la **infraestructura**, la falta de espacios públicos y privados inclusivos representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos, por lo que se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de estas personas en la sociedad.

El mal estado de calles y veredas, así como aceras deterioradas, escaleras en malas condiciones y autos estacionados en las veredas, pueden poner en peligro la seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia. En efecto, estas condiciones dificultan el traslado y pueden aumentar el riesgo de caídas o accidentes. Asimismo, la falta de iluminación y señaléticas en las calles puede aumentar los riesgos de accidentes, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida. De esta manera, una iluminación adecuada y señalización clara y apropiada son esenciales para garantizar la seguridad y accesibilidad de los espacios públicos. Con respecto a la movilidad, existe un escaso número de estacionamientos preferentes y accesibles, los que son de gran ayuda para facilitar el acceso y la movilidad de personas con algún grado de dependencia y/o de sus cuidadores/as.

En relación con la **salud mental, física y ergonómica** de las personas cuidadas se resaltan carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos. En primer lugar, se destaca la dificultad que enfrentan las personas con enfermedades incapacitantes que no están cubiertas por el AUGE/GES (Garantías Explícitas en Salud) ni por la Ley Ricarte Soto. Esto resulta en un encarecimiento de la medicación y tratamientos necesarios para estas condiciones, lo que genera una carga financiera significativa para los pacientes y sus familias. La falta de cobertura para ciertas enfermedades incapacitantes también limita el acceso a opciones de tratamiento efectivas y adecuadas, afectando la calidad de vida y el bienestar de las personas que las padecen.

Respecto a la salud mental se releva la escasez de prestaciones y de acceso a servicios en esa especialidad, ya sea en los COSAM (Centros de Salud Mental) o en hospitales, donde las camas psiquiátricas están saturadas. Lo mismo sucede en el caso de consultas con psiquiatras en el sector público, las cuales no están disponibles hasta dentro de meses. Se señala que esta situación refleja una falta de prioridad y de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general, a pesar de la creciente demanda de atención en este campo.

La escasez de profesionales de la salud y de la salud mental también es un obstáculo que limita la disponibilidad de servicios especializados, dejando a muchas personas sin el apoyo y tratamiento necesario para abordar sus problemas. En esta misma línea, es necesario contar con profesionales de salud mental de forma permanente y constante en los CESFAM y COSAM, donde se observa alta rotación de personal. Al respecto, se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente en el ámbito de la salud mental con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y brindar un mejor apoyo a las personas con problemas de salud mental y a sus familias.

5.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Coquimbo

Respecto a cuáles son las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, lo primero tiene que ver con el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deben estar centradas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, y diseñarse **con perspectiva de género y territorial**, con un carácter intersectorial y **descentralizado**. Adicionalmente, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones que pudieran desarrollarse por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, mejorar los canales de comunicación, mesas locales, protocolos de derivación, acompañamiento permanente de duplas psicosociales a las “diadas” u otros) como las que podrían proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo.

Entre las acciones de mejora, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENADA, Salud, Red local de Apoyos y Cuidados, entre otros), el aumento de coberturas y la universalización de las atenciones que estos entregan. Asimismo, se solicita mayor apoyo a través de prestaciones sociales y ayudas técnicas, tales como pañales o útiles de aseo para quienes requieren cuidado. En relación con las capacidades de la infraestructura, se destaca disponer de mayores plazas en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), aumentar la cantidad de cupos, acceso a apoyo técnico y/o de “respiro”, y extensión de la duración de los beneficios; como también se hace referencia a un centro de salud mental con especial énfasis a cuidadoras. Dentro este tipo de medidas, se destaca igualmente la expectativa de **mayor rapidez en el acceso** a los distintos tipos de apoyo, y de contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados. Asimismo, en relación con la oferta programática, se destaca la necesidad de disponer de centros diurnos para personas mayores y personas con discapacidad especialmente en zonas rurales.

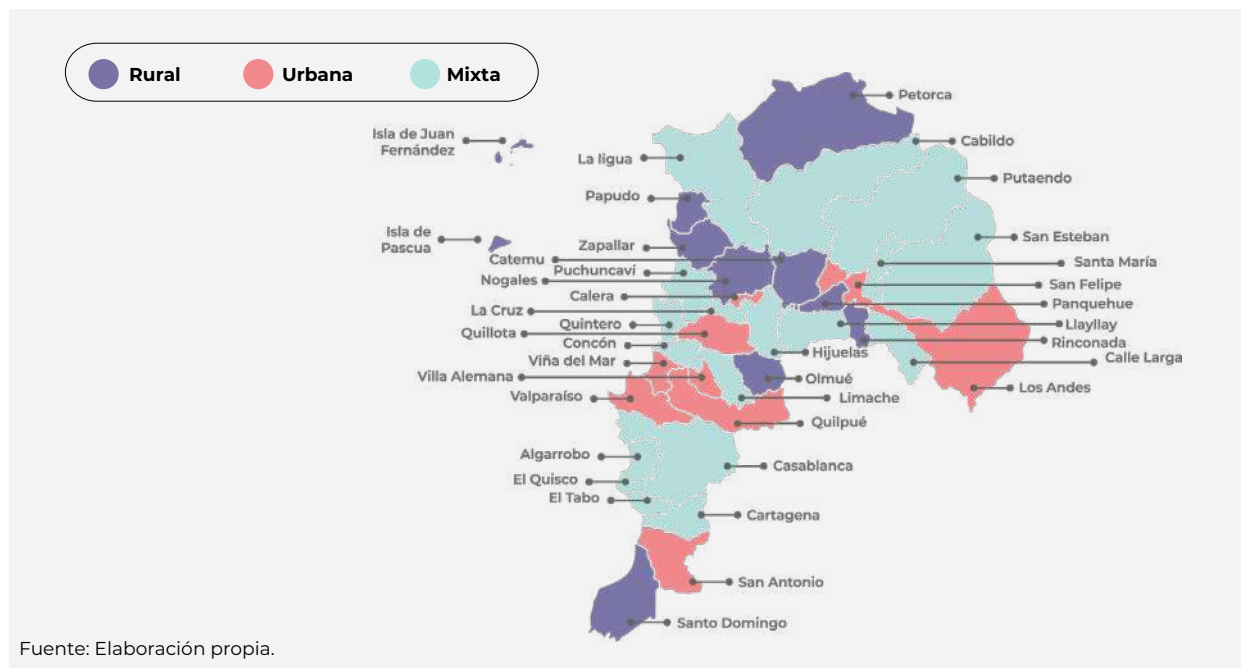
En general, aparece la necesidad de habilitar **espacios públicos e infraestructura con accesibilidad universal**. Se requiere mejorar los espacios públicos, calles, establecimientos educacionales, lugares de juego, áreas verdes y jardines para personas con discapacidad y con neurodivergencia. En el ámbito de **vivienda**, se señala la necesidad de construir viviendas

adaptadas a personas con discapacidad y/o movilidad reducida para que puedan desplazarse de manera autónoma. Dentro de las medidas para **transporte** se señala crear un sistema de transporte municipal gratuito o de cobro mínimo para personas que lo requieran (escolares, personas mayores, con dependencia, embarazadas) con especial énfasis en zonas rurales. Se señala la necesidad de adecuar el transporte para personas con necesidades especiales, ya que es un impedimento para su movilidad. También se requiere transporte permanente para pacientes y personas con dependencia hacia los centros, así como transporte para personas cuidadoras.

Respecto a medidas de **educación**, se hace referencia a la necesidad de programas de capacitación formal para personas que cuidan y jóvenes. Se nombra la necesidad de formación en gestión del cuidado, información sobre enfermedades y patologías, tipos de dependencia, primeros auxilios y atención básica sobre enfermería, y lengua de señas). También se menciona la formación en educación superior para cuidadores/as. Se resalta la importancia de concientizar a la sociedad sobre los cuidados, visibilizando su importancia, generando diálogos e instancias de conversación. La división sexual del trabajo y los roles de género también perpetúan desigualdades, las cuales pueden ser trabajadas a través de la educación, que debe ser temprana e incluir a padres y madres. Asimismo, para las personas con dependencia, se requiere adecuar la educación en oficios u otro tipo de estudios.

Con relación a la **salud**, se hace referencia a la necesidad de contar con especialistas tales como geriatría, nutrición, neurología, terapia ocupacional, cardiología, urología y oftalmología; áreas de salud que necesitan de manera constante las personas que requieren cuidados. En la misma línea, se nombra la necesidad de aumentar la cobertura y frecuencia de las atenciones a domicilio por parte de programas de salud y/o servicios de salud a personas con dependencia severa, favoreciendo los cuidados que requiere la persona.

El **factor territorial** en la región es un elemento a considerar y transversalizar en la gestión pública. Las personas que viven en zonas rurales experimentan cotidianamente dificultades en torno al acceso al transporte y servicios de atención en salud, principalmente especialistas. Asimismo, se releva la necesidad de acercar los servicios a los territorios, mencionando concretamente centros de cuidados, farmacias y oferta pública para personas cuidadoras.



6.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la Región de Valparaíso hay un **6,6% de personas en situación de pobreza por ingresos**, cifra muy similar al promedio nacional del 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Sin embargo, esta cifra llega a superar el doble en comunas como Cabildo, La Ligua o Calla Larga (mixtas), Catemu (rural) y Calera (urbana) (ODEPA, s/f-f). En general, se observan brechas en la educación, los servicios básicos y acceso a internet, entre otras, que afectan de manera negativa a la calidad de la población, especialmente en zonas rurales, lo que conlleva un desplazamiento hacia áreas urbanas (ibid.).

La región se compone de 38 comunas, de las cuales 11 se clasifican como rurales, 18 como mixtas y 9 como urbanas. Existe un **gran desequilibrio territorial** en la distribución de la población, ya que el conjunto de comunas rurales y mixtas abarca el 80% del territorio regional pero únicamente alberga el 29% de la población (ODEPA, s/f-f). Por el contrario, las comunas urbanas concentran altos porcentajes de población, como Viña del Mar con 334.248 habitantes, Valparaíso con 296.655, Quilpué con 151.708 o Villa Alemana con 126.548 (ODEPA, s/f-f). Estas cuatro comunas concentran el 50% de la población regional.

Valparaíso cuenta con un bajo porcentaje de **población que se identifica con un pueblo indígena**, representando un 6,6% del total de la población (ODEPA, s/f-f). El porcentaje es algo superior en las comunas rurales, donde alcanza en promedio el 7% de la población rural, llegando a alrededor de un 9% en El Quisco, Cartagena, Papudo y San Antonio, siendo esta última urbana (ibid.). Destaca especialmente Isla de Pascua, donde el 51,3% de la población se identifica como perteneciente a un pueblo indígena, en su gran mayoría al pueblo Rapa Nui (ibid.).

En cuanto a la **población migrante**, la región cuenta con 99.456 personas de origen extranjero, lo que representa un 5,5% de la población regional y el 6,1% de la población migrante a nivel nacional (SERMIG, 2024e). La mayor prevalencia se da en personas de origen venezolano, con

un 35,1%, seguido de Haití y Argentina, con un 18% y 9,5% respectivamente (ibid.). En cuanto a su lugar de residencia, el 21,7% de las personas migrantes de la región se concentran en la comuna de Viña del Mar, seguido de un 14,8% en la comuna de Valparaíso y el 63,5% en otras comunas (ibid.).

La Región de Valparaíso cuenta con el 3,93% de la **población afrodescendiente** del país (INE, 2018a). Esto supone un total de 390 personas; es decir, un 0,02% del total de la población regional.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la Región de Valparaíso hay **un 6,6% de personas en situación de pobreza por ingresos**, cifra muy similar al promedio nacional del 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Sin embargo, esta cifra llega a superar el doble en comunas como Cabildo, La Ligua o Calla Larga (mixtas), Catemu (rural) y Calera (urbana) (ODEPA, s/f-f). En general, se observan brechas en la educación, los servicios básicos y acceso a internet, entre otras, que afectan de manera negativa a la calidad de la población, especialmente en zonas rurales, lo que conlleva un desplazamiento hacia áreas urbanas (ibid.).

La pobreza por ingresos en la región afecta más a mujeres que a hombres (GORE Valparaíso, 2012). A la hora de analizar este hecho, es importante tener en cuenta que el 51,8% de los hogares en la región tienen una jefa de hogar mujer (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Además, la pobreza afecta más a la población infantil, teniendo consecuencias en su desarrollo personal a lo largo de su ciclo de vida (GORE Valparaíso, 2012). Por ejemplo, las personas en situación de pobreza muestran menor nivel de escolaridad y es más común que se encuentren en situación de desocupación (ibid.).

En cuanto a la **habitabilidad**, la región muestra una alta vulnerabilidad social y territorial en algunas poblaciones y áreas subregionales, lo que se refleja especialmente en la existencia de campamentos (GORE Valparaíso, 2012). Debido a que estos asentamientos se localizan en la periferia de las ciudades o de las áreas urbanas, los espacios cercanos se ven degradados o en desuso, lo que conlleva a una mayor vulnerabilidad e incluso riesgos de incendios (ibid.).

Los problemas en la vivienda también se visibilizan en el acceso inadecuado a agua potable, situación en la que se encuentra el 7,9% de los hogares de la región (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Este problema se ve agravado en algunas comunas mixtas y rurales, como Puchuncaví, El Tabo y Santo Domingo, donde el 30% de las viviendas se abastecen de agua fuera de la red pública (ODEPA, s/f-f). La región cuenta además con un 3,6% de hogares en condición de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

En la región también existen brechas de **transporte y movilidad**. Los y las ciudadanas señalan que el transporte público es insuficiente, especialmente en los sectores rurales (GORE Valparaíso, 2022). Esto genera complicaciones para conectarse con algunas ciudades, como Valparaíso y Viña del Mar, lo que implica tener que realizar largos trayectos entre las diferentes provincias y dificulta la gestión de ciertos trámites (ibid.). Se menciona especialmente la ausencia de una mirada social en el transporte y la movilidad en la región.

Respecto a la **educación**, el promedio de años de escolaridad en Valparaíso es de 11,8 años, cifra muy similar a los 11,7 años de promedio a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Esa cifra se reduce en un año para las comunas rurales, siendo la situación especialmente negativa para Catemu, Hijuelas y Panquehue (ODEPA, s/f-f). Además de la diferencia en años de escolaridad, también se da una brecha en la calidad de la educación, siendo peores los resultados de matemáticas y lectura en las comunas rurales (ibid.). Por otro lado, la región cuenta con una alta presencia de centros de estudios superiores y de investigación, contando con 7 universidades del CRUCH, 9 privadas y 17 institutos profesionales (BCN, 2023d). A pesar de esto, se hace visible en la región la desigualdad en el acceso a la educación primaria, secundaria y superior.

Tabla 6. Datos de empleo en la Región de Valparaíso

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	60,4%	70,4%	51%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	55%	64,2%	46,4%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Como se puede observar, las cifras de **empleo** en la región son menores que a nivel nacional, tanto en participación como en ocupación. En Valparaíso, la brecha de género es de 19,4 puntos en la tasa de participación y 17,8 puntos en la tasa de ocupación. La estructura económica de la región está diversificada en actividades industriales, marítimo-portuarias, turísticas, agrícolas, mineras, universitarias y científico- tecnológicas (GORE Valparaíso, 2012). Estas actividades varían significativamente en cada provincia, algunas más orientadas a la agricultura para la exportación (Valles de Petorca y La Ligua, Valle Central del Aconcagua y Valle Alto Aconcagua), otras se enfocan en la construcción y el desarrollo portuario y pesquero (Litoral Norte y Sur), otras al sector servicios y actividades industriales (Gran Valparaíso), actividad vitivinícola (Valle de Casablanca) y el sector del turismo, donde destacan los territorios insulares (ibid.).

Finalmente, en cuanto al acceso a la **salud**, la región cuenta con un 84,2% de población registrada en el Registro Social de Hogares adscrito a FONASA y un 8,7% a ISAPRE (BCN, 2023d). Para el total de la región, un 71,5% de la población está inscrita en servicios de salud municipal (ibid.). Existen comunas donde el porcentaje de atención de salud a través del servicio público es mayor, llegando al 90%, como en Catemu, Petorca, Santa María, Hijuelas, Calle Larga, Rinconada, Limache y Panqueque (GORE Valparaíso, 2012).

Sin embargo, las y los ciudadanos alertan de la existencia de deficiencias en la infraestructura hospitalaria, la necesidad de mejorar la cobertura pública de salud, medicamentos y salud mental, la falta de especialistas y de centros de atención primaria, y la necesidad de una inclusión efectiva de las personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) (GORE Valparaíso, 2022). Concretamente en Rapa Nui, se menciona la dificultad de acceder a servicios de salud con pertinencia territorial (ibid.). En la provincia de Petorca es necesario un hospital de mediana complejidad; y en Los Andes se solicita un centro oncológico para la provincia (ibid.). Además, se hace especial mención a la salud mental, la cual ha sido afectada últimamente por la escasez de agua, los incendios, el consumo de drogas, la pandemia y la falta de educación emocional, entre otros factores (ibid.).

En este sentido, se debe mencionar que la Región de Valparaíso tiene un mayor porcentaje de personas mayores que la media nacional. El 21,9% de la población regional tiene más de 60 años, frente al 19,7% de promedio en Chile (SENAMA, 2020f). Esto implica que los servicios de salud deben adecuarse a sus necesidades, incorporando más especialistas, aumentando las horas disponibles y construyendo nuevos hospitales complejos y mejor equipados para mejorar la atención médica a esta población (GORE Valparaíso, 2022).

Destaca en la región el alto porcentaje de población sedentaria, lo que provoca enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer u osteoporosis (GORE Valparaíso, 2012). También llama la atención la tasa de población infantil con obesidad, la cual alcanza el 29,1% en la Educación Básica y el 20,1% en la Educación Media (BCN, 2023d).

6.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)²⁷

Dependencia	Moderada	Severa
	65.340	49.609
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	45.076	69.873

Fuente: Elaboración propia

²⁵ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

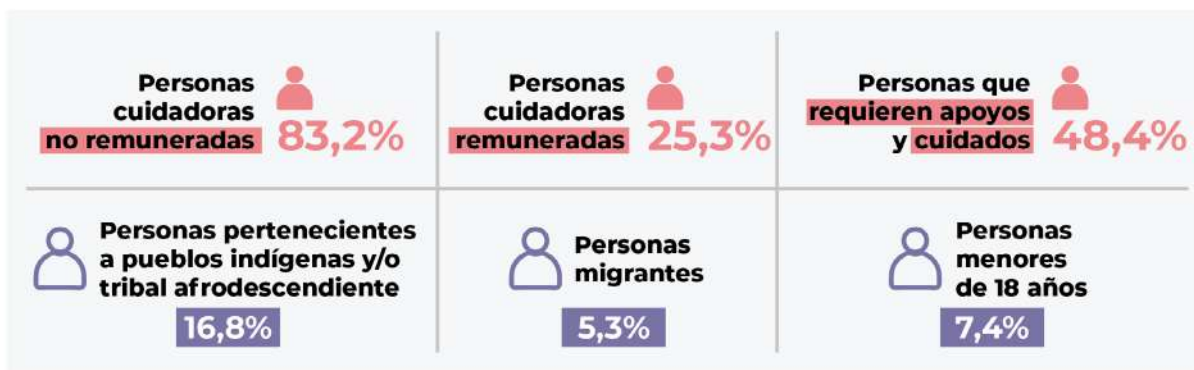
²⁶ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

²⁷ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

6.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Valparaíso



Porcentaje de participación en el total de las actas de Valparaíso



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

²⁸ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

6.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Valparaíso



En la Región de Valparaíso, es posible identificar un mayor interés en la **corresponsabilidad de género** las y los participantes mencionan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y también como cuidadoras secundarias para otras mujeres de la familia, como las hermanas (reforzando roles de género, feminización de estas tareas y la sobrecarga). Se señala que existe una hegemonía de la visión patriarcal que asigna la responsabilidad de cuidado a la mujer. Así, se menciona que es necesario cuestionar el rol femenino del trabajo reproductivo y problematizar el sesgo de género actual.

Las menciones recurrentes sobre corresponsabilidad se refieren a la feminización del cuidado, la falta de visibilización de esta realidad y la exclusión social que enfrentan quienes cuidan. Asimismo, se identifica la falta de reconocimiento de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, lo que refuerza la división sexual del trabajo.

Además de las mujeres, también se destaca el caso de las niñas y los niños pequeños, especialmente ellas, quienes a menudo reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. La feminización del cuidado y la falta de apoyo familiar tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados. Las cuidadoras expresan una sensación de abandono familiar y social, por lo que proponen que existan redes de apoyo y soporte, no solo para quienes no tienen apoyo familiar, sino para todos los casos. Se menciona también la necesidad de concientizar a toda la familia para colaborar en las tareas de cuidado y que no quede a cargo una sola persona.

Por otro lado, las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad se enmarcan también en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida y, como consecuencia de ello, sufre un aislamiento social. Se señala especialmente la situación de las madres solteras, que cuidan casi 24 horas al día y no disponen de tiempo para su desarrollo y cuidado personal.

Bajo la categoría de **uso del tiempo** se mencionan diversas necesidades y problemáticas. En relación con el tiempo libre, por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras se privan de realizar actividades distintas a las de cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la creación de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relax y autocuidado; actividades deportivas y culturales; y actividades de esparcimiento y disfrute con amistades. Todo esto se asimila a un espacio de “respiro” en los cuidados.

En relación con esto, se señala la falta de cuidadores/as de respiro (personas que puedan asumir los cuidados temporalmente, para aliviar la carga de quienes los ejercen de forma principal), de centros de cuidados que ofrezcan cuidadores/as especializados y temporales, la necesidad de reforzar los cuidados domiciliarios para aumentar la oferta de apoyo, y de creación de programas enfocados a cuidadores/as que respondan a las necesidades locales. Se menciona la necesidad de articular una red de apoyo y cuidados que funcione como respiro y vaya más allá de lo recreativo. Por otro lado, las personas cuidadoras solicitan mejorar el acceso a la tecnología y a las plataformas que permiten acceder a beneficios sociales, información y servicios, a fin de facilitar trámites y disponer de más tiempo libre.

Con respecto a la **autonomía económica** en los diálogos se asocia el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Se hace referencia a que cuidar es una labor a tiempo completo y que, por lo tanto, las personas que cuidan requieren de una remuneración económica para hacer frente a los costos de cuidar (insumos para el cuidado, medicamentos, artículos de aseo, etc) y contar con ingresos para mantener sus hogares. Además, se evidencia el hecho de que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a los cuidados, lo que las deja sin ingresos. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, o una remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras.

La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados no remunerados y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de flexibilidad laboral y la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen y otorgan pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Entre las medidas sugeridas se señala específicamente la necesidad de promover mayor conciliación entre el trabajo y la familia, a través de medidas como el teletrabajo, permisos para atender casos urgentes y la adaptación del horario de trabajo. Las y los participantes coinciden en que se debe compatibilizar el trabajo con el cuidado de los hijos e hijas, actualmente imposible debido a la baja oferta de salas cuna y jardines infantiles, así como el alto costo de los servicios particulares. En la misma línea, se menciona que deben implementarse medidas especiales para el cuidado de personas con TEA y para los trabajadores del sector público.

En general también se señalan deficiencias en la oferta laboral, como la falta de oportunidades laborales con enfoque de género. Las necesidades identificadas se asocian a cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Se propone también la generación de una red de personas cuidadoras acreditadas con conocimientos y capacidades, a fin de que accedan a contratos formales. Otra problemática identificada es la precarización laboral y la ausencia de derechos laborales para las personas cuidadoras. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. En este sentido, señalan la urgencia de promover el reconocimiento del cuidado como un trabajo formal, especialmente en grupos de mayor vulnerabilidad económica y multidimensional.

Respecto a la **educación y formación** de las personas cuidadoras, en los diálogos se detecta que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado, a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) en técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el sistema

de salud, y capacitación o educación con respecto a niños, niñas y adolescentes con TEA. Además, se solicitan capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos.

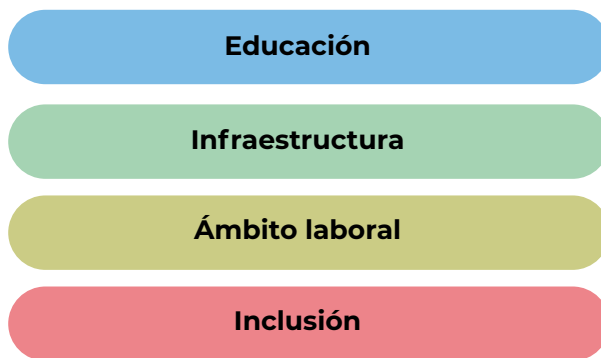
Más específicamente, se señala la necesidad de que la educación sea formal, se incluya a personas jóvenes y se innove en los métodos en los que se otorga. Se solicita también que haya números de teléfono o puntos de acceso permanentes a información y orientaciones sobre cuidados. Asimismo, se identifica como carencia la falta de información de las cuidadoras para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios. Por otro lado, la problemática de educación se asocia también a la falta de psicoeducación de la población en general en relación con los cuidados. Se menciona la necesidad de formar a las familias sobre sus derechos y sensibilizar a la sociedad sobre los cuidados. Por último, se hace referencia al rol protagónico que debieran tener las asociaciones de cuidadoras, las organizaciones sociales y los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as.

Finalmente, los relatos obtenidos en los diálogos respecto a la **salud mental y física** de las personas cuidadoras permiten identificar que las principales necesidades surgen por poco conocimiento en general con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Respecto de la salud en general, las y los participantes perciben que existe una ausencia de visión integral respecto del bienestar y pleno desarrollo personal de las personas cuidadoras. Se señala que no existen programas de salud para las cuidadoras y que falta un enfoque de salud biopsicosocial para las familias, las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados. En este sentido, se menciona que el sistema de salud no cuenta con las herramientas y recursos necesarios para brindar una buena calidad de vida a estas personas. Asimismo, se indica que es necesario dar acceso preferente y asegurar horarios de atención acordes a las realidades de las cuidadoras, a fin de garantizar su acceso a la salud.

Sobre la dimensión de salud mental, se identifican necesidades que, si bien las personas reconocen como problemáticas recurrentes, no necesariamente se asocian directamente a la salud mental, pero que en la doctrina se reconocen como factores asociados. Entre estos factores se encuentran el estrés, el agotamiento individual y familiar, la falta de autocuidado (físico-emocional), y la ausencia de actividades ocupacionales y preventivas para las personas cuidadoras, durante y posterior al cuidado. Así, se señala la necesidad de apoyo emocional y programas de salud mental, que a día de hoy no están disponibles debido a la alta demanda y poca capacidad de atención en los CESFAM y CESCOF. Por lo tanto, se requiere mayor cantidad de profesionales que atiendan a las personas cuidadoras.

También se menciona la necesidad de autocuidado y apoyo que permita a las personas cuidadoras disponer de tiempo para desarrollar temas de interés personal (laboral, ocio u otro). Las y los participantes requieren redes de apoyo institucional y comunitario, donde haya un abordaje preventivo de la salud mental y física de las personas que cuidan mediante espacios de contención y espacios de recreación. Se hace hincapié en las cuidadoras que son madres de hijos o hijas con discapacidad o que cuidan a personas mayores con alto grado de dependencia, ya que esto conlleva cuidados permanentes y no tener descanso o espacios personales.

6.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Valparaíso



Las personas que requieren cuidados señalan como problemática sustancial la **educación**. Se destaca la necesidad de contar con establecimientos educacionales -primarios, secundarios y superiores- que dispongan de espacios adecuados y adaptados para personas en situación de discapacidad y con condiciones neurodivergentes, atendiendo a las diferentes edades y condiciones. Se menciona la importancia de fortalecer la educación para personas con discapacidad y se sugiere ajustar las tarifas para favorecer su acceso. Asimismo, se indica la importancia de contar con educación y formación para personas entre 25 y 59 años, a fin de garantizar su desarrollo personal y profesional.

Se hace referencia a que los centros educativos sean accesibles y adaptados a las necesidades específicas de estos estudiantes, promoviendo de esta manera su participación en todas las actividades escolares, académicas y sociales. En la misma línea, se vuelve primordial garantizar que las personas tengan igualdad de oportunidades para acceder y participar en la educación, asegurando su pleno desarrollo académico y personal. Se alude en particular a la dificultad de acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes con condiciones neurodivergentes o con alguna situación de discapacidad, lo que inmediatamente resulta en un atraso y hasta en la limitación de sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje. La falta de adecuaciones en el entorno educativo dificulta su participación plena y equitativa en el sistema educacional.

Por otro lado, se alude a la capacidad que tiene la educación de favorecer un cambio cultural y promover una mayor sensibilización y conocimiento sobre las personas que requieren cuidados. Se menciona la importancia de culturizar y educar sobre este tema desde las edades más tempranas, informando sobre las diferentes discapacidades, incluso las invisibles, y los cuidados en los colegios. Asimismo, se sugiere incorporar a las familias en este proceso educativo para que conozcan sus derechos. En cuanto a los colegios y centros educativos, se menciona la importancia de que cuenten con actividades después del horario escolar, a fin de garantizar un espacio seguro y de desarrollo para niños, niñas y adolescentes.

Respecto de la **infraestructura**, en los diálogos se identifica fuertemente la falta de una infraestructura inclusiva en espacios públicos y privados, lo que representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. Las y los participantes señalan que es crucial abordar de manera urgente el problema de las calles y la accesibilidad para las personas con discapacidad. Se menciona que es fundamental garantizar que las calles estén adaptadas adecuadamente para facilitar el transporte de personas que utilizan sillas de ruedas, bastones o que tienen dificultades visuales, entre otros factores. Esto implica la construcción de rampas y ascensores accesibles, la eliminación de barreras arquitectónicas y la implementación de señalización adecuada para facilitar la movilidad, independencia y seguridad de las personas con discapacidad en el entorno urbano. Asegurar la accesibilidad se vuelve esencial para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad.

Con respecto a la movilidad, se menciona la necesidad de adaptar la locomoción colectiva para asegurar su accesibilidad, así como invertir más recursos para llegar a la totalidad del territorio, especialmente a sectores rurales. Se señala que actualmente existe una baja conectividad para acceder a espacios de cuidados. Asimismo, se identifica un mal uso de los estacionamientos reservados para personas con dependencia o discapacidad, lo que dificulta aún más su movilidad.

En los diálogos se hace mención de la infraestructura de cuidados, sobre lo que señala que se requieren mayores espacios para cuidados, como salas cuna, jardines infantiles, centros de cuidados para personas mayores, casa de acogida y centros de la mujer. Además, se señala la necesidad de contar con áreas verdes en los territorios, que ofrezcan espacios de juego, ocio y esparcimiento para las personas que requieren cuidados. Por otro lado, la vivienda también supone una gran problemática, especialmente en situaciones de hacinamiento. Se señala la necesidad urgente de poder remodelar las viviendas y contar con mayor acceso a vivienda social.

En cuanto al **ámbito laboral**, las y los participantes señalan principalmente la falta de empleo para personas que requieren cuidados, para lo que se sugiere aumentar las oportunidades laborales en las diferentes comunas de la región. Asimismo, se señala la necesidad de que las empresas, públicas y privadas, cuenten con formación sobre inclusión laboral. Para las personas que requieren cuidados y desean trabajar, se solicita que puedan acceder a educación, formación y preparación laboral, especialmente para aquellas entre 25 y 59 años. Por otro lado, se menciona como obstáculo el rechazo de licencias médicas y la poca flexibilidad para casos de atención médica y/o tratamientos. Se señala la necesidad de contar con atención preferencial para personas en situación de discapacidad y/o que presentan dependencia en los servicios de salud y otros trámites y gestiones, a fin de reducir tiempos de espera y poder conciliar mejor con su empleo.

Finalmente, las y los participantes identifican como problemática general la ausencia de **inclusión** de personas en situación de discapacidad y dependencia, que se destaca como un tema central en la búsqueda de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de estas personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Se hace referencia especialmente a las personas mayores y a las personas con algún tipo de discapacidad, haciendo hincapié en aquellas con discapacidad intelectual o con TEA. En los diálogos se solicita que cuenten con talleres, espacios de autocuidado y actividades que fomenten su participación social, a fin de evitar su soledad y marginalización.

Las y los participantes también señalan que se dan casos de burlas y malos tratos en espacios escolares, universitarios y laborales, tanto privados como públicos, hacia personas con alguna situación de discapacidad, condición neurodivergente y/o dependencia, generando un ambiente hostil y excluyente. Asimismo, en los diálogos se menciona que es esencial asegurar una infraestructura inclusiva y accesible en los espacios de trabajo (públicos y privados), a fin de garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas.

Un aspecto que se percibe como factor contribuyente a la falta de inclusión es la escasez de conocimiento e información por parte de la sociedad, lo que genera en las personas que requieren cuidados, estigmatización, vulnerabilidad, pobreza y marginalidad social. Esto puede llegar a suponer la vulneración de derechos. En este sentido, se señala la necesidad de implementar campañas de sensibilización y una educación cívica para el conjunto de la sociedad. Finalmente, se menciona la ausencia de protocolos de atención inclusivos en diferentes espacios, como hospitales o administraciones públicas, entre otros. Las y los practicantes mencionan la relevancia de incorporar una visión intersectorial que unifique los enfoques de discapacidad/dependencia y los cuidados en diversas instituciones y programas, así como una estrategia de prevención y promoción de medidas para una vida saludable.

6.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Valparaíso

Respecto a cuáles son las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, lo primero tiene que ver con el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar centradas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, estar diseñadas con **perspectiva de género** y con un carácter **intersectorial** y **descentralizado**. Adicionalmente, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. En este sentido, se menciona la necesaria **articulación intersectorial** entre los diferentes servicios públicos y la generación de una red coordinada entre instituciones gubernamentales y privadas en beneficio de todas las personas que requieren cuidados y que cuidan. Se hace especial referencia al rol de los municipios, sobre todo aquellos ubicados en sectores rurales.

En la misma línea, las y los participantes mencionan que es imperante avanzar en un **marco legislativo** y en la construcción de **políticas públicas** sobre cuidados, cuyo cumplimiento pueda ser monitoreado y fiscalizado. Concretamente, se menciona la generación de una política local que integre el cuidado como derecho y deber. Para el cumplimiento de esto, se señala que es necesario capacitar a las instituciones públicas asociadas a los cuidados y sus necesidades, como Banco Estado, atención primaria, SERVIU, SENAMA, SENADIS o FONASA. En cuanto a la población objetivo de la política de cuidados, se señala que esta debe tener un especial **foco en las personas cuidadoras**. En este contexto, se da cuenta de la necesidad de considerar no sólo a quienes cuidan de personas completamente dependientes, sino también, por ejemplo, quienes cuidan de personas mayores que aun siendo autovalentes requieren cuidados especiales. En conclusión, se sugiere reforzar los programas de cuidado para cubrir correctamente las necesidades.

Entre las acciones de mejora, destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**. Esto incluye las mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de los servicios e instituciones asociadas al cuidado y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. En los diálogos se identifica la necesidad de contar con oferta programática en **todo el ciclo vital**, incluyendo a los adultos en general, y no solo priorizando la infancia y la tercera edad. En cuanto a las personas mayores, se señala la necesidad de mejorar la oferta programática, ya que existen muchas personas mayores postradas en sus hogares sin posibilidades de cuidados, ni un catastro que respalde el estado en el que viven. Con respecto a los niños, niñas y adolescentes, se menciona la necesidad de mayor cobertura de acceso a sala cuna, oferta programática para NNA de 0 a 4 años, y espacios de cuidado para casos de enfermedades, vacaciones, turnos y casos especiales.

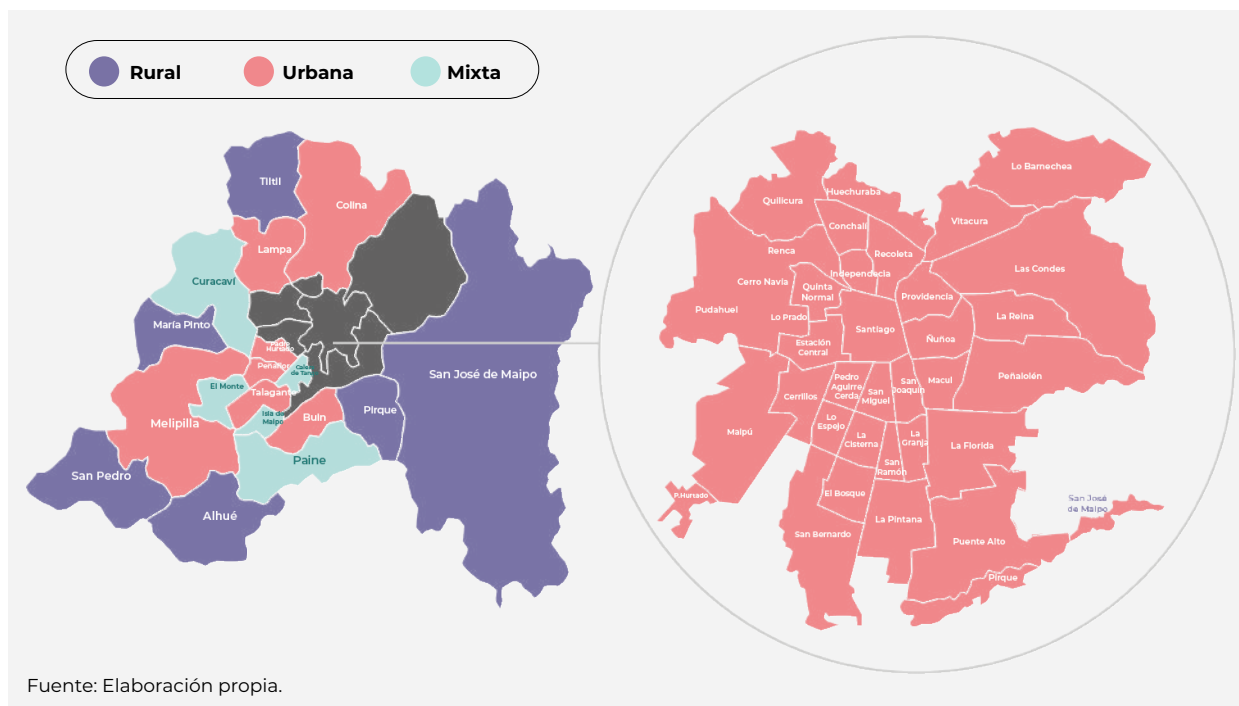
En general se señala que la oferta programática de cuidados debiera priorizar la **salud**. Asimismo, se espera que el Sistema **estandarice los servicios y la calidad** en los distintos espacios del sistema de salud, especialmente para las personas con discapacidad y las personas mayores. De igual manera, se espera que el Sistema facilite el acceso a los programas, amplíe los recursos humanos disponibles para los cuidados y garantice una oferta inclusiva, no solo para grupos vulnerables, sino con requisitos que no excluyan a quienes necesitan cuidados. Para ello, se identifica la necesidad de contar con **cobertura financiera suficiente**, especialmente en comunas con situaciones precarias y mayores brechas. En la misma línea, las y los participantes señalan que es crucial contar con datos actualizados de todas las personas que necesitan cuidados y de las personas cuidadoras disponibles en la comuna o región.

En cuanto a la **tecnología y la información**, se propone la realización de campañas

comunicacionales que faciliten el acceso a la información de manera clara, expedita y accesible para todas las personas. En concreto, se menciona la falta de información sobre los programas disponibles, mecanismos de atención, el registro de personas cuidadoras y las leyes y protocolos asociados a la temática. Asimismo, se propone **facilitar el acceso** a información y postulaciones a programas, servicios y beneficios mediante medios tecnológicos y páginas web adecuadas a la población objetivo, resguardando que las plataformas digitales empleadas sean amigables e inclusivas. Las y los participantes estiman necesario que se realicen capacitaciones sobre el uso de estas tecnologías y que se simplifique el lenguaje y los procesos y trámites. Por último, se señala la importancia de usar los medios de comunicación nacionales, regionales y comunales, como canales de televisión y radios, para **sensibilizar** respecto a las temáticas de cuidados, sensibilizar a la población y promover un cambio social como estrategia de Estado.

Finalmente, en el **ámbito comunitario**, se propone que las organizaciones sociales de cada territorio puedan prestar servicios de cuidados de forma autogestionada. Así, se debieran promover redes de cuidados colectivos y herramientas de apoyo emocional en las distintas comunas con apoyo municipal. En los diálogos también se hace mención a la relación entre el **medio ambiente** y los cuidados. Se señala la importancia de reducir la contaminación, ya que afecta a las personas que cuidan y a quienes tienen patologías o enfermedades complejas. Finalmente, se menciona la importancia de ampliar la **seguridad pública** en las comunas, para evitar situaciones de drogas y alcoholismo, violencia intrafamiliar o delincuencia. Se solicita mayor presencia de carabineros, más patrullajes y el mejoramiento de los espacios públicos.

7 METROPOLITANA DE SANTIAGO



7.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región Metropolitana de Santiago cuenta con una población de 7.112.808 habitantes. Es la región más poblada del país, representando un 40,5% del total de la población nacional (ODEPA, s/f-g). La distribución de la población tiene un **equilibrio de género**, con un 48,7% de hombres y un 51,3% de mujeres para el total de la región (ibid.). Esta proporción se mantiene en las comunas urbanas, mientras que en las comunas rurales se invierte (ibid.).

Se puede observar un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población a lo largo de la región. La Región Metropolitana cuenta con 52 comunas, 41 de las cuales son urbanas, 5 mixtas y 6 rurales (ODEPA, s/f-g). Las comunas rurales y mixtas abarcan el 64% del territorio, pero solo albergan el 4,2% de la población regional (ibid.). Esto convierte a la Región Metropolitana en la región con mayor predominio de población urbana en el país (GORE Santiago, 2024). Además de este desequilibrio entre comunas rurales y urbanas, se observa una mayor proporción de población en la provincia de Santiago, en la cual se concentra el 73,82% de la población (ibid.). Estas diferencias son especialmente relevantes a la hora de analizar las brechas socioeconómicas dentro de la región.

La Región Metropolitana cuenta con un 9,8% de **población perteneciente a pueblos indígenas u originarios**, una cifra menor al promedio nacional del 12,4% (ODEPA, s/f-g). Esta población tiene mayor concentración en comunas urbanas, entre las que destacan Cerro Navía y La Pintana, con un 15,7% y 15,5% respectivamente (ibid.). Entre quienes se identifican con esta población, el 88% lo hace con el pueblo mapuche (ibid.).

Respecto a la **población migrante**, la región alberga al 57,8% de las personas extranjeras del país, la región con mayor porcentaje (SERMIG, 2024f). De las 938.904 personas migrantes de la Región Metropolitana (el 13,2% de la población regional), un 33,8% procede de Venezuela, un 19,8% de Perú, un 12,3% de Haití y un 11,1% de Colombia (ibid.). Gran parte de esta población

habita en los barrios de comunas centrales y pericentrales; áreas que suelen presentar altos grados de precariedad, lo que no permite que la multiculturalidad se vea como una fortaleza, sino como una amenaza para la convivencia en muchos casos (GORE Santiago, 2024).

La región también cuenta con una **población afrodescendiente** que representa el 31,27% del total nacional, siendo la segunda región con mayor concentración (INE, 2018a). Esto equivale a 3.102 personas que constituyen el 0,04% de la población regional.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **4,4% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor inferior al promedio nacional del 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Sin embargo, hay que considerar que la distribución de la pobreza es muy desigual en la región, con algunas comunas que doblan o triplican el promedio nacional, como María Pinto y La Pintana (ODEPA, s/f-g). Además, la pobreza en la región afecta en mayor medida a las mujeres, siendo destacable el incremento de jefaturas de hogar femeninas que se ha dado en las últimas décadas (GORE Santiago, 2012). Para 2020, el 49,8% del total de los hogares de la región contaba con una jefa de hogar mujer (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

Respecto de la **habitabilidad**, el 5,8% de los hogares se encuentra en condición de hacinamiento, lo que representa un punto porcentual más que el promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Además, el 4,6% de los hogares no cuenta con un acceso adecuado a agua potable (ibid.). Estos factores se dan especialmente en comunas rurales y mixtas, como El Monte, Melipilla y San Pedro (GORE Santiago, 2024). Por el contrario, las comunas urbanas cuentan con una cobertura casi completa.

Otro gran problema en la región es la existencia de campamentos. Para 2022-2023 había registrados un total de 167 campamentos en 32 comunas de la Región Metropolitana, lo que supone un total de 20.355 familias (Techo Chile, 2023). La mayoría de estos campamentos están ubicados en el Gran Santiago. Las comunas de Lampa, Maipú y Colina concentran la mayor cantidad de campamentos; y Lampa, Puente Alto, Colina y Cerrillo el mayor número de familias en este tipo de asentamientos (Techo Chile, 2023). Este contexto dificulta la convivencia y la construcción de comunidades al interior de los barrios y las comunas, especialmente en sectores rurales y periurbanos (GORE Santiago, 2024).

Otro aspecto relevante a mencionar es la **conectividad**. Los datos reflejan que mientras las comunas más centrales de la Provincia de Santiago cuentan una óptima conectividad interna, las comunas rurales de las provincias de Cordillera y Melipilla tienen un nivel bajo de conectividad (GORE Santiago, 2024). Las comunas de la provincia de Chacabuco, Talagante, Maipo y algunas comunas de Santiago (Las Condes, Huechuraba y La Florida) presentan un nivel medio de conectividad (ibid.).

En cuanto a la **educación**, la región presenta buenos resultados, con un promedio de escolaridad de 12,3 años, superior al promedio nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Sin embargo, existen grandes brechas entre las comunas urbanas y rurales, donde estas últimas presentan un promedio de 1,4 años menos de escolaridad, y además de presentar peores resultados en las pruebas educativas (ODEPA, s/f-g). La desigualdad entre comunas rurales, como San Pedro, y urbanas, como Providencia, llega a superar los 6 años de brecha de escolaridad (ibid.). La mejor calidad educativa se da en comunas como Vitacura, Providencia, Las Condes, La Reina y Lo Barnechea; frente a la peor en San José de Maipo, Cerro Navia, María Pinto, La Pintana y Til Til (ibid.).

En cuanto al acceso a la educación, aunque se ha mejorado en el nivel parvulario, la educación superior aún muestra grandes brechas entre los quintiles más altos y los más bajos (GORE Santiago, 2012). Lo mismo sucede en la tasa de asistencia (ibid.). Esta desigualdad genera grandes problemas socioeconómicos e impone mayores barreras a la superación intergeneracional de la pobreza.

Tabla 7. Datos de empleo en la región Metropolitana

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	65,9%	75,3%	56,8%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	59,8%	68,5%	51,3%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

La región Metropolitana presenta datos de **empleo** más positivos que el promedio nacional. Como se puede observar, tanto las tasas de participación como de ocupación en la región, superan en más de 2 puntos porcentuales al promedio nacional. Estas cifras de empleo se dan en un contexto donde la región es el principal centro económico del país, albergando una importante cantidad de empresas e industrias del país, incluyendo grandes empresas y multinacionales, además de contar con un sector financiero y de servicios muy relevante. El PIB de la región se compone principalmente de servicios financieros y empresariales; comercio y hostelería; servicios personales; industria manufacturera; y transporte, información y comunicaciones (ODEPA, s/f-g).

A pesar de este buen escenario, existen grandes desigualdades de género en el acceso al empleo y las condiciones laborales en la región. La brecha de género en la tasa de participación alcanza los 18,5 puntos porcentuales. Esto empeora aún más en los sectores empobrecidos, donde hay mayor presencia de mujeres jefas de hogar, lo que aumenta las dificultades de superar la pobreza y las coloca en una posición de vulnerabilidad. (GORE Santiago, 2012). Las mujeres también enfrentan menores salarios y peores condiciones laborales, debido a la división sexual del trabajo, los techos de cristal y las menores oportunidades de acceso a la educación superior (ibid.). También cabe mencionar la situación económica de las áreas rurales, donde el sector de la agroindustria está presente. Sin embargo, no parece una opción de empleo atractiva y valorada por las personas que viven en localidades rurales, lo que lleva a una migración hacia zonas urbanas en busca de mejores oportunidades (GORE Santiago, 2012).

Respecto de la **salud**, en la región el 77,4% de las personas del Registro Social de Hogares se encuentra adscrito a FONASA y 16,1% a ISAPRE (BCN, 2023e). En total, el 60,6% de la población regional está inscrita en servicios de salud municipal. Sobre los factores que afectan especialmente a la salud en la región, el Gobierno regional señala, por un lado, el problema de la calidad del aire, causado por las condiciones de ventilación y las emisiones contaminantes (GORE Santiago, 2012). De nuevo, se da una brecha social, ya que los peores niveles de calidad de aire se dan en las comunas de Santiago, Cerro Navia, Lo Prado, Quinta Normal y Pudahuel (ibid.).

Por otro lado, se señala que la ausencia de áreas verdes también afecta a la salud de los y las ciudadanos de la región. Aunque sí existen áreas verdes y espacios de recreación saludables, estos se concentran en las comunas de mayores ingresos de la región, como Lo Barnechea o Vitacura (GORE Santiago, 2012). Por el contrario, existen comunas donde casi no existen estos espacios, como Quilicura, Conchalí o San Miguel (ibid.). La disparidad de recursos disponibles para la creación y mantención de estas áreas y la diferente proporción de suelo disponible genera estas grandes diferencias en la región.

7.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)³¹

Dependencia	Moderada	Severa
	245.429	176.900
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	197.100	225.228

Fuente: Elaboración propia

²⁹ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

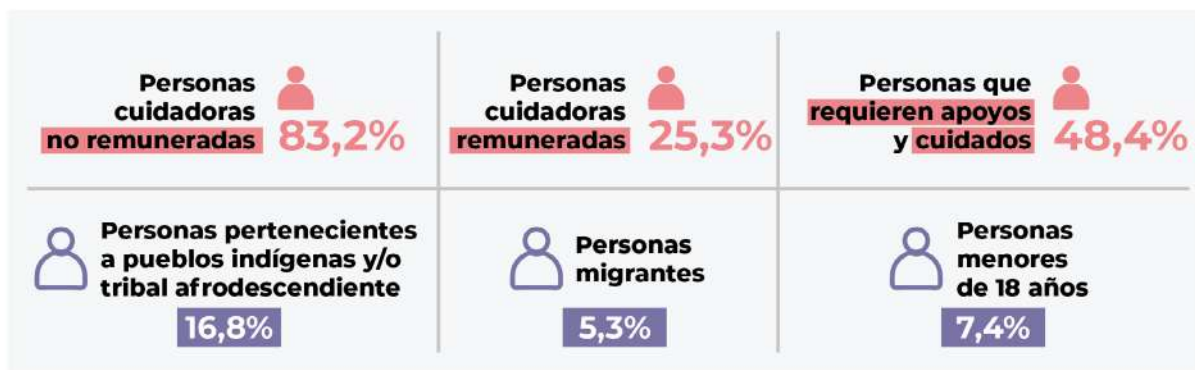
³⁰ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

³¹ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

7.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región Metropolitana



Porcentaje de participación en el total de las actas de Valparaíso



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

²⁸ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

7.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región Metropolitana



En los diálogos realizados en la región se observa una alta proporción de menciones a la **corresponsabilidad social**. Quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia respecto a que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Se señala que hay un desgaste social en las familias que cuidan y que el trabajo de cuidados que se realiza a la interna de estas se invisibiliza. En este sentido, se requiere concientizar a la sociedad sobre la importancia de visibilizar y valorar el trabajo de cuidados no remunerado que realizan las familias. Sobre esto, evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria (con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras), incluso proveer capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados para fortalecer el entendimiento y la participación compartida. Por otro lado, se menciona que es necesario ampliar la concepción de familia, para incluir no solo a las familias tradicionales, sino también a las familias homoparentales, monoparentales y monomarentales.

Respecto a la falta de redes de apoyo, entre las menciones de las y los participantes aparecen la falta de articulación de una red de cuidados, la necesidad de crear dispositivos comunitarios, la falta de apoyo familiar y la necesidad de ampliación de la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro). También destacan la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de generar espacios destinados a cuidar, especialmente a personas mayores; financiar las redes y organizaciones ya existentes; y promover instancias de participación para la comunidad en espacios vinculantes y que fomenten la corresponsabilidad social.

También se señala la necesidad de mayor **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes identifican que los cuidados son un trabajo altamente feminizado, ya que quien se hace responsable al interior de las familias es exclusivamente la mujer. Se menciona que al ser las mujeres quienes asumen la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado, se limitan sus oportunidades laborales, educativas y de desarrollo personal. Esto se relaciona con la exclusión (o autoexclusión) del hombre en el rol de cuidados, especialmente de los padres, sobrecargando de esta manera a las mujeres de las familias. Se señala que es importante abordar esta desigualdad de género y promover la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres para evitar la sobrecarga de ellas.

Se señala además que esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras experimenten una sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida. Se señala el aislamiento social que sufren y que aleja a las mujeres de los espacios públicos, reduciendo su realización personal al ámbito familiar y privado.

Las y los participantes se refieren en un aspecto más abstracto a la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo. Se hace hincapié en que las principales víctimas de este problema son las mujeres migrantes y afrodescendientes. Así, se menciona que los cuidados no se deben considerar una labor innata de las mujeres, sino transversal para el conjunto de la sociedad. Además, en los diálogos se señala la necesidad de reconocer el cuidado como un trabajo.

En cuanto a la **autonomía económica**, las y los participantes asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se observa una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. En los diálogos se hace referencia a la necesidad de apoyo económico para las personas que ejercen los cuidados. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, desde acceso a subsidios para personas cuidadoras, apoyo tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Otro problema mencionado es que para las personas mayores que ejercen cuidados, las pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como la Pensión Garantizada Universal (PGU). Se menciona en diversas ocasiones que debe existir una pensión garantizada para las cuidadoras, ya que, si no pudieron trabajar en el mercado laboral, se debe principalmente a los cuidados y al trabajo doméstico que realizaron durante su vida.

Como problemáticas específicas asociadas a la autonomía económica, se menciona una deficiencia en la oferta laboral para cuidadoras, concretamente la ausencia de oportunidades laborales con enfoque de género. Las y los participantes señalan la necesidad de contar con la posibilidad de trabajar para generar ingresos, lo cual muchas veces no pueden hacer por la incompatibilidad de un trabajo formal con los cuidados. En los diálogos se identifican como posibles soluciones: la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; y la profesionalización del oficio de cuidador/a. Asimismo, se menciona la importancia de generar un acompañamiento en la reinserción laboral para aquellas personas que han tenido que dejar sus trabajos para asumir el rol de cuidadoras y luego deben reinsertarse en el mundo laboral.

La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de lo que en los diálogos se identifica como “flexibilidad laboral” y en la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Así, se señala la necesidad de contar con medidas de flexibilidad laboral, como el teletrabajo, el trabajo de turnos breves para personas cuidadoras que disponen de tiempos limitados, o permisos laborales en caso de emergencia de las personas que cuidan. Asimismo, se señala específicamente la necesidad de contar con mayor cantidad de salas cuna y servicios de cuidado para hijos/as posterior al horario escolar.

Bajo la categoría de **uso del tiempo** se mencionan diversas necesidades y problemáticas. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras no disponen de tiempo libre, lo que las priva de actividades distintas a los cuidados. Esto limita su disponibilidad para asuntos personales y de ocio, especialmente en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la creación de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relajación y autocuidado; actividades deportivas; y actividades de esparcimiento para disfrutar con amistades. Todo esto se relaciona con la necesidad de contar con un espacio de “respiro” en los cuidados.

Para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debiera existir una atención preferente para las personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos), y solicitud de horas médicas con especialistas. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios. También se identifica como necesidad que se agilicen y faciliten las gestiones y trámites, así como que se mejore el registro de personas cuidadoras. Por último, para reducir la falta de tiempo, se señala la necesidad de fortalecer las redes de apoyo y la atención domiciliaria, a fin de minimizar la sobrecarga de cuidadoras.

Finalmente, se menciona como problemática la **educación y formación** de las personas cuidadoras. Por un lado, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) en áreas como: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes; primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el sistema de salud, y capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos. También se menciona la necesidad de capacitación o educación con respecto a niños, niñas y adolescentes con TEA. Asimismo, se hace especial mención a la necesidad de alfabetización digital para las personas cuidadoras, con el fin de facilitar el acceso a beneficios y la búsqueda de información.

7.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región Metropolitana



Las y los participantes de los diálogos señalan que ciertos **aspectos legales** suponen una problemática para las personas cuidadas. Principalmente, se hace referencia a la vulneración de derechos de las personas que requieren cuidados y la falta de asesoría legal en estos casos. Además, se menciona la falta de legislación o regulación sobre la calidad de los cuidados y la atención que se otorga a las personas que requieren ser cuidadas. Esto genera algunos casos de abandono y negligencia en el cuidado de personas en situación de dependencia. Por esto, se menciona que es esencial establecer marcos legales sólidos que protejan los derechos y el bienestar de estas personas y promuevan la responsabilidad en la prestación de cuidados.

En los diálogos también se menciona la necesidad de reconocer legalmente el derecho a cuidar y ser cuidado, ya sea a nivel constitucional o mediante una ley. En la misma línea, se propone reconocer la neurodivergencia como una fuente que origina necesidades de cuidados. La visión del cuidado como un derecho humano también se relaciona con la noción de que se debe considerar como un aspecto universal y transversal. Se hace mención del artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el cual establece el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad,

lo que según las y los participantes no se respeta en la actualidad. Por otro lado, se hace referencia a la vulneración a la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, al existir la interdicción, a pesar de existir mecanismos alternativos, mencionando, por ejemplo, el sistema de salvaguardia que permite restablecer la capacidad jurídica.

En la región también se menciona la **vivienda** como una problemática. En este sentido, se señala la dificultad de acceso a viviendas adecuadas, tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de accesibilidad universal y adecuación de la infraestructura a las necesidades de las personas que requieren cuidados, sobre todo aquellas en situación de dependencia o discapacidad. Las y los participantes también mencionan la necesidad de medidas en torno a las viviendas para personas que requieren cuidados y sus cuidadores/as. En concreto, se propone la adaptación de viviendas, tanto tuteladas como propias, y la construcción de viviendas atendiendo a las necesidades de personas con discapacidad o dependencia y sus cuidadoras/es en sus territorios de origen y donde tienen sus redes de apoyo.

Por otro lado, se señala la necesidad de contar con infraestructura de cuidados, como centros de día para personas mayores o ampliación de cupos para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Asimismo, se menciona la falta de planificación territorial y la ausencia de infraestructura accesible e inclusiva, como iluminación adecuada, limpieza de calles y veredas, áreas verdes, rampas, bandas táctiles o semáforos sonoros. Las y los participantes mencionan que esto es esencial para permitir la participación social de las personas con discapacidad o dependencia, ya que las barreras arquitectónicas existentes lo impiden actualmente. También se señala la necesidad de contar con transporte accesible e inclusivo atendiendo a la realidad de cada territorio.

En cuanto al ámbito **laboral**, se señalan principalmente la falta de empleo, lo que reduce sus fuentes de ingreso. Se solicita implementar mecanismos de apoyo para que las personas que requieren cuidados también puedan trabajar. Por otro lado, se hace referencia al rechazo de licencias médicas y poca flexibilidad para casos de atención médica y/o tratamientos. Se señala la necesidad de contar con atención preferencial para personas en situación de discapacidad y/o que presentan dependencia en los servicios de salud y otros trámites y gestiones para reducir este tiempo y poder conciliar mejor con su empleo. Las y los participantes también señalan que se dan casos de burlas y malos tratos en espacios escolares, universitarios y laborales (privados y públicos) hacia personas con alguna situación de discapacidad, condición neurodivergente y/o dependencia, generando un ambiente hostil y excluyente. Se menciona además que para estas personas es difícil denunciar y buscar apoyos, debido a la falta de información y educación para prevenir estas situaciones. Asimismo, se señala que es esencial asegurar una infraestructura inclusiva y accesible en los espacios de trabajo (públicos y privados).

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados es la generación de redes de apoyo, las cuales pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad o dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. Se menciona además que la pandemia generó un mayor aislamiento social e hizo que se perdieran dinámicas colectivas, faltando así un sentido comunitario. Por esto, se señala que es necesario generar un sistema comunitario a partir del fortalecimiento del tejido social.

Por otro parte, las y los participantes señalan que suelen darse situaciones en que hijos, hijas y otros familiares se desligan de la responsabilidad de los cuidados. En estos casos, si quien requiere de cuidados carece de persona cuidadora, puede terminar viviendo sola, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, pudiendo experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su

vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso. En este sentido, se hace mención de la problemática que supone la institucionalización de las personas con discapacidad o dependencia cuando las familias lo deciden o cuando éstas no tienen redes para poder desarrollar su proyecto de vida. Así, se señala que las personas que requieren cuidados deben poder elegir su lugar de residencia y no verse obligados contra su voluntad a vivir según arreglos preestablecidos, como señala el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

7.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región Metropolitana

Respecto a cuáles son las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, es crucial definir el espíritu de las políticas en primer lugar. Así, las políticas a diseñar deben estar centradas en **garantizar la calidad de vida de las personas** e incorporar la **perspectiva de género** y un enfoque **intersectorial** y **descentralizado**. Adicionalmente, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relacionada con los cuidados, tanto la existente como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. Se señala que es necesario que exista **coordinación intersectorial**, afirmando que un Sistema exitoso requiere una coordinación efectiva entre diferentes sectores e instituciones gubernamentales, así como la colaboración entre el gobierno, la sociedad civil y el sector privado. Especialmente, se menciona la importancia de articular redes y estrategias transversales que permitan el trabajo colaborativo entre los diferentes actores públicos y privados. Además, se hace referencia al **financiamiento** y la sostenibilidad del Sistema, que deberá contar con financiamiento suficiente y duradero para garantizar la provisión de servicios de cuidado de calidad a largo plazo. En el mismo sentido, se menciona la necesidad de contar con una gestión eficaz de los recursos disponibles, contando con una estructura y personal adecuados.

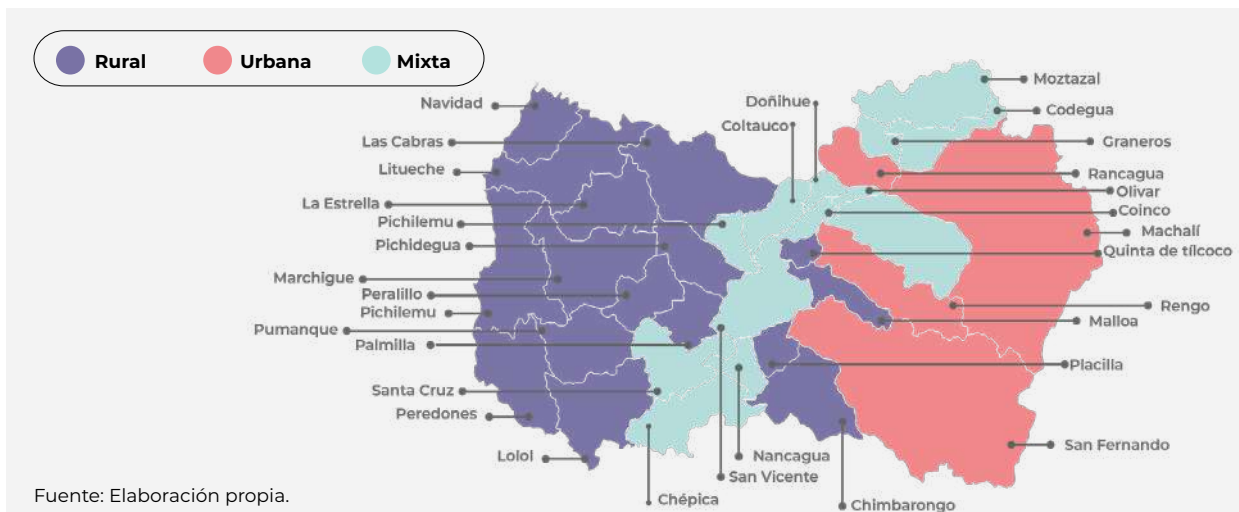
Las y los participantes indican que muchas familias tienen dificultades para acceder a servicios de cuidado de calidad y asequibles para niños y niñas, personas mayores y personas con discapacidad. Por ello, el Sistema debería garantizar el acceso universal a servicios de cuidado de calidad que satisfagan las necesidades de las familias. Entre las acciones de mejora, destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, entre otros) y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. Esto se expresa en capacidades de atención de la infraestructura, incrementar los cupos, proporcionar apoyo técnico y/o de “respiro”, y extender la duración de los beneficios. Se hace especial mención a la ampliación de cupos para reducir las largas listas de espera para ingresar a programas. Se destaca igualmente la expectativa de mayor rapidez en el acceso a los distintos tipos de apoyo, y de contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados, a fin de diferenciar perfiles y categorías de programas.

Se identifican como **población prioritaria** a las personas mayores, la personas con discapacidad, y niñas y niños con padres y madres trabajadoras. Se hace especial mención a las personas cuidadoras que también requieren servicios de salud mental y respiro. Para ello, se solicita reforzar la Red Local de Apoyo y Cuidados, ya que es el único programa que apoya a las cuidadoras. Asimismo, se señala que la oferta programática debe tener en cuenta las **características de cada lugar**, como, por ejemplo, el clima. También se menciona que la oferta programática debe contemplar todo el ciclo vital, haciendo hincapié en la maternidad

post nacimiento y las personas jóvenes mayores de 26 años que no cuentan con oferta de cuidados. En la misma línea, se señala que es importante generar mecanismos de cuidados y protección para las personas privadas de libertad.

Por otro lado, se señala que los servicios de cuidados deberían ser **descentralizados**, dotando a los municipios de un rol importante en su prestación. En relación con este punto, las y los participantes solicitan que se capacite a los profesionales y administrativos que trabajen en áreas de atención al público, para que promuevan un mejor trato y aseguren un acceso fácil y cercano para las personas que acuden a los servicios públicos. En relación con la información, en los diálogos se identifica la necesidad de potenciar la **comunicación efectiva** desde los servicios públicos hacia la ciudadanía para difundir la información de manera clara, ordenada y accesible. Las y los participantes solicitan que los canales de comunicación sean más abiertos, promoviendo el acceso a beneficios sociales y el conocimiento de sus derechos. Esto hace referencia tanto a servicios de oferta pública como privada, así como a las redes de apoyo para personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados.

Finalmente, se hace referencia a la **seguridad** y el estado de las calles y los espacios públicos. Por un lado, se señala la falta de seguridad causada por el consumo de sustancias ilícitas, el porte de armas, la violencia y el narcotráfico. Se menciona que esto afecta a la infancia, a las personas cuidadoras y a la comunidad en general, limitando su movilidad y la seguridad en las calles. Así, se menciona la necesidad de contar con estrategias de prevención y erradicación de la violencia. Por otro lado, se señala la falta de **espacios públicos**, como áreas verdes y espacios de ocio, que promuevan un ambiente seguro, especialmente para niños y niñas. Así, se identifica la necesidad de mayor fiscalización y la recuperación de espacios públicos, así como un programa transversal que aborde el fenómeno de personas en situación de calle. Se señala también la importancia de tener en cuenta el contexto cultural, social y educativo de los sectores vulnerables, ya que esto complejiza el abordaje de los cuidados en función de la realidad en que se desenvuelven.



8.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región de O'Higgins cuenta con una población de 914.555 habitantes. (ODEPA, s/f-h). La distribución de la población muestra un **equilibrio de género**, con un 49,6% de hombres y un 50,4% de mujeres para el total de la región (ODEPA, s/f-h). Para el total de las comunas urbanas se mantiene la misma proporción, y se invierte para el total de las comunas rurales (ibid.). Hay algunas comunas rurales que tienen mayor proporción masculina, como La Estrella, Navidad, Litueche y Paredones, con un 52% de hombres.

Se puede observar un cierto **desequilibrio territorial** en la distribución de la población a lo largo de la región. La Región de O'Higgins cuenta con 33 comunas, 16 son rurales, 13 mixtas y tan solo 4 urbanas (ODEPA, s/f-h). Las comunas rurales y mixtas abarcan el 65% del territorio, en el que habita el 53% de la población (ibid.). Es destacable la presencia de comunas con una población muy inferior al resto de la región. Por ejemplo, Pumanque y La Estrella cuentan con una población sobre las 3.000 personas; y Lolol, Navidad y Paredones, sobre las 6.000 personas (ODEPA, s/f-h). Por el contrario, la comuna de Rancagua concentra una población de 241.774 personas, siendo la comuna más poblada de la región con un amplio margen.

La región cuenta con un 6,3% de **población perteneciente a pueblos indígenas u originarios** (ODEPA, s/f-h). Esta cifra es bastante baja en comparación con el promedio nacional de 12,4% (ibid.). Esta población muestra un porcentaje algo mayor para el total de las comunas urbanas, con un promedio de 7% de la población, superando esta cifra en las comunas de Graneros, Requínoa, Las Cabras (ibid.).

Respecto a la **población migrante**, la región alberga al 2,9% de las personas extranjeras del país (SERMIG, 2024g). De las 46.594 personas migrantes de la región (el 5,1% de la población regional), un 32,5% procede de Venezuela, un 27,5% de Haití y un 8,7% de Bolivia y Colombia (ibid.). La mayor parte de estas personas habita en la comuna de Rancagua, concretamente un 37,2% (ibid.).

Aunque la región también cuenta con **población afrodescendiente**, las cifras son muy menores en comparación con otras regiones al norte de O'Higgins. La región alberga un 0,68% del total nacional (INE, 2018a). Esto supone un total de 67 personas, cifra que no llega al 1% de la población regional.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **7% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor superior al promedio nacional del 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Esta situación se agrava en las áreas rurales, donde la cifra de pobreza por ingresos se duplica en comunas como Placilla, Chimbarongo o Paredones (ODEPA, s/f-h). En la misma línea, la pobreza afecta en mayor medida a los menores de 18 años y a las mujeres. Cabe destacar que en la región el 47,9% de los hogares tienen una mujer jefa de hogar (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

Respecto de la **habitabilidad**, en la región, 3,8% de los hogares se encuentran en condición de hacinamiento y 10,9% cuentan con acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Además, la región registra 47 campamentos, que albergan a 1.191 familias (BCN, 2023f).

La **educación** también se presenta como una brecha importante en la región. El promedio de años de escolaridad es de 10,9 años, un año menos que el promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Asimismo, existen importantes diferencias entre las comunas rurales y urbanas, tanto en los años de escolaridad como en la calidad de la educación. Hay comunas con tan solo 8 años de escolaridad y una brecha de hasta 10 puntos en los resultados de matemáticas y lectura (ODEPA, s/f-h).

Tabla 8. Datos de empleo en la Región de O'Higgins

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	59,5%	70,1%	49,1%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	55,6%	65,9%	45,5%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Como se puede observar en la tabla 8, la región presenta datos de **empleo** más débiles que el promedio nacional, tanto en la tasa de participación como en la de ocupación. Esto puede deberse a la estacionalidad del empleo, lo que afecta a calidad y estabilidad (GORE O'Higgins, 2011). Asimismo, es destacable que la brecha de género para ambas tasas es mayor en la región que a nivel nacional. Esto muestra que las mujeres se encuentran en una situación laboral más desfavorable con respecto a los hombres.

Los datos regionales muestran que las mujeres participan principalmente en sectores tales como el servicio doméstico, la agricultura y el comercio (GORE O'Higgins, 2011). Estos sectores tienen en común los bajos salarios, el empleo informal o el no pago de cotizaciones previsionales. Esto deja a las mujeres de la región en una situación más precaria, perpetúa roles tradicionalmente asignados a la mujer, así como la feminización de estos sectores (GORE O'Higgins, 2011). Los datos regionales muestran además que la participación de las mujeres disminuye en los quintiles más bajos (ibid.). En general, la economía de la región se basa principalmente en la minería, el sector agropecuario, los servicios personales y la industria manufacturera (ODEPA, s/f-h).

Finalmente, respecto a la **salud**, en la región, el 86,2% de las personas presentes en el Registro Social de Hogares están adscritas a FONASA, y un 8,1% a ISAPRE (BCN, 2023f). En total, el 76,9% de la población está inscrita en salud municipal (ibid.). En cuanto a indicadores de salud, la región muestra que las cifras de sedentarismo, depresión, discapacidad, tumores y mortalidad por siniestros son superiores a las del nivel nacional (GORE O'Higgins, 2011). Estos son factores que se deberán tener en cuenta a la hora de mejorar la salud en O'Higgins. En cuanto a los servicios, se observa un déficit de médicos en sectores rurales, altos niveles de espera y falta de personal en general (GORE O'Higgins, 2011).

8.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)³⁵

Dependencia	Moderada	Severa
	35.512	24.202
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	23.501	33.213

Fuente: Elaboración propia

³³ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

³⁴ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

³⁵ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

8.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de O´Higgins



Porcentaje de participación en el total de las actas de O'Higgins



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

³⁶ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

8.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de O'Higgins



En los diálogos realizados en la región existe una alta proporción de menciones relacionadas con el **uso del tiempo**, en las que destacan diversas necesidades y problemáticas. Por un lado, se señala la ausencia de tiempo libre de las personas cuidadoras, quienes deben estar casi las 24 horas pendientes de las personas que cuidan, no disponiendo de tiempo para asuntos distintos a los cuidados. Las y los participantes mencionan que tienen poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, así como para realizar trámites. Esto afecta especialmente a la calidad de vida de las mujeres en sectores populares, donde se agrava la situación.

Sobre esto, se señala como necesaria la creación de mayores instancias de esparcimiento y participación para las cuidadoras, incluyendo espacios físicos que sean inclusivos para poder asistir con las personas que cuidan si es necesario.

Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relajación y autocuidado; actividades deportivas; y actividades de esparcimiento y disfrutar con amistades. En los diálogos, esto se asimila también a un espacio de “respiro” en los cuidados, para lo que las cuidadoras necesitan de apoyo externo, relevo en los cuidados y programas de apoyo y ayuda para los cuidados.

Por otro lado, para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Para ello, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios. También se identifica como necesidad que se agilicen y faciliten las gestiones y trámites, y que se mejore el registro de personas cuidadoras.

Con respecto a la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican una falta de conciencia en la sociedad sobre la necesidad de que los cuidados sean un trabajo compartido, tanto a nivel familiar como social. Las y los participantes señalan que la sociedad requiere más educación cívica sobre el tema de los cuidados y la importancia de salir del individualismo. Sobre esto, evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria que incluya a las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras. En los diálogos se sugiere desarrollar una política de corresponsabilidad de los cuidados y crear una ley que asegure un reparto equitativo del trabajo de cuidados.

Respecto a la falta de redes de apoyo, las y los participantes mencionan la necesidad de contar con más organización en la comunidad; articular redes de apoyo para una mejor distribución del cuidado; generar mayor involucramiento de la sociedad, basado en la solidaridad y la empatía; y establecer una organización comunal

de personas cuidadoras. Para ello, se considera fundamental que se sensibilice y concientice acerca del trabajo de cuidados y el rol de las y los cuidadores. En la misma línea, se menciona la necesidad de fomentar la responsabilidad de cuidar en toda la sociedad y reforzar el componente rural a la hora de crear una cultura del cuidado.

También se señala la necesidad de una mayor **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes mencionan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y como cuidadoras secundarias para otras mujeres de la familia, como las hermanas (reforzando roles de género, la feminización de estas tareas y la sobrecarga). Además de las mujeres, se destacan también las niñas y los niños pequeños, sobre todo ellas, quienes a menudo reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. Esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras tengan una sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general, se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida y, como consecuencia de ello, sufre un aislamiento social.

Las y los participantes se refieren también a la feminización del cuidado y la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados. Se hace referencia a la cultura machista que ha obligado a las mujeres a tomar el rol de cuidadoras a nivel familiar. En específico, se hace mención a que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente sobre las mujeres, lo que debe cambiar para que haya una distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres. En este sentido, se señala la necesidad de incorporar el enfoque de género en la construcción sociocultural de la organización de los cuidados, así como legislar para garantizar que toda la familia se haga cargo de los cuidados, y generar mecanismos de reemplazo para el cuidado.

En cuanto a la **autonomía económica**, las y los participantes de los diálogos reconocen que es una problemática particular. Se asocia el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. En los diálogos se hace referencia a la necesidad de apoyo económico para las personas que ejercen los cuidados. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como acceso a subsidios para personas cuidadoras, apoyo tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, o remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Otro problema mencionado es que las pensiones para las personas mayores que ejercen labores de cuidados, o que las han ejercido, son muy bajas.

Lo anterior se relaciona con los problemas económicos que genera a las personas cuidadoras el no contar con ingresos, como no poder hacer frente a los gastos que implican los cuidados o no poder acudir a una atención profesional por tener un alto costo, lo que afecta directamente a la salud de las personas que cuidan. Esta falta de recursos económicos se asocia a la incompatibilidad de cuidar con la opción de contar con un empleo formal. Cuando surgen necesidades de cuidado en las familias o círculos cercanos, muchas personas, especialmente mujeres, se ven obligadas a dejar su trabajo formal. En los diálogos se identifica como causa la falta de flexibilidad laboral, incluyendo la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, horarios flexibles o la opción de teletrabajo. Se señala que en el trabajo formal se reconocen pocas facilidades para ausentarse temporalmente por necesidades de cuidado.

Asimismo, se menciona una deficiencia en la oferta laboral, dada por la falta de oportunidades de trabajo con enfoque de género y la ausencia de derechos laborales de las personas cuidadoras. Se identifican como posibles soluciones: la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; puesta en marcha de medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Por otro lado, las y los participantes identifican una precarización

laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras de cuidado, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. También se hace referencia a la necesidad de mejorar las condiciones laborales de las y los trabajadores que cuidan, garantizándoles derechos y protecciones adecuadas. Se menciona que un problema frecuente es no poder llegar más tarde al trabajo o no poder justificar una falta cuando se requiere de tiempo para realizar algún trámite personal o cuidar.

Finalmente, se menciona como problemática la **educación y formación** de las personas cuidadoras. En este sentido, en los diálogos se detecta que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), como técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud; así como capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, información sobre enfermedades crónicas; y educación con respecto a niños, niñas y adolescentes con TEA.

Asimismo, las y los participantes señalan que sería útil poder contar con un canal de comunicación y de ayuda para los hogares identificados con necesidades de apoyo, a fin de que las personas que cuidan puedan hacer las consultas correspondientes. También se menciona la falta de información y acompañamiento en los procesos de cuidado, lo que genera que las personas cuidadoras se sientan solas en estos procesos. Además, se solicita aumentar las capacitaciones, charlas y talleres sobre la credencial de cuidadora, así como realizar talleres para la comunidad en general sobre las labores de cuidado.

8.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de O'Higgins



En la región se menciona como problema para las personas que requieren cuidados el difícil **acceso a los deportes y la recreación**, esenciales para garantizar una vida plena y activa, además de fomentar la participación igualitaria de todas las personas. También se subraya la necesidad de contar con actividades artísticas y culturales, para que todas las personas puedan desarrollarse plenamente. Estas actividades no solo favorecen la sociabilidad de estas personas, sino que también mejoran su salud y su calidad de vida en general. En este sentido, se señala que actualmente existe poco acceso estructural a estas actividades, debido a los problemas para el traslado y la falta de accesibilidad universal en la infraestructura. Se señala la necesidad de contar con espacios y actividades adaptadas a las personas con dependencia y/o discapacidad, las personas mayores o las personas con neurodivergencia. Se menciona la importancia de incluir actividades recreativas y de ocio en los centros diurnos, y de dar apoyo a las agrupaciones dedicadas a este tipo de actividades.

Las y los participantes de los diálogos señalan que ciertos **aspectos legales** suponen una problemática para las personas que requieren cuidados. Principalmente, se hace referencia a la vulneración de derechos de las personas que requieren cuidados y a la falta de asesoría legal en estos casos. Se señala la importancia de hacer cumplir las leyes y normativas existentes, especialmente las que protegen a las personas con discapacidad. Además, se menciona la falta de legislación o regulación sobre la calidad de los cuidados y la atención que se otorga a las personas que requieren ser cuidadas. Esto genera algunos casos de abandono y negligencia en el cuidado de personas en situación de dependencia. Por ello, se considera esencial establecer marcos legales sólidos que protejan los derechos y el bienestar de estas personas y promuevan la responsabilidad en la prestación de cuidados.

En los diálogos también se menciona la necesidad de reconocer legalmente el derecho a cuidar y ser cuidado, ya sea a nivel constitucional o en una ley específica. En la misma línea, se aborda el reconocimiento de la neurodivergencia como una fuente que origina necesidades de cuidados. La visión del cuidado como un derecho humano también se relaciona con la noción de que se debe considerar como un aspecto universal y transversal. Se señala la importancia de que no se tenga una mirada asistencialista y que la regulación de los cuidados se haga basada en la autonomía y poder de decisión de las personas que requieren cuidados. Asimismo, se menciona que se tenga en cuenta la vulnerabilidad social y el respeto por las personas con discapacidad, dependencia o neurodivergencia.

En la región se identifica la problemática de **transporte y movilidad** para las personas que requieren cuidados. Se expresa la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como estaciones de autobús y/o colectivos y trenes, lo que representa una barrera para las personas con discapacidad y dependencia. En la misma línea, la carencia de opciones de locomoción acordes a las necesidades de las personas en situación de discapacidad representa una barrera significativa para su movilidad y acceso a servicios esenciales, limitando su independencia y participación en la comunidad. La adaptación de estas infraestructuras es esencial para garantizar que todas las personas puedan acceder y utilizar el transporte público de manera independiente y segura. Las y los participantes mencionan la necesidad de contar con mayor locomoción para sectores rurales y mejorar la conectividad de las comunas con el resto de la región, especialmente aquellas alejadas de servicios de cuidados.

Otro aspecto que se expresa como un problema importante es el alto costo del transporte público. Se señala como una necesidad urgente la subvención o rebaja de precios de este tipo de locomoción tanto para las personas en situación de dependencia como para quienes les cuidan directamente, con especial énfasis en las zonas rurales. La falta de opciones adecuadas de transporte obstaculiza el acceso a servicios médicos y sociales, así como a actividades de participación y recreación, esenciales en este tipo de casos. Se añade, además, la necesidad de contar con transporte para el traslado de personas que reciben cuidados a centros médicos para tratamientos y consultas, así como a centros de día o lugares donde se ofertan actividades de cuidado. Dicho transporte es esencial para brindarles un espacio de atención, socialización y cuidado. También se señala la importancia de contar con atención domiciliaria para los casos donde el transporte de pacientes no sea posible. Por último, se menciona la escasez de estacionamientos preferenciales, así como el poco respecto a los ya existentes.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren de cuidados permanentes es la generación de redes de apoyo, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas que requieren cuidados carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo,

existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. También suelen darse situaciones en que hijos, hijas y otros familiares se desligan de la responsabilidad de los cuidados. En estos casos, si quien requiere de cuidados carece de una persona cuidadora, termina viviendo sola, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, pudiendo experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, lo que aumenta su vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso.

En este sentido, se señala la escasez de redes de apoyo, tanto en la familia como fuera de ella, debido a la falta de integración comunitaria. Esto hace que muchas personas no cuenten con una red de apoyo social y económico. Para estos casos, además de promover la generación de redes y la participación social, se solicita que existan suficientes establecimientos de larga estadía u hogares sociales para personas que no tienen cuidadoras o redes de apoyo.

8.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de O'Higgins

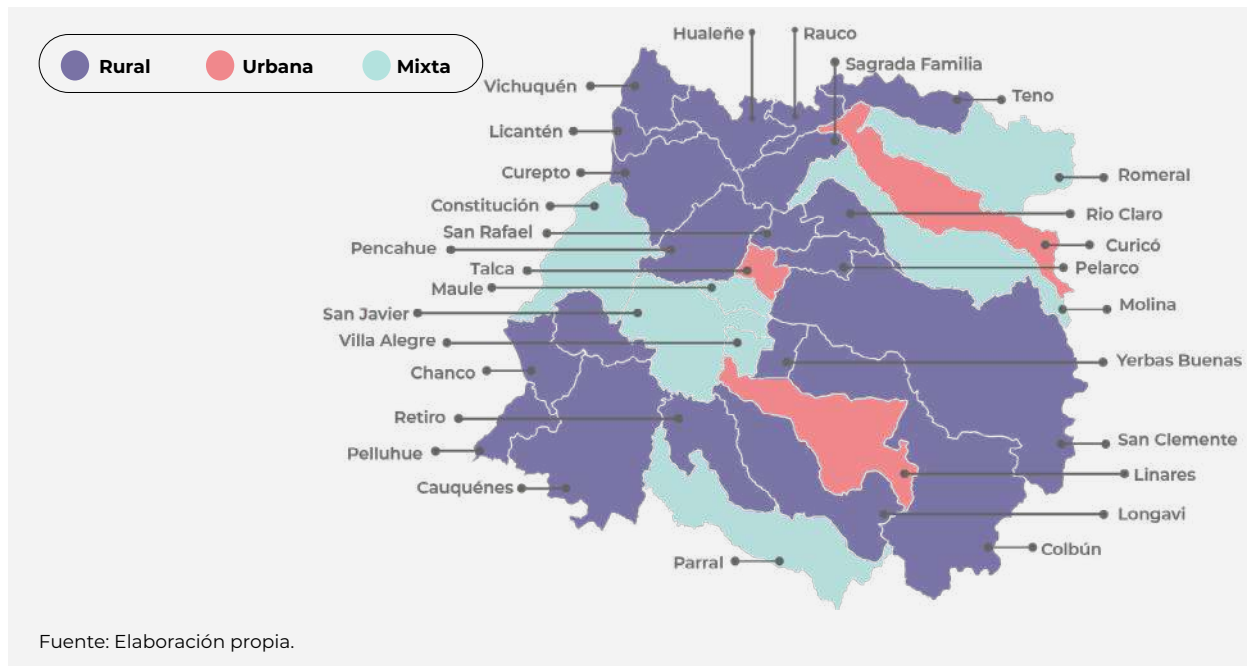
Respecto a cuáles son las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, lo primero tiene que ver con el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deben centrarse en **garantizar la calidad de vida de las personas**, diseñarse con **perspectiva de género** y tener un carácter **intersectorial** y **descentralizado**. Adicionalmente, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. Por un lado, se señala la necesidad de que el Estado, en su conjunto, se haga cargo a través del establecimiento del Sistema por ley y que se cree una política nacional que garantice cuidados de calidad, enfocada en apoyar, reducir y redistribuir las labores de cuidados. Por otro lado, se hace referencia a mejorar la coordinación entre los diversos actores implicados en la provisión de cuidados. Se menciona la Red Local de Apoyos y Cuidados y su relación con los distintos servicios comunales y regionales, así como la coordinación con los diferentes servicios de salud. Se solicita un trabajo intersectorial dentro del Sistema de Cuidados.

Entre las acciones de mejora, destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, lo que incluye mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, entre otros) y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. Esto se expresa concretamente en la ampliación de cupos de la Red Local de Apoyos y Cuidados y su establecimiento en todas las comunas; la ampliación de cupos en otros programas de cuidados; acceso a apoyo técnico y/o de "respiro"; y la extensión de la duración de los beneficios. Además, se señala la importancia de que todas estas medidas lleguen a las **zonas rurales**. A su vez, se menciona la importancia de fiscalizar la calidad de los programas, evaluándolos y mejorándolos de acuerdo a las necesidades reales. Se destacan especialmente las mejoras en el **ámbito de la salud**, para lo que se solicitan más recursos humanos, la reducción de las listas de espera y la mejora en el acceso a los servicios y medicamentos necesarios. Sobre esto último, se solicitan descuentos en farmacias o el establecimiento de farmacias populares, a fin de reducir los altos costos.

En el marco de la mejora programática, las y los participantes señalan la importancia de contar con **información actualizada** sobre las personas que requieren cuidados y las personas que cuidan. Para ello, se sugiere disponer de un catastro actualizado de esta población, especialmente de las personas con discapacidad, sus cuidadoras y sus necesidades a corto y largo plazo. Asimismo, en los diálogos se identifica la importancia de **difundir la información sobre la oferta programática y los beneficios** de los que puede hacer uso la ciudadanía, visibilizando también a las organizaciones sociales que prestan servicios de apoyo y cuidados. Se menciona la mejora de los canales de información, como redes sociales, folletos, afiches, radios, entre otros.

Finalmente, en el **ámbito comunitario**, se sugiere que organizaciones sociales, juntas de vecinos, clubes deportivos y otros grupos sociales cuenten con apoyo para atender y entregar servicios a personas que requieren cuidados y sus cuidadoras. Además, se señala la importancia de cuidar el entorno, manteniendo las ciudades amigables para las personas que requieren cuidados, especialmente aquellas con discapacidad y las personas mayores.



9.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región del Maule cuenta con una población de 1.044.950 habitantes. La distribución de la población tiene un **equilibrio de género**, con un 49% de hombres y un 51% de mujeres para el total de la región (ODEPA, s/f-i). Para el total de las comunas rurales se mantiene una proporción similar; y para las comunas urbanas varía un poco, con un 48,1% de población masculina y un 51,9% femenina (ibid.). Hay algunas comunas que destacan por tener mayor población de un género u otro. Por ejemplo, Talca y Linares, comunas urbanas, tienen una población femenina del 52%. Por el contrario, Río Claro y Cauquenes, comunas rurales, tienen mayor población masculina, con alrededor de un 53% y 52% respectivamente (ODEPA, s/f-i).

La región está dividida en 30 comunas, de las cuales 20 son rurales, 7 son mixtas y solo 3 son urbanas (Talca, Curicó y Linares). Las comunas rurales y mixtas abarcan el 90% del territorio, pero solo albergan al 55,7% de la población (ODEPA, s/f-i). Por el contrario, en tan solo dos comunas urbanas, Talca y Curicó, se concentra el 35% de los habitantes del Maule. Esto muestra un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población regional. Además, cabe destacar que la Región del Maule es una de las regiones con mayor proporción de población rural del país (27%), siendo la región que mayor cantidad de población en áreas rurales concentra (GORE Maule, 2023).

La región se caracteriza por tener un bajo porcentaje de **población perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, con tan solo un 4,7%, tanto en las comunas rurales como en las urbanas. Esta tendencia varía solo en tres comunas rurales y mixtas: Licantén con un 14,8%, Vichuquén con un 12,2% y Romeral con un 7,76% (GORE Maule, 2023). En la región, los tres pueblos con mayor presencia son los Mapuches (90,4%), Aymara (1,4%) y Diaguita (0,8%) (ibid.).

En cuanto a **población migrante**, la región alberga a 41.846 personas migrantes, lo que representa un 6% de la población migrante a nivel nacional y un 4% de la población regional (SERMIG, 2024h). El 37,5% proviene de Venezuela, el 32,8% de Haití y el 7% de Colombia (ibid.).

En cuanto a su lugar de residencia, más de la mitad vive en áreas urbanas: un 35,9% en Talca y un 28,8% en Curicó (ibid.). La población extranjera trae grandes oportunidades para la región, pero también un desafío de integración e inclusión (GORE Maule, 2023). Finalmente, aunque el Maule cuenta con **población afrodescendiente**, las cifras son muy menores en comparación con otras regiones al norte del país. La región alberga un 0,86% del total nacional, lo que equivale a un total de 85 personas, cifra que no llega al 1% de la población regional (INE, 2018a).

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la Región del Maule, el **8,6% de las personas se encuentran en situación de pobreza por ingresos**, cifra superior al 6,5% que existe a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Las poblaciones rurales muestran mayores índices de pobreza debido a la ausencia de políticas públicas que garanticen igualdad de oportunidades y acceso a educación, empleo o salud (GORE Maule, 2023). Es destacable la situación de pobreza de las mujeres rurales, causada por la ausencia de una economía del cuidado corresponsable, que ha generado un aumento del tiempo dedicado al cuidado de personas y del hogar, limitando su capacidad para desarrollar sus proyectos de vida y exacerbando sus problemas de salud (ibid.).

Respecto de la **habitabilidad**, el 4,3% de los hogares de la región se encuentra en condición de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Esta cifra disminuye en las comunas costeras, pero aumenta en las comunas rurales, llegando hasta el 7,29% de los hogares (GORE Maule, 2023). La región también enfrenta un problema de cobertura de servicios básicos. El 9,1% de los hogares no cuenta con un acceso adecuado a agua potable, situación que asciende al 40% en comunas como Vichuquén y Pelluhue (GORE Maule, 2023). Por otra parte, el 0,3% de la población regional carece de suministro eléctrico, porcentaje que asciende al 3% en Vichuquén y Empedrado (ibid.).

La región presenta un déficit habitacional del 4,5%, faltando 19.319 viviendas para satisfacer las necesidades de la población (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023 b). Además, en las cabeceras provinciales existe un gran número de viviendas que requieren ser mejoradas para garantizar una habitabilidad de calidad (GORE Maule, 2023). Todos estos datos muestran la necesidad de fortalecer en la región la cobertura de servicios esenciales, con una mayor incidencia en las comunidades rurales, y de promover mayor cantidad de vivienda social.

La conectividad también es una importante brecha en la Región del Maule. La pandemia por COVID-19 evidenció la brecha digital existente, para realizar clases online, teletrabajo e incluso trámites de todo tipo (GORE Maule, 2023). En este contexto, se realizaron grandes avances en la región, desplegando conectividad de alta velocidad en 38 localidades regionales, 13 hospitales y 49 postas de salud rural (ibid.). Sin embargo, solo el 74,8% de la población tiene acceso a internet, lo que deja a la región en el décimo lugar a nivel nacional (ibid.). Aún queda un largo proceso de digitalización en la región, que promueva un mayor desarrollo económico y social, con un mayor desafío para las zonas aisladas, especialmente de carácter rural.

En cuanto a la **educación**, la región presenta una escolaridad menor que a nivel nacional, con un promedio de 10,5 años frente a 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). El Maule cuenta con 820 establecimientos de educación básica y media y una matrícula total de 224.030 estudiantes (GORE Maule, 2023). Del total, 523 son establecimientos municipales, 277 particulares subvencionados, 15 particulares pagados y 5 de administración delegada (ibid.). Asimismo, en la región existen 5 sedes universitarias del CRUCH, 7 sedes universitarias privadas, 11 institutos profesionales y 13 centros de formación técnica (ibid.). Sin embargo, existen brechas territoriales de oferta educativa, ya que ésta se concentra en las comunas del valle central, especialmente en los niveles de educación parvularia, técnica y universitaria (ibid.).

Tabla 9. Datos de empleo en la Región del Maule

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	60,8%	71,7%	50,6%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	56,4%	67,4%	46,1%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

La Región del Maule muestra datos de **empleo** algo inferiores al promedio nacional. Tanto la tasa de participación como la tasa de ocupación muestran cifras menores a la media nacional, salvo en el caso de la ocupación de los hombres, que es un punto mayor al promedio nacional. Los principales sectores generadores de empleo en la región son servicios personales, industria manufacturera, agropecuaria y servicios inmobiliarios (GORE Maule, 2023).

La brecha de género en términos de participación y ocupación es mayor en la región que a nivel nacional. Esto quiere decir que las mujeres tienen mayores dificultades para incorporarse al mercado de trabajo y encontrar empleo. Además, los datos muestran que las mujeres tienen mayor prevalencia en el trabajo por cuenta propia que los hombres (GORE Maule, 2023). Ellas tienden más a ser microemprendedoras y su principal motivación para iniciar un negocio es la necesidad de ingresos (ibid.). Estos empleos suelen tener bajos ingresos y condiciones precarias que no son suficientes para satisfacer sus necesidades personales y familiares (ibid.).

Finalmente, en cuanto a la **salud**, la región cuenta con 398 establecimientos que forman parte de la red asistencial, el 13,7% de la infraestructura nacional (GORE Maule, 2023). Del total de establecimientos de salud regional, 40,70% corresponden a postas de salud rural y el 29% se concentra en las capitales provinciales (ibid.). Destaca el déficit regional de médicos especialistas, cuya densidad por habitante es 7 puntos menor que la media nacional (ibid.).

El Gobierno Regional concluye que la cobertura de salud es insuficiente, especialmente para las demandas de las personas mayores. Así, se determina que se debe elevar el gasto público en salud, avanzar en la calidad de los servicios, invertir en la cobertura de salud, dado que es insuficiente, aumentar en número de especialistas, y ofrecer una atención rápida, oportuna y universal (GORE Maule, 2023). Asimismo, se señala que la salud debe actualizarse a los nuevos contextos sociosanitarios (sedentarismo, alimentación poco saludable, obesidad o diabetes) y aplicar las nuevas tecnologías para agilizar los tiempos de respuesta, ofrecer diagnósticos más rápidos y precisos, realizar estudios clínicos y disminuir inequidades y diferencias territoriales (ibid.).

9.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)³⁹

Dependencia	Moderada	Severa
	36.700	27.538
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	26.704	37.534

Fuente: Elaboración propia

³⁷ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

³⁸ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

³⁹ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

9.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región del Maule



Porcentaje de participación en el total de las actas del Maule



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁴⁰ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

9.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región del Maule



En los diálogos de la región existe una alta proporción de menciones a la **educación y formación** de las personas cuidadoras. En este sentido, se refiere a tres dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado, la psicoeducación y la posibilidad de continuar sus estudios formales. Respecto a la primera dimensión, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas necesarias para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), como técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que proporcionen estrategias y conocimientos; así como capacitación o educación sobre el cuidado de niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la segunda dimensión, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras. También se identifica como carencia la falta de información de las cuidadoras para poder desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios, así como la falta de psicoeducación a la población en general en relación con los cuidados. Se menciona, asimismo, la necesidad de un rol protagónico de los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as. La tercera dimensión se refiere a la discontinuidad de los estudios formales de quienes ejercen cuidados y la necesidad de retomar estos estudios con mayores facilidades, de acuerdo con su realidad material.

En cuanto al **uso del tiempo** se mencionan diversas necesidades y problemáticas. Por un lado, para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos) y solicitud de horas médicas con especialistas. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios. También se identifica la necesidad de agilizar y facilitar las gestiones y trámites, así como mejorar el registro de personas cuidadoras.

Por otro lado, se señala la ausencia de tiempo libre. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras se privan de actividades distintas de los cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se

señala como necesaria la existencia de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia con su participación en actividades recreativas o de esparcimiento, actividades deportivas y disfrute con amistades. Todo esto se asimila a un espacio de “respiro” en los cuidados.

Con respecto a la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia sobre que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Sobre esto, evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria (con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras), e incluso proveer capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados. Otra mención recurrente en relación con factores sociales es la sensación de inseguridad de las personas cuidadoras respecto a su entorno y a la posibilidad de sufrir algún delito.

Respecto a la falta de redes de apoyo, entre las menciones de las y los participantes aparecen la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios; la falta de apoyo familiar; la necesidad de ampliar la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro); la ausencia de dispositivos intermediarios para el apoyo del cuidado; la deficiente coordinación de dispositivos actuales como la Red Local de Apoyos y Cuidados y el Servicio de Salud; el bajo compromiso de la red local para realizar trabajo intersectorial; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones.

También se señala la necesidad de mayor **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes mencionan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y como cuidadoras secundarias a otras mujeres de las familias, como las hermanas (reforzando roles de género, la feminización de estas tareas y la sobrecarga). Además de las mujeres, se destacan también las niñas y los niños pequeños, especialmente ellas, quienes reemplazan a sus progenitores y asumen tareas de cuidado de sus hermanos/as menores u otras personas del hogar común. Esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras tengan una sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto a la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida y, como consecuencia, sufre un aislamiento social.

Las y los participantes se refieren, en un aspecto más abstracto, a la falta de visibilización de la feminización del cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se identifica la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo. En específico, se menciona que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres. Esto se relaciona con la exclusión (o autoexclusión) del hombre en el rol de cuidados, especialmente si son padres cuidando hijas e hijos, sobrecargando de esta manera a las mujeres de las familias. Así, una necesidad correlativa es la promoción de la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres.

En cuanto a la autonomía económica, las y los participantes de los diálogos reconocen que es una problemática particular. Se asocia el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas. Se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. En este sentido, se levanta la necesidad de financiamiento para el trabajo de cuidados, con medidas como subsidios para personas cuidadoras, apoyo tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras.

Como problemáticas específicas asociadas a la autonomía económica, las y los participantes identifican una precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras de cuidado, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de lo que en los diálogos se identifica como “flexibilidad laboral” y por la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen pocas facilidades para ausentarse temporalmente.

Asimismo, se menciona una deficiencia tanto en la oferta laboral (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Es por esto que en los diálogos se identifican como posibles soluciones: la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; la implementación de medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; y la profesionalización del oficio de cuidador/a. Todo eso se refiere a la necesidad de mejorar las condiciones laborales de los y las trabajadoras que cuidan, garantizándoles derechos y protecciones adecuadas. Otro aspecto que se resalta en los diálogos es la discriminación en la inserción laboral debido a la edad de las cuidadoras una vez que han dejado de realizar los cuidados. Se menciona, además, la necesidad de ayuda a las personas que han tenido que dejar sus trabajos para asumir el rol de cuidadoras y que luego deben reinsertarse en el mundo laboral.

9.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región del Maule



Las y los participantes de los diálogos identifican diferentes problemáticas y necesidades relacionadas con la **accesibilidad** para las personas que requieren cuidados. Por un lado, la falta de infraestructura inclusiva en espacios públicos y privados representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada, especialmente para personas con TEA, y la falta de otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos. Por ello, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad.

Asimismo, el mal estado de calles y veredas, aceras deterioradas, escaleras en malas condiciones y autos estacionados en las veredas, pueden poner en peligro la seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia. En efecto, estas condiciones dificultan el traslado y pueden aumentar el riesgo de caídas o accidentes. En la misma línea, la falta de iluminación y señaléticas en las calles puede acrecentar el riesgo de accidentes y caídas, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

Por otro lado, se señala la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como estaciones de autobús, trenes o colectivos, lo que representa una barrera de movilidad y transporte para las personas con discapacidad y dependencia. En el mismo sentido, se

menciona la escasez de estacionamientos preferentes y accesibles, los cuales son de gran ayuda para facilitar el acceso y la movilidad de personas con algún grado de dependencia y/o de sus cuidadores/as.

En la región también se menciona como un problema para las personas que requieren cuidados el difícil **acceso a los deportes y la recreación**, esenciales para garantizar una vida plena y activa, y para fomentar la participación igualitaria de todas las personas. También se menciona la necesidad de contar con actividades artísticas y culturales, para que todas las personas puedan desarrollarse plenamente. Estas actividades no solo favorecen la sociabilidad de estas personas, sino que también mejoran su salud y su calidad de vida en general.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados permanentes es la generación de **redes de apoyo**, las cuales pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de las personas en situación de discapacidad y dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, y generalmente solo cuentan con una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin una capacitación adecuada en cuidados.

También suelen darse situaciones en que hijos, hijas y otros familiares se desligan de la responsabilidad de los cuidados. En estos casos, si la persona que requiere cuidados no dispone de una persona cuidadora, puede terminar viviendo sola, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, pudiendo experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso.

Las y los participantes de los diálogos destacan las problemáticas relacionadas con los **aspectos socioeconómicos**, especialmente la falta de acceso a recursos económicos por parte de las personas que requieren cuidados o bajo monto y cobertura de la pensión de discapacidad. Esto se intensifica aún más en los territorios rurales. Por un lado, el alto costo de la salud privada y el monopolio de especialistas que solo atienden de manera particular crea una barrera de acceso a servicios de salud especializados, acentuando las desigualdades en el acceso a la salud.

Por otro lado, se destaca la dificultad de acceso a viviendas adecuadas, tanto por la falta de recursos económicos como por la ausencia de accesibilidad universal y adecuación de la infraestructura. También se menciona como problema el difícil acceso a los deportes, la recreación, las artes y la cultura, esenciales para garantizar una vida plena y activa, y fomentar la participación igualitaria de todas las personas.

9.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región del Maule

Respecto a cuáles son las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, lo primero es definir el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar centradas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, con un diseño que incorpore una **perspectiva de género** y un enfoque intersectorial y descentralizado. Adicionalmente, también se destaca la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le dé sustento económico y administrativo. Se menciona como necesario el fortalecimiento de la coordinación interinstitucional.

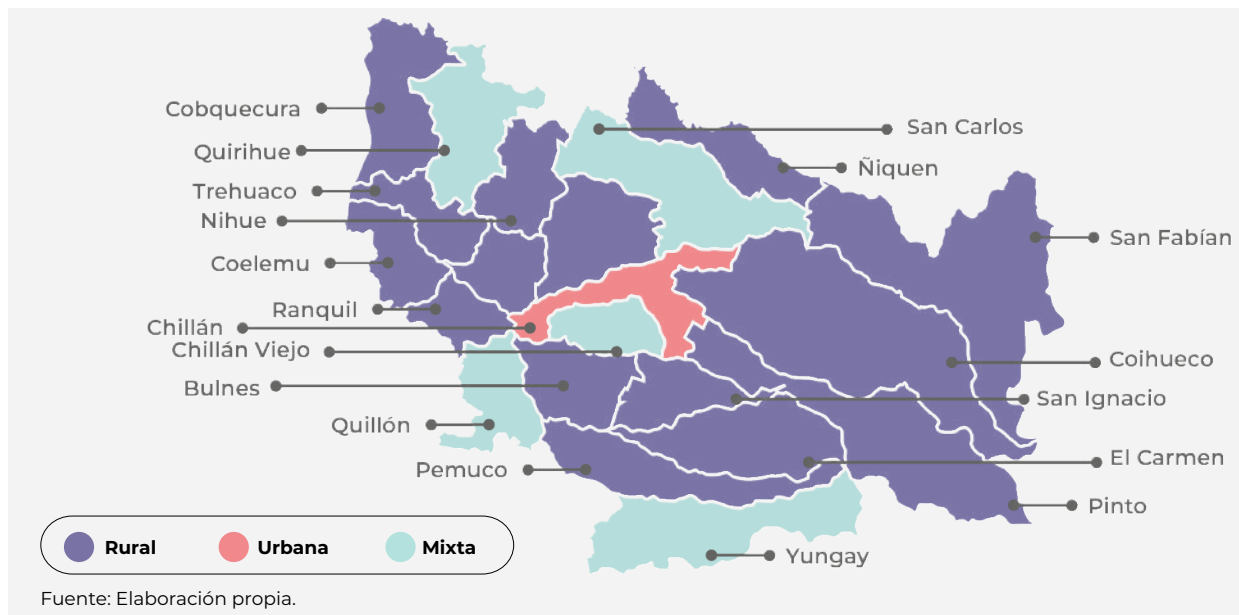
Entre las acciones de mejora, destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo mejoras en el funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, entre otros) y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. Se menciona la necesidad de incrementar las visitas de equipos profesionales en el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa y aumentar la cobertura de ayudas técnicas y de la Red Local de Apoyos y Cuidados. Esto se expresa también en capacidades de la infraestructura (por ejemplo, plazas en los ELEAM), cantidad de cupos, acceso a apoyo técnico y/o de “respiro”, y extensión de la duración de los beneficios. Dentro este tipo de medidas, se destaca igualmente la expectativa de mayor rapidez en el acceso a los distintos tipos de apoyo, así como contar con catastros y/o registros actualizados de personas que cuidan y de personas que necesitan cuidados. Además, se señala la importancia de que todas estas medidas lleguen a las zonas rurales.

En el **ámbito de la salud**, se menciona la necesidad de contar con más **especialistas**, tales como kinesiología, medicina general, psicología, terapia ocupacional, nutrición, neurología, podología, enfermería, trabajo social y geriatría. Asimismo, se visibiliza la importancia de **reducir las listas de espera** y mejorar el acceso a los servicios y medicamentos necesarios. Sobre esto último, se solicita la implementación de descuentos en farmacias o el establecimiento de farmacias populares, a fin de reducir los altos costos.

Se menciona la necesidad de avanzar en políticas de **conectividad y transporte**. Las y los participantes relevan la necesidad de contar con transporte municipal gratuito o de cobro mínimo para personas que lo requieran (escolares, personas mayores, personas con dependencia, embarazadas) y con especial **énfasis en zonas rurales**. Se señala la necesidad de adecuar el transporte para personas con necesidades especiales. También se requiere transporte permanente para pacientes y personas con dependencia hacia los centros de cuidado y contar con transporte para personas cuidadoras.

También se realizaron recomendaciones en torno a acciones relativas a las **viviendas** para personas que requieren cuidados y sus cuidadores/as. En concreto, se propone la adaptación de viviendas tuteladas y la adaptación y habilitación de proyectos exclusivos. Asimismo, se propone crear proyectos para favorecer el proceso de casa propia.

Finalmente, en el **ámbito comunitario**, se menciona que las juntas de vecinos, clubes deportivos y otros grupos sociales cuenten con apoyo y financiamiento para atender y entregar servicios a personas postradas y otras personas que requieren cuidados.



10.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región de Ñuble cuenta con una población de 480.609 habitantes. La distribución de la población apunta a un **equilibrio de género**, aunque tiende a contar con más mujeres. Para el total de la región, un 48,4% de la población está compuesta por hombres y un 51,6% por mujeres (ODEPA, s/f-j). Para las comunas rurales, la distribución es muy similar. En las comunas urbanas y mixtas se incrementa la diferencia, alcanzando una distribución de 47,4% de hombres y 52,6% de mujeres (ODEPA, s/f-j).

La región se compone de 21 comunas, de las cuales 15 son rurales, 5 mixtas y solo una urbana. Ñuble se caracteriza por el alto grado de ruralidad, que supera el 62% de la población y el 96% del territorio regional (ODEPA, s/f-j). En 12 comunas de la región, más de la mitad de la población se considera rural, llegando al 70% en las comunas de Ñiquén, Ránquíl, Cobquecura y Nihue (GORE Ñuble, 2020). Sin embargo, existe un gran **desequilibrio territorial** en la distribución de la población regional, ya que solo las comunas de Chillán y Chillán Viejo concentran el 44,87% de la población. Por el contrario, existen comunas muy poco pobladas, como San Fabián, que cuenta con tan solo 4.308 habitantes (ODEPA, s/f-j).

La región cuenta con una **población perteneciente a pueblos indígenas y originarios** que alcanza los 22.341 habitantes, lo que representa un 4,7% del total (GORE ÑUBLE, 2020). Este porcentaje es algo superior en las comunas de Chillán, Cobquecura, Coelemu, Chillán Viejo, Quillón, San Fabián, Treguaco y Yungay, en las cuales supera el 5% y alcanza un máximo de 5,9% (ODEPA, s/f-j). De esta población, el 89,5% se identifica como perteneciente al pueblo mapuche (GORE Ñuble, 2020).

En cuanto a población migrante, la región no se caracteriza por tener un gran porcentaje de población extranjera. Tan solo cuenta con 12.223 personas migrantes, lo que equivale al 0,8% del total nacional y a un 2,5% de la población regional; ubicándose entre las regiones con menor población migrante del país (SERMIG, 2024i). En cuanto al origen, el 40,5% proviene de Venezuela, el 23,6% de Haití y el 6,9% de Colombia (ibid.). De acuerdo con el Censo de 2017, el 68,6% habita en Chillán, seguido de San Carlos con un 5,9% y Chillán Viejo con un 5,6% del total (GORE Ñuble, 2020).

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **12,1% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor muy superior a la cifra a nivel nacional (6,5%) y el más alto del país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Al interior de la región, se observa que la provincia de Itata es la que presenta las cifras más altas de pobreza, destacando las comunas de Cobquecura y Ninhue; seguida de la provincia de Diguillín, destacando las comunas de San Ignacio, El Carmen, Pinto y Pemuco (GORE Ñuble, 2020). En la misma línea, Ñuble es también la región con el ingreso monetario por hogar más bajo del país (ibid.).

En cuanto a la **habitabilidad**, el 3% de los hogares de la región se encuentra en condición de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Más de la mitad de estos se ubican en las comunas de Chillán, Chillán Viejo y Bulnes (GORE Ñuble, 2020). Además, el 11% de los hogares cuenta con un acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Las condiciones menos favorables se dan en las comunas de Ninhue, El Carmen y Cobquecura (GORE Ñuble, 2020).

El alto grado de ruralidad de la región y la alta dispersión de esta población se asocia a factores que afectan la calidad de vida de la población, tales como el menor acceso a servicios básicos, el despoblamiento o el alto envejecimiento de la población (GORE Ñuble, 2020). Destaca especialmente el problema de conectividad al interior de la región, sobre todo en aldeas, donde reside el 30,6% de la población, así como en áreas de población dispersa.

Con respecto a la **educación**, la región tiene un promedio de escolaridad de 10,4 años, cifra menor al promedio nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Las provincias de Itata y Punilla muestran promedios mucho menores, que disminuyen hasta los 8,5 años (GORE Ñuble, 2020). Los establecimientos educacionales se concentran en las comunas de Chillán, San Carlos, Coihueco, El Carmen, Bulnes y Yungay; siendo Chillán la que concentra la mayor cantidad de matrículas (ibid.).

La región cuenta con 17 instituciones de educación superior, concentradas en la Provincia de Diguillín, específicamente en la comuna de Chillán (GORE Ñuble, 2020). Respecto a la educación técnica, esta es limitada debido a la poca cantidad de centros educativos, que también se concentran en la provincia de Diguillín (ibid.). Destaca la mayor participación de mujeres, que representan el 56,9% del total de matrículas en educación superior (ibid.).

Tabla 10. Datos de empleo en la Región de Ñuble

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	57,5%	68,81%	47,3%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	52,3%	62,9%	42,8%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

La región muestra unos datos de **empleo** más débiles que el promedio nacional. Tanto la tasa de participación como de ocupación es 4,8 puntos porcentuales menor. Además, la brecha de género para ambas tasas es superior en la región, siendo la empleabilidad de las mujeres menor que la de los hombres en Ñuble.

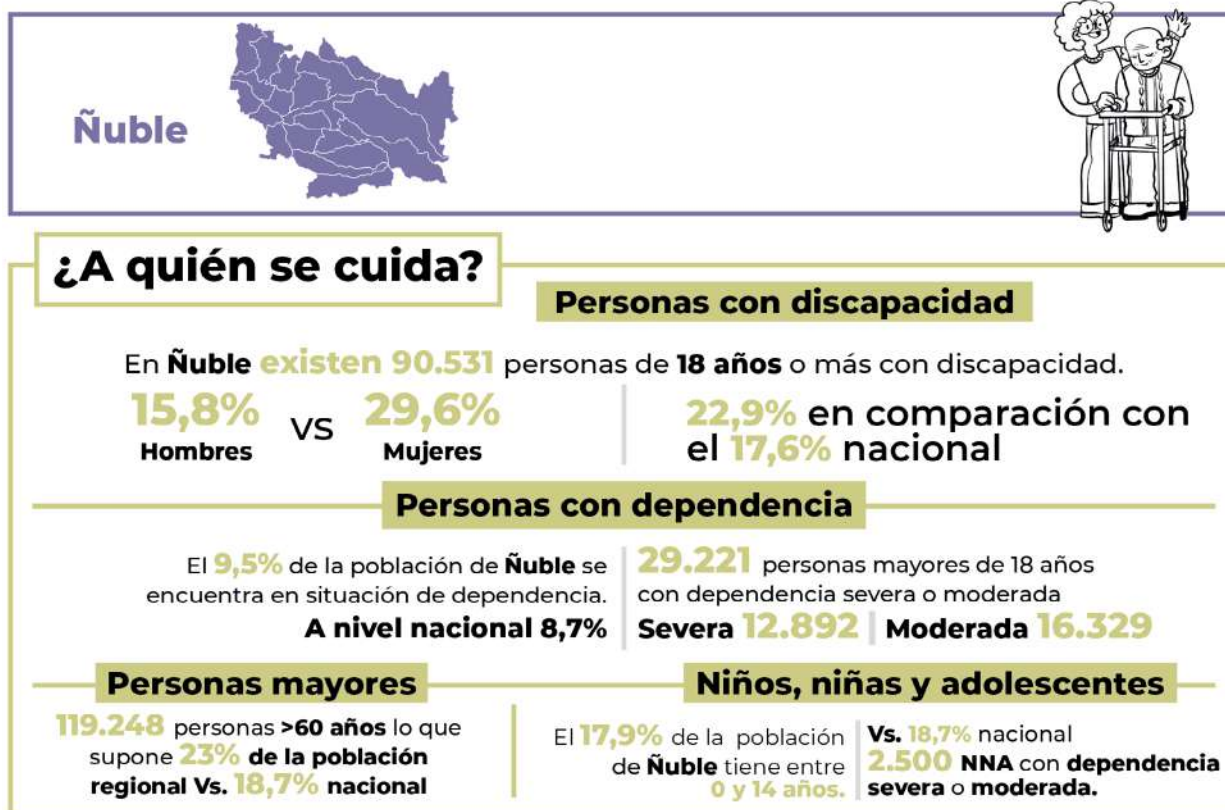
Con respecto a los sectores económicos que generan empleo en la región, predominan los cultivos y la horticultura, y la enseñanza (GORE Ñuble, 2020). La mayoría de las personas ocupadas en la región se encuentran en actividades de comercio, servicios personales y en los sectores agropecuario, silvícola y pesca (ibid.). La actividad económica se concentra en la provincia de Diguillín, centralizando las oportunidades de empleo. La región se caracteriza, además, por una elevada estacionalidad y desempleo involuntario. En este contexto se presentan brechas de género y urbanorurales en los ingresos, que en ambos casos son mayores que a nivel nacional (GORE Ñuble, 2020).

Con respecto a la **salud**, del total de personas presentes en el Registro Social de Hogares, el 89,7% se encuentra adscrito a FONASA y un 5,1% a ISAPRE (BCN, 2023g). El 74,2% de la población regional está inscrita en salud municipal (ibid.). La red asistencial regional está compuesta por 99 establecimientos de salud de atención primaria, de los cuales 60 corresponden a postas de salud rural (GORE ÑUBLE, 2020). En todas las comunas de Ñuble existe al menos un tipo de establecimiento de atención de salud primaria, concentrándose una mayor cantidad las comunas de Chillán, El Carmen y San Carlos (ibid.). En cuanto a la atención y tratamiento a enfermedades complejas, como cardiovasculares y oncológicas, la región no cuenta con centros oncológicos ni de cardiología intervencionista, lo que obliga a derivar a estos pacientes a centros de otras regiones (ibid.). Lo mismo ocurre para los servicios de atención médica de especialistas, para los que hay dificultad de acceso, especialmente en zonas rurales y para personas mayores (ibid.).

Es destacable la alta proporción de personas mayores de 65 años en situación de dependencia, especialmente mujeres, y con mayor presencia en la provincia de Diguillín (GORE Ñuble, 2020). También es notable la alta proporción de personas con dependencia en la región, que es la mayor en el país, lo que genera mayores necesidades de salud.

Existen otros dos indicadores de salud relevantes en la región: la contaminación atmosférica, que afecta especialmente a la población de Chillán y Chillán Viejo, y la obesidad, que se destaca en la población infantil y adolescente (GORE Ñuble, 2020). En la Educación Básica la obesidad supera el 32% y en la Educación Media alcanza el 20,8% de alumnos/as (BCN, 2023g).

10.2. Imagen de los cuidados en la región⁴¹



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁴²

Dependencia	Moderada	Severa
	16.826	13.108
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	11.807	18.127

Fuente: Elaboración propia

⁴¹ Para la Región de Ñuble no se incluye la dedicación de horas diarias dedicada al trabajo no remunerado ya que fue creada en septiembre de 2017 y cuando se realizó la ENUT en 2015 todavía formaba parte de la Región del Biobío.

⁴² Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

10.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Ñuble



Porcentaje de participación en el total de las actas de Ñuble



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁴³ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

10.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Ñuble



En la Región de Ñuble es posible identificar un mayor número de menciones con respecto de la **autonomía económica**. Las y los participantes de los diálogos asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, además de una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. En los diálogos se hace referencia a la necesidad de apoyo económico a las personas que ejercen los cuidados. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, desde acceso a subsidios para personas cuidadoras, apoyo tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. También se menciona que las pensiones son muy bajas para las personas mayores que cuidan o las que cuidaron en el pasado, pero no pudieron trabajar. Las y los participantes señalan que los cuidados generan una precarización económica para las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres; lo que repercute también en los hogares.

Otro de los factores asociados a la falta de autonomía económica es la incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados no remunerados y una jornada laboral remunerada. Para las y los participantes esta incompatibilidad estaría dada por la falta de flexibilidad laboral y la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen y otorgan pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Un factor específico que se señala como causa es que los horarios de colegios y jardines infantiles no se adaptan a las necesidades de las cuidadoras para poder trabajar.

En este sentido, se señalan deficiencias tanto en la oferta laboral (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Las necesidades identificadas se asocian con la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; la implementación de medidas que potencien el trabajo independiente (como ayudas al emprendimiento de FOSIS); el reconocimiento del cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Asimismo, se identifica una precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. Por esto, se menciona la necesidad de garantizar seguridad social y laboral para las cuidadoras que trabajan y seguridad económica para las que no cuentan con un trabajo formal.

Con respecto a la **corresponsabilidad social**, en los diálogos se señala que en la sociedad hay poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Sobre esto, se señala la importancia de que la comunidad también asuma una responsabilidad en los cuidados, para lo que se requiere generar conciencia en la sociedad y en las instituciones sobre la importancia de los cuidados. Se propone sensibilizar a la comunidad

sobre los cuidados a través de campañas de comunicación, incluyendo mayor difusión por parte del Gobierno con respecto a la función de las personas cuidadoras. Además, se menciona la necesidad de contar políticas públicas con enfoque de género en este sentido.

Por otro lado, se releva la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria (con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras). Entre las menciones aparece la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios; la falta de apoyo familiar; la necesidad de ampliar la oferta de cuidadores/as reemplazantes o de respiro; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones. Esto demuestra el énfasis que las personas participantes de los diálogos realizan sobre aquellos factores externos a sus familias que podrían aliviar la sobrecarga de trabajo que tienen quienes ejercen cuidados.

En cuanto a la **corresponsabilidad de género**, las y los participantes señalan la feminización de los cuidados, siendo las mujeres las que asumen principalmente estas tareas, tanto hacia el interior de la familia como en la sociedad en general. Se menciona, además, la invisibilización del rol de las personas cuidadoras, lo que genera una falta de empatía hacia ellas, sus necesidades y su realidad. Asimismo, se identifica la invisibilización de los aportes sociales y económicos del trabajo de cuidados. Esto se relaciona con una visión patriarcal de la sociedad que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo.

En específico, se hace mención de que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres. Esto se relaciona con la exclusión (o autoexclusión) del hombre en el rol de cuidados. Por esto, las y los participantes señalan que es necesario integrar al conjunto de la familia en el proceso de cuidados, generando una red de apoyo familiar que avance en la corresponsabilidad de los cuidados. Así, una necesidad correlativa que se indica, es la promoción de la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres. Esto se asocia también con la idea de tener un relevo en los cuidados, que mayoritariamente ejerce una mujer en solitario. Estos factores suponen actualmente la exclusión social de quienes cuidan, impidiendo su desarrollo personal e integral en otras áreas que no sean los cuidados. Esto conlleva el abandono del cuidado y la salud personal de las cuidadoras, así como su aislamiento social y a su incapacidad de participar en la sociedad.

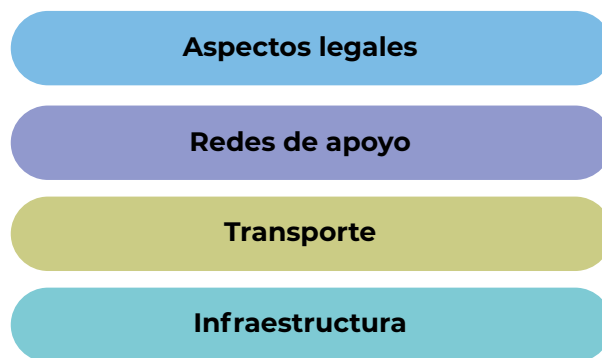
La **salud mental y física** de las personas cuidadoras es otra de las problemáticas que se releva en los diálogos. Las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen por el poco conocimiento sobre el deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Respecto de la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que existe una ausencia de visión integral respecto del bienestar de las personas cuidadoras, abordando su pleno desarrollo personal.

En salud mental, dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico de ejercer cuidados, las y los participantes indican la necesidad de aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas. Asimismo, se manifiesta la necesidad de apoyo psicológico en procesos de duelo de personas que han dedicado su vida al cuidado y cuyas personas cuidadas fallecen. También se mencionan los efectos positivos de contar con espacios donde compartir con otras personas cuidadoras para apoyarse y contenerse emocionalmente.

En el ámbito de la salud también se identifica como necesidad la atención preferencial para personas cuidadoras en servicios públicos y privados. Para que sea efectiva, se señala que es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita acceder rápidamente a una atención. Asimismo, se sugiere que se faciliten horas médicas vía telefónica y que se agilicen las gestiones y trámites para hacer frente a las dificultades de tiempo de las personas cuidadoras.

Por último, se hace referencia a las necesidades en torno a la **educación y la formación**. Se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) como manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros); así como formación sobre cuidados paliativos y capacitación con respecto a niños, niñas y adolescentes con TEA. Se señala la importancia de que haya formación disponible para las familias en su conjunto, incluyendo a los padres. También se identifica como necesidad la capacitación en autocuidado, a fin de que las personas cuidadoras no se deterioren en el proceso de cuidar. A su vez, se señala la importancia de generar instancias comunitarias para psicoeducar y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras.

10.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Ñuble



Las y los participantes de los diálogos señalan que ciertos **aspectos legales** suponen una problemática para las personas que requieren cuidados. Principalmente, se hace referencia a la vulneración de derechos de las personas que requieren cuidados y la falta de asesoría legal en estos casos. Se señala específicamente a las personas con discapacidad y a las personas mayores, y se solicita que haya una institución que vele por la justicia y los derechos de las personas que requieren cuidados. Con respecto a la asesoría jurídica, se hace referencia al pago de pensiones y el retiro de poderes.

Asimismo, se menciona la falta de legislación o regulación sobre la calidad de los cuidados y la atención que se otorga a las personas que requieren ser cuidadas. Esto genera algunos casos de abandono y negligencia en el cuidado de personas en situación de dependencia. En los diálogos también se menciona la necesidad de reconocer legalmente el derecho a cuidar y ser cuidado, ya sea a nivel constitucional o mediante una ley. En la misma línea, se trae a colación el reconocimiento de la neurodivergencia como una fuente que origina necesidades de cuidados. En este sentido, se señala la falta de difusión y operabilidad de la Ley TEA.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren cuidados es la generación de **redes de apoyo**, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas que requieren cuidados carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. Muchas veces, quienes requieren cuidados carecen de persona cuidadora o de una red de apoyo, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, pudiendo experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso.

Se hace mención específica a las personas mayores autovalentes, quienes necesitan más espacios donde compartir y recibir atención integral, dado que uno de los problemas que enfrentan es vivir solas en sus casas. Asimismo, se menciona también a las personas mayores con dependencia que no poseen cuidadora y no cuentan con espacios de cuidados permanentes. Por esto, se requiere generar redes de apoyo, para lo que se menciona la vinculación con organizaciones sociales en cada territorio. Esto es especialmente relevante para las familias unipersonales que no tienen acceso a redes de apoyo familiares. También se señala la importancia del apoyo comunitario y la cooperación con respeto a las personas con discapacidad. Se relevan las zonas rurales y las zonas alejadas del núcleo urbano, donde la creación de lazos y redes entre las organizaciones comunales y públicas se vuelve esencial.

En la región también se identifica como problemática el **transporte y movilidad** para las personas que requieren cuidados. Se expresa la escasez de frecuencia de transporte público y la falta de conectividad en sectores rurales y urbanos. Esto se hace especialmente relevante en las comunas rurales o más alejadas del núcleo urbano, donde encuentran barreras de acceso para los principales servicios de salud. Se señala la necesidad de contar con transporte público con mayor frecuencia y adaptado a diferentes necesidades, como discapacidades físicas o cognitivas. Además, se menciona la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte.

Otro aspecto que se expresa como un problema importante es el alto costo del transporte, tanto público como privado. Se señala como una necesidad urgente la subvención o rebaja de precios tanto para las personas que requieren cuidados como para quienes les cuidan directamente, con especial énfasis en las zonas rurales. Se añade, además, la necesidad de contar con transporte para el traslado de personas que reciben cuidados a centros médicos para tratamientos y consultas, así como a centros de estadía, como por ejemplo los Centros Diurnos de Adulto Mayor (CEDIAM). Dicho transporte es esencial para brindarles un espacio de atención, socialización y cuidado. En relación con esto, se sugiere también contar con atención domiciliaria, para los casos donde el transporte sea especialmente complicado.

Respecto a la **infraestructura**, la falta de espacios inclusivos en áreas públicas y privadas representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas que requieren cuidados. Las y los participantes señalan la necesidad de mejorar las calles o veredas para poder transitar en silla de ruedas, asegurar la accesibilidad universal en espacios públicos, crear accesos inclusivos para personas con dependencia moderada o severa (como rampas o ascensores), marcar pasos de cebra y contar con señalización adecuada. Se menciona que estas medidas son esenciales para garantizar la autonomía e independencia de estas personas en diferentes entornos, a fin de garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena en la sociedad.

Asimismo, se señala la necesidad de que las viviendas sean universalmente adaptadas, especialmente en zonas rurales. Se sugiere implementar proyectos de mejoramiento de hogares en función de las necesidades de las personas mayores o personas con discapacidad. Por otro lado, las y los participantes identifican la necesidad de contar con mayor infraestructura de cuidados en la región, incluyendo hogares para personas mayores o personas vulnerables, casas de acogida, centros diurnos, espacios para niños y niñas con TEA y centros de cuidados comunitarios. Se releva la necesidad de implementar espacios seguros, donde puedan estar personas mayores, con neurodivergencia o con dependencia, contando con personal capacitado y con una estructura y equipamiento pertinente.

10.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Ñuble

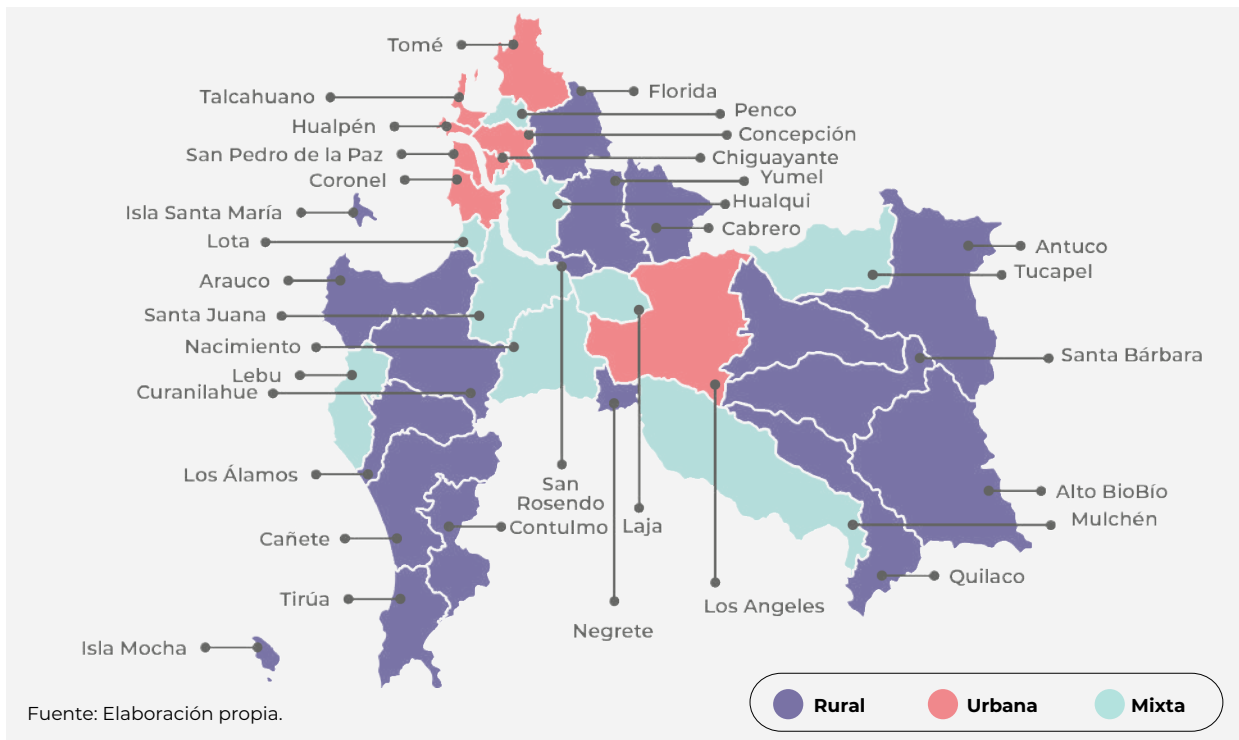
Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para poder abordar las problemáticas diagnosticadas, lo primero es definir el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar centradas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, diseñarse con **perspectiva de género** e incorporar un carácter **intersectorial y descentralizado**. Adicionalmente, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relacionadas cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. Se menciona la falta de autoridades o instituciones que supervisen el cuidado, así como la necesidad de acercamiento de los servicios públicos y privados a las personas cuidadoras y sus necesidades. Por otro lado, se releva la importancia de que las instituciones se coordinen en la atención social y de salud, y que se mejore el trabajo en red entre todos los actores implicados.

Entre las acciones de mejora, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**. Esto incluye mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, entre otros) y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. En concreto, se solicita que la Red Local de Apoyos y Cuidados esté disponible en todas las comunas y que se amplíen los cupos disponibles. En cuanto al **acceso a los servicios de cuidados**, las y los participantes señalan que este debe ser universal, asegurando que se incluya a todas las personas que lo requiera, independiente de su situación en el Registro Social de Hogares. En cuanto a la **población objetivo a priorizar**, se menciona a las personas que requieren cuidados permanentes, como TEA, síndrome de Down, o infancia con neurodiversidad; las personas en sectores vulnerables; y los servicios de apoyo y cuidados después de los 23 años.

Asimismo, se identifica como necesidad que el Sistema integre a las personas que tienen dependencia y a sus cuidadoras sin aislarlas en sus hogares, sino implementando políticas y programas que promuevan su **autonomía e integración social**. Para ello, se requiere adaptar los programas y dispositivos a cada territorio, descentralizando la oferta de cuidados, para asegurar oportunidades a las comunas aledañas al núcleo urbano. Se identifica también la necesidad de mejorar los **programas educacionales** con mayor integración. Por último, las y los participantes remarcan que el Sistema no debe centrarse solo en las personas que requieren cuidados; sino que las políticas públicas de cuidados también deben estar orientadas a las **personas cuidadoras**.

En cuanto a la **información y difusión**, se destacan dos dimensiones. Por un lado, se señala el desconocimiento de la oferta programática y social en ámbito de cuidados, debido a la **falta de información** sobre los programas y redes disponibles. Se solicita que la difusión de la información sea más efectiva, reforzándola en las zonas vulnerables y rurales. Asimismo, se propone disminuir los requisitos de acceso y facilitar la postulación a programas, servicios y beneficios. Por otro lado, se señala la necesidad de que el Sistema cuente con **información y datos actualizados** sobre las personas que requieren cuidados y las personas cuidadoras. Se sugiere contar con un catastro por comuna. Además, se señala que es necesario actualizar y mejorar el Registro Social de Hogares, a fin de integrar mejor las realidades de cuidados, como las familias que cuentan con personas con discapacidad y dependencia.



11.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región del Biobío cuenta con una población de 1.556.805 habitantes. La distribución de la población refleja un **equilibrio de género**, aunque tiende a contar con más mujeres. A nivel regional, un 48,2% de la población son hombres y un 51,8% mujeres (ODEPA, s/f-k). En las comunas rurales la distribución es muy similar, un 48,9% son hombres y un 51,1% mujeres (ibid.). En las comunas urbanas la diferencia se incrementa, alcanzando una distribución de 47,9% de hombres y 52,1% de mujeres (ibid.).

La región se divide en 33 comunas, de las cuales 8 se clasifican como urbanas, 10 como mixtas y 15 como rurales. Existe un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población entre las diferentes comunas. Alrededor del 70% de la población vive en las comunas urbanas, destacando Concepción, Los Ángeles y Talcahuano, que concentran cerca del 40% de la población total (ODEPA, s/f-k). Por el contrario, hay comunas rurales con muy baja población, como Antuco con 4.073 habitantes, Quilaco con 3.988 o San Rosendo con solo 3.412 habitantes (ibid.).

La región cuenta con **población perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, que representan el 0,8% de la población regional (ODEPA, s/f-k). La proporción aumenta en las comunas rurales, con un promedio de 15,5%, pero llegando al 70,5% en la comuna de Tirúa y al 82% en Alto BioBío (ibid.). La mayoría de esta población se identifica con el pueblo mapuche (INE, 2017).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 37.122 personas extranjeras, lo que representa el 2,3% del total nacional y el 2,4% de la población regional (SERMIG, 2024j). En cuanto al origen de estas personas, el 49,5% proviene de Venezuela, el 8,9% de Haití y el 8,5% de Colombia (ibid.). La mayor concentración de personas migrantes se encuentra en la comuna de Concepción, que alberga el 39% de la población migrante (GORE ÑUBLE, 2020).

En cuanto a población afrodescendiente, la región cuenta con el 1,55 % del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 154 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que representa menos del 1% de la población total del Biobío.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **7,5% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor algo superior a la media nacional de 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). La situación de pobreza aumenta de manera significativa en algunas comunas, superando el 20% en muchas de ellas, como Antuco (28%), Tirúa (26,1%) o Contulmo (24%), y llegando al 40% en el caso de Alto Biobío (ODEPA, s/f-k). Las comunas con mayor nivel de pobreza por ingresos son rurales.

En cuanto a la **habitabilidad**, el 3,7% de los hogares de la región se encuentran en condición de hacinamiento y un 8,8% cuenta con acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). En este sentido, se observa una brecha importante entre comunas urbanas y rurales. Por un lado, las comunas urbanas poseen una cobertura casi completa, salvo Los Ángeles, donde el 19,6% de los hogares no cuenta con agua de la red pública (ODEPA, s/f-k). Por otro lado, las comunas rurales muestran un acceso mucho más limitado a los servicios básicos, destacando las comunas de Alto Biobío, Florida y Tirúa, donde hasta el 47% de los hogares cuenta con acceso inadecuado a servicios básicos (GORE BIOBÍO, 2015).

En términos generales, la **educación** regional se encuentra al nivel del país. El promedio de escolaridad en Biobío es de 11,4 años, similar a los 11,7 años del promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Sin embargo, las comunas rurales presentan una gran brecha, donde el promedio de escolaridad desciende a 8 años en la comuna de Alto Biobío (ODEPA, s/f-k).

Tabla 11. Datos de empleo en la Región del Biobío

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	56,8%	67,2%	47,2%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	52%	62%	42,8%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Los datos de **empleo** para la región son menores al promedio nacional. Esto implica que tanto la tasa de participación como la de ocupación de los habitantes de la región en el mercado laboral es inferior al promedio del país. Se puede observar una brecha de género de 20 puntos para la participación laboral y de 19,2 puntos para la ocupación laboral, ambas en detrimento de las mujeres. Estas cifras son superiores a la media del país, aunque solo en 0,5 y 0,8 puntos porcentuales respectivamente. Los datos de empleo señalan que las mujeres tienen un menor acceso al mercado laboral. Estas brechas se acentúan aún más en las comunas rurales (ODEPA, s/f-k). En cuanto a los sectores económicos, en la Región destaca la industria manufacturera y los servicios personales (ODEPA, s/f-k). En las zonas rurales presentan mayores oportunidades los sectores de la agricultura, pesca, turismo, artesanía, energía y minería (ibid.).

Respecto a la **salud** en la región, de las personas inscritas en el Registro Social de Hogares, el 86,5% está adscrito a FONASA y 7,9% a ISAPRE (BCN, 2023h). En total, un 70,9% de la población regional se encuentra inscrita en salud municipal (ibid.). Biobío cuenta con 424 establecimientos de salud, de los cuales 24 son centros de salud privados, 58 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 8 Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM), 111 Postas de Salud Rural (PSR) y 7 hospitales de alta complejidad (ibid.). En cuanto a la población infantil, es destacable el nivel de obesidad de los niños, niñas y adolescentes. En la Educación Básica este nivel alcanza un 31,6%, frente al 28,8% nacional; y en la Educación Media es del 21,3%, frente al 20,5% nacional (BCN, 2023h).

11.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁴⁶

Dependencia	Moderada	Severa
	52.985	39.512
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	39.020	53.478

Fuente: Elaboración propia

⁴⁴ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁴⁵ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁴⁶ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

11.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de BioBío



Porcentaje de participación en el total de las actas del Maule



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁴⁷ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

11.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región del Biobío



En la Región del Biobío es posible identificar un mayor número de menciones con respecto de la **autonomía económica**. Las y los participantes de los diálogos asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Se hace referencia a la necesidad de apoyo económico a las personas que ejercen los cuidados. En los diálogos se relevó el hecho de que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a los cuidados, lo que las deja sin ingresos. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, tales como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, o hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras.

Otro problema mencionado es que para las personas mayores que ejercen cuidados las pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como las solidarias. Se menciona en diversas ocasiones que debe existir una pensión garantizada para las cuidadoras, ya que, si no pudieron trabajar en el mercado laboral, se debe principalmente a los cuidados y el trabajo doméstico que realizaron durante su vida. Se señala también que se debería acelerar o facilitar el cobro de las pensiones y beneficios sociales, agilizando los trámites y reduciendo la burocracia.

En los diálogos también se señala que el trabajo de cuidados debería ser acompañado de una valorización económica, ya que, aunque pueda llegar a reconocerse socialmente, no está correctamente remunerado en la actualidad. Es por esto que las necesidades identificadas se asocian con ideas como la creación de cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; aplicación de medidas que potencien el trabajo independiente; el reconocimiento del cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Otra problemática identificada es la precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. En general, también se señalan deficiencias tanto en la oferta laboral formal (falta de oportunidades laborales con enfoque de género) como en los derechos laborales para las personas cuidadoras. Se menciona la ausencia de acceso a un empleo con flexibilidad que permita compatibilizar la jornada laboral con los cuidados.

En cuanto al **uso del tiempo** se mencionan diversas necesidades y problemáticas. Por un lado, las y los participantes de los diálogos relevan la pobreza de tiempo que sufren quienes cuidan. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras no cuentan con tiempo libre,

lo que las priva de realizar actividades distintas a las de los cuidados, como asuntos personales y de ocio, especialmente afectando la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la creación de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relax y autocuidado, actividades deportivas, de esparcimiento y de disfrute con amistades. Todo esto se asimila a un espacio de “respiro” en los cuidados. La ausencia de tiempo y energía de las personas cuidadoras se relaciona directamente con su salud física y mental. En los diálogos se señala la necesidad de contar con cuidadoras de respiro o relevo, que puedan apoyar a las cuidadoras principales.

Por otro lado, para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos), y solicitud de horas médicas con especialistas. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios. También se identifica como necesidad que se agilicen y faciliten las gestiones y trámites, así como mejorar el registro de personas cuidadoras, aunque no se indica de qué manera.

En los diálogos de la región existe una alta proporción de menciones a la **educación y formación** de las personas cuidadoras. En este sentido, se refiere a dos dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado y la psicoeducación. Respecto a la primera dimensión, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales) en áreas como: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, y capacitación o educación sobre el cuidado de niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la segunda dimensión, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar a la población en general en relación con los cuidados. En los diálogos se menciona la necesidad de educar a la comunidad en relación con los cuidados en general, el trabajo profesional que realizan las personas cuidadoras, el valor social y económico que aportan a la sociedad, y las necesidades específicas que tienen. También se identifica como carencia la falta de información de las cuidadoras para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener toda la información sobre programas y beneficios sociales. Se menciona, asimismo, la necesidad de un rol protagónico de los y las gestoras comunitarias para proveer y asistir en el acceso a la información y la capacitación para cuidadores/as y la comunidad en general.

Con respecto a la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Las menciones hacen referencia a que en la actualidad los cuidados están feminizados y que hace falta potenciar la corresponsabilidad familiar con perspectiva de género y promover la responsabilidad social de los actores. Las y los participantes de los diálogos insisten en que la sociedad aún no está concientizada sobre la labor de las personas cuidadoras y que falta empatía hacia éstas. Por ello, se propone la difusión de información, proveer capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados, y visibilizar el rol de los y las cuidadoras.

Los diálogos también evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria, involucrando a familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras. Entre las menciones de las y los participantes aparecen la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios; la falta de apoyo familiar; la necesidad de ampliación de la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro); la ausencia de dispositivos intermediarios para el apoyo del cuidado; la deficiente coordinación de dispositivos actuales como la Red Local de Apoyos y Cuidados y el Servicio de Salud. También se menciona un bajo compromiso de la red local para realizar trabajo intersectorial; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones. En los diálogos también se señala la necesidad de potenciar las redes de apoyo en los sectores rurales de la región.

Finalmente, una problemática importante para las personas cuidadoras es la **salud mental y física**. Las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen por el poco conocimiento con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Respecto a la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que no existe una visión integral del bienestar de las personas cuidadoras que aborde su pleno desarrollo personal. Las menciones hacen referencia a la sobrecarga y desgaste físico y emocional que producen los cuidados en las personas que los ejercen, lo que supone un aumento de enfermedades físicas y mentales tanto en las personas cuidadoras como en su núcleo familiar.

Las y los participantes de los diálogos hacen referencia mayoritariamente a la salud mental. Dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico que implica ejercer cuidados, se requiere aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas. Se señala también la necesidad de contar con profesionales específicamente capacitados para la contención y gestión de la salud mental de las cuidadoras. No solo se contempla la atención a través de los Servicios de Salud, sino también en instancias de autocuidado, individual o comunitario. Asimismo, se manifiesta la necesidad de contar con apoyo psicológico en procesos de duelo de personas que han dedicado su vida al cuidado y cuyas personas cuidadas fallecen.

En el ámbito de la salud también se identifica como necesidad la atención preferencial para personas cuidadoras en servicios públicos y privados. Para que sea adecuada, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita acceder rápidamente a una atención. También se hace mención, en menor medida, a la unificación de las necesidades de las cuidadoras en relación con trámites como la solicitud de horas médicas, pago de pensiones, entre otros, que facilite y agilice dichas gestiones, así como la necesidad de mejorar el catastro o registro de personas cuidadoras.

11.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región del Biobío

Salud mental, física y ergonómica

Infraestructura

Redes de apoyo

Inclusión

En relación con la **salud mental, física y ergonómica** de las personas cuidadas, en los diálogos surgen menciones sobre carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos. En primer lugar, se destaca la falta de personal sanitario suficiente que atienda las diferentes necesidades de las personas que requieren cuidados. Se hace especial énfasis en que el personal cuente con capacitación específica, sea empático con los y las pacientes y que esté sensibilizado con la realidad de cuidado. También se señala la ausencia de centros de salud para personas con dependencia y/o discapacidad, donde haya profesionales especializados, transporte y accesibilidad. Asimismo, se señala la necesidad de contar con especialistas para niños y niñas con TEA y otras neurodivergencias, que puedan incluso atender en colegios.

En cuanto a la calidad de los servicios de salud, las y los participantes hacen referencia a la necesidad de mayor seguimiento de los y las pacientes, especialmente para personas mayores y personas con discapacidad. Esto incluye ampliar y mejorar la cobertura de la atención domiciliaria, con especial enfoque en las personas con dependencia moderada y severa. En relación con el acceso a la salud, se menciona que actualmente no existen horas suficientes disponibles para las personas que requieren cuidados, especialmente en los sectores rurales. En este sentido, en los diálogos se indica, además, la necesidad de contar con atención preferencial en los servicios públicos y privados. Se señala especialmente para las personas con discapacidad y las personas con TEA y otras neurodivergencias, con especial foco en los niños, niñas y adolescentes. Finalmente, en los diálogos también se hace referencia a la necesidad de mejorar la accesibilidad a las ayudas técnicas y la adaptación de estas a los requerimientos de cada persona.

Respecto a la salud mental se releva la escasez de prestaciones y de acceso a servicios en esa especialidad, ya sea en los COSAM o en hospitales. En muchas ocasiones los servicios de salud mental no están disponibles hasta dentro de meses. Se señala que esta situación se debe a la falta de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general, a pesar de la creciente demanda de atención en este campo. La escasez de profesionales de salud mental también es un obstáculo que limita la disponibilidad de servicios especializados, dejando a muchas personas sin el apoyo y tratamiento necesario para abordar sus problemas de salud mental. En esta misma línea, es necesario contar con profesionales de salud mental de forma permanente y constante en los CESFAM y COSAM, donde existe bastante rotación de personal. Al respecto, se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente en el ámbito de la salud mental con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y brindar un mejor apoyo a las personas con problemas de salud mental y a sus familias.

Respecto de la **infraestructura**, la falta de espacios inclusivos en áreas públicas y privadas representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. En los diálogos se señala la ausencia de accesibilidad

universal en calles y edificios. En concreto, se indica la falta de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad, que dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos. Se menciona también que el mal estado de calles y veredas puede poner en peligro la seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia. Asimismo, la falta de iluminación y señaléticas en las calles puede aumentar los riesgos de accidentes, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida. Así, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad.

Con respecto a la movilidad y transporte, las y los participantes de los diálogos mencionan que existe un escaso número de estacionamientos preferentes y accesibles, los cuales son de gran ayuda para facilitar el acceso y la movilidad. Se señala que es necesario generar accesos universales a establecimientos públicos y privados para mejorar la inclusión de las personas con movilidad reducida. Asimismo, las y los participantes indican que requieren de locomoción y vehículos adaptados para el transporte de NNA o adultos en situación de discapacidad, y que se asegure que lleguen a los sectores más alejados de las distintas comunas.

Por otro lado, en los diálogos se identifica la necesidad de contar con infraestructura de cuidados; es decir, espacios físicos donde las personas reciban apoyo y cuidados y se sientan incluidas. Se hace mención específica a casas de cuidado y centros con personal y equipamiento adecuados a la realidad del territorio. Además, se señala la necesidad de mejorar la infraestructura habitacional, adaptando las viviendas a las necesidades de las personas con movilidad reducida y haciéndolas accesibles.

Otro aspecto que en los diálogos se considera importante potenciar y mejorar es la generación de **redes de apoyo**, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. Se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia, carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. En muchas ocasiones quienes requieren de cuidados carecen de persona cuidadora, por lo que terminan viviendo solas, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, pudiendo experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso. En este sentido, las y los participantes proponen que se genere un sistema de cuidado institucional para personas que no cuentan con cuidador/a ni redes de apoyo o cuyos cuidadores/as son también personas con dependencia o discapacidad.

Finalmente, en los diálogos se identifica la **inclusión** de las personas que requieren cuidados como algo esencial en la promoción de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de las personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Un factor que se percibe como contribuyente a la falta de inclusión, es la escasez de conocimiento e información por parte de la gran mayoría de la sociedad respecto a la situación o condición de algunas personas que las hace ser dependientes y necesitar cuidado y apoyo (situaciones de discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes).

Por esto, se señala la necesidad de sensibilizar más a la sociedad, especialmente sobre la discapacidad y el TEA. También se hace alusión a la falta de inclusión de las personas con discapacidad en el mundo laboral, punto crucial para garantizar la autonomía de todas las personas dependientes. Las y los participantes remarcan la necesidad de una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida, para lo que es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanentes en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren cuidados.

11.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región del Biobío

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, vale la pena centrarse en el espíritu de las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con perspectiva de género y con un carácter **intersectorial y descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad** relativa a cuidados, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. Se menciona, además, la necesidad de que el sistema **aspire a la universalidad**, contando con recursos públicos y privados. Para ello, es esencial contar con el trabajo colaborativo de ministerios y demás actores involucrados en los cuidados.

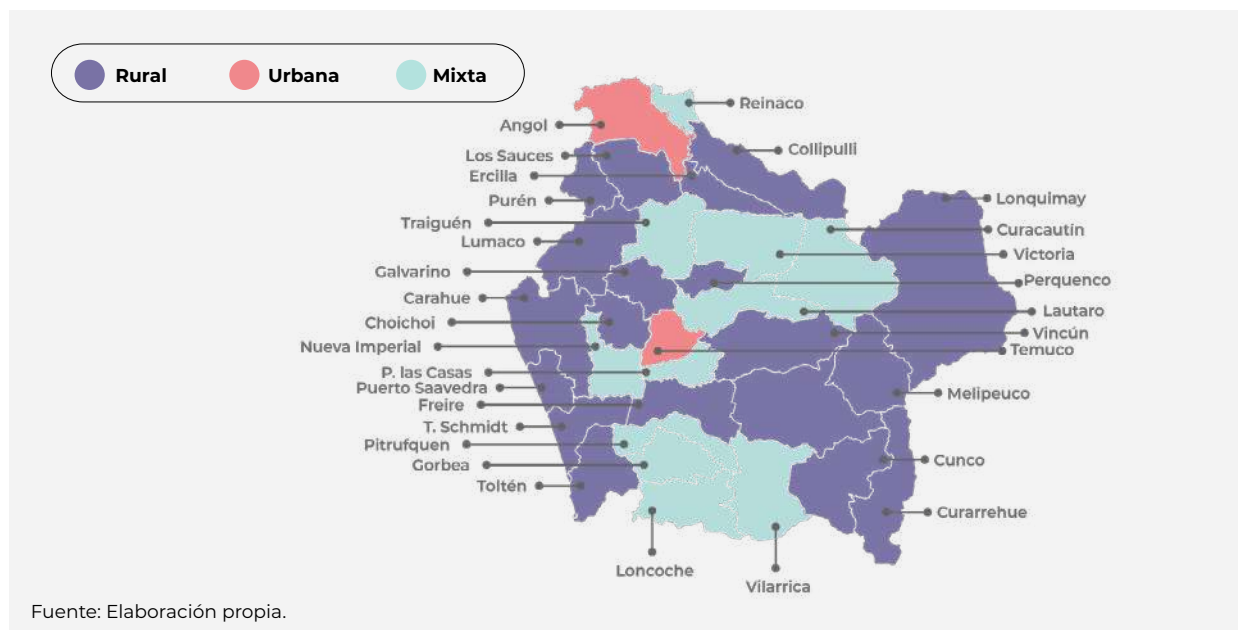
En los diálogos se hace referencia a la importancia de que las **políticas de cuidados respondan a las necesidades**, tanto de las personas que requieren cuidados, como de las personas cuidadoras. Se menciona específicamente que para ello se requiere mayor empatía por parte de las instituciones públicas. Es decir, proveer una atención integral que haga sentir incluidas y acompañadas a las personas cuidadas y cuidadoras. También se señala que las políticas públicas sean **atingentes al territorio** y que se cuente con **participación social**. Las y los participantes coinciden en la necesidad de **actualizar los datos demográficos** en relación con los cuidados, que permitan cuantificar y caracterizar a las personas cuidadoras y personas que requieren cuidados. Se hace especial mención a las personas en situación de calle que puedan necesitar apoyos y cuidados. Además, se señala que las políticas públicas deben reconocer el trabajo de las personas cuidadoras, tanto formales como informales.

Entre las acciones de mejora, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, así como mejoras y/o fortalecimiento del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado (SENADIS, SENAMA, Salud, entre otros), y el aumento de coberturas en las atenciones que estos entregan. Esto se expresa en mejorar la capacidad de la infraestructura, aumentar la cantidad de cupos, acceder a apoyo técnico y/o de “respiro”, y extender la duración de los beneficios. Se hace referencia en particular a la Red Local de Apoyos y Cuidados, sobre el que solicita su ampliación, tanto de cupos y prestaciones, como de presupuesto. Asimismo, se señala la necesidad de ampliar la cobertura territorial de los programas y servicios.

En relación con la oferta pública, se destaca la **falta de información de los programas existentes**. Así, se requiere una mayor difusión sobre los programas e instituciones que prestan apoyo a las personas cuidadoras y a las personas que requieren cuidados. Igualmente, se espera una **mayor rapidez en el acceso** a los distintos tipos de apoyo.

Las y los participantes de los diálogos esperan una mejor aplicación, e incluso cambios, en la **normativa vigente sobre cuidados**. Por un lado, se señala la falta de fiscalización para cumplir la normativa en materia de discapacidad. También se menciona específicamente la necesidad de mayor difusión de la Ley N° 21.168, que tiene como fin crear el derecho a la atención preferente. Por otro lado, se menciona la necesidad de contar con legislación que blinde el derecho al cuidado, para evitar el abandono y la negligencia hacia todas las personas que se ven involucradas en los cuidados.

12 LA ARAUCANÍA



12.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región de La Araucanía cuenta con una población de 957.224 habitantes. Se observa un **equilibrio de género** en la distribución de la población, aunque tiende a contar con más mujeres. Para el total de la región, un 48,6% de la población son hombres y un 51,4% mujeres (ODEPA, s/f-l). Para las comunas rurales, el equilibrio es algo mayor, ya que el 49,1% son hombres y el 50,9% mujeres (ibid.). La distribución en las comunas urbanas cuenta con una mayor proporción de mujeres, llegando a un 52,4%, frente a 47,6% de hombres (ibid.).

La región se compone de 32 comunas, 2 de las cuales se clasifican como urbanas, 11 como mixtas y 19 como rurales. Existe un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población en las diferentes comunas. En conjunto, las dos comunas urbanas concentran el 35,1% de la población regional, destacando Temuco, la capital regional, donde habita el 29,5% de la población total (ODEPA, s/f-l). En esta comuna también se concentran los principales servicios, equipamientos e infraestructura de la región (GORE Araucanía, 2010). Sin embargo, el conjunto de comunas mixtas y rurales abarca el 94,8% del territorio regional, pero alberga una menor población (ODEPA, s/f-l). Las comunas más pobladas son Padre Las Casas, con un 7,95% del total regional, y Villarrica, con un 5,80% (ibid.).

La región cuenta con una gran proporción de **población perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, representando un 33,6% de la población regional (ODEPA, s/f-l). Esta proporción aumenta en las comunas rurales, alcanzando el 39,6%, y llegando a casi el 80% en la comuna de Saavedra y 75% en Cholchol (ibid.). De las personas que se reconocen pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, el 97,5% se identifica con el pueblo mapuche (ibid.).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 21.870 personas extranjeras, lo que supone el 1,3% del total nacional (SERMIG, 2024k). A su vez, esto representa el 2,3% de la población regional. En cuanto al origen de estas personas, el 26,5% proviene de Argentina, el 25,8% de Venezuela y el 16,1% de Haití (ibid.). La comuna de Temuco concentra el 50,7% de la población migrante, mientras que el resto de comunas alberga la otra mitad (ibid.).

Respecto a la población afrodescendiente, la región cuenta con el 0,63% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 62 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que no llega al 1% de la población total de La Araucanía.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **11,6% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor que casi duplica la media nacional de 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Aunque la cifra ha ido disminuyendo, sigue siendo una de las más altas del país, solo por detrás de Ñuble. La situación de pobreza presenta además grandes desequilibrios territoriales entre comunas rurales y urbanas, superando el 35% de pobreza en comunas como Galvarino, Saavedra o Toltén (ODEPA, s/f-l).

Uno de los factores causantes de esta desigualdad es la inequidad territorial en el acceso a bienes y servicios. Por otro lado, se hace notar que las comunas de Temuco y Padre Las Casas, a pesar de obtener buenos indicadores socioeconómicos, esconden situaciones de pobreza e indigencia, como niños/as en situación de calle y zonas de alta vulnerabilidad social (GORE Araucanía, 2010).

En cuanto a la **habitabilidad**, en la región 4,9% de los hogares se encuentran en condición de hacinamiento y 16,3% carecen de acceso adecuado al servicio de agua potable, cifras superiores al promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Las zonas rurales presentan importantes brechas de infraestructura en agua potable y alcantarillado, además de carecer de servicios básicos o contar con servicios precarios (GORE Araucanía, 2010). Esto conlleva a que la situación de habitabilidad sea mucho más deficiente en las comunas rurales, destacando Lonquimay, Saavedra y Galvarino, donde más del 55% de hogares no cuentan con acceso a la red pública de suministro de agua (ODEPA, s/f-l). Esta infraestructura está directamente relacionada con el acceso a derechos sociales, por lo que impacta en la calidad de vida de los y las habitantes de la región.

La educación es un desafío fundamental para la región. El promedio de escolaridad es de 10,6 años, un año menos que el promedio a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Los centros de educación especializada se concentran en áreas urbanas, lo que deja a los sectores rurales, sobre todo los más alejados, sin equipamiento e infraestructura de este tipo (GORE Araucanía, 2010).

Tabla 12. Datos de empleo en la Región de La Araucanía

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	58%	68,26%	48,1%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	52,4%	62,2%	43,3%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Los datos de **empleo** para la región están por debajo de la media nacional, tanto para la tasa de participación como para la tasa de ocupación laboral. La Araucanía cuenta con tasas de empleo 4 puntos inferiores al promedio nacional. En ambas tasas se aprecia una brecha de género en detrimento de las mujeres, con una tendencia muy similar al contexto nacional. Esto quiere decir que las mujeres enfrentan una peor situación de empleo, tanto a la hora de insertarse en el mercado laboral como de encontrar un empleo.

Los sectores económicos más relevantes en la región son los servicios personales, la construcción y los servicios de vivienda e inmobiliarios (ODEPA, s/f-l). El sector agrícola también tiene un peso importante, especialmente el cultivo tradicional, teniendo en cuenta los recursos naturales con los que cuenta la región (GORE Araucanía, 2010). El turismo, los hoteles y los restaurantes son sectores con gran potencial en la región (ODEPA, s/f-l). El proceso participativo llevado a cabo en el marco de la Estrategia Regional de Desarrollo relevó que un gran porcentaje de la región se basa en una economía de subsistencia sin valor agregado (GORE Araucanía, 2010). De esta manera, los y las ciudadanas indican que se requiere una mayor inversión pública y desarrollo de tecnología para garantizar mejores y mayor número de empleos (ibid.). Se menciona también la necesidad de aplicar el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en todas las actividades económicas, especialmente para preservar el agua y el uso de la tierra, lo que se valora como una oportunidad para la región (ibid.), considerando que en el territorio existe una alta tasa de comunidades indígenas

Finalmente, en lo relativo a la **salud**, de las personas inscritas en el Registro Social de Hogares en la región, el 88,8% está adscrito a FONASA, y un 5,3% a ISAPRE (BCN, 2023i). En total, un 83,6% de la población regional está inscrita en salud municipal (ibid.). Debido a que algunos servicios de salud solo se encuentran localizados en la comuna de Temuco, muchas personas con distintas enfermedades se ven obligadas a desplazarse para recibir atención especializada y de calidad (GORE Araucanía, 2010).

12.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁵⁰

Dependencia	Moderada	Severa
	31.882	24.473
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	23.610	32.774

Fuente: Elaboración propia

⁴⁸ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁴⁹ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁵⁰ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

12.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de La Araucanía



Porcentaje de participación en el total de las actas de La Araucanía



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁵¹ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

12.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de La Araucanía



En la región, destaca el **uso del tiempo** como una problemática para las personas que cuidan, lo que revela diversas necesidades específicas. Por un lado, las y los participantes de los diálogos mencionan la falta de tiempo libre; por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras se privan de realizar actividades distintas a las de los cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, lo que afecta directamente a la calidad de vida de las mujeres. Sobre esto, se señala como necesaria la existencia de tiempo para asuntos personales, tanto de autocuidado como para realizar gestiones del día a día. También se señala la necesidad de contar con lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, al aire libre o en espacios cerrados, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida para las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas, tiempo de relajación y autocuidado; actividades deportivas y de esparcimiento, y disfrutar con amistades. Todo esto se asimila a un espacio de “respiro” en los cuidados. La falta de tiempo es aún más crítica para las madres trabajadoras, que señalan que no tienen tiempo personal después de su jornada laboral y responsabilidades de cuidado.

Por otro lado, para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden en que debiera existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios que se identifican son los de asistencia en salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos), y solicitud de horas médicas con especialistas. Se resalta la importancia de que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios para garantizar una adecuada atención preferencial, tanto en servicios de salud como en el transporte, por ejemplo. También se identifica como necesidad que se agilicen y faciliten las gestiones y trámites, y que se mejore el registro de personas cuidadoras, aunque no se indica de qué manera.

La falta de tiempo también se asocia a la sobrecarga de trabajo y a la ausencia de una red de apoyo. Las y los participantes de los diálogos mencionan que las personas cuidadoras necesitan contar con apoyo, ya sea mediante cuidadoras de “respiro”, la implementación de un programa público o la articulación de una red de cuidados. Se señala que estas medidas deben tener un enfoque territorial y de ruralidad, para atender las necesidades reales de cada contexto. En la misma línea, se remarca la importancia de transmitir mayor información sobre la oferta de apoyo existente y las redes con las que cuentan las comunidades.

Otra problemática relevante para las personas cuidadoras es la **salud mental y física**. Respecto a la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que no existe una visión integral con relación al bienestar de las personas cuidadoras, abordando su pleno desarrollo personal. Las menciones hacen referencia a la sobrecarga y desgaste físico y emocional que producen los cuidados en las personas que los ejercen, lo que supone

un aumento de enfermedades físicas y mentales de las personas cuidadoras y su núcleo familiar. Por eso, se señala la necesidad de contar equipos de salud multidisciplinarios que puedan dar solución a las necesidades específicas de salud de las cuidadoras.

Las menciones en los diálogos hacen referencia mayoritariamente a la salud mental. Dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico asociados a ejercer trabajos de cuidado, se requiere aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas. Se señala también la necesidad de contar con profesionales capacitados específicamente para la contención y gestión de la salud mental de las cuidadoras en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Las y los participantes indican que también se debe incluir el autocuidado dentro del tratamiento de la salud mental, promoviendo la estabilidad emocional de las personas que cuidan.

Con respecto a la **autonomía económica**, en los diálogos se asocia el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Se hace referencia a la necesidad de apoyo económico a las personas que ejercen los cuidados. En los diálogos se relevó el hecho de que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a los cuidados, lo que las deja sin ingresos. Esto se relaciona también con la falta de reconocimiento al trabajo de cuidados, que relega a muchas personas cuidadoras, especialmente mujeres, a trabajar de manera no remunerada y no contar con ingresos fijos.

Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como aumentar los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiar emprendimientos de cuidadores/as, crear fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Se releva especialmente la necesidad de apoyo económico para las personas mayores que ejercen o han ejercido cuidados, ya que sus pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como las pensiones solidarias. Se señala también que se debería acelerar o facilitar el cobro de las pensiones y beneficios sociales, agilizando los trámites y reduciendo la burocracia.

En los diálogos también se señala la falta de integración al mundo laboral que enfrentan las personas que cuidan. Por un lado, se identifica la necesidad de contar con cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; implementar medidas que potencien el trabajo independiente; reconocer el cuidado como un trabajo; y la profesionalización del oficio de cuidador/a. Por otro lado, se menciona la precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. En general también se señalan la falta de oportunidades laborales con enfoque de género y la deficiencia de los derechos laborales para las personas cuidadoras. Se hace mención de la ausencia de acceso a un empleo con flexibilidad que permita compatibilizar la jornada laboral con los cuidados, como contar con un horario que permita conciliar o que se concedan permisos laborales para poder cuidar.

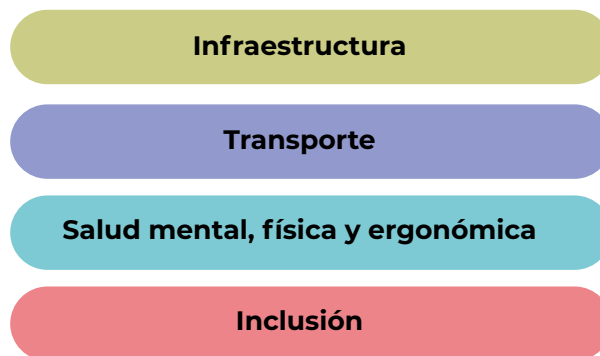
En referencia a la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia sobre la importancia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Las menciones hacen referencia a que se debe visibilizar la responsabilidad compartida de los cuidados, entre las familias, las comunidades y los servicios públicos. Las y los participantes de los diálogos insisten en que la sociedad aún no está concientizada sobre la labor que realizan las personas cuidadoras, para lo que falta visibilizar todas las actividades que conllevan los cuidados. Además, se hace especial énfasis en concientizar sobre el valor de los cuidados. Se propone la difusión de información, educar a las familias y a la comunidad sobre la importancia de repartir las tareas de cuidados, promover una legislación que garantice la corresponsabilidad social, y visibilizar el rol de los y las cuidadoras.

Finalmente, en la región también se releva como necesidad la **educación y formación** para las personas cuidadoras. En este sentido, se refiere a dos dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado y la psicoeducación. Respecto a la primera dimensión, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), en áreas como: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, capacitaciones impartidas por profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, y capacitación o educación específica para el cuidado de niños, niñas y adolescentes con TEA.

Se hace especial mención a la falta de conocimiento para hacer frente a situaciones de riesgo, catástrofe o emergencia; y a la formación psicológica de las personas cuidadoras para atender mejor a las personas que necesitan cuidados, especialmente personas mayores y postrados. Las personas cuidadoras también señalan que requieren mayor conocimiento sobre las políticas públicas y ayudas existentes, además de capacitación específica para procesos complejos, como el reclamo de la pensión de alimentos.

Sobre la segunda dimensión, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar a la población en general en relación con los cuidados. En los diálogos se menciona la necesidad de educar a la comunidad en relación con los cuidados, el trabajo profesional que realizan las personas cuidadoras, el valor social y económico que aportan a la sociedad, y las necesidades específicas que requieren. Se menciona, asimismo, la importancia de fortalecer la educación y sensibilización en los colegios acerca de los cuidados, la corresponsabilidad social y la inclusión de las personas que requieren cuidados.

12.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de La Araucanía



En la región, las personas que requieren cuidados señalan que existen relevantes problemáticas en torno a la **infraestructura**. Por un lado, la falta de una infraestructura inclusiva en espacios públicos y privados representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada, iluminación correcta y otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos, por lo que se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad. Se hace especial referencia a la accesibilidad en zonas rurales, locales públicos y empresas.

El mal estado de calles y veredas, así como aceras deterioradas, escaleras en malas condiciones y autos estacionados en las veredas, ponen en peligro la autonomía, seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia. En efecto, estas condiciones dificultan el traslado y pueden aumentar el riesgo de caídas o accidentes. Asimismo, la falta de

iluminación y señalética en las calles puede aumentar los riesgos de accidentes, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

Las y los participantes de los diálogos también identifican la necesidad de contar con infraestructura de cuidados en la región. Esto incluye la construcción de hogares para personas dependientes, más ELEM, centros de cuidados y casas adaptadas. Se hace especial mención a la adecuación de viviendas según las necesidades de cuidados. En la misma línea, se requiere de equipamiento especial en los centros educacionales para responder a las necesidades específicas de niños, niñas y adolescentes. En los diálogos, también se señaló el problema que supone no contar con un acceso a internet correcto y suficiente, ya que esto impide comunicarse en caso de urgencia en algunas comunas y supone una brecha digital para ciertos territorios rurales y para las personas mayores.

En cuanto a **transporte y movilidad**, se expresa la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como estaciones en micros y buses, lo que representa una barrera para las personas con discapacidad y dependencia. Específicamente, se hace mención de que la región no cuenta con buses inclusivos. En la misma línea, la carencia de opciones de locomoción adaptadas a las necesidades de las personas en situación de discapacidad representa una barrera significativa para su movilidad y acceso a servicios esenciales, limitando su autonomía, desarrollo personal y participación en la comunidad. La adaptación de estas infraestructuras es esencial para garantizar que todas las personas puedan acceder y utilizar el transporte público de manera independiente y segura.

La falta de opciones adecuadas de transporte obstaculiza el acceso a servicios médicos y sociales, así como a actividades de participación y recreación, esenciales en este tipo de casos. No abordar esta necesidad puede resultar en un aislamiento de las personas que requieren cuidados. Se releva especialmente la falta de conectividad en sectores alejados y zonas rurales. Se añade, además, la necesidad de contar con transporte para el traslado de personas que reciben cuidados a centros médicos para tratamientos y consultas, así como a centros de estadía, como por ejemplo los Centros de Día de Adulto Mayor (CEDAM). Dicho transporte es esencial para brindarles un espacio de atención, socialización y cuidado. Las personas que requieren cuidados necesitan mayor frecuencia en el transporte público, que les haga posible llegar a sus citas médicas y personales. Se hace especial mención a la necesidad de ampliar los estacionamientos reservados, ya que muchas veces no se respetan y carabineros no siempre es flexible y comprensible con estas situaciones de movilidad.

En relación con la **salud mental, física y ergonómica** de las personas cuidadas, en los diálogos surgen menciones sobre carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos. En primer lugar, se destaca la falta de atención integral que cuente con un equipo multidisciplinario en los diversos programas de salud. En este sentido, se señala la ausencia de equipamiento y especialistas en los servicios de salud, especialmente en áreas como fonoaudiología o kinesiología. También se señala la ausencia de centros de salud para personas mayores, donde haya profesionales especializados, transporte y accesibilidad. Asimismo, se señala la necesidad de contar con una línea educativa en salud que se centre en la prevención de la dependencia. Las y los participantes también hacen referencia a la calidad de los servicios de salud. Se señala la necesidad de mayor seguimiento hacia los y las pacientes, especialmente para personas mayores y personas con discapacidad. Esto incluye En relación con el acceso a la salud, se menciona que actualmente no existen horas suficientes disponibles para las personas que requieren cuidados, especialmente en los sectores rurales. En este sentido, en los diálogos se indica además la necesidad de contar con atención preferencial en los servicios públicos y privados. Se releva especialmente la necesidad de esta priorización en los hospitales y dependencias municipales. En los diálogos también se hace referencia a la mejora y mayor accesibilidad a las ayudas técnicas y la adaptación de estas a los requerimientos de cada persona. En concreto, se señala que estas sean constantes y que se requieran menos trámites para acceder a ellas. También se hace mención del alto costo de los medicamentos y de la falta de orientación suficiente para los pacientes en la toma de estos.

Respecto a la salud mental, se releva la necesidad de contar con este servicio para todas las personas que requieren cuidados. Sin embargo, no existen suficientes prestaciones ni centros de salud mental en la región. En muchas ocasiones, los servicios de salud mental no están disponibles hasta dentro de meses. Se señala que esta situación se debe a la falta de recursos económicos y humanos dedicados a la salud mental dentro del sistema de salud en general, a pesar de la creciente demanda de atención en este campo. En la misma línea, se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente en el ámbito de la salud mental con el objetivo de mejorar los resultados del tratamiento y brindar un mejor apoyo a las personas con este tipo de problemas de salud y a sus familias. En la región se releva, además, la falta de salud mental para las personas mayores, quienes muchas veces se sienten abandonadas y se enfrentan a la soledad.

Finalmente, las y los participantes de los diálogos relevan la necesidad de **inclusión** de las personas que requieren cuidados en diferentes ámbitos de la vida. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de estas personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Se señala la necesidad de integración en el ámbito laboral y la promoción del emprendimiento para las personas con dependencia o discapacidad, con el fin de asegurar la igualdad de oportunidades y su autonomía física y económica. También se señala la necesidad de contar con opciones inclusivas de recreación para todas las edades y diversidades de personas que requieren cuidados. Se menciona la falta de espacios inclusivos, centros para jóvenes y lugares de esparcimiento para personas mayores. Para mejorar la calidad de vida de todas las personas que requieren cuidados, es necesario asegurar espacios de ocio y desarrollo personal inclusivos.

A su vez, un aspecto relevado que se percibe como factor contribuyente a la falta de inclusión es la escasez de conocimiento e información por parte de la sociedad respecto a la situación o condición de algunas personas que las hacen ser dependientes y necesitar de cuidados (situaciones de discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes). Se señala que esto vulnera la autonomía de las personas y que se requiere mayor concientización en todos los espacios públicos. En este sentido, se hace especial mención a las personas mayores y el abandono que pueden llegar a sufrir. A fin de lograr una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida, es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanentes en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren de cuidados.

12.3.2. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de La Araucanía

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con perspectiva de género e incorporar un carácter intersectorial y descentralizado, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad**, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, entre otras) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un SNAC necesitaría un marco institucional que lo contenga y le dé sustento económico y administrativo. Por un lado, se señala la necesidad de **contar con datos demográficos actualizados**, como la realización de un catastro o censo a nivel local para conocer con detalle quiénes necesitan cuidados y quiénes cuidan. Esta necesidad se releva especialmente en el ámbito rural y para las personas mayores. Por otro lado, las y los participantes destacan la importancia de que todas las instituciones respeten las leyes y normativa de cuidados, a fin de garantizar el derecho al cuidado y a cuidar, y que estas leyes sean reforzadas cuando sea necesario.

Entre las acciones de mejora, destaca el **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo la mejora en el funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado. Se menciona la ausencia de centros, programas y cobertura suficientes. Se requieren **mayores recursos** para fortalecer los programas existentes, así como ampliar la cobertura de la Red Local de Apoyos y Cuidados e implementarla en la totalidad de comunas de la región y el país. Asimismo, se señala la necesidad de **fomentar la comunicación y difusión** de la oferta programática existente, para que todas las personas conozcan los programas y sus intervenciones en los diferentes grupos etarios. Las y los participantes de los diálogos también mencionan que las autoridades y administraciones deben formarse y educarse más en el área de cuidados para entender las necesidades reales de la población y así poder repartir los recursos de manera más adecuada.

En la región se releva la necesidad de **considerar las características territoriales y culturales**, como la dispersión geográfica, la ruralidad y la presencia de pueblos originarios. Se menciona específicamente la necesidad de contar con la figura de un facilitador intercultural con dominio de la cultura Mapuche en el territorio, contar con un centro de cuidados pehuenches y abordar los cuidados desde la interculturalidad y la multiculturalidad de la Región de La Araucanía. Además, se señala que las políticas deben adecuarse a las comunas rurales, zonas aisladas y las áreas con poca población.

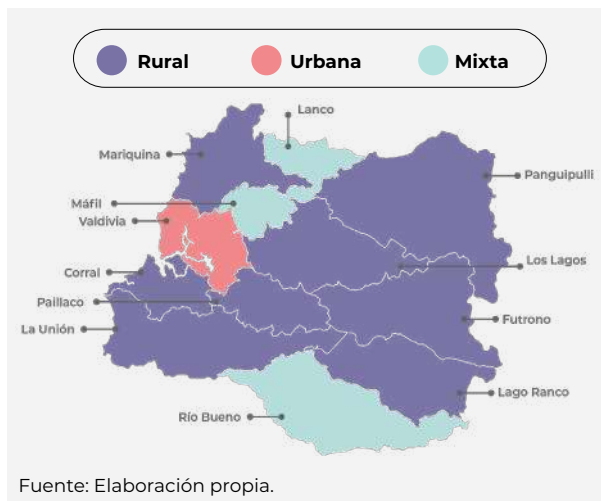
Muchas personas participantes en los diálogos hacen referencia a la **sensación de inseguridad** en la región. Por un lado, se menciona la necesidad de contar con más vigilancia y policía, para hacer frente a la delincuencia, la violencia intrafamiliar y el consumo de drogas y alcohol. Por otro lado, también se hace mención a las situaciones de maltrato que sufren las personas cuidadoras y las que requieren cuidados. Además, se señala que existen personas en situación de calle que pueden necesitar cuidados y que no tienen ningún tipo de seguridad.

13.1. Contexto socioeconómico

Población

De acuerdo con el Censo de 2017, la Región de Los Ríos cuenta con una población de 384.837 habitantes. Se puede observar un **equilibrio de género** en la distribución de la población a nivel regional, donde el 49,1% son hombres y el 50,9% mujeres (ODEPA, s/f-m). Para el total de comunas rurales la distribución es muy similar, el 49,6% son hombres y el 50,4% mujeres; lo que varía para las comunas urbanas, donde tiende a haber más mujeres, 51,6% frente a 48,4% de hombres (ibid.).

La región se compone de 12 comunas; 8 se clasifican como mixtas, 3 como rurales, y solo 1 como urbana. El conjunto de comunas mixtas y rurales abarca el 95% del territorio regional, pero solo alberga el 57% de la población (ODEPA, s/f-m). Esto muestra un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población en las diferentes comunas. Solo en la comuna de Valdivia, la única urbana, se concentra más del 40% de la población regional, mientras que en otras comunas rurales la población no supera el 3%, como en Corral, Máfil o Lago Ranco (ODEPA, s/f-m). La región se caracteriza también por un alto porcentaje de población rural, alcanzando el 28,3% de la población regional (Universidad de Chile, 2022).



La región cuenta con una alta proporción de **población perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, alcanzando el 25% de la población regional (ODEPA, s/f-m). La proporción aumenta en las comunas rurales, alcanzando un 30,8%, y superando el 40% en las comunas de Lago Ranco, Panguipulli y Mariquina (ibid.). De las personas que se reconocen pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, el 97% se identifica con el pueblo mapuche, de las cuales el 51% son mujeres y el 49% hombres (Universidad de Chile, 2022). Además, también hay personas en la región que se identifican con los pueblos Aymara, Quechua, Coya, Diaguita, Licán Antai, Colla, Kawésqar, Yagán y Rapanui, aunque en menor proporción (ibid.).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 8.467 personas extranjeras, un 2,2% de la población regional total. Esto supone el 0,5% del total nacional, siendo una de las regiones con menor población extranjera (SERMIG, 2024). Respecto al origen de estas personas, el 29,1% proviene de Venezuela, el 18,6% de Argentina y el 15,3% de Haití (ibid.). Este grupo de población se concentra principalmente en la comuna de Valdivia, con un 66,3%, seguido por Panguipulli con un 9,4% (Universidad de Chile, 2022).

Aunque en la región existe **población afrodescendiente**, solo se identifican de esta manera 22 personas, lo que no llega al 1% de la población total de Los Ríos (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, esto supone el 0,22% del total nacional (ibid.).

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **5,9% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor menor a la media nacional de 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Sin embargo, la situación de pobreza es mayor en las comunas rurales, destacando Corral, Lanco y Paillaco, donde es superior al 19% (ODEPA, s/f-m). Las comunas de Lago Ranco, Mariquina y Lanco son las que más han reducido la situación de pobreza en la última década (Universidad de Chile, 2022).

Se observa además una brecha de género en los ingresos por hogar. En la región, el 48,5% de los hogares tienen una jefa de hogar mujer (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020), para los cuales los ingresos autónomos son un 7,15% menores en comparación con los hogares con jefatura masculina (Universidad de Chile, 2022). Aunque esta brecha ha ido disminuyendo a lo largo de la última década, sigue siendo la mayor a nivel nacional (ibid.).

Respecto de la **habitabilidad**, el 3,6% de los hogares de la región se encuentra en situación de hacinamiento y 15,3% no cuenta con un acceso adecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Esta falta de acceso empeora en las comunas rurales, donde llega a superar el 40% de los hogares en comunas como Lago Ranco y Panguipulli (ODEPA, s/f-m).

En cuanto a la **educación**, el promedio de escolaridad en Los Ríos es de 10,9 años, mientras que a nivel nacional es de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). A nivel territorial, se observa una brecha de 2,7 años entre las comunas urbanas y rurales, en detrimento de las últimas (ODEPA, s/f-m). En la comuna de Valdivia, el promedio asciende a 11,6 años, mientras que para Lago Ranco desciende a 8 años (ibid.). Con respecto a los servicios educativos, la región cuenta con 698 establecimientos educacionales, de los cuales 183 son de Parvularia (78 rural y 105 urbano), 369 de Educación Básica (249 rural y 120 urbano), 101 de Educación Media (20 rural y 81 urbano) y 45 de Educación Especial (2 rural y 43 urbano) (Universidad de Chile, 2022). Como se puede observar, las comunas rurales cuentan con menor número de establecimientos, especialmente en lo referente a Educación Media y Especial.

Tabla 13. Datos de empleo en la Región de Los Ríos

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	59,9%	69,1%	51,3%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	55,3%	64,9%	46,3%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

En cuanto a los datos de **empleo**, la región muestra menor participación y ocupación laboral en comparación con el promedio nacional, lo que indica que Los Ríos cuenta con menos personas insertas en el mercado de trabajo. Es posible identificar una brecha de género, en detrimento de las mujeres, para ambas tasas laborales. Para la tasa de participación, la brecha de género en la Región de Los Ríos es dos puntos porcentuales mayor que a nivel nacional. Esto indica que, en la región, las mujeres están disponibles para trabajar en menor medida que los hombres, en comparación con el promedio del país, donde existe una brecha algo menor. Los sectores económicos con mayor ocupación en la región son la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, la construcción, la industria manufacturera, la enseñanza, la administración pública y las actividades profesionales (Universidad de Chile, 2022). Se pueden identificar

brechas de género en los sectores de la construcción, minería, transporte y almacenamiento, el suministro de agua y la agricultura, los cuales son sectores masculinizados; mientras que el trabajo del hogar, la salud y los hoteles y restaurantes son sectores feminizados (ibid.). En cuanto al emprendimiento, la región cuenta con 57.859 microempresarios/as, un 56,2% son hombres y un 43,8% mujeres, brecha que aumenta en detrimento de las mujeres en el sector primario y en perjuicio de los hombres en el sector terciario (ibid.).

Finalmente, en cuanto a la **salud**, de las personas inscritas en el Registro Social de Hogares en la región, el 88,6% está adscrito a FONASA y el 6,1% a ISAPRE (BCN, 2023j). Para el total de la región, el 83,1% de la población se encuentra inscrita en salud municipal (ibid.). Sobre los indicadores de salud, llama la atención el estado nutricional de la población infantil. La obesidad en la Educación Básica es del 31,4% en la región, frente al 28,8% a nivel nacional; y del 23% en la Educación Media, en comparación con un 20,5% a nivel nacional (BCN, 2023).

13.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁵⁴

Dependencia	Moderada	Severa
	13.012	9.866
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	9.441	13.438

Fuente: Elaboración propia

⁵² Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

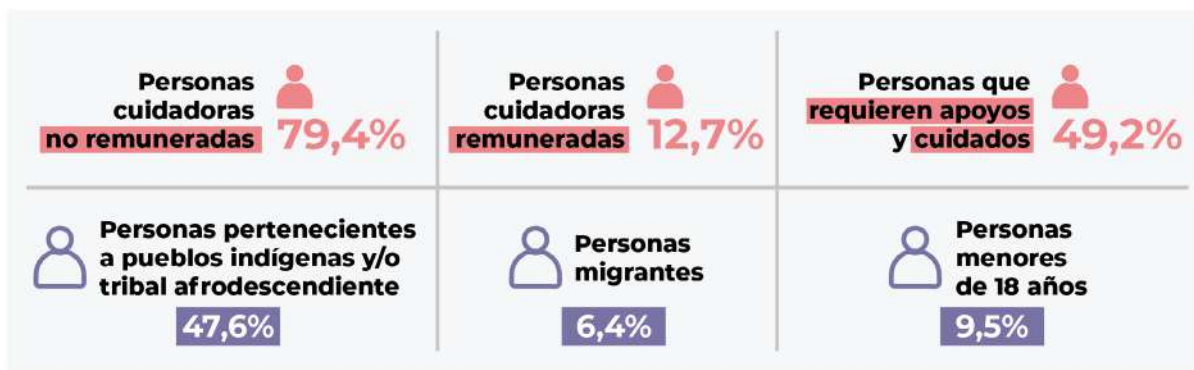
⁵³ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁵⁴ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

13.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Los Ríos



Porcentaje de participación en el total de las actas de Los Ríos



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁵⁵ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

13.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Los Ríos



En la Región de Los Ríos es posible identificar la **autonomía económica** como una de las grandes problemáticas de las personas que cuidan. Las y los participantes de los diálogos asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Se hace referencia a la necesidad de apoyo económico a las personas que ejercen los cuidados. En los diálogos se relevó el hecho de que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a los cuidados o no pueden siquiera insertarse en el mercado de trabajo formal. Esto las deja sin ingresos y con una alta inestabilidad económica. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, o hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras.

Por otro lado, en los diálogos también se releva la falta de integración al mundo laboral que enfrentan las personas que cuidan. Las y los participantes mencionan la ausencia de oportunidades laborales remuneradas para las cuidadoras/es. En este sentido, se menciona la necesidad de contar con cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; implementar medidas que potencien el trabajo independiente; que se reconozca el cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. En concreto, se menciona especialmente la necesidad de contar con acompañamiento sociolaboral, acceso al empleo para personas jóvenes, oportunidad de trabajo en remoto y apoyo a los emprendimientos.

La incompatibilidad sobreviniente entre los cuidados no remunerados y una jornada laboral remunerada estaría dada por la falta de flexibilidad laboral y en la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen y otorgan pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Las y los participantes de los diálogos señalan la necesidad de flexibilizar el sistema laboral para las personas cuidadoras, garantizando el acceso a permisos para ausentarse y poder acudir a citas médicas, cuidar temporalmente o conciliar mejor con el cuidado de hijos/as y otros familiares. Además, se señala la precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social.

La **salud mental** de las personas cuidadoras es otra de las grandes problemáticas que se releva en los diálogos. Las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen por poco conocimiento respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo

apoyo psicológico a personas cuidadoras. Dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico producto de ejercer cuidados, las personas indican la necesidad de apoyo en salud mental. En concreto, se menciona que muchas veces las personas cuidadoras sufren de pérdida de la identidad personal debido a la carga de trabajo de cuidados, lo que afecta a su salud física y emocional. En este sentido, se propone aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas, ya que en la actualidad las horas de atención en salud mental y los especialistas disponibles son escasos.

Asimismo, se manifiesta la necesidad de contar con programas de autocuidado, como espacios para personas cuidadoras, tiempo de desconexión y capacitación para evitar la sobrecarga. Las y los participantes también proponen contar con cuidadoras de “respiro”, para poder liberarse temporalmente de la responsabilidad de cuidar cuando lo necesiten. También se menciona la necesidad de apoyo psicológico en procesos de duelo de personas que han dedicado su vida al cuidado y cuyas personas cuidadas fallecen.

En el ámbito de la salud también se identifica como necesidad la atención preferencial para personas cuidadoras en servicios públicos y privados. Para que sea adecuada, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita, en efecto, acceder rápidamente a una atención. También se hace mención, en menor medida, a la unificación de las necesidades de las personas cuidadoras en relación con trámites como la solicitud de horas médicas, pago de pensiones, entre otros, que facilite y agilice dichas gestiones, y a la necesidad de mejorar el catastro o registro de personas cuidadoras. Finalmente, respecto a la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que existe una ausencia de visión integral del bienestar de las personas cuidadoras, abordando su pleno desarrollo personal.

Con respecto a la **educación y formación** de las personas cuidadoras, se identifica como necesidad la capacitación formal en gestión del cuidado. Se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. En este sentido, se señala la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación y capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), que consideren técnicas de autocuidado; manejo de pacientes; primeros auxilios; cuidado para personas con discapacidad; y capacitaciones con profesionales especialistas (neurólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos.

Por otro lado, en los diálogos se releva la necesidad de acceso a educación superior que pueda dar mayores oportunidades laborales a las personas cuidadoras. Se requiere mayor apoyo a los y las estudiantes para que se formen en la región; mejorando la calidad, el acceso y los recursos, con especial énfasis en los sectores rurales. Asimismo, se hace referencia a la discontinuidad de los estudios formales de quienes ejercen cuidados y la necesidad de retomarlos con mayores facilidades, de acuerdo con su realidad material.

En cuanto a la **corresponsabilidad social y de género**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia acerca de que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Se hace referencia en un aspecto más abstracto a la falta de visibilización de lo feminizado que se encuentra el cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo, se identifica una invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, haciendo referencia a la ausencia de reconocimiento del trabajo de cuidados, la falta de educación social en torno a la temática, y la falta de conciencia y empatía por parte de la comunidad.

Además, las y los participantes evidencian la necesidad de promover mayores redes de apoyo y de integración comunitaria, incluyendo a familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otros. Concretamente, se menciona la activación de redes de apoyo que promuevan una cultura de la corresponsabilidad y que integren la perspectiva de género.

Se releva especialmente la necesidad de involucrar más a los diferentes miembros de la familia, para evitar que los cuidados recaigan únicamente en las mujeres, sobre todo madres. Se señala que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales en sus familias, y de cuidadoras secundarias para otras mujeres de las familias, como las hermanas (reforzando roles de género, la feminización de estas tareas y la sobrecarga). Esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las personas cuidadoras tengan una sensación de abandono familiar y social. En los diálogos se hace referencia a garantizar que las personas cuidadoras sean sujetos de derechos y que sensibilice a la comunidad con respecto a los cuidados y la corresponsabilidad de estos.

Finalmente, en los diálogos se indican diversas necesidades y problemáticas relativas al **uso del tiempo**. Por un lado, se señala la ausencia de tiempo libre; debido al cumplimiento de su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras se privan de actividades distintas a los trabajos de cuidados. Existe poca disponibilidad de tiempo y energía para asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Es por esto que las personas que cuidan necesitan más tiempo libre para poder realizar actividades diferentes a los cuidados y contar así con más tiempo para el autocuidado. La participación en actividades recreativas, tiempo de relajación y autocuidado, y actividades deportivas, de esparcimiento y de disfrute con amistades se asocia a una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras.

Para hacer frente a esto, en los diálogos se determina la necesidad de contar con un programa o red de cuidadores/as de respiro o reemplazo, para que puedan cuidar cuando la persona cuidadora principal no esté disponible o para asegurar que éstas tengan tiempo libre cuando no ejerzan cuidados. Se hace especial mención a la ausencia de tiempo para realizar trámites y gestiones de la vida diaria. Contar con mayores redes de apoyo y una mejor articulación de las existentes también es necesario para reducir la pobreza de tiempo que sufren las personas cuidadoras.

Por otro lado, para hacer frente a la falta de tiempo, las y los participantes coinciden mayoritariamente en que debería existir una atención preferente a personas cuidadoras en diversos servicios públicos y privados. Los servicios más sensibles que se identifican son los de asistencia de salud, asistencia social, farmacias (retiro de medicamentos), y solicitud de horas médicas con especialistas. Esta priorización de la atención se destaca como especialmente relevante en servicios críticos. Para una adecuada atención preferencial, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios.

13.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Los Ríos



Las y los participantes de los diálogos mencionan diferentes problemáticas y necesidades de las personas que requieren cuidados respecto a la **accesibilidad**. Por un lado, la falta de infraestructura inclusiva en espacios públicos y privados representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada y otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos. Por esto, es esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad. En los diálogos se menciona específicamente la necesidad contar con accesibilidad universal, tanto en calles y veredas, como al interior de servicios públicos, locales comerciales y establecimientos educacionales. Además, se señala que, actualmente, las ciudades no son amigables con las personas con neurodivergencia.

Asimismo, el mal estado de calles y veredas, que se encuentran deterioradas, escaleras en malas condiciones y autos estacionados en los pasos peatonales, pueden poner en peligro la seguridad y la movilidad de personas en situación de discapacidad y dependencia, y también de personas mayores. En efecto, estas condiciones dificultan el traslado y pueden aumentar el riesgo de caídas o accidentes. En la misma línea, la falta de iluminación y señaléticas en las calles puede acrecentar el riesgo de accidentes y caídas, especialmente para personas con discapacidad visual o movilidad reducida.

En cuanto a los espacios públicos, existe una demanda insatisfecha de infraestructura de cuidados, en tanto espacios que se adecuen a las necesidades de las personas que requieren cuidado, tales como centros de cuidados, centros diurnos, y centros especializados según la persona beneficiaria (discapacidad física, mental, personas mayores, niños, niñas y jóvenes, etc.). De igual forma, se percibe necesaria una mayor cobertura por parte de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM).

Las y los participantes de los diálogos también hacen referencia a la accesibilidad en las viviendas. Se plantea la necesidad de implementar proyectos o ayudas para el mejoramiento de viviendas, incluyendo la mejora de malas condiciones en la construcción, la adaptación de las viviendas a las necesidades de cuidados, la habitabilidad de las casas, y el aseguramiento de servicios básicos en todos los hogares. Este requerimiento se releva especialmente para los sectores rurales y cordilleranos. Además, se plantea la necesidad de crear proyectos para favorecer el proceso de casa propia, promoviendo la independencia y autonomía de las personas que requieren cuidados.

Otra de las grandes problemáticas para las personas que requieren cuidados es el **transporte**, sobre el que se expresan diversas necesidades. Por un lado, la falta de accesibilidad universal en la infraestructura del transporte, tales como paraderos de micros, estaciones buses y colectivos, así como también al interior de estos últimos, representa una gran barrera. La carencia de opciones de locomoción acomodadas a las necesidades de las personas en situación de

discapacidad o dependencia moderada y severa, así como de las personas mayores, representa una barrera significativa para su movilidad y acceso a servicios esenciales, limitando su independencia, desarrollo personal y participación en la comunidad. La adaptación de esta infraestructura es esencial para garantizar que todas las personas puedan acceder y utilizar el transporte público de manera independiente, inclusiva y segura.

Por otro lado, la falta de opciones adecuadas de transporte obstaculiza el acceso a servicios médicos y sociales, así como a actividades de participación y recreación, esenciales en este tipo de casos. No abordar esta necesidad puede resultar en un aislamiento de las personas que requieren cuidados. Se añade, además, la necesidad de contar con transporte especialmente dirigido para el traslado de personas que reciben cuidados hacia centros médicos para tratamientos y consultas, así como a centros de estadía, como por ejemplo los Centros de Día de Adulto Mayor (CEDIAM). Dicho transporte es esencial para brindarles un espacio de atención, socialización y cuidado. En los diálogos se hace especial referencia a la situación de movilidad en comunas con baja conectividad y la dificultad de acceso a lugares como cerros y zonas aisladas. Así, se requiere de transporte accesible e inclusivo en toda la región, tanto marítimo como terrestre, con especial foco en las zonas rurales y atendiendo a la dispersión geográfica. Se hace especial mención a la necesidad de contar con transporte en situaciones de emergencia. Finalmente, se releva el alto costo que supone el transporte para algunas personas que cuidan o que requieren cuidados, para lo que se propone contar con un subsidio de movilización.

En relación con la **salud mental, física y ergonómica** de las personas cuidadas, en los diálogos surgen menciones sobre carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos. En primer lugar, se destaca la ausencia de atención médica suficiente y continua, causada por un sistema de salud precario. Se señala especialmente que, en la actualidad, no se realiza un seguimiento correcto a las personas con un tratamiento, lo que afecta directamente a su salud. Por otro lado, se menciona la ausencia de equipamiento y especialistas en los servicios de salud, especialmente en servicios como neurología, psiquiatría, pediatría o traumatología. Además, se hace especial énfasis en la ausencia de especialistas como geriatra y matrona en sectores cordilleranos de la región.

Sobre la cobertura de salud, se hace mención de la necesidad de asegurar diagnósticos tempranos e implementar un enfoque de salud preventiva. Además, se señala la necesidad de mejorar la atención de urgencias y asegurar que estén disponibles las 24 horas del día. Se menciona también que la cobertura del SNAC en salud es baja. Asimismo, las y los participantes de los diálogos requieren que se fortalezca el Programa de Atención Domiciliaria (PAD), con especial enfoque en la atención de urgencia y en personas con dependencia severa, postradas, con discapacidad y/o movilidad reducida. En cuanto al acceso a medicamentos e insumos médicos, se destaca su alto costo y la dificultad de acceder a ellos, para lo que se propone contar con farmacias comunales.

En relación con el acceso a la salud, se plantea la necesidad de implementar mejoras en la calidad de los servicios, los tiempos de espera y la dotación de recursos humanos y económicos, especialmente en los servicios de atención primaria. En esta línea, en los diálogos se indica la necesidad de contar con atención preferencial en los servicios públicos y privados. Se releva especialmente el incumplimiento de tiempos de espera de GES, de la credencial de discapacidad y el retraso generalizado en la gestión de horas médicas. También se hace referencia a la mejora y mayor accesibilidad a las ayudas técnicas y la adaptación de estas a los requerimientos de cada persona. En concreto, se señala que debe haber apoyo económico y una entrega oportuna de insumos. Por otro lado, en relación con la primera infancia, se menciona la necesidad de contar con atención integral y centros de salud para este grupo de población en las diferentes comunas.

Respecto a la salud mental, se releva la necesidad de contar con este servicio para todas las personas que requieren cuidados. Manifiestan la falta de cobertura suficiente de salud mental y apoyo psicológico en la región. Se destaca la importancia de brindar una atención continua

y consistente en el ámbito de la salud mental, especialmente para las personas mayores, que muchas veces se sienten abandonadas y se enfrentan a la soledad. Se hace especial mención a contar con programas de autocuidado para las personas mayores.

Finalmente, la **inclusión** de personas que requieren cuidados se destaca como un tema central en la búsqueda de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de las personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Un aspecto relevado que se percibe como factor contribuyente a la falta de inclusión es la escasez de conocimiento e información por parte de la gran mayoría de la sociedad respecto a la situación o condición de algunas personas que las hace ser dependientes y necesitar de cuidados (situaciones de discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes). En este sentido, se propone la implementación de actividades o programas de concientización y educación, para evitar

En la región se releva especialmente la falta de inclusión de las personas mayores. Se señala la necesidad de visibilizar su realidad, apoyarles en los diferentes trámites y gestiones que tienen que realizar a diario, y garantizar que cuenten con actividades recreativas y de ocio, para evitar así su abandono y soledad. En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, se menciona que no cuentan con inclusión suficiente en los colegios, para lo que se necesita más personal especializado. Las y los participantes remarcan la necesidad de una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida, para lo que es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanente en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren cuidados.

Asimismo, se menciona la ausencia de inclusión en el ámbito laboral, donde se señala la falta de empleo para personas que requieren cuidados, así como el rechazo de licencias médicas y poca flexibilidad para casos de atención médica y/o tratamientos. Las y los participantes también señalan que se dan casos de burlas y malos tratos en espacios escolares, universitarios y laborales (privados y públicos) hacia personas con alguna situación de discapacidad, condición neurodivergente y/o dependencia, generando un ambiente hostil y excluyente. En la misma línea, es esencial asegurar una infraestructura inclusiva y accesible en los espacios de trabajo (públicos y privados), a fin de asegurar la igualdad de oportunidades para todas las personas.

13.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Los Ríos

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** e incorporar un carácter **intersectorial y descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Además, se menciona la necesidad de incorporar una mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad**, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, entre otras) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le dé sustento económico y administrativo. Se menciona específicamente el fortalecimiento de SENADIS y SENAMA. Por otro lado, se menciona la necesidad de que el Sistema considere un trabajo interinstitucional e intersectorial, incluyendo áreas como salud, educación o seguridad. Concretamente, también se menciona la ausencia de nexos con el sector privado, con el que se necesita una articulación específica.

Asimismo, se señala la necesidad de **contar con datos demográficos actualizados**, como la realización de un catastro o censo a nivel local para conocer con detalle quiénes necesitan cuidados y quiénes cuidan. Esta necesidad se releva especialmente para las personas con discapacidad. También se hace referencia a contar con datos cruzados con entidades del sistema educativo. Por otro lado, las y los participantes hacen notar la importancia de que todas las instituciones **respeten las leyes y normativas** de cuidados, a fin de garantizar el derecho al cuidado y a cuidar, y que se refuercen cuando sea necesario. Para asegurar esto, se deben fortalecer los conocimientos de todas las administraciones públicas, familias y la ciudadanía en general. Se menciona específicamente la necesidad de legislar en torno a la protección de las personas mayores y la valorización del trabajo de cuidados. Para cumplir con todo lo anterior, las y los participantes de los diálogos determinan la necesidad de **mayores fondos públicos** en materia de cuidados, así como la implementación de políticas públicas estatales que sean permanentes en el tiempo.

Entre las acciones de mejora, destaca el fortalecimiento y ampliación de la **oferta programática**, incluyendo la mejora del funcionamiento actual de servicios e instituciones asociadas al cuidado. Se menciona la falta de apoyo integral a los cuidados, ya que muchos programas no consideran las diferentes necesidades y grupos de población que requieren cuidados y quienes cuidan. Se señala también que los programas no consideran las diferentes realidades de los territorios. Se requieren **mayores recursos** para fortalecer los programas existentes, aumentar el número de profesionales en los diferentes servicios, incrementar su financiamiento y asegurar su permanencia en el tiempo, para hacer frente a la demanda de cuidados. Asimismo, se menciona la necesidad de una mejor y mayor articulación de redes, para cubrir de mejor manera los requerimientos de las personas que cuidan y de quienes requieren cuidados.

Por otro lado, se señala la necesidad de **fomentar la comunicación y difusión** de la oferta programática existente, con el fin de que todas las personas conozcan los programas y sus intervenciones en los diferentes grupos de población. Las y los participantes de los diálogos mencionan específicamente no conocer en detalle el programa de Red Local de Apoyos y Cuidados y no saber dónde acudir para obtener mayor información.

Las y los participantes de los diálogos hacen referencia a la **sensación de inseguridad** en la región. Por un lado, se menciona la necesidad de trabajar en la eliminación de la delincuencia y el consumo y venta de drogas, que generan grandes problemas de seguridad y convivencia. Por otro lado, también se hace mención de las situaciones de maltrato que sufren las personas cuidadoras y las que requieren cuidados. Se señala la necesidad de contar con mayor fiscalización en los centros e instituciones de cuidado, así como reducir la violencia que sufren concretamente las mujeres.

14.1. Contexto socioeconómico

Población

Según los datos del Censo del año 2017, la Región de Los Lagos contaba con 828.708 habitantes. Se puede observar un **equilibrio de género** en la distribución de la población a nivel regional con un 49,4% de hombres y un 50,6% de mujeres (ODEPA, s/f-n). En las comunas rurales la distribución es levemente mayor en los hombres, con un 50,1%, y un 49,9% de mujeres; en el caso de comunas urbanas, también existe equilibrio de género, aunque tiende a haber más mujeres, con un 51,3%, versus un 48,7% de hombres (ibid.). La región se compone de 30 comunas; 23 de ellas se clasifican como rurales, 5 como mixtas y solo 2 como comunas urbanas. El conjunto de comunas rurales y mixtas abarca el 94,6% del territorio regional, pero solo alberga al 51% de la población regional (ODEPA, s/f-n).

Estos datos demuestran que existe un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población entre las comunas, debido a que en las 2 comunas urbanas, Puerto Montt y Osorno, reside cerca del 50% de la población total de la región. En contraste con algunas comunas rurales, que por sí solas representan mucho menos del 1% de la población. La suma de las 3 comunas menos pobladas, Palena, Futaleufú y Curaco de Vélez, tan solo llega a un 0,99% (ODEPA, s/f-n). La región también se caracteriza por tener un alto porcentaje de población rural, alcanzando un 28% de la población total regional (ibid.).

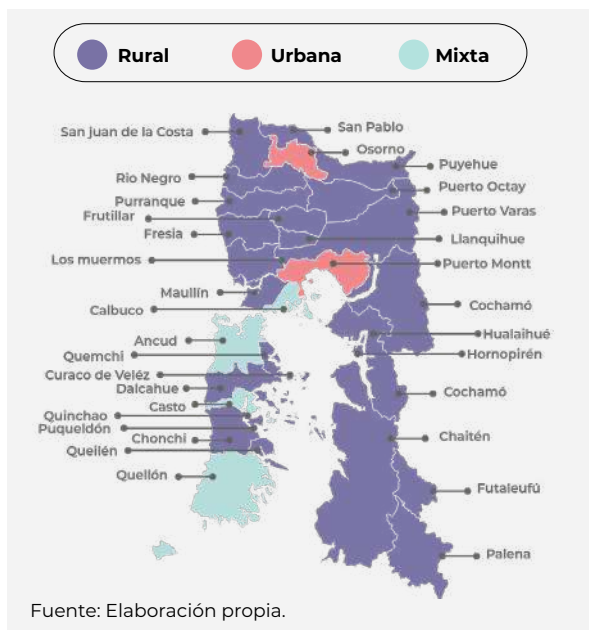
A su vez, la región posee una alta proporción de **población que se declara perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, alcanzando un 27,6% (ODEPA, s/f-n). Este porcentaje aumenta al 30,6% en comunas rurales, y se incrementa significativamente en algunas comunas, como San Juan de la Costa con un 78%, Quelén con un 51% o Quinchao con un 50% (ibid.). Del total de personas que se reconocen pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, el 81,7% se identifica con el pueblo Mapuche Huilliche (GORE Los Lagos, 2022).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 29.103 personas extranjeras, lo que supone el 0,5% del total nacional (SERMIG, 2024m). Este grupo representa el 3,5% de la población regional. En cuanto al origen de estas personas, el 40,7% proviene de Venezuela, el 16,4% de Argentina y el 13,9% de Haití (SERMIG, 2024m). La comuna de Puerto Montt concentra el 47,9% de la población migrante, mientras que el resto se distribuye entre otras comunas (ibid.).

Respecto a la **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 0,22% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 22 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que no alcanza el 1% de la población total de Los Lagos.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región el **7% de personas se encuentra en situación de pobreza por ingresos**, un valor algo mayor a la media nacional de 6,5% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). Sin embargo, esta cifra asciende significativamente en las comunas rurales, llegando a niveles críticos, como en la comuna de San Juan de la Costa, donde el 32,1% de la población se encuentra en situación de pobreza por



ingresos (ODEPA, s/f-n). A su vez, las personas pertenecientes a pueblos originarios muestran mayores niveles de pobreza, debido a que acceden a trabajos de menor calificación y, por lo tanto, perciben menores ingresos mensuales (GORE Los Lagos, 2022).

En cuanto a la **habitabilidad**, el 3,6% de los hogares de la región se encuentra en condición de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Este problema es crítico en comunas como San Juan de la Costa, Llanquihue, Puerto Octay, Purranque y Osorno, donde más del 8% de hogares vive en esta situación. (GORE Los Lagos, 2022). En total, la región requiere 25.776 viviendas nuevas para hacer frente a las brechas de habitabilidad, especialmente en Puerto Montt, Osorno, Puerto Varas y Castro (ibid.).

Por otro lado, la Región de Los Lagos presenta una carencia mayor de servicios en los hogares en comparación con el resto de las regiones del país, un problema que se agrava en las comunas rurales (ODEPA, s/f-n). El 15% de los hogares no cuenta con un acceso adecuado a agua potable, en contraste con el promedio nacional del 7,8% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). En las zonas rurales, un tercio de las viviendas no cuenta con un acceso óptimo a agua potable, cifra que supera el 60% en comunas como Cochamó y San Juan de la Costa (ODEPA, s/f-n).

El déficit de viviendas y la carencia de servicios básicos traen como consecuencia la emigración de población hacia zonas con mayor desarrollo y mayores oportunidades educativas y laborales (GORE Los Lagos, 2022). Esta tendencia genera dificultades para garantizar la calidad de vida en los territorios más aislados y limita su potencial de desarrollo (ibid.).

Con respecto a la **educación**, el promedio de escolaridad en la región es de 10,7 años, uno menos que a nivel nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). La educación supone una brecha en las zonas rurales, donde la escolaridad se reduce en 1,5 años frente al nivel regional (ODEPA, s/f-n).

Tabla 14. Datos de empleo en la Región de Los Lagos

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	57,9%	68,6%	47,4%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	55,7%	66,4%	45,3%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

En cuanto al **empleo**, la región presenta una menor participación en el mercado de trabajo en comparación con el promedio nacional. Además, existe una brecha de género mayor en la región, siendo casi dos puntos porcentuales más alta (1,7% concretamente). Es notable que los datos de ocupación laboral son similares al promedio nacional, salvo en el caso de las mujeres, quienes presentan una menor tasa de ocupación en la región.

Los sectores que concentran la mayor parte del empleo son el comercio, la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca, así como la industria manufacturera (GORE Los Lagos, 2022). El turismo, el transporte y los servicios personales son sectores que han ido creciendo en la región (ibid.). En contraposición, existen sectores que concentran un alto porcentaje de informalidad en la región, como la agricultura, ganadería, silvicultura y pesca; actividades de servicios; y el trabajo en los hogares, donde el 48,93% de las personas trabajadoras son informales (ibid.).

Finalmente, en cuanto a la **salud**, el 88,4% de las personas inscritas en el Registro Social de Hogares en la región están adscritas a FONASA, y el 7,7% a ISAPRE (BCN, 2023k). En total, el 85,5% de la población está inscrita en el sistema de salud municipal (ibid.).

14.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁵⁸

Dependencia	Moderada	Severa
	27.337	20.754
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	21.347	26.744

Fuente: Elaboración propia

⁵⁶ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁵⁷ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁵⁸ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

14.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Los Lagos



Porcentaje de participación en el total de las actas de Los Lagos



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁵⁹ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

14.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Los Lagos



La **salud mental** de las personas cuidadoras es otra de las grandes problemáticas que se releva en los diálogos. Las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen debido al poco conocimiento con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Debido al cansancio, el estrés y el desgaste emocional y físico de ejercer cuidados, las personas indican la necesidad de apoyo en salud mental. En concreto, se menciona que las personas que cuidan están expuestas a problemas de salud mental como depresión, insomnio, desvalorización personal, soledad, culpa y fatiga, lo que afecta su bienestar general. En este sentido, en los diálogos se propone aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas, ya que en la actualidad las horas de atención en salud mental y los especialistas disponibles son escasos.

Asimismo, se manifiesta la necesidad de contar con programas de autocuidado, como espacios para personas cuidadoras, tiempo de desconexión y capacitación para evitar la sobrecarga. Las y los participantes de los diálogos señalan que las y los cuidadoras carecen de apoyo emocional, lo que agrava su situación y dificulta su capacidad para brindar un cuidado adecuado. Por ello, se solicita también la incorporación de una visión integral de la salud, a fin de asegurar el bienestar de las personas cuidadoras y apoyar su salud en general. En este ámbito también se identifica como necesidad la atención preferencial para personas cuidadoras en servicios públicos y privados de salud. Para que sea adecuada, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita el rápido acceso a una atención.

Con respecto a la **educación y la formación**, se identifica en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se menciona la necesidad de contar con capacitación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a formación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), abarcando técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, y formación con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen apoyo técnico, y capacitación o educación sobre el cuidado de niños, niñas y adolescentes con TEA.

En los diálogos también se señala que las personas que cuidan no cuentan con herramientas adecuadas tanto a nivel físico como emocional para afrontar la tarea diaria del cuidado sin sufrir daños personales. En este sentido, se menciona la necesidad de contar con implementarse insumos que mejoren la calidad de vida y el entorno de la persona cuidadora. Éstas requieren formación sobre el autocuidado, incluyendo talleres que enseñen técnicas

de cuidado y espacios de socialización con otras personas cuidadoras. En relación con la educación, también se señala la importancia de impulsar la formación digna y en ciencias del cuidado, a modo de que se dignifique y profesionalice el oficio de cuidador/a.

Otra carencia identificada en este ámbito es la falta de información y comunicación. Por un lado, las personas cuidadoras carecen de capacitación y formación suficiente para desenvolverse correctamente en la institucionalidad y obtener beneficios. Por otro lado, se menciona la necesidad de ofrecer psicoeducación a la población en general en relación con los cuidados, para que la sociedad pueda educarse colectivamente y avanzar hacia una mayor corresponsabilidad.

Con respecto a la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identificaron en la sociedad poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido tanto a nivel familiar como social. En este sentido, se requiere sensibilizar a la población sobre la distribución de los cuidados, visibilizando las necesidades de cuidados y a las personas que cuidan. Se evidencia la necesidad de promover mayor apoyo e integración comunitaria, con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otras, mediante capacitaciones en la comunidad sobre corresponsabilidad en los cuidados. Las y los participantes también señalan que se necesita mayor reconocimiento por parte de la sociedad hacia el trabajo de cuidados, valorando así su aporte social.

Respecto a la falta de redes de apoyo, se menciona la ausencia de articulación de una red de cuidados, la necesidad de crear dispositivos comunitarios, la falta de apoyo familiar y de la comunidad, la necesidad de ampliar la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro), así como fortalecer la actual Red Local de Apoyos y Cuidados y su coordinación con el Servicio de Salud. También se señala la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas, la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones. Asimismo, se propone la inclusión de gente joven en estas redes, así como contar con espacios comunitarios de cuidado, donde las personas cuidadoras y quienes requieren cuidados puedan apoyarse, cuidarse y acompañarse colectivamente.

Asimismo, se señala la necesidad de mayor **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes mencionan que son las mujeres quienes ejercen de cuidadoras principales y secundarias, apoyando a otras mujeres, como las hermanas. Esto refuerza los roles de género y la feminización de estas tareas, generando una sobrecarga para las mujeres. Además, esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las cuidadoras tengan una sensación de abandono familiar y social. La mayoría de las respuestas respecto de la falta de corresponsabilidad en general se enmarcan en la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida y, como consecuencia de ello, sufre un aislamiento social.

Esto se relaciona a su vez con la pobreza de tiempo que sufren quienes cuidan. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras no cuentan con tiempo libre, lo que las priva de realizar actividades distintas a las de los cuidados, como asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la creación de lugares físicos para reunirse como cuidadores/as, que sean inclusivos para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas o tiempo de relajación y autocuidado, y actividades deportivas, de esparcimiento y disfrute con amistades. También se menciona la falta de tiempo para realizar trámites y gestiones cotidianas, dificultado por la ausencia de conectividad y transporte, especialmente en zonas rurales y aisladas, que conlleva largos tiempos de movilización para acudir a servicios públicos.

Las y los participantes se refieren en un aspecto más abstracto a la falta de visibilización de lo feminizado que se encuentra el cuidado y la exclusión social de quienes cuidan. Asimismo,

se identifica la invisibilización de los significativos aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer en la sociedad, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a la mujer y refuerza la división sexual del trabajo. En específico, se hace mención de que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres. Esto se relaciona con la exclusión (o autoexclusión) del hombre en el rol de cuidados, especialmente si son padres cuidando hijas e hijos. De esta manera, se sobrecarga a las mujeres de las familias. Así, una necesidad correlativa que se indica es promover una distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres.

Con respecto a la **autonomía económica**, en los diálogos se identifica que el ejercicio de los cuidados implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se observa una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Esto se relaciona también con la ausencia de reconocimiento y remuneración al trabajo de cuidados, que relega a muchas personas cuidadoras, especialmente mujeres, a trabajar de manera no remunerada y no contar con ingresos fijos. Las y los participantes mencionan que los cuidados deben ser reconocidos como un trabajo y ser remunerados adecuadamente.

En los diálogos se hace referencia a la necesidad de apoyo económico, ya que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a estas labores, lo que las deja sin un sustento económico. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Se releva especialmente la necesidad de apoyo económico para las personas mayores que ejercen o han ejercido cuidados, ya que sus pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como la Pensión Garantizada Universal (PGU).

Por otro lado, también se señala la falta de integración al mundo laboral que enfrentan las personas que cuidan. Se identifica la necesidad de contar con cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras, implementar medidas que potencien el trabajo independiente, el reconocimiento del cuidado como un trabajo, o la profesionalización del oficio de cuidador/a. También se menciona la precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente aquellas que trabajan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social. En general también se señalan la falta de oportunidades laborales con enfoque de género y la deficiencia de los derechos laborales para las personas cuidadoras. Se hace mención a la ausencia de acceso a un empleo con flexibilidad que permita compatibilizar la jornada laboral con los cuidados, como, por ejemplo, contar con un horario que permita conciliar o que se concedan permisos laborales para poder cuidar.

14.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Los Lagos

Salud mental, física y ergonómica

Infraestructura

Transporte

Educación e infancias

La **salud mental, física y ergonómica** de las personas que requieren cuidados es una problemática altamente mencionada en los diálogos. Las y los participantes mencionan diversas carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos de salud. Se destaca la deficiente atención médica, un sistema de salud precario y la falta de vinculación entre las familias y la atención sanitaria. Una de las causas indicadas en los diálogos es la escasez de profesionales adecuados para el tratamiento y la rehabilitación de las personas que requieren cuidados. Además, las y los participantes proponen mayor capacitación para el equipo de salud, enfocada en el buen trato hacia los y las pacientes junto con una atención empática y educativa. Por otro lado, se menciona la ausencia de equipamiento y especialistas suficientes en los servicios de salud, especialmente en kinesiología, fonoaudiología y terapia ocupacional, entre otros.

Sobre la cobertura de salud, se destaca la necesidad de mejorar la atención de urgencia y el personal médico de guardia. Se señala que los tiempos de espera son muy largos, tanto en la atención médica en general, como en las operaciones quirúrgicas. Es necesario que la atención médica sea adecuada y en el tiempo oportuno, para lo cual se requieren profesionales y recursos suficientes. Asimismo, las y los participantes de los diálogos requieren que se fortalezca el Programa de Atención Domiciliaria (PAD), para que se otorgue asistencia periódica y constante. Se requieren más profesionales que asistan a domicilio, reducir los requisitos para ingresar al PAD y un mayor enfoque en las personas mayores y las personas cuidadoras.

En relación con el acceso a la salud, se plantea la necesidad de contar con atención preferencial en los servicios públicos y privados. Se releva especialmente el mal funcionamiento de la credencial de discapacidad y el retraso generalizado en la gestión de horas médicas. También se hace referencia a la mejora y mayor accesibilidad a las ayudas técnicas y la adaptación de estas a los requerimientos de cada persona. En concreto, se solicita que exista apoyo económico y una entrega oportuna de insumos. En cuanto al acceso a medicamentos e insumos médicos, se destaca su alto coste y la dificultad de acceder a ellos, por lo que se propone contar con farmacias comunales. Se menciona de manera relevante la necesidad de contar con acompañamiento e información en temas tecnológicos en materia de salud.

Un factor que se releva mayoritariamente es la cobertura y el acceso a la salud en las zonas rurales, insulares o aisladas. En muchas ocasiones, la cobertura es deficiente, ya que en estas zonas no cuentan con servicios para las personas con discapacidad, dependencia o postradas, por lo que tienen que desplazarse, lo que muchas veces es imposible, y la atención domiciliaria no es suficiente a pesar de la lejanía. Las y los participantes solicitan que se brinde atención y servicios suficientes en los sectores rurales e insulares, para evitar viajar a otras comunas, lo que muchas veces resulta complicado y/o costoso debido a la falta de transporte adecuado.

Respecto a la salud mental, se señala la necesidad de contar con mayor cobertura y aumento de recursos, económicos y humanos. Se requiere aumentar la cantidad de centros y/o residencias especializadas en cuidados y salud mental, a la vez que se brinda una atención continua y consistente. Se destaca la importancia de la atención para las personas mayores, quienes muchas veces se sienten abandonadas y se enfrentan a la soledad. Se menciona la necesidad de contar con programas de autocuidado para las personas mayores.

Otra de las grandes problemáticas identificadas en los diálogos es la **infraestructura**. Por un lado, la falta de una infraestructura inclusiva en espacios públicos y privados representa una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. La ausencia de rampas accesibles, baños adaptados, señalización adecuada, iluminación correcta y otras medidas de accesibilidad dificultan el acceso y la independencia de estas personas en diferentes entornos. Se resalta el mal estado de los caminos, tanto en zonas rurales como urbanas, lo que impide a las personas moverse y vivir de manera segura. En muchas ocasiones las personas con problemas de movilidad se encuentran con barreras arquitectónicas que dificultan su vida. Por ello, es esencial adaptar y mejorar

la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena de las personas en situación de dependencia en la sociedad. Se hace especial referencia a la accesibilidad en zonas rurales e insulares, tanto en espacios públicos como privados.

Por otro lado, las y los participantes de los diálogos también identifican la necesidad de contar con infraestructura de cuidados en la región. Esto incluye la construcción de hogares para personas dependientes (viviendas tuteladas), más ELEAM, centros de cuidados y casas adaptadas. Se hace especial mención a la adecuación de viviendas según las necesidades de cuidados. En los diálogos también se señaló el problema que supone no contar con un acceso adecuado a servicios básicos, como el sistema eléctrico, agua potable, calefacción o internet. En la región se sufren cortes reiterados que impiden cubrir las necesidades básicas de las personas que requieren cuidados, lo que es especialmente crítico debido a las condiciones climáticas de la zona.

En cuanto al **transporte y movilidad** para las personas que requieren cuidados, se expresa la ausencia de conectividad suficiente en la región, necesitando mayor locomoción y recorrido de los buses. Esto representa una barrera significativa para su movilidad y acceso a servicios esenciales, limitando su independencia y participación en la comunidad. Además, se menciona la falta de accesibilidad universal en la infraestructura de transporte, como paraderos de micros, terminales de buses o trenes, lo que representa una barrera para las personas con discapacidad y dependencia. La adaptación de estas infraestructuras es esencial para garantizar que todas las personas puedan acceder y utilizar el transporte público de manera independiente y segura.

Otro aspecto que se expresa como un problema importante es el alto costo del transporte público. Se señala como una necesidad urgente la subvención o rebaja de precios de este tipo de locomoción tanto para las personas en situación de dependencia como para quienes les cuidan directamente, con especial énfasis en las zonas rurales y aisladas. En la Región de Los Lagos se señala el alto costo que suponen los traslados aéreos y marítimos, que a veces son las únicas opciones para muchas personas que buscan un traslado eficiente. Se añade, además, la necesidad de contar con conectividad en zonas alejadas, aisladas, comunas rurales e islas, donde en muchas ocasiones la población se compone especialmente de personas mayores que requieren de apoyo y asistencia. Falta además transporte para casos de emergencia, que se adapte a las condiciones climáticas y a la geografía del territorio.

Finalmente, las personas que requieren cuidados también señalan como problemática la **educación, con especial foco en las infancias**. Se releva la necesidad de mayor inclusión en este ámbito. Se requieren establecimientos educacionales -primarios, secundarios y superiores- con espacios adecuados y adaptados para personas en situación de discapacidad y con condiciones neurodivergentes. Así, los centros educativos deben ser accesibles y adaptados a las necesidades específicas de estos estudiantes, promoviendo de esta manera su participación en todas las actividades escolares, académicas y sociales. Se señala la necesidad de presencia del Programa de Integración Escolar (PIE) en todos los colegios y aumentar el número de profesionales y equipos multidisciplinarios que atiendan las necesidades especiales de los niños, niñas y adolescentes.

Asimismo, se alude en particular a la dificultad de acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes con condiciones neurodivergentes, lo que inmediatamente resulta en un atraso y la limitación de sus oportunidades de desarrollo y aprendizaje. La falta de adecuaciones en el entorno educativo y curricular dificulta su participación plena y equitativa en el sistema educativo. Las y los participantes proponen que haya centros especializados para personas con Trastorno del Espectro Autista (TEA) que cuenten con profesionales especializados. Además, también señala la necesidad de contar con adaptaciones para las infancias en situación de dependencia o discapacidad. Finalmente, se menciona que se debe proteger a la infancia, incluyendo su autocuidado y las medidas contra el acoso.

14.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Los Lagos

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** e incorporar un carácter **intersectorial y descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada intercultural en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad**, tanto la existente (mejoras, incorporación de mecanismos de seguimiento, u otros) como la que podría proyectarse (nuevos ministerios, oficinas y/o servicios), entendiendo que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. Se señala la necesidad de contar con **acceso universal** a los servicios, que estos cuenten con la fiscalización correspondiente y que haya una institución pública que se haga cargo de los cuidados en la región, en lugar de que solo estén disponibles las organizaciones sociales. Asimismo, se menciona la necesidad de que las políticas públicas de cuidados sean descentralizadas y que se asegure la redistribución de recursos.

Por otro lado, se señala la importancia de **contar con datos demográficos actualizados**, como la realización de un catastro o censo a nivel local para conocer con detalle quiénes necesitan cuidados y quiénes cuidan. También se hace referencia a la necesidad de triangular y coordinar la información básica entre las instituciones, para que los servicios y apoyos sean entregados de manera más eficiente desde un enfoque intersectorial. Se menciona también la necesidad de implementar mejoras en el Registro Social de Hogares, indicando concretamente el aumento del porcentaje para acceder a apoyos estatales.

Entre las acciones de mejora, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**, incluyendo el aumento de los cupos de los programas de acuerdo con la realidad local y la creación de programas municipales de cuidados. Se requieren mayores recursos para fortalecer los programas existentes, ampliando el número de profesionales en los diferentes programas, incrementando el financiamiento de los servicios y asegurando su continuidad en el tiempo para hacer frente a la demanda de cuidados. Asimismo, se menciona la necesidad de que haya un presupuesto adecuado para los programas.

Por otro lado, se señala la **falta de información correcta y oportuna** respecto a beneficios, ayuda, oportunidades y programas, tanto para personas cuidadoras como para personas que requieren cuidados. En este sentido, se requiere fomentar la comunicación y difusión de la oferta programática existente, para que todas las personas conozcan los programas y sus intervenciones en los diferentes grupos de población. Además, en los diálogos se menciona la necesidad de promover la alfabetización digital para personas cuidadoras y personas con discapacidad o dependencia, como estrategia para informar de mejor manera.

Las y los participantes de la región hacen referencia a la necesidad de mejorar la **seguridad ciudadana**. Se señala la necesidad de contar con mayor vigilancia policial para asegurar mayor seguridad, sobre todo en sectores rurales donde hay muchas personas mayores. En concreto, se menciona la existencia de zonas donde hay muchos perros callejeros, lo que muchas veces representa un peligro para las personas mayores que van solas por la calle. También se señala la necesidad de mejorar la seguridad vial en la región.

15.1. Contexto socioeconómico

Población

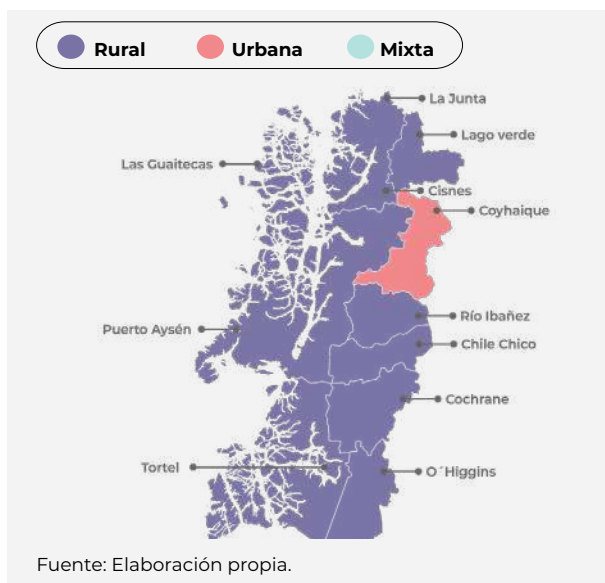
Según los datos del Censo del año 2017, la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo contaba con 103.158 habitantes. Se puede observar un **cierto desequilibrio de género** en la distribución de la población a nivel regional con un 52% de hombres y un 48% de mujeres (ODEPA, s/f-ñ), lo que indica que la región está habitada mayoritariamente por hombres. En las comunas rurales, la distribución es aún más desequilibrada, con un 54,9% de hombres, y un 45,1% de mujeres. En el caso de las comunas urbanas, existe un equilibrio de género, con un 49,8% de hombres y un 50,3% de mujeres (ibid.).

La región se compone de 10 comunas; 9 de ellas se clasifican como rurales y solo 1 como urbana. El conjunto de comunas rurales abarca el 93% del territorio regional, pero solo alberga al 44% de la población regional (ODEPA, s/f-ñ). Estos datos demuestran que existe un **desequilibrio territorial** en la distribución de la población entre las comunas, debido a que, en la única comuna urbana, Coyhaique, vive cerca del 56% de la población total de la región. En contraste con algunas comunas rurales, que por sí solas representan el 0,5%, 0,6% o 0,79% del total de la población, siendo estas Tortel, O'Higgins y Lago Verde, respectivamente (ODEPA, s/f-ñ). La región también se caracteriza por tener un alto porcentaje de población rural, alcanzando el 44% de la población total regional (ibid.).

A su vez, la región posee una alta proporción de **población que se declara perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, con un 29,2% (ODEPA, s/f-ñ). Este porcentaje aumenta a un 50,5% en comunas rurales, y se incrementa significativamente en algunas comunas, como Guaitecas con un 50,5%, Tortel con un 38,4% o Aysén con un 33,7% (ibid.). De las personas que se reconocen pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, el 91,4% se identifica con el pueblo Mapuche (ibid.). Un porcentaje pequeño se identifica con el pueblo Kawashkar o Aymara (GORE Aysén, 2018).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 4.024 personas extranjeras, lo que representa el 0,2% del total regional (SERMIG, 2024n). A su vez, este grupo de población supone el 3,9% de la población regional. En cuanto al origen de estas, el 29,7% proviene de Argentina, el 19,9% de Colombia y 19,8% de Venezuela (SERMIG, 2024m).

Respecto a la **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 0,13% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 13 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que no llega al 1% de la población total de Aysén.



Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **4% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor menor que la media nacional de 6,5% y uno de los más bajos del país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). En la mayoría de comunas la cifra se mantiene similar a la media regional, salvo en la comuna de Aysén, que llega al 5,6% (ODEPA, s/f-ñ). En la región es destacable que de los ingresos monetarios en los hogares el 4,5% corresponde a subsidios, cifra que supera la media nacional de 3,1% (GORE Aysén, 2018).

De acuerdo con el diagnóstico incluido en la Estrategia Regional de Desarrollo 2010-2030, en la región la pobreza tiene una mayor incidencia en las mujeres (GORE Aysén & CEPAL, 2009). En relación con esto, el 51% de los hogares de la región tiene una jefatura de hogar mujer (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020); y la brecha de ingresos medios es del 25,4% en detrimento de las mujeres (GORE Aysén, 2018).

Con respecto a la **habitabilidad** en la región, el 3,5% de los hogares se encuentra en condición de hacinamiento y un 8,6% cuenta con acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Las viviendas de la Región de Aysén carecen de servicios básicos en mayor medida que la media nacional, lo que se amplifica en las comunas rurales (ODEPA, s/f-ñ). En Coyhaique, única comuna urbana, el 11% de los hogares no cuenta con acceso a la red de agua potable, mientras que en comunas rurales como Río Ibáñez, O'Higgins o Lago Verde supera el 20% (ibid.).

En relación con la **educación**, el promedio de escolaridad en la región es de 11,1 años, frente a los 11,7 años de promedio nacional (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Este nivel disminuye en las comunas rurales, donde no supera los 10 años de escolaridad en comunas como Lago Verde, Río Ibáñez o Guaitecas (ODEPA, s/f-ñ). La región cuenta con 56 centros educacionales municipales, 30 particulares subvencionados, uno particular pagado y una corporación de Administración delegada (BCN, 2023I). Para la educación básica y media, el 57% de la matriculación corresponde a establecimientos particulares subvencionados, mientras que el 42% a centros municipales (ibid.). El 87,4% de los hogares en la región cuenta con un centro educacional cerca (GORE Aysén, 2018). En relación con esto, Aysén tiene la mayor tasa de asistencia escolar de niños y niñas de 0 a 5 años del país, siendo del 62,6% (ibid.). Para la educación superior, la región dispone de 3 universidades del CRUCH, una universidad privada y 6 institutos profesionales y centros de formación técnica (BCN, 2023I).

Tabla 15. Datos de empleo en la Región de Aysén

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	71,7%	78,6%	64,6%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	67,8%	74,8%	60,8%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

La Región de Aysén muestra los mejores datos de **empleo** del país, tanto en la tasa de participación como en la de ocupación laboral. Esta situación favorable se da tanto en comunas urbanas como rurales (ODEPA, s/f-ñ). El sector económico más importante es la pesca, que aporta un 27,7% al PIB regional; seguido de la administración pública y los servicios personales, que aportan alrededor de un 14% (ibid.). La geografía de la región ofrece grandes ventajas para el crecimiento del sector de la pesca, en especial la salmonicultura (GORE Aysén & CEPAL, 2009). Asimismo, el gran patrimonio turístico de la región genera importantes oportunidades de empleo, aunque aún con escaso valor agregado para la industria (ibid.).

En cuanto a las brechas de género, se puede observar que, a pesar de las diferencias entre hombres y mujeres en participación y ocupación laboral, como muestra la tabla 15, la brecha es aproximadamente 5 puntos menor en la región que a nivel nacional. Tanto en ocupación como en participación laboral, la brecha entre hombre y mujeres es de 14 puntos, en detrimento de ellas. Estas diferencias están marcadas por la masculinización de sectores como la pesca, donde solo el 20% son mujeres, o la elaboración de productos alimenticios, donde el 60% son hombres (GORE Aysén & CEPAL, 2009). Como se ha mencionado anteriormente, la pesca es el sector que mayor impacto tiene en la región. Por el contrario, el comercio y los servicios sociales y de salud están feminizados (GORE Aysén & CEPAL, 2009). También se aprecia una disminución de las mujeres en la fuerza de trabajo por la dedicación de esta población a las tareas del hogar, consecuencia de los roles de género presentes en la sociedad (ibid.).

Finalmente, con respecto a la **salud**, la región enfrenta una importante diferencia con respecto a las demás regiones. Aysén no cuenta con salud municipal, el servicio de salud se maneja a nivel regional, debido a la poca capacidad de gestión municipal (GORE Aysén & CEPAL, 2009). Es por esto que la salud pública y las redes asistenciales son gestionados por el Servicio de Salud de Aysén, y la gestión e implementación de policías públicas en salud por la Secretaría Regional Ministerial de Aysén (SEREMI) (ibid.).

Del total de personas presentes en el Registro Social de Hogares en la región, un 84,7% está adscrito a FONASA, frente a un 6,0% a ISAPRE (BCN, 2023). Aysén cuenta con dos Centros de Salud Familiar (CESFAM), cinco centros de salud privada y 27 Postas de Salud Rural (PSR) (ibid.). El principal obstáculo para acceder a la salud en Aysén son las grandes distancias, la poca conectividad, la baja capacidad resolutive de los centros de salud y la falta de especialistas (GORE Aysén & CEPAL, 2009). En cuanto a indicadores de salud, en la Región destaca el nivel de sobrepeso de la población infantil en el nivel de educación básica, siendo del 28% frente al 24,8% a nivel nacional (BCN, 2023).

15.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁶²

Dependencia	Moderada	Severa
	2.967	2.252
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	2.595	2.623

Fuente: Elaboración propia

⁶⁰ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁶¹ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

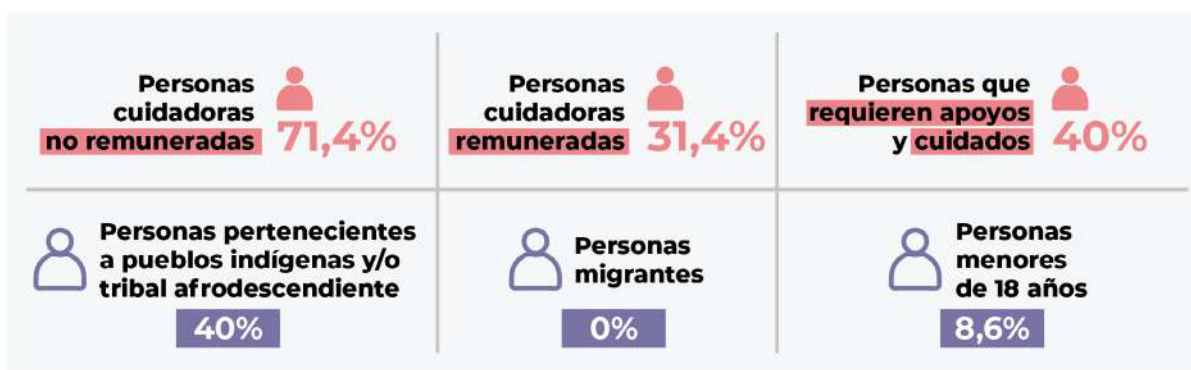
⁶² Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

15.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Aysén

63



Porcentaje de participación en el total de las actas de Aysén



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁶³ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

15.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Aysén



En la Región del Aysén es posible identificar un mayor número de menciones con respecto de la **autonomía económica**. Las y los participantes de los diálogos asocian el ejercicio de los cuidados a la pobreza, ya que su realización implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se identifica una falta de oportunidades e independencia económica para las mujeres cuidadoras. Se hace referencia a que cuidar es una labor a tiempo completo por lo que las personas que cuidan requieren de una remuneración económica para hacer frente a los costos de cuidar (insumos para el cuidado, medicamentos, artículos de aseo...) y contar con ingresos para mantener sus hogares. Además, en los diálogos se relevó el hecho de que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a los cuidados, lo que las deja sin ingresos.

Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento para el trabajo de cuidados, como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, financiamiento para emprendimiento de cuidadores/as, fondos específicos, bono universal, hasta la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Otro problema mencionado es que para las personas mayores que ejercen cuidados las pensiones son muy bajas, tanto las autofinanciadas como las pensiones solidarias. Se hace además especial mención al alto costo de vida en la Región de Aysén, donde los participantes consideran que vivir es más costoso que en otras regiones del país.

Por otro lado, en los diálogos se releva la falta de integración al mundo laboral que enfrentan las personas que cuidan. Las y los participantes mencionan la ausencia de oportunidades laborales remuneradas para las cuidadoras/es. En este sentido, se menciona la necesidad de crear cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras; implementar medidas que potencien el trabajo independiente; reconocer el cuidado como un trabajo; o la profesionalización del oficio de cuidador/a. Además, se señala la precarización laboral, mayoritariamente femenina, en el ejercicio de los cuidados. Muchas personas trabajadoras en el sector de los cuidados, especialmente quienes se desempeñan en el sector informal, enfrentan condiciones laborales precarias, bajos salarios y falta de protección social.

También se señala que actualmente es incompatible tener una jornada laboral remunerada y cuidar. Esto estaría dado por la falta de flexibilidad laboral y la ausencia de permisos laborales específicos para personas cuidadoras, ya que en el trabajo formal se reconocen y otorgan pocas facilidades para ausentarse temporalmente. Las y los participantes de los diálogos señalan la necesidad de flexibilizar el sistema laboral para las personas cuidadoras, garantizando el acceso a permisos para ausentarse y poder acudir a citas médicas, cuidar temporalmente o conciliar mejor con el cuidado de hijos/as y otros familiares. Específicamente, se menciona la

necesidad de contar con un horario de trabajo acorde y flexible para los y las trabajadoras con hijos/as; a la vez que se requiere contar con horarios más amplios en escuelas y salas cuna para que las madres y los padres puedan trabajar.

Con respecto a la **salud mental**, las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen por el poco conocimiento con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. En los diálogos se hace referencia mayoritariamente a la salud mental. Específicamente, se hace hincapié en la necesidad de contar con apoyo y atención psicológica para las personas que cuidan.

Dado el cansancio, estrés y desgaste emocional y físico que implica ejercer tareas de cuidados, se requiere aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas. Se señala también la necesidad de contar con profesionales capacitados específicamente para la contención y gestión de la salud mental de las cuidadoras. No solo se contempla la atención a quienes ejercen cuidados, sino también al conjunto familiar y la persona cuidada. En concreto, se menciona la necesidad de contar con apoyo psicológico y emocional especializado para aprender cómo tratar al paciente.

Respecto de la salud en general, la problemática que se evidencia es la percepción de que no existe una visión integral respecto del bienestar de las personas cuidadoras, que aborde su pleno desarrollo personal. Las menciones hacen referencia a la sobrecarga y desgaste físico y emocional que producen los cuidados en las personas que los ejercen, lo que supone un aumento de enfermedades físicas y mentales de las personas cuidadoras y su núcleo familiar. En este sentido, se propone que el Sistema de Salud lleve un registro completo de las cuidadoras y sus necesidades, que se entreguen herramientas de contención psicológica y de autocuidado para las personas que cuidan, y que se fomenten las redes de apoyo en salud mental.

En relación con la **educación y formación**, en los diálogos se detecta que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. En este sentido, se señala la necesidad de contar con capacitación permanente y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), que incluya, entre otras cosas: técnicas de autocuidado, manejo de pacientes, primeros auxilios, cuidado de personas con discapacidad, técnicas para la contención ante descompensaciones, alfabetización de cuidados para entender el Sistema de Salud, información con respecto a las patologías de las personas cuidadas y las complicaciones que pueden sufrir; así como estrategias y conocimientos para poder trabajar con niños, niñas y familias, y capacitación o educación a padres de niños, niñas y adolescentes con TEA. Se señala también que estas capacitaciones y formaciones incluyan a las familias y no solo a las cuidadoras principales. Además, las personas cuidadoras hacen referencia a la necesidad de contar con talleres o espacios formativos para trabajar la autoestima y el autocuidado, para ellas y para las personas que cuidan.

Sobre la **corresponsabilidad social**, quienes participaron en los diálogos identifican en la sociedad poca conciencia respecto a que los cuidados deben ser un trabajo compartido en lo familiar y social. Se refleja que la sobrecarga física, económica y emocional de los cuidados recae principalmente en las familias. En este sentido se requiere sensibilizar a la población sobre la distribución de los cuidados, visibilizando las necesidades de cuidados y a las personas que cuidan. Las y los participantes también señalan que se necesita mayor reconocimiento por parte de la sociedad de las personas que cuidan y la labor esencial que realizan, además de visibilizar su realidad. Para ello, se propone realizar capacitaciones y foros informativos, dirigidos a la comunidad y las administraciones públicas, con el fin de promover una mayor conciencia sobre los cuidados y quienes los ejercen, así como fomentar un reparto más equitativo de estos.

Por otro lado, se evidencia la falta de redes de apoyo entre actores en los territorios, dado por el desconocimiento entre vecinos, la ausencia de comunicación y el poco trabajo en red y asociativo. Esto genera una falta de autocuidado en la comunidad. Se señala la necesidad de promover mayor apoyo e integración comunitaria, con las familias, vecinos, comunidades religiosas, grupos juveniles e infantiles, entre otros. Concretamente, entre las menciones de las y los participantes aparece la falta de articulación de una red de cuidados; la necesidad de crear dispositivos comunitarios; la falta de apoyo familiar y de la comunidad; la necesidad de ampliación de la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro); el fortalecimiento de la actual Red Local de Apoyos y Cuidados y su coordinación con el Servicio de Salud; la falta de redes de apoyo específicas para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas; la necesidad de asistentes de cuidados en el hogar; y la falta de apoyo en cuidado de niños y niñas en periodo de vacaciones.

En relación con esto, también se señala la necesidad de mayor **corresponsabilidad de género**. Las y los participantes mencionan que existe un sesgo de género en el ejercicio de los cuidados, siendo la mayoría de las personas cuidadoras mujeres. Esto refuerza los roles de género y la feminización de estas tareas, generando una sobrecarga para las mujeres. Además, esto tiene como consecuencia que no haya relevo para el trabajo de cuidados y que las cuidadoras tengan sensación de abandono familiar y social. Se señala también la falta de apoyo y empatía hacia las cuidadoras, lo que conlleva la postergación de la persona cuidadora en distintas áreas de su vida y, como consecuencia, su aislamiento social.

Las y los participantes se refieren también a la invisibilización y ausencia de reconocimiento del trabajo de cuidados que realizan las mujeres. Se identifica la invisibilización de los significativos aportes sociales y económicos de los cuidados, la insensibilidad por parte de la sociedad y la vulnerabilidad que ha tenido el rol de la mujer, con una visión patriarcal que entrega la responsabilidad del cuidado a estas y refuerza la división sexual del trabajo. En específico, se hace mención de que los cuidados recaen en una sola persona dentro de la familia, mayoritariamente en las mujeres, lo que se relaciona con la exclusión (o autoexclusión) del hombre en el rol de cuidados. Así, una necesidad correlativa que se indica en los diálogos es la promoción de la distribución equitativa del trabajo de cuidados entre hombres y mujeres.

Esto se relaciona a su vez con la pobreza de tiempo que sufren quienes cuidan. Por cumplir su rol socialmente impuesto, las personas cuidadoras no cuentan con tiempo libre, lo que las priva de realizar actividades distintas a las de los cuidados, como asuntos personales y de ocio, especialmente relacionados con la calidad de vida de las mujeres en sectores populares. Sobre esto, se señala como necesaria la creación de instancias de esparcimiento para personas cuidadoras, que sean inclusivas para poder asistir con las personas cuidadas si es necesario. Una mejor calidad de vida de las personas cuidadoras se asocia a su participación en actividades recreativas, tiempo de relajo o de autocuidado; y actividades deportivas, de esparcimiento y de disfrute con amistades. También se menciona la dificultad de ingresar al mundo laboral o realizar trámites y gestiones cotidianas por la falta de tiempo.

15.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Aysén



En la Región de Aysén, las y los participantes identifican como una importante problemática la **salud mental, física y ergonómica** de las personas que requieren cuidados. Se hace referencia a las carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en salud en distintos aspectos. En primer lugar, se destaca la falta del diagnóstico oportuno en las instituciones públicas. Para ello, se requiere una atención médica suficiente y continua, que cuente con el personal médico y equipamiento necesario, un seguimiento correcto a las personas en tratamiento, y la interconexión en la información entre los distintos profesionales de la salud. Se señala la necesidad de que los centros de salud cuenten con implementación diferenciada para las distintas necesidades de las personas que requieren cuidados. Asimismo, se menciona la importancia de disponer de equipos integrales de salud en todo el territorio regional, que garantice la atención frecuente y preferente, tanto a las personas que requieren cuidados, como a quienes los brindan. Concretamente, se señala la falta de especialistas en los servicios de salud, especialmente en áreas como geriatría, pediatría o endocrinología.

En relación con el acceso a la salud, en los diálogos se concluye que aún existe una importante brecha social entre quienes cuentan con recursos económicos y quienes no. En este sentido, se requiere implementar mejoras en el acceso y calidad de los servicios públicos, incluyendo la reducción de tiempos de espera y la dotación de recursos humanos y económicos, especialmente en los servicios de atención primaria. Se hace especial mención a la necesidad de asegurar un acceso igualitario y el trato digno en los servicios de salud. También se hace referencia a la mejora y mayor accesibilidad a las ayudas técnicas, adaptándolas a los requerimientos de cada persona, en especial a lo que se refiere a la higiene y la movilidad. Por último, se plantea la mejora de las prestaciones en salud de las postas rurales, que en la actualidad no cubren la totalidad de las necesidades de las personas que requieren cuidados.

Respecto a la salud mental, se releva la necesidad de contar con atención psicológica para todas las personas que requieren cuidados. Sin embargo, en la actualidad no existe cobertura suficiente en la región. Se destaca la importancia de brindar una atención continua y consistente en el ámbito de la salud mental, especialmente para las personas mayores, quienes muchas veces se sienten abandonadas y se enfrentan a la soledad. Se hace especial mención a que la atención sea frecuente y que se garantice cierta continuidad en el personal que atiende a los pacientes, ya que a menudo la atención se ve interrumpida por las renuncias y rotación del personal.

Un ámbito que se considera fundamental para quienes requieren de cuidados es la generación de **redes de apoyo**, que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. No obstante, se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia carece de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo. En muchas ocasiones cuentan de manera más estable solo con una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. También suelen darse situaciones en las que hijos, hijas

y otros familiares se desligan de la responsabilidad de los cuidados. En estos casos, si quien requiere cuidados carece de persona cuidadora, terminará viviendo sola, lo que en algunos casos repercute a nivel emocional, llegando a experimentar soledad y miedo, especialmente si enfrenta limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su vulnerabilidad en situaciones de emergencia y de abuso.

En la región, destaca el gran número de personas mayores que no cuenta con redes de apoyo, externas o familiares que puedan apoyarles de manera cotidiana. Se hace referencia a la poca empatía, solidaridad y preocupación de la comunidad por los y las vecinas que no cuentan con apoyo directo de familiares o profesionales. Esta situación empeora en las zonas aisladas y rurales de la región, donde este apoyo es aún menor y más complicado de generar. Las y los participantes de la región proponen que en cada territorio exista al menos una persona encargada de ayudar a las personas mayores a realizar trámites y las acompañe en el día a día. También se señala la necesidad de que las personas mayores cuenten con jornadas de autocuidado y programas específicos para sus necesidades, ya que requieren un cuidado permanente. Asimismo, se señala la falta de sensibilización de la comunidad en torno a las personas mayores y la poca importancia que se les da, lo que las aparta e invisibiliza en la sociedad.

Con respecto a la **infraestructura**, los diálogos en la Región de Aysén muestran que existe una demanda insatisfecha de infraestructura pública de cuidados, en tanto espacios que se adecuen a las necesidades de las personas que requieren cuidado. Por un lado, se señala la necesidad de contar con centros de cuidado u hogares para las personas mayores, con discapacidad o con dependencia que necesitan personas cuidadoras y profesionales especializados, además de un acompañamiento para los trámites y gestiones cotidianas. Estos centros de cuidado deberían contar con adaptación a las necesidades particulares de quienes son cuidados/as y de quienes cuidan, incluyendo la salud física y emocional. De igual forma, se percibe necesario crear nuevas residencias o aumentar espacios disponibles en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Asimismo, las y los participantes señalan la falta de espacios o centros para la rehabilitación.

Por otro lado, en los diálogos se menciona que la infraestructura y los espacios públicos no cuentan completamente con accesibilidad universal. Por ejemplo, hay rutas en mal estado, no siempre existen rampas accesibles, baños adaptados o señalización adecuada, lo que dificulta la movilidad, independencia y participación en diferentes entornos. Además, las viviendas no están adaptadas para las necesidades de cuidados, lo que precariza las condiciones de accesibilidad de las personas con dependencia o discapacidad. En la misma línea, la conectividad regional se encuentra en mal estado y es deficiente. Las y los participantes señalan la ausencia de un sistema de transporte adecuado a las necesidades de las personas que requieren cuidados que les permita moverse de manera adecuada y acudir a los servicios de cuidados que requieren. Se señala que el transporte existente en la región es costoso y que muchas veces la única opción es el transporte privado, por lo que se requiere un sistema de subsidio para la movilización. También se menciona que, a pesar de existir algunas opciones de transporte municipal, muchas personas no lo usan por desconocimiento o por vergüenza a pedir ayuda. Por todo lo anterior, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena en la sociedad.

Finalmente, las y los participantes también hacen referencia a las necesidades en materia de **educación**. Se releva la necesidad de mayor inclusión en este ámbito, para lo que se requieren establecimientos educacionales -primarios, secundarios y superiores- con espacios adecuados y adaptados para niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad y con condiciones neurodivergentes. Asimismo, es necesario contar con profesionales capacitados para asistir y educar a niños, niñas y adolescentes con capacidades diferentes; así como ampliar los cupos en los centros que ya cuentan con este apoyo. En la misma línea, se menciona la importancia de proporcionar una educación inclusiva y que promueve buenos valores en la comunidad, para generar así vínculos y redes entre los y las estudiantes, los profesionales del área educativa y las familias.

15.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Aysén

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** e incorporar un carácter **intersectorial** y **descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad**, tanto la existente como la que podría proyectarse, en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. En este sentido, se menciona específicamente el fortalecimiento de las instituciones en materia de personas mayores, como el ya existente SENAMA; o la creación de una subsecretaría o defensoría de las personas mayores, que logre reducir el abandono, otorgue cuidados de calidad y fiscalice negligencias. Por otro lado, también se señala la necesidad de contar con una **ley sobre cuidados**, que proteja a las personas cuidadoras y a las que requieren cuidados, haciendo responsables a diferentes actores de los cuidados; destacando específicamente la responsabilidad económica de los padres.

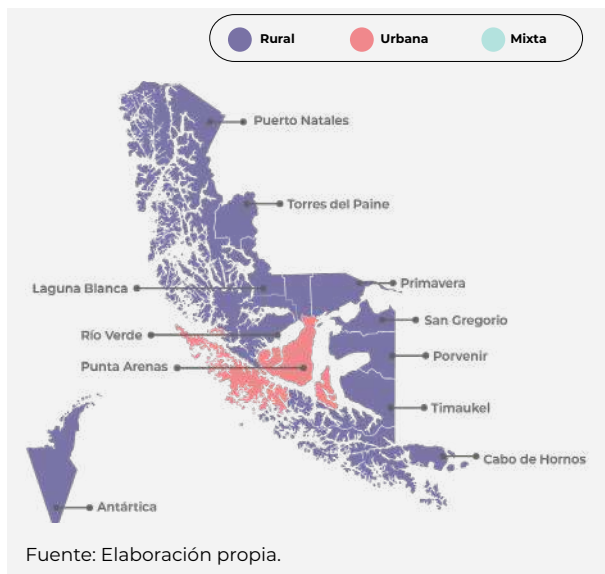
Entre las acciones de mejora, las y los participantes comparten mayoritariamente la necesidad de que las **políticas y programas de cuidados estén territorializados**; es decir, que incorporen la visión, la realidad y las características territoriales, incluyendo las condiciones climáticas, la geografía o la densidad demográfica. Se solicita además que las políticas tengan en cuenta el aislamiento geográfico y el alto índice de ruralidad de Aysén, a fin de asegurar un acceso correcto a cuidados integrales. Las y los participantes de los diálogos consideran que las políticas de cuidados siguen siendo centralistas y no cuentan con un **financiamiento descentralizado** que responda a la realidad territorial. En la misma línea, se menciona que las instituciones públicas no llegan a las comunas más alejadas de la capital regional y que se requiere de equipos territoriales a nivel local y comunal.

Asu vez, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**. Se señala la escasa oferta programática y la necesidad de contar con programas más especializados. Además, se requiere una mayor coordinación entre servicios públicos en las intervenciones, así como un trabajo integral entre el sistema de salud y los municipios. Para mejorar el acceso a la oferta disponible, se necesita más claridad en la información sobre programas de cuidados, especialmente los ofrecidos desde las municipalidades. También se señala que el exceso de burocracia complica el acceso a los programas y servicios disponibles. Por otro lado, para asegurar la mayor efectividad de la oferta programática, se señala la necesidad de **contar con datos demográficos actualizados**, como la realización de un catastro o estadísticas a nivel local, provincial y regional para conocer con detalle quiénes necesitan cuidados y quiénes cuidan.

16.1. Contexto socioeconómico

Población

Según los datos del Censo del año 2017, la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena contaba con 166.533 habitantes. Se puede observar un **equilibrio de género** en la distribución de la población a nivel regional, con una tendencia a una mayor proporción de hombres, un 51,2%, frente a un 48,8% de mujeres (ODEPA, s/f-o). En las comunas urbanas también se observa un equilibrio, aunque con una tendencia a una mayor proporción de mujeres, con un 50,2%, frente a un 49,8% de hombres (ibid.). Sin embargo, **en las comunas rurales se aprecia un desequilibrio de género**, con un 56,4% de hombres y un 43,6% de mujeres (ibid.). En las comunas rurales con baja población, la distribución de la población por género es aún más desigual. De hecho, en la comuna de Torres del Paine, que cuenta con 1.209 habitantes, el 66% de la población es masculina; y en la comuna de Primavera, que cuenta con 1.158 habitantes, el 80% de la población es masculina (ibid.).



La región se compone de 11 comunas; 9 de ellas se clasifican como rurales y solo 1 como urbana, Punta Arenas. La restante, Antártica, queda fuera de esta categorización. El conjunto de comunas rurales abarca el 86% del territorio regional, pero solo alberga al 21% de la población regional (ODEPA, s/f-o). Estos datos demuestran que existe un **gran desequilibrio territorial** en la distribución de la población entre las comunas, debido a que, en la única comuna urbana vive cerca del 79% de la población total de la región. La siguiente comuna con mayor población, Natales, tan solo alberga el 13% del total regional. En contraste, hay comunas con una muy baja población, como Laguna Blanca con 274 habitantes, Timaukel con 405, o Río Verde con 617, lo que no llega al 1% del total regional (ODEPA, s/f-o).

A su vez, la región posee una alta proporción de **población que se declara perteneciente a pueblos indígenas y originarios**, con un 22,7%, casi el doble del promedio nacional (ODEPA, s/f-o). Este porcentaje aumenta a un 27,1% en comunas rurales, y se incrementa significativamente en algunas comunas, tales como Natales, con un 29,5% o Porvenir con un 26,8% (ibid.). En Punta Arenas, única comuna urbana, el porcentaje también es alto, con un 21,5% (ibid.). De las personas que se reconocen pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, el 93% se identifica con el pueblo Mapuche, mientras que un bajo porcentaje con el pueblo Kawésqar, Yagán o Yamana, y Aymara (INE, 2018b).

En cuanto a **población migrante**, la región cuenta con 10.850 personas extranjeras, lo que representa el 0,7% del total regional (SERMIG, 2024ñ). A su vez, este grupo de población supone el 6,5% de la población regional. En cuanto al origen de estas personas, el 28,8% proviene de Colombia, el 25,4% de Venezuela y 19,8% de Argentina (SERMIG, 2024ñ).

Respecto a la **población afrodescendiente**, la región cuenta con el 0,23% del total nacional (INE, 2018a). De acuerdo con el Censo de 2017, 23 personas en la región se identificaron como afrodescendientes, lo que representa menos del 1% de la población total de Magallanes.

Brechas socioeconómicas

De acuerdo con los últimos datos de la encuesta CASEN 2022, en la región hay un **3,4% de personas en situación de pobreza por ingresos**, un valor muy por debajo de la media nacional de 6,5% y el más bajo del país (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023a). A pesar de ello, en algunas comunas como Río Verde o Timaukel la pobreza por ingresos llega a superar el promedio del país (ODEPA, s/f-o). Al comparar las cifras de pobreza de la última década, se puede observar una creciente brecha entre sexos, teniendo la pobreza una mayor incidencia en las mujeres (CORE Magallanes, 2023). En este sentido, es importante señalar que el 47,3% de los hogares de la región tienen una jefatura femenina (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020).

En la región, se pueden identificar otros **grupos vulnerables**. Un 13% de las personas de más de 60 años y un 3,9% de los niños, niñas y adolescentes se encuentran en situación de pobreza (CORE Magallanes, 2023). Además, un 37,1% de las personas jóvenes se encuentra en un nivel socioeconómico bajo (ibid.). En cuanto a las personas pertenecientes a algún pueblo originario, un 4,1% se encuentra en situación de pobreza, cifra once puntos menor que la media nacional, lo que indica que en la región este grupo de población no se encuentra en una posición tan vulnerable como en el resto del país (ibid.).

Con respecto a la **habitabilidad**, el 2,6% de los hogares de la región se encuentra en condiciones de hacinamiento (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Esta cifra supera el 20% en las comunas de Río Verde, Cabo de Hornos y Porvenir (CORE Magallanes, 2023). En la región, el déficit habitacional es de 2.252 viviendas (ibid.).

En cuanto a los servicios básicos, un 5,7% tiene un acceso inadecuado a agua potable (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Es notable que la Región de Magallanes tiene una menor carencia de servicios básicos que el resto de regiones, sin embargo, sí presenta brechas entre comunas. En Punta Arenas, la cobertura es casi completa, solo un 3% de los hogares no cuenta con acceso a la red pública de agua (ODEPA, s/f-o). En las comunas rurales de Cabo de Hornos y Natales, la carencia es similar al promedio nacional. Sin embargo, en otras comunas rurales, como Río Verde y Torres del Paine, alrededor del 90% de los hogares no tiene acceso a agua de la red pública, obteniendo el agua de fuentes naturales (ODEPA, s/f-o).

En relación con la **educación**, el promedio de escolaridad en la región es de 11,8 años, superior a la media nacional de 11,7 años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Este promedio desciende en 0,7 años en las comunas rurales (ODEPA, s/f-o). En 2020, la región contaba con 31.779 matriculaciones en educación obligatoria (básica y media), de las cuales el 49% son en centros municipales, un 39% en centros subvencionados y un 12% en centros particulares pagados (CORE Magallanes, 2023).

Atendiendo a la calidad de la educación, los resultados en lectura y matemáticas han descendido desde la pandemia, debido al cierre de las escuelas; situación que empeora en las comunas rurales (CORE Magallanes, 2023; ODEPA, s/f-o). En relación con la asistencia, la región muestra cifras preocupantes de absentismo, llegando al 64% en educación parvularia, 37% en educación básica, 36% en educación media regular (CORE Magallanes, 2023).

Para la educación superior, Magallanes cuenta con una universidad pública, dos institutos profesionales privados, dos centros de formación técnica privados y uno público (CORE Magallanes, 2023). En los últimos años, la matrícula total ha disminuido, lo que puede deberse a brechas históricas en la pertinencia territorial de la educación, que conlleva que muchos y muchas estudiantes se vayan a otras regiones en busca de mayores oportunidades (ibid.).

Tabla 16. Datos de empleo en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.

Trimestre móvil diciembre 2023 – febrero 2024

	General	Hombres	Mujeres
Tasa de participación laboral			
Regional	68,3%	75,1%	61,2%
Nacional	62,3%	72,3%	52,8%
Tasa de ocupación laboral			
Regional	64,3%	71,9%	56,5%
Nacional	57%	66,4%	48%

Fuente: INE.Stat (2024)

Atendiendo a los datos de **empleo**, la región muestra mejores datos que el promedio nacional, siendo la segunda región con la mejor situación, solo después de Aysén. Atendiendo a las brechas de género, en la región están presentes tanto en la tasa de participación como en la de ocupación laboral, siendo de 13,9 puntos y 15,4 puntos respectivamente. Esto indica que las mujeres tienen mayores dificultades para encontrar un empleo. Estas brechas son menores en la región que en el promedio del país.

Con respecto a las actividades económicas, las más relevantes en la región son la manufactura, los servicios personales y la administración pública (ODEPA, s/f-o). En los últimos años, también destaca el turismo como fuente laboral, lo que ha permitido a varias localidades y comunas hacer de este sector un rubro con pertinencia territorial (CORE Magallanes, 2023). La región marca el turismo como sector estratégico debido a las condiciones geográficas, de biodiversidad, patrimonio histórico-cultural de Magallanes, y el alto nivel de empleabilidad y oportunidades de crecimiento que ofrece (ibid.).

Finalmente, en referencia a la **salud** de las personas presentes en el Registro Social de Hogares en la región, un 79,3% se encuentra adscrito a FONASA, frente a un 10,5% a ISAPRE (BCN, 2023m). Del total de la población regional, un 68,8% está inscrito a salud municipal (ibid.). Magallanes muestra datos por encima de la media nacional en cuanto a cobertura de atención primaria, disponiendo de seis centros de salud familiar (CESFAM), dos hospitales comunitarios, tres centros comunitarios de salud familiar (CECOSF) ubicados en Punta Arenas y nueve postas rurales (CORE Magallanes, 2023).

Un problema destacado en la región en relación con el acceso a la salud es la conectividad. Adicionalmente, se requieren mayores profesionales especialistas, la incorporación de la perspectiva de género en las decisiones de salud pública, la mejor y mayor atención en salud mental (con especial enfoque en las zonas aisladas y en la infancia), aumentar las rondas médicas en zonas rurales y aisladas, y poner mayor foco en las estrategias preventivas (CORE Magallanes, 2023).

16.2. Imagen de los cuidados en la región



Fuente: Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022), INE (2017)

Brecha en la cobertura de cuidados en la región (número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁶⁶

Dependencia	Moderada	Severa
	5.550	4.091
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
	4.212	5.429

Fuente: Elaboración propia

⁶⁴ Tareas de cuidados no remunerados a integrantes del hogar, como dar de comer, ayudar con las tareas o cuidar por alguna enfermedad.

⁶⁵ Tareas domésticas no remuneradas, como preparación y servicio de comida dentro del hogar, limpieza de la vivienda, limpieza y cuidado de ropa y calzado, mantenimiento y reparaciones menores en el propio hogar, administración del hogar, compras.

⁶⁶ Estimaciones realizadas por ONU Mujeres en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

16.3. Diálogos Hablemos de Cuidados: resultados para la Región de Magallanes

67



Porcentaje de participación en el total de las actas de Magallanes



Fuente: Elaboración propia según los datos de participación de Hablemos de Cuidados

A continuación, se presentan los resultados concretos para la región en torno a las necesidades y problemáticas de cuidados para las personas cuidadoras y las personas que requieren cuidados; las áreas principales de acción y las expectativas del futuro SNAC.

⁶⁷ En este conteo de participantes se incluye solo la diferenciación de sexo (mujeres y hombres) ya que, a pesar de que en las actas se incluía la opción de no binario y prefiere no decir, el número de estas respuestas no es significativo.

16.3.1. Principales necesidades y problemáticas de las personas cuidadoras en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.



En la región se señala como problemática y necesidad la **educación y formación**. Se hace referencia a dos dimensiones: la capacitación en gestión del cuidado para las personas que cuidan, y la psicoeducación sobre la temática. Respecto a la primera dimensión, se detecta en las menciones que quienes ejercen cuidados no tienen todas las herramientas técnicas para cuidar. Se identifica la necesidad de contar con formación permanente en gestión del cuidado a fin de garantizar el acceso a capacitación de calidad para proporcionar cuidados adecuados y efectivos. Esto incluye capacitación y certificación para personas cuidadoras (formales e informales), en áreas como técnicas de autocuidado, manejo de pacientes; primeros auxilios, cuidado para personas con discapacidad, capacitaciones con profesionales especialistas (neurología, terapia ocupacional, fonoaudiología, entre otros) que entreguen estrategias y conocimientos, y educación orientada al cuidado de niños, niñas y adolescentes con TEA.

Sobre la segunda dimensión, las necesidades identificadas se relacionan con la ausencia de instancias comunitarias para psicoeducar y entregar herramientas a cuidadoras o asociaciones de cuidadoras. Concretamente, se menciona como una posible causa la falta de financiamiento y apoyo a las organizaciones sociales que pueden generar estas instancias. Asimismo, se señala la falta de psicoeducación dirigida a la población en general en relación con los cuidados, que promuevan la corresponsabilidad social y de género, y genere instancias para crear redes de apoyo.

Sobre esto último, en los diálogos se menciona repetidamente que no existen **redes de apoyo** suficientes para las personas cuidadoras. Esto puede darse por desinformación de las mismas cuidadoras o por escasez de redes. Se releva especialmente la necesidad de las cuidadoras principales de contar con estas redes, ya que, de lo contrario, no pueden disponer de tiempo que les permita tener una vida distinta a su rol de cuidadora. Entre las menciones aparece la generación de redes de apoyo con organizaciones locales y el fortalecimiento de las entidades comunales ya existentes que apoyan a las cuidadoras informales. Es decir, fortalecer el tejido social para promover un sistema comunitario de cuidados.

Asimismo, se señala la necesidad de ampliación de la oferta de cuidadores/as reemplazantes (de respiro), esenciales para reducir la carga de las personas que ejercen como cuidadoras principales. También se menciona la mejor coordinación de la Red Local de Apoyos y Cuidados, garantizar el trabajo intersectorial de las redes, y generar mayor apoyo específico para madres cuidadoras que son trabajadoras remuneradas. La falta de apoyo también se relaciona con la ausencia de tiempo, para lo que las y los participantes de los diálogos proponen que se dé atención preferencial y se generen espacios de esparcimiento que promuevan el bienestar y el autocuidado de las personas que ejercen cuidados.

Quienes participaron en los diálogos señalan como una de las grandes problemáticas la ausencia de **corresponsabilidad (social y de género)**. Identifican como causa el hecho de que son principalmente las familias quienes se hacen cargo de las personas que requieren cuidados. En relación con esto, se menciona que muchas veces no están capacitadas para cuidar a las personas con dependencia o discapacidad con la calidad que estas necesitan. Los cuidados demandan una gran cantidad de tiempo por parte de las familias, que cuentan con escasas redes de apoyo externas. En este sentido, en los diálogos se identifica en la sociedad poca conciencia de que los cuidados deben ser un trabajo compartido, tanto dentro de la familia como con la sociedad.

Se hace referencia también a la feminización del cuidado, siendo las mujeres quienes principalmente se hacen cargo de los cuidados en las familias. Se señala también la invisibilización de los aportes sociales y económicos de los cuidados, haciendo referencia a la ausencia de reconocimiento del trabajo de cuidados, la falta de educación social en torno a la temática, y la falta de conciencia y empatía por parte de la comunidad. Así, las y los participantes determinan la necesidad de avanzar en la corresponsabilidad de los cuidados, para lo que es necesario sensibilizar a la comunidad y generar mayor concientización, empatía y escucha desde el Estado, el mundo privado y la sociedad civil. Para esto, se debe promover una cultura de la corresponsabilidad que integre la perspectiva de género.

En referencia a la **autonomía económica**, en los diálogos se identifica que el ejercicio de los cuidados implica diversos factores que generan carencias materiales y económicas, y se observa una falta de oportunidades e independencia económica en las mujeres cuidadoras. Por un lado, se señala la ausencia de reconocimiento y remuneración al trabajo de cuidados, que relega a muchas personas cuidadoras, especialmente mujeres, a trabajar de manera no remunerada y a no contar con ingresos fijos. Las y los participantes mencionan que los cuidados deben ser reconocidos como un trabajo formal y ser remunerados adecuadamente.

Por otro lado, se hace referencia a la necesidad de apoyo económico, ya que muchas personas cuidadoras se ven obligadas a dejar de trabajar para dedicarse a estas labores, lo que las deja sin un sustento económico. Al respecto, se señalan diversas formas de financiamiento, como un aumento de los subsidios asociados a las personas cuidadoras, apoyo de tipo copago de servicios básicos, fondos específicos, bono universal, o la remuneración, sueldo o estipendio permanente para las personas cuidadoras. Se releva especialmente la necesidad de desarrollar un sistema de pensiones para personas cuidadoras, ya que muchas llegan a la edad de jubilación sin haber podido insertarse en el mercado laboral.

En este sentido, se señala la falta de integración al mundo laboral que enfrentan las personas que cuidan. Esto se debe a que las cuidadoras no disponen de tiempo o recursos financieros que les permitan externalizar los cuidados y tener así un trabajo formal. Se identifica la necesidad de contar con cupos laborales que den prioridad a personas cuidadoras, implementar medidas que potencien el trabajo independiente, que se reconozca el cuidado como un trabajo, o la profesionalización del oficio de cuidador/a. En general, se señalan la falta de oportunidades laborales con enfoque de género y la deficiencia de los derechos laborales para las personas cuidadoras. Se hace mención de la ausencia de acceso a un empleo con flexibilidad que permita compatibilizar la jornada laboral con los cuidados, como, por ejemplo, contar con un horario que permita conciliar o que se concedan permisos laborales para poder cuidar. Se menciona concretamente la necesidad de garantizar la imposibilidad de despido laboral a personas que son cuidadoras activas.

Por último, en los diálogos se puede identificar la **salud mental** como una problemática para las personas cuidadoras. Las y los participantes señalan que las principales necesidades surgen debido al poco conocimiento con respecto al deterioro en la salud de quienes ejercen cuidados, lo cual tendría como consecuencia la falta de oferta general en salud y el bajo apoyo psicológico a personas cuidadoras. Las y los participantes señalan que ser cuidadora a tiempo completo genera importantes desgastes en la salud mental, llegando a postergar sus vidas

personales en favor de la persona cuidada. Por ello, se solicita la incorporación de una visión integral de la salud, a fin de asegurar el bienestar de las personas cuidadoras y apoyar su salud en general.

En este sentido, en los diálogos se propone aumentar la cobertura y el acceso a apoyo psicológico y psiquiátrico por parte de las instituciones públicas, ya que en la actualidad las horas de atención en salud mental y los especialistas disponibles son escasos. También se menciona que existe un problema de acceso a los servicios y programas de salud mental. Las grandes distancias de la región impiden a muchas personas acceder a los centros y espacios donde se brinda este apoyo psicológico. En este ámbito también se identifica como necesidad la atención preferencial para personas cuidadoras en servicios públicos y privados de salud. Para que sea adecuada, es necesario que la credencial de persona cuidadora sea una herramienta conocida por quienes trabajan en los servicios públicos y que permita, en efecto, acceder rápidamente a una atención.

16.3.2. Principales necesidades y problemáticas de las personas que requieren cuidados en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.



En relación con la **salud mental, física y ergonómica** de las personas cuidadas, en los diálogos surgen menciones sobre carencias básicas respecto al apoyo y cobertura en distintos aspectos. En primer lugar, se menciona la falta de atención integral de la salud, que no solo incluya la atención esencial, sino también técnicas de autocuidado, ejercicio físico y salud preventiva. Para ello, se requiere una infraestructura mínima, como camillas, sillas de ruedas, camas clínicas y personal capacitado en cuidados. Se señala, además, que hay comunas con sistemas de salud e infraestructura muy precarios. Por otro lado, se menciona la falta de especialistas médicos que atiendan las diferentes necesidades de las personas que requieren cuidados. Se hace especial énfasis contar con personal especializado en discapacidad, personas mayores y autismo.

En relación con el acceso a la salud, las y los participantes hacen referencia a la necesidad de ampliar y mejorar la cobertura de la atención domiciliaria, con especial enfoque en las personas con discapacidad, así como mejorar la atención de urgencia. También se señala la necesidad de mejorar las ayudas técnicas, facilitar su acceso y entrega, y adaptarlas a los requerimientos de cada persona.

Con respecto a la **infraestructura**, las y los participantes señalan que en la región falta infraestructura pública de cuidados, en tanto espacios que se adecuen a las necesidades de las personas que requieren cuidado. Esta infraestructura incluye centros de cuidados, hogares para las personas mayores, con discapacidad o con dependencia (severa o moderada) que necesitan personas cuidadoras y profesionales especializados, viviendas tuteladas o casas de acogida. De igual forma, se percibe necesario crear nuevas residencias o aumentar espacios disponibles en los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Asimismo, las y los participantes señalan que no todas las comunas cuentan con un geriatra.

Por otro lado, en los diálogos se menciona que la infraestructura y los espacios públicos no cuentan completamente con accesibilidad universal. Por ejemplo, hay rutas en mal estado, no siempre existen rampas accesibles, baños adaptados o señalización adecuada, lo que supone una barrera significativa para la movilidad y participación de personas en situación de discapacidad y dependencia. En la misma línea, la región no cuenta con conectividad y transporte adecuado para las personas que requieren cuidados. Las y los participantes señalan que las distancias territoriales, el aislamiento geográfico y el alto costo de los pasajes dificulta la movilidad de las personas. Por todo lo anterior, se vuelve esencial adaptar y mejorar la infraestructura y el transporte para garantizar la igualdad de oportunidades y la inclusión plena en la sociedad.

Otro factor que supone una problemática para quienes requieren cuidados es la generación de **redes de apoyo**, las que pueden incluir familiares, amigos, cuidadores/as profesionales y organizaciones sociales que brinden asistencia y compañía a estas personas. Se hace referencia a que la gran mayoría de personas en situación de discapacidad y dependencia carecen de una red de apoyo adecuada y permanente en el tiempo, existiendo de manera más estable sólo una persona cuidadora, quien suele ser un familiar sin mayor capacitación en cuidados. Las y los participantes señalan que en la región existen muchas personas sin redes de apoyo, mencionan que puede deberse a la falta de entidades o instituciones que apoyen el trabajo de cuidados. También indican que hay muchas personas que al no aceptar su condición de necesitar apoyo y cuidado no buscan una red de apoyo externa.

Asimismo, se señala que muchas personas no cuentan con una red con la que pasar su tiempo libre y de ocio, especialmente las personas mayores y las personas con alguna discapacidad intelectual. Esta ausencia de acompañamiento y redes en algunos casos repercute a nivel emocional. Las personas que requieren cuidados pueden llegar a experimentar soledad y miedo, especialmente cuando se enfrentan limitaciones físicas o cognitivas, aumentando su vulnerabilidad.

Finalmente, en los diálogos se identifica la **inclusión** de las personas que requieren cuidados como algo esencial en la promoción de una sociedad más igualitaria y respetuosa. La falta de inclusión genera barreras físicas, sociales y emocionales que limitan la participación de las personas en la comunidad y su acceso a oportunidades y servicios. Un factor que se percibe como contribuyente a la falta de inclusión es la escasez de conocimiento e información por parte de la gran mayoría de la sociedad respecto a la situación o condición de algunas personas que las hacen ser dependientes y necesitar de cuidado y apoyo (situaciones de discapacidad física, mental, cognitiva, condiciones neurodivergentes). Al mismo tiempo, se releva la importancia de no llevar a la sobreprotección de las personas que requieren cuidados, apuntando siempre a su autonomía e independencia.

En la región se releva especialmente la falta de inclusión de las personas mayores. En los diálogos se menciona que en muchas ocasiones viven solas y no cuentan con redes y apoyo, lo que genera su abandono social. Se señala la necesidad de visibilizar su realidad, apoyarles en los diferentes trámites y gestiones que tienen que realizar a diario, y garantizar que cuentan con actividades recreativas y de ocio, para evitar así su abandono y soledad. En cuanto a los niños, niñas y adolescentes, se plantea que no cuentan con inclusión suficiente en los colegios, para lo que se necesita más personal especialista. Las y los participantes remarcan la necesidad de una inclusión real y efectiva en todos los ámbitos de la vida, para lo que es necesario generar un apoyo y acompañamiento permanentes en el tiempo para garantizar el bienestar emocional y social de quienes requieren de cuidados.

16.3.3. Principales áreas de acción donde se debiesen implementar políticas públicas en torno al cuidado en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena.

Respecto a las políticas, mecanismos, estrategias y acciones que deberían implementarse para abordar las problemáticas diagnosticadas, los resultados de los diálogos son claros acerca del espíritu que debieran tener las políticas a diseñar. Estas políticas deberían estar enfocadas en **garantizar la calidad de vida de las personas**, ser diseñadas con **perspectiva de género** y con un carácter **intersectorial y descentralizado**, con el fin de que cada territorio logre satisfacer sus propias necesidades específicas. Junto con ello, también se menciona la necesidad de incorporar la mirada **intercultural** en las políticas de cuidado.

Las y los participantes de los diálogos señalan múltiples acciones a desarrollar por parte de la **institucionalidad**, tanto la existente como la que podría proyectarse, en el entendido de que un Sistema de Cuidados necesitaría de un marco institucional que lo contenga y le de sustento económico y administrativo. En este sentido, se menciona específicamente el fortalecimiento de las instituciones en materia de discapacidad, como SENADIS, con más recursos humanos y económicos; y la promoción de organizaciones sociales que se dediquen a los temas de cuidados, garantizando su financiamiento y el apoyo a dirigentes/as sociales. Las y los participantes señalan que se debe reconocer a las organizaciones ya presentes y fortalecer su **trabajo en red** con el Estado y el sector privado. Asimismo, en los diálogos se identifica la falta de **legislación y un marco normativo general** para las personas cuidadoras que garantice sus derechos y regule sus deberes

Entre las acciones de mejora, las y los participantes comparten mayoritariamente la necesidad de que las **políticas y programas de cuidados estén territorializados y focalizados**; es decir, que incorporen la visión, la realidad y las características territoriales, además de las necesidades diferenciadas de los distintos grupos de población. Se señala específicamente que las políticas deben tener un enfoque de derechos, incorporar el enfoque de género y contar con mecanismos de participación social.

A su vez, destaca la alusión al **fortalecimiento y ampliación de la oferta programática**. Por un lado, se señala que los programas no deben ser proyectos temporales, sino a largo plazo, para evitar la rotación de personal y generar mejores vínculos entre pacientes y profesionales. Por otro lado, se menciona la necesidad de que los programas no solo incluyan a las personas que requieren cuidados, sino también a las personas cuidadoras y las familias. Asimismo, se propone aumentar la cobertura de atención e implementar modelos de atención de calidad que permitan individualizar mejor las necesidades de las personas.

En cuanto al acceso a los programas y servicios en la Región de Magallanes, las y los participantes mencionan que muchas veces las personas tienen que desplazarse en largas distancias para acceder a cuidados, lo que supone un importante **obstáculo al derecho al cuidado** en la región. A su vez, se hacen numerosas menciones a que actualmente la política pública y la oferta programática no incluye a las personas entre 26 y 60 años, quienes también tienen necesidades de cuidados. Finalmente, para asegurar la mayor efectividad de la oferta programática, se señala la necesidad de **contar con datos demográficos actualizados**, como la realización de un catastro o estadísticas. Concretamente, se propone que el registro de cuidadoras trascienda el Registro Social de Hogares.



CONCLUSIONES

Construir la sociedad de los cuidados es una tarea colaborativa en la que cada actor social desempeña un rol importante. A la hora de crear el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados en Chile y avanzar en la promoción de la corresponsabilidad social, es importante que el Estado, el sector privado, las familias y la comunidad trabajen en conjunto hacia la consecución de un objetivo común: mejorar el bienestar personal, social y económico a través de los cuidados. En relación con el Estado, la articulación virtuosa de los distintos niveles es clave para lograr que el Sistema cumpla sus objetivos fundamentales.

Las instituciones regionales y municipales cobran especial importancia en esta articulación. Por un lado, los gobiernos locales son la primera puerta de acceso de las personas al Estado, por lo que su cercanía a la ciudadanía y su conocimiento del contexto representan una gran ventaja a la hora de acercar el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados a las personas que cuidan y requieren cuidados. Además, son quienes muchas veces implementan y gestionan las políticas públicas en el día a día. Por otro lado, los gobiernos regionales tienen la capacidad de articularse con el gobierno central y los municipios para coordinar y reforzar las acciones de cuidados en la región, evitando duplicidades y armonizando las respuestas ya existentes o las que puedan crearse.

Reconocer y reforzar las capacidades instaladas en las comunas y las regiones es eficiente y refuerza el despliegue del Sistema a lo largo del país, asegurando que llegue a todas las personas en Chile, sin importar dónde se encuentren. Como demuestra el análisis socioeconómico y los resultados de los diálogos sociales, la realidad de los cuidados varía en cada región. Adaptarse al contexto, al territorio y a las necesidades de las personas es esencial a la hora de diseñar políticas públicas que mejoren el bienestar de las y los ciudadanos. En este sentido, a través de los gobiernos subnacionales es posible llegar a zonas rurales, áreas aisladas y personas más vulnerables, lo que garantiza la pertinencia territorial del Sistema y su adaptación a cada realidad.

Asimismo, a la hora de promover la corresponsabilidad social de los cuidados, es importante reconocer las distintas formas de cuidar, incluyendo a la diversidad de familias y a las comunidades, con especial énfasis en los pueblos originarios, las personas afrodescendientes y la población migrante. Así, cobra especial relevancia promover las redes de apoyo y fortalecer a las organizaciones sociales, que complementan las políticas públicas y robustecen los cuidados.

Para que lo anterior pueda llevarse a cabo, es necesario contar con diagnósticos que actualicen la información y el conocimiento sobre las necesidades reales, así como estrategias locales y regionales que promuevan la construcción de soluciones en conjunto con la sociedad. Al mismo tiempo, para garantizar la efectividad y continuidad del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, es esencial contar con financiamiento suficiente y sostenido en el tiempo. En este sentido, se debe desarrollar un modelo de financiamiento basado en la solidaridad desde un punto de vista socioeconómico e intergeneracional.

Como se vio reflejado en los diálogos sociales, que contaron con una alta participación de más de 12.000 personas, éste es un tema relevante para la sociedad chilena. Hacer de los cuidados una política de Estado es además crucial para garantizar el desarrollo sostenible y abordar la actual crisis de los cuidados. El envejecimiento de la población con su consecuente transición demográfica, la mayor incorporación de las mujeres al mundo del trabajo remunerado (aunque todavía insuficiente en comparación con los hombres), los efectos nocivos del cambio climático, importantes flujos migratorios, entre otros factores, han dado lugar a una mayor proporción de personas que requieren cuidados respecto de aquellas disponibles para brindarlos. Para 2035, se proyecta que existan en Chile 4.615.701 personas mayores y 1.942.547 con dependencia, el 28% con dependencia severa y 36% con dependencia moderada (INE, 2017).

El aumento constante de la población con dependencia y las personas mayores supone un reto para las políticas públicas, que actualmente no llegan a toda la población que requiere cuidados. Como muestra la siguiente tabla, existe una brecha en la cobertura de cuidados en el país con respecto a los servicios ofertados actualmente para personas con dependencia y personas mayores.

Tabla 17. Brecha en la cobertura de cuidados en el país

(número de personas no cubiertas por los servicios ofertados actualmente)⁶⁸

Dependencia	Moderada	Severa
		603.538
Edad	Menos de 60 años	Más de 60 años
		465.077

Fuente: Elaboración propia

Invertir en cuidados y en sistemas integrales con apropiación subnacional es transformador para la sociedad, ya que, al mismo tiempo que las políticas públicas se hacen cargo de las necesidades reales de las personas que requieren cuidados y de quienes cuidan, también actúan como un motor para la recuperación económica. A su vez, las políticas de cuidados son un promotor de la igualdad de género y un instrumento eficaz para reducir la pobreza.

Esperamos que este documento sea una herramienta útil para la creación de las políticas de cuidados con enfoque territorial y el desarrollo del SNAC en Chile, ONU Mujeres se pone a disposición para seguir apoyando los esfuerzos y potenciar las respuestas conjuntas. Avanzar en la construcción de la sociedad del cuidado y la promoción de la igualdad de género es una tarea de todos y todas.

⁶⁸ Estimaciones realizadas en base a la cobertura regional actual de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM), residencias SENADIS, centros diurnos y cuidados domiciliarios.

- GORE Biobío (2015). Estrategia Regional de Desarrollo 2015 – 2030. Región del Biobío. Gobierno Regional del Biobío. Disponible en: https://ubiobio.cl/pgdu2020/assets/files/Estrategia_Regional_de_Desarrollo-2015-2030_Region_del_Bio_Bio.pdf
- GORE Coquimbo (2008). Estrategia Regional de Desarrollo. Región de Coquimbo al 2020. Gobierno Regional de Coquimbo. Disponible en: <https://www.gorecoquimbo.cl/gorecoquimbo/site/artic/20150508/asocfile/20150508164205/erd2020.pdf>
- GORE Coquimbo (2024). ERD 2030. Región de Coquimbo Estrategia Regional de Desarrollo. Gobierno Regional de Coquimbo. 24 de enero de 2024. Disponible en: https://erdcoquimbo.cl/wp-content/uploads/2024/02/24.01.2024_PPT-IES-1.pdf
- GORE Los Lagos (2022). Estrategia Regional de Desarrollo Los Lagos 2030. Gobierno Regional de Los Lagos. Disponible en: https://www.goreloslagos.cl/resources/descargas/erd_2030/ERD_LosLagos_2030.pdf
- GORE Maule (2023). Estrategia Regional de Desarrollo 2011-2020. Gobierno Regional. Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. Disponible en: <https://www.goremaule.cl/goremauleVII/wp-content/uploads/2023/04/Documento-Consolidado-de-la-ERD-Maule-2042.pdf>
- GORE Ñuble (2020). Estrategia Regional de Desarrollo de la Región de Ñuble 2020 – 2028. Gobierno Regional de Ñuble. Disponible en: <https://goredenuble.cl/wp-content/uploads/2022/09/ERDNUBLE-2020-2028.pdf>
- GORE O'Higgins (2023). Estrategia Regional de Desarrollo Maule 2042. Gobierno Regional del Maule. Disponible en: https://www.goreohiggins.cl/images/fic/2022/docs/documentos/estrategia_regional_desarrollo_2011-2020.pdf
- GORE Santiago (2012). Estrategia Regional de Desarrollo. Capital Ciudadana 2012-2021. Gobierno Regional Metropolitano de Santiago. Disponible en: https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2014/doc/estrategia/Estrategia_Regional_de_Desarrollo_Region_Metropolitana_2012-2021.pdf
- GORE Santiago (2024). Estrategia Regional de Desarrollo 2024-2035 | Región Metropolitana De Santiago. Disponible en: https://www.gobiernosantiago.cl/wp-content/uploads/2024/07/ERD-RM_2035.pdf
- GORE Tarapacá & PNUD (2010). Estrategia Regional de Desarrollo 2011-2020 Región de Tarapacá. Gobierno Regional de Tarapacá y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <https://www.goretarapaca.gov.cl/wp-content/uploads/2016/02/estrategia.pdf>
- GORE Valparaíso (2012). Estrategia Regional de Desarrollo. Región de Valparaíso 2020. Gobierno Regional de Valparaíso. Disponible en: <http://www.gorev.cl/archivos/archivoDocumento/estrategia-regional2012.pdf>
- GORE Valparaíso (2022). Estrategia Regional de Desarrollo. Participación ciudadana. Disponible en: <https://www.erdvalparaiso.cl/index.html>
- INE (2018a). Medición de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes en el Censo de Población y Vivienda 2017. Disponible en: https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/03_magdalena_iraguen_ine_chile.pdf
- INE (2018b). Radiografía de Género. Pueblos Originarios en Chile 2017. Unidad de Estudios y Estadísticas de Género. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/genero/documentos-de-analisis/documentos/radiografia-de-genero-pueblos-originarios-chile2017.pdf?sfvrsn=7cecf389_8http://
- INE (2019). Síntesis de resultados regionales enero 2019. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2015. Disponible en: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/uso-del-tiempo-tiempo-libre/publicaciones-y-anuarios/publicaciones/sintesis-resultados-regionales-enut.pdf?sfvrsn=eac63260_5
- INE.Stat (2024). Repositorio de datos del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <https://stat.ine.cl>
- Ministerio de Desarrollo Social de Panamá y ONU Mujeres (2023). Territorios Que Cuidan: Hacia La Construcción De Un Sistema Nacional De Cuidados En Panamá. Disponible en: https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-01/TERRITORIOS%20QUE%20CUIDAN_Ileana%20Mireya%20Calles-compressed.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2020). Data social. Categorización socioeconómica. Regiones. Perfil sociodemográfico. Disponible en: <https://datasocial.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/portalDataSocial/catalogoDimension/86#antofagasta>
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2022). Encuesta de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) 2022. Observatorio Social. Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/Presentacion_resultados_ENDIDE_2022_Poblacion_adulta_version_mayo_2023.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023a). Resumen de resultados: Pobreza por Ingresos, Pobreza Multidimensional y Distribución por Ingresos. Encuesta CASEN 2022. Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Presentación_Resultados_Casen_2022%20_v20oct23.pdf
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2023b). Déficit Habitacional Cuantitativo y Asequibilidad de la Vivienda en Chile. Serie de resultados CASEN. Encuesta CASEN 2006-2022. Noviembre de 2023. Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/casen/2022/Resultados_Vivienda_Casen_2022.pdf
- Naciones Unidas (2024). Transformar los sistemas de cuidados en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de Nuestra Agenda Común. Documento de política del sistema de las Naciones Unidas. Disponible en: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2024-07/FINAL_10-07-2024_TRANSFORMAR%20LOS%20SISTEMAS%20DE%20CUIDADOS%20%28Policy%20paper%29_2024.pdf

- INE (2017). Estimaciones y proyecciones 2002-2023 base 2017. Disponible en: www.ine.gov.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion
- ODEPA (s/f-a). Región de Arica y Parinacota. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72856/Ficha-regional-Arica-y-Parinacota.pdf>
- ODEPA (s/f-b). Región de Tarapacá. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72857/Ficha-regional-Tarapaca.pdf>
- ODEPA (s/f-c). Región de Antofagasta. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72858/Ficha-regional-Antofagasta.pdf>
- ODEPA (s/f-d). Región de Atacama. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72859/Ficha-regional-Atacama.pdf>
- ODEPA (s/f-e). Región de Coquimbo. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72860/Ficha-regional-Coquimbo.pdf>
- ODEPA (s/f-f). Región de Valparaíso. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72861/Ficha-regional-Valparaiso%20%281%29.pdf>
- ODEPA (s/f-g). Región Metropolitana de Santiago. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72862/Ficha-regional-Metropolitana.pdf>
- ODEPA (s/f-h). Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72864/Ficha-regional-OHiggins.pdf>
- ODEPA (s/f-i). Región del Maule. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72865/Ficha_regional_Maule.pdf
- ODEPA (s/f-j). Región de Ñuble. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72866/Ficha-regional-Nuble.pdf>
- ODEPA (s/f-k). Región de Biobío. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72867/Ficha-regional-Biobio.pdf>
- ODEPA (s/f-l). Región de La Araucanía. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72868/Ficha-regional-Araucania.pdf>
- ODEPA (s/f-m). Región de Los Ríos. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72870/Ficha-regional-Los-Rios.pdf>
- ODEPA (s/f-n). Región de Los Lagos. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72869/Ficha-regional-Los-Lagos.pdf>
- ODEPA (s/f-ñ). Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72871/Ficha-regional-Aysen.pdf>
- ODEPA (s/f-o). Región de Magallanes y la Antártica Chilena. Ruralidad en Chile. Oficina de Estudios y Políticas Agrarias. Ministerio de Agricultura. Disponible en: <https://bibliotecadigital.odepa.gov.cl/bitstream/handle/20.500.12650/72872/Ficha-regional-Magallanes.pdf>
- SERMIG (2024). Minuta población migrante en la Región de Arica y Parinacota. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Arica-y-Parinacota.pdf>
- SERMIG (2024a). Minuta población migrante en la Región de Tarapacá. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Tarapaca.pdf>
- SERMIG (2024b). Minuta población migrante en la Región de Antofagasta. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Antofagasta.pdf>
- SERMIG (2024c). Minuta población migrante en la Región de Atacama. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Atacama.pdf>
- SERMIG (2024d). Minuta población migrante en la Región de Coquimbo. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Coquimbo.pdf>
- SERMIG (2024e). Minuta población migrante en la Región de Valparaíso. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Valparaiso.pdf>
- SERMIG (2024f). Minuta población migrante en la Región Metropolitana de Santiago. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Metropolitana-de-Santiago.pdf>

- SERMIG (2024g). Minuta población migrante en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Libertador-General-Bernardo-O-Higgins.pdf>
- SERMIG (2024h). Minuta población migrante en la Región del Maule. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Maule.pdf>
- SERMIG (2024i). Minuta población migrante en la Región de Ñuble. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Ñuble.pdf>
- SERMIG (2024j). Minuta población migrante en la Región del Biobío. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Biobio.pdf>
- SERMIG (2024k). Minuta población migrante en la Región de la Araucanía. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/La-Araucania.pdf>
- SERMIG (2024l). Minuta población migrante en la Región de Los Ríos. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Los-Rios.pdf>
- SERMIG (2024m). Minuta población migrante en la Región de Los Lagos. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Los-Lagos.pdf>
- SERMIG (2024n). Minuta población migrante en la Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Aysen-del-General-Carlos-Ibanez-del-Campo.pdf>
- SERMIG (2024ñ). Minuta población migrante en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena. Marzo 2024. Servicio Nacional de Migraciones. Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Disponible en: <https://serviciomigraciones.cl/wp-content/uploads/estudios/Minutas-Region/Magallanes-y-de-la-Antartica-Chilena.pdf>
- Techo Chile (2023). Catastro Nacional de Campamentos 2022 - 2023. Marzo de 2023. Disponible en: <https://cl.techo.org/wp-content/uploads/sites/9/2023/03/CNC22-23.pdf>
- Universidad de Chile (2022). Asesoría para la actualización de la Estrategia Regional de Desarrollo de la Región de los Ríos. Análisis y Planificación Territorial Prospectiva (Diagnóstico y Línea de Base Regional). Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. 20 de enero de 2022. Disponible en: https://www.erdlosrios.cl/wp-content/uploads/2023/04/Anexo-No2-Analisis-y-Planificacion-Territorial_Diagnostico-y-Linea-de-Base-200122.pdf



LA TERRITORIALIDAD DE LOS CUIDADOS EN CHILE

Principales resultados regionales de los diálogos ciudadanos hacia la construcción del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados.