



Crisis social y de la organización social de los cuidados en Chile

Social crisis and social organization of care crisis in Chile

Irma Arriagada*

Palabras clave:

Crisis cuidados
Chile
Políticas sociales
Legislación

Resumen

En este texto se describe brevemente la evolución de las políticas sociales relativas al cuidado, para lo cual se recopila y analiza la legislación relativa a la protección de la maternidad, de la niñez, de la vejez y de la discapacidad en tres períodos históricos: 1924-1973; 1973-1990 y 1990-2020. Luego se analizan los factores estructurales que se encuentran en la base de la crisis del modelo de organización social del cuidado en Chile, y finalmente se muestran los actores que cubren las necesidades de cuidados remunerados y no pagados del sector público y privado. Se sostiene que en Chile, las últimas crisis sociales y sanitarias representan un punto de inflexión que muestra la indudable importancia del cuidado en la reproducción social y en el bienestar de la población, así como los límites de este modelo de organización social chileno de los cuidados estratificado por clase y género.

* Socióloga, investigadora visitante del Centro de Estudios de la Mujer (CEM), Santiago, Chile. Contacto: irma.arriagada@gmail.com

Keywords:

Care
Chile
Social Policies
Legislation

Abstract

This text briefly describes the evolution of social policies related to care. The legislation related to the protection of maternity, childhood, old age and disability is compiled and analyzed in three historical periods: 1924-1973; 1973-1990 and 1990-2020. Then, the structural factors that are at the basis of the crisis of the social organization of care in Chile are discussed. Finally the actors that cover the needs of paid and unpaid care, from the public and private sectors, are shown. It is argued that in Chile the latest social and health crises represent a turning point that portrays the undoubted importance of care in social reproduction and the well-being of the population, as well as the limits of Chilean model of social organization of care stratified by class and gender

En este texto se reseña, en primer lugar, en forma sucinta, la evolución de las principales características de las políticas sociales y de cuidado en Chile, a partir de la recopilación y análisis de la legislación relativa a la protección de la maternidad, de la niñez, de la vejez y de la discapacidad desde 1924 hasta la actualidad.¹ En este análisis se muestra cómo se ha ido configurando históricamente un modelo de organización social de los cuidados de carácter segmentado y desigual por género y clase social, características que se expresan, también, en la oferta pública de programas y proyectos orientados a cubrir dichas tareas. En segundo lugar, se identifican y estudian los factores estructurales que están en la base de la crisis del modelo de organización de los cuidados. Esta crisis se refuerza durante el estallido social de octubre de 2019 y posteriormente, en marzo 2020, con la pandemia del coronavirus. Finalmente, el texto ofrece un diagnóstico de los principales actores que cubren en Chile estas necesidades, ya sea de manera

1 Se eligió la legislación aprobada como una forma de mostrar la voluntad política de realizar cambios sustantivos; sin embargo, estas normas no dan cuenta de su efectiva aplicación ni de los cambios culturales necesarios para modificar el modelo de cuidados.

remunerada como no remunerada; en el sector público y en el privado, que muestra la fragilidad de la organización social de los cuidados.

Para la elaboración de este texto se han consultado fuentes oficiales de ministerios y servicios (Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Hacienda, Servicio Nacional de Adultos Mayores, Servicio Nacional de la Discapacidad, Instituto Nacional de Estadísticas, Superintendencia de Seguridad Social, Biblioteca del Congreso), entrevistas a encargados de Chile Cuida del Ministerio de Desarrollo Social y la información oficial del Instituto Nacional de Estadísticas.

Sostenemos que en Chile, las últimas crisis sociales y sanitarias representan un punto de inflexión que muestra la indudable importancia del cuidado en la reproducción social, así como los límites de este modelo de organización social de los cuidados estratificado por clase y género. Hasta hace unos años –a diferencia de otros países latinoamericanos, como Uruguay² el tema de quién, de cómo y a quién se cuida no era un asunto de amplio debate público, sino que era tratado en espacios restringidos de especialistas u organizaciones de mujeres. No existía una problematización sobre los cuidados de la población, sino que se expresaban de manera parcial a partir de demandas específicas: cuidado infantil, acceso y calidad de la salud, cobertura y mejoramiento de las pensiones, políticas de conciliación familia-trabajo.

Aun cuando hasta el momento no se ha desarrollado a plenitud un abordaje sistémico e integral de los cuidados que permita centrar la atención en la elaboración de un red interrelacionada de políticas que respondan a las necesidades de cuidado de los principales sectores de población de acuerdo con cada etapa del ciclo de vida, ha comenzado un debate en los medios de comunicación, entre especialistas y durante la discusión de algunas leyes, que se ha acentuado con la crisis de la pandemia.³ Sin embargo, en ausencia de una visión integral, el cuidado de niños, personas mayores, enfermos y personas con discapacidad continúa siendo abordado en forma fragmentada sea por la

2 En Uruguay, la confluencia virtuosa entre la producción sociológica de conocimientos, su incorporación en la agenda pública y la formulación de políticas que buscan transformar las relaciones de género y los cuidados llevaron a la constitución del primer Sistema Nacional de Cuidados en la región. Ver Aguirre et al., 2014.

3 Un ejemplo es la discusión legislativa y en los medios de comunicación sobre la sala cuna universal, el permiso parental y el posnatal de emergencia.

familia y por los servicios estatales o privados. Este modelo familiarizador de cuidados⁴ no tiene en cuenta las grandes transformaciones culturales, la participación creciente de las mujeres en el mundo público y laboral debido a su mayor educación y al enriquecimiento de sus proyectos de autonomía personal. Lo anterior hace insostenible que estas tareas continúen asignados a las mujeres como su obligación principal.

Evolución de las políticas sociales y de cuidados en Chile

Algunos conceptos

Los conceptos de cuidados y de trabajo de cuidados se han desarrollado desde diversas disciplinas, como la economía, la ciencia política, la historia y la sociología, entre otras; es un concepto complejo que admite múltiples debates, clasificaciones y definiciones sobre su significado y medición.⁵

En este texto se opta por una definición amplia de cuidados, que refiere a la gestión y a la generación de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida y la salud; a la provisión diaria de bienestar físico y emocional que satisfaga las necesidades de las personas a lo largo de todo el ciclo vital. El cuidado se refiere a los bienes, servicios y actividades que permiten a las personas alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio.⁶ Durante el ciclo vital hay períodos en los que se requiere de cuidados intensivos y/o especializados; por ejemplo, en la niñez, durante la enfermedad o cuando se vive alguna discapacidad y en situaciones de vejez dependiente.

De manera más específica, los cuidados se definen como la atención de las necesidades cotidianas de las personas en situación de dependencia, que pueden ser realizadas por una persona de manera remunerada o no

4 Para la definición del modelo familiarizador de cuidados ver Aguirre, 2005.

5 Para un excelente análisis de la evolución del concepto de trabajo de cuidados ver Pérez Orozco, 2014, Carrasco, Borderías y Torns, 2011;; sobre su definición y límites disciplinarios Carrasquer, 2013; acerca de cuestiones teóricas y metodológicas Torns, 2008 y Thomas, 1993; para la región latinoamericana, ver los trabajos de Esquivel, 2015, Rodríguez, 2015, Aguirre et al., 2014;; Arriagada, 2013;; entre otros.

6 Arriagada y Todaro, 2012.

remunerada, familiar o no familiar, en una institución o en el ámbito del hogar. El cuidado contiene un componente material y otro aspecto afectivo o vincular, es decir, involucra un trabajo, pero también una relación emocional entre cuidador y la persona cuidada.⁷ También, es preciso distinguir entre cuidado directo, que atiende las necesidades físicas y biológicas mediante la transferencia de tiempo e interacción directa cara a cara, y el cuidado indirecto, que consiste en actividades de supervisión y servicios de apoyo de parte del sistema social de los mecanismos necesarios para que las personas recurran por cuenta propia a las atenciones que requieren.⁸

En tanto, la organización social de los cuidados se refiere a la política económica, social y cultural de los cuidados. Esto es, a la forma de definir, distribuir y gestionar la necesidad de cuidados, que está en la base del funcionamiento del sistema económico y la política social y sus instituciones. Para poder definir la organización social del cuidado se requiere considerar tanto la demanda de cuidados existente como a quienes son los actores que proveen los servicios y cubren esa demanda, y cómo el régimen de bienestar se hace cargo de estas necesidades.⁹ En ese sentido, es preciso determinar la forma en la que la satisfacción de estas se distribuye entre Estado, mercado, familias y comunidad, de manera que existen diversos modelos o regímenes de organización social de los cuidados según sea el peso mayor o menor de cada uno de estos sectores.¹⁰ Para caracterizar un régimen de cuidado específico interesa saber dónde se cuida, quién cuida y quién paga los costos de ese cuidado.¹¹

Desde una perspectiva histórica, Fraser afirma que el capitalismo liberal privatizó la reproducción social; el capitalismo administrado por el Estado la socializó parcialmente y el capitalismo financiero la está mercantilizando cada vez más. En cada caso, una organización específica de la reproducción social se desarrolló con un conjunto distintivo de ideales sobre género y fa-

7 Aguirre, 2009; Batthyány, 2009.

8 Arriagada y Todaro, 2012.

9 Arriagada, 2011.

10 Para una definición y tipologías de régimen de bienestar ver Aguirre, 2009 y 2005, Martínez, 2007, Barrientos, 2004, Esping-Andersen, 2000

11 Batthyány, 2015.

milia: desde la visión liberal-capitalista de “esferas separadas”, al modelo socialdemócrata del “salario familiar”, a la norma del modelo financiero neoliberal de la “familia con dos ingresos”.¹² Por su parte, Hochschild¹³ plantea cuatro tipos ideales de cuidados: el tradicional, con la mujer como madre y ama de casa; el segundo, al que designa como posmoderno, en el que la mujer trabajadora “hace todo” sin ayuda adicional ni adaptación de los esquemas laborales; un tercero, denominado frío-moderno, constituido por el cuidado impersonal durante diez horas diarias en guarderías y residencias de personas mayores durante todo el año. El cuarto, al que nombra como cálido-moderno, en el que las instituciones brindan algún cuidado a los niños, jóvenes y personas mayores mientras que las mujeres y los hombres se unen por igual para brindar atención privada, y el cuidado se reconoce como un trabajo importante.

En la actualidad, Chile se ubica en este modelo financiero neoliberal de doble ingreso con la participación creciente de las mujeres en el mercado laboral y, en la denominación de tipos ideales de Hochschild, en un modelo posmoderno.

La organización de los cuidados en Chile, no obstante, tiene un carácter mixto. La oferta de servicios de cuidados puede ser efectuada por organismos públicos y privados y se realiza dentro y fuera de los hogares y las familias. Si se considera el lugar donde transcurre, el principal actor que efectúa el trabajo reproductivo y de cuidados en el hogar es el ama de casa mediante su trabajo no pagado, así como por la labor remunerada de trabajadoras domésticas y cuidadoras. De la misma manera, puede haber servicios privados y pagados de cuidados médicos y de enfermería en el hogar. Fuera del hogar, el mercado provee servicios privados para el cuidado infantil, de personas mayores o con discapacidad. El Estado provee también servicios de cuidados para la población infantil (salas cuna, jardines infantiles), para personas mayores (centros de atención diurna o establecimientos de estadía de larga duración) mediante hospitales, postas, entre otros. La comunidad ofrece servicios de cuidadoras voluntarias, de organizaciones comunitarias con apoyo de la cooperación internacional, de la beneficencia y otros.

12 Fraser, 2016, p.104.

13 Hochschild, 1995.

“Las actividades de cuidados que se realizan dentro o fuera del hogar implican una compleja organización y planificación y mantienen flujos e interacciones entre ellos, dependiendo de la suficiencia y oportunidad de la prestación. Así, si la oferta pública estatal no brinda una cobertura u horarios suficientes, se deberá acudir al mercado, a las cuidadoras remuneradas o no pagadas al interior del hogar. En el mismo sentido, si la oferta del Estado es insuficiente y no existen ingresos para contratar los servicios en el mercado se recurrirá a la oferta pública no estatal disponible: ONG, instituciones religiosas, voluntariado, redes sociales”.¹⁴

El desarrollo de las políticas sociales relacionadas con el cuidado de niños, personas mayores, enfermos y personas con discapacidad tiene una larga tradición en Chile.¹⁵ Se inicia en el siglo pasado, con la instalación de un conjunto de políticas públicas orientadas a mejorar los niveles de vida y las condiciones sociales de los trabajadores que dieron origen a un incipiente estado de bienestar.¹⁶ Entre las primeras leyes sociales de protección, cabe destacar la dictación, en 1912, de la ley de la protección a la infancia desvalida que regulaba el trabajo de los niños (Ley N° 2.675), otra en 1917, que dispuso la obligatoriedad de la disponibilidad de salas cunas en las fábricas con más de cincuenta trabajadoras (Ley N° 3.186) y la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria de 1920 (Ley N° 3.654), entre otras. Chile fue uno de los países pioneros en América Latina en ampliar la cobertura gratuita de la salud y la educación. Como señala Illanes,¹⁷ una de las principales figuras que asume el Estado en Chile en el siglo XX, respecto del pueblo y la clase capitalista, es la de un Estado asistencial sanitario, y en menor grado, de un Estado docente.

14 Arriagada, 2011, p. 6.

15 Me centro en estas categorías en las que las necesidades de cuidados son más evidentes, pero es preciso señalar que toda la población requiere de cuidados diarios para el desempeño de sus actividades; en ese sentido, los trabajadores, en especial los hombres, demandan cuidados en el hogar para desempeñarse en el mercado.

16 Larrañaga, 2010.

17 Illanes, 2010, p. 19

A partir de inicios del siglo XX, pueden diferenciarse tres períodos en la evolución de las políticas sociales y económicas en Chile: el que va de 1924 a 1973, con un modelo de desarrollo que paulatinamente tiende a ampliar la cobertura de bienestar hacia sectores sociales más desfavorecidos. Luego, el modelo neoliberal y privatizador implementado por la dictadura entre 1973 y 1990; y por último, las políticas mixtas posdictadura que se implementan a partir de 1990 hasta la fecha.¹⁸

1924-1973 El Estado en el desarrollo

En este período, el Estado se constituyó en el promotor del proyecto de construcción e integración de la nación al centralizar el poder político e impulsar el desarrollo económico y social. Se inició el mayor progreso en el papel protector del Estado, al mismo tiempo que se observó una expansión de los sectores medios. Las drásticas consecuencias recesivas de la crisis económica de 1930, que afectó profundamente la economía chilena—que era muy dependiente del exterior—forzaron al gobierno de entonces a poner en práctica un nuevo modelo de desarrollo, apoyado fundamentalmente en la industrialización. En este nuevo modelo, el Estado asumió un papel preponderante en el sector económico y se convirtió en el principal motor de desarrollo. En 1924, el gobierno creó la Caja del Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054) y la Caja de Previsión de Empleados Particulares (EMPART), que cubrió a los empleados privados; además se creó la Caja de Empleados Públicos y Periodistas (CANAEMPU), que amplió las prestaciones de este grupo.¹⁹ De esta forma, “el Estado no solo se hizo cargo de una de las tantas tareas de cuidado indirecto —como la protección socioeconómica de la vejez—, sino que estableció, por primera vez, aun de manera imperfecta, que la recepción de determinados servicios sociales constituía un derecho de los trabajadores”.²⁰

La gama de prestaciones se amplió al sumarse, a las asignaciones familiares denominadas “cargas” del trabajador (cónyuges e hijos/as), las pensiones de sobrevivencia, la licencia por maternidad y la cobertura de salud para (cuadro 1). Esta primera fase de formación incipiente del estado de bienestar se

18 Para un mayor desarrollo de esta evolución ver Arriagada y Todaro, 2012; Arriagada, 2011.

19 Mesa Lago, 1985.

20 Arriagada, 2011, p. 3.

caracterizó por un alto nivel de fragmentación institucional y estratificación de beneficios:²¹ las tres cajas principales cubrieron a la mayoría de los empleados, pero tuvieron vigencia regímenes distintos para las fuerzas armadas y policiales. La distinción entre pensiones de vejez para obreros y pensiones de retiro para empleados muestra que la segmentación ocupacional era un eje articulador de la seguridad social. El sistema de seguridad social chileno alcanzó una cobertura universal de riesgos y casi universal de población, pero con un alto costo y una estratificación y desigualdades agudas.²²

Con la creación, entre 1952 y 1953, del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio de Seguro Social (SSS), el sistema de seguridad social se encaminó hacia la universalización progresiva de los beneficios sociales, los que alcanzaron a cubrir a las clases medias urbanas (período 1932-1955) y a los sectores populares organizados (1964-1973). Así, los trabajadores formales se convirtieron en sujetos con derecho a recibir los servicios sociales mínimos para su subsistencia, cualquiera fuera el ciclo de vida en que se encontraran. En pocas palabras, se sentaron las bases de una ciudadanía social.²³ Asimismo:

“(...) se alteró de manera sustancial –aunque no radical– la estructura social del cuidado que, heredada de la colonia, había estado vigente durante todo el período republicano anterior (1833-1924). Dicha estructura se caracterizaba por un fuerte tradicionalismo, apoyado fundamentalmente en el sistema familiar. Esta mantenía las viejas formas de vínculo consanguíneo, las jerarquías de género y edad al interior de la familia y reforzaba la tradicional distribución sexual del trabajo, confinando el desempeño de las tareas reproductivas y de cuidado a las familias y dentro de ellas a las mujeres”.²⁴

En términos de las políticas orientadas al cuidado en este período pueden mencionarse las relativas a los permisos maternales, el decreto de 1925 que

21 Ibídem; Mesa-Lago, 1985.

22 Arenas de Mesa, 2010; Staab, 2013.

23 Giménez, 2003 para concepto de ciudadanía social.

24 Arriagada, 2011, p. 4.

estableció un período de descanso de sesenta días (cuarenta días previos y veinte días posteriores para la madre obrera embarazada); la Ley N° 11.462 de 1953, que estableció de forma explícita el fuero maternal, y la Ley N° 16.511, de 1966, que amplió hasta dos años la edad el derecho de los niños/as a ser amamantados en el lugar de trabajo. Asimismo, la ley 17.928 de mayo de 1973 aumentó el descanso posnatal de seis a doce semanas para todas las madres trabajadoras. Se iniciaron los primeros esfuerzos por cubrir las necesidades de la niñez con la creación del Consejo Nacional de Menores y la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI), instituciones que, aun con modificaciones, funcionan hasta la actualidad (cuadro 1). Es preciso señalar que la mayoría de la legislación sobre protección de la maternidad se orientaba al niño por nacer y, en menor medida, establecía los derechos de la madre como trabajadora. Tal como ya ha sido señalado, los derechos de la infancia y de la madre trabajadora han estado históricamente en permanente tensión. En distintas épocas emergen argumentos desde un punto de vista empresarial y biomédico que resisten la participación laboral femenina y propician la protección de la infancia mediante la lactancia. Este es un denominador común de todas las modificaciones sobre el descanso maternal.²⁵

Por otra parte, las iniciativas relativas a la protección de la niñez en sus inicios tuvieron un carácter privado. Los esfuerzos de grupos filantrópicos se orientaban a aislar ciertos focos de “degradación” constituidos por menores abandonados y/o implicados en conductas delictivas. La legislación inicial da cuenta de ese enfoque al hacerse cargo de los menores en situación irregular; en ella, el niño es considerado como un problema que debe ser controlado.²⁶ En cuanto a la situación de la población con discapacidad, no fue objeto de políticas específicas importantes en el período.

25 Casas y Valenzuela, 2012.

26 Fuenzalida, 2014.

Cuadro 1. Chile 1925-1973: Principales leyes de cuidados hacia la maternidad, niñez, vejez y discapacidad

1924		Ley 4.054	Crea Seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo. Crea Caja de Seguro Obligatorio.
1925		Dto. Ley 442	Estableció que los subsidios por descanso pre y posnatal y por enfermedad serán financiados con recursos del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía con recursos fiscales (con excepción de las FFAA y de Orden).
1928		Ley 4.447	Ley de Menores, crea Dirección General de Menores, Juzgados de Menores las Casas de Menores y los Reformatorios, texto definitivo 1949.
1952		Ley 10.383	Modifica Ley Seguro Obligatorio (4.054) y define nueva forma de cálculo de montos de subsidios familiares correspondiente al salario promedio de los últimos seis meses.
1953		Ley 11.462	Establece explícitamente el fuero maternal. Descanso de seis semanas antes y después del parto. Extiende los beneficios maternos a todas las mujeres empleadas.
1966		Ley 16.434	Amplía descanso maternal a 6 semanas en caso que el hijo lo requiera.
		Ley 16.511	Amplía el derecho de niños a ser amamantados en el lugar de trabajo hasta los dos años de edad.
1967		Ley 16.618	Crea Consejo Nacional de Menores y modifica ley 14.907, para estimular el funcionamiento y la organización de las entidades y servicios públicos o privados que presten asistencia y protección a los menores en situación irregular.
1969		Ley 17.238	Franquicias aduaneras para profesionales y técnicos que retornan al país para importar vehículos para personas lisiadas.
1970		Ley 17.301	Crea la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) bajo la dependencia del Ministerio de Educación.
1973		Ley 17.928	Aumenta el periodo de posnatal de seis a doce semanas después del parto a todas las mujeres trabajadoras.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Superintendencia de Seguridad Social 2016; Fuenzalida, 2014; Biblioteca del Congreso.

Período 1973-1990. Dictadura: fin de la fase expansiva de derechos

El golpe de Estado de 1973 transformó desde su raíz el modelo de desarrollo y las políticas públicas implementadas hasta ese momento y puso fin a la fase expansiva de la protección social.

El modelo privatizador –de marcado sesgo neoliberal– puesto en marcha por la dictadura, operó en torno a tres ejes principales: fortalecimiento y expan-

sión de la propiedad privada y redefinición del papel del Estado; el fortalecimiento del libre mercado y la apertura indiscriminada a la competencia externa y a la inversión extranjera, y redefinición de la modalidad y forma de crecimiento de la economía.²⁷

“Estas reformas –que más allá de un cambio al modelo de desarrollo económico apuntaban a una transformación profunda del orden sociopolítico y de las orientaciones culturales– se implementaron fundamentalmente entre los años 1975-1985 y estuvieron marcadas por el sello de la privatización de lo público, la centralidad del mercado, la competencia y la libertad de elección, el debilitamiento del poder de organización y negociación de la clase trabajadora, y la mercantilización y precarización de los derechos sociales”.²⁸

Un aspecto fundamental en los cuidados de la población mayor son los sistemas de seguridad social, que posibilitan recibir pensiones y jubilaciones y acceso a los sistemas de salud. Desde sus inicios en Chile,

“(…) los sistemas de seguridad social habrían sido diseñados para garantizar los beneficios asociados a los derechos sociales de los trabajadores asalariados que participaban en el mercado laboral (principalmente, población masculina), mientras que los programas de asistencia social, que tienen un carácter compensatorio, están dirigidos a las unidades familiares cuyos ingresos son insuficientes para superar la línea de pobreza. Usualmente, estas unidades familiares son definidas, tácita o explícitamente, como hogares ‘defectuosos’ o ‘disfuncionales’, lo que designa, en rigor, a hogares encabezados por una mujer”.²⁹

Así, durante las crisis (1975 y 1982) se implementaron programas de empleo para sectores en extrema pobreza (el Programa de Empleo Mínimo –PEM– de 1975, que proporcionaba un ingreso equivalente al tercio del salario míni-

27 Muñoz, 1987.

28 Stecher y Sisto, 2019, p. 42.

29 Giménez, 2003, p. 45.

mo y sin protección social, y el Programa de Ocupación para Jefes de Hogar –POJH–, de 1982), cuyos beneficiarios fueron, en gran medida, mujeres. Estos programas se cerraron en 1988, pero persistió la individualización de las protecciones sociales,³⁰ con lo que se erosionó el concepto según el cual el Estado debía garantizar los derechos del trabajador y proveer su bienestar y se abrió el espacio para el desarrollo de la flexibilidad laboral y la desregulación de la economía.³¹ En este período, la legislación de protección y cuidados fue escasa (cuadro 2). En cuanto a la protección de la maternidad, la Ley N° 18.418 de 1985 estableció que los subsidios por descanso pre- y posnatal y los subsidios por enfermedad grave del hijo menor de un año serían financiados con recursos del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía.

En 1979 se creó el Servicio Nacional de Menores (SENAME), institución que ha sido objeto de muchas críticas, entre otras, por la incorporación de menores abandonados o provenientes de familias vulnerables junto con aquellos menores infractores de la ley, por los reiterados abusos, irregularidades y negligencias en el trato de menores desde instituciones privadas que se hacen cargo de ellos, situación que no ha sido resuelta hasta ahora. Recién en octubre de 2020, luego de un largo debate, se aprobó en el Congreso el proyecto de ley que eliminó a SENAME y que, a su vez, creó el Servicio de Reinserción Social Juvenil y el Servicio de Protección a la Niñez, los que entrarán en funciones en 2021.

En términos de los derechos de las personas con discapacidad, en 1988 se permitió el voto asistido para personas con algún tipo de discapacidad en el marco de la normativa que regula plebiscitos, elecciones y escrutinios, que se creó para votar la continuidad del régimen dictatorial.

Durante la dictadura cívico-militar se introdujo en la legislación laboral una restricción en el ejercicio de derechos. Un ejemplo de esto es un dictamen de la Dirección del Trabajo de 1978 que indicaba que, si bien el fuero maternal se mantenía durante todo el tiempo estipulado en la ley, llamaba al empleador a tomar precauciones en la contratación de mujeres para evitar el abuso del derecho. De manera que se transformó en un período de letargo respecto de las normas de protección de la maternidad.³²

30 Con mecanismos como la focalización hacia la población extremadamente pobre.

31 Sepúlveda, 2014.

32 Casas y Valenzuela, 2012.

Cuadro 2. Chile 1973-1990: Principales leyes de cuidados hacia la maternidad, niñez, vejez y discapacidad

1979		Dto. Ley 2.465	Creación del Servicio Nacional de Menores (SENAME) para la protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, y de los jóvenes entre 14 y 17 años que han infringido la ley. Además, se ocupa de regular y controlar la adopción en Chile.
1983		Decreto 334	Aprueba reglamento sobre casas de reposo, asilos y otros establecimientos similares para adultos mayores.
1985		Ley 18.418	Estableció que los subsidios por descanso pre y posnatal y por enfermedad serán financiados con recursos del Fondo Único de Prestaciones Familiares y Subsidios de Cesantía con recursos fiscales (con excepción de las FFAA y de Orden).
1987		Ley 18.600	Establece normas para personas "deficientes mentales" y define tipos de discapacidad mental.
1988		Ley 18.700	Derecho a voto asistido para personas con algún tipo de discapacidad.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Superintendencia de Seguridad Social 2016; Fuenzalida, 2014; Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS); Biblioteca del Congreso.

Período 1990-2020. Tensiones entre un sistema de protección de derechos y el modelo neoliberal

Desde los años noventa hasta hoy, los gobiernos democráticos posdictadura buscaron corregir el modelo socioeconómico heredado y mejorar las condiciones de vida de la población. Se intentó reducir y regular la acción del mercado como vía de asignación y provisión de bienes y servicios.

En una primera etapa, se realizó una considerable inversión de recursos fiscales con miras a pagar los déficits acumulados en educación, salud y demás sectores. El gasto público social prácticamente se duplicó en términos reales en la década de 1990.³³ Sin embargo, la política de transferencias monetarias ejecutada durante la dictadura no experimentó modificaciones en este período, y el Estado continuó operando con unos pocos instrumentos focalizados en los sectores extremadamente pobres. El énfasis estuvo en reducir la extrema pobreza y la pobreza, que en 1990 alcanzaba niveles alarmantes, por medio de diversos programas e instituciones orientadas a los grupos vulnerables.

33 Larrañaga, 2010.

La innovación en la política social se produjo mediante la puesta en marcha de programas e instituciones orientadas a estos grupos vulnerables (Mujeres Jefas de Hogar, Jóvenes Pobres, y financiamiento de iniciativas locales del Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS)).³⁴ El mayor logro obtenido fue la caída de la proporción de población que vive en pobreza—medida por ingresos—, que se redujo desde un 38,6% en 1990 a un 8,3% en 2017, según la última información disponible.³⁵ Estas circunstancias se modificarán profundamente con la actual crisis social y económica provocada por la pandemia de COVID-19. La CEPAL estimaba que en 2020 la extrema en pobreza en Chile crecería de 1,4% a 2,3%, y la pobreza, de 9,8% a 13,7%; y se proyectaba una variación del aumento de la desigualdad, que, en el caso chileno, alcanzaría entre 1,5 y 2,9% del índice de Gini.³⁶ Por primera vez desde el retorno a la democracia la pobreza aumentaría.

A partir de 1990, año de recuperación de la democracia, el modelo que ha prevalecido en el período posdictadura tiene un carácter mixto o híbrido. Se denomina también estatal-productivista,³⁷ porque el énfasis continúa puesto en el mercado, y porque se basa en una tradición de protección estatal aun cuando los mecanismos principales de protección están fuertemente basados en las familias y en las redes sociales³⁸; a la par que conserva rasgos del modelo anterior. La puesta en marcha de ese modelo híbrido de protección social no transforma sustancialmente el anterior, pero incorpora la ampliación de la cobertura institucional de los servicios en Chile.

Desde los años noventa, con los gobiernos de los partidos de la Concertación (1990-2010) desde el gobierno de Ricardo Lagos (1996-2000), y especialmente a partir del gobierno de la presidenta Bachelet (2006-2010), se ha dado mayor énfasis a lo que se ha denominado un Sistema de Protección Social basado en Derechos, que incluye varias iniciativas en torno a mejorar la situación educativa y de salud, con mayor atención en algunos segmentos

34 Ídem.

35 Casen, 2017.

36 CEPAL, 2020.

37 Martínez, 2007; Arriagada, 2011.

38 Sería más adecuado denominarlo estatal-mercantilista, ya que el modelo no fomenta la producción.

de la población: las personas mayores, las amas de casa y los menores de seis años pertenecientes al 60% de la población más pobre.

En términos generales, tres reformas estructurales han mejorado las condiciones de vida y ampliado el cuidado indirecto de la población: la reforma del sistema de salud y la creación del plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE) (con cuidados especiales para personas mayores y para personas con discapacidad y de bajos o sin recursos); la reforma del sistema previsional y la creación de un nuevo pilar solidario (primer período de Bachelet) que benefició en especial a mujeres amas de casa sin previsión; la creación del subsistema Chile Crece Contigo, que benefició a la población menor de edad por medio del aumento de salas cuna y la educación preescolar.

Así, una vez recuperada la democracia y a lo largo del período (especialmente de 2000 hasta la actualidad), las transformaciones de las normas relativas a la maternidad/paternidad han significado la ampliación de ciertos derechos; se avanzó con los cambios socioculturales que experimenta el país³⁹ y se confirieron derechos, aunque limitados, al padre en la primera infancia; se consideró a los padres adoptivos u otros cuidadores y aparecieron en el debate público conceptos como apego, paternidad, discriminación (cuadro 3).⁴⁰ Ha habido más avances en relación con la discapacidad y en defensa del derecho a trabajo, el acceso a salud y las pensiones, entre otros aspectos.

En relación con la legislación orientada a las personas mayores, las perspectivas y enfoques en que se sustentan los conceptualizan desde la vulnerabilidad, la filantropía y la protección. El argumento de protección hacia las personas mayores encubre una idea discriminatoria, por cuanto el Estado de protección los reduce a sujetos pasivos y solo receptores de beneficios, lo que los invalida socialmente y neutraliza su calidad de sujetos de derecho, de ciudadanía.⁴¹ Se ha señalado:

“En lo referente a su condición de igualdad con respecto al resto de la sociedad, las personas mayores han seguido una trayectoria muy semejante a la que han recorrido otros grupos discriminados, como las mujeres o las personas con dis-

39 Es preciso reconocer avances como el acuerdo de unión civil, extensión de derechos de paternidad entre otros.

40 Casas y Valenzuela, 2012.

41 Osorio, 2010.

capacidad. Esta coincidencia tiene su base en el estándar de normalidad sobre el cual se ha erigido la sociedad y su consiguiente falta de capacidad para incluir, en condiciones dignas e iguales, a aquellos que son diferentes”.⁴²

En 2015 se aprobó la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, con la adopción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, las personas mayores fueron incluidas explícitamente en algunos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Chile ratificó la Convención, lo que permitió un marco institucional para su inclusión como sujetos de derechos en una legislación no discriminatoria. Sin embargo, como afirma Huenchuán:⁴³

“Es común que se adopte un discurso de derechos humanos y se siga actuando en la práctica sobre la base de marcos tradicionales de abordaje de los asuntos de las personas mayores. A pesar del impacto que han tenido los organismos internacionales en este tema, varios países siguen anclados en un nivel básico de discurso y reducen el enfoque de los derechos humanos a acciones específicas dirigidas a responder a situaciones concretas, sobre todo, aquellas que afectan a la población adulta mayor en condición de vulnerabilidad”.

Cuadro 3. Chile 1990-2020: Principales leyes de cuidados hacia la maternidad, niñez, vejez y discapacidad

1993		Ley 19.250	Establece permiso en caso de enfermedad grave del hijo menor de un año, el que puede ser tomado por el padre si la madre lo dispone.
1994		Ley 19.284	Establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad.
		Decreto 2.601	Aprueba reglamento de establecimientos de larga estadia para adultos mayores.
1997		Ley 19.505	Concede permiso especial para trabajadores (incluye al padre si la madre lo elige) en caso de enfermedad grave de sus hijos menores de 18 años.
1998		Ley 19.591	Prohíbe condicionar la contratación, permanencia, renovación de contrato por motivo de embarazo.

42 Huenchuán 2018, p. 5.

43 Huenchuán, 2016, p. 231.

2001		Ley 19.712	Ley de Deporte, recursos y servicios para actividades deportivas de personas con discapacidad.
		Ley 19.735	Modifica ley 18.600, incorpora nuevas normas sobre los discapacitados mentales. Incluye prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades para personas con discapacidad.
2002		Ley 19.828	Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. Persona mayor de 60 años.
2004		Ley 19.947	Establece nueva Ley de Matrimonio Civil otorga derechos para personas con discapacidad (sordos y sordomudos).
2005		Ley 20.066	Ley sobre Violencia Intrafamiliar, cuyo objetivo es prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar y otorgar protección a las víctimas.
		Ley 20.032	Establece sistema de atención a la niñez y adolescencia a través de los colaboradores del SENAME y su régimen de subvención.
2006			Se inicia el programa de protección a la infancia “Chile Crece Contigo”
2007		Ley 20.166	Se establece el derecho a alimentación a hijas/os menores de 2 años de todas las madres trabajadoras. (antes solo a las trabajadoras con sala cuna).
		Ley 20.189	Modifica el Código del Trabajo en lo relativo a la admisión del empleo de los menores de edad y al cumplimiento de la obligación escolar.
		Ley 20.146	Establece reglas especiales para la apelación en causas relativas a la discapacidad.
2008		Ley 20.255	Establece Reforma Previsional, derecho a subsidio para personas con discapacidad mental menores de 18 años. Crea sistema de pensiones solidarias de vejez e invalidez.
2009		Ley 20.379	Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”
		Ley 20.367	Modifica el Código del Trabajo y hace extensivo permiso a la madre en caso de adopción de un menor.
		Ley 20.379	Normativa sobre estacionamientos para personas con discapacidad.
2010		Ley 20.422	Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.
		Ley 20.459	Facilita el acceso a las pensiones básicas solidarias de invalidez y vejez.
		Ley 20.427	Modifica la ley 20.066 de violencia intrafamiliar y otros cuerpos legales para incluir el maltrato del adulto mayor en la legislación nacional.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Superintendencia de Seguridad Social 2016; Fuenzalida, 2014; SENADIS; Biblioteca del Congreso.

Crisis estructural de la organización social de cuidados

En Chile, en la actualidad se observa una crisis de cuidados en su doble faceta: por una parte, déficit de cuidados por el aumento de la demanda y su complejidad, junto con la reducción de la oferta de cuidadores, que dificulta la reproducción diaria de las personas. Por otra parte, la existencia de una crisis de largo plazo, que quedó de manifiesto en el estallido social, que muestra las dificultades de una proporción importante de hogares para asegurar su reproducción y lograr niveles de bienestar que les per-

mitan un cuidado de calidad.⁴⁴ A estas dificultades se agrega la actual pandemia del coronavirus.

En Estados Unidos y Europa, la crisis de cuidados ha sido analizada desde variadas perspectivas, que plantean el aumento de las necesidades al mismo tiempo que contraen la oferta de ellos, situación que genera un déficit de los mismos. Las investigaciones muestran que dicho déficit impulsó la constitución de cadenas globales de cuidados, que propició la migración de mujeres desde países en desarrollo hacia Europa y Estados Unidos para desempeñar esas tareas.⁴⁵

Tanto en Europa como en América Latina, el trabajo doméstico y de cuidados—realizado por mujeres, por lo general— está infravalorado y devalúa a quienes lo hacen. Las trabajadoras y las amas de casa comparten la devaluación de género que implica ser responsables de esas actividades, aunque tienen un lugar diferente en términos de clase y, probablemente, en términos de raza o etnia.⁴⁶

La crisis del modelo de cuidados revela y agudiza las dificultades que enfrentan amplios sectores de la población. “Dichas dificultades se manifiestan a raíz de la desestabilización del modelo tradicional de reparto de las responsabilidades sobre el cuidado y una reestructuración del conjunto del sistema socioeconómico, sin que se haya alterado por ello la división sexual del trabajo en el hogar ni la segmentación de género en el mercado laboral”.⁴⁷ Por lo tanto, existe una participación creciente de las mujeres en el mercado laboral sin cambios sustanciales en la distribución del trabajo dentro del hogar y en la sociedad en general. Se indican múltiples crisis de cuidados que abarcan su déficit, la mercantilización de esas actividades y el papel creciente de las organizaciones supranacionales en su configuración, referida a las crisis financieras.⁴⁸

44 Fraser, 2016, Carrasquer, 2013, Arriagada, 2011; Pérez Orozco, 2009.

45 Hochschild, 1995; Carrasquer, 2013; Pérez Orozco, 2009, 2014.

46 Todaro y Arriagada, 2020.

47 Ezquerro, 2011, p.176.

48 Pérez Orozco, 2009.

Hace ya algún tiempo, investigadores sociales han destacado las dificultades que enfrenta en país en términos de las transformaciones sociodemográficas, del sistema económico y del ámbito sociocultural; las que han modificado de manera sustancial las condiciones de vida de las personas. Pese a estas transformaciones, no se ha modificado de manera fundamental el mandato cultural que atribuye el trabajo doméstico y de cuidado a las mujeres y de manera no remunerada. Esta rigidez está en la base de la crisis estructural de la organización del cuidado.

Esta crisis se expresa por aumento de la demanda y una reducción de la oferta de cuidadores. Al desglosar los principales factores que intervienen, podemos señalar los siguientes:

a. Demográficos: El principal de ellos es el aumento en la esperanza de vida. En Chile esta se ha triplicado desde 1920. En la actualidad se estima que para el período 2015/2020 alcanza a 82,1 años para las mujeres y a 77,3 años para los hombres.⁴⁹ Junto con ello se ha producido un “envejecimiento de la vejez” con crecimiento de la población mayor de ochenta años, situación que conlleva el aumento de las personas con enfermedades crónicas y con discapacidades, y, de esta forma, aumenta el número de las personas que es preciso cuidar y la complejidad del cuidado. Asimismo, el descenso de la fecundidad ha sido muy intenso: en 1950, el promedio de hijos por mujer alcanzaba a 4,6 y hacia 2017 llegaba a solo 1,7, con lo que disminuyen drásticamente los y las futuras cuidadores/as. En síntesis, cada vez existen más personas que cuidar y menos personas que puedan hacerlo, y proyectando hacia el futuro, serán aún menos.

b. Socioculturales: Entre los factores que limitan la disponibilidad de cuidadores se encuentran los cambios en la estructura y formas de vida familiares. Dada la menor fecundidad y el crecimiento de los hogares monoparentales (con jefatura femenina) las familias chilenas son más pequeñas y con menos cantidad de adultos. El tamaño medio del hogar ha disminuido, al pasar de 4,4 personas por hogar en 1982 a 3,1 en 2017. Se han reducido las familias extensas y crecen los hogares unipersonales y monoparentales: en 2017, los hogares con jefatura femenina alcanzaban a 41,6% del total.⁵⁰

49 Instituto Nacional de Estadísticas (INE), 2020.

50 *Ibidem*.

Además, un elemento crítico es la creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral, quienes aún asumen mayoritariamente, aunque de manera diferente, la responsabilidad de cuidar. La tasa de actividad de las mujeres alcanzaba a 52,7% en 2019,⁵¹ y en las edades que se intensifica el trabajo de cuidados, como es la crianza de hijos pequeños, la tasa de participación laboral femenina era notablemente mayor que en otros grupos de edad. Las familias adoptan formas de convivencia más diversas y complejas; sin embargo, son las mujeres (madres, hijas, abuelas) quienes todavía deben equilibrar el trabajo remunerado fuera del hogar con el trabajo doméstico no remunerado, lo que aumenta notablemente su carga de trabajo total, dada la ausencia de cambios sustantivos en la distribución del trabajo doméstico y de cuidados entre sexos.

c. Institucionales: las transformaciones de las instituciones por las políticas neoliberales que tienden a tercerizar servicios (*outsourcing*) y mercantilizar los cuidados al aplicar modelos de funcionamiento empresarial a servicios básicos, como salud y educación. En ese marco, el aumento de los costos sanitarios y la tendencia a aumentar la eficiencia. Por ejemplo, las reformas de los servicios sanitarios ponen el énfasis en la atención a la salud en el propio entorno de las personas: alta precoz hospitalaria, programas de cirugía ambulatoria, reformas de la atención psiquiátrica, cuidado de enfermos en el hogar. Con ello se recarga el trabajo familiar dentro de los hogares, especialmente de las mujeres.

Algunas manifestaciones de la crisis estructural del modelo de cuidado se aprecian también, a nivel subjetivo, en los niveles de insatisfacción de las personas con las formas de atención que reciben en los servicios públicos, sentimientos de estrés, altos índices de depresión y de agobio de las mujeres por su doble jornada, así como por la intensidad y desigualdad en el uso del tiempo en comparación con los hombres, como se muestra en algunas encuestas.⁵²

51 INE, 2020. Encuesta Nacional de Empleo (ENE), trimestre móvil, octubre-diciembre 2019. Esta tasa ha disminuido producto de la crisis social y de la pandemia a 47,3% Durante el trimestre móvil de febrero a abril de 2020.

52 Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2009, Fernández, Herrera y Caro., s/d

Intensificación de la crisis de cuidados producto de la pandemia

Actualmente, las condiciones de cuarentena obligan a proporcionar cuidados especiales dentro de las familias, los que se realizan en condiciones de alta desigualdad tanto social como territorial: campamentos sin agua potable ni servicios de alcantarillado, junto con otras familias que escapan de Santiago a sus segundas casas en lugares apartados y contribuyen a transmitir el virus por todo el país. Asimismo, ha aumentado la carga de cuidados en pandemia y estos son realizados en mayor proporción por las mujeres que por los hombres, con una mayor diferencia de género en los cuidadores de menores de cinco años.⁵³

Sin duda, la salud mental de la población será una de las grandes damnificadas de la nueva crisis de salud por la pandemia; ya se informa de los impactos en la salud mental de los trabajadores que atienden los diferentes centros sanitarios, dados los largos turnos y la carencia de materiales de protección, a los cuales a futuro se sumará el estrés postraumático.⁵⁴ A esta situación se suman los efectos del confinamiento e incertidumbre por la salud y la vida, la economía y el empleo, que han provocado un incremento de licencias electrónicas por trastornos mentales: problemas para dormir, ansiedad, aumento del consumo de alcohol y de drogas.

Un caso especial es el aumento de la violencia doméstica en contra de mujeres, niños y personas mayores. Las llamadas para buscar orientación en violencia contra la mujer en el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, aumentaron exponencialmente (crecieron un 63% en abril, en relación con marzo de 2020); asimismo, se informó de un aumento de 119% de las llamadas al teléfono de Carabineros de Familia.⁵⁵ Indicadores que esconden un número mucho mayor de situaciones de extrema violencia que no se denuncian y que el encierro obligatorio tiende a exacerbar.

Durante la crisis se intensifican las tareas de cuidados dentro del hogar.

53 Encuesta de Monitoreo Nacional de Síntomas y Prácticas Covid-19 en Chile (Movid-19), 2020.

54 Las mujeres trabajadoras de la salud tienden a ocupar cargos que involucran mayor interacción con pacientes COVID-19 positivo que los hombres, según Movid-19-

55 Información proveniente Ministerio de la Mujer y Equidad de Género y de Carabineros.

Como estrategia para la contención del virus, se obliga a la población a cortar los vínculos sociales y a confinarse en los hogares. El cierre de negocios y servicios –salvo los de productos y servicios esenciales–, el cambio en los patrones de producción, consumo y distribución, y en especial, en los del trabajo, que se vuelca (cuando es posible) hacia el teletrabajo. Se producen transformaciones en el espacio privado donde confluyen el teletrabajo, el cuidado de niños y de personas mayores, el trabajo doméstico, y en especial, el de salud, en el que los bordes entre uno y otro se superponen y diluyen.

Oferta de cuidados en Chile

Esta sección se refiere a la oferta pública destinada al cuidado indirecto por el Estado, ubicada principalmente en el Ministerio de Desarrollo Social, y a la oferta privada de cuidados directos de los hogares en sus dos modalidades: trabajo doméstico y de cuidados no pagados realizados por las mujeres en sus familias, y el trabajo doméstico pagado realizado por trabajadoras del hogar. Existen otras formas de cuidados que incluyen los servicios públicos y privados de educación y salud; los diversos servicios de atención a preescolares y niños; a la población con discapacidad y a la población adulta mayor. Aun cuando todas son importantes, nos concentramos en aquellas que son primordiales para el bienestar de la población.

Oferta pública de cuidados

En 2017 se creó en el Ministerio de Desarrollo Social un Registro Social de Hogares para apoyar el Sistema Intersectorial de Protección Social. Este registro es la entrada para los tres subsistemas de Protección: a la Infancia (programa Chile Crece Contigo); de Seguridades y Oportunidades (para las familias en pobreza y pobreza extrema), que reemplazó al Programa Chile Solidario y al programa de Ingreso Ético Familiar; y el reciente Subsistema de Apoyos y Cuidados (Chile Cuida), orientado a las personas con necesidades especiales de cuidados a largo plazo, personas mayores y personas con dependencia y a sus cuidadores. Sin embargo, la proporción del presupuesto asignado en 2018 a los tres subsistemas es muy diferente: 79,3% para el Subsistema Seguridades y Oportunidades (Ingreso Ético Familiar); el 17% para el Subsistema de Protección de la Infancia; y solo el 3,7% para el Subsistema de Apoyos y Cuidados.

tema de Apoyos y Cuidados.⁵⁶

La oferta de servicios es de carácter intersectorial e involucra a los ministerios de Familia y Desarrollo Social, Salud, Trabajo y de Vivienda y Urbanismo; también a los servicios Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y de Discapacitados (SENADIS).

Chile Cuida forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Social y tiene como propósito acompañar y apoyar a las personas mayores, niños, niñas, adolescentes y personas en situación de discapacidad y dependencia, e incluye también a su red de apoyo, conformada por el/la cuidador/a y su familia, para promover así el bienestar de cada uno de ellos. El acceso a estos servicios es coordinado por las municipalidades.

El diseño de Chile Cuida se inició en 2015, y en la actualidad su cobertura alcanza a 62 comunas a lo largo del país. Incluye programas de cuidados domiciliarios, dispositivos de apoyo, servicios de orientación e información, programas de transferencia de ingresos, de cuidados residenciales institucionalizados y cuidados sociales y comunitarios.

Este subsistema consiste en visitas directas a los hogares, realizadas por funcionarios del municipio, para que las personas en situación de dependencia y discapacidad accedan a la red comunal de servicios que entrega el Estado, como ayudas técnicas, orientación, atención domiciliaria, adaptaciones en el hogar, entre otros. También, implica un seguimiento permanente a los hogares, por medio de visitas y llamadas telefónicas, con el objetivo de reconocer los avances y nuevas necesidades que surjan en el hogar. Está dirigido a hogares con personas mayores, niños, niñas, adolescentes y en situación de dependencia y discapacidad, que son parte del 60% de los hogares más vulnerables del país, de acuerdo con la calificación socioeconómica según Registro Social de Hogares.

En Chile existen cerca de 650.000 hogares con un integrante en situación de dependencia grave o moderada, a lo cuales se pretende llegar de manera progresiva mediante la ampliación de Chile Cuida. Hacia 2018, se estimaba que iba a alcanzara 276.228 hogares o familias por medio de la red local de apoyos y cuidados. Para 2018, su presupuesto alcanzó los 3.000 millones de

56 Cálculo propio sobre la base de la información proporcionada por la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda, Gobierno de Chile. Portal Institucional.

pesos (aproximadamente US\$ 4 millones de dólares).⁵⁷ Actualmente, el registro social de hogares está concentrando todas las solicitudes de actualización o creación de un nuevo registro, debido al coronavirus. La mayoría de las personas solicitan este trámite en forma remota, y en menor proporción realizan su solicitud en los municipios en forma presencial. En marzo de 2021, el registro social ascendía a 14,5 millones de personas, equivalentes a más del 75,% de la población, y a 6,6 millones de hogares.⁵⁸

El ministerio dispuso que por esta emergencia no se realicen visitas domiciliarias, sino que se actualice la información solo con declaraciones juradas u otros antecedentes pasibles de adjuntar al registro. Se decidió que más adelante se confirmen los datos autorreportados. De todas formas, la mayoría de los antecedentes que proporcionan las personas pueden ser contrastados con las bases administrativas que posee el ministerio. La información del registro social de hogares está disponible para cada municipio; además, en el nivel central del ministerio. En este se pueden estimar los porcentajes de población más vulnerable, incluso por unidad vecinal, y de esa forma, llegar con ayuda de emergencia a las personas más necesitadas.

Estas iniciativas en marcha requieren mayor apoyo político y, en especial, mayores recursos. Es preciso destacar también los esfuerzos paralelos para promover la corresponsabilidad pública, privada y familiar y los desafíos que existen para el logro de la “desfeminización” de los cuidados, proceso que enfrenta profundas barreras culturales.

Oferta privada

Oferta de cuidado no remunerado en los hogares

Como ya señalamos, la principal forma de satisfacción de las necesidades de cuidados se realiza mediante el trabajo no pagado que efectúan las mujeres en sus hogares. En Chile, la distribución del trabajo remunerado y no remunerado es muy desigual por género y estrato socioeconómico.⁵⁹ La carga de trabajo total (que mide trabajo remunerado, tiempo de desplazamiento

57 www.ministeriodesarrollosocial.cl

58 <http://siist.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

59 Como se observa con la información de la Encuesta de uso del tiempo de INE, 2015.

y trabajo no remunerado) para la población ocupada de quince años y más es desigual por género: las mujeres chilenas destinan 11,4 horas promedio, y los hombres, 9,7 horas. En un día de fin de semana, la carga de horas es menor para ambos sexos, pero se mantiene una diferencia importante por sexo (6,4 horas los hombres y 8,5 las mujeres).⁶⁰ Se ha realizado un primer estudio que valora el aporte del trabajo doméstico y de cuidado al producto interno bruto (PIB), que estima en 22% ese aporte y que supera el aporte de todas las otras ramas de actividad económica.⁶¹

En la participación en las actividades de trabajo no remunerado por edad se observa que, en todos los tramos de edad, las mujeres tienen una tasa de participación mayor que la de los hombres. El tramo que cuenta con menor participación es aquel de personas entre 12 y 24 años, y la mayor participación se observa en el tramo de edad de las personas mayores, de 66 años y más.⁶² En cuanto al tiempo destinado al cuidado, las niñas y niños menores de cinco años—quienes son los que demandan más tiempo de asistencia por parte de las personas adultas—, la información de la encuesta sobre la distribución por sexo de este tipo de actividades es la que muestra mayores brechas de género. Las mujeres de 25 a 59 años dedican 28 horas semanales al cuidado de las y los niños; y sus pares masculinos, en cambio, lo hacen solo 12 horas, es decir, bastante menos de la mitad de la jornada femenina.⁶³

Para ambos sexos, la actividad remunerada es la que demanda más tiempo. El desplazamiento también se encuentra entre las actividades que demandan tiempo, con pocas variaciones entre hombres y mujeres.

En relación con la distribución de actividades de hombres y mujeres, se constata que, cualquiera sea el vínculo laboral (ocupado, desocupado o inactivo), las mujeres destinan más horas al trabajo de cuidados que los hombres. Incluso si los hombres están desocupados o inactivos, no varía el tiempo que destinan a los cuidados, lo que confirma la atribución cultural de ese trabajo a las mujeres.

Al examinar la distribución de la población por niveles de ingreso y desa-

60 INE, 2015.

61 Comunidad Mujer, 2019.

62 INE, 2015.

63 Comunidad Mujer, 2018.

gregar el tiempo destinado a la carga global de trabajo en sus componentes: trabajo en la ocupación y traslados asociados, junto con el trabajo no remunerado, se observa que, a medida que aumenta el nivel socioeconómico disminuye la proporción invertida en el trabajo no remunerado, y esas proporciones llegan a invertirse en los niveles de ingreso superiores. Así, en el quintil uno, de menores ingresos, la población destina 72,9% de tiempo al trabajo no remunerado y 27,1% al trabajo en la ocupación y traslados; en el quintil cinco, de mayores ingresos, el trabajo no remunerado demanda el 44%, y el trabajo remunerado y de traslado, el 56%.⁶⁴

Un estudio reciente para el Gran Santiago, basado en la información censal de 2017, estima que hay diez veces más mujeres que hacen trabajo no remunerado que hombres. Esta diferencia no se debe solo al género, sino también a las diferencias socioeconómicas, y ambas se refuerzan. En una ciudad altamente segregada como Santiago, esa desigualdad socioeconómica y de género tiene una expresión muy nítida en el territorio.⁶⁵

En suma, la carga de trabajo doméstico y de cuidados entre hombres y mujeres, así como según niveles de ingreso de la población, medida por el tiempo destinado a esas actividades, es extremadamente desigual.

La oferta de cuidados remunerada de los hogares: las trabajadoras del hogar

Una de las principales formas de cuidado remunerado de niños y personas mayores es mediante la contratación de trabajo doméstico remunerado en el hogar. Sin embargo, pese al aumento de la ocupación femenina en el empleo remunerado, que implica, en muchos casos, la contratación de trabajadoras domésticas para el cuidado de niños y personas mayores, desde 1990 hasta 2018, el empleo doméstico en Chile se ha reducido en más de 11 puntos porcentuales⁶⁶. En 1990, la categoría empleo doméstico alcanzaba a 19,3%, y en 2018, a 8,2% según datos de la Nueva Encuesta de Empleo del INE.⁶⁷

64 INE, 2015.

65 Basaure y Palacios, 2020.

66 INE, 2020

67 www.ine.cl

El aumento de otras oportunidades laborales para las mujeres chilenas (principalmente en comercio y servicios) hizo descender la oferta de trabajadoras del hogar. En su mayoría, estas trabajan en la modalidad “puertas afuera”, por días y horas. Las trabajadoras “puertas adentro” se redujeron en el período. De manera que la migración femenina peruana y boliviana vino a suplir parte de la demanda insatisfecha de trabajadoras y especialmente en la modalidad “puertas adentro”, lo que constituyó una cadena de cuidado binacional.

Pese a los avances legislativos que han mejorado las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas, como es la modificación de 2014 (Ley N° 20.786) de acuerdo con el convenio 189 de la OIT, esta legislación no se cumple con cabalidad, en especial en el caso de las trabajadoras puertas afuera, quienes, aunque han mejorado su situación en el período, en su gran mayoría no acceden a vacaciones, a días pagados por enfermedad, a la previsión social, a la cobertura en salud, al seguro de desempleo, a los permisos por maternidad y a las guarderías infantiles.⁶⁸

La pandemia ha afectado fuertemente al sector de trabajadoras domésticas; se estima que en marzo de 2020, algo menos de la mitad de estas trabajadoras eran informales, es decir, sin contrato, y que no tenían acceso a los beneficios del seguro de desempleo ni a la Ley de Protección del Empleo, que busca proteger la fuente de trabajo y permite acceder a ciertas prestaciones y complementos del seguro de cesantía.

En síntesis, como ya se ha señalado, la organización social de los cuidados corresponde a un modelo de cuidado privado, con apoyo o soporte público. Se basa en una dependencia sistemática de la familia, es decir, de las mujeres, para la provisión de trabajo de cuidado y servicios, asentada en los principios de subsidiaridad. Frente a las crecientes demandas, el nivel de la oferta pública –si bien ha aumentado desde los noventa en adelante– aún no cubre todas las necesidades de cuidados de la población, y la oferta privada es costosa y se carece de estructuras de atención compatibles con las múltiples necesidades de las familias y las personas que requieren cuidados y de alternativas a los cuidados informales. Se observa, además, el aumento de dinámicas de mercantilización de los cuidados, con un diseño inadecuado e insuficiente de servicios sociales, para personas y familias.⁶⁹

68 Ver información en Arriagada, 2020.

69 Arriagada, 2020.

Esta fragilidad de la organización social de los cuidados en Chile se ha visto acentuada por las crecientes demandas de cuidados en salud provocados por la pandemia y sus secuelas, que recargan aún más el trabajo de las mujeres en sus hogares.

Para concluir

En los últimos años, el tema de cuidado aparecía en las agendas políticas y sociales bajo distintas formulaciones, principalmente, en la demanda de políticas que facilitaran la articulación del trabajo remunerado y no remunerado y apoyaran el trabajo de cuidado de niños, personas mayores y con discapacidad. Hasta antes de la pandemia se podían hacer algunas afirmaciones que en el contexto actual se deben matizar. Antes de la pandemia de coronavirus se podía anticipar la crisis del sistema de cuidado, diagnosticar la injusta distribución de estas tareas y su desvalorización expresada en los ingresos percibidos y en los bajos niveles de prestigio. También la invisibilidad del cuidado como un subsistema económico que, junto con el subsistema de la economía mercantil, sustentan la reproducción social diaria y generacional. La pandemia ha puesto al descubierto la importancia del cuidado y su injusta distribución de acuerdo con clases sociales, edades y regiones. Con ella, la frontera entre el ámbito público y privado de los cuidados se desplazó hacia el ámbito privado, con una reducción importante de los soportes públicos.

Así, las estrategias para abordarla, especialmente la del confinamiento, implicaron el traslado del trabajo presencial al virtual en los sectores en que esto era posible. La ausencia de las redes de cuidados habituales formales (sistema educativo y preescolar) como de redes familiares intergeneracionales significaron, no solo un aumento de la intensidad del trabajo remunerado y no remunerado, sino también la interferencia permanente entre ambos, lo que aumentó, así, los niveles de estrés y tensión intrahogar. Esto, unido a la disminución del tiempo personal o de ocio, contribuyó a la elevación de los niveles de violencia doméstica. La falta de condiciones de infraestructura para el trabajo a distancia fue una presión para la adquisición o actualización privada de los sistemas computacionales en el hogar, que solo era posible en aquellas familias que contaban con los suficientes ingresos para ello, o espacio para separar lugares de trabajo, de convivencia y de esparcimiento de los hijos e hijas.

El cierre del sistema educativo repercutió también en la formación y socialización de los estudiantes, muchos de los cuales –sobre todo los de los sectores vulnerables– encontraban en la escuela el espacio para desarrollarse. De esta manera, es dable esperar que una de las consecuencias de la clausura del sistema educativo sea la profundización de la segregación entre colegios privados –cuyos padres cuentan con los recursos para sustentar formas virtuales de educación– y colegios públicos para aquellas familias con menores recursos culturales y peores condiciones de infraestructura.

La reducción de la actividad de los sectores de la economía que concentran la ocupación de las mujeres no solo ha significado la pérdida de empleos para ellas, con las consecuencias negativas de la dependencia económica en sus vidas, sino también un gran retroceso colectivo en los porcentajes de incorporación de las mujeres al trabajo remunerado. También ha disminuido los espacios de socialización, autonomía y vida pública, lo que contribuyó a intensificar la segregación de la ciudad.

Entonces, la débil trama de cuidados que sostiene la vida diaria, y la actual coyuntura de triple crisis en este ámbito (estructural, social y de la pandemia) emergió con fuerza a la superficie y puso de manifiesto la precariedad del sistema previo.

La situación descrita ha facilitado que el tema del cuidado y, específicamente, la necesidad de una nueva organización social del mismo haya ingresado abiertamente al debate público al trascender los espacios de los expertos o de los grupos feministas. En la discusión sobre reactivación económica se considera a estos temas y los de género; a partir de propuestas de la sociedad civil, en el parlamento se han aprobado leyes que se hacen cargo de las exigencias del cuidado en esta pandemia; en los debates previos a la nueva constitución, distintos grupos feministas proponen que el cuidado sea un principio constitucional y un derecho reconocido. Es también una gran oportunidad para transitar hacia un nuevo modelo de organización social más igualitario y equitativo.

Fecha de recepción: 14 de septiembre de 2020

Fecha de aprobación: 18 de enero de 2021

Bibliografía

Aguirre, R. (2005). Los cuidados familiares como problema público y objeto de políticas. En I. Arriagada (ed.), *Políticas hacia las familias, protección e inclusión social* (pp. 291-300). Santiago: CEPAL-UNFPA.

Aguirre, R. (2009). *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: Doble Clic Editoras.

Aguirre, R., Batthyány, K., Genta N., y Perrotta, V. (2014). Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay. *ICONOS Revista de Ciencias Sociales*, 50, 43-60. Recuperado de <https://revistas.flacsoandes.edu.ec/iconos/article/view/1427/1213>

Arenas de Mesa, A. (2010). *Historia de la reforma previsional chilena. Una experiencia exitosa de política pública en democracia*. Santiago: Oficina Internacional del Trabajo (OIT).

Arriagada, I. (2011). *La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile*. Santo Domingo: ONU-Mujeres y CEM.

Arriagada, I. (2013). Desigualdades en la familia: trabajo y cuidado en Chile. En C. Mora (ed.), *Desigualdad en Chile: La continua relevancia del género* (pp. 91-112). Santiago: Editorial Universidad Alberto Hurtado.

Arriagada, I. (2020). La injusta organización social de los cuidados en Chile. En N. Araujo y H. Hirata (comps.), *El cuidado en América Latina, Mirando a los casos de Argentina, Brasil, Chile, Colombia y Uruguay* (pp. 119-167). Buenos Aires: Medifé.

Arriagada, I. y Todaro R. (2012). *Cadenas globales de cuidados. El papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. Santo Domingo: ONU Mujeres-CEM.

Barrientos, A. (2004). Latin America: Towards a liberal-informal welfare system. En I. Gough y G. Wood (eds.), *Insecurity and Welfare Regimes in Asia, Africa and America Latina: Social policy in developments contexts* (pp. 121-168). Cambridge: Prensa de la Universidad de Cambridge.

Basaure, M. y Palacios P. (2020). El territorio de las desigualdades de género y clase. Nota para la prensa. Recuperado de https://media.elmostrador.cl/2020/05/Basaure_2020_Prensa_Tra_no_remun_Genero_Clase_.pdf.

Batthyány, K. (2009). Cuidado de personas dependientes y género. En R. Aguirre (ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay* (pp. 87-124). Montevideo: Doble Clic Editoras.

Batthyány, K. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Santiago: CEPAL.

Carrasco, C., Borderías C., y Torns, T. (eds.) (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.

Carrasquer, P. (2013). El redescubrimiento del trabajo de cuidados: algunas reflexiones desde la sociología. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 91-113.

Casas, L. y Valenzuela, E. (2012). Protección a la maternidad: una historia de tensiones entre los derechos de la infancia y los derechos de las trabajadoras. *Revista de Derecho*, 25(1), 77-101. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502012000100004.

Casen (2017). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica*. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/casen_2017.php

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2020). *El desafío social en tiempos del covid-19*. Informe especial. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf

Comunidad Mujer (2018). *Mujer y Trabajo: Cuidado y nuevas desigualdades de género en la división sexual del trabajo*. Santiago: Comunidad Mujer.

Comunidad Mujer (2019). ¿Cuánto aportamos al PIB? Primer Estudio Nacional de Valoración Económica del Trabajo Doméstico y de Cuidado No Remunerado en Chile. Santiago. Recuperado de https://www.comunidad-mujer.cl/biblioteca-publicaciones/wpcontent/uploads/2020/03/Cu%C3%A1nto_aportamos_al_PIB.-Estudio_de_valoraci%C3%B3n_Econ%C3%B3mica_del_TDCNR_en_Chile.pdf

Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.

Esquivel, V. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 63-74.

Ezquerro, S. (2011). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175-194. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/38610/37335>

Fernández, M., Herrera, M., y Caro, S. (s/f). Desafíos públicos en la provisión de cuidado de las personas mayores dependientes. Recuperado de https://www.sociedadpoliticapublicas.cl/archivos/septimo/Salud/Desafios_publicos_en_la_provision_de_cuidado_de_la.pdf

Fraser, N. (2016). Contradictions of Capital and Care. *New Left Review*, 100, 99-117.

Fuenzalida, D. (2014). *Protección social y jurídica de la infancia: Situación actual en Chile desde la perspectiva del derecho público* (Memoria para optar al grado de Licenciada en Ciencias Jurídicas y Sociales). Universidad de Chile, Chile. Recuperado de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129670/Protecci%C3%B3n-jur%C3%ADdica-y-social-de-la-infancia.pdf?sequence=1>.

Giménez, D. (2002, junio). *Viejas y nuevas tendencias en la ciudadanía social de las mujeres chilenas. Análisis de la evolución de derechos y beneficios previsionales*. Ponencia presentada en la Reunión de Expertos sobre el impacto de género del sistema de pensiones de Chile, Santiago, Chile.

Giménez, D. (2003). *Género, previsión y ciudadanía social en América Latina*. Santiago: CEPAL.

Hochschild, A. R. (1995). The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern, and Warm-modern Ideals of Care. *Social Politics. International Studies in Gender, State & Society*, 2(3), 331-346.

Huenchuán, S. (ed.) (2016). *Envejecimiento e institucionalidad pública en América Latina y el Caribe: conceptos, metodologías y casos prácticos*. Santiago: CEPAL.

Huenchuán, S. (ed.) (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Santiago: CEPAL.

Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...). Historia de la salud pública. Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX)*. Santiago: Ministerio de Salud.

Instituto Nacional de Estadísticas (INE)(2015). *Encuesta de Uso del tiempo*(2015). Recuperado de <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/genero/uso-del-tiempo>

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2020). *Encuesta Nacional de Empleo del trimestre abril-junio de 2020*. Recuperado de <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/mercado-laboral/ocupacion-y-desocupacion>

Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2020). *Proyecciones de población*. Recuperado de <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>

Larrañaga, O. (2010). *El estado de bienestar en Chile: 1910-2010*. Santiago: PNUD.

Martínez, J. (2007). *Regímenes de bienestar en América Latina*. Madrid: Fundación Carolina.

Mesa-Lago, C. (1985). *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago: CEPAL.

Movid-19 (2020). *¿Cuál ha sido el impacto de la pandemia en las labores de cuidado? Un análisis desde una perspectiva de género*. Recuperado de <https://movid19.cl/publicaciones/once-informe/>

Muñoz, A. (1987). *Fuerza feminista y democracia. Utopía a realizar*. Santiago: Ediciones Documentas.

Osorio, P. (2010). Envejecimiento, género y políticas en Chile. En Equipo Nieve (comps.), *Envejecimiento, género y políticas públicas*. Coloquio regional de expertos. Recuperado de http://www.algec.org/biblioteca/envejecimiento_genero_y_politicas_publicas%20uruguay.pdf

Pérez Orozco, A. (2009). *Miradas globales a la organización social de los cuidados en tiempos de crisis I: ¿qué está ocurriendo?* Santo Domingo: Instraw.

Pérez Orozco, A. (2014). Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En C. Carrasco (ed.), *Con voz propia. La economía feminista como apuesta teórica y política*. Madrid: La oveja roja. pp.49 a 73.

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

Rodríguez, C. (2007). *La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay*. Santiago: CEPAL.

Rodríguez, C. (2015). Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. *Revista Nueva Sociedad*, 256, 30-44.

Sepúlveda, M. (2014). Del trabajo protegido al trabajo subsidiado. Intervención, libre mercado y la situación de los trabajadores del PEM y POJH, 1974-1984. Recuperado de http://historia.uc.cl/images/stories/publicaciones/simon_collier_2014/simon%20collier%202014%20-%20sepulveda.pdf

Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). *Leyes y Decretos con Fuerza de Ley en materia de Discapacidad*. Recuperado de https://www.senadis.gob.cl/pag/292/1548/leyes_y_decretos_con_fuerza_de_ley_en_materia_de_discapacidad

Staab, S. (2013). *Protección social a la infancia y la adolescencia en Chile*. Santiago: CEPAL-UNICEF. Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6192/1/LCL3661_es.pdf

Stecher, A. y Sisto V. (2019). Trabajo y precarización laboral en el Chile neoliberal. Apuntes para comprender el estallido social de octubre 2019. En K. Araujo (ed.), *Hilos tensados. Para leer el octubre chileno* (pp. 37-82). Santiago: Usach.

Superintendencia de Seguridad Social (2016). *Protección a la maternidad en Chile: Evolución del permiso postnatal parental a cinco años de su implementación 2011- 2016*. Recuperado de https://www.suseso.cl/607/articulos19844_archivo_01.pdf

Thomas, C. (1993). De-constructing Concepts of Care. *Sociology*, 7(4), 649-669.

Todaro, R. y Arriagada, I. (2020). Global Care Chains. En N. Naples (ed.), *Companion to Gender Studies* (pp. 347-364). Oxford, Reino Unido: Wiley-Blackwell.

Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *EMPIRIA, Revista de Metodología de las Ciencias Sociales*, 15, 53-73. Recuperado de [file:///Users/irmaarriagada/Downloads/El trabajo y el cuidado Cuestiones teorico-metodol.pdf](file:///Users/irmaarriagada/Downloads/El%20trabajo%20y%20el%20cuidado%20Cuestiones%20teorico-metodol.pdf)

Reseñas

Notas

Artículos

Dossier