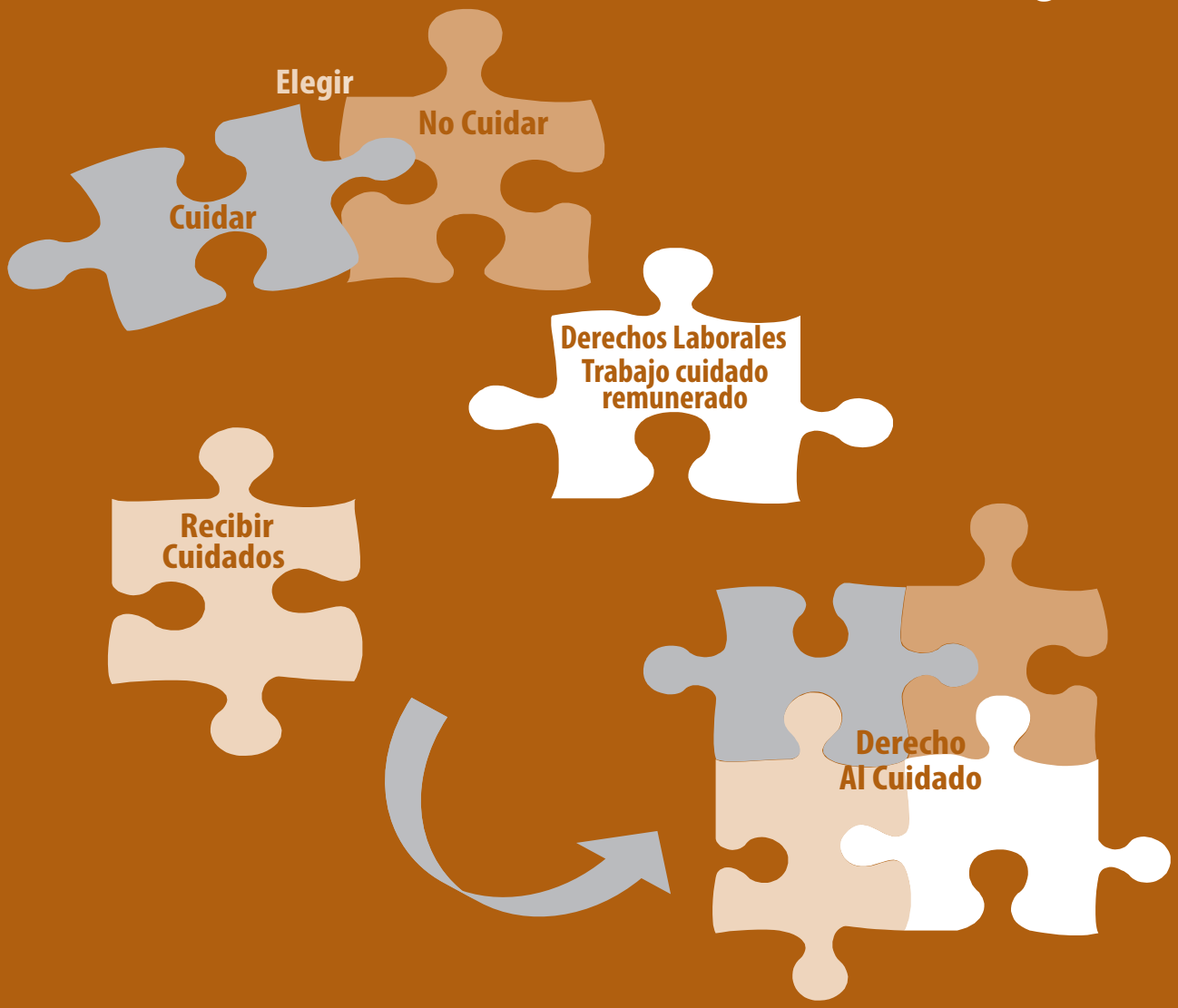
La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile

Irma Arriagada



ONU MUJERES
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres

centro de estudios de la mujer

La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile

ONU MUJERES
Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres

centro de estudios de la mujer

ONU Mujeres es la organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Como defensora mundial de mujeres y niñas, ONU Mujeres fue establecida para acelerar el progreso que conllevará a mejorar las condiciones de vida de las mujeres y para responder a las necesidades que enfrentan alrededor del mundo.

ONU Mujeres apoya a los Estados Miembros de las Naciones Unidas en el establecimiento de normas internacionales para lograr la igualdad de género y trabaja con los gobiernos y la sociedad civil en la creación de leyes, políticas, programas y servicios necesarios para implementar dichas normas. También respalda la participación igualitaria de las mujeres en todos los aspectos de la vida, enfocándose en cinco áreas prioritarias: el incremento del liderazgo y de la participación de las mujeres; la eliminación de la violencia contra las mujeres; la participación de las mujeres en todos los procesos de paz y seguridad; el aumento del empoderamiento económico de las mujeres; y la incorporación de la igualdad de género como elemento central de la planificación del desarrollo y del presupuesto nacional. ONU Mujeres también coordina y promueve el trabajo del sistema de las Naciones Unidas para alcanzar la igualdad de género.

La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile

Autora: Irma Arriagada
Coordinadora: Amaia P. Orozco
Diseño y diagramación: Sughey Abreu

ONU Mujeres. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. Oficina de Santo Domingo.

César Nicolás Penson 102-A
Santo Domingo, República Dominicana
Tel: 1-809-685-2111
Fax: 1-809-685-2117
Página Web: www.unwomen.org

ISBN: 978-1-936291-49-6

Las opiniones expresadas en esta publicación son las de las autoras y no reflejan necesariamente la opinión de ONU Mujeres, las Naciones Unidas o de sus organizaciones afiliadas.

La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile por Irma Arriagada está bajo licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported

Usted es libre de:

copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra

Bajo las condiciones siguientes:

Reconocimiento - Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).

No comercial - No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

Sin obras derivadas - No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Entendiendo que:

*Renuncia - Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor

*Dominio Público - Cuando la obra o alguno de sus elementos se halle en el dominio público según la ley vigente aplicable, esta situación no quedará afectada por la licencia.

Otros derechos - Los derechos siguientes no quedan afectados por la licencia de ninguna manera:

- Los derechos derivados de usos legítimos u otras limitaciones reconocidas por ley no se ven afectados por lo anterior.
- Los derechos morales del autor;
- Derechos que pueden ostentar otras personas sobre la propia obra o su uso, como por ejemplo derechos de imagen o de privacidad.

Aviso - Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.

Este documento fue elaborado en el marco del proyecto de investigación "Construyendo redes: migrantes latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado" ejecutado por el antiguo INSTRAW (ahora ONU Mujeres) con financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID). Dicho proyecto se ha ejecutado de manera simultánea y bajo un mismo marco conceptual y metodológico en Chile, Perú, Bolivia, Ecuador y España, de manera que puede encontrarse un análisis similar sobre la organización social de los cuidados y la vulneración de derechos para cada uno de los cuatro países restantes.

Este proyecto tenía como objetivo general contribuir a la formulación de propuestas que integren el componente del cuidado como eje central del desarrollo y que valoricen el trabajo de cuidados, la responsabilidad colectiva y la igualdad de género en la provisión de cuidados. Y, como uno de sus objetivos específicos, generar datos fiables sobre el papel de la migración femenina –intra y extrarregional- en la reorganización social de los cuidados de dos países de destino (Chile y España) de las mujeres procedentes de tres países de América Latina (Ecuador, Perú y Bolivia). Este documento es uno de los insumos utilizados para cumplir con estos objetivos.

Los equipos encargados de las investigaciones en los países han sido: Postgrado Multidisciplinario en Ciencias del Desarrollo-Universidad Mayor de San Andrés (CIDES-UMSA) en Bolivia, Centro de Estudios de la Mujer (CEM) en Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-sede Ecuador (FLACSO-Ecuador) en Ecuador, Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas- Pontificia Universidad Católica del Perú (CISEPA-PUCP) en Perú y el antiguo INSTRAW en España (ahora ONU Mujeres).

Índice

Introducción 1

1. Algunas definiciones y marco analítico: cuidados y organización social del cuidado 2

1.1 Cuidados 2

1.2 Algo de historia 3

1.3 ¿Qué es la organización social de cuidados? 5

1.4 Crisis de cuidado 7

2. Las necesidades de cuidado en Chile 9

2.1 Demanda potencial de cuidados en Chile 2010 12

3. ¿Quienes cuidan en Chile? 15

3.1 Oferta institucional de cuidados 15

3.1.1 Las políticas de conciliación familia-trabajo *15*

3.1.2 La reforma del sistema de salud *17*

3.1.3 La oferta para los adultos mayores *19*

3.1.4 El cuidado de los menores *24*

3.2 La oferta privada de cuidados 27

3.2.1 La oferta de cuidados no remunerada en los hogares *27*

3.2.2 La oferta de cuidados remuneradas en los hogares *30*

a. Las trabajadoras del hogar *30*

b. Las trabajadoras del hogar peruanas *32*

4. Nodos de vulneración de derechos 35

4.1 Marco normativo 35

4.2 La aplicación de la normativa en Chile 36

5. Algunas conclusiones y sugerencias 39

5.1 Algunas recomendaciones 40

Índice de cuadros

Cuadro 1: Chile, 2010: Indicadores demográficos....10
Cuadro 2: Chile 2010: Unidades de Demanda potencial de cuidados....13
Cuadro 3: Chile 2008 y 2009: Número de Pensiones Básicas Solidarias pagadas según tipo de pensión y sexo de los beneficiarios....20
Cuadro 4: Chile 1990-2006: Cobertura de Educación Preescolar según quintiles de ingreso....25
Cuadro 5: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales remuneradas y no remuneradas por sexo....29
Cuadro 6: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales domésticas y de cuidado realizadas por la población....29
Cuadro 7: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales domésticas y de cuidado realizadas por hombres....30
Cuadro 8: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales domésticas y de cuidado realizadas por mujeres....31
Cuadro 9: Chile, Región Metropolitana, 2007: Tiempo y Participación en el trabajo remunerado por sexo y edad....33
Cuadro 10: Chile, Región Metropolitana, 2007: Tiempo y Participación en el trabajo no remunerado por sexo y edad....
Cuadro 11: Chile: Legislación relativa al trabajo doméstico de casa particular....
Cuadro 12: Chile, 2006: Las características de las mujeres inmigrantes peruana que trabajan como trabajadoras del hogar, según modalidad....

Índice de gráficos

Gráfico 1: Chile 2010 Pirámide por edad y sexo....10
Gráfico 2: Chile: Proyecciones de la población de 65 años y más 2010,2030 y 2050....11
Gráfico 3: Chile 2010: Índices de dependencia....13
Gráfico 4: Chile 2010: Índice intensificado sobre distintas poblaciones....14
Gráfico 5: Chile 2003-2006: Cobertura de la educación preescolar por edades simples....24
Gráfico 6: Gran Santiago (2007) Distribución de la participación en grandes grupos de actividades principales por sexo....28

INTRODUCCIÓN

En este texto se realiza una primera aproximación hacia las formas en que se organiza el cuidado en Chile. La primera sección relativa a la organización social del cuidado en Chile se inicia con algunas definiciones de lo que se entiende por cuidado, por organización social del cuidado y por crisis de cuidado. A continuación se examinan las tendencias socio-demográficas que definen las necesidades de cuidado en Chile, mediante el análisis de la demanda potencial de cuidados y cuidadoras, dado el envejecimiento de la población, los cambios familiares y la población dependiente existente. En una tercera parte se trata de responder a la pregunta de quiénes cuidan en Chile, para lo cual se revisa la oferta institucional, especialmente aquella orientada a conciliar familia y trabajo, proveer de cuidado a los adultos mayores y a los menores, y la oferta privada de cuidado, la que desarrollan las mujeres en sus hogares de manera no remunerada y el trabajo doméstico pagado que realizan las mujeres tanto chilenas como peruanas.

La segunda sección incluye los nodos de vulneración de derechos, donde se intenta contrastar la normativa vigente y su efectivo cumplimiento. Finalmente, se sintetizan las principales conclusiones y se plantean algunas sugerencias.

Las fuentes de información son oficiales y de diversa índole: la información estadística proviene principalmente la Encuesta de Caracterización Socio- económica (CASEN) de 1990 a 2006, fuentes estadísticas del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de CEPAL y OIT. La información sobre los programas de gobierno que dan cuenta de la oferta institucional proviene de las fuentes oficiales de los ministerios respectivos, en el caso de las organizaciones no gubernamentales de sus páginas web.

1. ALGUNAS DEFINICIONES Y MARCO ANALÍTICO

1.1 Cuidados

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

La definición y medición del cuidado es un tema en debate. Los límites del cuidado son difíciles de demarcar en términos de qué se hace, a quién, dónde y durante cuánto tiempo. Esta complejidad plantea dificultades a la hora de dimensionar su magnitud. La mayoría de las investigaciones toman como punto de partida un tipo de persona dependiente, a partir de la cual identifican a sus cuidadores. Sin embargo, el cuidado informal ocurre en todas las edades y para un amplio espectro de condiciones. En sentido amplio, todos somos, en algún momento de nuestras vidas, beneficiarios del sistema informal, y muchos de nosotros y nosotras somos o seremos cuidadores (García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004).

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

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

El cuidado también se puede dividir entre aquel inevitable y aquel socialmente creado. Existen ciertas actividades que una persona no puede realizar por sí misma por razón de edad, enfermedad o discapacidad y necesita de un tercero para llevarlas a cabo, mientras que en distintos momentos del desarrollo de una

sociedad se construye socialmente la necesidad que se transforma en una exigencia irrenunciable a nivel social e individual (Díaz, 2009). Así, desde el punto de vista de la división sexual del trabajo y dados los cambios en los sistemas productivos y laborales, la sobreocupación de los adultos, especialmente de los hombres, los incapacita para cubrir sus propias necesidades de cuidado (Durán, 2006).

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

1.2. Algo de historia

En América Latina, la articulación entre esferas de producción del bienestar: estado, mercado, familias (principalmente mujeres) y sociedad civil da lugar a distintos regímenes de bienestar, que originan diversas tipologías (ver por ej. Barrientos, 2004, Gough y Wood, 2004, Martínez, 2007) que ubican a Chile en un modelo liberal de proveedor único, llamado también mercado-céntrico (Sunkel, 2007) caracterizado por un acelerado desplazamiento desde el Estado a la prestación privada de servicios, en particular de salud, educación y pensiones.

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

En el período de 1924-1973 se inicia un mayor desarrollo del papel protector del Estado, así, entre 1920 y 1973 los gastos sociales crecen diez veces más rápido que el producto nacional, que muestra el énfasis y prioridad que se otorgó a la satisfacción de las necesidades de educación, salud y previsión social (Arellano, 1985). La crisis económica de 1929 y sus drásticas consecuencias recesivas forzaron al gobierno a poner en práctica un nuevo modelo de desarrollo, apoyado fundamentalmente en la industrialización. En este nuevo modelo, el Estado asumió, un papel preponderante económico, convirtiéndose en el principal motor de desarrollo. En 1924 el gobierno crea la Caja del Seguro Obrero Obligatorio (CSO), con lo cual el Estado no sólo se hace cargo de una de las tantas tareas de cuidado indirecto, como la protección socioeconómica de la vejez, sino que establece por primera vez, aun de manera muy imperfecta, que la recepción de determinados servicios sociales constituye un derecho de los trabajadores.

Entre 1952 y 1953, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio de Seguro Social (SSS), se llevó a cabo una importante reforma no estructural del sistema de seguro social, que apuntaba hacia la universalización progresiva de los beneficios sociales, los que alcanzaron a cubrir a las clases medias urbanas (período 1932-1955) y a los sectores populares organizados (1964-1973). De esta forma, los trabajadores formales se convirtieron en sujetos que tenían el derecho a recibir los servicios sociales mínimos para su subsistencia, cualquiera fuera el ciclo de vida en que se encontraran. En pocas palabras, se instituyó la ciudadanía social. En segundo lugar, se alteró de manera sustancial —aunque no radical— la estructura social del cuidado que, heredada de la colonia, había estado vigente durante todo el período republicano anterior (1833 – 1924). Dicha estructura se caracterizaba por un tradicionalismo excesivo, el que se apoyaba fundamentalmente en el sistema familiar. Esto mantenía las viejas formas de vínculo consanguíneo, las jerarquías de género y edad al interior de la familia y reforzaba la tradicional distribución sexual del trabajo, confinando el desempeño de las tareas reproductivas y de cuidado al hogar y a las mujeres (Giménez, 2002).

El nuevo papel del Estado incluía tareas tan diversas como la puesta en marcha de políticas sistemáticas de protección a las incipientes industrias nacionales (barreras arancelarias, créditos subsidiarios, exenciones impositivas), o ser gestor de la industrialización por medio de la creación y administración de empresas públicas especializadas en la explotación directa de recursos naturales o la producción de bienes y servicios. También impulsó el crecimiento de la demanda interna a través de la incorporación de grandes sectores de la población al sector económico moderno (Giménez, 2003).

En el período, los distintos gobiernos privilegiaron dos mecanismos de integración sociopolítica: en primer término, la extensión de la ciudadanía política, de un lado, y, en segundo, la creación y posterior diversificación de mecanismos de representación y participación, como la movilización social y los canales corporativistas al interior del aparato estatal y los partidos políticos. De esta forma, se constituye un estado central fuerte, activo en el área económica y redistributiva, que permitió la industrialización del país, se amplió la urbanización y se extendió la educación a vastos sectores sociales (Serrano, 1995).

El golpe de estado de 1973 modificó profundamente el modelo de desarrollo y las políticas públicas. El período 1973-1981, se caracterizó por su marcado sesgo neo-liberal especialmente, por las privatizaciones de las empresas públicas que acompañaron la liberalización comercial y financiera, se generó una crisis económica sin precedentes que significó un desempleo de 30%, una caída del PIB de 14% , un aumento de la pobreza y un empeoramiento de la distribución del ingreso. El período de 1982 a 1989 se caracterizó por un modelo más pragmático para enfrentar la crisis, con políticas que apuntaron a equilibrar la balanza de pagos, con renegociaciones de la deuda externa, intervención del sistema financiero que luego se reprivatizó acumulando lo que se denominó una gran deuda social (Ffrench-Davis, 2006). Se produce una retirada del Estado que se manifiesta entre otros elementos en una gran reducción del gasto público social que no recupera los niveles del período de 1970 (de 20% del PGB a mediados de los sesenta pasa a 16% de PGB) (Arellano, 1985).

El modelo privatizador implementado por la dictadura operó en torno a tres ejes principales: Fortalecimiento y expansión de la propiedad privada y redefinición del papel del Estado; el fortalecimiento del libre mercado y la apertura indiscriminada a la competencia externa y a la inversión extranjera y redefinición de la modalidad y forma de crecimiento de la economía (Muñoz, 1987).

Tempranamente los sistemas de seguridad social habrían sido diseñados para garantizar los beneficios asociados a los derechos sociales de los trabajadores asalariados que participan en el mercado laboral (población masculina), mientras que los programas de asistencia social, que tienen carácter compensatorio, estaban dirigidos a las unidades familiares cuyos ingresos son insuficientes para superar la línea de pobreza. Usualmente estas unidades familiares son definidas, tácita o explícitamente, como hogares "defectuosos" o "disfuncionales", lo que significa, en rigor, que están encabezados por una mujer (Giménez, 2003).

A partir de 1990 año de recuperación d ela democracia, el modelo que ha prevalecido en el período post-dictadura tiene un carácter mixto o híbrido, denominado también estatal- productivista (Juliana Martínez, 2007), productivista porque el énfasis se ha puesto en el mercado, estatal porque se cuenta con una tradición de protección estatal, y con una fuerte base en las familias y las redes sociales como mecanismo principales de protección, conserva rasgos del modelo anterior pero la puesta en marcha de un modelo de protección social muestra la ampliación de la cobertura institucional de los servicios en Chile.

Se plantea que el problema no es ya de cobertura sino de calidad que diferencia entre servicios públicos para pobres (de peor calidad) y servicios privados de altos costos pero de mejor calidad. Asimismo, durante el período de 1990 a 2006 (según las última cifras de medición de la pobreza de la CASEN) la pobreza y la indigencia se han reducido a un tercio, disminución que se produce en la población masculina y en la femenina. Sin embargo, la pobreza femenina sigue siendo mayor que la masculina, manteniendo una brecha que no ha logrado ser eliminada (13,1 % pobreza 3.0% de indigencia masculina y 14,3 pobreza y 3.4% la indigencia femenina).

Durante el último período del gobierno Bachelet existe voluntad política de poner en marcha un enfoque de derechos, sin embargo, en su puesta en ejecución se ha priorizado a los sectores más pobres (40% y luego 60% de las familias más pobres). Dada la extrema desigualdad de ingresos y oportunidades, que muestra las deficiencias del mercado y también del Estado, un mercado de trabajo con alta inestabilidad del sector asalariado, un creciente desempleo, quedan amplios sectores medios con bajas remuneraciones, quienes no están bien cubiertos en sus derechos fundamentales. En síntesis, los importantes avances en materia de protección social han llegado a los sectores más necesitados pero aún no tienen un carácter universal.

1.3 ¿Qué es la organización social del cuidado?

La organización social del cuidado se refiere a la política económica y social del cuidado. Esto es, la forma de distribuir, entender y gestionar la necesidad de cuidados que está en la base del ulterior funcionamiento del sistema económico y la política social. Para poder definir la organización social del cuidado se requiere

considerar tanto demanda de cuidados existente como quienes proveen los servicios y cubren la demanda y como el régimen de bienestar se hace cargo de esa demanda así como cuanto corresponde al mercado.

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

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

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

- Trabajo doméstico no remunerado realizado dentro de las familias principalmente por las mujeres que son cónyuges y por las que son jefas de hogar que, en las encuestas de uso de tiempo, son quienes destinan más tiempo a las actividades domésticas y de cuidado.
- Cuidadoras remuneradas: entre quienes se puede incluir a las trabajadoras del hogar, las niñeras, arsenaleras, enfermeras, en sus diversas modalidades: con jornadas completas o parciales y con residencia en el hogar o fuera de él.
- Servicios médicos y de enfermería basados en el hogar: estos servicios prestan atención a los adultos mayores que no pueden acudir al hospital, a niños y personas discapacitadas, generalmente son extremadamente caros y muy pocos de ellos son subsidiados o gratuitos.
- Fuera del hogar en las modalidades estatal y de mercado, pueden tener un carácter público y privado
- Mercado: Incluye los servicios privados para el cuidado infantil: salas cunas/guarderías, atención preescolar en jardines y educación primaria. También los servicios de residenciales para adultos mayores, hospitales y clínicas. Estos servicios son habitualmente de costos muy elevados.
- Estado: Incluye los servicios estatales públicos y no estatales para el cuidado infantil y de los adultos mayores: guarderías, jardines infantiles, centros para el cuidado diario de adultos mayores, hospitales y postas. Estos servicios no alcanzan a cubrir la demanda de quienes lo requieren.
- Organizaciones comunitarias, se incluye en este grupo los servicios ofrecidos por cuidadoras voluntarias, de organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional y otros.

Las actividades que se realizan dentro o extra del hogar, implican una compleja organización y planificación y mantienen flujos entre ellos, dependiendo de la suficiencia y oportunidad de la prestación. Así, si la oferta pública estatal no brinda una cobertura u horarios suficientes, se deberá acudir al mercado, a las cuidadoras remuneradas o no pagadas al interior del hogar. En el mismo sentido, si la oferta del Estado es residual y no existen ingresos para contratar los servicios en el mercado se acudirá a la oferta pública no estatal disponible: ONGs, instituciones religiosas, voluntariado (Rodríguez, 2007).

En todas las modalidades señaladas quienes realizan el trabajo doméstico y de cuidado, sea o no remunerado, son en su mayoría las mujeres. De la misma manera que el trabajo doméstico y de cuidado es desvalorizado para quienes lo realizan sin pago, esa desvalorización se traspasa hacia las personas que lo ejecutan de manera remunerada. Así, se señala que las personas que ejercen sus responsabilidades domésticas se ven discriminadas en el mercado de empleo, si simultáneamente se insertan en él. Cuando las personas "deciden" dedicarse exclusivamente a las tareas de cuidado, ven subvalorada su contribución al hogar y a la sociedad. Más aún, quienes deciden ofrecer sus servicios domésticos en el mercado de empleo, se ven expuestas a condiciones de trabajo negativas, bajas remuneraciones y escaso reconocimiento del valor social del trabajo (Rodríguez, 2007).

1.4 La crisis de cuidado

La crisis de cuidado tiene una doble dimensión: por un lado, se refiere a la reproducción social con el aumento de la demanda y de la complejidad del cuidado que se produce de manera simultánea a la reducción de la oferta de cuidadores potenciales que dificulta la reproducción diaria de las personas. Por otro lado, puede hablarse de una crisis de reproducción social de largo plazo como la dificultad de asegurar la reproducción de una gran parte de los hogares y de las dificultades que tienen para alcanzar niveles satisfactorios de bienestar en múltiples dimensiones, incluyendo los cuidados (Pérez, 2009). Durante las últimas décadas la crisis de cuidado en Chile se ha intensificado debido a un déficit en la oferta y a un aumento de la demanda de cuidado debido a varios factores:

a. las transformaciones demográficas con el aumento de la esperanza de vida de la población, que en 1950/55 era de 54.8 años y en 2005/2010 llegará a 78,5. La esperanza de vida en la población femenina es mayor, así en 1950/55 alcanzaba a 56,8 años y en 2005/10 se estima que alcanzará 81,5 años (CEPAL-CELADE, 2007). Asimismo el descenso de la fecundidad ha sido muy rápido y se estima una menor existencia de cuidadores a futuro: en 1950 el promedio de hijos por mujer era de 4.6 y hacia 2003 alcanzaba a sólo 1.9, por debajo del nivel de reemplazo;

b. la incorporación de las mujeres al mercado laboral que origina el aumento de familias donde ambos padres trabajan, y por tanto menor cantidad de mujeres dedicadas exclusivamente al cuidado y al trabajo doméstico. La tasa de actividad refinada femenina que en 1990 alcanzaba a 29,9%, en una estimación conservadora alcanzará a 43,4% en 2010 (CEPAL-CELADE, 2006);

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

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

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

Algunas manifestaciones de esta crisis de cuidado, se aprecian también a nivel subjetivo en ciertos niveles de insatisfacción con las formas de atención en los servicios públicos, sentimientos de stress, altos índices de depresión y de agobio particularmente de las mujeres por su doble jornada e intensidad y desigualdad en el uso del tiempo que se muestran en algunas encuestas (PNUD, 2009).

Entre las estrategias de ajuste para la crisis de cuidados que se deriva de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, se pueden mencionar las siguientes (Durán, 2004): la reducción de objetivos, la delegación, la secuencialización, la derivación hacia el mercado y las instituciones, y el reparto de tareas. La reducción de objetivos afecta tanto a la vida familiar como a la laboral, por ejemplo, se reduce la calidad culinaria y las mujeres limitan su horario de trabajo, lo que impide sus ascensos. La delegación consiste en interrumpir la producción de un servicio para trasladarlo a otra persona o grupo social, como es el caso de las mujeres migrantes que atienden a la reproducción social. La secuencialización consiste en alternar la producción para la familia y para el mercado, de modo que no coincidan en el tiempo. Éste es el tipo de conciliación que buscan los permisos parentales. La derivación hacia el mercado se manifiesta en el aumento de las guarderías, transporte escolar, residencias para familiares ancianos, empleados de hogar, uso intensivo de servicios de alimentación, limpieza y gestión. Pero sólo está al alcance de las familias con suficiente poder adquisitivo. En cuanto a la derivación hacia las instituciones no mercantiles, sólo es posible en la medida en que existan servicios públicos y voluntariado. Finalmente, queda como vía de conciliación el reparto de tareas, reparto que habría de producirse no sólo entre hombres y mujeres, sino entre generaciones.

2. LAS NECESIDADES DE CUIDADO EN CHILE

Actualmente Chile, en comparación con el resto de los países de América Latina, se ubica entre el grupo de los países más avanzados en el proceso de transición demográfica que presentan tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y esperanza de vida superiores a los 78,5 años (junto con Costa Rica y Cuba) por lo que la dinámica poblacional tiende a la reducción de las tasa de crecimiento, de la natalidad y de la mortalidad.

De manera que la población infantil se reduce y aumenta la población adulta mayor. Se estima que la tasa de crecimiento de la población de 65 años y más alcanzará a 33,2% para 2000-2025 en tanto la población menor de 15 años no crecerá (véase cuadro 1). Esta dinámica demográfica genera familias pequeñas, longevidad creciente y cambios en las relaciones entre las generaciones.

De esta forma, las necesidades de cuidado infantil si bien son las mayores en la actualidad ya que la tasa de dependencia de la población de 0-14 años es de 32,5%, en el futuro los cuidados para la población de mayor edad será una necesidad cada vez más creciente.

La pirámide de edad y sexo empieza a reducirse en su base y ensancharse en las edades superiores, especialmente en el caso de las mujeres como se aprecia en el gráfico 1. La tendencia será al envejecimiento acelerado de la población. Hacia el 2050 la población menor de 5 años será menor que la población mayor de 80 años (ver pirámide de población en anexos).

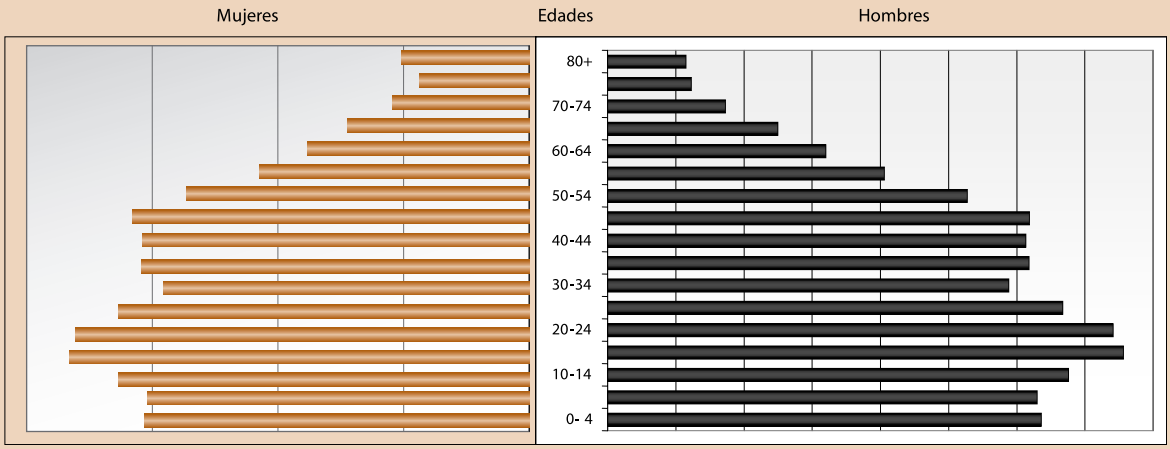
En Chile la población de 65 años y más está aumentando a tasas elevadas. En 2010 representaba el 9% de la población y hacia el 2020 se calcula que alcanzará a casi el 12% de la población. La esperanza de vida en 2010-15 se estima en 79 años: 76,1 años para los hombres y en 82,2 años para las mujeres. Si se examinan las proyecciones de edad de la población mayor de 65 años que en 2010 se estima en algo más de uno y medio millón de habitantes, en 2050 alcanzará a algo más de cuatro millones trescientos mil personas (véase gráfico 2).

Cuadro 1: Chile, 2010: Indicadores demográficos

Grupo de edad	Total
0-14	22,3
15-34	31.8
35-49	21.8
50-64	15.1
65 y más	9.0
Tasa de dependencia	
Total	45.6
0-14	32.5
65 y más	13.1
Tasa de crecimiento 2000-2025	
0-14	0,0
65 y más	33,2
Esperanza de vida 2010-2015	
Total	79,1
Hombres	76,1
Mujeres	82,2

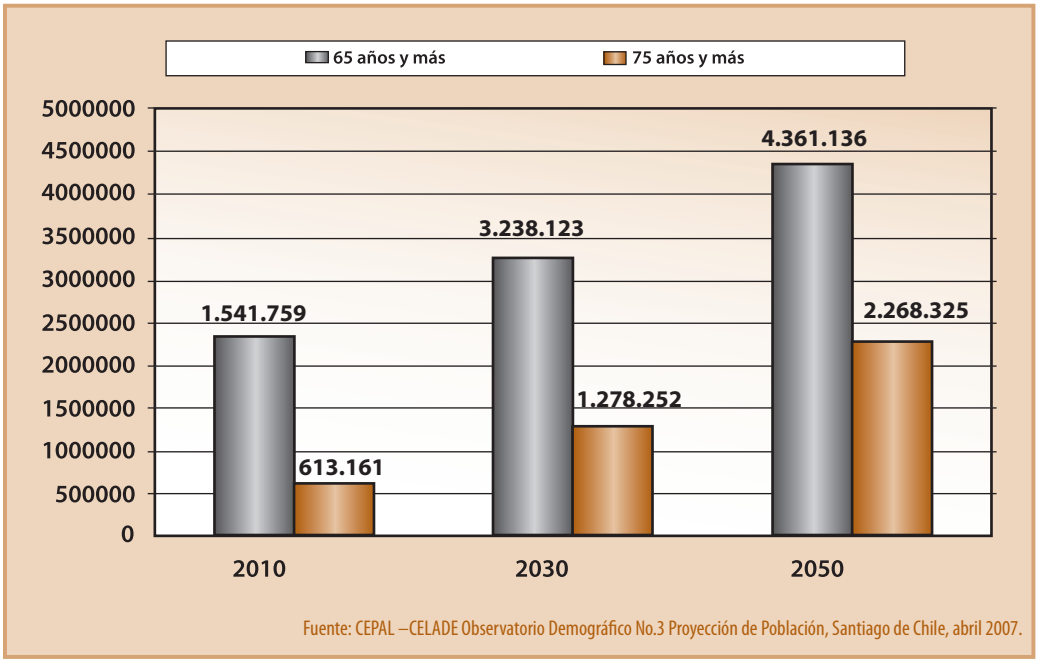
Fuente: CEPAL, Anuario estadístico 2007.

Gráfico 1: Chile 2010 Pirámide por edad y sexo



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

Gráfico 2: Chile: Proyecciones población 65 años y más 2010, 2030, 2050



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

Por otra parte, según el primer estudio nacional de la discapacidad llevada a cabo por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) en 2005, muestra que la población chilena que presenta alguna discapacidad alcanzaba a 2.068.072 chilenos (12.9%) por lo que uno de cada ocho personas vive con discapacidad en Chile, de ellos el 58,2% eran mujeres y el 41,8% hombres. Los tipos variaban en discapacidad leve 7.2% , personas que presentan síntomas o secuelas que les generan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo, la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.; la población con discapacidad moderada 3,2% que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno; y la discapacidad severa, 2,5% personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidiana, requiriendo del apoyo o cuidados continuos de una tercera persona.

Entre las personas discapacitadas el 63% tiene más de 65 años y la tasa de discapacidad entre la población según nivel socioeconómico alcanza a 4.7% en el alto, en el nivel medio a 11.2% y en el nivel socioeconómico bajo alcanza a 20.1%. Es decir, la discapacidad se distribuye de manera muy desigual en la población chilena, de manera que las familias de menores recursos son quienes requieren de más apoyos para cubrir los cuidados de la población discapacitada.

2.1. Demanda potencial de cuidados en Chile 2010

La demanda potencial de cuidados que enfrentará Chile el 2010 se ha calculado sobre la base de la proyección de población para el año 2010 realizada por el INE de Chile y la escala de demanda de Madrid que asigna pesos distintos a los grupos de población según lo que se estima requerirá de cuidados.[1] Los índices de demanda reflejan las características de la estructura de edad de la población chilena en 2010; la ponderación mayor se le atribuye a las necesidades de cuidado para la población muy joven y para la población más envejecida -que se asume requerirán más necesidades de cuidado- y la oferta potencial de cuidadores que incluye tanto la edad como el sexo de quienes potencialmente pueden ofrecer los servicios de cuidado. Los resultados del cuadro 2 muestran los índices de dependencia juvenil y senil.

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

Para el cálculo del índice de dependencia total se ha considerado que toda la población necesita potencialmente de cuidados y se ha considerado que quienes pueden proveer potencialmente este cuidado es la población entre los 15 y los 74 años. El índice de dependencia total es de 1,59 es decir, por cada potencial cuidador (toda la población entre 15 y 74 años) recaen 1,59 personas que deben ser cuidadas. Para el índice de dependencia juvenil, se considera las unidades de demanda de la población menor de 14 años, para el de dependencia senil la población de mayor de los 75 años, en ambos casos sobre el total de potenciales cuidadores. La demanda de cuidado juvenil (población menor de 14 años) alcanza a 0. 59 es obviamente mayor que la demanda senil (población de 75 años y más) que llega a 0.09.

1. La ponderación es la siguiente: la población de 0-4 años y la población mayor de 80 años se estima que necesitará 2 unidades de cuidado, la población de 5 a 14 años y los mayores entre 75 a 80 años se estima en 1.5 unidades de cuidado en tanto la población de 15 a 74 años se estima que requerirá una unidad de cuidado y son además los potenciales cuidadores. En una estimación más fina se distingue los grupos 14 a 19 años y de 65 a 74 años con una ponderación de 1.2 demandas de cuidado.

Cuadro 2: 2010: Unidades de Demanda potencial de cuidadoss

Grupo de edad	Total	Ponderación	Unidades de demanda de cuidado
0-4 años	1.248.325	2	2.496.650,00
5-14 años	2.566.432	1,5	3.849.648,00
15-74 años (potenciales cuidadores)	12.657.357	1	12.657.357,00
75-79 años	295.148	1,5	442.722,00
+80 años	318.013	2	636.026,00
Mujeres			
Demanda potencial total	**17.085.275,00**		**20.082.403,00**
Índice de dependencia (Demanda total/Potenciales cuidadores)	1,59		
Dependencia juvenil (0-14 años /Potenciales cuidadores)	0,50		
Dependencia senil (75 años y más/ Potenciales cuidadores)	0,09		

Elaboración propia sobre proyecciones de edad y sexo de INE-CEPAL

Gráfico 3: Chile: Proyecciones población 65 años y más 2010, 2030, 2050

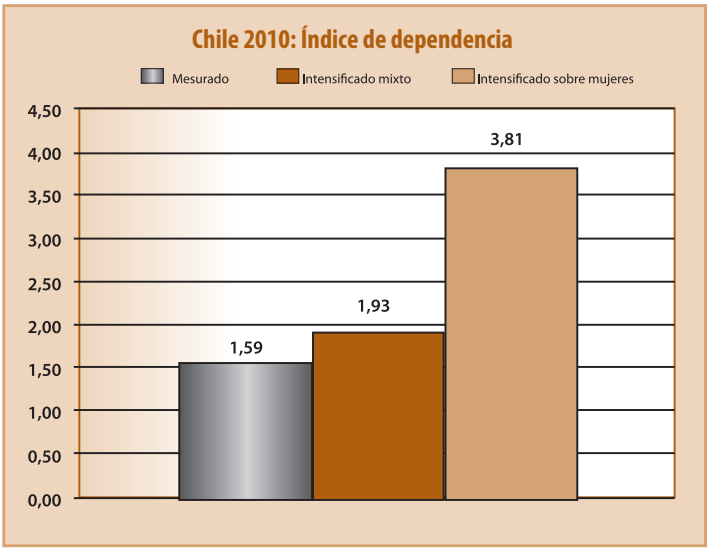
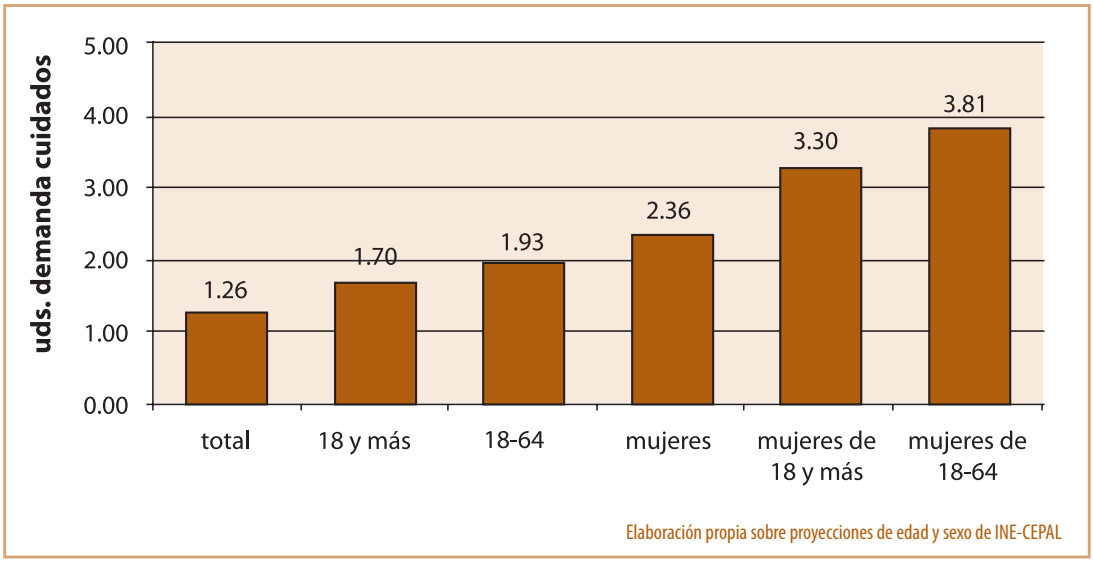


Gráfico 4: índice de dependencia intensificado sobre distintas poblaciones



Elaboración propia sobre proyecciones de edad y sexo de INE-CEPAL

El índice de dependencia intensificado relaciona las necesidades de cuidado con distintos segmentos de la población potencialmente cuidadora. El tramo de población de cuidadores potenciales comienza a los 18 años y se extiende hasta los 64. Las ponderaciones para cada grupo de edad también varían, produciéndose una gradación mayor que en modelo anterior. Además dentro de este índice se obtienen valores diferentes según se tenga en cuenta o no la variable sexo para estimarlo. Dentro del denominado índice mixto se considera que tanto las mujeres como los hombres pueden ser potenciales cuidadores, mientras que en el índice sobre mujeres se considera que son únicamente estas últimas en quienes recaen los cuidados.

Cuando se considera diversos indicadores que refinan esta medición y se calcula el índice sobre los que realmente son cuidadores como es el caso de las mujeres, los índice suben y alcanzan a 3,81 en el caso que todos los dependientes sean cuidados solamente por las mujeres entre 18 y 64 años. Ello significa que cada mujer entre esas edades deberá hacerse cargo de 3,8 unidades de cuidado.

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

3. ¿QUIÉNES CUIDAN EN CHILE?

3.1 La oferta institucional de cuidados

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

3.1.1 Las políticas de conciliación familia-trabajo

El término de conciliación o compatibilización[2] para referirse a las soluciones del conflicto entre familia y empleo que experimentan las mujeres, en tanto madres y trabajadoras.[3] También se ha insistido en la idea de "tensión" entre las demandas de la esfera laboral y familiar, lo que a menudo oculta que las mujeres desempeñan tanto actividades de cuidado como las innumerables actividades que comprenden el trabajo doméstico no remunerado.

Frente a este conflicto las mujeres estarían postergando la maternidad en pos de una mayor estabilidad económica y otros logros en el ámbito laboral. El problema tiene múltiples dimensiones, ya que no es materia sólo de una decisión individual que exprese el cambio de valores y expectativas de las mujeres sino un fenómeno que fue acompañado por la creciente desprotección y debilidad de los servicios de cuidado, consecuencia de la desregulación y flexibilización laboral y la privatización de servicios en el área de la salud y la educación, que con diferentes énfasis, se implementó en Chile durante el período dictatorial (Reca, 2008).

2. Existe cierto debate en torno al concepto de conciliación puesto que en muchos casos es visto como propio sólo de las mujeres, quienes serían las que desarrollarían sus diversas estrategias conciliatorias en condiciones de extrema desigualdad y bajo el supuesto que es su responsabilidad exclusiva. Las escasas iniciativas y debates siguen apuntando a facilitar que las mujeres sigan siendo el factor de ajuste entre los ámbitos familiares y laborales, establecidos como opuestos por el sistema prevaleciente de producción y el de género.

3. No se menciona las tensiones que puedan tener los hombres en tanto padres y trabajadores.

La protección de la maternidad se creó como una forma de resguardar la salud de la madre y el niño o niña por nacer durante sus primeras semanas de vida, aunque no se estableció con el objetivo explícito de conciliar vida laboral y familiar, ha tenido efectos importantes en esa línea (OIT-PNUD, 2009). De hecho esta protección es básicamente la única medida con efectos conciliatorios presente en la legislación laboral de Chile.

La legislación chilena en el Código del Trabajo[4] establece que las trabajadoras tendrán derecho a un descanso de maternidad de seis semanas antes y doce semanas después del parto, en total 18 semanas, que son irrenunciables. Durante ese período, las trabajadoras percibirán un subsidio a cargo del Estado, equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones anteriores. A esto se suma el fuero que señala que durante el período de embarazo y hasta un año después de expirado el descanso de maternidad, la trabajadora no puede ser despedida de su puesto de trabajo.

En cuanto a las horas de lactancia, las trabajadoras tendrán derecho a disponer, de una hora al día para alimentar a sus hijos menores de dos años, durante la jornada, dividiéndolo en dos porciones a solicitud de la interesada o postergando/adelantando la hora de entrada o término de la jornada laboral. Este derecho podrá ser ejercido preferentemente en la sala cuna o donde se encuentre el menor y el tiempo utilizado se considerará trabajado. Además, es un derecho que no podrá ser renunciado y le será aplicable a toda trabajadora que tenga hijos menores de dos años, aun cuando no goce de derecho a sala cuna.

En relación con la provisión de salas cuna y guarderías, la legislación dispone que las empresas que ocupen veinte o más trabajadoras de cualquier edad o estado civil debe tener salas anexas e independientes del local de trabajo, en donde las mujeres puedan dar alimento a sus hijos menores de dos años y dejarlos mientras estén en el trabajo.[5] De no contar con éstas, el empleador designará una sala cuna de entre las que cuenten con la autorización de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, y se entenderá que cumple con esta obligación si paga los gastos de sala cuna directamente al establecimiento al que la mujer trabajadora lleve a sus hijos menores de dos años; también debe pagar el valor de los pasajes por el transporte que deban emplearse para ida y regreso del menor al respectivo establecimiento.

Al trabajador padre se le concede el derecho irrenunciable a un permiso de paternidad pagado de cinco días en caso de nacimiento de un hijo, que podrá utilizar a su elección desde el momento del parto, y en este caso será de días corridos, o distribuirlo dentro del primer mes desde la fecha de nacimiento. Este permiso también se otorgará al trabajador al que se le conceda la adopción de un hijo, a partir de la fecha de la respectiva sentencia definitiva, y es irrenunciable. Si la madre muriera en el parto o durante el período posterior, el permiso de maternidad, el subsidio correspondiente y el fuero maternal serán transferidos al padre. El padre que sea privado judicialmente de la tuición del hijo, perderá estos derechos.

4. Esta información sobre la legislación se ha extraído de Reca (2008)

5. Lamentablemente, este límite ha sido un impedimento para la contratación de mujeres o sólo para la contratación de hasta 19 trabajadoras. El esfuerzo por extender esta medida a TODOS los trabajadores hombres y mujeres sería un gran avance.

Otros permisos parentales se refieren al cuidado de la salud de los hijos. Cuando la salud del niño menor de un año requiera atención en el hogar, que esté debidamente certificada, la madre trabajadora tendrá derecho a permiso con los mismos beneficios del subsidio maternal, y si ambos padres son trabajadores podrá hacerlo cualquiera de los dos a elección de la madre, o el padre cuando la madre hubiere fallecido o él cuente con la tuición legal. También tendrán este beneficio la trabajadora que tenga la tuición legal de un menor de un año, y su cónyuge. En el caso que la salud de un menor de 18 años requiera atención personal de sus padres con motivo de accidente grave o de una enfermedad terminal en su fase final o enfermedad aguda con probable riesgo de muerte, la madre o el padre tendrán permiso a ausentarse por un equivalente a 10 jornadas al año, y los días no trabajados deberán ser repuestos.

Existen además, otras prestaciones relativas a la maternidad/paternidad. Así, la trabajadora que tenga enfermedad provocada por el embarazo o el parto, puede beneficiarse de descansos suplementarios recibiendo un subsidio equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones que percibía.

También se hace extensivo el derecho a licencia para la trabajadora o trabajador que tenga la tuición legal de un niño de edad inferior a 6 meses como medida de protección, tendrá el derecho a permiso y percibirá el subsidio correspondiente hasta por doce semanas.

Asimismo, durante el período de embarazo, la trabajadora ocupada habitualmente en trabajos considerados por la autoridad como perjudiciales para su salud (levantar, arrastrar, empujar; hacer esfuerzo físico y/o permanecer de pie largo tiempo; horario nocturno; horas extraordinarias de trabajo; cualquier otro declarado inconveniente por la autoridad), deberá ser trasladada, sin reducción de sus remuneraciones, a otro trabajo que no sea perjudicial para su estado.

Lamentablemente estas garantías sólo se aplican a los trabajadores formales, en Chile, en 2006 según cálculos de la CEPAL, un 30% de la población trabajaba en sectores de baja productividad, en el caso de las mujeres, esta cifra se eleva hasta un 38%, quienes no tienen acceso a estas prestaciones. Asimismo, en ocasiones para las trabajadoras formales no se cumple la normativa existente y existe, en otros casos, un subregistro de los trabajadores, situaciones que no han podido ser resueltas adecuadamente por la Inspección del Trabajo, dependiente del Ministerio del Trabajo, dada la limitación de recursos técnicos y financieros para la supervisión.

3.1.2 La reforma del sistema de salud

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

o las aseguradoras privadas. Inclusive, se puede apreciar que la mayor cobertura en cualquiera modalidad de protección de la salud (pública o privada), se registra en los quintiles de menores recursos.

El Plan Auge de Salud

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

El Plan Auge es el instrumento que el Ministerio de Salud de Chile ha diseñado para garantizar la atención de los problemas de salud que causan más muertes, con tiempos de espera definidos por ley, co-pagos que protegen financieramente a las familias y estándares de calidad homogéneos, independientes del nivel de ingreso de las personas. Consiste básicamente en explicitar un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda la población.

Para las patologías se estableció un protocolo de atención, donde se especifican el tratamiento requerido y los respectivos costos. En una primera etapa se inicia con 25 patologías o problemas de salud, pero el objetivo es llegar a entregar cobertura respecto de las 56 patologías de salud más frecuentes en 2007, las que llegarán a 80 en 2010, es decir, aquellas consideradas de mayor relevancia e impacto en las posibilidades y calidad de vida de la población chilena.

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

La autoridad de salud dio prioridad a algunas enfermedades, tanto para los beneficiarios de salud previsional privada (ISAPRES) como público del Fondo Nacional de Salud (FONASA). En esta lista se incluyeron problemas de salud frecuentes, graves y factibles de tratar, que causan más muertes y discapacidades en Chile, además de problemas económicos para financiarlos en las familias de quienes los padecen. Otro aspecto importante considerado son problemas de salud que si son pesquisados y tratados a tiempo, presentan una alta tasa de

mejoría de las personas. De este modo el Plan Auge beneficia a todas las personas independientemente si son cotizantes en el sistema público o en el privado, y los que no son cotizantes se benefician del aporte estatal.

Según la información de proporcionada por la CASEN 2006, en cuanto al Plan Auge, 726.475 personas declararon a fines del 2006, que en el último año recibieron una atención ambulatoria de una de las diez enfermedades cubiertas por el AUGE14 y de ellos, el 64.2% fue cubierta por el AUGE. También se puede señalar que el uso del Plan AUGE ha sido usado principalmente por los tres quintiles más pobres de la población.

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

Sin embargo, aun cuando la mejora en la cobertura de salud básica permite que todos tengan acceso a hospitalización y cuidados médicos (incluyendo población más pobre, personas migrantes) los avances médicos y tecnológicos junto con una nueva concepción de eficiencia de la gestión hospitalaria han provocado una reducción del tiempo de hospitalización y una derivación de cuidados hacia el hogar que plantea serias dificultades para algunas familias pobres y migrantes para proveer de esos cuidados. Así, se sostiene que el modelo de atención que se define en la reforma de salud que articula los sistemas institucionales de salud y doméstico /comunitario continúa descansando en el papel mediador de las mujeres (Provoste y Berlagovscky, 2002).

3.1.3 La oferta de cuidado para adultos mayores

La ampliación de la oferta de cuidado de los adultos mayores proviene principalmente del aumento de los recursos monetarios para la población más pobre que se ha logrado por medio de la reforma previsional.

En el marco de la reforma del sistema provisional se ha aprobado un pilar solidario[6] que, entre otras medidas incluye (i) garantizar una prestación mínima de carácter universal para todos aquellos adultos mayores que cubre inicialmente al 40% pero que se ampliará al 60 % más pobre de los hogares el año 2012; (ii) mejorar el nivel básico de prestación en forma proporcional al esfuerzo de ahorro que realiza cada afiliado, independientemente del tiempo de cotización; (iii) otorgar subsidios a la maternidad; (iv) no fija períodos mensuales de cotizaciones; (v) facilitar los lugares de pagos; (vi) permitir convenios de filiación colectiva;[7] (vii) mantener la portabilidad de derechos y obligaciones. Con fines presupuestarios y de equidad, la

6. La Ley Nro. 20.255 Reforma Previsional.

7. El Convenios de Asociación colectiva consiste en un beneficio tributario que se refiere al plan donde el trabajador elige poner sus aportes ya que se le exime de impuestos al momento de aporte o retiro. Puede hacerlo al momento de aportar los recursos al Plan. Esto implica que los aportes se descontaran de la base imponible para el cálculo del impuesto a la renta. Como contrapartida se pagará impuesto al momento del retiro en base al impuesto único que actualmente lo afecta: puede no hacer uso del beneficio tributario al momento del aporte de ahorro voluntario y solo tributar por la rentabilidad de dichos recursos al momento del retiro de los fondos, en forma equivalente al tratamiento tributario que se aplica a la cuenta de ahorro voluntario (cuenta 2)

prestación se garantiza para el 40 por ciento más pobre de la población. Por ello, el pilar se define por la entrega de una pensión básica solidaria, y no una pensión básica universal (Uthoff , 2008).

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

Entre los aspectos que benefician en mayor medida a los adultos mayores se cuenta la pensión básica solidaria de vejez ($75.000 pesos chilenos aproximadamente US$125 mensuales) que se otorga a la población mayor de 65 años del 40% más pobre, así como la pensión por invalidez (véase cuadro 3).

Cuadro 3: Chile 2008 y 2009: Número de Pensiones Básicas Solidarias pagadas según tipo de pensión y sexo de los beneficiarios

	Hombres	Mujeres	% M	Total	Hombres	Mujeres	% M	Total	Hombres	Mujeres	% M	Total
2008	108.165	221.382	67	329.547	84.560	108.958	56	193.518	192.725	330.340	63	523.065
2009	117.430	267.244	69	384.674	87678	206.349	70	294.027	205108	473.593	69	678.701

Fuente: Superintendencia de Pensiones, www.safp.cl

La información que provee la Superintendencia de Pensiones muestra entre septiembre de 2008 y septiembre de 2009 el crecimiento del total de pensiones, tanto de las pensiones de vejez como de invalidez, donde la proporción de mujeres beneficiadas ha crecido notablemente según estos últimos datos disponibles.

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

Asimismo, a partir de la Reforma Previsional el Estado hace un aporte a la mujer por cada hijo nacido vivo o adoptado, el cual se otorgará a los 65 años de edad y permitirá aumentar el monto de su pensión. Equivale al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales correspondientes al mes de nacimiento del hijo y se comenzará a entregar a las mujeres que se pensionen a partir de julio de 2009. Esta bonificación se otorgará por los hijos

nacidos antes de julio de 2009 como por los nacidos con posterioridad a esa fecha. Requisitos a cumplir: que la mujer se pensione después de julio de 2009, haber cumplido 65 años de edad y encontrarse en alguna de las siguientes situaciones: a) estar afiliada al sistema de pensiones, b) ser beneficiaria de una Pensión Básica Solidaria de Vejez, c) sin estar afiliada a un régimen previsional, percibir una pensión de sobrevivencia y acreditar un mínimo de 20 años de residencia en Chile y al menos 4 de los últimos 5 años anteriores a la solicitud del beneficio (Ministerio del Trabajo y Previsión Social, www.reformaprevisional.cl).

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

- **El Programa Vínculos forma parte del Sistema de Protección Social Chile Solidario,** es ejecutado conjuntamente entre el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), su objetivo es asegurar que las personas mayores de 65 años, en condiciones de vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, accedan en forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades, y estén integradas a la red comunitaria de protección social. El año 2007 se dirigió a una población de 4 mil adultos mayores de 65 años (que alcanzaría a cubrir a 0,5% de las personas mayores de 65 años de 2007) de hogares unipersonales en condiciones de pobreza y desvinculación social. Entre el año 2007 y 2008, fueron 4.004 las personas mayores de 65 años que resultaron beneficiadas con este Programa, en 42 comunas del país. A mediados del año 2008, se sumaron 86 comunas, alcanzado a beneficiar a 8.536 mayores más. En tanto para el año 2009, se incorporaron cerca de 9.000 nuevos beneficiarios (que correspondería al 0.6% de la población mayor de 65 años).
- **Fondo Nacional del Adulto Mayor** financia proyectos concursables orientados a fortalecer la identidad, el ejercicio de nuevos roles, la autonomía y pertenencia en los territorios de todas las regiones del país. Desde sus comienzos en el año 2004, este Fondo ha ampliado sus líneas de acción llegando al año 2008 a abarcar proyectos de distintos tipos: acciones de voluntariado y servicio a la comunidad; actividades productivas; taller de educación o capacitación; talleres de vida saludable, desarrollo personal, trabajo corporal y/o actividad física; habilitación y/o equipamiento de sede; recreación y turismo, entre otros. Los montos solicitados por las organizaciones varían según las características y el tipo de proyecto. Durante el 2008, los montos oscilaron entre $300.000 (US$ 500 aprox.) y los $5.000.000 de pesos (US$ 8300 aprox.).
- **Programa de intervenciones innovadoras para el adulto mayor** que promueve la innovación, en la atención local al adulto mayor y la profesionalización de la gestión municipal destinada al trabajo en beneficio de las personas mayores. El programa contempla cuatro líneas de trabajo: 1. La puesta en marcha de planes de trabajo anuales construidos por los Municipios con la participación de las personas mayores organizadas. 2. La construcción o implementación de espacios físicos, denominados Centros Integrales de Mayores, para canalizar servicios para las personas mayores y generar un lugar de encuentro entre el Municipio y las entidades que representan a los mayores (uniones comunales, clubes de adultos mayores y personas mayores no organizadas). 3. El equipamiento de dichos Centros y 4. La capacitación de los encargados de los programas municipales para el adulto mayor con la implementación de diplomados on line, realización de seminarios y encuentros.

- **Programa de vivienda protegida para mayores "Derecho a Techo",** este programa que recién se está ejecutando en conjunto por el Ministerio de Vivienda (MINVU) y el SENAMA, busca proporcionar vivienda digna y mejoramiento de las viviendas a las personas mayores en situación de vulnerabilidad a fin de promover su independencia y autonomía. El programa consiste en la administración y entrega de soluciones habitacionales sin titularidad de dominio (sólo derecho de uso) a personas mayores autovalentes, semivalentes y postradas, que incluye viviendas nuevas o usadas, individuales o colectivas, y que podrán ser administradas por entidades operadoras acreditadas por SENAMA (municipios o entidades especializadas en atención de personas mayores). Para el año 2008 MINVU y SENAMA definieron desarrollar un Piloto en 6 regiones, para lo cual MINVU destinó 306.000 UF (ChM$6.500.000 US$ 10,8 millones aprox.) para construir. A efectos de llevar a cabo este Piloto, los Servicios de Vivienda y Urbanismo de las 6 regiones se encuentran en proceso de licitaciones del diseño y ejecución así como la adquisición de los terrenos para comenzar a construir en el primer semestre de 2009. La inversión de MINVU para construir dichos proyectos es de aproximadamente $8.600.000.000 (US$ 14,3 millones aprox.).
- **Programa Asesores Seniors,** surgió como experiencia piloto en el año 2003, el programa consiste en que personas mayores voluntarias, que brindan apoyo escolar a niños y niñas que cursan entre 1° y 8° año de educación básica, pertenecientes a familias insertas en el Programa Puente (dirigido a la extrema pobreza). Este apoyo escolar se realiza una vez por semana en la vivienda de los niños/as. El objetivo central de esta iniciativa es contribuir a la integración social de personas mayores -preferentemente docentes- mediante la transmisión de su experiencia sociolaboral. Asimismo, busca fomentar nuevos roles para las personas mayores y traspasar experiencias a las nuevas generaciones, promoviendo las relaciones intergeneracionales. Los estudiantes participantes por su parte, mejoran su rendimiento escolar y refuerzan su autonomía, fomentando hábitos de estudio e involucrando a sus familias en el proceso educacional.
- Programa Fono mayor es un servicio social, gratuito y a nivel nacional, que se encarga de atender, acoger, orientar y entregar información al público en general en materias propias del servicio y sobre vejez y envejecimiento.
- **Programa escuelas de formación** para dirigentes de organizaciones de mayores es un programa de formación de líderes mayores, centrada en el desarrollo de competencias de los dirigentes y en el acceso a información clave. Su objetivo principal es ampliar y promover el acceso de las personas mayores a la información respecto de la oferta pública nacional y regional existente. El Programa se desarrolla en 2 líneas básicas: información sobre derechos, oferta pública y estimular la participación de nuevos dirigentes (regional y provincial en las 15 regiones del país por medio de asambleas, que constituyen espacios de encuentro y participación a través del diálogo; y los Consejos Asesores Regionales de Mayores: organismos asesores del Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, formalizados a través del decreto presidencial de 2008.
- **Programa de turismo social para personas mayores,** para fomentar la participación de las personas mayores en situación de vulnerabilidad, garantizando el acceso a servicios de turismo y recreación. Este programa contempla viajes por un día, para personas mayores, lo que les permite visitar lugares de interés turístico y cultural.

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

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

Asimismo, existe un gran déficit de oferta de recursos humanos para la atención en salud, se estimaba en 2006 un promedio de 779 habitantes por médico colegiado[8] y esa proporción es notablemente menor en el caso de la salud especializada del adulto mayor, según un estudio del BID, en Chile hay solo siete geriatras formados: uno por cada 227.000 adultos de 60 años y más, correspondientes al 0,04% del cuerpo médico nacional, también solo existen 6 médicos psiquiatras que atienden ancianos (Engler y Peláez, 2002). Según informaciones recientes, en 2009 se cuenta con 27 geriatras registrados, sin embargo, se estima que la demanda de geriatras alcanza a 300 para una población que en 2030 alcanzará a más de tres millones de adultos mayores. La misma situación crítica se aprecia en relación con el personal universitario de enfermería y auxiliares especializados en geriatría. La oferta de servicios de cuidado domiciliario para personas de edad se realiza sin que existan normas de certificación y acreditación para ello.

Información reciente indica que en Chile en 2009 existen 533 hogares de ancianos[9] reconocidos, los que no alcanza a cubrir la demanda existente, déficit que promueve la creación de una diversidad de hogares clandestinos sin certificación que funcionan en el país y que han sido denunciados en la prensa. Como ejemplo se puede indicar que en el caso de los adultos mayores, se estima que actualmente habría 26.854 adultos mayores institucionalizados, en 1.668 residencias de ancianos. De éstas, 624 corresponden a residencias colectivas informales y 1.044 a residencias colectivas formales. Estas últimas son dependientes de instituciones tales como Hogar de Cristo, Fundación Las Rosas, CONAPRAN, hogares de colonias extranjeras, entre otros.

La información proporcionada por una de esas instituciones -Fundación Las Rosas, organismo privado dependiente de la Iglesia Católica- indica que en la actualidad mantiene 40 hogares, donde viven 2.400 adultos

8. Datos de CEPAL Anuario estadístico 2008 sobre la base de datos del Ministerio de Salud.
9. Información proporcionada en entrevista de televisión por la Ministra del SERNAM, el 8 de marzo de 2009.

mayores. El 38% de ellos son postrados, un 23% es semivalente, y el 39% restante es autovalente. Un indicador importante de falta de cumplimiento de los derechos a ser cuidados de los adultos mayores se manifiesta en que a la Fundación Las Rosas llegan 180 peticiones de ingreso mensuales y sólo hay 30 vacantes. En el caso de los adultos mayores se estima que existe un 37% de hogares informales que no tienen garantía del nivel de calidad de la atención, ni cuentan con supervisión.

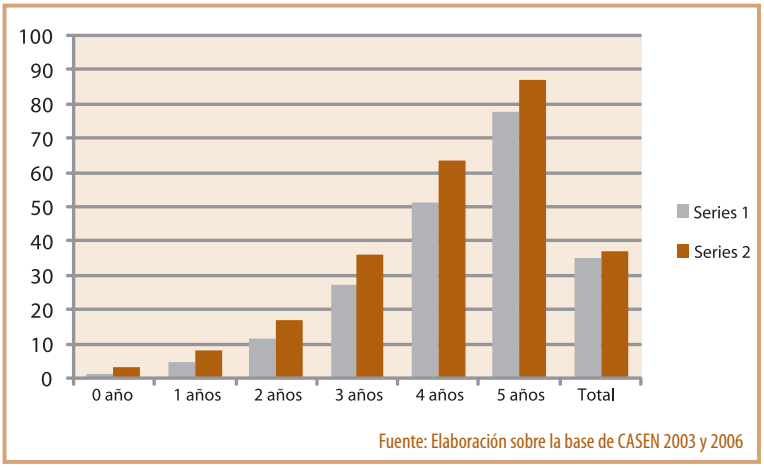
3.1.4 El cuidado de los menores

Según la encuesta CASEN de 2006, la oferta de cuidado infantil era insuficiente y de baja calidad, y afectaba al 80% de las mujeres chilenas, así, una de cada tres chilenas entre 30 y 39 años reportaba no buscar trabajo porque no tenía con quién dejar a sus hijas/os. Frente a esa realidad se han desarrollado diversas iniciativas y actualmente, Chile se encuentra entre los países de América Latina con mayor inversión y oferta pública de servicios sociales para los menores.

En general se puede señalar que la cobertura de la educación parvularia entre las edades de 0 y 5 años se incrementa de manera constante a través de la década de los noventa, ya que en 1990 esta cobertura alcanzaba a sólo 20, 9% y en 2006 alcanza a un 37,5 % del total de la población de esa edad. Si bien la cobertura educativa para la población de menores de seis años continuó en aumento entre 2003 y 2006, persiste un importante déficit entre los menores de 3 años. Tan solo a partir de los 4 años la cobertura alcanza a algo más de la mitad de los niños y niñas en esa edad (véase gráfico 5).

Asimismo, la cobertura es diferencial según grupos de ingreso, la cifras entre 1990 y 2006 muestran que los quintiles más pobres en todos los años tienen una menor cobertura de educación pre-escolar y que los aumentos de cobertura beneficiaron al grupo intermedio más que a los grupos más pobres. El 20% de hogares de más altos ingresos tienen durante el período la mejor cobertura para la educación preescolar (véase cuadro 4).

Gráfico 5: Chile 2003-2006: Cobertura de la educación preescolar por edades simples



Fuente: Elaboración sobre la base de CASEN 2003 y 2006

Cuadro 4: Chile 1990-2006: Cobertura de Educación Preescolar según quintiles de ingreso

Quintil de ingreso autónomo	1990	1996	2003	2006	Dif. 2006-1990	2006 Población que no asiste
I	12,4	16,6	25,4	32,2	19,9	46,3
II	12,7	20,3	28,4	34,1	21,4	40,6
III	15,4	23,4	30,2	38,4	23,0	33,1
IV	21,4	30,7	31,2	41,1	19,7	33,8
V	27,2	43,1	43,3	47,4	20,2	40.9
Total	15,9	23,7	29,9	36,9	21,0	39,5
Dif. V-1	14,8	26,5	17,9	15,1		

Fuente: Informe Educación. Casen 2006.

La posibilidad de contar con salas cunas y jardines infantiles gratuitos hasta los 6 años de edad es sumamente valorado por las trabajadoras dado que les permite conciliar más fácilmente las responsabilidades domésticas y laborales, hasta que niños y niñas tiene edad escolar y las opciones y servicios se amplían.

Frente a esta carencias y en el marco de las políticas de protección social implementadas por el actual gobierno, orientadas a promover la igualdad de derechos y oportunidades y disminuir las desigualdades socioeconómicas, en 2006 se creó el Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia *Chile Crece Contigo* (MIDEPLAN, 2008). Es un sistema integrado de intervenciones y prestaciones sociales que tienen como misión apoyar integralmente a los niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta su ingreso al sistema escolar a los 4 años, entregándoles las herramientas necesarias para que desarrollen al máximo sus potencialidades.

El sistema nace a partir de las propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia, el cual, en su diagnóstico de la situación del país, llamó la atención al hecho de que Chile posee una de las tasas más bajas de participación laboral de la mujer en América Latina, especialmente entre las mujeres pertenecientes a hogares de menores ingresos. Se planteó la importancia de asumir las funciones de cuidado y educación de los niños y niñas como responsabilidad social y materia de política pública, con el fin de apoyar a las familias a conciliar sus esfuerzos por mejorar las condiciones de vida familiares y asegurar una adecuada crianza y educación de sus niños y niñas

En esta perspectiva, uno de los ejes centrales del programa es la creación de salas cuna, a fin de apoyar el desarrollo cognitivo y emocional de los niños y niñas, pero también a sus familias, impulsando la inserción laboral de las madres. El programa está dirigido al 40% de la población más vulnerable, para el cual la participación laboral femenina es una herramienta esencial para el desarrollo y progreso familiar, y que generalmente no tiene acceso a servicios ofrecidos por el mercado, siendo esta una de las principales razones que explican la menor tasa de participación laboral femenina entre esta población. Otro grupo objetivo son las madres que estudian,

debido a que una de las principales causas de abandono escolar por parte de las madres adolescentes es que no tienen con quien dejar a su hijo/a.

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

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

El cumplimiento de la Meta Presidencial en 2007, significó que en dos años se triplicó la oferta de salas cuna para los quintiles I y II de menores ingresos, ello se expresa en la actualidad en que las familias cuentan con más y mejores oportunidades para acceder al mundo del trabajo, a la capacitación y a la cultura y para estar mejor preparadas para acompañar a sus hijos e hijas en su desarrollo.

El Programa de Ampliación de Cobertura para Primer nivel de Transición (4 años) fue establecido el año 2001, cuando existía una cobertura nacional en este nivel, de un 14%. El gobierno se ha comprometido la incorporación de 180 mil niños y niñas al primer nivel de transición al año 2010. Para lograr la meta presidencial, es necesario incorporar al sistema educativo a aproximadamente un 37% de los niños y niñas de 4 años que no cuentan actualmente con atención educativa. Esto significa que alrededor de 83.000 niños/as puede ser incorporado al sistema educacional.

Para lograr la meta 2010, según el Ministerio de Educación (MINEDUC) se ha establecido una tasa de aumento gradual de la matrícula en establecimientos subvencionados, correspondiente a 20.000 niños/as por año y así, para el año 2008, se estima una matrícula de 133.412 niños/as en Primer Nivel de Transición en establecimientos subvencionados por MINEDUC (www.mideplan.cl).

El primer año, el Programa se organizó con la asignación de 30.000 cupos en todo el país, siendo éstos asignados según criterios de priorización hacia la población más vulnerable. La cantidad de cupos se ha incrementado gradualmente cada año, hasta llegar a contar, el año 2007 con recursos que permiten ofrecer este nivel educativo, dentro del sistema subvencionado, en forma universal, es decir, hacerlo accesible a toda la población de 4 años.

Si bien la cobertura de educación preescolar neta se ha incrementado en los últimos 16 años, y la brecha ha ido disminuyendo entre el quintil más pobre y el más rico, persisten desafíos en materia de cobertura. Hasta el momento, no se cuenta con evaluaciones acerca de uso y calidad de estas salas cuna ya que se ha detectado una menor demanda de salas cunas de la esperada, dada ciertas resistencias culturales a su uso por las madres que ven en ello una pérdida de la tarea considerada como fundamental que es criar a sus hijos en sus hogares. Sin embargo, es preciso reconocer que la oferta estatal de servicios para la educación pre-escolar ha reducido la brecha de cobertura entre hogares más pobres y más ricos.

3.2 La oferta de cuidado privada

3.2.1 La oferta de cuidado no remunerado en los hogares

La principal forma de satisfacción de las necesidades de cuidado en Chile se realiza mediante el trabajo no remunerado realizado por las mujeres en sus hogares. La distribución del trabajo remunerado y no remunerado de Chile en 2007[10] es muy desigual por género. Si se considera la carga total del trabajo, las mujeres chilenas que viven en la región metropolitana de Santiago realizan una proporción mayor de actividades remuneradas y no remuneradas que los varones (véanse cuadros 5, 6 y 7 y gráfico 6). Asimismo, en términos de horas, los hombres destinan en total 11,8 horas al trabajo remunerado y no remunerado, en tanto las mujeres destinan 12,6 horas diarias. Las mujeres realizan el 63% del total de las tareas del hogar y el 78,8% del cuidado de las personas en el hogar.

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

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

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

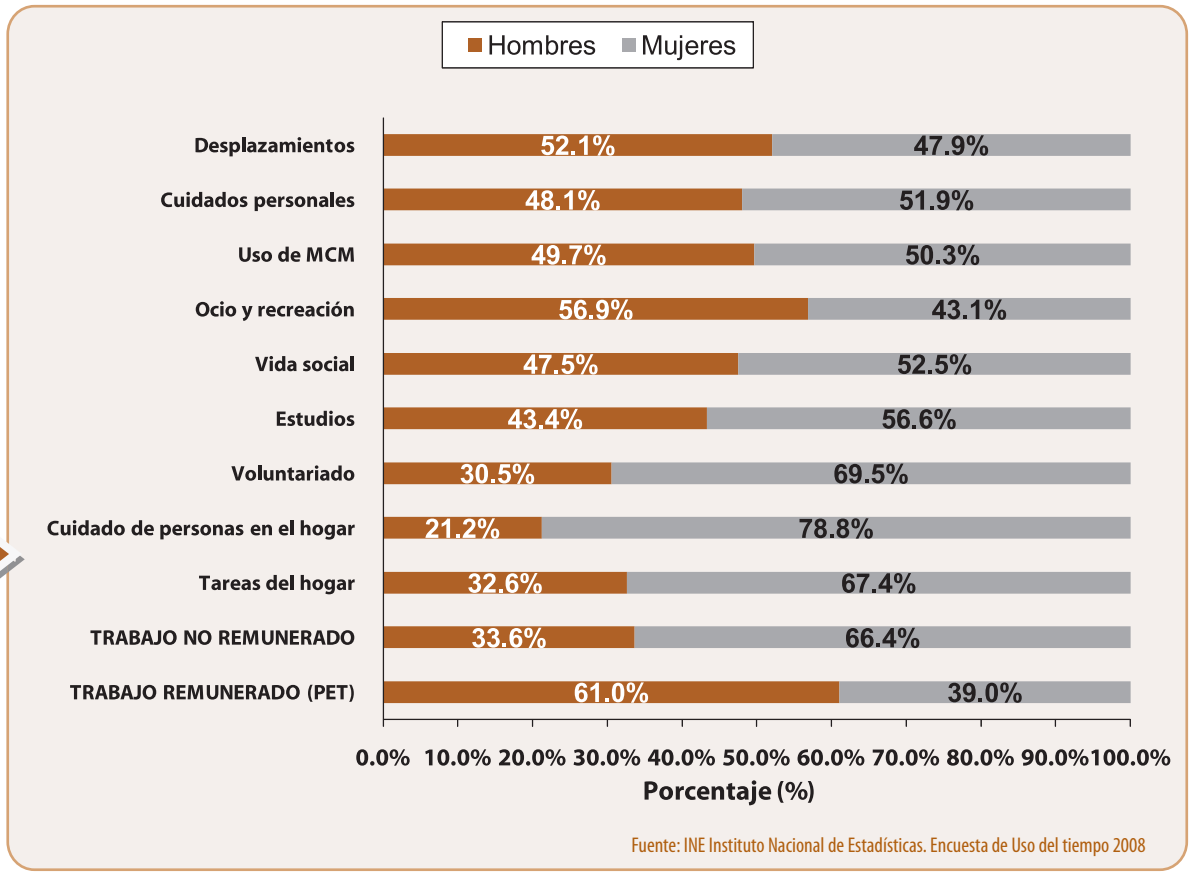
Las actividades realizadas por los hombres son principalmente las compras para el hogar, tarea a la que destinan alrededor de dos horas, en cambio aquellas actividades de trabajo más continuas para el cuida-

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

do de los integrantes del hogar destinan sólo 1,5 horas, las que se reducen a 1,3 horas los fines de semana. La participación de las mujeres en el trabajo doméstico y de cuidado se intensifica durante los fines de semana y su participación alcanza a 84,6% los sábados y los domingos.
Si se analiza los grupos de edad no se aprecian grandes diferencias entre los sexos en la magnitud de tiempo destinada al trabajo remunerado a los largo de la vida, con la excepción del grupo más joven y mayor que muestra una menor participación laboral. La menor participación económica se encuentra en la población mayor de 60 años tanto hombres como mujeres.

En cambio, cuando se observan los niveles de participación en el trabajo doméstico y de cuidado de hombres y mujeres a los largo de su ciclo vital se observan importantes diferencias: la participación masculina no varía en el tiempo en cambio, la femenina tiene un máximo en el grupo de edad de 30 a 44 años (época de crianza) y luego entre las mayores de 60 años, posiblemente puede tratarse de abuelas que cuidan (véase cuadro 8).

Gráfico 6: Gran Santiago (2007) Distribución de la participación en grandes grupos de actividades principales por sexo



Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2008

Cuadro 5: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales remuneradas y no remuneradas por sexo

TOTAL

	Hombres			Mujeres			Ambos sexos				
2008	% Partic.	Total	Hrs.	% Partic.	Personas	Hrs.	% Partic.	Personas	Hrs.	Relación (H / Total)*100	Relación (M / Total)*100
TRABAJO REMUNERADO (PET)	53,4	1.181.036	9,0	31,8	754.021	7,8	42,2	1.935.057	8,6	61,0%	39,0%
TRABAJO NO REMUNERADO	44,5	1.038.197	2,8	81,2	2.048.568	4,8	63,6	3.086.765	4,1	33,6%	66,4%
Tareas del hogar	40,7	949.317	2,6	77,8	1.963.999	3,9	60,0	2.913.316	3,5	32,6%	67,4%
Cuidado de personas en el hogar	9,2	215.572	1,5	31,8	801.443	2,6	20,9	1.017.015	2,4	21,2%	78,8%
Voluntariado	1,7	39.412	1,8	3,6	89.652	2,1	2,7	129.064	2,0	30,5%	69,5%
Estudios	9,5	222.811	6,6	11,5	290.914	6,4	10,6	513.725	6,5	43,4%	56,6%
Vida social	42,3	987.350	2,8	43,2	1.090.499	2,8	42,8	2.077.849	2,8	47,5%	52,5%
Ocio y recreación	25,4	591.924	2,7	17,8	448.923	2,6	21,4	1.040.847	2,7	56,9%	43,1%
Uso de MCM	72,3	1.688.170	3,1	67,8	1.710.884	2,8	70,0	3.399.054	3,0	49,7%	50,3%
Cuidados personales	100,0	2.334.100	11,6	100,0	2.522.801	12,1	100,0	4.856.901	11,9	48,1%	51,9%
Desplazamientos	75,1	1.752.067	2,1	64,0	1.614.043	2,0	69,3	3.366.110	2,1	52,1%	47,9%

INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2008.

Cuadro 6: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales domésticas y de cuidado por sexo

ACTIVIDADES	TOTAL					
	General		Lunes a viernes		Sábado y domingo	
	Hombres Participación	Mujeres Participación	Hombres Participación	Mujeres Participación	Hombres Participación	Mujeres Participación
TAREAS DOMÉSTICAS EN EL HOGAR	**40,7**	**77,8**	**34,9**	**76,1**	**52,8**	**81,9**
Preparación de alimentos y afines	11,0	51,0	9,4	51,0	14,6	51,1
Cuidado de ropa	1,5	18,5	1,4	18,2	1,8	19,2
Hacer el aseo	19,2	60,9	16,8	60,1	24,4	62,9
Administración del hogar	2,9	2,7	3,4	3,6	2,0	0,6
Realizar compras para el hogar	18,6	32,9	12,7	29,6	31,1	40,6
Reparaciones y mantenciones en el hogar	7,2	1,8	6,3	1,8	9,0	1,9
Cuidado de mascotas	1,0	3,1	1,0	3,2	0,9	2,7
CUIDADO DE MIEMBROS DEL HOGAR	**9,2**	**31,8**	**9,2**	**35,9**	**4,4**	**9,7**
Cuidado de bebés	2,8	10,8	2,5	12,5	3,4	7,0
Cuidado de menores	4,2	20,3	4,5	23,7	3,5	12,3
Cuidado de adultos	2,5	6,8	2,5	8,7	2,6	2,6
Cuidado de ancianos	0,6	2,1	1,5	3,1	0,2	2,3
TOTAL TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO	**44,1**	**80,8**	**38,7**	**79,2**	**55,5**	**84,6**
ACTIVIDADES DE VOLUNTARIADO	1,7	3,6	1,5	3,1	2,1	4,6
TOTAL TRABAJO NO REMUNERADO	**44,5**	**81,2**	**39,2**	**79,6**	**55,7**	**84,8**

Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2008.

Cuadro 7: Chile, Región Metropolitana, 2007: Actividades principales domésticas y de cuidado por sexo

TIEMPO PROMEDIO DIARIO Y TASA DE PARTICIPACIÓN EN TAREAS DOMÉSTICAS NO REMUNERADAS EN EL HOGAR COMO ACTIVIDAD PRINCIPAL						
Grupos de eddadd	Hombres		Mujeres		Total	
	% Participación	Tiempo	% Participación	Tiempo	% Participación	Tiempo
12 – 17	42,85	2,0	62,93	2,2	53,46	2,1
18 – 29	39,00	2,6	70,81	2,9	54,21	2,8
30 – 44	39,77	2,8	85,49	4,5	63,80	4,0
45 – 59	43,26	2,9	77,58	4,5	61,31	4,0
60 y +	40,04	2,7	84,58	4,0	64,46	3,7
TOTAL	40,67	2,6	77,85	3,9	59,98	3,5

Fuente: INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2008.

3.2.2 La oferta de cuidado remunerado en los hogares

A. Las trabajadoras del hogar

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

El trabajo doméstico remunerado en Chile es regulado por el Código del Trabajo que estipula que para efectos legales, son trabajadores de casa particular quienes se dedican en forma personal, continua y en jornada completa o parcial al servicio de una o más personas naturales o de una familia, en trabajos de aseo y asistencia propios o inherentes al hogar. Se indica que la obligatoriedad de firmar un contrato de trabajo se da cuando la labor desempeñada es continua, constante y bajo subordinación y dependencia. La norma anterior se aplica tanto si vive en la misma casa o presta sus servicios en jornada parcial o algunos días de la semana. La no escrituración del contrato implica una multa por parte de la Dirección del Trabajo. Sin embargo, las dos primeras semanas de trabajo pueden constituir un período de prueba, que puede terminar a voluntad de cualquiera de las partes, previo aviso con al menos tres días de anticipación. Es importante que el contrato incluya que se trata de una trabajadora de casa particular, cuáles son las

tareas que desempeñará, si vivirá en la casa del empleador o no, la duración del vínculo, la extensión de la jornada de trabajo, la remuneración imponible, el día de descanso y cualquier otro beneficio adicional. La remuneración -que se fija de común acuerdo- no puede ser inferior al 75% del salario mínimo general. Si desempeña sus labores en jornada parcial o sólo algunos días, se calcula proporcionalmente.

Cuadro 8: Chile: Legislación relativa al trabajo doméstico de casa particular

Definición del trabajo	Trabajadores de casa particular: las personas naturales que se dedican en forma continua, a jornada completa o parcial, al servicio de una o más personas naturales o de una familia, en trabajos de aseo y asistencia propios o inherentes al hogar.
Contrato de trabajo	Contrato escrito obligatorio e Inscripción no obligatoria.
Preaviso de despido	30 días, sustituible por la indemnización correspondiente
Indemnizaciones	Derecho a una indemnización a todo evento, financiada con aporte del empleador (4,11% de la remuneración mensual imponible). La obligación de efectuar este aporte tiene una duración de 11 años en relación con cada trabajador. Causal de despido especial: enfermedad contagiosa, clínicamente calificada de una de las partes o de las personas que habiten la casa, la cual da derecho a la otra parte para poner término al contrato.
Remuneraciones	Derecho al pago en efectivo del 75% del ingreso mínimo mensual. Remuneración en especie obligatoria. Se atribuye a la alimentación y a la habitación un valor presunto del 25% del ingreso mínimo. No prevé el derecho al aguinaldo. No tienen derecho al pago de horas extraordinarias
Jornada Laboral	Sin limitación expresa para trabajadoras puertas adentro. Sería de 12 horas atendiendo los descansos obligatorios. Máxima de 12 horas diarias para trabajadoras puertas afuera Durante la jornada, descanso en las comidas para trabajadoras puertas adentro. A lo largo de la jornada, descanso de 1 hora para trabajadoras puertas afuera.
Descanso	Descanso diario: Absoluto de 12 horas para las trabajadoras puertas adentro. Entre el término de la jornada diaria y el inicio de la siguiente, descanso mínimo ininterrumpido de 9 horas para las trabajadoras puertas afuera. Descanso semanal: 1 día a la semana para las trabajadoras puertas adentro. Sujeto al régimen general para las trabajadoras puertas afuera.
Vacaciones	A partir de 1 año de trabajo: 15 días hábiles. A partir de 10 años de trabajo: 1 día adicional de vacaciones por cada 3 nuevos años trabajados. Gozan de los mismos feriados que el resto de los trabajadores.
Salud	Conforme al orden legal, en Chile las personas que trabajan pueden optar entre el sistema público de salud (FONASA) o una Institución de Salud Previsional (ISAPRE). El costo de la cobertura de salud es asumido por el o la trabajadora, pero es el empleador quien debe realizar la deducción y pago correspondiente. Las trabajadoras de casa particular, tienen derecho a esta cobertura en cualquiera de sus modalidades.
Fuero maternal	Las trabajadoras del hogar cuentan con fuero maternal: prohibición del despido durante el período de embarazo y hasta 1 año después de terminado el descanso por maternidad.
Permisos pre y postnatal	Se reconoce el derecho al descanso por maternidad a las trabajadoras del hogar en igualdad de condiciones que las trabajadoras bajo el régimen general: Corresponden a 6 semanas antes del parto y 12 semanas descanso de postparto.

Asignación familiar	Derecho a asignación familiar por hijo igual que las trabajadoras de régimen general
Seguridad social	Las trabajadoras de casa particular tienen derecho y obligación de hacer cotizaciones al sistema de previsión social igual que todos los trabajadores dependientes. Es la propia trabajadora quien carga con la totalidad del aporte y la parte empleadora es la que debe efectuar mensualmente las deducciones correspondientes de la remuneración y realizar el pago a las instituciones de seguridad social.
Pensión por vejez e Invalidez	Tienen derecho a pensión de vejez las trabajadoras afiliadas que hayan cumplido 60 años de edad si son mujeres.
Accidentes del trabajo y enfermedad profesional	Es obligación del empleador afiliar a los trabajadores en el seguro social obligatorio contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y efectuar las cotizaciones correspondientes que en este caso son de su cargo.
	Fuente: Código del Trabajo Capitulo V Del contrato de trabajadores de casa particular, art. 146 y siguientes.

En Chile, según datos de 2006 la población femenina ocupada en el sector de servicios alcanza a 81% del trabajo femenino y las trabajadoras de servicios personales y sociales alcanzan a 45%, un 14,3 de la población económicamente activa urbana se clasifica en la categoría ocupacional de trabajadoras de casa particular. Si bien los datos son escasos en la actualidad, el aumento de otras oportunidades laborales para las mujeres chilenas (principalmente comercio y servicios), hizo descender la oferta de trabajadoras del hogar y en su mayoría trabajan en la modalidad puertas afuera, así en 1990 las trabajadoras puertas adentro eran 72.441 y en 2006 sólo llegaban a 44.730, en cambio, las trabajadoras puertas afuera aumentaron en el mismo período de 187.447 a 311.7120. De manera que la migración femenina peruana vino a suplir la demanda de trabajadoras y especialmente en la modalidad puertas adentro, constituyendo una cadena de cuidado binacional. El empleo doméstico en Chile se ha reducido en cinco puntos porcentuales desde 1990 hasta 2006, la categoría empleo doméstico alcanzaba en 1990 a 19,3% y en 2006 a 14,3% en 2006 según datos de CASEN.

B. La oferta de trabajadoras del hogar peruanas

Las dificultades que se encuentran para cubrir las demandas de cuidado crecientes de la población chilena han generado una mayor demanda por trabajo de cuidado remunerado. La migración femenina peruana ha respondido a la demanda de trabajadoras del hogar, así, según datos de la CASEN de 2006 la mayor concentración (69,6 %) de la ocupación femenina de las inmigrantes peruanas se hallaba en la categoría de servicio doméstico, que corresponde a alrededor de 10,979 mujeres. De éstas un 44,7% vive en su lugar de trabajo (puertas adentro) y un 55,3% vive fuera del lugar de trabajo (puertas afuera). Estas trabajadoras del hogar de origen peruano, tenían en su mayoría, menos de 45 años (85,5 %), aun cuando las más jóvenes entre 25 y 34 años trabajan puertas afuera (44%), las trabajadoras puertas adentro se concentran en mayor proporción en el tramo de edad de 35 a 44 años. El ingreso de las trabajadoras del hogar puertas adentro era superior a las que trabajaban puertas afuera y una proporción levemente superior tenía cobertura de seguridad social. En total el 71,7% tenía cobertura social, lo que indica que contaban con contrato (82%) y una situación regularizada de migración (véase cuadro 12).

Cuadro 9: Chile, 2006: Las características de las mujeres inmigrantes peruana que trabajan como trabajadoras del hogar, según modalidad

Población femenina peruana que trabaja como empleada doméstica*	Servicio doméstico puertas adentro	Servicio Doméstico puertas afuera	Total
20 a 24 años	29,2	17,1	22,5
25 a 34 años	16,9	44,0	31,9
35 a 44 años	35,7	27,4	31,1
45 a 54 años	18,3	9,9	13,6
65 y más		1,6	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Promedio de ingresos de las trabajadoras domésticas peruanas según tipo de trabajo			
Promedio ingresos	187.034	153.666	168.564
Acceso a la seguridad social			
Si	76,1	68,2	71,7
No	15,2	29,9	23,3
No sabe	8,8	1,9	5,0
Total	100,0	100,0	100,0
Tiene contrato			
Si, firmó			79,7
Si, pero no ha firmado			2,5
No			16,7
Sin dato			1,0
	100,0	100,0	100,0

*/ de acuerdo a la categoría ocupacional

Entre las que trabajan puertas adentro sólo un 8% tenían hijos en Chile, en tanto, las que laboraban puertas afuera más de la mitad tenían hijos (55,1%), de esta forma, el tener hijos con ellas condicionaba la modalidad de trabajo doméstico al que podían acceder.

El servicio doméstico no es como cualquier otra ocupación. Las trabajadoras conviven con la familia a la cual prestan sus servicios, desempeñando las tareas vinculadas a la reproducción de las condiciones necesarias para la vida cotidiana, a cambio de un salario. Los empleadores no son empresas sino familias, y el espacio de trabajo es la vivienda en que habitan los integrantes del hogar. Es, por lo tanto, un trabajo que se realiza en un ámbito privado, haciendo muy difícil su fiscalización. La trabajadora ejecuta esta labor de manera aislada de otras trabajadoras, lo cual incide en la escasa capacidad de organización y negociación para mejorar sus condiciones de trabajo.

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

Se requiere revisar la legislación que cubre al servicio doméstico, esta reglamentación, ya que determina una situación especial, menos protectora que la que cubre al resto de los trabajadores. Así, por ejemplo, en Chile el salario mínimo de una trabajadora doméstica es inferior al salario mínimo legal[13] y su jornada de trabajo es más larga, dándose casos en que la legislación no se refiere a la extensión de la jornada laboral, sino a un mínimo de horas de descanso.[14] Además, tienen una muy baja cobertura de seguridad social y ejercicio de derechos laborales. Como beneficio especial tiene derecho a indemnización por despido cualquiera sea la causal del mismo.

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

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

13. A partir del 1 de marzo de 2009, el ingreso mínimo imponible de la trabajadora de casa particular será el equivalente a un 83% del ingreso mínimo mensual. A partir del 1 de marzo de 2010, será de un 92% de dicho ingreso y finalmente, al 1 de marzo de 2011 será equivalente al 100% del ingreso mínimo mensual.
14. Si bien los niveles de ingresos son muy variables, y en general, en promedio ganan más que el ingreso mínimo. En julio de 2009 el salario mínimo era de $ 136.950, se estima que el salario de una trabajadora puertas adentro es de $250.000 y en ciertos sectores de la capital puede llegar a $350.0000, aunque por efectos de la crisis se han reducido esos salarios.

4. NODOS DE VULNERACIÓN DE DERECHOS

4.1 Marco Normativo

Chile ha ratificado diversas convenciones internacionales de carácter vinculante como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de las mujeres (CEDAW) y la Convención de Derechos del Niño (CDN), que resguardan los derechos de mujeres, niños/as y jóvenes y de adultos/as mayores.

La CEDAW incluye la noción de "responsabilidades familiares", y señala que se debe estimular la provisión de servicios sociales, para permitir que los padres combinen sus obligaciones familiares con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública. (Esta noción es posteriormente enunciada en el Convenio 156 y la recomendación 165 de la OIT, sobre Trabajadores y Trabajadoras con Responsabilidades Familiares que establecen los derechos mínimos asociados al ejercicio de la maternidad de las trabajadoras y los Convenios 103, 183 y la recomendación 191 orientados a la igualdad de oportunidades y de trato para trabajadoras y trabajadores). La Convención establece que se deben implementar licencias de maternidad remuneradas y brindar protección especial a las mujeres embarazadas en trabajos que resulten perjudiciales para ella y su hijo/a; y suministrar de los servicios sociales de apoyo necesarios para permitir que los padres combinen sus obligaciones, mediante el fomento de redes de servicios destinados al cuidado de niños/as. Al respecto, como ya se indicó, Chile tiene licencia de maternidad de 126 días con 100% de salario cubierto por la seguridad social, cuenta también con licencia de hasta cuatro horas diarias en caso de enfermedad de hijo menor de un año -que puede ser usada por el padre- y una licencia reconocida en la Ley de postnatal masculino aprobada en 2005, que permite al padre –protegido por un contrato laboral- tomar 4 días de asueto durante el primer mes de nacimiento de su hijo /a. Las licencias se aplican también en caso de adopción.

Chile ha ratificado el convenio 103 de la OIT sobre protección a la maternidad y el convenio 156 sobre los trabajadores con responsabilidades familiares pero no ha ratificado el convenio 183 sobre la protección de la maternidad.

La Convención de Derechos del Niño especifica el derecho de los niños y adolescentes a ser cuidados, y ha sido recogido en la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia que cubre a los niños y niñas de 0 a 18 años (ver anexo). En el caso de los adultos mayores, la Política Nacional del Adulto Mayor y su actualización garantizan los derechos de este sector de población.

La Convención de Derechos del Niño especifica el derecho de los niños y adolescentes a ser cuidados, y ha sido recogido en la Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia que cubre a los niños y niñas de 0 a 18 años. En el caso de los adultos mayores, la Política Nacional del Adulto Mayor y su actualización garantizan los derechos de este sector de población. [15]

4.2 La aplicación de la normativa en Chile

La disponibilidad de servicios de cuidado y educación inicial es uno de los aspectos que inciden directa y positivamente en las posibilidades laborales de las mujeres y en el mejoramiento de la calidad de vida de madres y de niños. A partir de los años sesenta, Chile cuenta con este tipo de servicios, de carácter heterogéneo en cuanto a sus modalidades, a su estructura y a la población a la que está dirigida.

Los objetivos explícitamente considerados en el diseño y desarrollo de estos programas orientados a la protección de la maternidad y a la atención de recién nacidos y párvulos se relacionan con la protección de la maternidad de la mujer trabajadora, es decir con las mujeres ya incorporadas al mercado laboral y con objetivos educacionales para favorecer el desarrollo integral de los niños y niñas. Una situación diferente se aprecia en torno al tema de cuidados de los adultos mayores, se tiende a sostener que esos cuidados son de responsabilidad exclusiva de las familias, y tan sólo recientemente se ha incorporado como preocupación social y con programas específicos.

En los casos de los niños y de los adultos mayores, no existe la especificación de los derechos a la recepción de cuidados y a la provisión de cuidados. Tanto en el caso de los niños como de los adultos mayores el derecho al cuidado se señala sólo en los casos de vulneración de esos derechos. Es decir, en el caso de violencia intrafamiliar se garantiza el cuidado de niños, adolescentes y adultos mayores; y en el caso de separación de los padres éstos deben proporcionar cuidados y supervisar su manutención.[16] Asimismo, se garantiza el cuidado de los niños impedidos y discapacitados. En general, la oferta pública se orienta a lo que tradicionalmente ha sido la acción del Estado hacia los niños, niñas y adolescentes, es decir hacia una oferta sectorial centrada en educación, salud y justicia. En el caso de los adultos mayores, el logro más considerable es el cambio del sistema previsional que proporciona una pensión básica para la población de menores ingresos (40% más pobre), que no reciben ingresos por concepto de jubilación o renta.

15. En Chile la edad de jubilación es de 60 años para las mujeres y de 65 años para los hombres. Se estima que la población mayor de 60 años es adulta mayor, aunque existen variaciones en la entrega de algunos beneficios, que en ciertos casos puede otorgarse a la población mayor de los 65 años.

16. En 2001 se promulgó la Ley Nº19.741, sobre pensiones alimenticias, la cual establece una pensión mínima que corresponde al 40% de un ingreso mínimo. Si el demandado tiene más de un hijo o hija menor, deberá pagar por cada uno el 30% de este ingreso. Tratándose de trabajadores dependientes, el juez está obligado a decretar como forma de pago la retención del empleador. Esto significa que el empleador deberá descontar del sueldo del trabajador la pensión alimenticia y pagársela directamente a quién recibe los alimentos, y decretar alimentos provisorios. También en caso de incumplimiento en el pago de la pensión alimenticia, se da a la mujer casada en sociedad conyugal, la posibilidad de disponer de bienes sociales, en forma excepcional y con autorización judicial, para pagarse con ellos las pensiones adeudadas.

En relación con los derechos de los migrantes, éstos y sus hijos con residencia en el país tienen garantizados todos los derechos de salud, educación, trabajo (si cuenta con el permiso correspondiente) y seguridad social que la población chilena.
En el caso de las migrantes que no tengan regularizada su situación, tienen derecho a la atención gratuita de salud en casos de urgencia y en el caso de embarazo y parto en el sistema público de salud. Asimismo, los hijos de los migrantes, independientemente de su condición migratoria tienen derecho a la educación pre-escolar. En el caso de los hijos de los migrantes que se encuentren en el sistema educativo formal, tienen derecho a solicitar su visa de residencia, independientemente de la situación migratoria de sus padres. A la vez, se garantiza la atención gratuita de las mujeres y niños en casos de violencia intrafamiliar y doméstica, con independencia de su condición migratoria.

Sin embargo, no se cuenta con información sobre el cumplimiento efectivo de esos derechos. Como ejemplo se puede indicar que en el caso de los adultos mayores, quienes demandan más plazas en los hogares público o privados gratuitos de los que efectivamente existen.

El concepto de derecho a ser cuidado puede ser bastante ambiguo ya que si bien la cobertura de salud básica permite que todos tengan acceso a hospitalización y cuidados médicos (incluyendo población más pobre, personas migrantes) los avances médicos y tecnológicos junto con una nueva concepción de eficiencia de la gestión hospitalaria han provocado una reducción del tiempo de hospitalización y una derivación de cuidados hacia el hogar que plantea serias dificultades para algunas familias pobres y migrantes para proveer de esos cuidados. Este es un ejemplo de las dificultades enfrentadas para el cumplimiento adecuado del derecho de cuidar y ser cuidado.

DERECHO A RECIBIR CUIDADOS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA	
Elementos	**Caso Chile**
Contenido	Recibir la atención requerida en situación de dependencia. Se aplica caso de niños y adolescentes, casi no se aplica en el caso de adultos mayores.
Titularidad	Personas en situación de dependencia (población de 0 a 18 años y adultos mayores en extrema pobreza) Teóricamente es un derecho individual
Base de acceso	Teóricamente es un derecho universal. Aunque forma parte de la política focalizada a la pobreza (40% de hogares más pobres)
Mediante qué políticas y prestaciones se garantiza	Política Nacional a favor de la Infancia y la Adolescencia y la Política para el Adulto Mayor y la atención a las personas en situación de dependencia. También la Ley de violencia intrafamiliar
Interrelación con otros derechos	En el caso de los adultos mayores se estima que existe un 37% de hogares informales que no tienen garantía del nivel de calidad de la atención, ni cuentan con supervisión. La mayoría de las migrantes que trabajan en el sector doméstico y de cuidado cuentan con contrato laboral.
Valoración global del grado de reconocimiento y ejercicio	Derecho de muy reciente reconocimiento Implantación progresiva, aún muy deficiente ejercicio
Variables que inciden en el acceso y ejercicio del derecho	No es un derecho verdaderamente universal: • Estatus de ciudadanía y residencia • Estatus socioeconómico (población del 40% más pobre de hogares)

DERECHO A ELEGIR SOBRE LOS CUIDADOS	
Elementos a analizar	**Caso Chile**
Contenido	Limitado a permitir la conciliación de la vida laboral y familiar
Titularidad	Personas empleadas con responsabilidades familiares Derecho de maternidad y paternidad diferenciado por sexo
Bases de acceso	La mayor parte de los derechos son de índole contributiva. Derecho de maternidad es el que tiene una base de reconocimiento más amplia y se aplica en el caso de las migrantes cualquiera sea su condición migratoria.
Interrelación con otros derechos	Tiempo y dinero para cuidar: permisos remunerados y no remunerados a ausentarse del empleo Servicios de cuidado para menores de carácter gratuito para la población más pobre y para la población migrante cualquiera sea su condición migratoria. Obligación de las empresas que cuenten con más de 20 trabajadoras de proporcionar o financiar servicios de sala cuna.
Valoración global del grado de reconocimiento y ejercicio	El y la trabajador/a empleada en el hogar tiene un régimen laboral especial: horarios (más extensos), salarios mínimos, etc. Cuenta con indemnización a todo evento que no cuentan los otros trabajadores. Más orientado a garantizar el derecho a integrarse en el mercado laboral. Especialmente deficiente la provisión de servicios para menores de 4 años y para la población adulta mayor.
Variables que inciden en el acceso y ejercicio del derecho	Sexo es una variable clave Situación en el mercado de trabajo: disponibilidad de empleo, qué tipo de empleo, etc. Estatus migratorio, necesidad de contar con permiso de residencia.

5. ALGUNAS CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En este texto se ha mostrado que Chile se encuentra en la etapa de transición demográfica muy avanzada, donde nacen menos niños y aumenta la población adulta mayor, junto con el crecimiento de la población femenina que trabaja tiempo completo fuera del hogar, situaciones que contribuyen a generar una escasez de cuidadoras, la que seguirá creciendo. Esta situación platea un futuro escenario de crecientes demandas de cuidado.

Durante el actual gobierno de la presidenta Bachelet la oferta de servicios de cuidado para los niños menores de seis años ha aumentado y en menor escala los servicios de cuidado para adultos mayores. Pese a estos avances, persisten déficits para cubrir toda la demanda requerida, en especial para el cuidado de los adultos mayores y para la población con menores recursos, como lo indican los índices de demanda potencial que se han construido.

La información proporcionada por las encuesta de uso de tiempo muestra claramente que las mujeres tienen un mayor carga de trabajo total –especialmente en la etapa de crianza-dada por el peso del trabajo doméstico y de cuidado además de su trabajo remunerado. Independientemente del ciclo de vida y familiar en que se encuentren el trabajo doméstico y de cuidado de los hombres no varía.

De esta forma, el trabajo doméstico remunerado que desempeñan las trabajadoras del hogar cubre a solo a una parte de los hogares: en los de menores recursos las mujeres deben desempeñar una doble jornada. Los hogares de mayores recursos pueden contratar mano de obra que les permite delegar la ejecución del trabajo doméstico, es en estos hogares donde se contrata a las migrantes que están más dispuestas que las chilenas a trabajar en la modalidad de puertas adentro.

En Chile se cuenta con un sistema legal que protege los derechos de los niños, mujeres y ancianos, sin embargo, no se cuenta con una información adecuada respecto al efectivo ejercicio de esos derechos. No se cuenta con la institución de Ombusperson a quien se puedan derivar las quejas por vulneración de derechos. Para los/as trabajadores/as, existe la Inspección del Trabajo que recoge las denuncias de incumplimientos de contratos laborales y licencias parentales.

El incumplimiento de esos derechos puede deberse, en parte, al desconocimiento por parte de la población de escasos recursos o migrantes. Existen instituciones de gobierno como el Servicio Nacional de la

Mujer (SERNAM) y la Dirección del Trabajo que han dado a conocer esos derechos así como ONGs, por ejemplo la Fundación de la Mujer, que ha elaborado cartillas especiales con los derechos de mujeres y migrantes. Sin embargo esta información no siempre llega a todas las personas que la requieren.

En el caso de la población más pobre y de los migrantes se enfrentan situaciones de discriminación sutil o abierta. En el caso de las migrantes recién llegadas y que no han regularizado su situación migratoria pueden enfrentar un mayor desconocimiento y vulneración de sus derechos, puesto que no se atreverán a efectuar sus reclamos por miedo a ser expulsadas del país o sus reclamos pueden no ser bien atendidos. Por tanto, si la población chilena es mal atendida en los servicios públicos, con mayor razón la población migrante que enfrenta el desconocimiento de los códigos culturales y los mecanismos burocráticos existentes.

5.1 Algunas recomendaciones

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

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

A continuación se proponen algunas medidas generales para enfrentar la crisis de cuidado y para una mejor organización social de los cuidados en Chile:

- **Poner en la agenda pública el tema de cuidado** para abordarlo por medio de políticas públicas que consideren sus distintas dimensiones y las relaciones entre las personas para llevarlo a cabo. Es preciso interrogarse de las formas cómo se aborda el cuidado en los modelos de desarrollo y en la visión de país. La invisibilidad del tema se explica por la persistencia de modelos culturales que consideran que el cuidado debe ser privado, familiar y femenino; por la mantención de una rígida división del trabajo por género en el hogar; por mercados laborales que no consideran que sus trabajadores tienen familias; por una legislación que no contempla medidas para trabajadores con responsabilidades familiares; por la ausencia de cumplimiento de las pocas leyes de conciliación con corresponsabilidad social existentes. Como base se encuentra la persistencia de la tradicional división sexual del trabajo dentro y fuera del hogar.

- **Ampliar la oferta estatal de servicios.** En el caso de Chile se han desarrollado algunas iniciativas tendientes a mejorar la oferta de servicios públicos gratuitos especialmente para el cuidado de los menores, se han ampliado los cupos de guarderías y jardines infantiles en el marco del programa Chile crece contigo. Sin embargo, las iniciativas en torno a mejorar los servicios para los adultos mayores han sido menos exitosas, y existe una fuerte demanda insatisfecha para la institucionalización de adultos mayores no valentes, así como falta de cobertura educativa, de salud y de atención de personas discapacitadas y de adultos mayores en las áreas rurales. La externalización del cuidado es una política importante y puede ser muy eficaz, pero el mantenimiento de la sociedad requiere más que solo la creación de nuevos servicios, requiere también la formulación de nuevas formas de convivencia, nuevas formas en definitiva de ser sociedad (Reyes, Paz y Todaro, 2007).
- **Modificar el reparto de trabajo al interior de los hogares.** El reparto actual del trabajo doméstico y de cuidado al interior de los hogares en Chile es extremadamente desigual entre géneros y también entre generaciones, la encuesta de uso de tiempo piloto realizada en Santiago de Chile indica que las mujeres participan en un 78,8 % y destinan 2,6 horas al trabajo doméstico y al cuidado de los demás integrantes del hogar y los varones tan sólo en 21,2% y 1,5 horas solamente. Asimismo, la diferencia entre el trabajo remunerado y no remunerado entre sexos debe modificarse, ofreciendo mayores oportunidades laborales para las mujeres.
- **Generar nuevos programas de conciliación y co-responsabilidad familia – trabajo.** Un área de acción aun no suficientemente desarrollada se refiere a las diversas medidas posibles de tomar en torno a la conciliación y de co-responsabilidad de familia y trabajo para hombres y mujeres tanto desde el estado como desde las propias empresas y los propios trabajadores y trabajadoras. Numerosas medidas y propuestas innovadoras se han planteado al respecto que apuntan a mejorar la productividad así como a aumentar la satisfacción laboral de trabajadores y trabajadoras (véase OIT-PNUD, 2009)
- **Modificar los sistemas de organización del tiempo.** Ya se ha indicado las posibles vías por las cuales se puede mejorar la situación actual en torno al cuidado: organizar de mejor forma el tiempo de trabajo, el tiempo de familia y el ahorro del tiempo de cuidado y de apoyo a las labores domésticas (Arriagada, 2007b).
- **Profesionalizar y valorar el trabajo de cuidado.** Capacitar y formar diferencialmente a las personas a cargo del trabajo doméstico y del cuidado de niños, adultos no valentes y semi-valentes, promover la autovaloración y el reconocimiento de las competencias básicas de las trabajadoras de casa particular así como el conocimiento de las normas que regulan las relaciones laborales. Igualar las condiciones y los derechos laborales del trabajo doméstico al de los demás trabajos remunerados.
- **Ligar la generación de empleos con un aumento de la oferta de servicios de cuidado.** Esta medida permite ofrecer empleos y servicios necesitados por la ciudadanía, promueve una transformación cultural en torno a la idea de que los cuidados son una responsabilidad social, y puede contribuir a remover una de las principales barreras que tienen las mujeres para acceder al mercado laboral . Ello permitiría ampliar opciones, capacidades y libertades y avanzar hacia regímenes de cuidados más justos.

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

Bibliografía

Aguirre, Rosario (2007a) Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas en I. Arriagada (coord.) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros, CEPAL-UNFPA, Santiago de Chile.

_____(2007b) Familias como proveedoras de servicios de cuidados, ponencia del Seminario Género y cohesión social en J. Astelarra (coord.) Género y cohesión social, Documento de Trabajo 16 Fundación Carolina CeALCI, Madrid, España.

Arellano, José Pablo (1985) Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984, CIEPLAN, Santiago de Chile.

Arriagada, Irma (2007) Transformaciones familiares y políticas de bienestar en América Latina, en I. Arriagada (coord.) Familias y políticas públicas en América Latina. Una historia de desencuentros, CEPAL-UNFPA, Santiago de Chile.

Barrientos, Armando (2004) Latin America: Towards a liberal-informal welfare system en Gough y Wood (2004)(eds.) Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and America Latina :Social policy in developments contexts, Cambridge University Press, Inglaterra.

CEPAL Anuario estadístico 2008 www.cepal.org

CEPAL-CELADE (2006) Observatorio Demográfico No.2, Santiago de Chile, octubre de 2006, Población económicamente activa, Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE (2007) Observatorio Demográfico No.3 Proyección de Población, Santiago de Chile, abril 2007.

Díaz, Magdalena (2009) La organización social del cuidado en España, documento del proyecto de INSTRAW (ahora ONU Mujeres). Construyendo redes: mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidados.

Durán, María Ángeles (2004) Un desafío colosal. En debate sobre conciliación familia y trabajo Diario El País 5/09/2004.

_____(2006) El futuro del trabajo en Europa: El cuidado de las personas dependientes en GTZ y UNFPA Cohesión social, políticas conciliatorias y presupuesto público. Una mirada desde el género, México.

Engler, Tomás y Martha Peláez (eds.) (2002) Más vale por viejo, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.

Ffrench-Davis, Ricardo (2007) Entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad. Tres décadas de políticas económicas en Chile, CIEPLAN, Santiago de Chile (3ª edición).

Giménez, Daniel (2003) Género, previsión y ciudadanía social en América Latina, CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N.46, Santiago, Chile.

_____(2002) Viejas y nuevas tendencias en la ciudadanía social de las mujeres chilenas. Análisis de la evolución de derechos y beneficios previsionales , presentado en la Reunión de Expertos sobre el impacto de género del sistema de pensiones de Chile, Santiago de Chile, 17 y 18 de junio de 2002.

Gough Ian y Geof Wood (2004)(eds.) Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and America Latina :Social policy in developments contexts, Cambridge University Press, Inglaterra.

INE Instituto Nacional de Estadísticas. Encuesta de Uso del tiempo 2008. www.ine.cl

Martínez, Juliana (2007) Regímenes de bienestar en América Latina, Fundación Carolina, documento de trabajo N°11, Madrid, España.

Marco, Flavia (2007) El cuidado de la niñez en Bolivia y Ecuador: derecho de algunos, obligación de todas CEPAL, Serie Mujer y Desarrollo N° 89, Santiago de Chile.

MIDEPLAN (2008): Efectos en situación laboral, familiar y arraigo al barrio de madres trabajadoras y estudiantes que utilizan las salas cuna. Estudio realizado por ProUrbana, Programa de Políticas Públicas U. Católica de Chile y Observatorio Social, Universidad Alberto Hurtado. Santiago de Chile.

MIDEPLAN Casen Encuesta de Caracterización Socioeconómica 2003 y 2006 www.mideplan.cl

Muñoz, Adriana (1986) Fuerza feminista y democracia. Utopía a realizar, Ediciones Documentas, Santiago de Chile.

O´Connor, Julia (1996) From Women in the Welfare State to Gendering Welfare State Regimes, Current Sociology, Vol. 44, Nº 2, summer.

Pérez, Amaia (2009) Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: qué está ocurriendo?, en INSTRAW (ahora ONU Mujeres), Documento de trabajo N.5, Serie Genero, Migración y Desarrollo 5, Santo Domingo, Rep. Dominicana.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2009) Desarrollo Humano en Chile. La manera de hacer las cosas, 2009, Santiago de Chile.

Provoste, Patricia y Fanny Berlagoscky (2002) Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile. Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la Salud en Chile, OMS/OPS, Serie Género y Reforma de Salud No.4, Santiago, Chile.

Razavi, Shahra y Silke Staab (2008) The Social and Political Economy of Care: Contesting Gender and Class Inequalities en The Political and Social Economy of Care Project, UNRISD, Ginebra, Suiza.

Reca, Inés (2008) Políticas para la conciliación de las responsabilidades laborales y familiares en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, informe preparado para la OIT, Santiago de Chile.

Reyes, Nora, Claudia Paz y Rosalba Todaro (2007): Chile: servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar. Comercio, género y equidad en América Latina: Generando conocimiento para la acción política. Red Internacional de Género y Comercio, Capítulo Latinoamericano, CEM, Chile.

Rodgers, Janine (2008) Cambios en el servicio doméstico en América Latina en Valenzuela, M.E. y C. Mora (eds.) Trabajo doméstico y equidad de género en Latinoamérica: Desafíos para el trabajo decente, OIT Chile, Santiago.

Rodríguez, Corina (2007) La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay, CEPAL, Serie Mujer y desarrollo N° 90, Santiago de Chile.

Serrano, Claudia (1995) Municipio, política social y pobreza en Cris´sotomo Pizarro Dagmar Raczynski y Joaquín Vial (eds.) Políticas económicas y sociales en el Chile democrático, CIEPLAN_ UNICEF, Santiago, Chile.

Sunkel, Guillermo (2007) Regímenes de bienestar y políticas de familia en América Latina, en I. Arriagada (ed.) Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias, CEPAL-UNFPA; Serie Seminarios y Conferencias N.49, Santiago, Chile.

UNIFEM (2000) Diane Elson (coord.) El progreso de las mujeres en el mundo 2000, UNIFEM, New York, EE.UU..

Uthoff, Andras (2008) Informalidad y protección social en América Latina. Documento para el debate. Presentado en el II Encuentro de Redes EUROsociAL , 23-25 junio, México D.F.

www.crececontigo.cl

www.conama.cl

www.ine.cl

www.fonadis.cl

www.junji.cl

www.mineduc.cl

www.mideplan.cl

www.safp.cl

Financiado por: