



Universidad del Desarrollo  
Facultad de Gobierno

**Análisis de los factores sociales de las cuidadoras/es y de las competencias técnicas y políticas que inciden en la ausencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género de la labor de cuidadoras/res informales, en los PLADECOS de la provincia de Chiloé 2018-2026.**

POR: DARWIN ALEXANDER ILLANES AGUILERA

*Tesis presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo para optar al grado académico de Magíster en Políticas Públicas*

PROFESORAS GUÍAS: SRA. ALEJANDRA INOSTROZA BOITANO  
DRA. IRIS DELGADO BECERRA

Septiembre 2022  
Concepción

## **RESUMEN.**

La investigación plantea como la creciente crisis de los cuidados afecta a quienes lo realizan y revela la ausencia de lineamientos y políticas públicas integrales y con enfoque de género a la práctica del desarrollo local, para garantizar el bienestar de cuidadoras/es informales. Que, por lo anterior, el objetivo es analizar, tanto los factores sociales que afectan a los cuidadoras/es, como también las competencias técnicas y políticas que inciden en la ausencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género que recae sobre la labor de cuidadoras/res en los PLADECO de la provincia de Chiloé. Es una Investigación cualitativa de tipo transversal, basada en entrevistas semiestructuradas a cuidadoras/es informales y encargadas/os de la oficina de planificación comunal. El cuidado es esencial para el bienestar de la sociedad y dada la incapacidad del sistema público para abordar la actual demanda, esta sigue siendo asumida en la esfera privada por el cuidador/a informal como principal recurso de atención que reciben las personas con dependencia.

## **INTRODUCCIÓN.**

Los cambios demográficos contemporáneos caracterizados por la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, los nuevos modelos de familia y las transformaciones en las relaciones de género, han generado lo que se denomina la crisis de los cuidados, a la que se suman otras condiciones, como la incorporación de la mujer en el ámbito laboral y social, el aislamiento urbano en que viven las familias, la fragilización y el quiebre de las redes de

apoyo y una todavía muy escasa participación de los hombres en la tarea de cuidados (Rea et al., 2021), dificultando a extensos sectores de la población el acceso a cuidarse, cuidar o ser cuidados (Fuentes & Garcés, 2020).

En Chile, la labor de cuidados como trabajo se caracteriza por ser anónimo y silencioso, carente de reconocimiento público y legislativo. Una persona cuidadora informal es una persona miembro de la red social, en su gran mayoría mujeres, integrante del grupo familiar de quién recibe el cuidado, que brinda atención de manera voluntaria, sin que medie remuneración económica por sus servicios (Fuentes & Garcés, 2020). De acuerdo a los datos aportados por el Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile, el valor económico del trabajo de cuidado no remunerado equivale a un 22% del PIB del país (ComunidadMujer 2019).

El trabajo de cuidados tiene un impacto negativo en la vida de las cuidadoras/es informales, el costo es elevado y repercute en distintos ámbitos de su vida, como su salud física y mental, en su desarrollo personal, en el ámbito económico y social, sumado a ello la ausencia de periodos de descanso y la escasa provisión de su propio cuidado, ocasionando en muchos casos lo que se denomina la sobrecarga del cuidador, afectando su calidad de vida y de la persona cuidada. Bajo este panorama, existe la imperiosa necesidad que el Estado aborde el problema a través de políticas públicas diseñadas a nivel de gobiernos locales y con perspectiva de género, que atiendan las necesidades de las personas proveedoras de cuidados, proporcionándoles tiempo y recursos para cuidar y ser

cuidados, lo que permitirá no acelerar el proceso de desatención de los cuidados producto de la sobrecarga, reforzando la responsabilidad en el compromiso con sus familiares dependientes.

La presente investigación pretende visibilizar los problemas derivados de la tarea de cuidado que afectan a cuidadoras/es, como tema relevante en la provincia de Chiloé, dilucidando la brecha de género que existe en este trabajo; constatar si los gobiernos locales a través de los Planes de Desarrollo Comunal cumplen su función de planificar las políticas públicas dirigidas a cuidadoras/es de manera transversal y con perspectiva de género; y si los funcionarios encargados de su diseño e implementación cuentan con conocimiento y capacitación técnica en materia de planificación y género.

La presente investigación se estructura en torno a seis secciones principales. En la primera parte (I) se presenta la exposición general del problema y su relevancia como objeto de investigación.

Posteriormente en la parte II se presenta el marco teórico, donde se abordan los principales antecedentes para situar la relevancia de las cuidadoras/es informales como problema social; una revisión sobre la invisibilización y la feminización del trabajo de cuidados como construcción social en la historia y los impactos que tiene en la vida de las cuidadoras; se incorpora antecedentes sobre como nuestro país ha abordado el problema del cuidado informal comparándolo con otros países; por último, el escaso abordaje del problema por parte del Estado y los gobiernos locales a través de políticas públicas y la planificación

local para el desarrollo comunal, con la finalidad de atender el problema de las cuidadoras/es y asegurar su bienestar y protección social.

La parte III considera los objetivos de investigación, siendo el objetivo general: analizar los factores sociales de las cuidadoras/es y las competencias técnicas y políticas que inciden en la ausencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género, de la labor de cuidadoras/res informales, en los planes de desarrollo comunal de la provincia de Chiloé.

Seguidamente, en la parte IV y V, se presenta la metodología, donde se abordan el diseño y validación del instrumento de recolección de datos a través de jueces expertos; y el desarrollo en profundidad del análisis tanto de la información cualitativa como cuantitativa desde una perspectiva cualitativa.

Finalmente en la parte VI se presentan las conclusiones derivadas de la investigación.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN.**

Desde una perspectiva feminista el cuidado se define como una actividad desarrollada por mujeres, ya sean madres, hijas, esposas o nueras que conviven en el mismo domicilio. En Chile, de acuerdo a los datos del II Estudio Nacional de Discapacidad del año 2015 (Medel, 2016), del Ministerio de Desarrollo Social, la población estimada de personas en situación de discapacidad mayores de 18 años alcanzaba los 2.606.914, correspondiente al 14,83% de la población total,

de esta cifra, 1.082.152 personas están en situación de discapacidad severa, y el 46,1% de las personas declaraba la necesidad de contar con un cuidador/a. En la población cuya edad oscila entre los 2 y 17 años, el 94.5% es cuidado por personas que no reciben remuneración alguna, lo que da a entender que el cuidado de niños, niñas y adolescentes está siendo confiado a cuidadores/as informales. Este estudio además señala que el 73.9% de quienes cuidan son mujeres y un 26.1 % son hombres, este dato revela una desigualdad de género que se acentúa al constatar que la legislación chilena no registra avances en el reconocimiento de esta realidad, situación que invisibiliza aún más la tarea que desarrollan los cuidadores/as informales y que se suman a otras labores de carácter doméstico difícil de compatibilizar. Por otra parte, un estudio realizado por la Universidad de Chile en el año 2017, señala que el 63% de los/as cuidadoras/es presenta sobrecarga intensa que generan trastornos severos en su salud física y emocional.

Chile tiene una de las expectativas de vida más alta, de acuerdo con los datos de las Naciones Unidas, el país tenía una expectativa de vida de 54.6 años en el período 1950 – 1955, mientras que en el periodo 2015 – 2020 esta asciende a los 79 años al nacer y se estima que para el 2045 – 2050, la expectativa de vida en el país alcance los 84.9 años. Así también, el predominio de las enfermedades crónicas, el 40.1% de la población general y el 60.8 de los mayores de 65 años sufren de lo que se conoce como síndrome metabólico, el cual, se refiere a la presencia simultanea de varias enfermedades de este tipo (*Molina, et al., 2020*).

Los datos anteriores dan cuenta de la demanda potencial de cuidados y permite tener una idea de cómo aumentará la necesidad de éstos en el país. Frente a este panorama, el/la cuidador/a informal se posiciona como una figura clave, que permite a las personas necesitadas de cuidado, continuar viviendo en sus entornos cotidianos. El cuidado no está ligado exclusivamente a personas que requieren algún tipo de apoyo por su edad, condición de salud o que vivencian discapacidad, sino que es una necesidad inherente de la condición humana. Los cuidados se mantienen como una preocupación que se resuelve al interior del hogar en forma silenciosa, evitando o retrasando la institucionalización de la persona receptora de cuidados; lo cual alivia la demanda asistencial y económica de los servicios sociales y el sistema formal de salud

En Chile el cuidador/cuidadora informal es una persona miembro de la red social, fundamentalmente integrante del grupo familiar de quien recibe el cuidado, que brinda atención de manera voluntaria, sin que medie remuneración económica por sus servicios (Fuentes & Garcés, 2020). Esta labor al no ser remunerada, las cuidadoras/es se han visto precarizadas/os sobre todo en aquellas/os que superan la edad de jubilar, no sólo como cuestión económica, sino como parte de una experiencia vital cotidiana, pues al ser dependientes económicamente de otros y otras, han perdido posibilidades de ejercer autonomía, tanto en relación al libre uso y disposición de su tiempo, así en la determinación de sus actividades y sus finanzas (Grandón Valenzuela, 2021).

La situación se complejiza aún más al existir una oferta de políticas públicas absolutamente sectorial, diseñadas desde distintos ministerios y servicios, sin enfoque de género, focalizadas solo a un segmento de la población y con múltiples barreras de acceso, lo que significa una falta de armonía, sinergia y uniformidad que regule la materia. *(ver tabla, anexo 1)*

Durante los últimos tiempos, países como Alemania, España, Japón, Suecia, EE.UU, han abordado el fenómeno del cuidado, generando políticas sistémicas e integrales, junto con reconocer los derechos humanos de los dependientes y sus cuidadoras/es, destaca la creación de un sistema de cuidados considerando las realidades sectoriales (Ormeño, 2020), experiencia exitosa que nuestro país debería replicar a través de los sistemas públicos de protección, proporcionando el apoyo y los medios necesarios para cumplir la labor de cuidados.

De la problemática descrita a nivel país surge la necesidad de conocer cómo se presenta el trabajo de cuidados en la Provincia de Chiloé, conformada por 10 comunas y más de 40 islas, la mayoría habitadas y donde su principal característica son sus condiciones climáticas extremas y el aislamiento lo que genera un contexto de cuidados con estructuras y componentes socioculturales particulares (Rojas Zamorano & Szlafsztein, 2020).

Por lo antes señalado y considerando que el municipio es el primer punto de contacto entre el Estado y la comunidad, y donde se plasman efectivas las políticas públicas, surge la importancia de incorporar a través de los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO), principal instrumento de planificación local,

lineamientos con enfoque de género que aborden el problema de las cuidadoras/es informales, con el fin de garantizar su bienestar como derecho universal básico.

Teniendo en cuenta los antecedentes mencionados, esta investigación busca indagar ¿cuáles son los factores sociales de las cuidadoras/es y las competencias técnicas y políticas que inciden en la ausencia/presencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género de la labor de cuidadoras/res informales, en los PLADDECOS de la provincia de Chiloé 2018-2026?

## **II. MARCO TEÓRICO Y DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA.**

Chile experimenta un acelerado proceso de cambio demográfico que sumado a la carga de enfermedades crónicas y la creciente longevidad conllevan un incremento imparable de personas dependientes que requieran de cuidados, lo anterior constituye uno de los retos sociales, económicos y de salud más importante para enfrentar.

El cuidado en nuestro país es proporcionado en su mayoría por cuidadores/as informales, rol que adquiere cada día mayor relevancia y lo posiciona como una figura clave que permite a las personas necesitadas de cuidados continuar viviendo en sus entornos cotidianos y renovar día a día su bienestar físico y emocional. Estos cuidados son proporcionados en su mayoría por mujeres, familiares, amigos, vecinos y, en general, personas de la red social inmediata, manteniéndose como una preocupación que se resuelve al interior del hogar

donde surge un nuevo rol social, el de cuidadora/or principal familiar o cuidadora/or informal, quienes subsanan lagunas de los servicios sociales, evitando o retrasando en muchos casos la institucionalización de los dependientes; lo cual alivia la demanda asistencial y económica sobre el sistema formal de salud (Fonseca, 2020).

Estudios han señalado que el cuidado familiar en salud tiene impacto negativo, tanto en la salud física como emocional, de el/la cuidador/a familiar. Los efectos del cuidado no se reducen sólo a desgaste producto de las labores de cuidado, también incluyen el impacto afectivo surgido por la condición de la persona dependiente. Tienden a postergar su autocuidado en función del cuidado de la persona en situación de dependencia, además recurren menos a los servicios sanitarios, en comparación con el resto de la población comprometiendo su salud y calidad de vida (Fonseca, 2020). La investigadora Lorena Cortes y sus colaboradoras (2020), señalan que la situación continua del cuidado y pérdidas asociadas pueden generar lo que se conoce como el “síndrome del cuidador”, es decir, el empeoramiento de la salud física y emocional, manifestando un deterioro físico y psicológico progresivo.

Entre las definiciones revisadas en relación al concepto de cuidador/a, investigadoras/es señalan que se trata de una persona miembro de la red social, fundamentalmente integrante del grupo familiar de quien recibe el cuidado, que brinda atención de manera voluntaria, sin que medie remuneración económica por sus servicios; usualmente quien asume el rol de cuidadora informal principal

se encarga de ayudar a la persona en la realización de actividades que no podría hacer por sí misma, como es el caso de las personas dependientes y desde una perspectiva feminista definen el cuidado como una actividad desarrollada por mujeres que aporta al bienestar cotidiano (Fuentes & Garcés, 2020).

En tanto las personas en situación de dependencia, son aquellas que debido al deterioro o la pérdida de la independencia física o psicológica, necesitan de cuidado y soporte relevantes para poder llevar a cabo sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por tanto, requieren de uno o varios/as cuidadores/as que puedan ayudarles a cubrir sus necesidades. Aproximadamente en el 90% de los casos, el cuidado ha recaído en la familia y más concretamente en las mujeres, ya sean madres, hijas, esposas o nueras. El trabajo de atención (remunerado o no) se considera un trabajo de género y las relaciones de poder de género están presentes en la estructura, desarrollo y valoración del trabajo del cuidado. Así, cuando el cuidado informal está remunerado se visibiliza el papel de estas cuidadoras y permite que disfruten de algunos de sus derechos laborales, pero cuando deja de disponer de estos recursos, se las invisibiliza y pierden los escasos derechos conseguidos, aunque sus obligaciones continúan personal y socialmente (Cortés et al., 2020).

En relación al perfil social de las personas cuidadoras, la literatura ha señalado que suelen ser: mujeres mayores de cincuenta años (madres, hijas, esposas o nueras), que conviven en el mismo domicilio que la persona que recibe la atención y, además, presentan carencia de un empleo remunerado. Esto deriva

en que el cuidado sea considerado un factor determinante de las desigualdades sociales y de la salud (Cortés et al., 2020).

Además realizan una labor aún no reconocida jurídicamente, en su mayoría carecen de capacitación y/o certificación, razón por la cual también son calificados/as como cuidadores/as informales no remunerados/as, es decir desempeñan esta actividad gratuitamente por lo general en la misma vivienda de la persona dependiente.

Por otra parte, nuestra legislación no reconoce ni protege el derecho de las personas que dedican su vida, a tiempo completo, al cuidado de personas en situación de dependencia. En cuanto al pago de remuneración al cuidador/a, solo el 6,4% perciben remuneración (Grandón Valenzuela, 2021, p. 3).

Para la investigadora Débora Grandón Valenzuela (2021), intentar dibujar límites conceptuales para el trabajo de cuidados resulta sumamente complejo. Precisamente, porque una de sus características es tener límites difusos, que le desbordan como un acto únicamente corporal o mecánico, en donde se puedan observar acciones concretas y determinadas que se puedan cuantificar. Por el contrario, el trabajo de cuidados es intraducible a esta lógica, y puede ser comprendido como trabajo emocional, pues más que producir como resultado un objeto, produce vida y bienestar. Esta labor puede caracterizarse desde tres subtipos de actividades diferenciadas que le componen: Las actividades de cuidados directos, que implican una relación directa entre cuerpos y emociones; las actividades que proveen las precondiciones materiales para el cuidado (como

el trabajo doméstico); y las actividades de gestión mental, asociadas al control, evaluación, planificación o supervisión del proceso de cuidados.

El cuidado en nuestros días está mercantilizado, privatizado y se vende a quién puede pagar por éste, creando paulatinamente un modelo familista del cuidado que ha dejado en un sentido de desprotección a miles de personas y familias, estos elementos citados han generado lo que se denomina “crisis de los cuidados”, a la que se suman otras condiciones, como la fuerte presencia de las mujeres en el ámbito laboral y social, el asilamiento urbano en que viven las familias, la fragilización y el quiebre de las redes de apoyo y una todavía muy escasa participación de los hombres en los cuidados.

En este contexto, en el cual las mujeres continúan asumiendo la mayor carga de responsabilidades de cuidado en detrimento de su crecimiento personal, profesional y económico, y su acceso a derechos, es necesario poner en la mesa del debate académico y político la responsabilidad que el sector privado y el Estado tienen en la formulación y ejecución de un sistema nacional de cuidados, dado que se cuenta con los medios institucionales, políticos, económicos y legales para hacerlo (Grandón Valenzuela, 2021).

En Chile, de acuerdo al Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC), del año 2015, del Ministerio de Desarrollo Social, señala que el 73.9% de quienes cuidan son mujeres y un 26.1% son hombres, en cuanto al tramo de edad el 58,5% de las cuidadoras tienen entre 30 y 60 años y se encuentran en pleno desarrollo de sus trayectorias profesionales o de vida; y el 30% tiene más de 60

años, por tanto estamos frente a personas mayores que cuidan a otras personas adultas. Por otra parte, un estudio realizado por la Universidad de Chile en el año 2017 señala que el 63% de los/as cuidadores/as presenta sobrecarga intensa que generan trastornos severos en su salud física y emocional. Lo anterior se traduce en un problema de salud urgente que no ha sido incluido en las políticas públicas.

En nuestro país este fenómeno ha sido abordado principalmente por las familias, mayoritariamente por las mujeres e iniciativas ciudadanas no estatales dedicadas a la visibilización del trabajo de cuidados, estas iniciativas son en su gran mayoría organizadas y promovidas por mujeres cuidadoras de personas que viven situación de dependencia. En este ámbito cobran relevancias las redes sociales de apoyo, que se articulan como elementos propios de cada cuidadora a través de las cuales se mantiene y se establece un soporte para hacer frente a las necesidades, tanto para la persona dependiente como para la cuidadora.

En Chile este fenómeno solo ha sido abordado parcialmente por el Estado, dado que a la fecha no existe una política nacional dirigida a las cuidadoras/res. Una de las principales barreras para avanzar en el tema de cuidados asociado a la dependencia, es la falta de definiciones básicas y estadísticas; a pesar de la cantidad de información disponible, aún no es posible tener una cifra respecto de la magnitud del problema en el país y los datos de los distintos estudios no son comparables debido a su alta heterogeneidad.

Las distintas fuentes de información que utilizan los estudios, los que se enfocan en distintas poblaciones y utilizan distintas definiciones e instrumentos, dificultan el análisis de la evolución del tema a lo largo del tiempo. Lo anterior es necesario para que este tema sea identificado como un problema, se priorice en el país y con ello procurar el ingreso a la agenda pública con el fin de ser abordado íntegramente y dar soluciones concretas.

En relación a lo anterior, a la fecha, solo existe un programa de apoyo denominado Chile Cuida, dirigido a adultos y adultas mayores, personas en situación de discapacidad y sus cuidadoras. Sin embargo, este programa tiene una serie de barreras de acceso razón por la cual se desarrolla solo en veintidós comunas del país. El trabajo de cuidados en su gran mayoría no recibe retribución económica, salvo un grupo muy reducido de cuidadoras/res informales de personas con discapacidad severa, que reciben un beneficio por parte del Estado denominado estipendio que consiste en un pago mensual de \$ 31.589 (treinta y un mil quinientos ochenta y nueve pesos). Este beneficio no tiene carácter universal por lo que deja fuera de su cobertura a un enorme número de cuidadoras/es, está supeditado al presupuesto anual disponible. Asimismo, existe apoyo de carácter asistencial proporcionados por las oficinas comunales consistente en insumos básicos de primera necesidad, lo cual no se realiza de manera frecuente.

En general la oferta pública actual es absolutamente sectorial, es fragmentada, ya que el cuidado y la dependencia son materias abordadas en forma separada

y en cuanto a su focalización, lo poco que existe tiene cobertura acotada, sin lograr satisfacer la realidad del cuidado a nivel país.

En Chile, se identifica una carencia de políticas públicas sobre el tema, considerando a las organizaciones gubernamentales de bienestar como un área subalterna, visualizándolo como “una cuestión de mujeres” y no como un tema de Estado. Esta realidad difícilmente mejorara en un futuro inmediato, sino se trabaja progresivamente en la aplicación de mejores prestaciones públicas y en revertir la ineficacia del actual sistema para afrontar todas las demandas de cuidado, ya sea por carencia de estructura, gestión de centros y de profesionales formados. Algunos países han desarrollado políticas que consisten en prestaciones de servicios que benefician a personas con dependencia con el fin de aliviar la sobrecarga del cuidador/a (Ormeño, 2020), los/las cuales se presentan en detalle y separadas por país en la siguiente tabla:

Políticas dirigidas a cuidadoras/es principales de adultos mayores dependientes: Comparado de países.

	Seguro Dependencia	Financiamiento	Administrador de Fondos	Prestaciones	Otras políticas de apoyo
Alemania	Dos pilares: público y privado	<b>Sistema Público:</b> % ingreso bruto de los trabajadores más cuota seguro de dependencia pagado por la familia (% varía si tiene hijos). <b>Sistema Privado:</b> % ingreso bruto de los trabajadores más prima individual.	<b>Sistema Público:</b> corresponde al Sector Público de Salud. <b>Sistema Privado:</b> administradores de los fondos de seguros de salud privados.	Cuidado en el hogar, cuidado institucional y beneficios a cuidadoras/es informales.	<b>Centros Diurnos:</b> ofrecen atención durante el día al adulto dependiente con el fin de aliviar la sobrecarga del cuidador.
España	Exclusivamente Público.	Usuarios, regiones y el Gobierno Central.	Administrados por las comunidades autónomas.	Servicios, asistencia personal; y otras prestaciones tales como: centros de día, atención	<b>Centros Diurnos:</b> Atención durante el día a adulto dependiente para aliviar la sobrecarga del cuidador.

				domiciliaria y centros de larga estadía.	<b>Servicios de Estancia Temporales o Centros de Respiro:</b> Entregan atención integral por un periodo limitado (fines de semana, feriados, vacaciones) entregando tiempo libre y descanso al cuidador. <b>Programa de comidas a domicilio:</b> Libera al cuidador de la compra de alimentos y su preparación.
Japón	Exclusivamente Público.	Estado coloca recursos vía impuestos que se complementa con un copago de los trabajadores.	Municipalidades.	Provee servicios en el hogar, centros de cuidados y medidas preventivas de salud.	<b>Centros Diurnos:</b> Atención durante el día al adulto dependiente para aliviar la sobrecarga del cuidador. <b>Servicios de Estancia Temporales o Centros de Respiro:</b> Atención integral por un periodo limitado (fines de semana, feriados, vacaciones) a fin de entregar tiempo libre, descanso al cuidador.
Suecia	Exclusivamente Público.	Tanto de los usuarios como del Gobierno a través de una subvención, además de impuestos locales.	Municipalidades.	Servicios de cuidados institucional, cuidados en el hogar y beneficios para cuidadoras/es informales.	<b>Centros Diurnos:</b> Atención durante el día al adulto dependiente con el fin de aliviar la sobrecarga del cuidador. <b>Servicios de Estancia Temporales o Centros de Respiro:</b> Atención integral por un periodo limitado (fines de semana, feriados, vacaciones) para entregar tiempo libre y descanso al cuidador. <b>Programa de comidas a domicilio:</b> Libera al cuidador de la compra y su preparación.
Estados Unidos	<b>Sistema Privado:</b> Cubre rehabilitación solo a corto plazo. <b>Sistema Público:</b> Tiene restricciones; Estadías en hogares de corta duración (Medicare) y	<b>Sistema Privado:</b> A través del pago de una prima a las aseguradoras privadas. <b>Sistema Público:</b> Se financia con	Aseguradoras Privadas en el caso del Sistema Privado. Sistema Público a través del Gobierno	Los servicios se entregan a todos los adultos mayores dependientes tras el pago de una prima anual	<b>Centros Diurnos:</b> ofrecen atención durante el día al adulto dependiente con el fin de aliviar la sobrecarga del cuidador.

	ser autovalente, poder bañarse, comer y vestirse (Medicaid) foco de atención son los dependientes menores de 60 años.	impuestos generales.	Federal (Medicare) y Estatal (Medicad)	y un cobro por día de cuidado.	
--	---	----------------------	--	--------------------------------	--

Fuente: Elaboración propia basada en el informe de políticas dirigidas de cuidadores/as principales de adultos mayores dependientes: Comparado de países (Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos).

Desde un enfoque de género, resulta evidente que la situación vivida por las mujeres cuidadoras familiares, corresponde a una problemática intersectorial, cualquier estrategia en su abordaje debe considerar la intervención coordinada de instituciones, traducidas en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados a la pérdida de salud física y emocional, en sus relaciones sociales y familiares; y en la disminución de las posibilidades de mantener un trabajo remunerado (Fonseca, 2020).

En cuanto al reconocimiento social de la labor de cuidadoras, en concreto perciben que la sociedad tiene una percepción reduccionista de lo que es el cuidado (Cortés et al., 2020).

Los estudios reafirman, desde una perspectiva feminista, el escenario desigual del cuidado y la insuficiencia de políticas públicas para abordar el bienestar de las cuidadoras principalmente las informales. Otros resultados relevantes que se han podido identificar, son las diversas actividades y tareas que componen la cotidianidad del trabajo de cuidado de personas en situación de dependencia, que se asocian a una serie de acciones de gestión, que no solo se asocia a lo mental, sino también a lo médico y lo institucional. Resulta interesante enfatizar que este último tipo de gestión, se ha observado en aquellas cuidadoras pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos, quienes al no poder

acceder a ciertos servicios, dependían exclusivamente de la provisión estatal y municipal. Las cuidadoras han reconocido el desafío de incorporar al trabajo de cuidado, el trabajo doméstico y otros trabajos informales para compensar la vulnerabilidad asociada a la carencia de recursos económicos o una remuneración, lo que permite observar que ellas desempeñan en forma paralela dos trabajos no remunerados en un mismo espacio (Grandón Valenzuela, 2021). Otros estudios hacen alusión a que la sobrecarga se manifiesta en: 1) desatención de la propia salud, proyecto vital y vida social; 2) deterioro familiar, relacionado con dinámicas culposas, rabiosas y manipuladoras; 3) ansiedad o frustración por falta de preparación y conocimiento técnico en el cuidado de pacientes dependientes. Sin embargo, también muestran que se obtienen beneficios de las labores de cuidado, como la tranquilidad moral, la compañía, estar ocupado y activo, y beneficios económicos (Rea et al., 2021).

Visto de este modo, si bien investigaciones especifican en ahondar sobre la relación entre género, cuidados y dependencia desde una perspectiva feminista aun así, resultan necesarias futuras investigaciones que profundicen y complejicen el análisis, intencionando otras relaciones a las ya expuestas en pos de pensar interseccionalmente este problema, con variables como la clase social, condición de salud de la persona cuidada, tipo de vínculo entre cuidadora/or y persona cuidada, migración y cadenas globales de cuidado y organización política de cuidadoras/res.

Las cuidadoras/es informales de personas en situación de dependencia se enfrentan a diario a grandes retos personales. La mayoría de ellas tiene que aprender de forma sobrevenida las habilidades necesarias para prestar un cuidado de calidad. La vinculación que tienen con la persona a la que cuidan hace que sientan una mayor responsabilidad, obligación y presión asistencial. Además de lo anterior, el cuidado ocupa gran parte de su día a día, teniendo en ocasiones, que renunciar a sus puestos de trabajo, disminuyendo así su poder adquisitivo, y afectando lo anterior a todo el núcleo familiar. Esta situación suele mermar las relaciones sociales y disminuir el tiempo de ocio. Es por ello que generalmente están sometidas a una gran carga física y emocional (Cortés et al., 2020).

Es posible concluir que el problema no radica sobre ellas como cuidadoras o sobre las apreciaciones que ellas poseen, sino más bien, está en el sistema donde los apoyos sociales se unen y forman el tejido que sostiene dicho trabajo, pues los diferentes órganos que componen la sociedad ven a las mujeres cuidadoras como sujetas capaces de renunciar a sí mismas por el bienestar del otro/a. Lo anterior, no significa que las mujeres no deseen participar en el trabajo remunerado, sino que ajustan su participación a los trabajos de cuidados. Frente a esto, se plantea que la relación de los cuidados en las sociedades latinoamericanas se vuelve especialmente conflictiva y resulta ser una fuente de tensión para las mujeres, puesto que, por un lado, está el mandato de cuidar y, por el otro, la configuración cada vez más fuerte y generalizada de ser mujeres

que participan de los procesos educativos, laborales y políticos (Fuentes & Garcés, 2020).

Por lo tanto, los esfuerzos institucionales deben ir encaminados también a programas y políticas que promuevan la equidad de género, el tema de compartir las responsabilidades familiares y de reproducción social y la forma de renegociar estas responsabilidades (Rea et al., 2021).

Estudios presentan información relevante sobre las características particulares de las cuidadoras, donde la avanzada edad cobra una importante relevancia, ya que las personas mayores no solo son receptoras de cuidados, sino también proveedoras de estos, donde las condiciones de su trabajo son tan deficientes que dejan en evidencia su deteriorada condición de salud, ya que la mayoría presenta problemas físicos y psicológicos, tensiones y conflictos importantes debido a la carga histórica de realizar dicho trabajo, en muchos casos personas mayores cuidando a otras personas mayores, las cuales no cuentan con un tejido social amplio (Fuentes & Garcés, 2020).

Importante señalar también lo relevante que resulta la constitución de la organización de las mujeres que cuidan, pues desafía modos unívocos para pensar alternativas y soluciones a las crisis del cuidado, siendo así no solamente el Estado la única vía a la cual apelar, sino que también ponen de manifiesto la posibilidad de realizar prácticas de resistencia allí donde operan las relaciones de poder. Este hallazgo evidencia como las mujeres se desplazan desde un espacio sujeto – víctima a otro donde afirman su capacidad de

autodeterminación. Estas surgen intencionadamente como una propuesta crítica de organización ante un malestar común, que, para este caso, deriva de una inequitativa y sexista organización social del cuidado (Grandón Valenzuela, 2021).

Para la investigadora Irma Fonseca Mardones (2020), existe una manifiesta diferencia en cómo hombres y mujeres asumen el cuidado en relación con las tareas de las que se hacen cargo y del tiempo que les destinan. De acuerdo con esto, los hombres, generalmente proporcionan menor cantidad de apoyo, manteniendo mayor distancia afectiva con la persona a quien cuidan y solicitan con mayor frecuencia asistencia de sus familias. Al contrario, las mujeres generalmente asumen los cuidados más pesados relacionados con la asistencia en actividades de autocuidado e instrumentales, así como labores de acompañamiento y vigilancia, destinando más horas al día al cuidado en relación con los hombres.

En este mismo sentido, estudios han afirmaron que la salud de las mujeres se afecta más que la de los hombres producto de ser cuidadoras familiares. Algunos/as autores/as atribuyen este mayor impacto en la salud, al hecho de que las mujeres utilizan estrategias de afrontamiento menos efectivas que las empleadas por los hombres o a una peor utilización de mecanismos de amortiguación del estrés. Cuando la carga del cuidado se reparte equitativamente entre ambos sexos, la diferencia en el compromiso de la salud disminuye o desaparece.

La investigadora Patricia Rea Ángeles y sus colaboradoras (2021), resaltan la identificación de las representaciones sociales de las personas mayores en torno al cuidado y se muestra que estas personas mayores prefieren el cuidado de las mujeres, sobre todo de las hijas, por encima del cuidado de los hijos, debido a su condición de “ser mujer” sus virtudes femeninas, su posición sexual del trabajo y la calidad de sus cuidados, en tanto, la presencia del hombre se ve como una figura inusual en las labores de cuidado. Dan cuenta además que las personas mayores perciben el cuidado de forma ambivalente, por un lado, lo perciben como algo “indeseable” porque lo asocian con “ser dependiente” o “un sujeto social inútil”, por otro lado, no requerir de cuidado representa un símbolo de vejez “funcional y autónoma”.

La revisión realizada y los insumos destacados en este estudio permiten identificar, mediante distintas fuentes de información, que uno de los sectores más vulnerados en sus derechos humanos son las personas adultas mayores de bajos ingresos que cuidan y son cuidadas, y cuyas trayectorias de vida están atravesadas por diversas desigualdades acumuladas. La situación de vulnerabilidad que experimentan las mujeres, personas con discapacidad, personas mayores, personas en situación de pobreza, entre otras, permite reflexionar sobre la necesidad de la creación de un sistema de cuidados con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos.

En todos los casos se evidencio que el cuidado en situaciones de dependencia representa un elevado gasto económico, cuestión paradójal con el hecho de que

este trabajo no sea remunerado, pese a su alta especialización y demanda. Como consecuencia, las mujeres han debido desarrollar estrategias de autogestión laboral, tanto para cubrir su subsistencia, así como para poder mejorar parcialmente sus condiciones de vida, que se observan precarizadas (Grandón Valenzuela, 2021).

En relación a la influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares se encuentran las siguientes reflexiones ¿realmente es posible considerar que son las mujeres quienes han trazado el rol de cuidador familiar? o más bien, ¿este corresponde a un rol escrito para ellas por estructuras patriarcales muchos años atrás y reeditado periódicamente?, cuando las mujeres desempeñan el rol de cuidador ¿Qué tanto de las acciones, labores y significados atribuidos nacen de ellas mismas y cuanto es emanado de mandatos y estereotipos de género asumidos como naturales?, ¿son las mujeres realmente libres para decidir inscribirse en la larga lista de cuidadores familiares? (Fonseca, 2020).

Desde una perspectiva feminista, se requiere también profundizar en el trabajo de cuidados y el trabajo doméstico, analizando de forma crítica las estructuras sociales reproductoras del modelo actualmente construido. El cuidado para la sostenibilidad de la vida es un trabajo empobrecedor, en el cual se involucran factores económicos y emocionales que acrecientan la vulnerabilidad, especialmente, de las mujeres mayores (Fuentes & Garcés, 2020).

Es dable señalar que para poder intervenir en determinados sectores de la población, en especial, aquellos en los que se encuentran en situación de gran invisibilidad y reconocimiento, es necesario su estudio para comprender sus situaciones, establecer diagnósticos que permitan la intervención y puesta en marcha de programas y proyectos para mejorar su calidad de vida. Este trabajo pone en evidencia la problemática del cuidado, pero también proporciona alternativas de las cuidadoras de personas en situación de dependencia en el hogar que pueden ser escuchadas para mejorar su calidad de vida y la de las personas a las que cuidan (Cortés et al., 2020).

El análisis de cuidados debe abarcar las características de las personas receptoras de cuidados, pero también a quienes lo proveen. En América Latina y el Caribe se caracterizan por mantener una injusta organización social de los cuidados, dado que la responsabilidad para llevarlos a cabo está distribuida desigualmente. Responden a un modelo familista, con una participación limitada del Estado, con una oferta de mercado limitada y segmentada, y con una provisión comunitaria insuficiente y segregada. En definitiva, se trata de llevar a la esfera pública una temática antes considerada en la esfera privada y crear una política de cuidado que este fundamentada en el enfoque de derechos. El gobierno tiene la responsabilidad de generar una política de Estado que aporte al bienestar del cuidado y propicie una política igualitaria entre hombres y mujeres frente a la tarea del cuidado desde la niñez a la vejez, o cuando la dependencia o la discapacidad aparezca en el curso de la vida (Rea et al., 2021).

### **III. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **1. Objetivo general.**

Analizar los factores sociales, competencias técnicas y políticas que inciden en la ausencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género, de la labor de cuidadoras/res informales, en los PLADECOS de la provincia de Chiloé 2018-2026.

#### **2. Objetivos específicos.**

- 2.1. Caracterizar la realidad de las mujeres y hombres cuidadoras/es informales en la provincia de Chiloé.
- 2.2. Identificar los factores sociales que determinan la incorporación de lineamientos con enfoque de género en las tareas de cuidado informal en los planes de desarrollo local de las comunas de la Provincia de Chiloé.
- 2.3. Describir las competencias técnicas que permitan la presencia/ausencia de la incorporación de lineamientos con enfoque de género en las tareas de cuidado informal en los planes de desarrollo local de las comunas de la Provincia de Chiloé.

### **IV. METODOLOGÍA.**

1. Planteamiento del problema: La investigación es de carácter cualitativo considerando los objetivos definidos por el investigador, dado que se pretende indagar en un fenómeno humano y una problemática social que para su comprensión requiere un análisis complejo, donde el investigador se acerca a los sujetos que quiere estudiar y comparte con ellas/os su

cotidianeidad, en la cual los eventos y sucesos siguen su curso natural, lo que facilita una relación horizontal que permite indagar sobre sus emociones, ideas, pensamientos e intenta comprenderlos dentro del marco de valores, normas y significados del grupo estudiado.

2. Selección y justificación del diseño de investigación y definición de los objetivos de investigación: Para responder a los objetivos del estudio se adoptaron dos estrategias de recolección de información y datos cualitativos, siendo una de ellas la entrevista semiestructurada en base a preguntas abiertas, las que se aplicaron a cuidadoras/es informales y a las/as encargadas/os de las oficinas de planificación comunal de la provincia de Chiloé; por otra parte, se revisó documentación secundaria correspondiente a los PLADECO de las diez comunas de la provincia e información obtenida de estamentos públicos a través de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.
3. Selección y justificación de los casos a investigar: Se utilizó un muestreo no probabilístico, teórico y dirigido con criterio de saturación de la información, entendido este último criterio como el agotamiento de información nueva. Los criterios de inclusión de las y los cuidadores/as fueron los siguientes: hombres y mujeres cuidadoras; cuidar de manera informal sin recibir remuneración y en su propio domicilio; y ser cuidador o cuidadora de persona en situación de dependencia severa en la provincia de Chiloé. Para los encargados de las oficinas de planificación comunal el criterio de inclusión

fue: estar a cargo de la referida oficina o en su defecto el subrogante, quién haya participado en el proceso de diseño del PLADECO, el directivo más idóneo o quién designe la autoridad comunal. Los participantes fueron seleccionados con la colaboración de informantes clave que conocían en profundidad la problemática, lo que aseguró la calidad del proceso en cuanto a que las cuidadoras/es cumpliera con todos los criterios de selección definidos por el investigador. Posterior a la selección las y los participantes firmaron el consentimiento informado y se realizaron las entrevistas que fueron grabadas y filmadas.

4. Recolección de los datos: Como instrumento de producción de información se creó una entrevista semiestructuradas por su carácter conversacional flexible, de treinta y cuatro preguntas que fue elaborada teniendo en cuenta las dimensiones que dan respuesta a los objetivos (*Anexo 3*). La pertinencia y factibilidad de aplicación del instrumento fue validado por docentes del programa de estudios. La entrevista se aplicó a cinco cuidadoras/es en sus respectivos hogares y a encargadas/os de la secretaria de planificación comunal de cinco municipios de la provincia de Chiloé, previo consentimiento informado (*Anexo 4*) fueron grabadas en video y audio respectivamente, entre los meses de noviembre del 2021 y julio del 2022. Para llevar a cabo las entrevistas de las cuidadoras/es se contó con informantes claves que facilitaron el acceso al trabajo de campo garantizando la validez de la información y criterios de calidad.

5. **Análisis de los datos:** Las entrevistas fueron transcritas y se hace un análisis de contenido, interpretando la información bajo las dimensiones definidas en el marco conceptual. Para facilitar el análisis de la información se utilizó el software cualitativo *Atlás.ti*. Se utilizó códigos inductivos y deductivos, con el fin de realizar una revisión e interpretación acuciosa de la información, además de determinar unidades de codificación emergentes para lograr dar cuenta de palabras claves, frases o expresiones con las que las/los entrevistadas/dos pudieran estar refiriéndose a alguna de las dimensiones, en respuesta de alguna de las preguntas asociadas. Además se realizó una codificación selectiva para completar las descripciones con las categorías emergentes. El análisis simultáneo de la información permitió la comprensión de la misma, la cual fue integrada a cada categoría para delimitar los hallazgos y conclusiones; así, se redactó el informe final tras un proceso de relación, comparación y reducción de los incidentes pertinentes a cada categoría.

En cuanto a los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO) se realizó una selección mediante el software *Atlás.ti*, utilizando la codificación automática, bajo los parámetros de las palabras relacionadas con el concepto de “cuidadora/or informal” y “perspectiva de género”. Posteriormente y dado que ninguno de los PLADECO incorpora a las cuidadoras/es en su diagnóstico, ni en el diseño, ni en los lineamientos estratégicos de desarrollo, ni en los programas y actividades, se determinó en función de lo anterior, seleccionar

cinco de las diez comunas considerando: la capital provincial, la comuna más austral, la con mayor población rural, la con mayor cantidad de islas y la con mayor población adulta mayor.

La información cuantitativa disponible se analizó y se trianguló con la información cualitativa, así se utilizaron dos o más fuentes que permitieran corroborar y verificar la coherencia entre las distintas fuentes de información.

Para la presentación de la información se diseñaron tablas que grafican de manera simple y detallada los datos recogidos en el trabajo de campo.

## V. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

### 1. Caracterizar la Realidad de las Mujeres y Hombres Cuidadoras/e Informales en la Provincia de Chiloé.

#### 1.1. Experiencia del cuidador/a.

Tabla 1. Caracterización del cuidador/as que participaron en la investigación.

Nombre	Edad	Profesión u Oficio	Parentesco	Condición Salud	Tiempo cuidando	Cuenta con capacitación
Sandra	49	Labores de hogar	Esposo (52)	Mielitis Trasversa	8 años	No
Cecilia	37	Labores de hogar	Hijo (19)	Parálisis cerebral	19 años	No
Cristofer	27	Trabajo ocasional	Madre (62)	Artrosis reumatoide	9 años	No
Sonia	65	Jubilada	Esposo (64)	Tumor en la columna	5 años	No
Judith	71	Jubilada	Hijo (36)	Leuco encefalopatía	4 años	No

Fuente: Elaboración propia a partir del trabajo de campo, 2022.

La tabla presenta información general relacionada con el perfil sociodemográfico del/la cuidador/ar informal en la provincia de Chiloé, las características que a continuación se detallan, identifican claramente la forma en que se desarrolla el cuidado informal que involucra variados elementos: el tiempo, el contexto y quién lo desarrolla. (*anexo 2, p. 1*)

En general el cuidado informal es asumido por una única persona, quien toma el rol de cuidador/a principal, situación que se presenta en todos los casos.

El cuidado es asumido mayoritariamente por mujeres, de las cinco personas entrevistadas, cuatro son mujeres cuidadoras.

Las edades del cuidador/as fluctúan entre veintisiete y setenta años, destacando que dos de ellas son adultas mayores, lo que cobra una importante relevancia, ya que las personas mayores no solo son receptoras de cuidados, sino también proveedoras de estos (Fuentes & Garcés, 2020). Estas dos mujeres cuidadoras adultas mayores, están atendiendo las necesidades de su pareja, lo cual puede implicar el descuido de su propio bienestar (Rea et al., 2021). En definitiva, culminan su periodo del ciclo vital como cuidadoras de un miembro de su familia, en este sentido la ocurrencia de entregar o ser receptor de cuidados se hace presente en cualquier momento de la vida y por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

En relación al lugar donde los/as cuidadores/as informales entrevistados/as proporcionan los cuidados, se puede señalar que estos son suministrados en la vivienda o domicilio que ambos comparten y constituye su entorno cotidiano, todos los cuidadores/as entrevistados/as conviven con la persona dependiente y mantienen una relación afectiva y/o vínculo cercano de parentesco (esposo, hijos, madre).

En cuanto a la condición de salud de las personas receptoras de cuidados es importante destacar que la situación de dependencia de cuatro de ellos fue

adquirida producto de enfermedades y no a causa de la edad, solo un caso tiene su origen desde el nacimiento.

En relación a los años que llevan desempeñando las labores de cuidado, estos van de cuatro a diecinueve años. De la información obtenida de los/as cuidadores/as entrevistados/as, se puede señalar que el cuidado informal es proporcionado diariamente en una jornada sin principio ni fin, de forma intensa y tienen una duración prolongada de años. Por otra parte, todas/os las/os cuidadoras/es trabajan más de ocho horas diarias en las tareas de cuidado, labor que realizan sin recibir remuneración y tienen a su cargo el cuidado de un familiar directo en situación de dependencia severa.

Desde el punto de vista laboral, los/las cuidadores/ras informales de personas en situación de dependencia severa entrevistados/as, ven reducida su participación en el mundo laboral y sus probabilidades de trabajar, debido a la intensidad de tiempo que demanda el cuidado. Ninguno de los entrevistados/as declara tener una ocupación laboral remunerada, solo uno de ellos/as señala realizar trabajos ocasionales, cuando la persona dependiente duerme.

El nivel educativo de los/as cuidadores/as en general es bajo, ninguno de ellos/as cuenta con estudios superiores, solo dos tienen enseñanza media completa y tres sólo estudios básicos.

De forma específica, el apoyo social en el ámbito del cuidado informal proviene de la red informal, en su mayoría de amigos/as y vecinos/as, esta relación ha sido

identificada por los mismos/as entrevistados/as de manera positiva y significativa en su desempeño.

Las cuidadoras/es se enfrentan a una situación sobrevenida y compleja, para la que generalmente carecen de formación, ya sea propia o por parte de otros/as profesionales. En este sentido los/las cuidadoras/es señalan no haber recibido ningún tipo de capacitación al asumir la labor de cuidados, los conocimientos y el desarrollo de habilidades adquiridas lo han producido desde su mismo espacio relacional en el día a día. (Cortés et al., 2020).

## **1.2. Rol de cuidadoras y cuidadores.**

A través de las entrevistas realizadas a las/los cuidadoras/es, se observó (*anexo 2, p.2*) que todas ellas y ellos asumieron la tarea de cuidados sin cuestionamientos, considerándolo como un deber moral respecto de los hijos, madre y esposos. De esta manera, se genera la “paradoja de la decisión”, ya que la decisión de cuidar es libre, pero está moralmente forzada a aceptarse (Fuentes & Garcés, 2020). Además se advirtió que las/los cuidadoras/es, al afrontar inesperadamente la tarea de cuidados, han tenido que hacer frente a la fase de negación, logrando con el tiempo aceptar su situación, asumir la realidad y los hechos que han ocurrido, aprendido a convivir con su dolor emocional, sin pretender cambiarlos han aprendido de su labor, experimentando satisfacción personal, tranquilidad espiritual, desarrollando empatía y amor incondicional hacia la persona que cuidan, lo que podemos considerar como los aspectos positivos del trabajo de cuidados.

*“Eh, en este momento, mire discúlpeme que le diga pero soy orgullosa, me siento orgullosa de cumplir este rol de de de ayudar a otra porque en general es mi esposo mi marido pero igual e un compromiso me siento orgullosa de mí” (Sandra).*

En relación al reconocimiento de la labor que realizan, señalan las/los cuidadoras/es informales, que en general no existe un reconocimiento social de su trabajo, solo casos aislados de vecinos/as que conocen su situación y ofrecen ayuda. Ciertas características del cuidado familiar afectan su visibilidad y reconocimiento social, como es el hecho de desarrollarse dentro del ámbito doméstico en forma no remunerada, en virtud de relaciones afectivas o de parentesco y ser realizado principalmente por mujeres, razones que han contribuido a que los/as cuidadoras/es familiares sean un grupo social invisible (Fonseca, 2020). El esfuerzo y dedicación depositados en el día a día, solo es reconocido por quienes reciben sus cuidados, lo que les ayuda a estar más motivadas/os y les da fortaleza para continuar con su labor.

*“Bueno es que la gente, mucha gente que conoce a mi mamá y me conoce a mí los saben lo que yo hecho por mi mamá y siempre me dan las gracias que por mi mi mamá está viva todavía, cosas así” (Cristofer).*

Respecto a la postergación de sus vidas, solo el cuidador señala que su vida no ha sido postergada, en tanto las cuidadoras manifestaron que sí sienten postergación, pero concluyen que hay que seguir adelante. Estudios afirman que la salud de las mujeres se afecta más que la de los hombres producto de ser cuidador familiar y se atribuye este mayor impacto en la salud, entre otras cosas, al hecho de que las mujeres utilizan estrategias de afrontamiento menos efectivas

que las empleadas por los hombres o a una peor utilización de mecanismos de amortiguación del estrés (Fonseca, 2020).

En cuanto a lo relacionado con el agotamiento físico y mental, todas las cuidadoras/es señalan sentirse cansadas/os. El trabajo de cuidados de personas en situación de dependencia es sumamente demandante y posee escasos márgenes de flexibilidad (Grandón Valenzuela, 2021).

*“Si igual de repente, mucho (suspira), si igual, igual de repente uno eh necesita su espacio necesita descansar pero bueno como le digo yo no puedo, esto porque ya yo soy el pilar acá que: “yo pago la luz, yo pago el agua, yo esto yo lo otro, todo” (expresión de resignación)” (Sandra).*

Los efectos sobre la salud de las cuidadoras/es, están asociados además de la sobrecarga, a la postergación del cuidado propio (Grandón Valenzuela, 2021).

Respecto a la última visita al médico, el cuidador señaló que hace cuatro años fue su última visita; una de las cuidadoras señaló que la última visita fue hace nueve años, producto de una parálisis facial y depresión, pero asegura que ya se recuperó y tiene que estar bien porque si está mal quién cuidará de su hijo, comentando que además tiene otro hijo con discapacidad.

Otra cuidadora, señaló haber sido atendida por un médico hace ocho años atrás, al visitar a su esposo cuando éste enfermó, y quién le consultó si quería ser atendida por una psicóloga, a lo que ella respondió “No, no nada, no quiero nada psicólogo porque así yo estoy bien”. En tanto otra cuidadora, manifestó visitar regularmente al médico, dado a que tiene que controlarse regularmente debido a sus enfermedades.

Una de las cuidadoras indicó que la última vez que visitó al médico fue cuando necesitó obtener una licencia psiquiátrica para poder acompañar a su esposo a quién cuida, al centro de rehabilitación del Club de Leones ubicado en la ciudad de Punta Arenas, no obstante al ser diagnosticada con depresión, no aceptó el diagnóstico y tratamiento.

*“Cuando yo necesite sacar una licencia psiquiátrica, porque nosotros tuvimos que irnos, mire que todo eso, tuvimos que irnos a Punta Arenas, dejar mi casa, ya, estuvimos en Punta Arenas dos años en el centro de rehabilitación”; “Yo fui por esa licencia y resulta que el doctor psiquiatra me dijo: Por Dios señora me dijo, si, ningún problema yo le doy al tiro la licencia dijo porque solo verlo a usted dijo usted está con una depresión grande, yo le dije doctor no me hable de depresión porque yo no acepto eso”; “Inclusive me dio tres recetas de este porte de esta hoja (muestra hoja tamaño oficio) tres recetas, tres remedios y yo doctor que quiere que haga le dije, que yo tome estos tres medicamentos ¿y quién me cuida a mi esposo?... miya me dijo teni que tomarlo o sino después te voy a ver encerrar me dijo, yo le dije no doctor” (Sonia).*

La tarea de cuidados es un riesgo constante para la salud de la cuidadora/or, debido a la dedicación constante, el agobio producido por la necesidad de compatibilizar trabajo y cuidado, la ausencia de periodos de descanso o de respiro, la despreocupación de sí mismas/os de su salud. En general para las cuidadoras/es delegar la tarea de cuidados es una decisión que cuesta, no obstante delegar la responsabilidad del cuidado permite disponer de tiempo de respiro que favorece la salud física y mental. En este punto, las/los cuidadoras/or señalan estar dispuestas/os a delegar el cuidado solo a un familiar o persona de confianza.

### **1.3. Desafíos del trabajo o apoyo.**

Respecto a las actividades del cuidado, éstas se asocian al trabajo doméstico, como cocinar, ordenar y limpiar, y son aquellas que proveen de las condiciones materiales para el trabajo de corpocuidado (Grandón Valenzuela, 2021). Todas/os los participantes reconocieron (*anexo 2, p.3*) adecuarse a los tiempos para poder realizar las tareas domésticas y conciliar paralelamente el trabajo de cuidados, solo el cuidador y una cuidadora señalaron recibir ayuda de sus familiares que viven en el mismo domicilio, en tanto las otras cuidadoras manifestaron que viven solas con la persona que cuidan y reciben ayuda muy esporádicamente y por tiempo acotado de familiares que viven en la comuna.

Como se ha evidenciado, las entrevistadas/do reconocen que les resulta difícil poder realizar las actividades domésticas durante el desarrollo de la tarea de cuidados, no obstante como medida de autocuidado para aliviar el estrés y la carga de trabajo, dentro de las posibilidades manifestaron realizar actividades muy diversas, como aprovechar de salir a comprar las cosas para la casa cuando la persona que cuidan duerme, también dedican tiempo a la lectura, escuchar música e incluso bailar con el dependiente, hacer ejercicios, actividades que les permite relajarse y desconectarse.

*“Me gusta leer cuando tengo tiempo, me gusta escuchar música eh bailar de repente aquí con él” (Cecilia).*

A través de la pregunta ¿participa en alguna Agrupación Social?, se pudo constatar que no existe un equilibrio entre participación social y el rol de cuidador/a informal; ya que ajustan su participación a las necesidades del

cuidado, viendo afectadas su vida cotidiana al producir en ellas/os mayor nivel de sobrecarga, aislamiento social, postergación en áreas relacionadas con el tiempo libre, ocio y esparcimiento. Tres de las entrevistadas/os señalan no participar en ningún tipo de agrupación y dos de ellas/os participan en agrupación de carácter religioso, donde encuentran principalmente apoyo, distracción y descanso.

La municipalidad es la institución más cercana a la comunidad, son una pieza clave en la vinculación con la ciudadanía por la proximidad que tienen con las personas; entre sus funciones se encuentra la relacionada con asistencia social, que puede ser entendida como la ayuda que se brinda a las personas para solucionar problemas de distinta índole. En relación a lo anterior, cuatro de las cuidadoras/es señalaron haber recibido ayuda municipal consistente en insumos de primera necesidad (pañales, toallas húmedas y alimentos) requeridos por la persona dependiente a quién le proporcionan apoyo, asistencia y cuidados en forma permanente.

En cuanto a la asistencia municipal, declaran no estar conforme con la frecuencia en la entrega de la ayuda y la consideran insuficiente. Por otra parte hacen mención a no recibir atención preferencial en las oficinas públicas, en general todas/os concuerdan en el reducido tiempo del que disponen para realizar trámites y gestiones fuera del hogar.

## 2. Identificar las Causas Sociales que Determinan la Incorporación de Lineamientos con Enfoque de Género en las Tareas de Cuidado Informal en los PLADECOS de la Provincia de Chiloé.

### 2.1. Registro Nacional de Discapacidad de Personas Cuidadoras.

La Ley N° 20.422 que Establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad; específicamente en la letra d) del artículo 6 da un concepto de cuidador; y en la letra b) del artículo 56 refiere a la inscripción en el registro nacional de discapacidad a cuidadoras/res de las personas naturales que presten servicios de apoyo o de asistencia a personas con discapacidad y estará a cargo del Registro Civil e Identificación.

Tabla 2. Personas naturales inscritas en el registro nacional de discapacidad que proporcionan servicio de cuidados en la provincia de Chiloé.

Registro Nacional de Discapacidad – Cuidadoras/es			
Comuna	Mujer	Hombre	Total
Castro	2	2	4
Ancud	3	1	4
Chonchi	-	-	-
Curaco de Velez	-	-	-
Dalcahue	7	2	9
Puqueldón	-	-	-
Queilen	-	-	-
Quellón	24	5	29
Quemchi	-	-	-
Quinchao	-	-	-
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>10</b>	<b>46</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el Registro Civil e Identificación (2021).

Consultadas las/los entrevistadas/o si se encontraban inscritas/o en el registro nacional de la discapacidad como cuidador/a, cuatro de ellas/os manifestaron no conocer su existencia, solo una de ellas señaló conocerlo pero no estaba inscrita (*anexo 2, p.4*).

Por otra parte, la tabla muestra un total de 46 personas en la provincia de Chiloé inscritas en el Registro Nacional de Discapacidad como cuidadora/or, cifra que no guarda relación con la realidad de cuidadoras/es informales, cuya cantidad corresponde a un total de 623 cuidadoras/es identificados a través del Programa de Atención Domiciliaria Integral PADI (*ver tabla 4*), situación que restringe la posibilidad de visibilizar el trabajo de las/os cuidadoras/es informales, como tampoco posibilita que la labor de cuidados sea reconocida como trabajo y quienes lo realizan como actores del mismo.

## **2.2. Redes institucionales y redes informales.**

Respecto de los beneficios otorgados por el Estado destinado a las cuidadoras/es, las/los entrevistadas/os, cuatro de ellas/os señalaron no conocer ningún tipo de beneficio, solo una de ellas comentó conocer el programa de atención domiciliaria integral para personas con dependencia severa (PADI), programa que presta atención integral (física, emocional y social) en el domicilio del dependiente, incorporando los ámbitos promocional, preventivo y curativo de la salud, así como también los ámbitos de seguimiento y acompañamiento centrado en la beneficiaria/o y su cuidadora/or, no obstante las cuidadoras/es señalan no ser incluidas en la atención. (*anexo 2, p.5*)

Tabla 3. Total de personas dependiente severas beneficiarias del programa PADI en la provincia de Chiloé.

Comuna	Género		Usuarios
	Mujer	Hombre	
Ancud	85	87	172
Castro	90	85	175
Dalcahue	46	29	75
Curaco de Velez	16	9	25
Achao	13	11	24
Chonchi	40	27	67
Puqueldón	17	7	24
Queilen	20	22	42
Quellón	48	34	82
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>311</b>	<b>686</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las Corporaciones de Salud y/o Departamentos de Salud de los Municipios de la provincia de Chiloé (2022).

La tabla muestra información separada por comuna sobre la cantidad de personas que presentan dependencia severa en la provincia de Chiloé y que se encuentran inscritas/os como beneficiarias/os del programa de atención domiciliaria integral (PADI), cifra que alcanza un total de 686 personas, la cuales por su condición de salud requieren necesariamente de una cuidadora/or para atender las necesidades más básicas de su vida diaria.

Es dable señalar que la comuna de Quemchi no cuenta con el programa de atención domiciliaria integral.

Tabla 4. Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes severas beneficiarias del programa PADI en la provincia de Chiloé.

Comuna	Género		Cuidadoras/es
	Mujer	Hombre	
Ancud	113	20	133
Castro	90	85	175
Dalcahue	32	11	43
Curaco de Velez	21	4	25
Achao	18	6	24
Chonchi	61	14	75
Puqueldón	24	2	26
Queilen	34	8	42
Quellón	74	6	80
<b>Total</b>	<b>467</b>	<b>156</b>	<b>623</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de las Corporaciones de Salud y/o Departamentos de Salud de los Municipios de la provincia de Chiloé (2022).

La tabla muestra información relacionada con la cantidad de cuidadoras/es de personas en situación de dependencia severa residentes en la provincia de Chiloé, alcanzando un total de 623 cuidadoras/es; cifra que solo representa a las/os cuidadoras/es informales cuyas personas receptoras de cuidado son beneficiarias del programa PADI, por lo tanto no están incluidos los cuidadoras/es informales de personas dependientes severas que no pertenecen al programa y tampoco las/os cuidadoras/es de personas con dependencia leve y moderada. Las cifras evidencian que la mayoría de las personas que cuidan son mujeres, alcanzando un total de 467 cuidadoras, equivalente al 75% del porcentaje total de cuidadoras/es; en tanto los hombres alcanzan un total de 156 cuidadores correspondiendo al 25% del porcentaje total.

Asociado al programa, una de las cuidadora señaló percibir el estipendio, que es un beneficio otorgado a través del programa de pago de cuidadoras/es de personas con dependencia severa, el cual consiste en un aporte monetario que entrega el Estado a la cuidadora/or de una persona con dependencia severa, es un beneficio no postulable, lo tramita el servicio de salud correspondiente al domicilio y consiste en el pago mensual de \$ 31.589 (treinta y un mil quinientos ochenta y nueve pesos) otorgado por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y pagado por el Instituto de Previsión Social (IPS).

Tabla 5. Total de cuidadoras/es de personas con dependencia severa que perciben estipendio en la provincia de Chiloé.

Comuna	Pagos de estipendio por comuna		Cuidadoras/es
	Mujer	Hombre	
Ancud	85	87	172
Castro	90	85	175
Dalcahue	46	29	75
Curaco de Velez	16	9	25
Achao	13	11	24
Chonchi	40	27	67
Puqueldón	17	7	24
Queilen	20	22	42
Quellón	48	34	82
<b>Total</b>	<b>375</b>	<b>311</b>	<b>686</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del Instituto de Previsión Social (2022).

Se puede concluir que las cuidadoras/es informales que perciben estipendio en la provincia de Chiloé, pertenecen a hogares de menores ingresos y de mayor vulnerabilidad, ya que se trata de un beneficio destinado a las familias cuya calificación socio-económica del causante conforme al Registro Social de Hogares se sitúan en los tramos de menores ingresos. Existe coherencia en

relación a la información presentada en la Tabla N° 3, en lo que respecta al número total de personas dependientes severas beneficiarias del programa PADI y el número de cuidadoras/es con dependencia severa que se encuentran percibiendo el estipendio.

### **3. Identificar las Competencias Técnicas que Permitan la Presencia/Ausencia de la Incorporación de Lineamientos con Enfoque de Género en las Tareas de Cuidado Informal en los PLADECOS de las Comunas de la Provincia de Chiloé.**

#### **3.1. Estadísticas con enfoque de género.**

Las Municipalidades en general no disponen de indicadores y estadísticas de género relacionadas con el cuidado informal. Lo anterior constituye una barrera para el diseño de políticas públicas que aborden el problema, al no contar con información suficiente para la elaboración de un diagnóstico, no se podrán identificar y atender las principales necesidades relacionadas con el trabajo de cuidados informal.

Durante las entrevistas se logra advertir que los encargados de las oficinas de planificación comunal, asocian de forma exclusiva la asistencia, apoyo y cuidados con los adultos mayores. (*anexo 2, p.6*)

Es dable señalar que la municipalidad de Curaco de Vélez es el único municipio de los consultados que dispone de datos con enfoque de género de cuidadoras/es a través del Centro de Salud Familiar (CESFAM) y único en ejecutar un programa con financiamiento propio, que coordinaba actividades para

los cuidadores/as en el sector urbano y rural de la comuna, donde se realizaban capacitaciones de autocuidado y actividades de relajación, para participar en las dichas jornadas debían contar con un cuidador de respiro que generalmente era un familiar, vecino o amigo, posteriormente por motivos de la pandemia dicho programa no se pudo seguir ejecutando.

### **3.2. Funcionario con conocimiento en planificación y género.**

En este punto, es dable señalar que ninguna de las municipalidades consultadas cuentan con profesionales formados en planificación y género que hayan participado en su elaboración (*anexo 2, p.6*). Según lo manifestado por los/as encargados/as, esto se debe a que todavía se ve a la tarea de cuidados como un problema privado y no como un problema social, y en cuanto al enfoque de género, no obstante de ser una política de Estado y se concibe como algo importante, no se aborda de igual manera, debido a la falta de voluntad política y de poder contar con profesionales con conocimiento en el tema y con la disposición de trabajar en la provincia de Chiloé, dada las características geográficas principalmente el aislamiento, también el tema de recursos es un factor siempre presente.

### **3.3. Programas con enfoque de género.**

En cuanto a la existencia de programas diseñados con enfoque de género destinados a las cuidadoras/es, el municipio de Curaco de Vélez se encuentra en la fase final de la gestión de un proyecto para el funcionamiento de un Centro de Día, establecimiento adecuado solo para recibir adultos mayores autovalentes,

que permitirá liberar a las cuidadoras/es de su labor durante el día, pudiendo así descansar, compatibilizar sus actividades domésticas y trabajo remunerado. En cuanto a los demás Municipios consultados, hacen mención a programas que han ejecutado o se encuentran implementando a través de las oficinas del adulto/a mayor y que dicen relación con políticas públicas orientadas solo a las personas adultas/os mayores como el Programa de Ayudas Técnicas del Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS), Programa Adulto/a Mayor del Servicio Nacional del Adulto/a Mayor (SENAMA). Por otra parte también hacen mención al Programa de Atención Domiciliaria Integral (PADI), que es ejecutado directamente por los Centros de Atención Familiar (CESFAM) bajo la administración de las respectivas Corporaciones o Departamentos de Salud Municipal, dirigidos a personas en situación de dependencia severa. También señalan que como municipalidades cuentan con otros programas dirigidos a las mujeres, como es el programa jefas de hogar y oficina de la mujer; no obstante estos programas no consideran a las cuidadoras/es informales. Por otra parte, como lo plantea la investigadora Caroline Moser (1995), estos programas ejecutan proyectos diseñados con enfoque MED (Mujer en el Desarrollo) que tienden a reproducir labores y oficios que históricamente han desempeñado las mujeres y que aumentan la ausencia de la mujer en los planes de desarrollo; por lo cual, la necesidad es considerar desde el diseño la perspectiva o enfoque GED (Género en el Desarrollo), es decir la mujer no puede ser vista aisladamente en

las relaciones de género, cuyo propósito es lograr la igualdad y equidad frente a los hombres.

Destacar que la comuna de Quellón cuenta con una agrupación constituida por cuidadora/es informales, y como señala la Alcaldesa subrogante y Jefa de la Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), al estar organizadas/os les ha permitido a nivel local desarrollar acciones colectivas con el fin de sensibilizar en relación a la problemática que los afecta y visibilizar la labor de cuidados.

Es preciso señalar, que ninguna de las municipalidades consultadas, han incorporado a las cuidadoras/es informales en los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO). (*anexo 1, p.8*)

#### **3.4. Voluntad política.**

No obstante lo señalado precedentemente, los encargados de las oficinas de Secretaría Comunal de Planificación (SECPLAN) entrevistados, de manera transversal manifestaron la viabilidad e importancia de poder incorporar la figura del cuidador/a informal en los Planes de Desarrollo Comunal (PLADECO), a través de la planificación y género. (*anexo 2, p.6*)

### **VI. CONCLUSIONES.**

A partir de los relatos de las entrevistadas/o se ha podido caracterizar la realidad de las mujeres y hombres cuidadoras/es informales en la provincia de Chiloé, donde los resultados confirman el primer supuesto de esta investigación, debido que el trabajo de cuidado informal en su mayoría es realizado por mujeres, cuya edad promedio es de cincuenta años (madres, esposas, hijas/os), además, como

lo señala la investigadora Lorena Cortés (2020) presentan carencia de un empleo remunerado, presentan bajo nivel educacional, dificultades económicas dado los costes derivados de su tarea de asistencia, destaca en alguna/o de ellos/as poder adaptarse y producir ingresos con trabajos esporádicos en la medida que el tiempo y la ocasión se los permita, los sectores que se ven más afectados son las personas con más necesidades, producto de su inicial situación: pocos estudios que también implican pocos recursos económicos.

El cuidado se lleva a cabo en el domicilio de la persona dependiente, comparten la misma vivienda; el asumir el cuidado devino producto principalmente por enfermedades que afectaron la autonomía de sus familiares cercanos, transformándose en personas en situación de dependencia; en general como lo plantea Cortés et al., (2020), las cuidadoras/es no cuentan con capacitación y han ido aprendiendo con la experiencia adquirida en el día a día; además presentan repercusiones en su vida social, dificultades para compatibilizar cuidados y otras responsabilidades; el apoyo social con el que cuentan diariamente esta circunscrito a la red informal compuesta por vecinos/as y amigos/as, solo en ocasiones esporádicas por algún familiar.

Las personas entrevistadas carecen de redes, tienen escaso capital social y cultural, lo que las limita aún más dentro de la situación que viven. Existe un consenso amplio respecto al impacto social que han experimentado sus vidas desde que asumieron la tarea de cuidados; poniendo el foco en los otros/as y no en ellas/os mismas/os, implicando así, una permanente postergación,

subordinando constantemente su propia salud al bienestar del/la dependiente lo que concuerda con lo planteado por Irma Fonseca (2020).

El cuidado y la dependencia no está vinculado necesariamente a personas adultas/os mayores como lo asocia frecuentemente el instituido por el imaginario social, sino que se trata de un riesgo de carácter universal que puede afectar a cualquier persona indistintamente su edad y no está vinculada necesariamente al envejecimiento sino que a enfermedades, defectos, padecimientos o dolencias, originarias o sobrevenidas.

En concordancia con lo planteado por Fuentes y Garcés (2020) en su investigación, las cuidadoras/or sufren enfermedades asociados a la tarea de cuidados, producto de la sobrecarga relacionada con la frecuencia e intensidad de la misma, por lo cual son considerados/as un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas desde el punto de vista sociosanitario, no tratadas por parte del sistema público y privado de salud. Tampoco existe un sistema de apoyo y protección universal que considere las necesidades específicas de las cuidadoras/es informal, que les garantice mantener una calidad de vida aceptable.

A pesar de las consecuencias negativas del cuidado, durante la investigación surgen hallazgos relacionados con los aspectos positivos como resultado de la provisión de estos, entre ellos se encuentran: la satisfacción personal, beneficio emocional, tranquilidad espiritual, amor incondicional y desarrollo de la empatía,

aspectos que deberían ser considerados en las políticas públicas, por una parte fortalecen el vínculo entre el cuidador/a y el receptor/a de cuidados.

Por otra parte los gobiernos locales reconocen la existencia del cuidado informal pero históricamente lo han abordado de manera asistencialista, como lo señala la investigadora Irma Fonseca (2020), estas ayudas no son acciones tendientes a promover situaciones de equidad, solo se satisface una necesidad inmediata, que reproducen el modelo actualmente construido, que acrecienta desde una mirada feminista la desigualdad entre hombres y mujeres.

En general las cuidadoras/es informales debido a las características de la labor de cuidados, se reducen al espacio privado donde se proporcionan, generándoles involuntariamente que se aíslen del entorno social, desconectándolas/os de todo lo que subyace en el proceso de la vida, no permitiéndoles estar conectadas/os con el acontecer nacional y poder acceder a información relevante relacionada con la labor de cuidados. En este sentido y confirmando lo anterior, las cuidadoras/es desconocen la existencia del Registro Nacional de Personas que Prestan Servicios de Apoyo o de Asistencia a Personas con Discapacidad, inserto en la Ley N° 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Por lo anterior se requiere contar con un registro nacional de cuidadoras y cuidadores informales que los considere de manera universal y considerando sus particularidades y el contexto específico de cada comuna, lo que permitiría conocer la magnitud del problema existente en torno al trabajo de

cuidados, con el propósito de focalizar los esfuerzos institucionales y económicos centrados en abordar los problemas y necesidades de las cuidadoras/es, con el fin de mejorar su calidad de vida, como también procurar informarles y capacitarles para poder romper de alguna forma su aislamiento y su falta de redes.

Dentro de los resultados de esta investigación, se logra evidenciar una brecha de género, esto debido a la prevalencia de la mujer en el rol de cuidados, lo que acentúa y aumenta la desigualdad entre hombres y mujeres, tal como lo plantean (Fuentes & Garcés, 2020).

Es importante mencionar que el Presidente de la República Don Gabriel Boric en su cuenta pública del presente año, dio a conocer medidas que se impulsara durante su gobierno, siendo una de ellas la implementación del Sistema Nacional de Cuidados (SNC), el cual busca destacar el rol que cumplen las personas cuidadoras y el reconocimiento de sus derechos. La primera medida será la consolidación de un Registro de Personas Cuidadoras, que permitirá identificarlas y poder crear una oferta programática pertinente a su realidad y necesidades (*Gob.cl*, 2022).

Se pudo evidenciar que los PLADECOS no incorporan a cuidadoras/es informales de personas con dependencia, lo que confirma el supuesto número dos de la presente investigación. Entre las causas técnicas que explican la ausencia de lineamientos con enfoque de género en las tareas de cuidado informal en los PLADECOS se encuentran; el cuidado informal requiere ser

identificado como un problema, a pesar de su importancia, el tema no ha sido priorizado en el país; ni mucho menos por los gobiernos locales, por lo que se hace imprescindible contar con registros que permitan obtener la cifra oficial de cuidadoras/es a nivel nacional para visualizar su real magnitud. Por otra parte disponer de un diagnóstico de los cuidados informales constituye una necesidad urgente.

Los antecedentes confirman la falta de profesionales capacitados en materia de planificación y género en los municipios, estos resultados permiten confirmar el supuesto número tres de la presente investigación. Por lo anterior y conforme lo plantea la investigadora Caroline Moser (1995), la capacitación es un componente que asegura la exitosa integración de la planificación de género, crea conciencia de género, sensibilidad al tema, aporta herramientas y técnicas metodológicas apropiadas, con capacidad para traducir la política de género y garantizar que llegue a ser operacionalizada, además se requiere también decisión política para incorporar la perspectiva de género y a todos los niveles: macro, meso y micro. No es suficiente con que se den lineamientos desde el Estado, es necesario reflejarlos hasta los niveles comunales.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de suma importancia que el Estado genere políticas públicas que contemplen principalmente servicios de apoyos dirigidos a las cuidadoras/es informales, con suficiente financiamiento y con carácter universal, diseñado a nivel local atendiendo la realidad de cada comuna, que promuevan la equidad de género, desarrollando planes pilotos que permitan ir

refinando la política pública o programas de apoyo. Con el fin de asegurar el éxito, se debe contar con sustentabilidad financiera y su abordaje debe considerar la intervención coordinada de instituciones. Ha quedado evidenciado en la presente investigación, la activa participación de instituciones sin fines de lucro en la promoción de salud a nivel local, por lo cual se debería incentivar una coordinación público/privado con la finalidad de abordar a través de estrategias de intervención, las demandas y principales necesidades relacionadas con el cuidado informal.

Resulta importante el rediseño de los programas preventivos relacionados con enfermedades crónicas, que constituyen una de las principales causas generadora de dependencia en nuestro país, considerando la incorporación de la figura del cuidador/a informal.

Finalmente, es indispensable sensibilizar y capacitar a toda la comunidad, especialmente a funcionarios públicos en materia de género y derechos humanos en relación al cuidado informal.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Cortés, L., Lacomba-Trejo, L., & Pérez-Marín, M. (2020). Levantando la voz: Las cuidadoras en el hogar de personas en situación de dependencia. [Speaking out loud: women as caretakers of dependent people at home]. *Trabajo Social Hoy*, 89(Primer Cuatrimestre), 83-100. <https://doi.org/10.12960/TSH.2020.0006>

*Cuanto-Aportamos-al-PIB.pdf*. (s. f.).

*Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Chile.pdf*. (s. f.).

Fonseca, I. E. (2020). Influencia del género en la salud de las mujeres cuidadoras familiares. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 20(2), 211. <https://doi.org/10.5354/0719-5346.2020.51517>

Fuentes, N., & Garcés, C. (2020). *Las desigualdades del trabajo de cuidado: significados y prácticas de cuidadoras principales de personas adultas mayores en situación de dependencia*. 36.

*Gob.cl—Artículo Así Funcionará El Sistema Nacional De Cuidados Anunciado Por El Presidente Boric.pdf*. (s. f.).

Grandón Valenzuela, D. E. (2021). Lo personal es político: Un análisis feminista de la experiencia cotidiana de cuidadoras informales de personas adultas en situación de dependencia, en Santiago de Chile. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 29, e2161. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoao2161>  
Medel, I. (2016). *II Estudio nacional de la discapacidad 2015*. Senadis.-Feysler Ltda.

Moser, C. O. N. (s. f.). *PLANIFICACIÓN DE GÉNERO. OBJETIVOS y OBSTÁCULOS*. 7.

Ormeño, I. A. (s. f.). (*Alemania, España, Japón, Suecia y Estados Unidos*). 26.

Rea, P., Montes, V., & Pérez, K. (s. f.). *Políticas de cuidado con perspectiva de género*. 34.

Rojas Zamorano, F., & Szlafsztein, C. F. (2020). Identificación del grado de aislamiento en territorios insulares: Caso de estudio en la provincia de Chiloé (Chile). *Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía*, 29(2), 427-439. <https://doi.org/10.15446/rcdg.v29n2.79755>

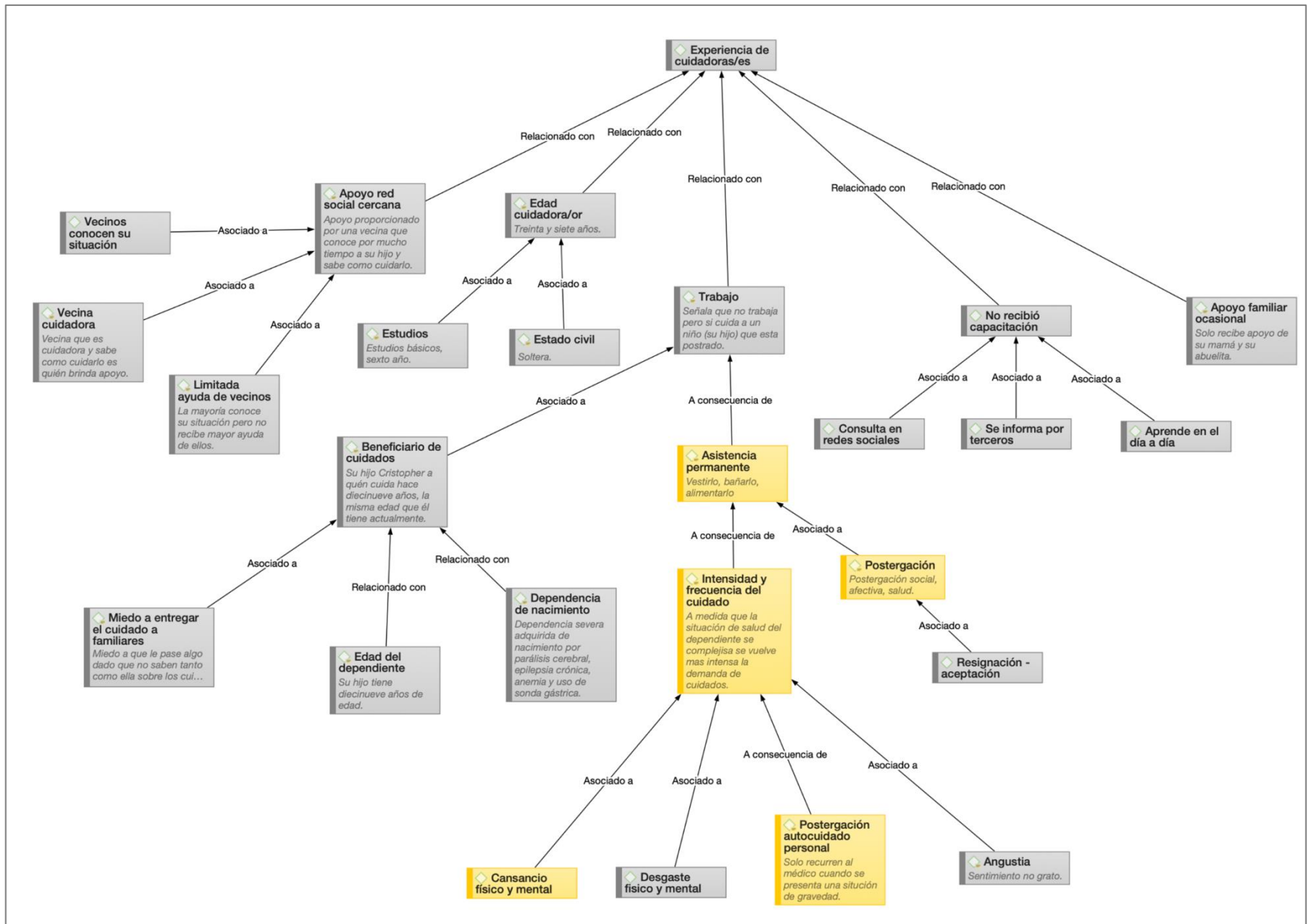
# ANEXO 1

## Programas Destinados a Dependientes y Cuidadoras/es Informales

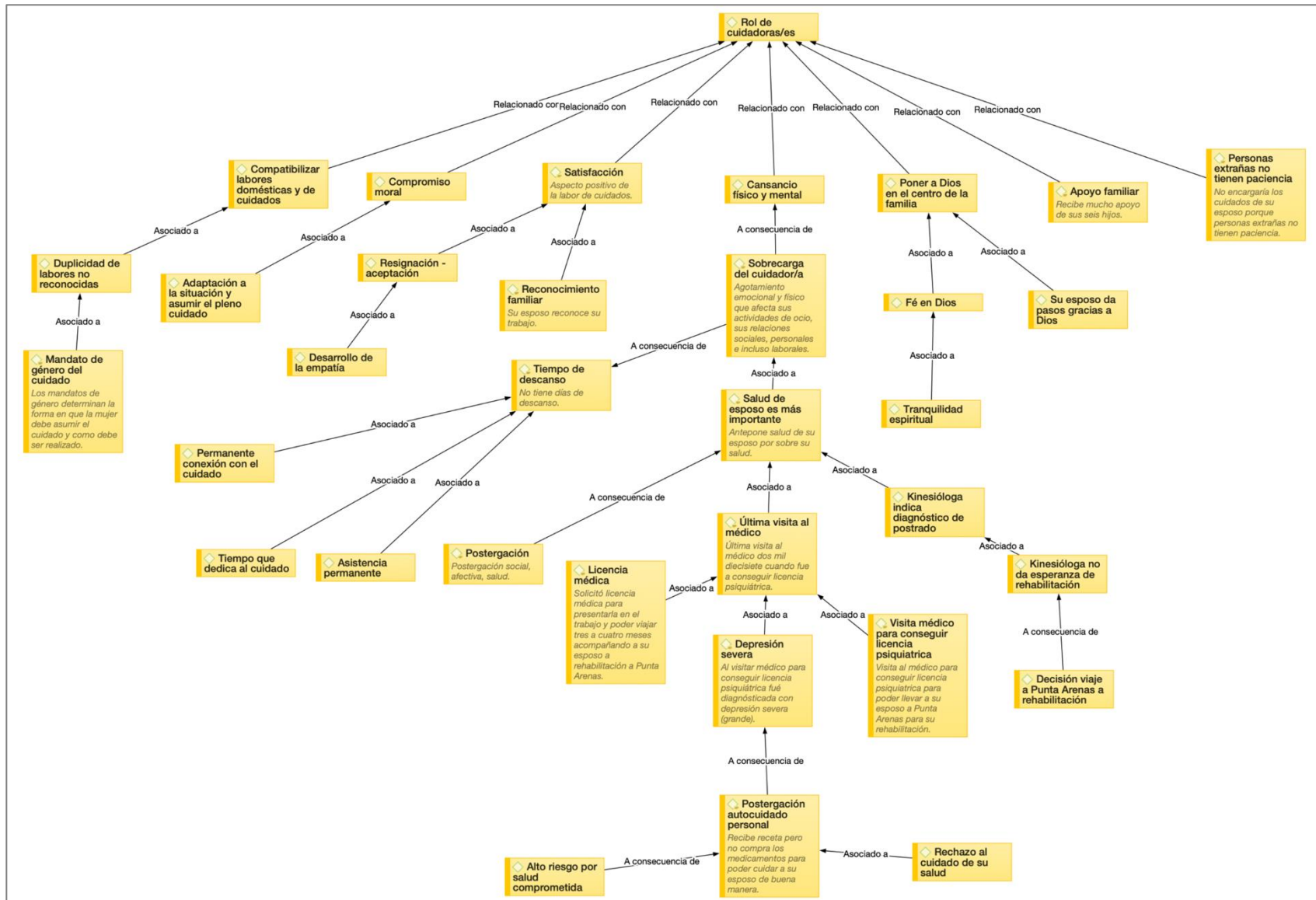
Nombre Programa	Estipendio	Programa de Atención Domiciliaria integral	Programa Chile Cuida
Descripción	Aporte monetario que entrega el Estado al cuidador/a de persona dependiente severo. Beneficio no postulable que consiste en un pago mensual de \$31.589.-	Proporciona atención integral (física, emocional y social) a personas con dependencia severa en el domicilio familiar.	Es parte del Sistema de Protección Social y entrega apoyo a las personas en situación de dependencia, sus cuidadores y cuidadoras, sus hogares y red de apoyo (21 comunas participantes a nivel nacional)
Donde se postula	Lo postula el servicio de salud correspondiente al domicilio del dependiente. Lo otorga el Ministerio de Desarrollo Social y el pago lo efectúa mensualmente el Instituto de Previsión Social.	Se postula en el CESFAM correspondiente al domicilio del paciente.	Directamente en el Municipio si el programa se ejecuta en la comuna.
Requisitos	Estar inscrito en el Programa de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa a través del CESFAM, CECOF, posta rural, otro. Tener un cuidador/a que no recibe remuneración. Que no se encuentre institucionalizado en un ELEAM o en otra institución.	Estar inscritos en un Centro de Salud de atención primaria y clasificadas como dependientes severas según Índice de Barthel.	Sólo está dirigido al 60% de los hogares más vulnerables que presenten un o una integrante en situación de dependencia (acorde al Registro Social de Hogares).
Reglas de preferencia para recibir el beneficio en orden estricto	Severidad dependencia del causante (medida con el índice de Barthel). antigüedad postulación del causante. Calificación socioeconómica del Causante, conforme al Registro Social Hogares.	El programa no tiene límite de cupos. Solo basta con solicitar la atención integral para persona con dependencia severa.	Personas de 60 años y más con dependencia. Personas con discapacidad de cualquier edad con dependencia. Los cuidadores/as no remuneradas y/o red de apoyo de esas personas.
Marco legal	Resolución exenta N° 435 de 2016 Ministerio de Salud que regula el PADI. Decreto N° 28 del 2016 aprueba reglamento para la ejecución del programa.	Ley N° 20.422. Resolución Exenta N° 1281 aprueba el programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa.	Ley N° 20.422. Resolución N° 0930 del Ministerio de Desarrollo social, aprueba el programa red de apoyos y cuidados.

## **ANEXO 2**

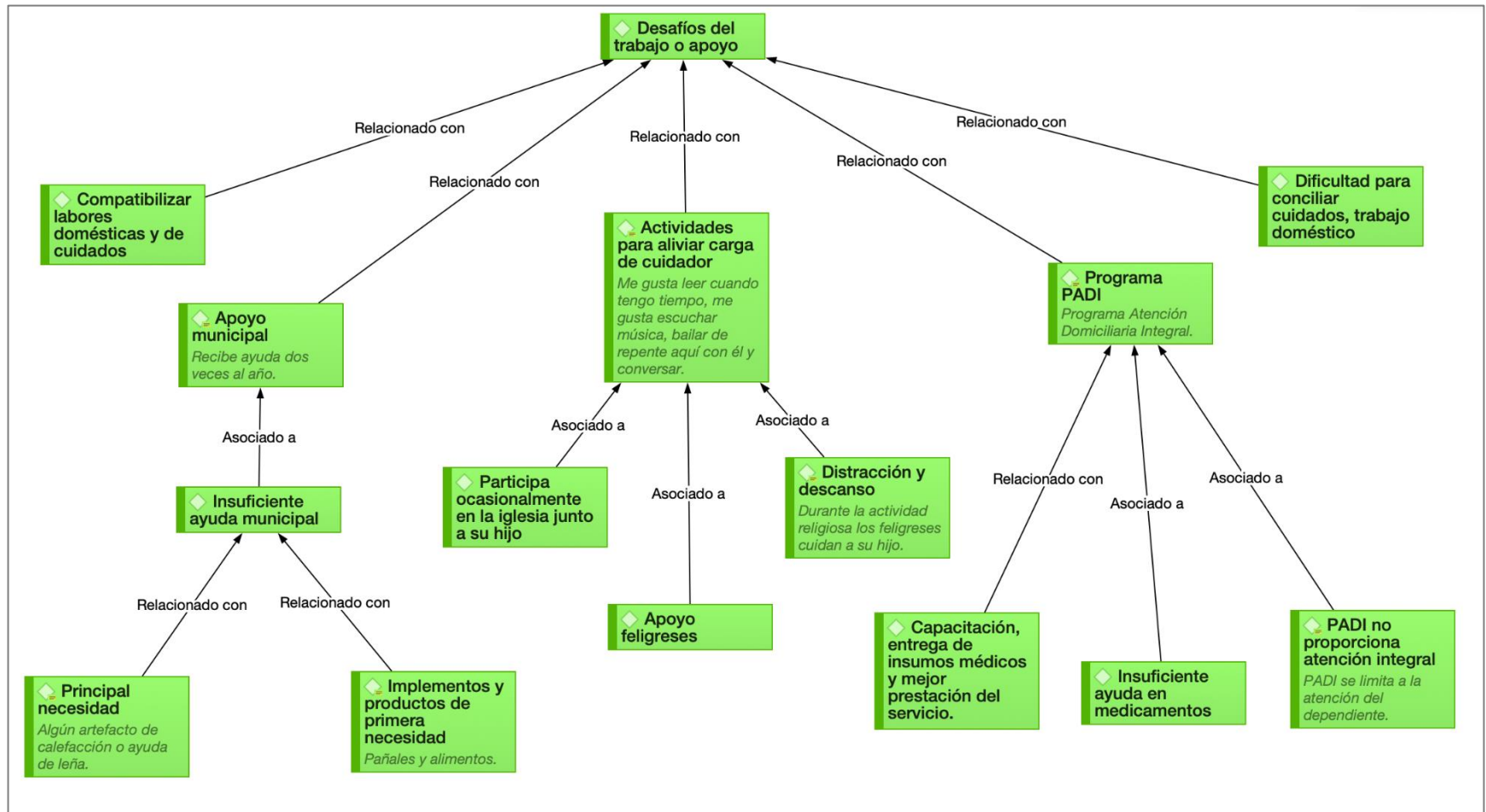
# Mapa Conceptual N° 1 - Objetivo I Dimensión 1



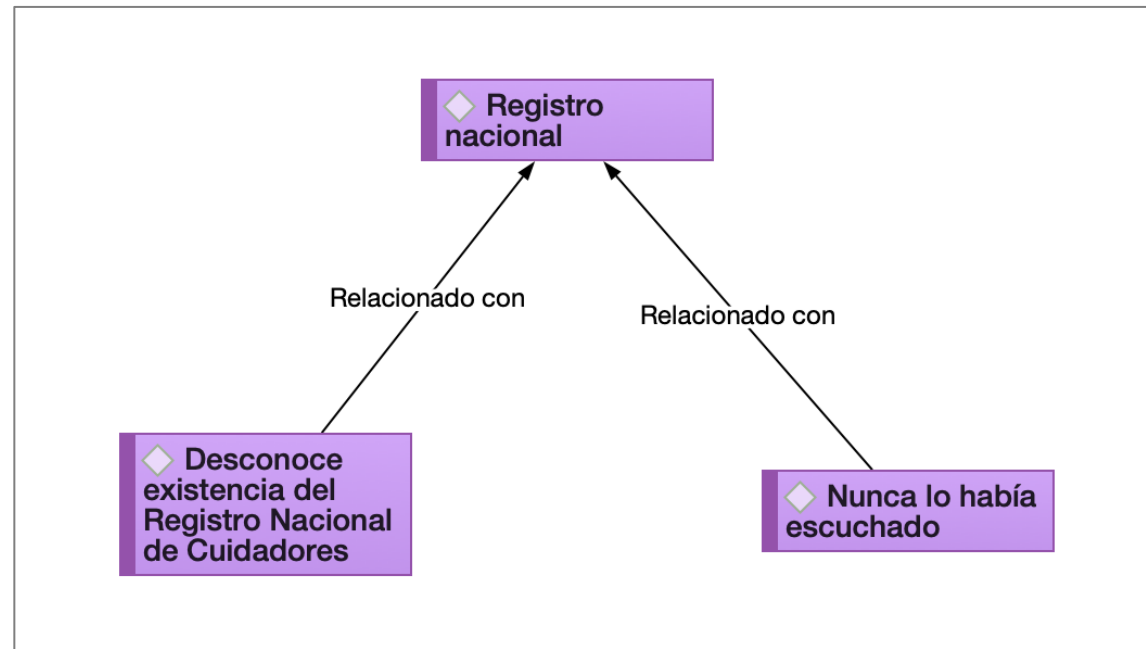
## Mapa Conceptual N° 2 - Objetivo I Dimensión 2



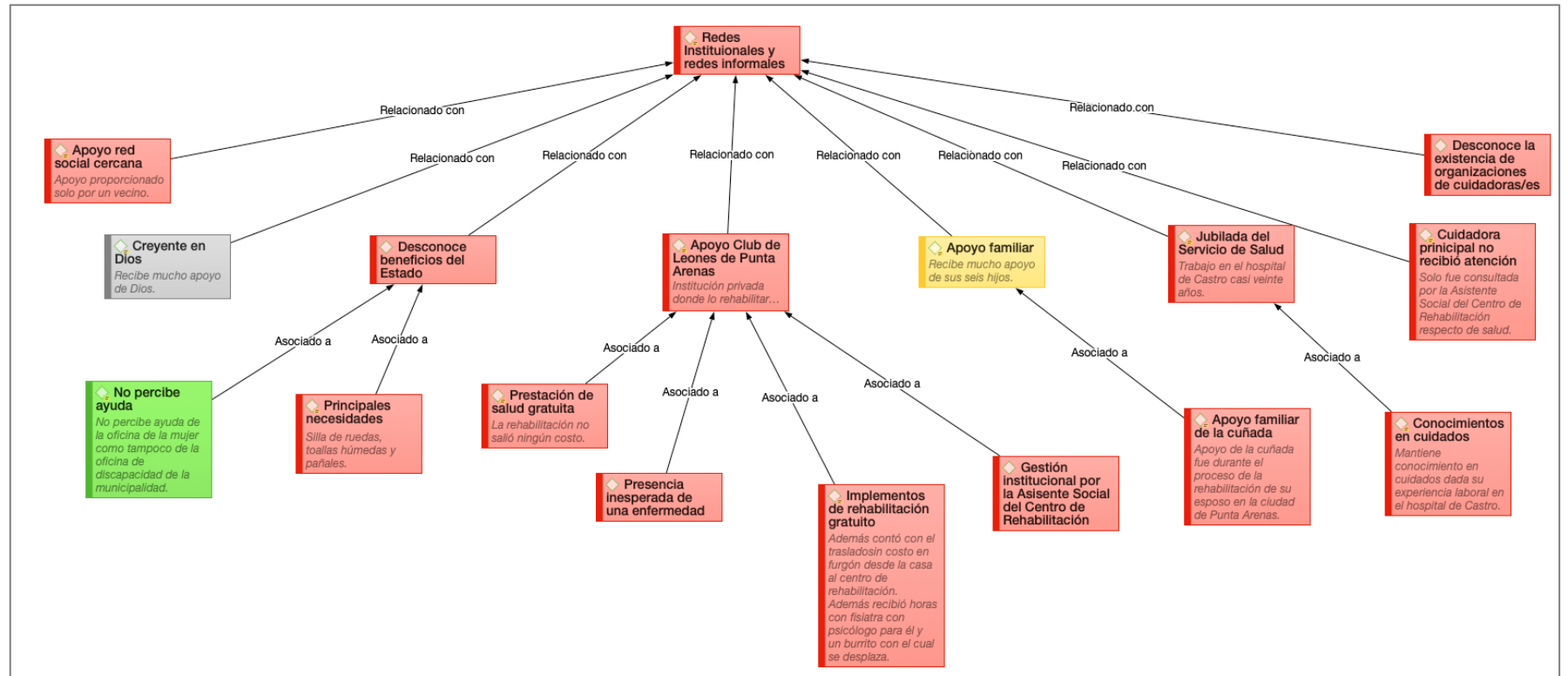
### Mapa Conceptual N° 3 – Objetivo I Dimensión 3



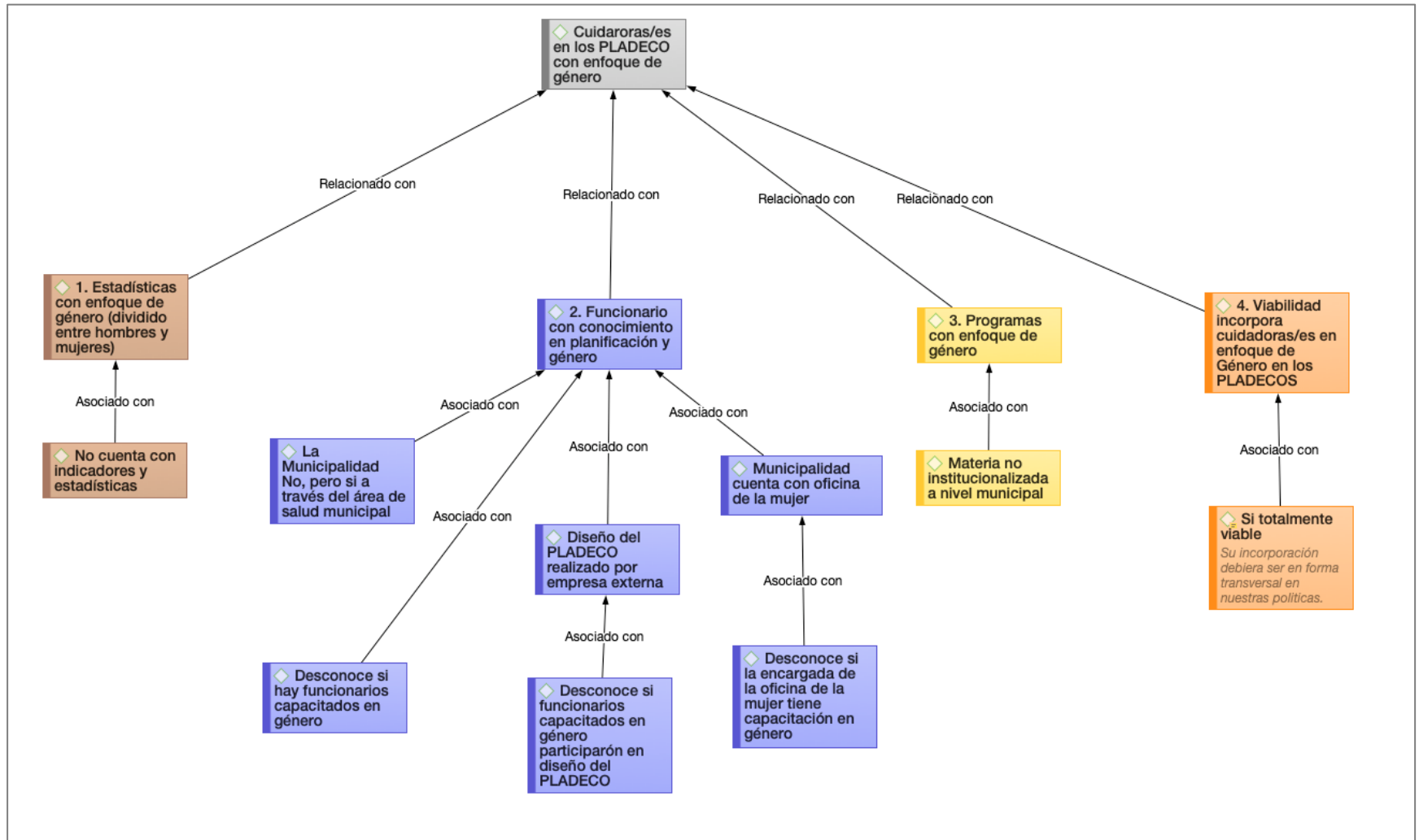
Mapa Conceptual N° 4 - Objetivo II Dimensión 1



## Mapa Conceptual N° 5 - Objetivo II Dimensión 2



## Mapa Conceptual N° 6 - Objetivo III



# ANEXO 3

## Entrevista Semi-estructurada



### Pauta entrevista semiestructurada y en forma personal

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Lugar entrevista: \_\_\_\_\_

Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Hora de término: \_\_\_\_\_

Objetivos específico	Dimensión	Preguntas de la pauta guía
I. Caracterizar la realidad de las mujeres y hombres cuidadoras/es informales en la provincia de Chiloé.	1. Experiencia de cuidadoras/res.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Edad, sexo, estado civil, estudios, trabaja actualmente?</li> <li>• ¿A quién cuida y desde cuando? ¿Edad de la persona que cuida y cual es su condición de salud?</li> <li>• ¿Cuántos días a la semana y horas dedica usted a la tarea de cuidados?</li> <li>• ¿Cómo describiría un día típico como cuidadora?</li> <li>• ¿Cómo se preparó para asumir la responsabilidad de cuidar?</li> <li>• ¿Recibió capacitación?</li> <li>• ¿Recibió apoyo de algún integrante de su grupo familiar?</li> </ul>
	2. Rol de cuidadoras/res	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo se siente usted cuando se encuentra brindando cuidados?</li> <li>• ¿Siente que su trabajo es reconocido?</li> <li>• ¿Siente postergada su vida?</li> <li>• ¿Se siente cansada?</li> <li>• ¿Cuándo fue la última vez que visito al médico?</li> <li>• ¿Desearía encargar su tarea como cuidadora a otra persona?</li> </ul>
	3. Desafíos del trabajo o apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cómo concilia el trabajo de cuidados y el trabajo doméstico?</li> <li>• ¿Qué hace usted para aliviar el estrés emocional y la carga de trabajo?</li> <li>• Me puede dar algunos ejemplos</li> <li>• ¿Participa en alguna agrupación social?</li> <li>• ¿Recibe ayuda municipal? ¿Qué tipo de ayuda y con que frecuencia?</li> <li>• ¿La ayuda que recibe es suficiente?, ¿Esta conforme? ¿Qué necesita?</li> <li>• ¿Es visitada por algún equipo de salud, discapacidad, senama?</li> <li>• ¿Quisiera agregar algo más?</li> </ul>

II. Identificar las causas sociales que determinan la incorporación de lineamientos con enfoque de género en las tareas de cuidado informal en los PLADECO de la provincia de Chiloé.	1. Registro nacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Está inscrita en el registro nacional de cuidadoras? ¿Sabe que existe? ¿Sabe donde se realiza el trámite?</li> </ul>
	2. Redes institucionales y redes informales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Usted conoce algún beneficio del Estado destinado a las cuidadoras?</li> <li>• ¿Conoce alguna organización que se preocupe de las cuidadoras en la comuna?</li> <li>• ¿Recibe ayuda de la oficina de la mujer, discapacidad, senama?</li> </ul>

Para dar respuesta a los siguientes objetivos específicos se realizarán entrevistas a los encargados de las respectivas oficinas de planificación de las comunas de la provincia de Chiloé, en caso de no ser posible a quién lo subroge o que haya participado en el proceso de diseño del PLADECO, o en su defecto el directivo más idóneo o con el funcionario designado por el alcalde respectivo.

III. Identificar las competencias técnicas que permitan la presencia/ausencia de la incorporación de lineamientos con enfoque de género en las tareas de cuidado informal en los PLADECO de las comunas de la Provincia de Chiloé.	1. Estadísticas con enfoque de género (dividido entre hombres y mujeres)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿La municipalidad cuenta con indicadores y estadística de género en relación con el cuidado informal?</li> </ul>
	2. Funcionario con conocimiento en planificación y género.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuénteme de los programas que tiene el municipio?</li> <li>• ¿La municipalidad cuenta con funcionarios preparados en materia de género?</li> <li>• ¿A nivel municipal existe alguna iniciativa con enfoque de género destinada al cuidado informal?</li> <li>• ¿En la elaboración del Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) formó parte del equipo técnico de trabajo algún funcionario con competencias en materia de género?</li> </ul>
	3. Programas con enfoque de género.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Existen programas con enfoque de género destinados al cuidador/ra informal de personas con dependencia? (si contesta no)</li> <li>• ¿Por qué no existen?</li> <li>• ¿Cuáles cree usted que son los obstáculos o limitaciones?</li> </ul>
	4. Voluntad política.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Es viable incorporar desde el punto de vista político enfoque de género en los ejes de desarrollo definidos en el PLADECO; con el fin de generar acciones para transformar las desigualdades y avanzar en la equidad?</li> </ul>

# ANEXO 4

## Consentimiento Informado



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022

### Consentimiento Informado

Estimada(o) Participante:

Que, Darwin Alexander Illanes Aguilera, alumno del Magister en Políticas Públicas con mención en Economía y Gestión Pública de la Universidad del Desarrollo, se encuentra realizando una investigación titulada **“Incorporación desde una Perspectiva de Género a las Cuidadoras y Cuidadores Informales de Personas en Situación de Dependencia en los Planes de Desarrollo Comunal”**. El presente documento tiene como finalidad darle a conocer los detalles del estudio y solicitarle su consentimiento informado para participar en él.

1. Objetivo de la investigación.

Identificar las causas sociales, técnicas y políticas que inciden en la ausencia de lineamientos y políticas públicas con perspectiva de género, de la labor de cuidadoras y cuidadores informales, en los Planes de Desarrollo de las comunas de la provincia de Chiloé 2018 – 2026.

2. Breve descripción del proyecto.

El cuidado es una necesidad diaria de todas las personas, pero adquiere formas diversas en función del ciclo vital y del contexto histórico y cultural en el que se encuentra, según estudio del Organización Internacional del Trabajo (2018), en Chile el 76,2% de todo el trabajo de cuidados no remunerado lo realizan mujeres y conforme a la información proporcionada por la primera encuesta de cuidadoras y cuidadores informales, un 97,7% de estas personas es de género femenino y solo 2,3% es de género masculino (Fundación Yo Cuido, 2018). La presente investigación busca desde una perspectiva de género conocer la realidad de las mujeres cuidadoras de la provincia de Chiloé y de que manera están incorporadas en los lineamientos estratégicos de los PLADECO.

3. Metodología.

La presente investigación consta de dos etapas, en la primera etapa se realizarán entrevistas a los participantes con el fin de conocer los detalles, las vivencias y el contexto de las situaciones en que las cuidadoras y cuidadores de la provincia de Chiloé viven, la segunda etapa se realizará en caso de ser necesario una nueva entrevista ante falta de información.

#### 4. Su participación en el estudio.

Su participación en este estudio es de carácter libre y voluntario, pudiendo solicitar ser excluida/o de esta investigación y que sus intervenciones no sean consideradas en esta investigación sin justificación previa ni perjuicio para usted.

Si usted participa en esta investigación lo hace bajo su expreso consentimiento informado que firma y autoriza.

#### 5. Confidencialidad.

La confidencialidad de su identidad será resguardada por las siguientes medidas:

En las entrevistas la identidad solo será conocida por el suscrito, no obstante, a solicitud de la entrevistada/o en el resultado de la investigación solo será mencionada con su primer nombre u otro nombre, y serán realizadas en un ambiente propicio que estimule la comunicación y el anonimato elegido por el participante.

En el análisis general de los datos se utilizará una estructura de códigos para identificar la información que surja, su pertenencia al instrumento y el momento en que se realizó. Dadas las características del estudio los datos serán usados solamente en instancias académicas de investigación y aquellas propias de la divulgación investigativa.

Al tenor de lo anterior, el suscrito asume un compromiso de confidencialidad para resguardar la identidad de todas las personas involucradas en este estudio.

#### 6. Beneficios.

Este estudio no tiene beneficios directos para usted en lo inmediato, no obstante, del resultado de la investigación se podría justificar el diseño e implementación de programas en beneficio de las cuidadoras/es. En este sentido, producto de su participación no se generan incentivos económicos ni de ningún tipo. Cabe destacar también que su participación en este estudio tampoco tiene asociado ningún tipo de costo para usted, siendo el suscrito quien se acerca al lugar donde usted estime conveniente para la realización de la entrevista.

#### 7. Riesgos o molestias asociadas a la participación.

Si durante la entrevista se generara alguna controversia o molestia producto de alguna pregunta o reflexión durante su participación en la entrevista, el suscrito procurará contener emocionalmente y brindar la asistencia requerida al participante.

#### 8. Almacenamiento y resguardo de la información.

Toda la información que se recabe de esta investigación estará siempre resguardada y al cuidado del suscrito, quien destinará un cajón en el escritorio de su oficina bajo llave donde se guardará todo antecedente de esta investigación.

Las entrevistas además de las transcripciones asociadas serán solo realizadas por el suscrito. Todo material electrónico será debidamente almacenado y respaldado en el equipo computacional personal con contraseña del suscrito.

Tanto este consentimiento, como los documentos impresos que se generen y sean necesarios utilizar se almacenarán por cinco años a contar del término del estudio, una vez finalizado el plazo se procederá a su eliminación de forma reservada.

#### 9. Acceso a los resultados de la investigación.

Los participantes podrán consultar la información que se ha generado en cualquier momento, durante la realización de la investigación previa solicitud al suscrito, quien se compromete a brindar cooperación y proponer vías para tal acceso.

Asimismo, el suscrito se compromete con cada participante a hacer llegar en forma personal o enviar a los correos electrónicos respectivos el informe de investigación que se genere al final del estudio, así también copia de los artículos científicos que pudieran resultar del estudio.

#### 10. Compromiso.

Una vez aceptado los participantes se comprometen a:

Proveer información real en cada instancia que le sea solicitada y responder de acuerdo con sus concepciones, conocimientos y experiencias, así también a utilizar el lenguaje habitual al escribir, responder o reflexionar.

#### 11. Contacto.

Si usted tiene preguntas acerca de sus derechos como participante de este estudio, reclamos o dudas acerca de esta investigación, por favor contáctese con el suscrito, al teléfono celular +56 9 92561642 o al correo electrónico [dillanesa@udd.cl](mailto:dillanesa@udd.cl).

Declaro conocer los términos de este consentimiento informado, los objetivos de la investigación, las formas de participación, de los costos y riesgos implicados, y del acceso a la información y resguardo de información que sea producida en el estudio. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial.