

IMPACTO DE LAS LABORES DE CUIDADO SOBRE LA SALUD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS EN CHILE

Asistencia técnica

Julio Rosado y Eunice Sanchez



El Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) es un instituto de investigación autónomo del sistema de las Naciones Unidas que lleva a cabo investigaciones multidisciplinares y análisis de políticas sobre las dimensiones sociales de cuestiones contemporáneas de desarrollo. Con nuestro trabajo buscamos garantizar que la equidad, la inclusión y la justicia sociales ocupen un lugar central en el pensamiento, la política y la práctica del desarrollo.

UNRISD, Palais des Nations
1211 Ginebra 10, Suiza
Tel: +41 (0)22 9173060
info.unrisd@un.org
www.unrisd.org

Copyright © Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género; Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).

Este trabajo se llevó a cabo gracias a la ayuda de una subvención otorgada por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), Ottawa, Canadá, y en colaboración con la Alianza Global por los Cuidados.



Esta no es una publicación oficial de UNRISD. La responsabilidad de las opiniones expresadas en los estudios firmados recae exclusivamente en su(s) autor(es), y su disponibilidad en el sitio web de UNRISD (www.unrisd.org) no constituye una aprobación por parte de UNRISD de las opiniones expresadas en ellos. Asimismo, las opiniones aquí expresadas no representan necesariamente las del IDRC o las de la Junta de Gobernadores. No se permite la publicación o distribución de estos documentos sin la autorización previa del autor o autores, salvo para uso personal.

Los documentos de trabajo de UNRISD se publican en línea para estimular el debate y los comentarios críticos.

Mayo 2025

Cita sugerida: Rosado, Julio y Eunice Sánchez. 2025. *Impacto de las labores de cuidado sobre la salud de las personas cuidadoras en Chile — Asistencia Técnica*. Documento de trabajo 2025-02. Ginebra: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD).

Contenido

Contenido	i
Resumen	ii
1. Introducción	1
2. Justificación	2
3. Metodología	3
4. Hallazgos (análisis descriptivo)	10
Perfil de las personas cuidadoras.....	10
5. Resultados	15
Impactos en la salud.....	15
Depresión	15
Artritis y Osteoartritis.....	17
Diabetes	19
6. Conclusiones.....	21
Bibliografía	25

Resumen

Esta publicación presenta los hallazgos de un estudio colaborativo entre el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD) y el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género de Chile (MMEG), desarrollado en el marco de un Memorando de Entendimiento suscrito por ambas instituciones. El estudio examina los impactos del trabajo de cuidados no remunerado en la salud de las mujeres cuidadoras en Chile, utilizando fuentes de datos oficiales como la Encuesta de Protección Social, la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo y la Encuesta Nacional de Empleo.

Mediante la integración de indicadores desagregados por género y la aplicación de técnicas de aprendizaje automático, la investigación introduce una metodología innovadora basada en la métrica AVISA (Años de Vida Saludable Ajustados) para estimar la carga acumulada de enfermedad asociada a las responsabilidades de cuidado. Los resultados evidencian una correlación significativa entre la intensidad del trabajo de cuidados no remunerado y la prevalencia de enfermedades crónicas entre mujeres cuidadoras, tales como depresión, artritis, artrosis y diabetes. En particular, se estima que el 64 % de los AVISA relacionados con la depresión en mujeres son atribuibles a la sobrecarga de cuidados.

Estos hallazgos aportan evidencia robusta sobre la intersección crítica entre desigualdad de género, salud y organización social del cuidado, y refuerzan la urgencia de avanzar hacia políticas públicas integrales que reconozcan, redistribuyan y reduzcan el trabajo de cuidados no remunerado. La evidencia generada constituye un insumo estratégico para el diseño e implementación del Sistema Nacional Integral de Cuidados de Chile, al tiempo que fortalece la agenda de políticas públicas feministas, visibilizando los costos humanos, sociales y fiscales de la desvalorización del cuidado.

1. Introducción

El cuidado es un concepto en construcción con múltiples definiciones que varían de acuerdo con el contexto en el que éste se desarrolla (Batthyány, 2021; Anderson, 2007). En general, el término alude a una multitud de actividades fundamentales para la reproducción biológica, social y cultural de cualquier grupo humano (Soto et al., 2022), involucrando dimensiones materiales, económicas y culturales (simbólicas y subjetivas/psicológicas) (Zibecchi, 2014; Batthyány 2013; Oliveira y Faria, 2018; Pino et al., 2017; Mascheroni, 2021). El cuidado no es por definición de carácter remunerado o no remunerado, sino que ello es producto de elecciones políticas, valoraciones culturales compartidas y sistemas de género (Batthyány, 2021; CLACSO/ONUMujeres, 2022).

En esta tesitura, el trabajo de cuidados también se ha definido y abordado de distintas formas en la literatura y en la práctica. Sin embargo, el término cuidado se utiliza más que “trabajo de cuidado”, porque transmite significados más amplios (Esquivel, 2013), y es común realizar la distinción entre trabajo de cuidados remunerado y no remunerado, aún y cuando se reconozca que todas las formas de trabajo de cuidados se consideran fundamentales para la economía humana (Coffey et al. 2020).

Las primeras indagaciones específicas sobre el cuidado surgieron en Europa y los Estados Unidos en la década del ochenta, a partir de la reflexión sobre los nuevos roles que fueron adquiriendo las mujeres en el mercado laboral y de un mayor desplazamiento de los cuidados hacia fuera del ámbito familiar (Carraquer, 2013, CLACSO/ONUMujeres, 2022). Los cuidados comenzaron siendo abordados como uno más entre los distintos tipos de trabajos no remunerados. El énfasis en el estudio del trabajo doméstico radicaba en visibilizar las tareas que las mujeres desarrollaban en los hogares de manera no remunerada -pero que contribuían al bienestar social-, y el cuidado ocupaba un lugar secundario en los análisis (Batthyány, 2024).

En Chile, la relevancia del tema en la agenda pública experimentó un auge inicial vinculado también a la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, generando iniciativas orientadas a cuantificar y valorizar estas actividades. En años recientes, en consonancia con diversos marcos normativos chilenos y convenios internacionales ratificados por el país, el tema de los cuidados se ha consolidado en la agenda no solo como un asunto económico y laboral, sino como uno de derechos humanos, enfocado tanto en las personas sujetas de cuidado como en las personas que realizan las actividades de cuidado (MDSF, 2024).

El Estado de Chile ha implementado políticas y programas en el ámbito de los cuidados con el doble objetivo de satisfacer las demandas de las personas con necesidades de cuidado y garantizar sus derechos (MDSF, 2024), aun ante la ausencia de un mecanismo que articule y brinde coherencia a las acciones en la materia.

Instancias diversas del gobierno y de la sociedad chilena han avanzado en las definiciones y normativas necesarias para la implementación del cuidado como un eje fundamental del estado de bienestar. El enfoque seguido para abordar las necesidades de cuidados e implementar un sistema de cuidados se ha centrado en la colaboración entre la sociedad civil, el sector privado y el gobierno (MDSF, 2024). El gobierno ha encabezado esta iniciativa promoviendo el diseño e implementación

del Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que aspira a ser un pilar en la institucionalidad del bienestar. Este sistema busca no solo la creación de programas enfocados a los cuidados, sino también articular los esfuerzos que en la materia se han realizado¹ (MDSF, 2024).

El gobierno de Chile parte del entendimiento de un sistema cuidados como un conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados, con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como de reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados desde un enfoque de derechos, género, curso de vida, intersectorial, intercultural e interseccional (MDSF, 2024; ONU MUJERES, 2023). Lo anterior se expresa, de forma operativa, en una red articulada de servicios e instituciones orientadas a implementar acciones planificadas y organizadas para la promoción, asistencia, apoyo, manejo y trabajo asociado a los cuidados, teniendo como principios la autonomía y vida independiente de las personas, la corresponsabilidad y la universalidad (MDSF, 2024:42). Este sistema, al considerar la dependencia como riesgo social, desde su prevención hasta su gestión, centra sus acciones en los siguientes grupos de población: personas cuidadoras; personas con discapacidad; personas mayores; y niños, niñas y adolescentes (MDSF, 2024:42).

En el “Informe de Cuidados. Observatorio Social” el gobierno de Chile reconoce que la implementación de un Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados en Chile debe abordar los desafíos en el área “...con un enfoque holístico, buscando equilibrar la carga de cuidado entre géneros, generaciones, culturas y sectores socioeconómicos, promoviendo la igualdad de género y mejorando el bienestar social. Este sistema debe estar basado en principios de universalidad, igualdad, corresponsabilidad, autonomía y vida independiente, asegurando que el cuidado sea reconocido como una responsabilidad compartida y un derecho fundamental para todos los ciudadanos...” (MDSF, 2024:175)

2. Justificación

El documento “Informe de Cuidados. Observatorio Social” (informe oficial sobre cuidados en Chile publicado en 2024) reveló desafíos importantes en el ámbito del cuidado, recalcando la necesidad de establecer un sistema en torno a él. Este sistema, apunta el informe, es fundamental para abordar la crisis de los cuidados y la desigual distribución de la carga laboral asociada a estas tareas en Chile, y que afectan de manera desproporcionada a mujeres, personas mayores y a los grupos de menores ingresos -evidenciando la persistente desigualdad de género en las labores de cuidado que, históricamente, las mujeres han asumido, limitado su participación en el mercado laboral e impactado negativamente en su bienestar y el de sus sociedades- (MDSF, 2024).

El trabajo de cuidados depende de la intensidad de la demanda de dichos cuidados - los tipos e intensidades de trabajo difieren en función de las características de la persona a cuidar (Fernández &

¹ El “Informe de Cuidados. Observatorio Social” indica que un total de 70 programas de gobierno, de diferentes sectores, están relacionados con los cuidados en aspectos relevantes como los apoyos institucionales, apoyos y cuidados en el hogar, habitabilidad, promoción de la corresponsabilidad, promoción de competencias y empleo, así como transferencias monetarias directas (MDSA, 2024).

Herrera, 2021)- y de la cantidad de personas disponibles para realizarlo. En este contexto, se debe prestar atención a las características y necesidades de las personas cuidadoras. La falta de una adecuada distribución de la responsabilidad de cuidar a nivel de hogar y a nivel de sociedad provoca una sobrecarga en las personas cuidadoras que puede derivar en afectaciones de salud física y mental, debilitar sus redes de apoyo y restringir sus posibilidades de acceder a empleos remunerados (Giaconi, 2021), e, incluso, la permanencia en el trabajo, si este es remunerado.

Por ejemplo, con base en la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) 2022, el “Informe de Cuidados. Observatorio Social” halló que el 32,4% de las personas experimentan una sobrecarga intensa, lo que resalta la importancia de brindarles apoyo de distinto tipo (MDSF, 2024). Por otra parte, las tres necesidades de apoyo principales que las personas cuidadoras declararon en la ENDIDE 2022 fueron las de asistencia técnica o profesional para el cuidado (60,8%); compartir la responsabilidad del cuidado con otras personas (56,8%); y apoyo psicosocial o atención en salud para ellas mismas (51,9%). Es importante apuntar que estas necesidades de apoyos aumentaron con la severidad de la dependencia de los requirentes de apoyos y cuidados (MDSF, 2024).

Las causas principales de mortalidad y pérdida de salud brindan información relevante para monitorear las tendencias de los resultados de salud de la población, reconocer el patrón de enfermedades y lesiones que afectan la mortalidad prematura y la discapacidad, identificar los desafíos de salud emergentes, evaluar la efectividad de las intervenciones y tomar decisiones de salud pública dirigidas a mejorar la salud de la población y salvar vidas.

En este sentido, el cálculo de los años de vida perdidos para las personas que cuidan puede proporcionar información importante sobre la carga de cuidados, el impacto en la salud y el bienestar, y las necesidades de apoyo de este grupo de la población. Esto constituye una fuente de información importante para el diseño de políticas y programas dirigidos a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas que cuidan, y determinar el gasto público adicional requerido para la atención de mujeres cuidadoras que han visto deteriorada su salud por el trabajo de cuidado realizado.

Así, el objetivo de este estudio fue contribuir al conocimiento y análisis del impacto de las labores de cuidado sobre la salud de las mujeres que cuidan con los propósitos de identificar las variables que influyen en la salud física y mental de personas cuidadoras para promover su autonomía y prevenir su dependencia; estimar el indicador de años de vida perdidos de las personas que cuidan; indagar sobre las variables que influyen en la necesidad de cuidado de las personas que cuidan; y perfilar políticas públicas con enfoque de género que brinden apoyo para prevenir el deterioro de la salud de las personas cuidadoras. Todo ello con miras a proveer insumos para las y los hacedores de políticas públicas y las y los tomadores de decisiones para el diseño e instrumentación de un sistema de cuidados.

3. Metodología

En el presente informe se utilizó un enfoque económico para abordar el ámbito del cuidado. El concepto de economía del cuidado es un término comúnmente utilizado en la economía feminista para situar el trabajo de cuidado en un sistema compuesto por una mezcla de diferentes actores,

relaciones y espacios que juntos organizan y aseguran la reproducción social (Folbre 2014; Elson, 2017). La economía del cuidado hace referencia a un espacio de producción y circulación de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores vinculados con la reproducción y sostenibilidad de la vida (Soto et al., 2022).

El enfoque de la economía del cuidado se centra en los componentes del cuidado que producen o contribuyen a producir valor económico (CLACSO/ONUMujeres, 2022). La economía del cuidado analiza el rol sistémico del trabajo de cuidado para la dinámica económica, sin dejar de lado las consecuencias que la organización social del cuidado tiene para la vida de las personas, particularmente de las mujeres (Rodríguez, 2015; CLACSO/ONUMujeres, 2022).

Esto es, que la economía del cuidado denota el hecho de que el trabajo de cuidados, remunerado o no remunerado, produce valor; de ahí que todas las formas de actividades de cuidado se consideran productivas, aun y cuando muchas de estas actividades sean invisibles para las medidas e indicadores convencionales económicos y de producción (Floro et. al., 2023).

Así, para este estudio, la definición de persona cuidadora incluyó a las personas que declararon dedicar 4 horas o más al día al cuidado de niños(as), personas dependientes o enfermas en el hogar. Lo anterior, debido a que 4 horas representa media jornada laboral y a que se observó que las mujeres de edad media (25 – 44 años) dedican, en promedio, más de ese tiempo al cuidado de otras personas.

Cabe destacar que esta definición se realizó como una manera de operacionalizar el concepto, con base en el análisis exploratorio de los instrumentos consultados (detallado más adelante). Además, las 4 horas o más dedicadas al cuidado coincide con el promedio mundial. De acuerdo con el Documento de Política de las Naciones Unidas “Transformar los sistemas de cuidados”, en todo el mundo las mujeres y las niñas realizan más de tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado, y ellas dedican en promedio 4 horas y 25 minutos al día, mientras que los hombres dedican 1 hora y 23 minutos (Naciones Unidas, 2024). Sin embargo, el número de horas no solo depende de la disponibilidad de la persona cuidadora, sino también del grado de necesidad de quienes requieren asistencia para realizar actividades de la vida diaria.²

Se analizaron los datos de la Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021 para detectar las características de la población cuidadora. La EBS tiene como objetivo identificar las oportunidades de las que

² La legislación española, por ejemplo, establece que las personas cuidadoras no profesionales en el entorno familiar son aquellas que, a propuesta de la persona dependiente, están en condiciones de prestarle los apoyos y cuidados necesarios para el desarrollo de la vida diaria sin señalar el número mínimo de horas que debe brindar la persona cuidadora no profesional para recibir la subvención disponible, sin embargo, el gobierno ofrece también un subsidio para la contratación de cuidados profesionales en el hogar, y en ese caso si señala un rango de horas que se podrán subsidiar, asociado al grado de dependencia (Gobierno de España, 2023).

Intensidad del servicio de ayuda a domicilio según grado de dependencia

- Grado I: De 20 a 37 horas mensuales (máximo 1 hora y 51 minutos diarios de semanas laborales).
- Grado II: De 38 a 64 horas mensuales (máximo 3 horas diarias de semanas laborales).
- Grado III: De 65 a 94 horas mensuales (máximo 4 horas y 42 minutos diarios de semanas laborales).

De la misma forma, el gobierno de Uruguay proporciona un subsidio para la contratación de servicios de cuidado, el cual debe destinarse de forma exclusiva a la contratación de 80 horas mensuales del Servicio de Asistente Personal brindado a través de una persona física o jurídica habilitada por la Secretaría Nacional de Cuidados. Eso significa, que el subsidio contribuye al pago de 4 horas diarias de semanas laborales (Gobierno de Uruguay, 2016).

disponen, o no, las personas en 11 dimensiones del bienestar, a saber: ingreso; trabajo; vivienda; salud; balance vida y trabajo; educación; relaciones sociales; compromiso cívico y gobernanza; calidad del medio ambiente; seguridad personal; y bienestar subjetivo.

La EBS tuvo una muestra de 10,921 casos, que representó a 15.16 millones de personas. La población objetivo fueron personas de 18 años y más que conforman los hogares que pertenecen a las viviendas que respondieron la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional en pandemia 2020; los resultados son representativos a nivel nacional, regional, así como ámbitos urbano y rural.

Se generaron rangos de edad por sexo para determinar el tiempo promedio que las personas se dedican a cuidar. Asimismo, el análisis exploratorio de datos incluyó otras variables, como nivel educativo, estado civil, ámbito de residencia (rural - urbano), y condición de trabajo remunerado. Además, se analizaron variables relativas al bienestar de las personas cuidadoras, como satisfacción con la vida, el placer por hacer cosas, suficiencia del ingreso monetario e índice de masa corporal.

Los resultados se validaron con otros instrumentos, como la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2015. Entre los objetivos de la ENUT destaca visibilizar la carga global de trabajo a través de la medición del tiempo que se dedica al empleo remunerado, a actividades conexas, así como al trabajo no remunerado. Al utilizar la ENUT como instrumento de validación se buscó también evidenciar las desigualdades de género en el tiempo dedicado a trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.

La población objetivo de la ENUT fueron las personas de 12 años y más, con residencia habitual en viviendas particulares ocupadas y que se encuentren en éstas durante el período de levantamiento. La ENUT Involucra al área urbana de todas las regiones del país. Por otro lado, el perfil laboral de las personas cuidadoras, respecto de las no cuidadoras, se definió a partir de datos de la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) con datos anualizados de 2023.

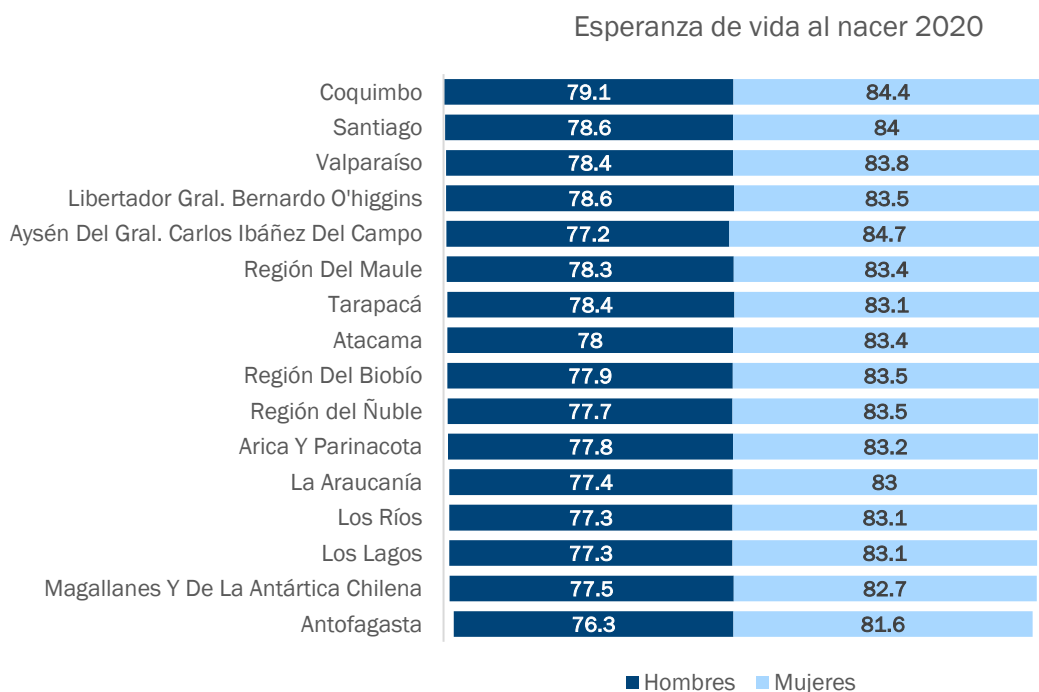
El objetivo de la Encuesta Nacional de Empleo es clasificar y caracterizar a la población en edad de trabajar (definida como aquellas personas de 15 años o más), con residencia habitual en viviendas particulares ocupadas en Chile, según su condición de actividad. Entre sus objetivos está describir a la población de personas ocupadas, respecto a las siguientes modalidades de inserción en el mercado laboral: rama de actividad económica, grupo ocupacional, situación en el empleo, informalidad laboral, y horas trabajadas. Con la ENE se calculan los indicadores tradicionales del mercado laboral (tasas de desocupación, ocupación y participación).

La siguiente etapa en la investigación consistió en calcular los años de vida saludables perdidos por discapacidad (AVISA) atribuibles a padecimientos relacionados con la sobrecarga que implican las labores de cuidado.

La metodología para el cálculo de AVISA es desarrollada por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IHME), y los resultados corresponden al estudio sobre carga global de enfermedad, lesiones y factores de riesgo (GBD) 2021. Los AVISA son la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura (ApM) más los años vividos con cualquier tipo de pérdida de salud de corto o largo plazo (AVD) (IHME, 2024).

Los ApM se calculan restando la edad en el momento de la muerte, de la esperanza de vida para una persona a esa edad y sexo (IHME, 2024). Por ejemplo, si la esperanza de vida para las mujeres en Chile es de 82 años, pero una mujer muere por trastornos depresivos a los 72, esto supondría 10 años de vida perdidos por dicha causa.

Es importante destacar que el estudio realizado por el IHME, consideró datos agregados a nivel nacional, aun cuando se reconoce que existen diferencias por regiones.



Elaboración propia con datos de SIIT Estadísticas Territoriales, Biblioteca Central del Congreso Nacional de Chile, disponible en <https://www.bcn.cl/siit/estadisticasterritoriales/tema?id=153>

Los AVD se estiman tomando la prevalencia de la afección, multiplicada por el peso de la discapacidad para esa afección. Las ponderaciones de la discapacidad reflejan la gravedad de las diferentes enfermedades y se desarrollan con base en datos de encuestas al público en general y utilizando modelos econométricos propuestos por el IHME (IHME, 2024).

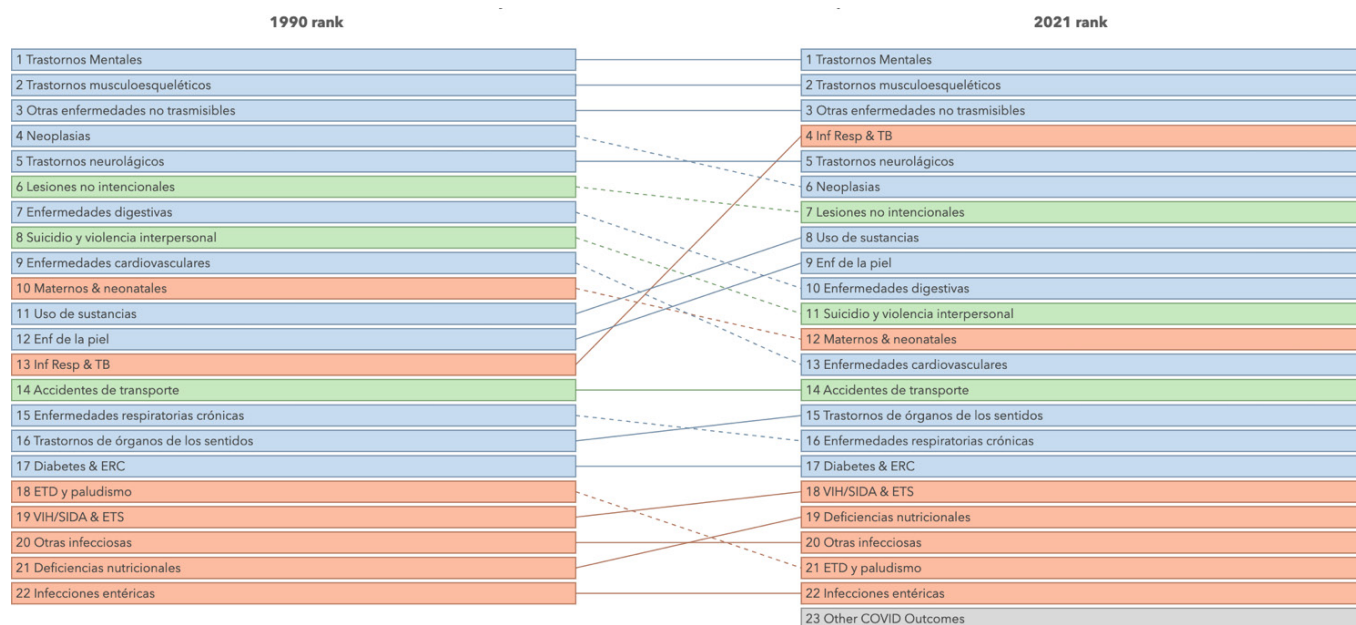
El GBD 2021 (IHME, 2024) estimó los AVD, APM y AVISA para 371 enfermedades y lesiones utilizando 100,983 fuentes de datos en 205 países. Los datos se extrajeron de sistemas de registro civil, autopsias verbales, censos, encuestas de hogares, registros específicos de enfermedades, datos de contacto de servicios de salud y otras fuentes.

Sin embargo, las estadísticas sobre mortalidad y prevalencia de enfermedades no contienen información para distinguir entre las personas que se dedican al cuidado de otras personas y las que tienen otra actividad ocupacional remunerada o no. Ante la ausencia de datos, se aplicó un proceso metodológico complementario para calcular los AVISA atribuibles a la sobrecarga por cuidados.

El primer paso consistió en identificar las principales causas de AVISA, tomando como referencia el estudio del IHME, en el grupo representativo del perfil de personas cuidadoras, esto es, mujeres de 30 a 34 años.

Así, se encontró que las principales causas de AVISA para el perfil referido son los trastornos mentales, trastornos musculoesqueléticos, así como otras enfermedades no transmisibles. Como se observa en el gráfico 1, dichas causas son las mismas que las observadas 30 años antes.

Gráfico 1. Principales causas de AVISA en mujeres de 30 a 34 años



Fuente: Global Burden of Disease Study 2021 (GBD 2021) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2022. Disponible en <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

A continuación, se estimó la prevalencia de tres padecimientos que, de acuerdo con el IHME, reportan una carga importante de enfermedad (trastornos depresivos, artritis y osteoartritis, y diabetes mellitus) entre las personas cuidadoras y las no cuidadoras, considerando además su edad y sexo. A la par, se consultó en el IHME el total de AVISA por las mismas causas y con el mismo nivel de desagregación (edad y sexo).

Con ambas cifras se obtuvo el total de AVISA per cápita:

$$\text{AVISA per capita (Padecimiento)}_{\text{edad sexo}} = \frac{(\text{AVISA per capita (Padecimiento)}_{\text{edad sexo}})}{\text{Prevalencia (Padecimiento)}_{\text{edad sexo}}}$$

Los AVISA per capita se multiplicaron por el estimado del total de personas cuidadoras con el padecimiento (por edad y sexo) y los resultados se compararon con los de las no cuidadoras.

Para estimar la prevalencia de los tres padecimientos mencionados en las personas cuidadoras respecto de las no cuidadoras en Chile, se programaron modelos de *machine learning*, siguiendo los siguientes pasos:

- Se recopilaron datos del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo Conductuales (BRFSS, por sus siglas en inglés)³ del cual fue posible conocer la prevalencia de algunas enfermedades que aquejan a personas cuidadoras, respecto de las no cuidadoras.
- Los datos utilizados corresponden a los estudios 2021 y 2020 (se unieron ambas mediciones con el objetivo de tener mayor número de casos que facilitarían el entrenamiento de los modelos). Se eliminaron los valores nulos y se trabajó con una base de datos de 56,284 registros.
- Con esa información, se entrenaron modelos de *machine learning* que, posteriormente, se probaron en datos de la población chilena y permitieron predecir la prevalencia de algunos padecimientos que aquejan a la población que se dedica al cuidado de otros.
- Los modelos consistieron en árboles de decisión que se programaron utilizando Python. Los árboles de decisión son modelos de aprendizaje supervisado de clasificación, los cuales consisten en un grupo de entradas asociadas a etiquetas discretas, y la meta es predecir dichas etiquetas en otras entradas que no estén etiquetadas (Damji, et. al., 2020).
- En los modelos de clasificación, el objetivo es separar las entradas en clases y predecir a qué clase pertenece cada individuo, considerando las características o inputs que posee.
- Así se calculó la prevalencia de enfermedades que podrían estar relacionadas con la sobrecarga que implican los cuidados a otras personas: trastornos depresivos, artritis y osteoartritis, y diabetes (la etiqueta fue padece=1, no padece=0). Es decir, imputando el modelo de machine learning, se etiquetaron los registros de la EBS para indicar si los individuos habían padecido o no alguna de las enfermedades mencionadas. Las variables que se usaron para hacer las predicciones fueron: persona cuidadora, edad, sexo, nivel educativo, estado civil, situación de actividad económica, e índice de masa corporal.
- Para evaluar los modelos, se utilizaron las siguientes medidas (ver tabla 1):

Exactitud: mide que tan frecuentemente el clasificador hace predicciones precisas. Es el ratio del número de predicciones correctas respecto del total de predicciones.

$$\text{Exactitud} = (VP + VN) / (VP + VN + FP + FN)$$

Donde:

VP = Verdaderos positivos

³ El BRFSS es un proyecto colaborativo entre todos los estados y territorios participantes de los Estados Unidos, así como de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés). El BRFSS es un sistema de encuestas telefónicas continuas relacionadas con la salud diseñadas para recopilar datos sobre conductas de riesgo relacionadas con la salud, enfermedades crónicas, acceso a la atención médica y uso de servicios preventivos de la población adulta no institucionalizada (≥ 18 años) que reside en los Estados Unidos y las áreas participantes.

VN = Verdaderos negativos

FP =Falsos positivos

FN = Falsos negativos

Precisión: estima la proporción de verdaderos positivos que fueron adecuadamente identificados. Es el radio de los verdaderos positivos entre todos los verdaderos positivos y los falsos positivos. Este indicador es usado cuando la meta es limitar el número de falsos positivos (Müller & Guido, 2017)

$\text{Precisión} = \text{VP} / (\text{VP} + \text{FP})$

Especificidad: Estima la proporción de verdaderos negativos, respecto del total de negativos.

Tabla 1. Medidas de evaluación de modelos			
Modelo: Padecimiento estimado	Exactitud	Precisión de casos positivos	Especificidad
Depresión	80.19%	39%	79%
Artritis y osteoartritis	68.91%	56%	73%
Diabetes	82.72%	46%	83%

- Después de haber etiquetado todos los casos de la EBS, se calculó el número de personas que enfrentaban los padecimientos mencionados, por edad, sexo y distinguiendo entre personas cuidadoras y no cuidadoras. A continuación, se obtuvo el porcentaje de personas cuidadoras con el padecimiento, en contraste con las personas no cuidadoras.
- Posteriormente se consultó en el Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), el total AVISA por cada una de las causas analizadas y se calculó el total de AVISA por persona con el padecimiento considerando el grupo de edad y el sexo (AVISA per capita).⁴
- Se asumió que el porcentaje de personas con el padecimiento debería ser igual entre cuidadores y no cuidadores, el exceso sería atribuible a la sobrecarga por cuidados. Para calcular el total de AVISA por sobrecarga, se multiplicó dicho exceso por el número de AVISA per cápita.

⁴ Se consideraron las personas de 20 años y más a fin de tener tramos de edad comparables entre la EBS y los resultados del Global Burden of Disease, 2021.

4. Hallazgos (análisis descriptivo)

Perfil de las personas cuidadoras

De acuerdo con la Encuesta de Bienestar Social 2021, el 71% de las personas que se dedican al cuidado de otras personas son mujeres. Las mujeres en el ámbito rural en promedio dedican 30% de su tiempo a tareas no remuneradas, como cuidados o actividades del hogar.⁵ En el ámbito urbano, dicho porcentaje es de 27%.

En contraste, en promedio los hombres del ámbito rural dedican 15% de su tiempo a actividades no remuneradas, y en el ámbito urbano, dicho porcentaje es de 16%.

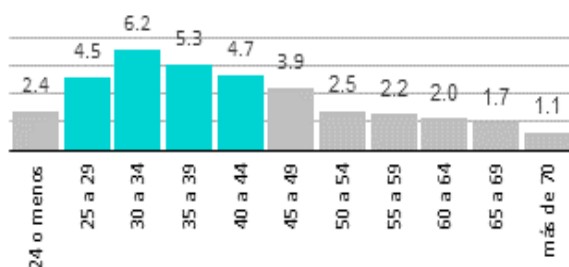
Existen diferencias entre las mujeres por rango de edad. En el ámbito rural, las mujeres entre 25 y 44 años destinan más de 4 horas en promedio a cuidar a otras personas. Particularmente, el rango entre 30 y 34 años realiza tareas de cuidado por más de 6 horas en promedio.

En hombres, el rango de edad que más tiempo dedica a cuidar es entre 25 y 29 años, pero el promedio es menor que el de las mujeres.

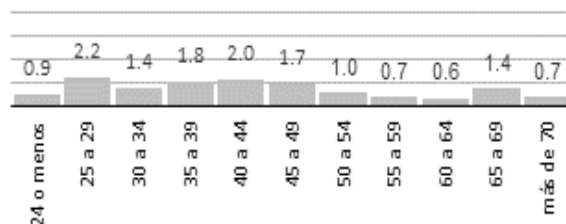
En el ámbito urbano, las mujeres entre 25 y 44 años también destinan más de 4 horas en promedio a cuidar a otras personas. Las mujeres entre 30 y 34 años son las que más tiempo destina a cuidar a otras personas (4.9 horas en promedio), pero la media es inferior a las mujeres del mismo rango de edad en el ámbito rural (6.2 horas) (ver gráfico 2).

Gráfico 2. Horas promedio dedicadas al cuidado de otras personas

Ámbito Rural Mujeres: Horas promedio al cuidado de otras personas por rango de edad

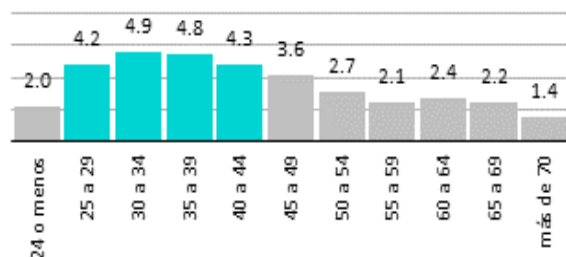


Ámbito Rural Hombres: Horas promedio al cuidado de otras personas por rango de edad

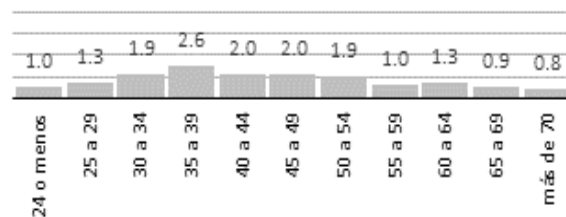


⁵ Durán (2018) distingue entre cuidados directos e indirectos. Los cuidados indirectos son los destinados a proporcionar las bases generales de confort y seguridad al sujeto que recibe el cuidado (limpieza, gestiones, preparación de alimentos, mantenimiento de la vivienda y en general tareas del hogar), en tanto que en los cuidados directos la relación con el que recibe el cuidado es inmediata (lavarle, darle de comer, ayudarlo a desplazarse, conversar, aplicar terapias, etc.).

Ámbito Urbano Mujeres: Horas promedio al cuidado de otras personas por rango de edad



Hombres: Horas promedio al cuidado de otras personas por rango de edad



Fuente: Elaboración propia con datos de: Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, disponible en <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social-2021>

Con fines ilustrativos, se compararon los resultados de la EBS 2021 y de la ENUT 2015 (ver Tabla 2), y se observaron diferencias que pueden ser atribuibles a los diseños metodológicos, pero también al impacto que tuvo la pandemia en la distribución de las tareas del hogar y el uso del tiempo. El contraste reconoce que las metodologías son diferentes y representan momentos distintos, sin embargo, el objetivo es validar si, a pesar de esas diferencias, los resultados conservan la misma tendencia, con lo que se reforzarían los hallazgos.

Tanto en la EBS 2021 como en la ENUT 2015, las mujeres dedicaron en promedio alrededor del doble de tiempo a tareas de cuidado respecto a los hombres: sin embargo, la EBS 2021 reportó un incremento mínimo en el tiempo que las mujeres dedican a esas labores (de 3.03 a 3.16 horas) y una disminución en el promedio de los hombres (1.64 a 1.51 hrs).

En la ENUT 2015, se informó que 14% de las mujeres realizaron tareas de cuidado por más de 4 horas en promedio, en contraste, en la EBS 2021 se observó que ese porcentaje fue de 42%. También incrementó la participación de los hombres: de 4% a 18%.

Del total de personas cuidadoras, en la ENUT 2015 se detectó que 79% eran mujeres y 21% hombres, mientras que, en la EBS 2021, las mujeres representaban al 71% de las personas cuidadoras y 29% hombres.

En ambos instrumentos, las mujeres de 30 a 34 años fueron el grupo con mayor número de horas promedio dedicadas a los cuidados⁶, aunque en la ENUT 2015 se reportó que el promedio de ese grupo era de 3.3 horas, y en la EBS 2021, la media era de 4.9 horas.

⁶ En la ENUT 2015, las mujeres de 25 a 29 años tuvieron el mismo promedio de tiempo que las de 30 a 34.

Tabla 2. Indicadores sobre tiempo y participación en el cuidado de otras personas

Variable	ENUT 2015		EBS 2021	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Población representada ⁷	6,788,518	6,192,121	7,750,790	7,404,070
Tiempo promedio dedicado al cuidado de otras personas ⁸	3.03	1.64	3.16	1.51
Participación en labores de cuidado por más de 4 horas en promedio al día	937,789	245,363	3,263,781	1,306,851
Participación en labores de cuidado por más de 4 horas en promedio al día, respecto del total por sexo.	14%	4%	42%	18%
Porcentaje de personas dedicadas al cuidado de otras personas por sexo	79%	21%	71%	29%
Grupo de edad con mayor número de horas promedio dedicadas a los cuidados	Mujeres de 25 a 29 y de 30 a 34 años: 3.3 horas		Mujeres de 30 a 34 años: 4.9 horas	

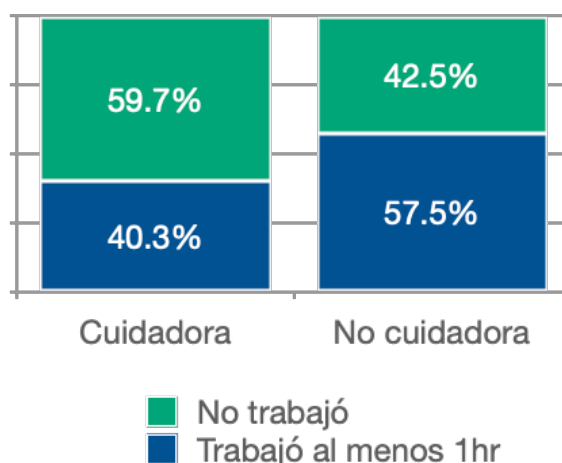
Por otro lado, no se observaron diferencias relevantes en el porcentaje de personas que se dedican al cuidado por nivel educativo, estado civil ni ámbito de residencia, pero sí por condición laboral: De acuerdo con la EBS 2021, el 57.5% de las personas no cuidadoras trabajó al menos una hora en actividades remuneradas, en contraste, el 40.3% de las personas cuidadoras; es decir, una diferencia de 17.2 puntos porcentuales (ver gráfico 3).

En el mismo sentido, la ENUT 2015 reveló que del total de personas cuidadoras, el 59% tiene una actividad remunerada, es decir enfrenta una doble jornada de trabajos. Asimismo, el 34% es económicamente inactiva, posiblemente debido a que se dedica fundamentalmente a los cuidados, el 5% está desocupada y 2% son personas menores de 15 años (ver gráfico 4).

⁷ En la ENUT 2015 se representan mayores de 12 y en la EBS 2021, mayores de 18.

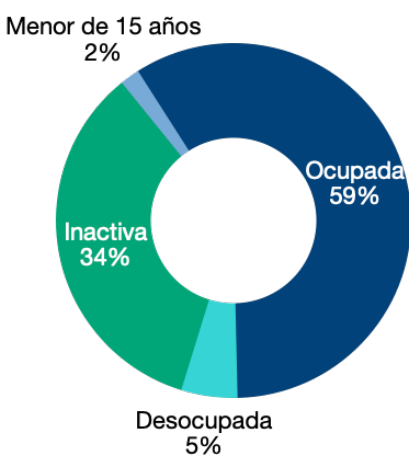
⁸ Debido a que la ENUT representa únicamente a la población urbana, el promedio mostrado de la EBS corresponde también al mismo ámbito, a fin de hacerlos comparables.

Gráfico 3. Personas cuidadoras vs no cuidadoras por condición de trabajo remunerado



Fuente: Elaboración propia con datos de: Encuesta de Bienestar Social (EBS) 2021, Ministerio de Desarrollo Social y Familia, disponible en <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-bienestar-social-2021>

Gráfico 4. Personas cuidadoras por condición de actividad económica



Fuente: Elaboración propia con datos de: Encuesta de La Encuesta Nacional del Uso de Tiempo (ENUT) 2015, Instituto Nacional de Estadísticas, disponible en <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/genero/uso-del-tiempo>.

Para reforzar los hallazgos respecto de los impactos que tienen los cuidados en la esfera laboral, se estudió la Encuesta Nacional de Empleo 2023, en la que observó que el 38% de las personas en edad laboral no participaron en actividades remuneradas y tampoco iniciaron gestiones para buscar empleo. Para las mujeres, el principal motivo fueron las responsabilidades familiares permanentes, como el cuidado de niños y personas dependientes (32.9%). En contraste, para los hombres, el principal motivo fue que estaban estudiando o preparando estudios, y sólo el 3.1% de quienes no buscaron empleo, fue por atender labores de cuidado de familiares.

Respecto de los motivos de renuncia a su último empleo remunerado, en el caso de las mujeres, el principal motivo fue la responsabilidad de cuidar a otras personas (44.2%), mientras que, en los

hombres, la principal razón fueron problemas de salud (45.9%) y sólo el 8.1% renunció para cuidar de otras personas.

Estos hallazgos revelan patrones significativos en el tiempo dedicado a labores de cuidado, que impactan directamente el bienestar de las personas cuidadoras. En la tabla 3, se reflejan algunos de los indicadores que muestran la desventaja en la que se encuentran las personas cuidadoras, en contraste, las que no tienen como principal responsabilidad, el cuidado de otras.

Tabla 3. Indicadores sobre bienestar de personas cuidadoras vs no cuidadoras		
Instrumento	Personas cuidadoras	Personas no cuidadoras
ENUT 2015	80% dijeron que se sentían estresadas siempre o algunas veces.	69% dijeron que se sentían estresadas siempre o algunas veces.
	La principal fuente de estrés fueron los problemas económicos (22%).	La principal fuente de estrés fue el trabajo fuera del hogar (29%).
	En conjunto, las labores domésticas (18%) y el cuidado de familiares (12%) representaron el 30% de las fuentes principales de estrés.	9% reconoció como su principal fuente de estrés las actividades no remuneradas (labores del hogar 6% y cuidado de personas 3%)
	Casi la mitad (48%) se sienten totalmente insatisfechas o insatisfechas con el tiempo que dedican al descanso.	29% estuvieron totalmente insatisfechas o insatisfechas con el tiempo para descansar.
	Ingreso promedio per cápita de sus hogares: \$229,402.1	Ingreso promedio per cápita de sus hogares: \$351,834.2
EBS 2021	23% todos los días o más de la mitad de los días tienen poco interés en hacer cosas; 47% siente apatía solo algunos días y 30% nunca pierde el interés en realizar actividades.	17.5% todos los días o más de la mitad de los días tienen poco interés en hacer cosas; 42.5% algunos días y 40% nunca manifiesta desinterés.
	Al 44% , durante el mes pasado, el ingreso del hogar no les alcanzó, tuvieron muchas o algunas dificultades.	30% percibió que durante el mes pasado el ingreso fue insuficiente.
	73% tiene sobrepeso u obesidad, de acuerdo con su Índice de Masa Corporal.	67% tiene sobrepeso u obesidad, de acuerdo con su Índice de Masa Corporal.

Los elementos estudiados representan la sobrecarga (burden) por cuidados. Esta sobrecarga se refiere a la cantidad significativa de tensión que experimentan los familiares cuidadores, incluyendo una variedad de problemas emocionales, psicológicos, sociales y financieros (Loukissa, 1995).

La literatura ha estudiado la relación que existe entre el nivel de dependencia de las personas y la sobrecarga que enfrentan quienes las cuidan. Por ejemplo, Palomares Trejo (2020) concluyó que existe una asociación entre el grado de sobrecarga del cuidador primario y el grado de dependencia del paciente geriátrico que es estadísticamente significativa. Para medir el grado de dependencia

utilizó el índice de Barthel, el cual permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas con relación a 10 actividades básicas de la vida diaria: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del sanitario, trasladarse de un sillón a la cama, deambular, y subir y bajar escaleras, mientras que el grado de sobrecarga se evaluó utilizando la escala de Zarit, la cual evalúa el status de las personas cuidadoras en varias dimensiones: salud física y psicológica, área económica y laboral, relaciones sociales y relación con la persona receptora de cuidados.

De la misma forma, Jin Young Choi et. Al. (2024) encontraron que cuanto más grave es el deterioro funcional, mayor es la carga de cuidados. También descubrieron que el deterioro mental en las personas mayores es un factor importante en la carga del cuidador, más oneroso aún que el deterioro físico.

En este trabajo se estudiarán los impactos en la salud que enfrentan las personas que cuidan, al respecto, es importante destacar que la Encuesta de Bienestar Social 2021 (que fue la base para estimar las prevalencias de padecimientos asociados a la sobrecarga) no contiene información suficiente que permita medir el grado de dependencia de la persona cuidada. Sin embargo, otros factores -como el tiempo de cuidados y la edad de las cuidadoras- pueden estar directamente relacionados con las características de quienes necesitan asistencia personal para realizar actividades de la vida diaria.

5. Resultados

Impactos en la salud

Depresión

Se estima que 739,368 personas de 20 años y más en Chile han enfrentado algún trastorno depresivo, de los cuales, el 75% son mujeres (556,272) y 25% hombres (183,096). Eso representa que el 6.6% de personas de 20 años y más han padecido de algún trastorno depresivo.

En 2021, dichos trastornos ocasionaron 98,726 años de vida saludables perdidos (AVISA) para las mujeres y 49,218 AVISA para los hombres.

Se estimó que el 17.7% de las mujeres cuidadoras ha enfrentado trastornos depresivos, en comparación con las no cuidadoras, entre quienes el porcentaje es de 3.4%. Esto significa que, probablemente, la sobrecarga de tareas de cuidado aumenta la prevalencia de depresión en 14.3 puntos porcentuales.

Lo anterior implica que la depresión asociada a las tareas de cuidado en las mujeres representa 63,569 AVISA, es decir el 64% de los AVISA atribuibles a la depresión en las mujeres. La tabla 4 resume estas estimaciones.⁹

Tabla 4: Estimaciones de prevalencia de depresión en mujeres cuidadoras y no cuidadoras

Grupo de edad	# Mujeres cuidadoras con depresión	Porcentaje de mujeres cuidadoras con depresión	# Mujeres no cuidadoras con depresión	Porcentaje de mujeres no cuidadoras con depresión	AVISA totales por depresión en mujeres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en mujeres
20 a 24	22,836	16%	0	0.0%	14,389	14,389.43
25 a 29	33,526	11%	0	0.0%	13,486	13,486.21
30 a 34	41,949	13%	0	0.0%	11,727	11,727.36
35 a 39	57,644	16%	5,639	3.0%	10,475	7,692.74
40 a 44	91,576	24%	21,101	7.6%	9,285	5,113.67
45 a 49	32,465	14%	2,089	0.7%	8,667	7,708.98
50 a 54	31,453	19%	310	0.1%	7,561	7,450.19
55 a 59	29,252	20%	21,876	5.8%	6,822	2,768.50
60 a 64	29,913	22%	52,962	14.2%	5,309	676.94
65 a 69	49,264	42%	17,012	5.6%	3,798	2,440.28
más de 70	15,405	13%		0.0%	7,207	7,206.87

Respecto a los hombres, se observaron resultados similares: 10.87% de los cuidadores había padecido trastornos depresivos, así como el 1.53% de los no cuidadores.

Eso significa que el exceso en la prevalencia de depresión ocasionada por trastornos depresivos es de 9.34 puntos porcentuales. Además, la depresión asociada a labores de cuidado en los hombres representa 24,596.23 AVISA, equivalente al 50% de los AVISA por esa causa (ver tabla 5).

⁹ En ese sentido, Vitaliano et.al (2003) propusieron que los síntomas depresivos de las personas cuidadoras pueden estar asociados no solo a las tareas de cuidado, sino a los problemas financieros que implica la discapacidad, a la progresión de la enfermedad de la persona cuidada, al aislamiento social y en general, a un duelo anticipado prolongado por los aspectos de su vida perdidos. Encontraron que los cuidadores tenían un nivel 23% más alto de hormonas del estrés y un nivel 15% más bajo de respuestas de anticuerpos que los que no eran cuidadores. Aunque reconocieron que los datos observacionales eran insuficientes para establecer causalidades.

Tabla 5. Estimaciones de prevalencia de depresión en hombres cuidadores y no cuidadores

Grupo de edad	# Hombres cuidadores con depresión	% de Hombres cuidadores con depresión	# Hombres no cuidadores con depresión	% de Hombres no cuidadores con depresión	AVISA totales por depresión en hombres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en hombres
20 a 24	4,760	10.23%	2,246	0.38%	7,359	4,812.46
25 a 29	8,760	8.52%	6,919	1.42%	7,040	3,278.47
30 a 34	44,128	25.51%	0	0.00%	6,078	6,078.20
35 a 39	26,549	14.68%	0	0.00%	5,089	5,088.72
40 a 44	4,420	3.56%	0	0.00%	4,376	4,376.17
45 a 49	2,687	3.06%	0	0.00%	4,117	4,116.56
50 a 54	3,964	4.37%	0	0.00%	3,669	3,669.12
55 a 59	1,539	3.10%	6,925	1.29%	3,372	358.55
60 a 64		0.00%	0	0.00%	2,686	0
65 a 69	4,958	14.44%	27,827	9.15%	1,985	110.00
más de 70	4,765	9.24%	32,649	7.37%	3,446	88.70

Estos resultados son similares a los de Chakraborty y Vibhute (2023) quienes encontraron que, en todas las condiciones socioeconómicas, los cuidadores tienen un mayor riesgo de tener depresión que los no cuidadores.

Artritis y Osteoartritis

Algunos estudios han encontrado relación entre la prevalencia de artritis y las actividades de cuidado, por ejemplo, McGuire et al evidenció que la prevalencia de artritis es mayor entre los cuidadores que entre los no cuidadores (35,1% frente a 24,5%) (Jackson, et. al. 2022). Asimismo, Turner, et. al. (2024) detectaron que el 40% de los cuidadores había recibido un diagnóstico de artritis en su vida.

En Chile, aunque en general la prevalencia de artritis y osteoartritis es mayor en mujeres no cuidadoras (24%) que en cuidadoras (20%), esta tendencia no se observa en todos los grupos de edad, particularmente, entre las mujeres entre 20 y 44 años la prevalencia en cuidadoras es de 8% y en las no cuidadoras el porcentaje es 0.2%.

El único grupo en el que fue mayor el porcentaje de mujeres no cuidadoras con artritis y osteoartritis, respecto de las cuidadoras, fue el de los 60 a 64 años (47% vs 38%) (ver tabla 6).

Tabla 6. Estimaciones de prevalencia de Artritis y Osteoartritis en mujeres cuidadoras y no cuidadoras

Grupo de edad	# Mujeres cuidadoras con Artritis y Osteoartritis	% de mujeres cuidadoras con Artritis y Osteoartritis	# Mujeres no cuidadoras con Artritis y Osteoartritis	% de mujeres no cuidadoras con Artritis y Osteoartritis	AVISA totales por Artritis y Osteoartritis en mujeres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en mujeres
20 a 24	4,019	3%	0	0%	159	159
25 a 29	0	0%	0	0%	291	-
30 a 34	20,079	6%	709	0%	530	488
35 a 39	12,101	3%	0	0%	1071	1,071
40 a 44	82,950	21%	1,455	1%	1993	1,910
20 a 44 años	119,149	8%	2,164	0.2%	4,044	3628
45 a 49	35,503	15%	37,177	13%	3552	230
50 a 54	70,311	42%	81,114	24%	5262	1,042
55 a 59	62,058	42%	102,220	27%	7430	1,010
60 a 64	51479	38%	175,428	47%	8259	- 459
65 a 69	73,999	62%	132,885	44%	7599	802
más de 70	77,916	64%	310,796	59%	18908	288
45 años y más	371,266	40%	839,620	38%	51,010	2,913

El total de AVISA por artritis y osteoartritis en cuidadoras de entre 20 y 44 años atribuibles a la sobrecarga (3,628) fue equivalente al 89% de los AVISA por dichas causas en mujeres, mientras que, para las mayores de 45 años, el porcentaje fue de 6%.

Los resultados podrían indicar que la sobrecarga por cuidados acelera la aparición de trastornos musculoesqueléticos, como la artritis y osteoartritis en cuidadoras jóvenes, e influye en la prevalencia de los mencionados padecimientos entre las mujeres mayores de 45 años.¹⁰

En el caso de los hombres, los resultados son similares: el 10% de los cuidadores entre 20 y 44 años han sido diagnosticados con artritis u osteoartritis, en comparación con el 0.15% de los no

¹⁰ Al respecto, Paredes-Fernández, D. et al. (2021) encontraron que un 44,2% de trabajadoras en Chile vive con dolor crónico, lo que ha ocasionado que el 60,7% de mujeres presenten licencias médicas asociadas esa causa, mientras que en hombres el porcentaje es de 39.3. En el caso de las cuidadoras no remuneradas, la situación se complica debido a que, por la naturaleza de sus labores, no tienen la posibilidad de acceder a licencias médicas que contribuyan a la recuperación de su salud. También refirió sesgos de género en el tratamiento médico del dolor en mujeres en comparación con hombres: largas esperas para conseguir diagnósticos, menor acceso a tratamientos y/o de menor efectividad, mayor uso de antidepresivos y mayores derivaciones a profesionales de salud mental.

cuidadores. Es decir, que de un total de 1,941 AVISA atribuibles al padecimiento, el 77% se podría explicar por los impactos en la salud que tiene realizar actividades de cuidado de las personas.

Asimismo, entre los mayores de 45 años, el porcentaje de AVISA por esos trastornos musculoesqueléticos en cuidadores es de 14%, lo que refuerza la idea de que las actividades de cuidado contribuyen a la aceleración en la aparición de trastornos en músculos y huesos (ver tabla 7).

Tabla 7. Estimaciones de prevalencia de artritis y osteoartritis en hombres cuidadores y no cuidadores

Grupo de edad	# Hombres cuidadores con artritis y osteoartritis	% de Hombres cuidadores con artritis y osteoartritis	# Hombres no cuidadores con artritis y osteoartritis	% de Hombres no cuidadores con artritis y osteoartritis	AVISA totales por artritis y osteoartritis en hombres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en hombres
20 a 24	0	0%	0	0%	34	0
25 a 29	0	0%	0	0%	57	0
30 a 34	0	0%	0	0%	177	0
35 a 39	36,830	20%	724	0%	538	5223
40 a 44	23,979	19%	3,070	1%	1,135	974
20 a 44 años	60,809	10%	3,794	0.15%	1,941	1,497
45 a 49	2,348	3%	48,175	11%	2,059	-298
50 a 54	18,081	20%	19,571	6%	3,045	1,056
55 a 59	34,034	69%	13,007	2%	4,199	2,931
60 a 64	3,028	8%	39,611	12%	4,568	-171
65 a 69	14,765	43%	80,025	26%	4,128	250
más de 70	22,681	44%	212,270	48%	8,925	- 77
45 años y más	94,937	27%	412,659	17%	26,927	3,690

Diabetes

Sánchez Bárcenas et al (2024), mostraron que en un estudio de la población mexicana la mayoría de los cuidadores primarios informales padecen diabetes tipo 2, obesidad e hipertensión, y que las prevalencias de diabetes e hipertensión son más elevadas en cuidadores con sobrecarga.

En el caso de Chile, se encontró que en general existe poca diferencia en la prevalencia de diabetes entre mujeres no cuidadoras (8%) y cuidadoras (7%). Sin embargo, existen disparidades por rango de edad: entre las mujeres de 35 a 44 años, la prevalencia de diabetes entre quienes no están dedicadas al cuidado de otros es mayor que la prevalencia en cuidadoras.

Sin embargo, entre las mayores de 45, la prevalencia de diabetes es mayor entre cuidadoras (con excepción del rango de edad de entre 60 y 64 años). La diferencia es más amplia en el grupo de edad 55 a 59 años, dentro del cual, el 28% de las cuidadoras padecen diabetes mellitus, contra el 6% de las no cuidadoras, lo que representa una distancia de 22 puntos porcentuales.

En 2021, la diabetes mellitus ocasionó una pérdida de 181,411 años de vida saludable entre las mujeres de 20 años y más. Se estima que el 9% (16,318) de dichos AVISA se explican por el impacto que tuvieron las labores de cuidado a otras personas en su salud.

Esto es consistente con los hallazgos de Ottaviani, et. al. (2019), quienes encontraron que más de un tercio de las personas mayores encargadas del cuidado de otras presentaban un alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus.

Tabla 8. Estimaciones de prevalencia de diabetes mellitus en mujeres cuidadoras y no cuidadoras

Grupo de edad	# Mujeres cuidadoras con diabetes	% de mujeres cuidadoras con diabetes	# Mujeres no cuidadoras con diabetes	% de mujeres no cuidadoras con diabetes	AVISA totales por diabetes en mujeres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en mujeres
20 a 24	0	0%	0	0.0%	685	0
25 a 29	0	0%	0	0.0%	1039	0
30 a 34	0	0%	0	0.0%	1476	0
35 a 39	0	0%	10,784	6%	2220	- 4,399
40 a 44	0	0%	6,968	3%	3855	- 5,394
45 a 49	24,271	10%	11,110	4%	6378	2,716
50 a 54	11,329	7%	8,869	3%	10464	3,584
55 a 59	41,473	28%	24,333	6%	13757	6,693
60 a 64	27,600	20%	89,349	24%	13457	- 579
65 a 69	35,481	30%	61,675	20%	37374	4,334
más de 70	34,612	29%	59,129	11%	90705	20,239

Entre los hombres, en general, la prevalencia de diabetes es mayor entre cuidadores (7%) que entre no cuidadores (4%). La diferencia incrementa a partir de los 40 años y hasta los 69. Al igual que en las mujeres, la mayor distancia se observa entre las personas de 55 a 59 años: en ese rango, la prevalencia de diabetes en cuidadores es de 26% y 4% en los no cuidadores, lo que significa una distancia de 22 puntos porcentuales.

El 10% de los AVISA por diabetes en hombres se podría atribuir a la sobrecarga que conlleva el cuidado de otras personas.

Tabla 9. Estimaciones de prevalencia de diabetes mellitus en hombres cuidadores y no cuidadores

Grupo de edad	# Hombres cuidadores con diabetes	% de Hombres cuidadores con diabetes	# Hombres no cuidadores con diabetes	% de Hombres no cuidadores con diabetes	AVISA totales por diabetes en hombres	AVISA atribuibles a la sobrecarga en hombres
20 a 24	0	0%	0	0%	358	0
25 a 29	884	1%	0	0%	732	732
30 a 34	0	0%	0	0%	1,254	0
35 a 39	3,110	2%	6,156	2%	1,865	- 5
40 a 44	7,074	6%	0	0%	2,883	2,883
45 a 49	3,025	3%	1,331	0%	5,053	3,199
50 a 54	11,763	13%	1,991	1%	7,996	6,541
55 a 59	12,664	26%	23,875	4%	12,192	3,490
60 a 64	11,997	31%	40,014	12%	14,489	2,042
65 a 69	10,769	31%	83,229	27%	13,468	197
más de 70	3,697	7%	44,363	10%	31,646	- 967

6. Conclusiones

El objetivo del estudio fue contribuir al conocimiento y análisis del impacto de las labores de cuidado sobre la salud de las mujeres que cuidan, para ello, el primer paso fue operacionalizar la definición de persona cuidadora.

1. Se identifica como persona cuidadora a quienes brindan asistencia a otra persona, a fin de que puedan realizar actividades de la vida diaria, como moverse, asearse, vestirse, comer, o realizar labores para la atención de la salud. La persona receptora de cuidados puede ser niña, niño, persona con discapacidad o con alguna enfermedad.
2. En general, podrían definirse 2 tipos generales de personas cuidadoras: las cuidadoras primarias, que dedican 4 horas o más al día y las cuidadoras secundarias, que lo hacen por menos tiempo (éstas no son objeto del estudio). El tiempo que dedican al cuidado es una variable importante en términos de política pública, debido a que quienes ocupan más de media jornada laboral en tareas de cuidado (4 horas diarias o más) enfrentan pobreza de tiempo lo que restringe su participación la vida social, laboral y política, además de un menor goce del tiempo libre (ONU Mujeres, 2020).

En este trabajo, al igual que investigaciones previas enfocadas en población latinoamericana, se encontró que la mayor parte de las personas cuidadoras de otras personas son mujeres (71%), quienes realizan las tareas de cuidado sin remuneración. La feminización del trabajo no remunerado ocurre independientemente del nivel educativo, ámbito de residencia y estado civil.

Los datos analizados evidenciaron que las personas cuidadoras enfrentan sobrecarga por ese tipo de labores que les impacta en todos los aspectos de la vida:

Financiero: Casi la mitad de las personas cuidadoras (44%) dijeron que, durante el mes pasado, el ingreso del hogar no les alcanzó o tuvieron dificultades financieras. Entre las no cuidadoras, el porcentaje fue de 30% (14 puntos porcentuales menos).

Profesional: Entre las mujeres, el principal motivo para no buscar trabajo remunerado es la responsabilidad de cuidar de sus familiares (32.9%), en los hombres, la principal razón son los estudios (37.2%) y solo 3.1% no lo hace por labores de cuidado.

Respecto de los motivos de renuncia a su último empleo remunerado, en el caso de las mujeres, el principal fue por la responsabilidad de cuidar a otras personas (44.2%), mientras que, en los hombres, la principal razón fueron problemas de salud (45.9%) y sólo el 8.1% renunció para cuidar de otras personas.

Salud: En 2021, la depresión en mujeres mayores de 20 años ocasionó 63,569 AVISA, de los cuales, el 64% pueden atribuirse a la sobrecarga por cuidados. En correspondencia, se observó que el 17.7% de las cuidadoras había enfrentado algún grado de depresión, contra 3.4% de las no cuidadoras.

En los hombres, la depresión ocasionó una pérdida de 49,218 AVISA, de los cuales, la mitad puede atribuirse a los impactos por sobrecarga de cuidados. Lo anterior significó que 10.87% de los cuidadores había padecido trastornos depresivos, mientras que solo el 1.53% de los no cuidadores habían padecido esa condición.

Esos resultados se relacionan con el auto-reporte del bienestar subjetivo: el 23% de las personas cuidadoras dijeron que casi todos los días o más de la mitad de los días tienen poco interés en hacer cosas, contra el 17% de las no cuidadoras. Es decir, una diferencia de 5 puntos porcentuales.

Por otra parte, no obstante que, en general, hay más prevalencia de artritis entre las mujeres no cuidadoras (24%) que en las cuidadoras (20%), las mujeres jóvenes cuidadoras presentan mayores tasas de artritis.

El total de AVISA por artritis y osteoartritis en cuidadoras de entre 20 y 44 años (3,628) fue equivalente al 89% de los AVISA por dichas causas en mujeres de ese grupo de edad: es decir, 8% las mujeres cuidadoras enfrentaron trastornos musculoesqueléticos, en contraste con el 0.2% de las no cuidadoras. A pesar de que se reconoce que en ese grupo de edad existen otros factores que pueden influir en la aparición de artritis y osteoartritis, como la maternidad, el contraste se realizó entre cuidadoras y no cuidadoras conforme a la definición utilizada en este estudio, que atraviesan momentos similares en el ciclo de vida.

Los resultados podrían indicar que la sobrecarga por cuidados acelera la aparición de trastornos musculoesqueléticos, como la artritis y osteoartritis en cuidadoras jóvenes, e influye en la prevalencia de los mencionados padecimientos entre las mujeres mayores de 45 años.

Del total de hombres cuidadores de 20 a 44 años, el 10% ha sido diagnosticado con artritis u osteoartritis, en comparación con el 0.15% de los no cuidadores. Es decir, que de un total de 1,941 AVISA atribuibles al padecimiento, el 77% se podría explicar por los impactos en la salud que tiene realizar actividades de cuidado de las personas.

En cuanto a la prevalencia de diabetes en mujeres, ésta es ligeramente mayor entre no cuidadoras (8%) que en cuidadoras (7%), pero entre las mayores de 45 años esta tendencia se invierte.

Para los hombres, la prevalencia de diabetes es también más alta en los cuidadores, sobre todo a partir de los 40 años.

Con base en los resultados obtenidos, se realizan las siguientes recomendaciones

1. Implementar programas de salud integral que incluyan atención especializada en salud mental y física para personas cuidadoras, con un enfoque preventivo para trastornos como depresión, artritis, y diabetes. Justificación: Las personas cuidadoras, tanto mujeres como hombres, enfrentan una sobrecarga física y emocional que impacta en su salud, reflejado en mayores tasas de depresión (17.7% en mujeres cuidadoras), artritis (especialmente en jóvenes), y diabetes.
Los programas de salud integral deberán desarrollarse con enfoque de género a fin de permitir la flexibilidad en horarios y modalidades de atención (horarios extendidos en instituciones públicas, consultas virtuales, visitas domiciliarias) que se adecúen a las cargas de responsabilidad de las personas cuidadoras.
2. Crear un catálogo de servicios para las personas que demandan cuidados y sus familias; por ejemplo, subsidios para la contratación de servicios profesionales de cuidado en el hogar, asistencia remota (vía internet), casas de cuidado ambulatorio y albergues de residencia permanente.
3. Realizar modificaciones a la legislación laboral para permitir horarios de trabajo flexibles, licencias para atender labores de cuidado de familiares, entre otros, de forma tal que permita distribuir las labores de cuidado entre todos los integrantes del hogar y no se realice la sobrecarga en una sola persona.
4. Realizar la valoración económica de las labores de cuidado en el PIB nacional, a fin de visibilizar la aportación que hacen las personas cuidadoras a la economía nacional, y en esa medida, invertir en la protección de su salud y de programas de capacitación para cuidadores, que incluyan herramientas para la gestión del tiempo, técnicas de autocuidado y apoyo psicológico, para reducir los efectos de la sobrecarga y mejorar su bienestar.
Sería importante también estimar los costos para el sistema de salud que implica atender los padecimientos relacionados con la sobrecarga por cuidados, inicialmente se podría iniciar con la estimación de costos asociados a trastornos depresivos, musculoesqueléticos, así como a diabetes mellitus.

5. Reformar los marcos legales para reconocer el trabajo de cuidado no remunerado en las estadísticas vitales, laborales y en la seguridad social, ofreciendo beneficios como contribuciones al sistema de pensiones o créditos laborales para quienes asumen estas responsabilidades. Justificación: La feminización del trabajo no remunerado es una realidad que afecta principalmente a las mujeres. Reconocer formalmente este trabajo ayudaría a reducir la discriminación económica y ofrecería una mayor seguridad para el futuro de estas personas en términos de pensiones y beneficios laborales.

Con estas recomendaciones, se busca abordar las implicaciones en bienestar, salud y economía que enfrentan las personas cuidadoras, reduciendo las disparidades y promoviendo la igualdad de género en las tareas de cuidado no remunerado.

Bibliografía

- Anderson J. (2007). Género de Cuidados. En Barrig, Maruja (Ed.), *Fronteras Interiores: Identidad, diferencia y protagonismo de las mujeres* (págs. 71-93). Lima: Instituto de Estudios Peruanos (IEP).
- Batthyány K. (2013). Uso del tiempo y trabajo no remunerado: división sexual del trabajo y contratos de género. Un estudio de caso en el medio rural familiar. En Piñeiro, Vitelli, & Cardeillac, *Relaciones de género en el medio rural uruguayo: inequidades “a la intemperie”* (págs. 81-106). Montevideo: FCS, CSIC.
- Batthyány K. (2021). *Políticas del cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; México DF : Casa Abierta al Tiempo.
- Batthyány K., (2024) *Desafíos y oportunidades de la sociedad del cuidado en América Latina y el Caribe*. En Batthyány, Pineda, y Perrotta, *La sociedad del cuidado y políticas de la vida*. CLACSO-INMUJERES-UNAM-UNRISD.
- Carrasquer P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la Sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 31 (1), pp. 91-113.
- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Chakraborty R., Jana A., & Vibhute VM. (2023). Caregiving: a risk factor of poor health and depression among informal caregivers in India- A comparative analysis. *BMC Public Health*. 2023 Jan 6;23(1):42
- CLACSO/ONU Mujeres (2022). *Estado del arte sobre cuidados en contextos de ruralidad en América Latina y El Caribe*. CLACSO-ONU Mujeres.
- Coffey C., Espinoza P., Harvey R., Lawson M., Parvez A., Piaget K., Sarosi D., y Thekkudan J., (2020). *Time to care*. Oxfam International.
- Durán M. (2018). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. ONU Mujeres, México.
- Esquivel V. (2013). *Care in households and communities: Background paper on conceptual issues*. Oxfam Research Reports, October. Oxfam, Oxford.
- Floro M., Sepúlveda M. y Lozano, A., (2023) “A Care-Led Transition to a Sustainable Future”, GI-ESCR/Ministry for Foreign Affairs of Finland.
- Giacono M. (2021). *Mujeres, Cuidado y Resistencias. Prácticas de resistencias de mujeres que cuidan a personas con discapacidad severa*. Tesis al grado de Magíster en Ciencias Sociales. Universidad de Chile, Chile.
- Gobierno de España (2023). Real Decreto 675/2023, de 18 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecidas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2023-16651#:~:text=Intensidad%20del%20servicio%20de%20ayuda,65%20a%2094%20horas%20mensuales.%C2%BB>
- Gobierno de Uruguay (2016) *Reglamentación de la Ley 19.353 relativo a la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Servicio de asistentes personales para cuidados de larga duración para personas en situación de dependencia severa*. Decreto 117-2016. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/117-2016>
- Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME (2024). *Global Burden of Disease 2021: Findings from the GBD 2021 Study*. Seattle, WA.
- Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME. (2022) *Global Burden of Disease Study 2021. Results*. Seattle, USA. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

- Jackson E., Omura J., Boring M., Odom E., Foster A., Olivari B., McGuire L., & Croft J. (2022). Prevalence and Characteristics of Arthritis Among Caregivers - 17 States, 2017 and 2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2022 Nov 4;71(44):1389-1395.
- Mascheroni P. (2021). Ruralidad, cuidados y políticas públicas. Reflexiones a partir del caso de Uruguay. *Revista de Ciencias Sociales* (39), 35-62.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia MDSD. (2024). Informe de Cuidados. Observatorio Social. Subsecretaría de Evaluación Social, Chile.
- Naciones Unidas (2024). Transformar los sistemas de cuidados en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y de Nuestra Agenda Común. Documento de política del sistema de las Naciones Unidas.
- Oliveira M., y Faria N., (2018). Empoderamento económico das mulheres no Brasil pela valorização do trabalho doméstico e do cuidado. San Pablo: Oxfam Brasil.
- ONU MUJERES (2020). Cuidados en América Latina y El Caribe en Tiempos de Covid-19. Hacia Sistemas Integrales para Fortalecer la Respuesta y la Recuperación. ONU Mujeres.
- ONU MUJERES (2023). Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados. ONU Mujeres. Chile.
- Ottaviani A., Rossetti E., Terassi M., Brigola A., Luchesi B., Souza É., Oliveira N., Inouye, K., Pavarini S., & Orlandi F. (2019). Factors associated with the development of diabetes mellitus in older caregivers. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 72, 30–35.
- Palomares Trejo, G. (2020). *Sobrecarga del cuidador primario y su relación con la dependencia del paciente geriátrico de la Unidad de Medicina Familiar N° 45 San Luis Potosí*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí – Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Paredes-Fernández, D., Lenz-Alcayaga, R., Rojas-Cáceres, C., & Carroza Escobar, M. B. (2021). Acceso de la mujer a la atención de salud: brechas que la futura reforma de salud en Chile debe resolver. *Medwave*. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.10.8490>
- Pino D., Morejón E. & Medina O. (2017). Estrategias familiares para el cuidado de la infancia en el asentamiento rural Crucecitas. Un estudio de caso. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 231-243.
- Rodríguez C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Nueva Sociedad.
- Sánchez R., López D., Brito-Aranda L., García B., Thompson M., Pavón E., Beltrán L., Durán R., Melgarejo E., Castillo T., Anguiano T., & Orozco A. (2024). Factores asociados a la sobrecarga del cuidador en cuidadores primarios de personas adultas mayores con diabetes tipo2 [Factors associated with caregiver burden in primary caregivers of older adults with type2 diabetes]. *Aten Primaria*. Apr 29;56(10):102948
- Soto C., Dobrée P., González M., y Soto L. (2022). Los cuidados en América Latina y el Caribe Hispano. En Informe: Avances y desafíos pendientes de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing en el contexto de la recuperación de la crisis por covid-19 (págs. 43-81). CLACSO - OXFAM - ONU MUJERES.
- Turner S., Robinson J., Pillemer K., & Reid C. (2024). Prevalence Estimates of Arthritis and Activity-Limiting Pain Among Family Caregivers to Older Adults, *The Gerontologist*, Volume 64, Issue 5, May.
- Vitaliano, Peter & Zhang, Jian-Ping & Scanlan, James. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological bulletin*.
- Zibecchi C. (2014). Cuidadoras del ámbito comunitario: entre las expectativas de profesionalización y el ‘altruismo’. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, 50, 129-145.