COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA:
GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

Chile: Servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar

Nora Reyes
Claudia Paz
Rosalba Todaro

Red Internacional de Género y Comercio
Capítulo Latinoamericano

COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA

centro de estudios de la mujer

COMERCIO, GÉNERO Y EQUIDAD EN AMÉRICA LATINA: GENERANDO CONOCIMIENTO PARA LA ACCIÓN POLÍTICA

CHILE: SERVICIOS DE CUIDADO Y DIVISIÓN DE RESPONSABILIDADES DE CUIDADO DENTRO DEL HOGAR

Setiembre 2007

Nora Reyes
Claudia Paz
Rosalba Todaro (coord.).

IDRC International Development Research Centre
CRDI Centre de recherches pour le développement international

IGTN Red Internacional de Género y Comercio

PRESENTACIÓN

Los nuevos patrones de comercio internacional y las políticas comerciales ¿han contribuido a promover relaciones de género más equitativas en el ámbito público y privado? Con esta pregunta se abre el proyecto de investigación "*Comercio, género y equidad en América Latina: conocimiento para la acción política*" del Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio. El mismo se ha venido desarrollando desde 2006, con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá (IDRC).

Los informes que integran esta serie documental corresponden a la primera fase de la investigación. Sus datos plantean un abordaje de las relaciones de género en dos grandes áreas: comercio internacional y mercado de trabajo, por un lado y funcionamiento de la economía del cuidado, por otro.

Todos reúnen información, que desde diferentes perspectivas, pretende contribuir a reflexionar sobre la interconexión entre los procesos económicos relacionados con el comercio internacional, el mercado laboral y el funcionamiento de la economía del cuidado.

En su calidad de avances de investigación constituyen productos que han permitido ir nucleando las preocupaciones de los diferentes países en torno a estas temáticas, para inducir nuevas preguntas y nuevos debates. En esta parte del proyecto han participado equipos de investigación de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay.

Capítulo Latinoamericano de la Red Internacional de Género y Comercio

INDICE

1. Introducción 4
2. Cuidado Infantil 7
2.1. ¿Qué prevé la legislación chilena? 7
2.2. Los servicios de cuidado infantil 10
2.3. Servicios de educación inicial de 0 a 5 años 11
2.3.1. Población de 0 a 5 años 12
2.3.2. Nivel de cobertura 13
2.3.3. Tipo de cobertura 16
2.3.4. El cuidado infantil según estratos económicos 20
2.3.5. Cuidado infantil según ubicación geográfica 21
2.3.6. Cuidado infantil según tipo de hogar 22
2.3.7. Programas especiales de cuidado 25
2.4. Servicios de enseñanza primaria (de 6 a 12 años) 27
2.4.1. Población de 6 a 13 años 28
2.4.2. Nivel de cobertura 28
2.4.3. Tipo de cobertura 30
2.4.4. Cuidado infantil 6 a 13 años según estrato socioeconómico 32
2.4.5. Cuidado infantil de 6 a 13 años según ubicación geográfica 32
2.5. Cobertura en salud de las/os niñas/os de 0 a 12 años 33
3. Cuidado de ancianos 40
3.1. Políticas destinadas a la tercera edad 40
3.2. Cobertura de los servicios previstos por el sector público y por el sector privado 43
3.3. Cobertura de hogares y residencias 44
3.4. Programas para la/el Adulta/o Mayor 45
4. Cuidado de otras personas dependientes 47
4.1. Legislación 47
4.2. Cobertura de cuidado 47
5. División de responsabilidades de cuidado dentro del hogar 51
6. Consideraciones finales 59
Bibliografía 63

1. Introducción

Hace ya un par de años estamos enfrentadas a grandes cambios mundiales que vienen a reconfigurar el globo, pero especialmente la manera como se gestan los intercambios. Sin duda, como toda actividad social los intercambios comerciales tienen además su componente social, tanto en su conformación como en sus resultados. De manera sintética se podría decir que las transformaciones económicas y en el comercio tienen "efectos" sobre las sociedades donde estas se llevan a cabo.

Muchas de estas consecuencias son buscadas e incluso anheladas por quienes impulsan y provocan parte de estos movimientos, otras sin embargo, se verán expresadas fuera de las consideraciones y planificaciones iniciales, o por lo menos, fuera de los intereses inmediatos.

En este contexto podemos insertar la invisibilidad de las consideraciones de género, cuando analizamos los resultados de las iniciativas comerciales que se han llevado a cabo en el último tiempo. Tanto el trabajo femenino remunerado, como la llamada economía del cuidado se encuentran completamente ausentes de este debate, y por lo tanto en desamparo para confrontar sus resultados.

Durante la década de los noventa, se produce una serie de iniciativas y políticas públicas destinadas a fomento el sector exportador, estos impulsos dan sus resultados y crean una serie de escenarios de producción que requieren nueva mano de obra. Cómo ha sido tendencia en las últimas décadas, este proceso lleva aparejado un incremento de la participación de las mujeres en estas áreas exportadoras. En Chile, especialmente centrada en la agroindustria, como nueva fuente de trabajo para quienes se encuentran en sectores rurales o pequeñas ciudades cercanas.

Estos cambios exigen a su vez, a la política pública, reinventarse para satisfacer los requerimientos que supone esta nueva actora en terrenos antes limitados. No obstante, estas adecuaciones de política han sido hasta e momento básicamente reactivas y distan mucho de considerar todas las aristas que esta revolución masiva de los roles tradicionalmente adquiridos requiere.

Pese a que lo constatan, el estado, las empresas y la sociedad en general, no dan cuenta y algunas veces, se hacen cargo lentamente, de lo que significa que las tareas tradicionalmente asociadas al género femenino, no dejan de ser responsabilidad de las mismas mujeres que ahora se desempeñan como proveedoras remuneradas, y las consecuencias de esta sobrecarga laboral, es parte de los debates que es necesario instalar.

Dentro de este escenario, este proyecto busca abordar las transformaciones e incidencias de género que ha provocado la liberalización del comercio, tanto en los ámbitos laborales remunerados como dentro del trabajo no remunerado.

Para esto, el foco de la investigación se centrará en los años noventa, década en que, como ya fue señalado, se produjeron una serie de cambios en los modelos exportadores de Latinoamérica, y en Chile un crecimiento importante de las exportaciones sumado a un gran énfasis en tratados de libre comercio que potencian fundamentalmente estos sectores.

Parte importante del objetivo del proyecto está situado en la necesidad de ver las relaciones entre los cambios en la economía, especialmente el sector exportador y los cambios acaecidos en los sistemas de cuidado. Ver la manera en que la política pública se ha hecho cargo de los fenómenos que se han venido desarrollando durante la década, a propósito del énfasis en el comercio exterior.

En este sentido, en una primera etapa, el proyecto buscó recopilar información acerca de los cambios que se han producido en materia de la economía del cuidado, con el objetivo de recrear las diversas iniciativas que se han dado en ese ámbito. Todas, con miras a cubrir las necesidades de un creciente número de mujeres que se enfrenta al trabajo remunerado, en las ciudades y sectores rurales de Chile.

El énfasis en la ruralidad, se debe a que en este caso el lugar donde se llevan a cabo las políticas es particularmente importante para determinar las posibles incidencias de la liberación económica sobre la economía de cuidado. En el caso chileno el desarrollo de las exportaciones se encuentra concentrado en zonas alejadas de las grandes ciudades. Los sectores de mayor crecimiento en que la presencia de mujeres en el trabajo es importante, son los sectores agrícolas y de pesca.

Sin embargo, los alcances de la investigación son limitados, en primer lugar dado la información disponible. Las posibilidades de acceder a datos que reflejen directamente la incidencia de las exportaciones en los servicios públicos y privados de cuidado es, hasta el momento algo prácticamente imposible de conseguir, en la mayoría de los casos y sólo con la excepción de programas específicos, las cifras tienden a ser generales, y las conclusiones sólo pueden llegar a ser aproximaciones de la realidad, a partir de criterios regionales o de ruralidad. En segundo término, este primer intento de recabo de información sólo tiene por objetivo contextualizar y dar a conocer las características de los sistemas de cuidado del país, ya que se espera en una segunda etapa y a través de un estudio de caso, mostrar más claramente las transformaciones específicas del sector.

Es así, que se presenta en la primera parte de este documento, una revisión de las características de los servicios de cuidado infantil y su evolución durante los años noventa. Este registro parte presentando la forma que ha adoptado la normativa legal en el último tiempo, y cómo esta se configura en torno a las necesidades de la población.

En el punto 2 se presenta un panorama general de los servicios de cuidado infantil en Chile, durante el período especificado. Los puntos 3 y 4, entregan detalladamente el desarrollo de los servicios de cuidado y educación, dedicados a las poblaciones de 0 a 5 años y de 6 a 13 años, respectivamente. La cobertura en salud para estos mismos grupos etáreos, se presenta en el apartado 5, entregando una breve explicación de cómo funcionan los sistemas de salud en Chile. Finalmente en el punto 6, se entregan todos los otros tipos de prestaciones sociales o monetarias, enfocadas al cuidado de este sector de la población.

La segunda parte del documento está dedicada a las políticas de cuidado enfocadas hacia la ancianidad. En este caso, en el primer punto se revisan las políticas de protección y cuidado dirigidas a este sector. El segundo apartado presenta el levantamiento de la cobertura de los servicios entregados tanto por el sector público como privado. En el punto tres se entregan los datos existentes acerca de la cobertura de hogares y residencias destinadas a la tercera

edad. Y finalmente el punto 4 nos muestra el volumen y las características, de los programas públicos destinados al adulto mayor.

En la tercera parte del documento, se revisa el soporte que existe para el cuidado de otras personas dependientes. En el primer punto el foco está puesto en la legislación que configura los derechos de esta población. En el segundo punto se exploran las posibilidades de la cobertura actual de cuidado con la que cuentan quienes son consideradas dentro de este grupo.

La cuarta y última parte del documento está por completo destinada al análisis de algunos de los resultados que ha obtenido estudios acerca de la división de las responsabilidades dentro del hogar. Dada las diferencias metodológicas de los trabajos revisados y a la poca recurrencia de ellos, es imposible extraer tendencias para la década, por lo que su papel se convierte más bien en entregar una radiografía de cómo se perfila y se continúan configurando los roles de mujeres y varones dentro de la familia.

2. Cuidado Infantil

2.1. ¿Qué prevé la legislación chilena?

La legislación que facilita la incorporación de las mujeres al ámbito laboral, se instala en Chile desde principios del siglo XX.

Como principales responsables de la reproducción, el acceso al trabajo y sus trayectorias laborales se ven constantemente afectadas por esta responsabilidad biológica y social.

Junto con el desarrollo de los sistemas de protección social asociados al modelo de trabajador asalariado, las instituciones de previsión social vieron la necesidad de legislar en torno a la protección de las mujeres trabajadoras.

Sin embargo, las primeras tentativas de regulación del trabajo femenino, estuvieron exclusivamente ligadas con su rol de reproductora. En este sentido, Pautassi et al (2005) señalan que en la mayoría de la legislación referida a mujeres en América Latina, se enfoca en elementos que permitan articular la capacidad reproductiva y el cuidado de la familia con el empleo; y en esto Chile no es la excepción.

Las autoras sostienen que la diferencia sexual y reproductiva ha sido la fuente de la diferenciación en relación al derecho, cosa que si bien es necesaria dado que efectivamente las condiciones reproductivas intervienen en la capacidad de participar del modelo laboral actual, esto no se complementa "con el reconocimiento del principio de igualdad entre trabajadores y trabajadoras".

En Chile la legislación respecto a la maternidad se ha ido perfeccionando con el paso de los años. Actualmente el código del trabajo en su *Titulo II De la protección a la maternidad*, establece que las trabajadoras tendrán derecho a descanso seis semanas antes del parto y doce semanas después. Durante este período la embarazada, mediante certificado médico que acredite su condición, recibirá de parte del estado un subsidio equivalente a la totalidad de remuneraciones y asignaciones que perciba restándose solamente los cobros referentes a previsión y descuentos legales.

Al mismo tiempo las mujeres que se encuentren en período de embarazo y hasta un año después del alumbramiento tienen derecho a fuero maternal, es decir, el empleador no puede terminar el contrato de trabajo a menos que exista autorización de un juez competente.

Respecto al cuidado de los hijas/os una vez retornadas al trabajo remunerado, la legislación establece el derecho de las madres de disponer de dos períodos de tiempo al día que no superen en conjunto una hora, para alimentar a sus hijas/os. En la misma línea los empleadores con más de 20 trabajadoras ocupadas, tienen la obligación de proporcionar guarderías para las/os niñas/os hasta los dos años. Esta ley fue perfeccionada en el año 1998 señalando que el número de trabajadoras se contabiliza a partir de todos los establecimientos que posee la empresa, así también en 2002 se produjo una ampliación de la cobertura de este derecho decretándose que estas modificaciones se extienden a los grandes centros industriales, ciudades empresariales y centro comerciales con una misma personalidad jurídica.

Existe además en la legislación chilena, el derecho a permiso y subsidio, en caso de enfermedad grave de hijas/os menores de un año, para acceder a este, se debe presentar un certificado médico que acredite la necesidad de cuidado de la niña/o por enfermedad grave. Este subsidio al igual que el de pre y post natal es financiado por estado, cubre un 100% de la remuneración de la trabajadora con un tope de 60 unidades de fomento (UF)[1].

El alcance de estas leyes se extiende a todas las mujeres trabajadoras que se encuentren en relación de dependencia con un empleador/a. La excepción la constituyen los permisos y subsidios, maternal y por enfermedad de hija/o menor de un año, al que tienen acceso todas las mujeres que cumplen labores remuneradas, ya sea contratadas o independientes, siempre y cuando estén afiliadas a algún sistema previsional.

Así mismo es necesario señalar, que a partir de fines de los años 90 estos derechos también se hacen extensivos para aquellas trabajadoras/es que tengan a su cuidado un/a niña/o menor de seis meses. En estos casos la ley establece el derecho de solicitar el permiso y el subsidio en caso de enfermedad grave del/a menor.

A su vez y desde el momento en que queda establecida la tuición por orden del juez, existe el derecho de acceder al permiso y licencia post-natal por doce semanas. Siguiendo el espíritu anterior, las últimas modificaciones han establecido también, que al momento de ser decretada la tuición se extenderá, para quién sea responsable del cuidado, un fuero laboral que tendrá una duración de un año plazo.

En su reflexión sobre diversas legislaciones latinoamericanas en relación al cuidado Pautassi et al. (2005) establecen que se aprecia en las normativas de la región un marcado foco en el período de gestación, alumbramiento y lactancia, y que a su vez la legislación se refiere "casi exclusivamente a los derechos de las mujeres – asumiendo su doble función de trabajadoras y madres – y casi nunca a los hombres" (Pautassi et al, 2005:118), lo que contribuiría a mantener el modelo clásico del hombre proveedor-mujer cuidadora que sustentó los primeros cuerpos legislativos laborales, pero que no mantiene ninguna relación con la experiencia laboral actual de la población.

A partir de esta lógica, las autoras señalan tres dimensiones en las que se fundan las políticas públicas enfocadas en el cuidado: *tiempo para cuidar, dinero para cuidar* y *servicios de cuidado infantil.*

En los servicios asociados a la maternidad, los dos primeros ejes se encuentran directamente relacionados. La disponibilidad del tiempo para el cuidado depende necesariamente de la disposición de recursos que permitan esta dedicación. Estas dos dimensiones las podemos encontrar en la relación que existe entre permisos pre y post-natal y los subsidios otorgados por estos conceptos. Pero al mismo tiempo, esta relación nos permite ver de qué manera se interpreta la responsabilidad de cuidado en la legislación nacional.

Por razones que no es necesario explicar, el análisis en cuestión se refiere exclusivamente al post-natal, y a los incentivos que la legislación entrega a los padres para hacerse partícipes del proceso de cuidado de las/os hijas/os recién nacidas/os. La legislación chilena, en este sentido otorga solamente la posibilidad de permiso y subsidio post-natal a las trabajadoras. Para los padres existe desde 2005 el derecho de pedir 5 días de permiso pagado, el que puede ser

[1] Unidad de medida reajustable en función del índice de precios al consumidor (IPC). Las 60 unidades de fomento corresponden a 2.000 dólares al valor UF y tasa de cambio del día 22 de noviembre de 2006.

distribuido desde el día del parto hasta un mes luego de acontecido el nacimiento. A este derecho puede acceder también, desde la sentencia definitiva, el/la cónyuge al que se le conceda la adopción de un/a hija/o.

La excepción de lo anterior se da en el primer caso sólo por fallecimiento de la madre durante el parto o en el período de post-natal, bajo estas circunstancias el padre gozará de los derechos a subsidio por el período post natal y a fuero por un año, tal como fue establecido para las trabajadoras.

En el caso de tuición, la norma asume que el cuidado debe ser dado por quién se hizo responsable de esta. Como se señaló anteriormente el artículo 199 del Código del Trabajo establece que "tendrá también derecho a este permiso y subsidio, la trabajadora o el trabajador que tenga a su cuidado un menor de edad inferior a un año, respecto de quien se le haya otorgado judicialmente la tuición o el cuidado personal como medida de protección. Este derecho se extenderá al cónyuge, en los mismos términos señalados en el inciso anterior."

Como vemos, en estas situaciones la legislación no asocia el cuidado con las mujeres, sino con quién ha asumido la responsabilidad de este.

Parece lógico, sin embargo que en cierto grado las licencias post-natales – ya que para las pre-natales no existe duda – estén relacionadas a la madre por el período de puerperio. No obstante, también parece lógico que durante el período de recuperación física de las mujeres estas cuenten con la participación de los padres en el cuidado, y que una vez finalizada la recuperación el cuidado pueda ser realizado indistintamente por mujeres u hombres.

Es la lógica que se plantea detrás de la norma de tuición y es la lógica que se encuentra también en la ley sobre Enfermedad hijo menor de un año (EHM).

Esta regulación que entrega el derecho a cuidar a hijas/os menores de un año en caso de enfermedad grave, también establece la posibilidad de que sea el padre o la madre quién solicite la licencia. En caso de ambos progenitores sean trabajadores, cualquiera de ellos y a elección de la madre, puede gozar del permiso y el subsidio. De la misma forma, tendrá acceso a estos derechos el padre en caso de fallecimiento de la madre, y quién tenga la tuición del/a menor por sentencia judicial.

La tercera dimensión señalada por Pautassi et al. (2005) dice relación con los *servicios de cuidado infantil*, en ese sentido la experiencia chilena es decepcionante, ya que si bien el código señala la obligación de proporcionar salas cuna, este deber sólo existe cuando el establecimiento ocupa a 20 o más mujeres.

Esta asociación del cuidado infantil con las mujeres tiene varias consecuencias, una de ellas es la posibilidad de burlar la responsabilidad con sus trabajadoras estableciendo un límite de 19 mujeres en el establecimiento y así no verse obligado a entregar servicios de cuidado, traspasando este costo a las trabajadoras. Este mismo hecho motiva la discriminación hacia la contratación de mujeres una vez que la empresa ya cumplió con la cuota límite.

Así mismo, esto permite que la vinculación de la maternidad no sólo se desarrolle en el ámbito de lo simbólico, sino que contribuye a mantener el prejuicio de que la contratación de mujeres es más cara que la de hombres. Finalmente, pero no menos importante, esta legislación discrimina a los trabajadores que asumen su responsabilidad en el cuidado de sus

hijas/os, no entregándoles garantías para compatibilizar su trabajo y el cuidado de sus hijas/os. Sin embargo, el otro ámbito dónde la legislación debería intervenir para proteger la incorporación de las mujeres al mercado del trabajo, dice relación con la igualdad.

En este sentido Pautassi et al (2005), señalan que además de las normas que se refieren a la capacidad reproductiva de las mujeres, existen aquellas "que dan cuenta de otro tipo de discriminación contra las mujeres en el ámbito laboral, que opera en el sentido de *tratar distinto a lo que es igual* o *tratar igual a lo que es distinto* entre hombre y mujeres" (Pautassi et al, 2005:122)

Es justo en esta área dónde el derecho chileno ha avanzado bastante poco, sólo en el año 1998 se promulga la ley 19.591 que establece que "ningún empleador podrá condicionar la contratación de trabajadoras, su permanencia o renovación de contrato, la promoción o movilidad en su empleo, a la ausencia o existencia de embarazo, ni exigir para dichos fines certificado o examen alguno para verificar si se encuentra o no en estado de gravidez".

Esta normativa se impone debido a la práctica extendida entre los/as empleadores/as de verificar la existencia de embarazo antes de acceder a la contratación de las mujeres. En la actualidad pese a la existencia de la ley y debido a la dificultad que existe para fiscalizarla, estas prácticas continúan frecuentándose al momento de entrevistar mujeres para acceder a empleos.

Así mismo, además de esta ley sólo la legislación en torno al acoso sexual promulgada en año recién pasado – 2005 – se puede considerar dentro de los esfuerzos para tratar distinto a lo que es particular de las mujeres. Lamentablemente, más allá de esta legislación que si ha tenido impacto en la esfera laboral, la normativa chilena no establece garantías de igualdad en las remuneraciones y la idea del mayor costo asociado a las mujeres en la contratación continúa inserta en la mentalidad empresarial, cómo la exigencia de prueba de embarazo lo demuestra.

2.2. Los servicios de cuidado infantil

El acceso a los servicios de cuidado infantil ha sido desde el inicio bastante reducido. Pese a lo establecido en la ley, la posibilidad de acceder a sala cuna para las madres trabajadoras es restringido dado que se ha convertido en una práctica común intentar doblar la ley no contratando a mujeres o estableciendo un límite que no signifique el cumplimiento de esta normativa.

En vista de lo anterior el acceso a servicios de cuidado infantil ha sido fundamentalmente una responsabilidad de las familias y dentro de estas, de las mujeres. En caso de ser la trabajadora responsable de algún/a menor, el cuidado se soluciona preferentemente a través de la red de soporte de la trabajadora, si es que existe, o a través de la contratación de servicios pagados. En ambos casos la preocupación y gestión de los recursos de tiempo y dinero son de responsabilidad privada.

Con esto queda claramente expuesto que la participación del estado ha sido mínima durante las décadas anteriores, sólo a fines de los años 90 se comienza a notar una mayor preocupación por los temas de cuidados infantiles, dadas las bajas tasas de participación femenina en los estratos socio-económicos bajos. A esto se suma en 2004 los altos costos por concepto de entrega de licencias por enfermedad de hija/o menor de un año. Todos estos

factores ponen en alerta a las autoridades respecto a la necesidad de modificar la forma en que se están entregando los servicios de cuidado.

Actualmente no existe un sistema integral que considere las distintas aristas del cuidado, básicamente el sistema de cuidado y reproducción de la población se compone de programas específicos o partes de los sistemas de educación y salud, además de algunas normas y regulaciones independientes que buscan subsanar lo que estos dos grandes servicios públicos no realizan.

En ese sentido, desde sus inicios los gobiernos de la concertación han buscado aumentar constantemente el gasto dirigido a estas necesidades sociales.

Entre 1990 y 2000 el gasto asociado a educación aumento de un 2,6% a un 4,2% del PIB. Así mismo entre los años 1990 y 2002 el número total de establecimientos educacionales tuvo un incremento de 9.814 a 10.610; sin embargo, en este punto, es necesario hacer un alcance.

Actualmente la educación se encuentra normada por la Ley orgánica constitucional de enseñanza (LOCE), publicada el 10 de marzo de 1990, uno de los últimos actos de la dictadura. Esta ley establece los lineamientos de la educación y el sistema mixto que se había implantado desde hace varios años en el país pero que mediante esta modificación queda instituido en la legislación chilena. Esta regulación busca validar la creación de un sistema mixto de enseñanza dónde el estado sólo tendrá incidencia en los programas impartidos por los establecimientos públicos, para el resto sólo presenta programas anuales a cumplir según el criterio de los responsables educacionales. Al mismo tiempo se potencia la creación de establecimientos privados y subvencionados[2], traspasando la responsabilidad de la educación al ámbito privado; tal como lo establece la LOCE en su segundo artículo "Corresponde, preferentemente, a los padres de familia el derecho y el deber de educar a sus hijos; al Estado, el deber de otorgar especial protección al ejercicio de este derecho".

Es por esto que el aumento del 11% - de 9.814 a 10.610 – en la oferta de establecimientos educacionales tiene sus matices, y se desglosa en la disminución de los establecimientos públicos de 6.288 a 6.255 entre 1990 y 2002, y el incremento de los particulares subvencionados de 2.694 a 3.217 y particulares de 759 a 1.068 entre esos mismos años.

Como vemos no sólo se produjo un estancamiento en la creación de establecimientos públicos sino que incluso existió una disminución, lo que sumado al importante incremento en establecimientos subvencionados hablan de la línea que adquiere la política educacional, adoptada por los gobiernos de la Concertación, en torno a cómo se entregan y definen los contenidos educacionales.

2.3. Servicios de educación inicial de 0 a 5 años

En términos de educación infantil o parvularia la legislación chilena no establece la obligatoriedad de asistir a los establecimientos educacionales para menores de 6 años. Pese a lo anterior, desde los años noventa se ha incrementado la oferta de servicios públicos de este

[2] Los establecimientos subvencionados tienen un financiamiento compartido entre el estado y particulares. Están a cargo de un sostenedor privado a quien el Estado otorga $36.990 como máximo por concepto de subvención mensual por alumno, en tanto que los padres o apoderados deben cofinanciar un arancel que varía de acuerdo a cada establecimiento.

tipo. Especial importancia se le ha dado a este tema en el gobierno actual[3] conformándose desde el inicio del mandato una comisión para la entrega de propuestas respecto al tema del cuidado infantil.

Esta preocupación por el cuidado tiene sus fundamento por un lado en las recomendaciones y estudios médicos que establecen la importancia de la temprana estimulación de las/os menores para la adquisición de las habilidades sociales, que les permitirán acceder de manera igualitaria a la educación posterior. En segundo lugar, este tipo de iniciativas se enmarcan dentro del diagnóstico que hace presente la necesidad de facilitar la incorporación de gran parte de las mujeres con menores recursos – y por tanto sin acceso a cuidado infantil privado – al mercado laboral.

A partir del establecimiento de la necesidad de cuidado infantil, podemos ver durante los años noventa un incremento constante en la cobertura de educación parvularia para menores entre 0 y 5 años.

En el año 1990 según la encuesta CASEN la cobertura parvularia total alcanzaba al 20, 9% de la población, una cifra bastante reducida, sin embargo ya para el 2003 esta cifra había aumentado a 35,1% cifra que si bien sigue siendo bastante menor denota la preocupación por la incorporación de más niñas/os al sistema pre-escolar.

2.3.1. Población de 0 a 5 años

Dentro de las condiciones en que se desarrolla la educación parvularia, debemos señalar que el aumento de la cobertura se ha visto mediado por la disminución de la población menor de 5 años, en términos totales y en relación a la población total (Cuadro 1).

Cuadro 1 Población de 0 a 5 años

	1990	1996	2003
0-2 años	888.859	870.689	745.016
3 años	287.997	297.157	256.422
4 años	282.641	298.764	261.812
5 años	278.396	300.284	267.407
Total (0-5 años)	1.737.893	1.766.894	1.530.657

Fuente: CELADE, Estimaciones y proyecciones de población. http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

Así mismo, es importante señalar que del total de mujeres madres de hijas/os menores de cinco años, sólo el 19% participa activamente del mercado laboral, porcentaje que disminuye cuando se trata de niñas/os menores de 3 años (JUNJI, 2005). Respecto a esto la Encuesta CASEN de 2000 señala que del total de mujeres con hijas/os menores de 6 años un 66% no trabaja remuneradamente, y entre ellas un 12% declara no trabajar por falta de cuidado infantil para sus hijas/os.

[3] A través del programa "Ampliación de cobertura- Primer Nivel de Transición" el MINEDUC instaló el 75% de la meta (120.000) al 2006 lo que implicaba incrementar en el sistema 90 mil niños y niñas de 4 años, con la apertura del primer nivel de transición, en establecimientos municipales y particulares subvencionados que son 14.776 nuevos cupos, que significa aumentar la meta total para el año de 20 mil nuevos cupos.

Cuadro 2 Mujeres en el mercado de trabajo, 2000

Total de mujeres mayores de 15 años 5.605.544	Mujeres que trabajan para el mercado 1.905.597 Mujeres que no trabajan para el mercado 3.699.947
Mujeres en hogares con niños 0-6 años 2.185.765	Mujeres que trabajan para al mercado 748.608 Mujeres que no trabajan para el mercado: 1.437.157 De estas, 172.004 declaran que no trabajan remuneradamente porque no tienen con quien dejar a los niños/as

Fuente: Brunner, J.J., Elacqua, G. y Pacheco, P. (2005)

Actualmente los cuidados infantiles en Chile no se componen como un sistema total integrado. El modelo está conformado por dos partes, el sistema llamado Regular, que a su vez esta compuesto por los establecimientos del sector municipal, del particular subvencionado y del particular.

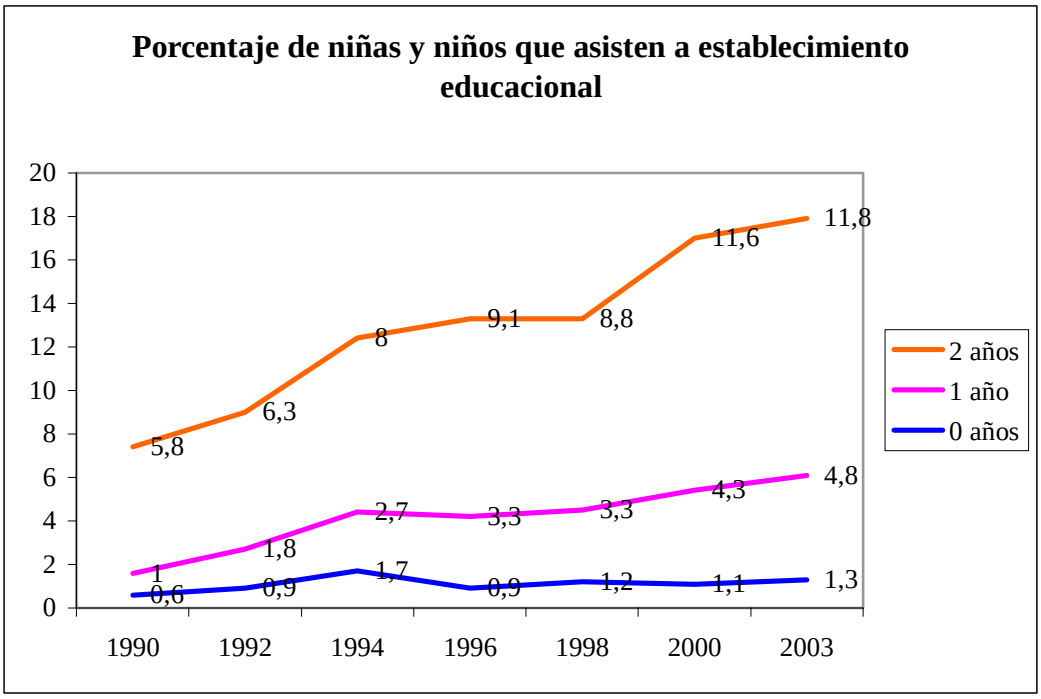
El otro subsistema está compuesto por los jardines infantiles dependientes de Junji y la Fundación Integra, ambos dependientes del estado, y enfocados en cubrir con programas especiales necesidades específicas de la población.

2.3.2. Nivel de cobertura

Durante toda la década de los noventa ha habido un incremento constante en la asistencia de menores a establecimientos de cuidado (salas cuna) o a la enseñanza infantil (jardines infantiles).

Como vemos en el gráfico 1, la variación entre los años 1990 y 2003 es más significativa en los menores de 1 y 2 años, dónde la asistencia pasó de 5,8% a 11,8% y de 1,0% a 4,8% de la población total, respectivamente; sin dejar de resaltar que en ambos casos pese a los incrementos la cobertura respecto al total de la población es significativamente baja.

Gráfico 1



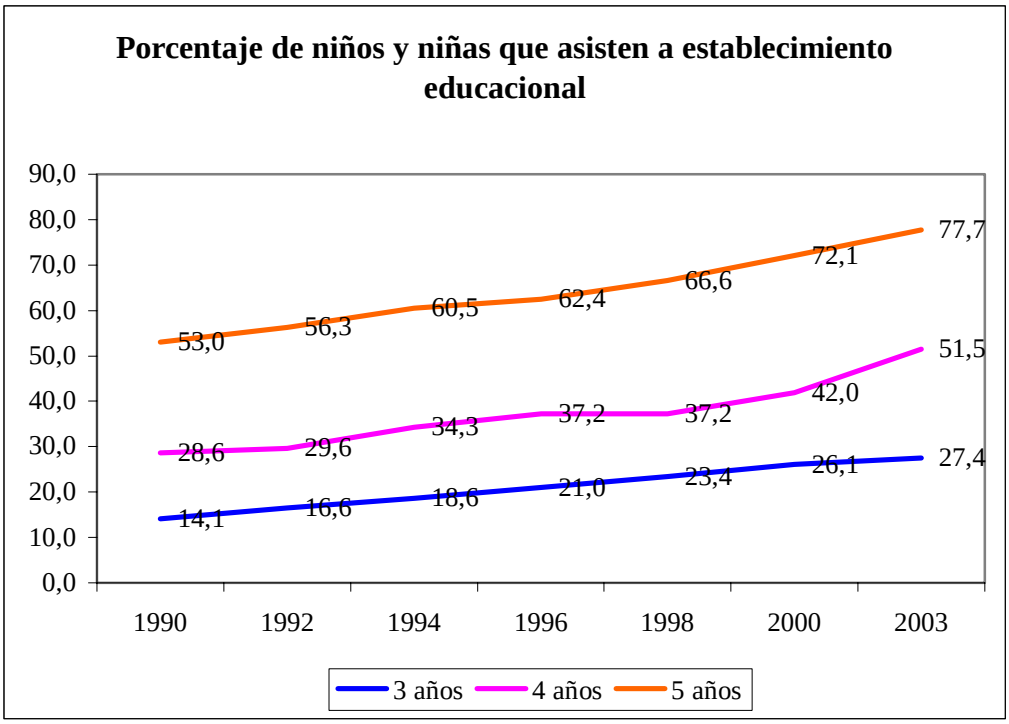
Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año

Una situación diferente se presenta en las edades inmediatamente siguientes, ya que como se puede apreciar en el gráfico 2, entre esos mismo años – 1990 a 2003 – la cobertura para menores entre 3 y 5 años crece de manera mucho más significativa en relación al total de la población.

El aumento de la asistencia de niñas/os de 5 años es evidentemente el más significativo ya que pasa de un 53% a un 77,7% de la población total para el año 2003. Claro está, que la importancia de este nivel de educación pre-escolar a estado por más tiempo instalada en la sociedad y por ende hay una mayor disponibilidad a enviar a las/os niñas/os a los establecimientos desde los 5 años. Al mismo tiempo esta cifra habla del aumento en la disponibilidad de educación pre-escolar para la población menor de 5 años.

De la misma forma los incrementos en la cobertura en educación para las/os menores de 3 y 4 años también señala una tendencia a enviar en mayor cantidad a las/os niñas/os a los establecimientos, así como la ampliación de la cobertura. En el primer caso la asistencia aumenta de 14,1% a un 27,4% y para los 4 años la asistencia sobrepasa el 50 por ciento – 51,5% – en 2003, luego de ser del 28,6 en 1990.

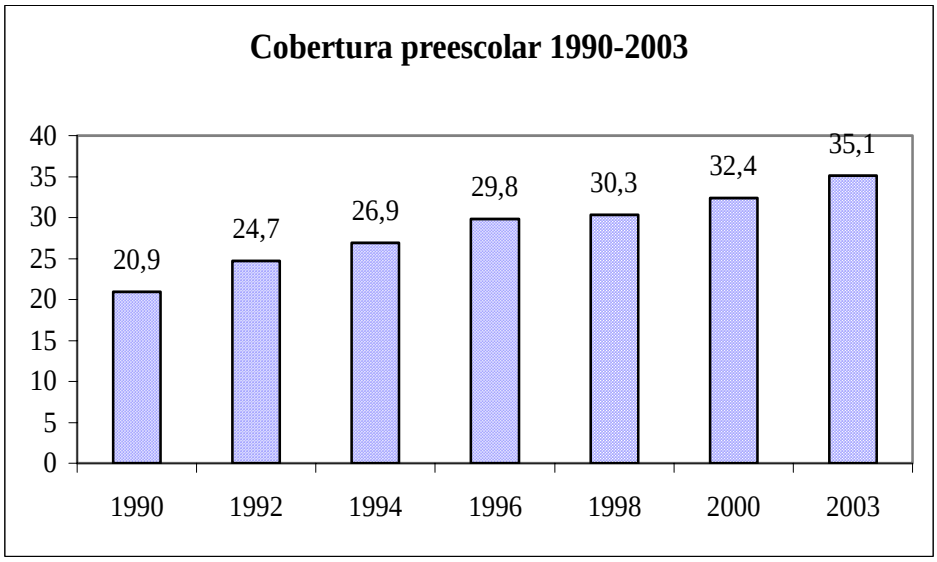
Gráfico 2



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año.

En general podríamos señalar que la cobertura de la educación parvularia entre las edades de 0 y 5 años se incrementa de manera constante a través de la década de los noventa, variando de un 20, 9% en el año 90 a un 35,1% del total de la población de esa edad en el año 2003 (gráfico 3).

Gráfico 3



Fuente: Brunner, J.J., Elacqua, G. y Pacheco, P. (2005)

2.3.3. Tipo de cobertura

Como se estipuló anteriormente el modelo de educación parvularia en Chile consta de dos subsistemas que entregan educación pre-escolar, el llamado sistema regular que se compone de los establecimientos municipalizados, los particulares subvencionado y los particulares; y el subsistema compuesto por la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y por la Fundación Integra.

La Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) se aboca específicamente a atender a los menores de seis años pertenecientes a sectores en situación de pobreza y vulnerabilidad social, mediante administración directa y en convenio con instituciones y organismos sin fines de lucro. Además promueve y supervisa, en jardines infantiles del ámbito público y privado, el cumplimiento de la normativa emanada de JUNJI o de otras entidades vinculadas al sector.

En términos de cobertura en 1990 la JUNJI atendía 62.718 niños y niñas, y para el 2002 la atención ascendía a 116.143.

Como parte de su labor en el transcurso del decenio ha incorporado nuevos programas acorde con las distintas necesidades de su población objetivo, buscando adecuarse a la dispersión geográfica del país, a los requerimientos de la población urbana que desea educar a sus hijos e hijas sin enviarlos a un jardín infantil y a la necesidad de apoyar de manera coordinada con los servicios de salud, el trabajo de recuperación integral de niños y niñas en riesgo biomédico y social.

La JUNJI cuenta con una serie de programas de atención que se adaptan a las diversas necesidades de la población que atiende. Estos se pueden agrupar como sigue:

a) <u>Jardín infantil clásico</u>

Atiende a niños y niñas desde los 84 días de edad hasta su ingreso a la educación básica, por lo general, este programa se implementa en zonas urbanas densamente pobladas y semi-urbanas. Su funcionamiento abarca once meses del año en una jornada de atención de lunes a viernes, mayoritariamente en jornada completa de 08:30 a 16:30 horas. Durante su permanencia en el jardín infantil, los párvulos reciben alimentación en servicios de desayuno, almuerzo y once, además de una colación adicional para los niños y niñas con déficit nutricional.

b) <u>Jardín infantil alternativo</u>

Enfocado a hijos e hijas de temporeras, jefas de hogar o de familias indígenas, el 2005 fueron atendidos 1.187 niños y niñas bajo este programa. Por lo general, este programa funciona en convenio con municipalidades, corporaciones y organizaciones comunitarias que proporcionan el local, el mobiliario y los consumos básicos, en tanto el personal, el material didáctico, la alimentación de los párvulos y la supervisión son de responsabilidad de la JUNJI. Atiende durante once meses del año en sectores rurales o semi urbanos de escasos recursos y de baja concentración poblacional para niños de dos años a cuatro años y once meses, en jornada parcial o completa según las características de la población y los recursos disponibles. Las modalidades de atención son el jardín familiar, jardín laboral, jardín estacional, jardín en comunidades indígenas.

c) Programa educativo para la familia

En este programa la familia es la protagonista del proceso educativo y el trabajo pedagógico desarrollado por parte de los agentes educativos institucionales es fundamentalmente indirecto. Este programa agrupa una serie de modalidades de atención tales como sala cuna en el hogar, patio abierto, jardín infantil a distancia, sala cuna en el consultorio y comunicacional. El 2005 la cobertura de este programa fue de 12.347 menores.

Como vemos en el Cuadro 3 la cobertura de los programas JUNJI es bastante marginal, fundamentado en su política de focalización en niñas/os con necesidades específicas ya sea geográficas, sociales y educacionales; y también madres con necesidades particulares, como son las largas jornadas de trabajo.

Cuadro 3 JUNJI: Matricula total según año

Año	Número de niños/as matriculados/as
1990	62.718
1996	96.867
1997	103.884
1998	112.397
1999	115.327
2000	120.628
2001	71.735
2002	116.143

Fuente: SERNAM – Basemujer.
http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm

Dentro de este subsistema de atención parvularia también existe la Fundación Integra, creada en 1990, fundación de carácter privado sin fines de lucro, pero que funciona con aportes del Estado. La acción de la Fundación Integra está focalizada a niñas/os pertenecientes a familias con un índice CAS[4] bajo, y que tengan entre tres meses y 4 años 11 meses de edad. Tienen prioridad para acceder a dichos establecimientos los hijos e hijas de madres trabajadoras, que buscan trabajo, que son jefas de hogar o madres adolescentes.

La Fundación Integra cuenta con los jardines infantiles regulares que atienden de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 horas, los jardines con programa de extensión horaria, los cuales atienden de lunes a viernes hasta las 20 horas y son para los hijos de madres trabajadoras o que buscan trabajo y los "jardines estacionales" que atienden a los hijos de trabajadoras temporeras del sector agroindustrial y de zonas turísticas y que operan cada año, en la temporada correspondiente.

[4] La ficha CAS es una encuesta que permite conocer la situación socioeconómica de una familia. La ficha CAS vigente es un requisito imprescindible para la postulación a todo tipo de subsidios que entrega el Estado a las familias en situación de pobreza (SUF, PASIS, Subsidio al pago del Agua Potable, Subsidios de vivienda, Programa de Mejoramiento de Barrios, entre los principales).

Cuadro 4 Fundación Integra: Matrícula y número de establecimientos

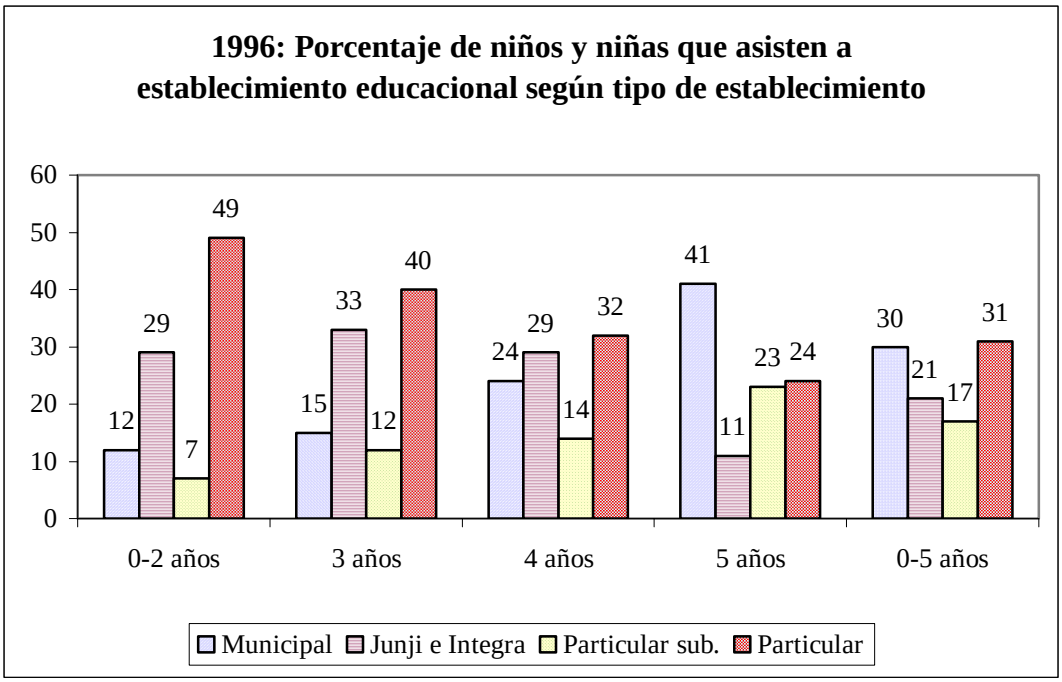
	Niños y niñas matriculados	Número de Jardines Infantiles	Número de Salas Cunas	Número de establecimientos con extensión horaria
1990	37.270	501	18	s.i.
2005	70.567	881	153	s.i.
2006	70.808	881	159	400

Fuente: Datos no publicados entregados por la Fundación Integra

Como vemos en los gráficos siguientes las iniciativas estatales para mejorar la cobertura pública de servicios parvularios, ha sido efectiva en aumentar la entrega cuidado a las/os niñas/os menores de 5 años.

Podemos apreciar que para el año 1996, las estadísticas provenientes de las encuestas CASEN indican que la mayoría de las/os menores de 5 años que recibían cuidado fuera de sus hogares lo hacían de establecimientos particulares.

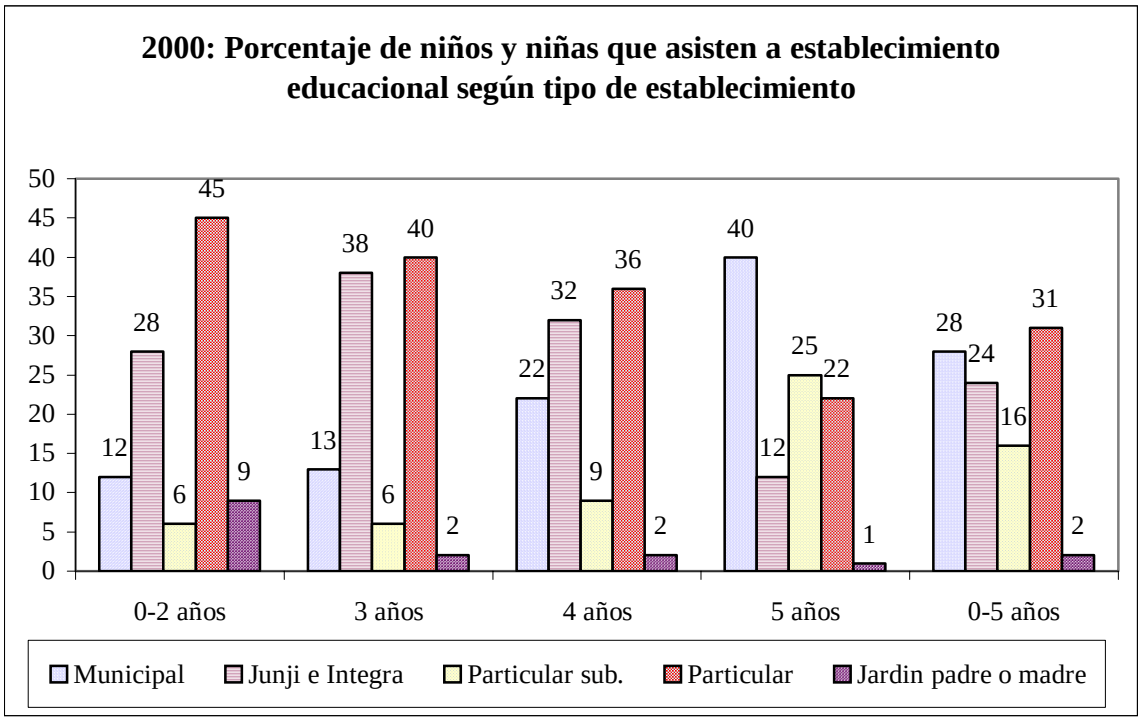
Gráfico 4



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año.

Para el año 2000 la preponderancia del cuidado particular como principal proveedor se mantiene. De la misma forma se conserva prácticamente igual la distribución de la participación de todos los tipos de establecimiento, las variaciones se pueden explicar básicamente a través de la incorporación en la encuesta de la alternativa "jardín padre o madre" que corresponde a las dependencias de párvulos que se encuentran en las empresas de las/os madres o padres.

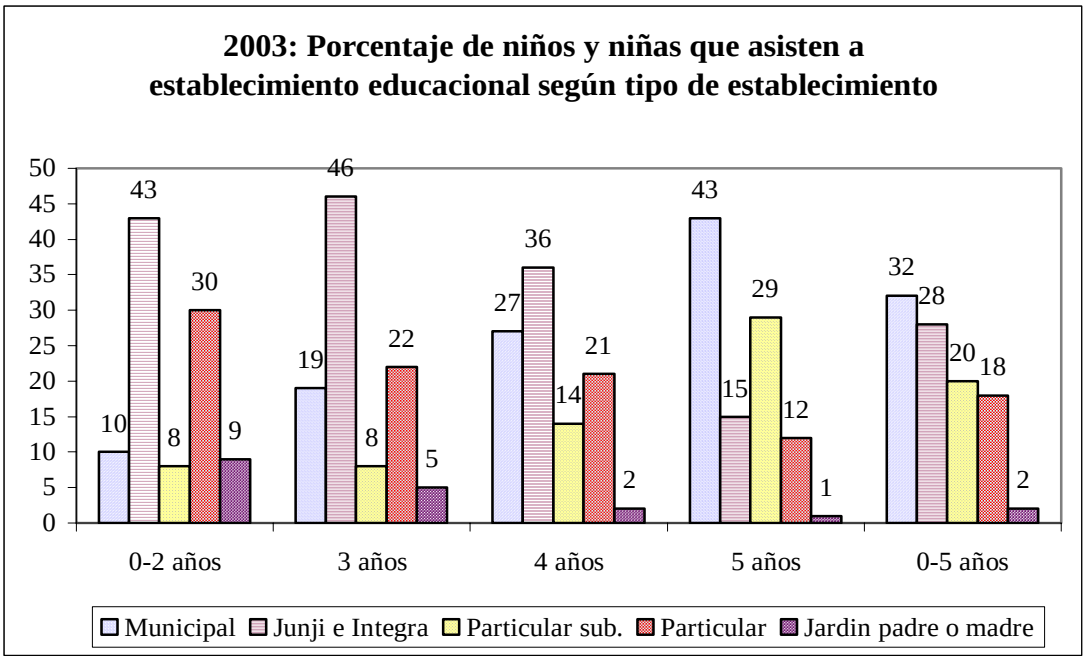
Gráfico 5



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año.

Es en la encuesta del año 2003 dónde se puede comenzar a apreciar los resultados de las iniciativas para aumentar la cobertura pre-escolar, especialmente aquellos esfuerzos dirigido a personas y madres trabajadoras de menores recursos. Es así como vemos un cambio significativo en el porcentaje de menores que asisten a establecimientos regidos por la JUNJI y la Fundación Integra, especialmente en aquellas/os menores de 5 años.

Gráfico 6



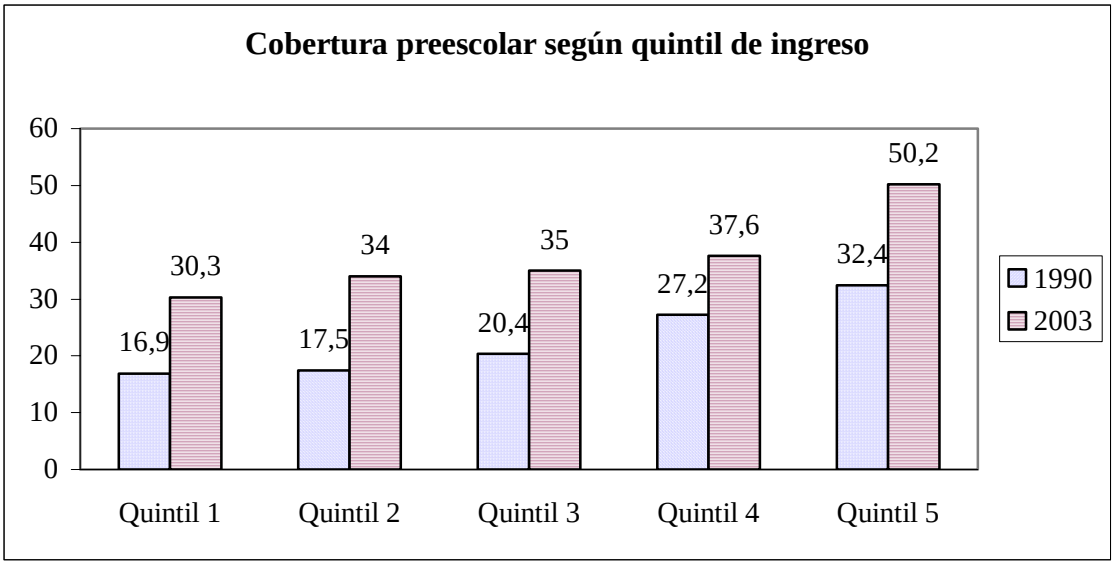
Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año.

2.3.4. El cuidado infantil según estratos económicos

Dado el foco de los programas antes mencionados, es posible suponer que la cobertura a los niveles socioeconómicos más necesitados de la sociedad, debió ir en aumento a través de la década.

Efectivamente esa es la tendencia que presentan los estudios realizados al respecto, como se puede ver en el gráfico 7. Pese a que aún la desigualdad entre estratos socioeconómicos respecto al acceso a la educación pre-escolar es más que significativa, se puede destacar también que en la última década prácticamente se ha duplicado la cobertura en los quintiles más bajos - 1 y 2 - y en el tercer quintil el incremento ha sido del 72%, pasando de 20,4% de la población a 35% entre los años 1990 y 2003.

Gráfico 7



Fuente: Brunner, J.J., Elacqua, G. y Pacheco, P. (2005)

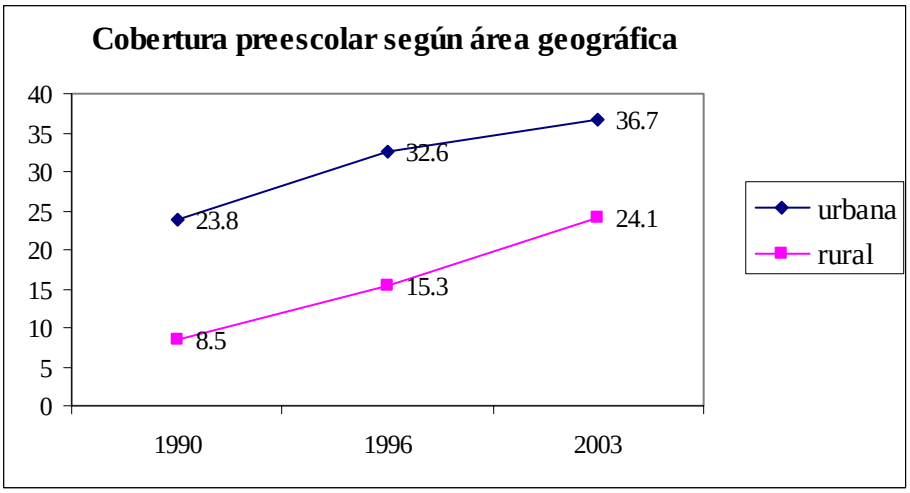
Esto no evita sin embargo señalar, que la amplia diferencia que existe entre los extremos es aún una tarea inconclusa urgente, más aún si consideramos la baja cobertura total que presenta el sistema pre-escolar. Como primer acercamiento a la sociabilidad, a la estimulación temprana de las capacidades cognitivas y como elemento fundamental para la incorporación de las mujeres de menores recursos al mercado de trabajo remunerado, el acceso al cuidado infantil es hoy en día un elemento crítico para alcanzar la igualdad.

Lamentablemente no existe la información sistematizada, pero sería interesante ver como se comportan los datos según tipo de establecimiento cruzados por quintil de ingreso, para poder observar si efectivamente existe una tendencia de las/os niñas/os de menores recursos de asistir a establecimientos del sistema Junji-Integra.

2.3.5. Cuidado infantil según ubicación geográfica

Lo mismo podemos reflexionar en torno a la diferencias que se generan entre el acceso rural o urbano a la educación parvularia. Es evidente cómo se refleja en el gráfico 8, que la brecha que existe entre la cobertura en la áreas urbanas y rurales, se mantiene a través de la década. En el año 1990 la cobertura alcanzaba al 8,5% en las zonas rurales y al 23,8% en las urbanas, en el año 1996 la asistencia es de 15,3% y 32,6% respectivamente y es sólo para el año 2003 que podemos notar una leve disminución de la brecha. Esto último gracias a un mayor aumento en la cobertura rural que para este año alcanza al 24,1%, pero también a un menor incremento en la asistencia a nivel urbano, que llega sólo al 36,7%.

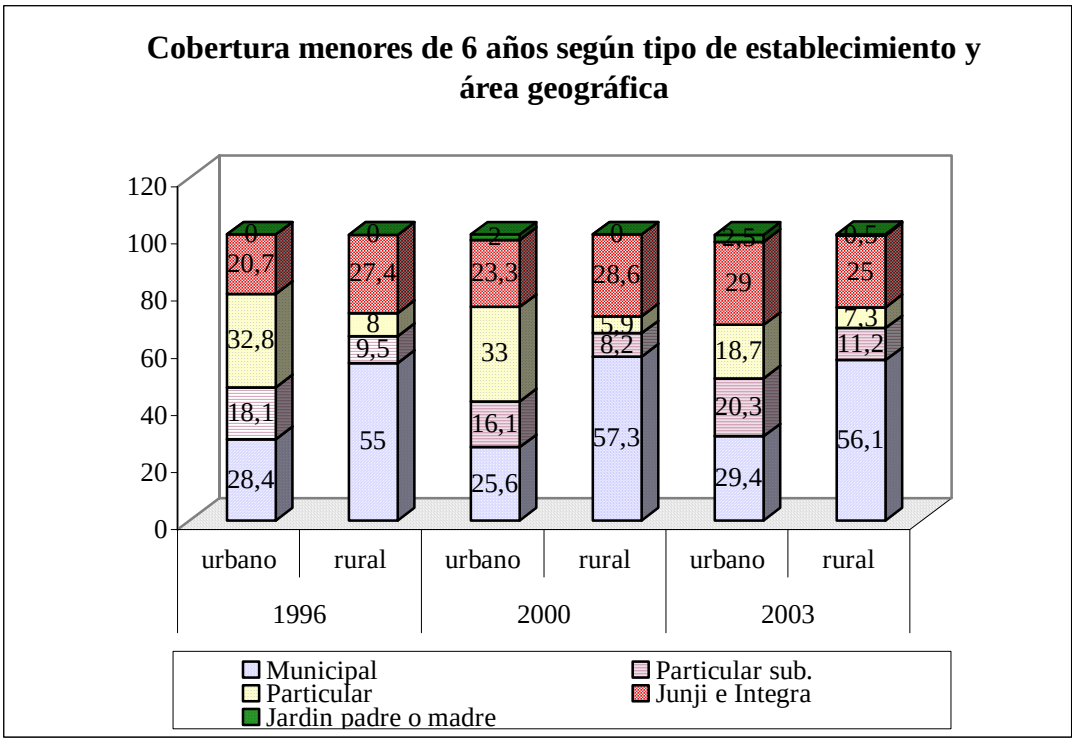
Gráfico 8



Fuente: Brunner, J.J., Elacqua, G. y Pacheco, P. (2005)

Como vemos en la información que nos entrega el gráfico 9, en las áreas rurales son los establecimientos municipales y los dependientes de Junji e Integra, los que cubren fundamentalmente las necesidades de la población.

Gráfico 9

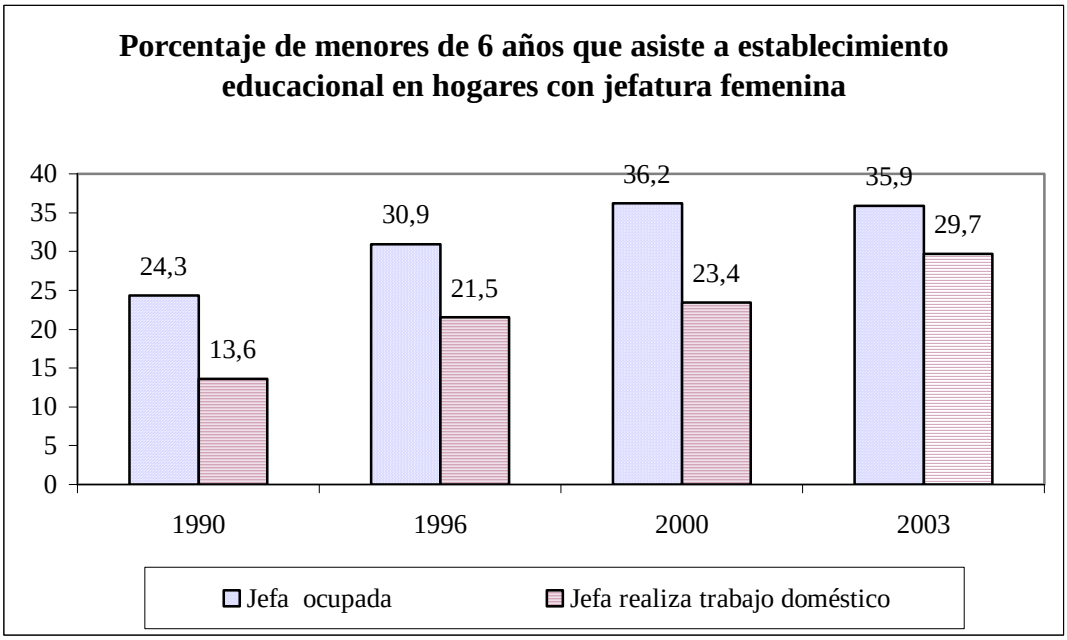


Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año

2.3.6. Cuidado infantil según tipo de hogar

Como señalamos arriba gran parte de las mujeres con hijas/os menores de 6 años no participa en el mercado laboral remunerado. No obstante dentro de aquellas jefas de hogar que trabajan remuneradamente un porcentaje importante utiliza servicios de cuidado infantil fuera del hogar. Como podemos ver en el gráfico 10 ha habido un incremento sostenido en el acceso a cuidado infantil por parte de las mujeres jefas de hogar en general, pero es para aquellas que son ocupadas dónde es más significativo.

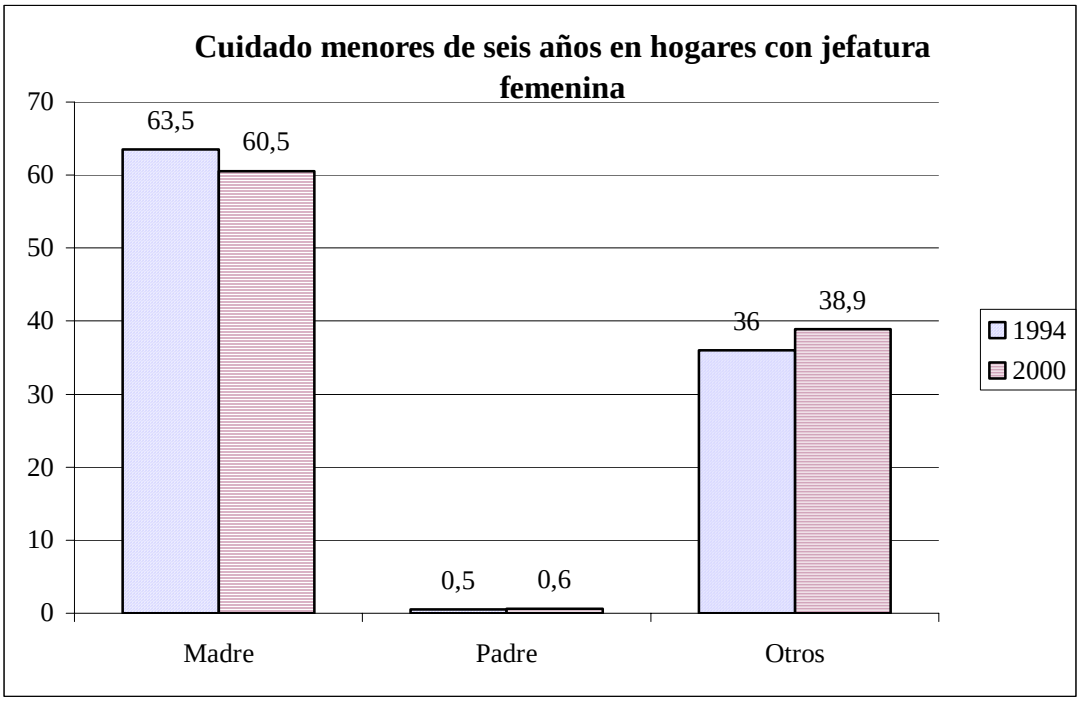
Gráfico 10



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año.

Así mismo en los hogares con jefatura femenina, pese a que la responsabilidad de las madres ha disminuido, esta reducción ha sido marginal, además de haber sido traspasada al sector "otros", ya que no se aprecia un aumento de la participación de los padres en el cuidado.

Gráfico 11

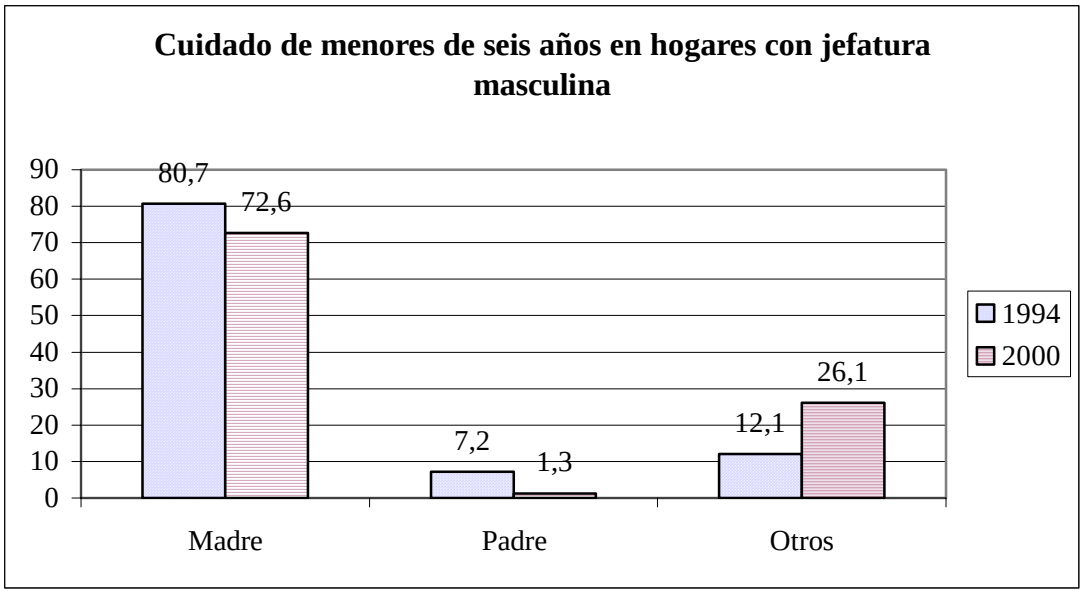


Fuente: SERNAM – Basemujer. http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm

Una situación parecida indica el gráfico 12. Considerando esta vez, sólo los hogares de jefatura masculina, la diferencia en la importancia del cuidado dado por madres y padres es incluso mayor que en la situación anterior, sin embargo también existe una mayor participación de los padres en relación al caso anterior.

En ambos casos – padres y madres – disminuye el porcentaje de cuidado de menores, llegando a ser casi inexistente en el caso de los padres. Como lo demuestra el aumento de la categoría "otros" al igual que en el caso anterior la totalidad de la disminución fue traspasada a esta categoría.

Gráfico 12

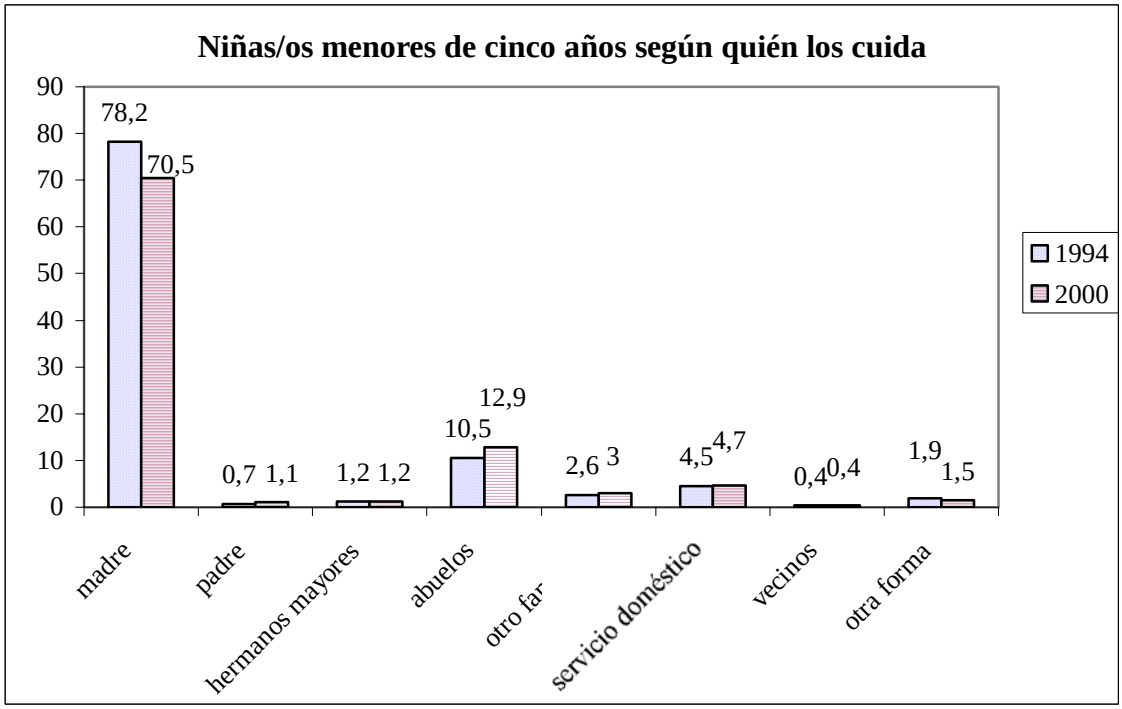


Fuente: SERNAM – Basemujer. http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm

Dado el importante aumento de al categoría "otros" es interesante detallar a quienes corresponde ese trabajo de cuidado.

Como indica el gráfico 13 la mayor parte del trabajo de cuidado que es traspasado por las mujeres a otras personas recae sobre las y los abuelas/os, o es contratado de manera externa en la forma de servicio doméstico.

Gráfico 13



Fuente: SERNAM – Basemujer. http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm

Finalmente, resulta importante señalar que no existe información más detallada acerca de la composición de los hogares señalados, sería interesante tener información sistematizada

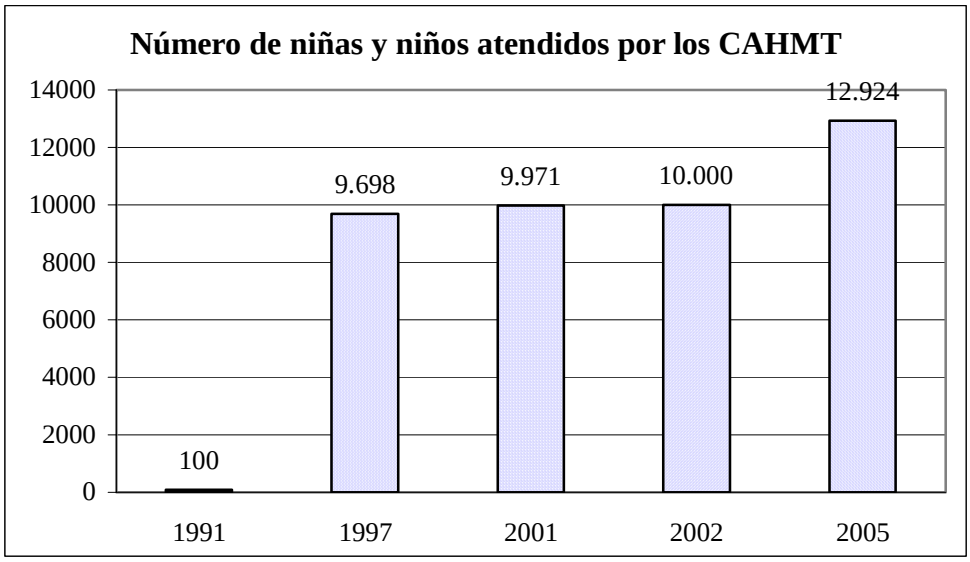
respecto del número de hijas/os por hogar según tipo de jefatura y cobertura en cuidado infantil. Además, sería importante también, complejizar el tipo de hogares que existen actualmente en Chile – por ejemplo según clasificación de la CEPAL – para ver si existe alguna clase de tendencia respecto a esta composición y el tipo de cuidado infantil al que tienen acceso, más allá de los quintiles de ingreso.

2.3.7. Programas especiales de cuidado

Existen además desde los años noventa programas especiales dirigidos a las trabajadoras temporeras[5], donde se atiende a niñas/os de 2 a 12 años. El Servicio Nacional de la Mujer, SERNAM considerando las necesidades de éstas de cuidado infantil crea los Centros de Atención a hijas/os de trabajadoras temporeras, que funcionan en los períodos de trabajo estacionario del sector agroexportador. El trabajo de temporada se realiza en época de vacaciones escolares por lo que las trabajadoras no pueden dejar a sus hijas/os en el sistema regular de educación.

Esta experiencia se inició en 1991 con dos programas piloto que atendían a un total de 100 niñas/os en 2 comunas del país. Ya para el período 97-98 funcionaban 127 centros en 75 comunas del país, cubriendo a 9.698 niñas/os[6] (Gráfico 14 y 15). En el período 2000-2001 el programa se extendió llegando a tener 143 Centros de Atención, los cuales atendían a un total de 9.971 menores en 82 comunas del país. El 2002, el número de niños y niñas atendidos aumentó a 10.000 niños en 146 Centros repartidos en 86 comunas del país. En el último año del que se tiene información, el 2005, la cobertura alcanzaba ya a 12.924 niñas/os, atendidos en 218 centros en 99 comunas, como podemos ver en los gráficos que se despliegan a continuación.

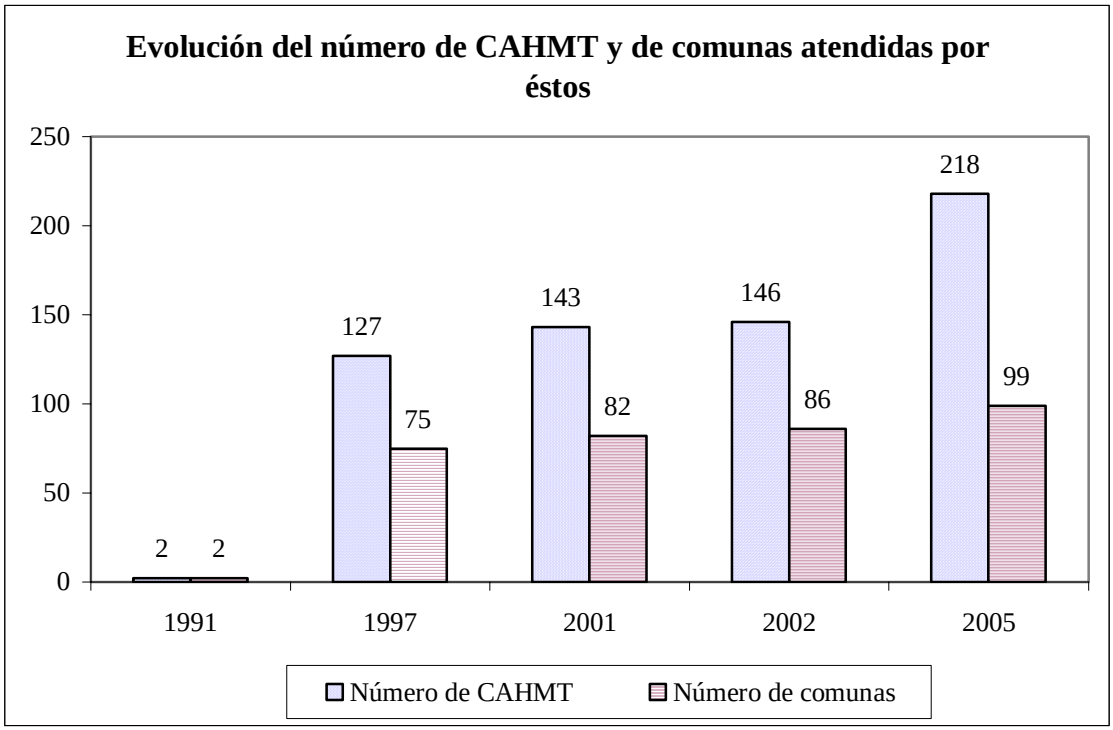
Gráfico 14



Fuente: Años 1991, 2001, 2002: Informe del Estado de Chile sobre el cumplimiento de la CEDAW-Cuarto Informe Periódico. 2004.
Años 1997, 2005: Datos no publicados entregados por SERNAM

[5] Trabajadoras que se emplean por temporada en la industria agroexportadora.
[6] Para 1997 el VI Censo Agropecuario estimaba un total de 200.000 mujeres temporeras

Gráfico 15



Fuente: Años 1991, 2001, 2002: Informe del Estado de Chile sobre el cumplimiento de la CEDAW-Cuarto Informe Periódico. 2004.Años 1997, 2005: Datos no publicados entregados por SERNAM

Además a partir del año 2005, mediante un convenio, el Programa se realiza en conjunto con la Junta Nacional de Jardines Infantiles, Fundación Integra, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) y el Instituto Nacional del Deporte. Además participan las municipalidades, organizaciones comunitarias, representantes de las organizaciones de temporeras y empresarios. Se desarrolla principalmente en locales de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, en escuelas que están desocupadas por vacaciones o en otros locales comunitarios, y la jornada diaria es de 11 horas.

Los niños que asisten a estos establecimientos reciben atención integral a través de un Programa Educativo creado especialmente por Educadoras de Párvulos de la Dirección Nacional, con apoyo de una Guía Curricular Específica para niños de zonas agrícolas. La alimentación está adecuada a la jornada de atención (cuatro períodos de alimentación) y cubre el 87% de la recomendación calórica diaria.

Por otra parte, la JUNJI implementó como una experiencia piloto a partir del 2004 los "jardines de verano" dirigida a los párvulos hijos de madres trabajadoras y de jefas de hogar que no cuentan con redes sociales de apoyo que faciliten el cuidado de sus hijas/os. Se atendieron ese año a 750 niños y niñas en 35 jardines infantiles con una inversión de M $ 29.000. En el año 2005 la cobertura aumentó a 1.258 niñas niños con una inversión de M $ 50.000.

El año 2005 se intentó desde el Servicio Nacional de la Mujer un nuevo programa piloto de cuidado infantil a través del cual se pretendía regular la espontánea capacidad de organización entre vecinos para el cuidado de los niños. Se alcanzó a capacitar en cinco comunas, sin embargo, el proyecto no prosperó.

2.4. Servicios de enseñanza primaria (de 6 a 12 años)

Cuando estudiamos las cifras que existen respecto a la educación primaria las conclusiones tienden a ser más positivas. La política de educación primaria es de larga data, por lo que los índices de asistencia de la población alcanzan, incluso desde diferentes puntos de análisis, casi el cien por cierto. Esto quiere decir, que la mayoría de la población en edad de asistir a la escuela lo está haciendo.

Sin embargo, estas cifras no son capaces de reflejar la desigualdad que existe en la calidad de la educación que reciben las/os niñas/os de diferentes estratos sociales y condiciones geográficas, y tampoco señalan que clase de contenidos se están entregando.

Pero para efectos de cuidado infantil la sola asistencia a los establecimientos educacionales constituye un gran aporte a la crianza y cuidados de las/os niñas/os; y para las madres, principales responsables en la actualidad de estas tareas, un servicio fundamental para poder acceder con mayor tranquilidad al trabajo remunerado.

Esta fue una de las principales razones ya argumentos utilizados al momento de implementar la reforma educacional de jornada completa.

En enero de 1997 se promulga la ley 19.494 que crea una subvención para los establecimientos que se acojan voluntariamente hasta tres meses después de la publicación de ésta y que empiecen a funcionar el primer semestre de 1997 en el régimen de jornada escolar completa, con los requisitos de elaborar un proyecto propio y contar con la infraestructura necesaria y el personal docente idóneo, y funcionar con un mínimo de 38 horas semanales de trabajo escolar para la Educación General Básica de 3º a 8º años.

Debido a que sólo un porcentaje pequeño de los establecimientos se acogieron al sistema, en noviembre de 1997 se promulga la ley 19.532, que da plazo a los establecimientos para acogerse hasta el 2002. Sin embargo, nuevamente este plazo se hará extensible, ya que en noviembre de 2004 se publica la ley N° 19.979, que establece la Jornada Escolar Completa (JEC) en establecimientos educacionales municipalizados y particulares subvencionados, que atiendan a alumnos vulnerables socio-económicamente y los técnico-profesionales deben funcionar con Jornada Completa a partir del año 2007, mientras que el resto tiene el año 2010 como plazo máximo.

La ley además establece beneficios orientados a los alumnos, quedando prohibido expulsar estudiantes en mitad del año por razones económicas, multando al establecimiento que expulse o no acepte a alumnas embarazadas o madres, y sancionando a quienes retengan documentos de las/os alumnas/os para impedir que se matricule en otro establecimiento.

La jornada escolar completa equivale a ampliar en un promedio de 200 horas cronológicas anuales el tiempo lectivo del sistema escolar, (equivalente a seis semanas de clase aproximadamente) sin alterar la norma de 40 semanas lectivas, ni tampoco los tiempos de vacaciones. Esto equivale a una jornada semanal de 35 horas y 25 minutos y a un tiempo diario de estadía de las/os niñas/os en los establecimientos educacionales de siete horas y cinco minutos.

Para implementar la Jornada Escolar Completa, el Estado se comprometió a financiar y asesorar técnicamente a los centros educativos en su incorporación al nuevo régimen. Para los gastos de operación, se incrementó la subvención educacional. Asimismo, se financian las inversiones que se requieran para ampliar o adaptar la infraestructura arquitectónica de los establecimientos.

Cuadro 5 Jornada escolar completa
(Número de establecimientos y Matrícula)

AÑO	Nº ESTABLECIMIENTOS			MATRICULA		
	MUNICIPAL	PART SUB	TOTAL JEC	MUNICIPAL	PART SUB	TOTAL JEC
2000			4.817			763.558
2001			5.384			994.114
2002			5.933			1.215.519
2003			6.435			1.422.654
2004			6.825			1.605.839
2005	4.736	2.172	6.908	962.340	703.763	1.666.103
2006	4.819	2.357	7.176	1.253.374	1.031.803	2.285.177

Fuente: Ministerio de Educación.
http://www.mineduc.cl/biblio/documento/200607211143190.ESTADISTICA%20JEC%20EE%20Y%20MATRICULA%202006.xls

2.4.1. Población de 6 a 13 años

La población de 6 a 13 años se ha mantenido relativamente constante a lo largo de la década en términos porcentuales (Cuadro 6). Pese a crecer durante los años noventa en términos totales, su relación con el total de la población no ha variado significativamente desde el año 1990 cuando alcanzaba al 14,9% de la población hasta el año 2003 cuando su participación es de 14,6%, como podemos notar en el cuadro.

Cuadro 6 Población de 6 a 13 años

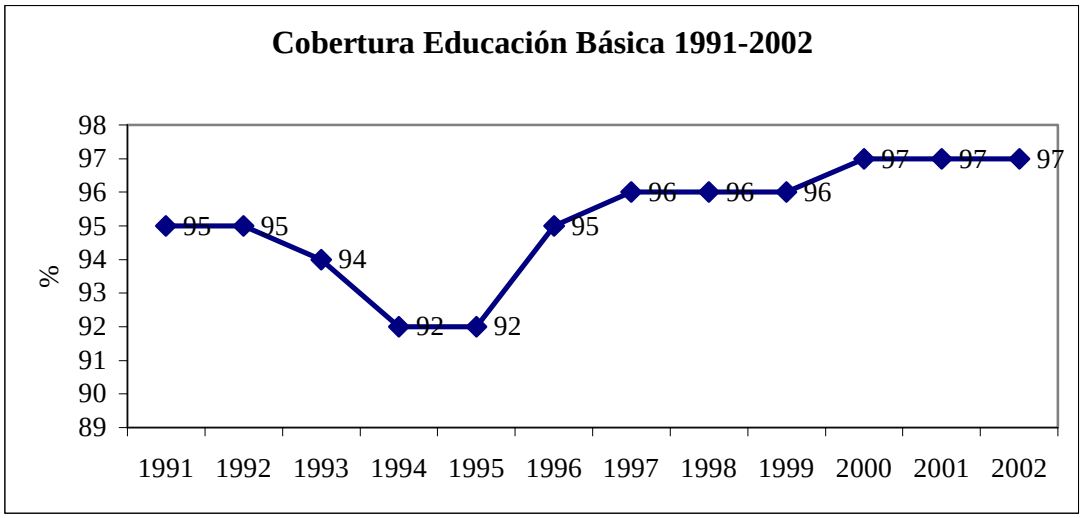
	1990	1996	2003
Número	1.969.507	2.274.168	2.328.291
% de población de 6-13 en relación a la población total	14.9%	15.6%	14.6%

Fuente: CELADE, Estimaciones y proyecciones de población.
http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

2.4.2. Nivel de cobertura

Como se indicó anteriormente y según podemos ver en el gráfico 16, la cobertura a nivel de educación básica, se ha mantenido constante – en el 97% - los últimos tres años de los que se tiene información. En términos generales la evolución en el década de los noventa fue desde un 95% a comienzos de la década hasta el 97% antes señalado.

Gráfico 16

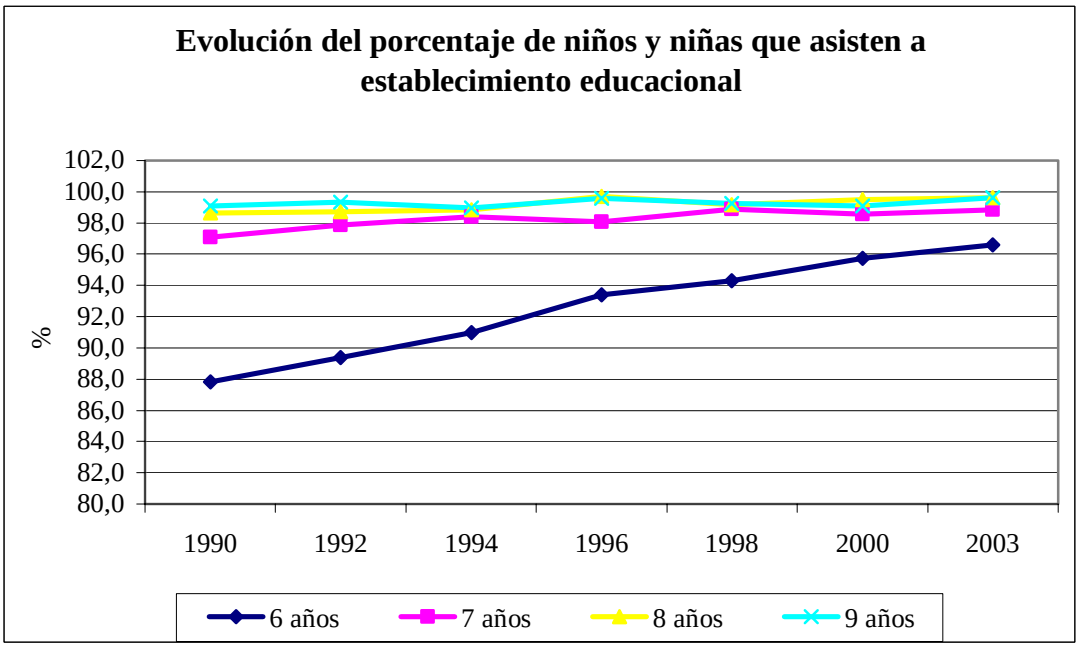


Fuente: Indicadores de la Educación. Año 2002. Ministerio de Educación, 2003.

Si desglosamos por edades, la asistencia se mantiene prácticamente en los mismos niveles con la excepción de las/os menores que tienen 6 años dónde se aprecia una importante diferencia en el año noventa, que tiende a estrecharse a lo largo de los años.

Esta brecha puede explicarse por la renuencia que aún existe en ciertos sectores a enviar a las/os niñas/os menores a la escuela, como también a la distancia que muchas veces existe en las zonas rurales, entre los establecimientos y los hogares.

Gráfico 17

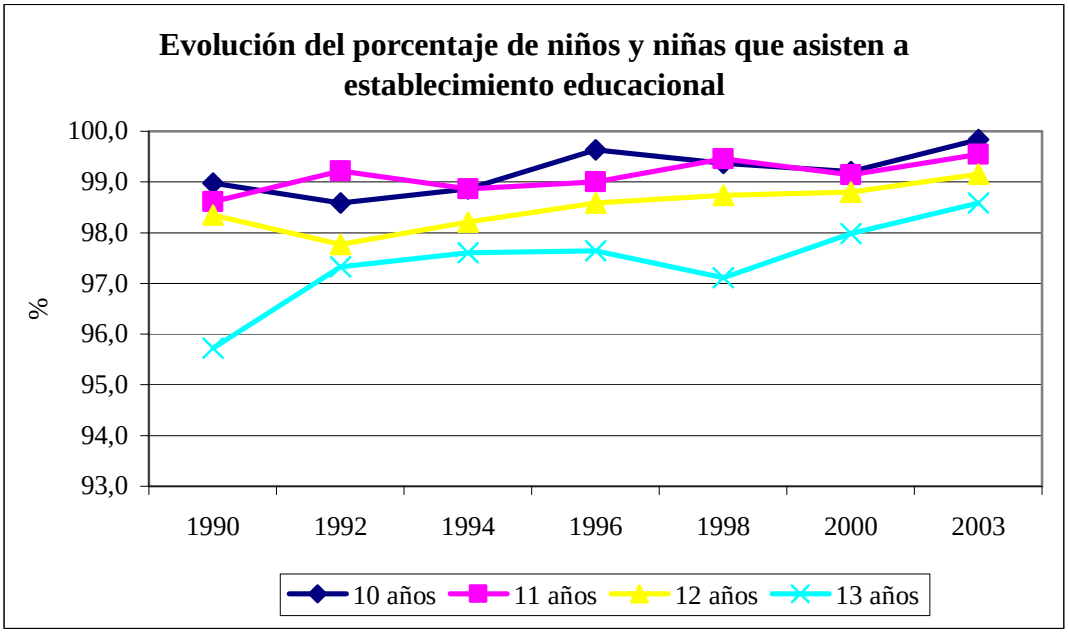


Fuente: Elaboración propia en base a CASEN- MIDEPLAN de cada año

Una situación similar se puede ver en el gráfico 18 pero esta vez entre quienes son los mayores del grupo, las/os niñas/os de 13 años. En este caso las razones pueden provenir de la

necesidad de muchas familias y niñas/os de emplearse cunado aún no han terminado el período obligatorio de enseñanza.
Sin embargo, el porcentaje de abandono tiende a disminuir, gracias a la implementación de programas que premian a las familias por la asistencia de las/os menores a la escuela. De la misma forma son muchas/os quienes compatibilizan el trabajo remunerado y la asistencia a la escuela.

Gráfico 18



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN- MIDEPLAN de cada año

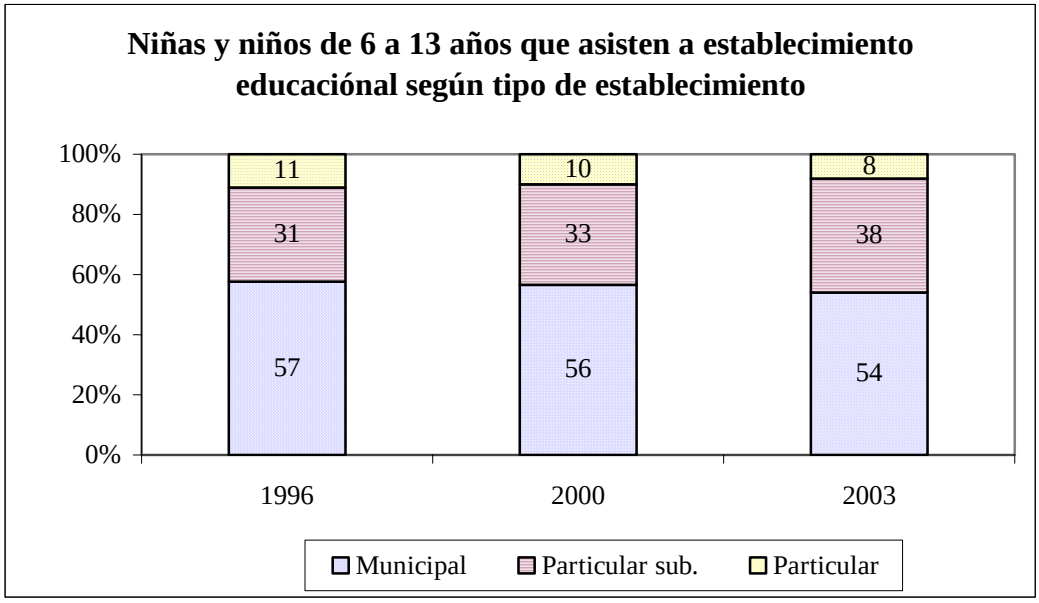
2.4.3. Tipo de cobertura

Fue mencionada al inicio de este documento, la forma que adquiere la educación chilena como parte del sistema mixto que existe en Chile, implementado a partir de la Ley orgánica constitucional de enseñanza (LOCE).

Pese a que como lo señalamos en esa oportunidad existe una tendencia a la disminución de los establecimientos municipales y a un aumento de la educación subvencionada y privada, la cobertura en la enseñanza primaria continúa siendo mayoritariamente de responsabilidad de los establecimientos dependientes del sistema público.

Como se puede advertir en las cifras que se presentan en el gráfico 19, más de la mitad de las/os niñas/os entre 6 y 13 años asisten a establecimientos municipales. Existe si, una leve tendencia a la disminución de la cobertura de estos establecimientos y a un aumento de los subvencionados, pero en términos porcentuales esta variación es aún muy marginal.

Gráfico 19



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN- MIDEPLAN de cada año

No obstante si revisamos las cifras que fueron mencionadas cuando introdujimos el tema de la educación, descubrimos que la disposición a concentrar el sistema en los establecimientos particulares subvencionados es constante desde el año 1996 hasta 2002. Se observa en el cuadro 7 una disminución marginal pero permanente de los establecimientos públicos de educación, llegando a contabilizar en 2002 menos que en 1990.

Cuadro 7 Número total de establecimientos por dependencia administrativa período 1990-2002

	Dependencia administrativa				
	Total	Municipal	Particular subvencionada	Particular pagada	Corporaciones
1990	9.814	6.288	2.694	759	73
1991	9.822	6.274	2.689	786	73
1992	9.773	6.269	2.650	784	70
1993	9.808	6.252	2.654	832	70
1994	9.788	6.221	2.637	860	70
1995	10.372	6.422	2.822	1.058	70
1996	10.768	6.536	2.996	1.166	70
1997	10.470	6.351	2.921	1.128	70
1998	10.621	6.327	3.065	1.159	70
1999	10.705	6.290	3.170	1.175	70
2000	10.610	6.255	3.217	1.068	70
2001	10.803	6.242	3.460	1.031	70
2002	10.879	6.177	3.640	991	71

Fuente: MINEDUC, Anuario Estadístico 2002. http://www.mineduc.cl/biblio/documento/ AnuarioEstadistico2002.pdf

Lo propio se puede percibir a partir del año 2000, en el número de matriculadas/os en enseñanza básica. Se repite el aumento de la incidencia de los establecimientos particulares y

particulares subvencionados, y la disminución paulatina de la matricula en establecimientos municipales.

Cuadro 8 Matricula de enseñanza básica por dependencia administrativa. período 1990-2002

Año	Dependencia administrativa				
	Total	Municipal	Particular subvencionada	Particular pagada	Corporaciones
1990	1.991.171	1.218.341	634.688	136.882	1.260
1991	2.002.948	1.221.969	638.705	140.955	1.319
1992	2.034.831	1.230.160	654.609	148.699	1.363
1993	2.066.037	1.239.932	669.200	155.824	1.081
1994	2.088.468	1.249.008	679.638	159.361	461
1995	2.144.810	1.273.938	700.738	169.870	264
1996	2.205.092	1.291.186	731.837	181.673	396
1997	2.234.618	1.300.564	750.458	183.361	235
1998	2.253.171	1.300.335	769.885	182.729	222
1999	2.305.459	1.318.389	806.514	180.345	211
2000	2.355.594	1.331.207	839.586	184.561	240
2001	2.361.721	1.317.983	859.270	184.253	215
2002	2.341.519	1.280.289	882.203	178.662	365

Fuente: MINEDUC, Anuario Estadístico 2002. http://www.mineduc.cl/biblio/documento/ AnuarioEstadistico2002.pdf

2.4.4. Cuidado infantil 6 a 13 años según estrato socioeconómico

Como señalamos anteriormente el nivel de asistencia de las/os menores entre 6 y 13 años es casi total. Se pueden apreciar ciertas diferencias según quintiles de ingresos, pero como se muestra en el cuadro 9 estas diferencias son marginales al finalizar la década de los noventa, alcanzando la asistencia entre 6 y 13 años al 97,7% de la población en el primer quintil y al 99,7% en el último.

Cuadro 9: Cobertura de educación básica, según quintil de ingreso autónomo

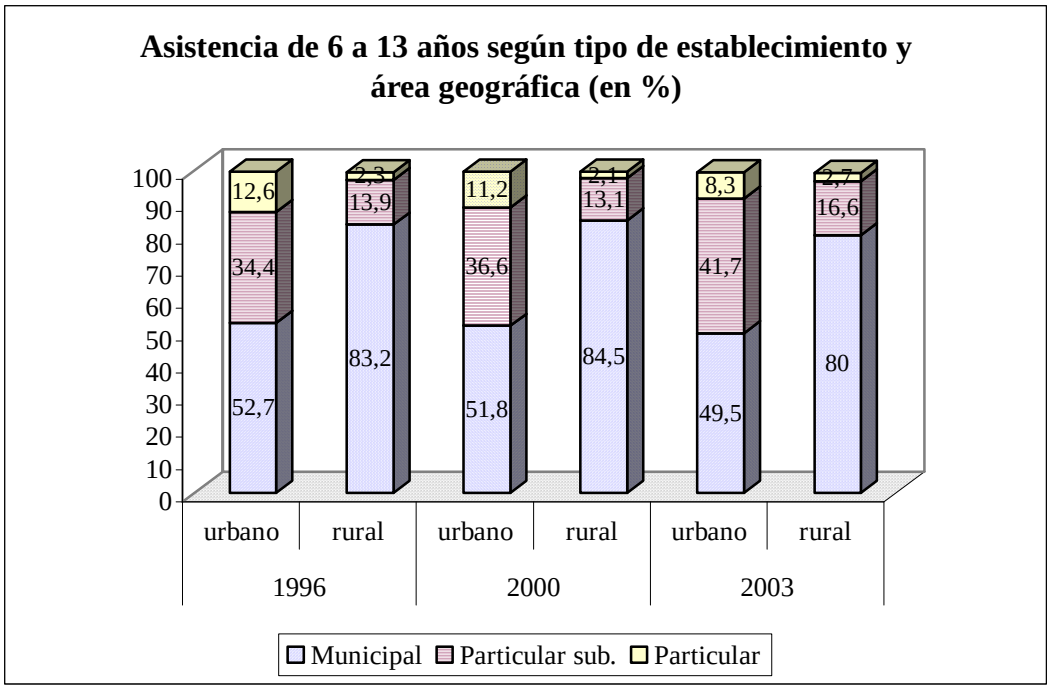
	Quintiles				
Años	I	II	III	IV	V
1990	95,5	96,9	97,6	97,5	98,9
2000	97,7	98,6	98,9	99,3	99,7

Fuente: Ministerio de Planificación y Cooperación(200).

2.4.5. Cuidado infantil de 6 a 13 años según ubicación geográfica

Siguiendo la tendencia que se presentaba en el cuidado infantil de menores de 6 años, la mayor parte de las/os niñas/os que se encuentran en zonas rurales asisten a establecimientos públicos, no obstante una disminución de la cobertura pública en las zonas rurales y urbanas en los últimos años.

Gráfico 20



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN- MIDEPLAN de cada año

2.5. Cobertura en salud de las/os niñas/os de 0 a 12 años

Con respecto a la protección de la salud, el artículo 19°, N° 9, de la Constitución Política señala que "el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado".

A partir de esto, el sistema de salud chileno se constituye de dos subsectores: el público y el privado, que cubren los requerimientos de atención de salud de la población. El sector público a través del Fondo Nacional de Salud, FONASA, atiende en cuatro categorías a la población.

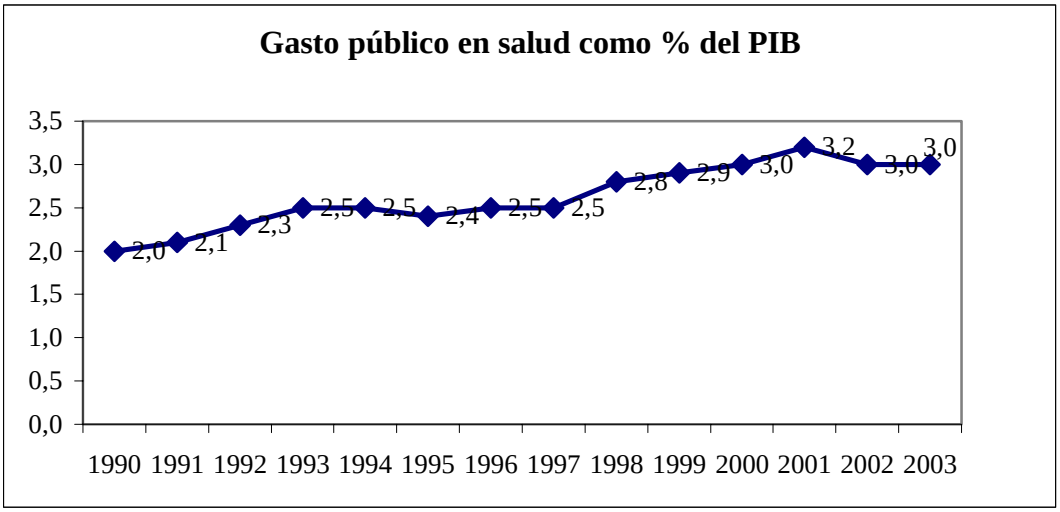
La primera categoría es la llamada Nivel A, y cubre a las personas carentes de recursos o indigentes, el Nivel B, corresponde a quienes tienen un ingreso imponible mensual menor o igual al sueldo mínimo ($135.000), en el Nivel C recaen quienes tienen un ingreso imponible mensual mayor a $135.000 y menor o igual a $197.000, quienes si tienen mas de tres cargas familiares pasan al grupo B, finalmente en el Nivel D están quienes tienen un ingreso imponible mensual mayor a $197.000, quienes con más de tres cargas familiares pasan al grupo C.

El sistema consiste en bonificar total o parcialmente las prestaciones de salud que son otorgadas por profesionales e instituciones tanto del sector público como del privado que poseen convenio con la institución. También financia los subsidios de incapacidad laboral (licencias médicas de sus cotizantes) y otorga préstamos de salud.

El otro subsector es el de las instituciones de salud privadas, ISAPRES, sistema que fue creado en Chile en 1981 y que permite la administración privada de la cotización obligatoria de salud de los trabajadores, quienes suscriben un contrato individual con la Isapre que eligen. En este sistema, los beneficios de salud que se obtienen guardan relación con el monto de los aportes que se hagan al sistema contratado.

El gasto en el sector salud se ha ido incrementando a lo largo de la década para llegar al 3% del PIB en el año, así mismo como vemos en el cuadro 10 la diferencia entre el gasto en salud por beneficiario, entre el sector público y el privado es considerable. Esta diferencia se crea parcialmente como resultado de la gran cantidad de población que debe atender el sector público, se suma a esto responsabilidad de proveer de servicios de salud a la población menores recursos.

Gráfico 21



Fuente: FONASA. www.fonasa.cl

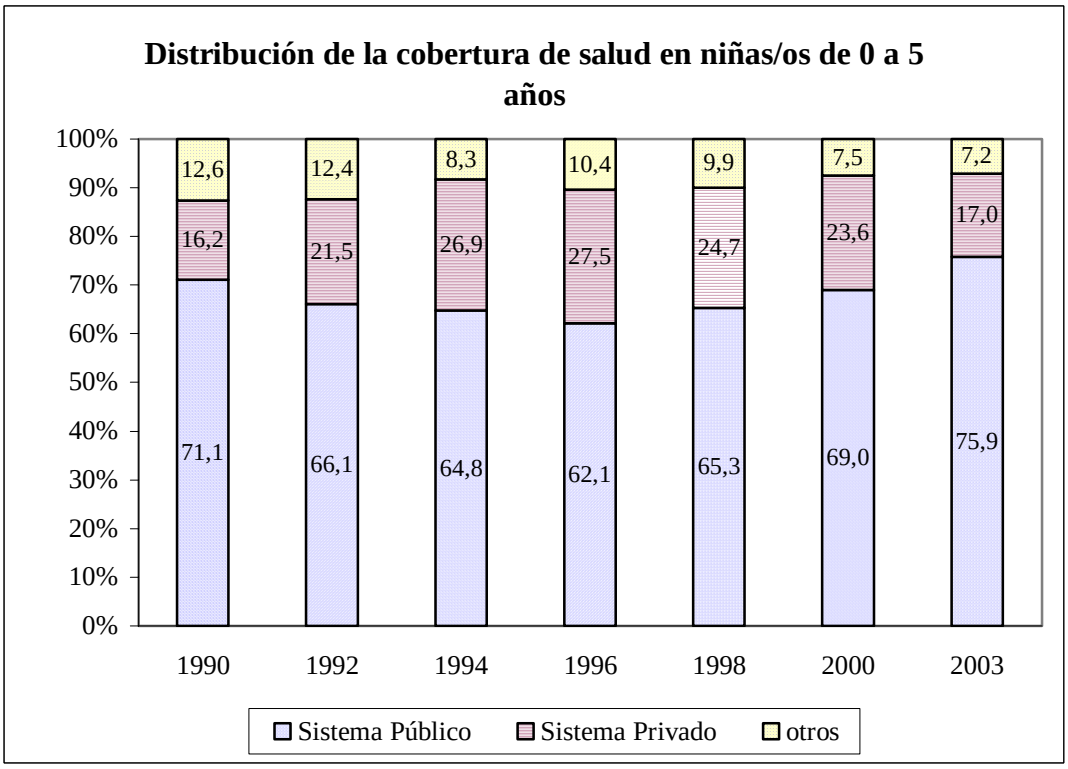
Cuadro 10: Evolución del Gasto en salud: Período 1990-1999

	Subsector público		Subsector privado	
	Nº de beneficiarios	Gasto (MM$ de 1999)	Nº de beneficiarios	Gasto (MM$ de 1999)
1990	9.729.020	401.538	2.108.308	281.162
1991	9.414.162	474.056	2.566.144	326.848
1992	8.788.817	575.964	3.000.063	388.098
1993	8.537.786	647.635	3.431.543	453.926
1994	8.664.479	723.643	3.669.874	508.716
1995	8.637.022	781.497	3.763.649	560.524
1996	8.672.619	861.622	3.813.384	607.947
1997	8.753.407	918.105	3.882.572	659.336
1998	8.866.230	1.004.674	3.679.835	684.467
1999	8.977.180	1.078.692	3.323.373	674.663

Fuente: Rodríguez, J. y M. Tokman (2000)

Dado lo anterior, es en el sistema público donde mayoritariamente se atiende la población del país, no siendo esto una excepción en el caso de las/os niños de 0 a 5 años. Como vemos en el gráfico 22, la distribución de la cobertura en salud pública se ha mantenido por sobre el 60% durante la década, llegando al 76% de la población, de esa edad, en el año 2003.

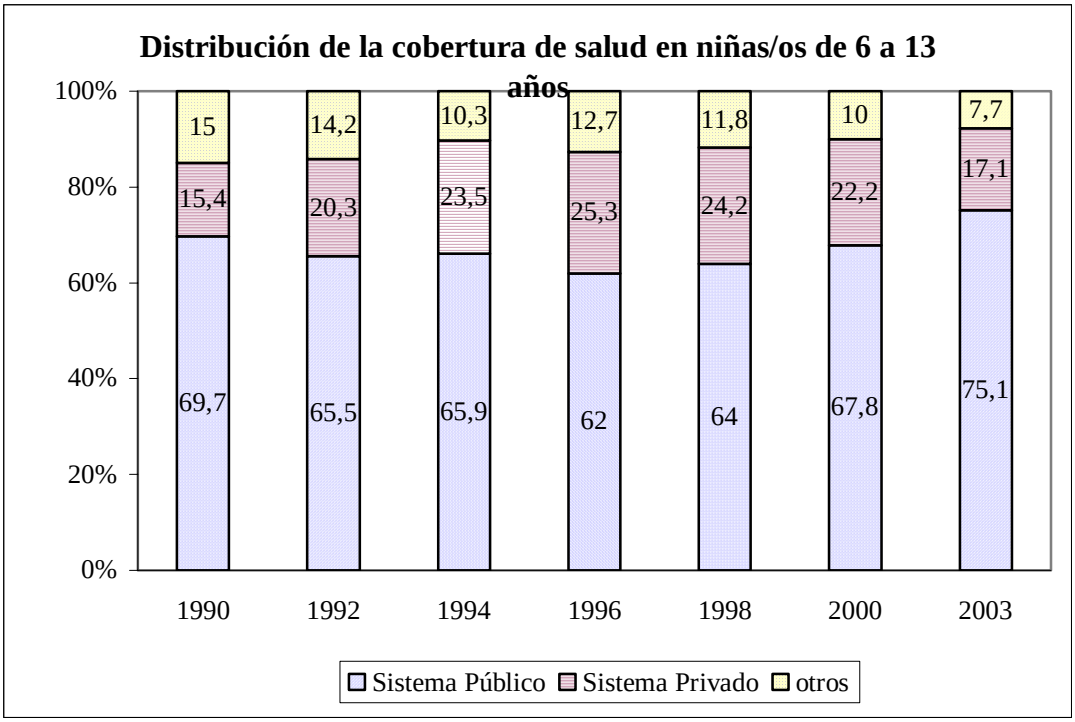
Gráfico 22



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año

La misma situación encontramos cuando analizamos la cobertura en salud para las/os niñas/os entre 6 y 13 años, como vemos las cifras son bastante similares.

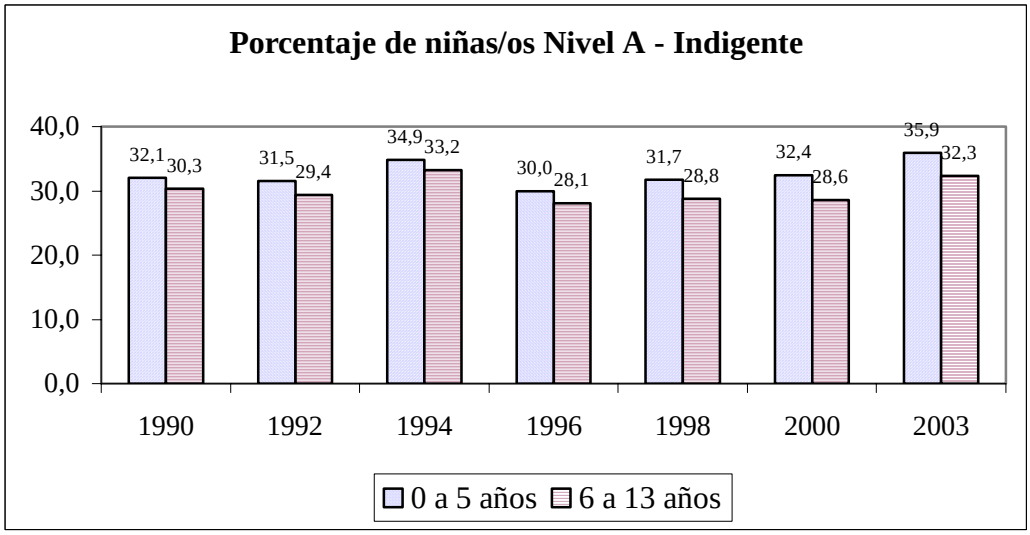
Gráfico 23



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año

Y como podemos ver en los datos siguientes (gráfico 24), gran parte de esas/os niñas/os atendidos en el servicio público pertenecen al Nivel A de atención, es decir, son personas de gran precariedad, por lo que en el sistema de salud son atendidos como indigentes

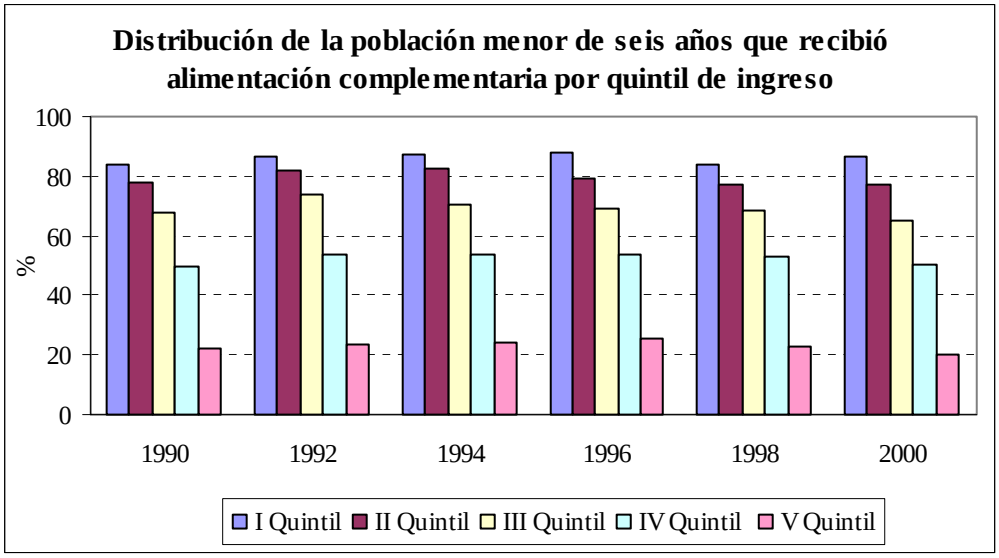
Gráfico 24



Fuente: Elaboración propia en base a CASEN – MIDEPLAN de cada año

Dentro de las políticas implementadas para asegurar la buena salud de la población, existe desde 1952 Chile el Programa Nacional de Alimentación Complementaria, cuyo objetivo es "mantener estado nutricional de las embarazadas para asegurar el desarrollo fetal armónico, lactancia materna exitosa, crecimiento y desarrollo normal del niño". El programa también cubre a los niños y niñas menores de 6 años y consiste en la entrega de leche, sopa y cereales reforzados con nutrientes minerales y vitamínicos.

Gráfico 25



Fuente: SERNAM, Basemujer. http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm

De la misma forma, para los niños y niñas menores de 10 años beneficiarios del sistema público de salud, existe el programa de salud del niño, el cual tiene como finalidad "contribuir con estrategias de promoción al desarrollo integral y armónico de [éstas/os], a través de actividades de fomento, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación del daño, que permitan la plena expresión de su potencial genético y una mejor calidad de vida".

Con este programa Ministerio de Salud se propone contribuir a mejorar la calidad de vida de las/os niñas/os, identificar y poder así disminuir el impacto sobre su salud que tienen los principales factores de riesgo biológicos, ambientales, psicológicos y sociales, mejorar la calidad de la atención de salud de las/os niñas/os, en todos los niveles de atención, contribuir a la permanente satisfacción del usuario en las distintas actividades del programa, y mantener la tendencia a la disminución de la mortalidad infantil.

2.6. Otras prestaciones monetarias o sociales que contribuyan al cuidado de los hijos

La principal entidad encargada de ayudar en el desarrollo de las/os menores en Chile es la Junta Nacional de Auxilio escolar y becas. La JUNAEB es una institución dependiente del Ministerio de Educación, cuyo objetivo primordial es la promoción y organización de los servicios de alimentación escolar y otros auxilios a los alumnos de las escuelas públicas.

A partir de comienzos de la década de los noventa se incorporan a los programas tradicionales, el "Programa de salud del estudiante", el "Programa de campamentos juveniles" y el "Programa de vivienda estudiantil".

Su principal programa el PAE (Programa de Alimentación Escolar) entrega diariamente alimentación complementaria y diferenciada a estudiantes en condición de vulnerabilidad de los niveles de educación parvularia[7], básica, media y universitaria de establecimientos educacionales municipales y particulares subvencionados. El Cuadro 11 resume la trayectoria de la cobertura del PAE:

Cuadro 11 Evolución de la cobertura del PAE

	Pre-Kinder	Kinder	E. Básica
1990			680.930
1991			601.990
1992			657.763
1993			666.716
1994			730.302
1995			724.559
1996		4.110	721.800
1997		16.819	725.294
1998		29.107	728.571
1999		28.506	754.558
2000		28.666	793.375
2001	25.167	33.571	864.426
2002	31.254	58.267	871.321
2003	34.841	58.954	864.491
2004	58.394	81.670	901.013
2005	67.423	83.994	896.298

Fuente: JUNAEB, Estadísticas Nivel País – Nº de beneficiarios por programa. Datos no publicados entregados por la institución

[7] Sólo a partir del año 1996 el PAE se entrega a los kinder (5 años) y es a partir de 2001 que su cobertura se extiende al resto de la enseñanza preescolar (pre-kinder, 4 años).

Para los alumnos del sector rural y de alta vulnerabilidad social y que no cuentan con establecimientos educacionales para continuar estudios en su lugar de residencia existe el "Programa de Hogares Estudiantiles" -que para la educación básica sólo incluye a alumnos de 7º y 8º básico-, quienes reciben los servicios de alojamiento y alimentación en locales administrados por la JUNAEB.

También existe la modalidad de residencia familiar estudiantil, en que los alumnos viven en casas de familias tutoras de características similares a sus familias de origen. Por último, también está la beca de internado, que consiste en la entrega de dinero al sostenedor del internado -municipal o particular subvencionado-[8], donde el o la estudiante recibe los servicios de alimentación y alojamiento.

En apoyo al desempeño escolar está también el "Programa de útiles escolares", que entrega un set de útiles diferenciado de acuerdo a los requerimientos de cada nivel de enseñanza a los estudiantes más vulnerables de escuelas y liceos que reciben el Programa de Alimentación Escolar, PAE.

El programa campamentos recreativos es un fondo creado por JUNAEB, con el objeto de generar una oferta recreativa en las vacaciones escolares (invierno y verano) de niños y niñas en situación de pobreza.

Cuadro 12 Evolución de la cobertura de los programas de apoyo integral

	Programa vivienda estudiantil	Programa útiles escolares	Programa campamentos escolares
1990	8.020		
1991	7.637		28.267
1992	8.530		34.964
1993	7.375		39.016
1994	8.053		41.914
1995	8.686		40.544
1996	8.416	960.000	44.510
1997	8.618	910.000	31.899
1998	8.573	910.000	29.281
1999	9.213	940.000	41.502
2000	9.339	940.000	41.728
2001	9.899	898.925	37.619
2002	9.518	1.159.135	28.369
2003	10.327	1.087.000	31.781
2004	10.374	1.140.000	35.667
2005	10.440	1.150.190	35.667

Fuente: JUNAEB, Estadísticas Nivel País – Nº de beneficiarios por programa. Datos no publicados entregados por la institución

Finalmente el Programa de salud está dirigido a las/os alumnas/os en situación de vulnerabilidad social, económica, sicológica y biológica de los niveles de educación parvularia, básica y media – entre 4 y 15 años – que asistan a establecimientos municipales o particulares subvencionados.

Este programa consiste en la entrega de atención médica especializada en las áreas de oftalmología, otorrino y columna, además de atención odontológica y sicosocial; todo esto orientado a prevenir y resolver problemas de salud que puedan afectar el rendimiento e

[8] Se focaliza principalmente en internados asociados a liceos técnico profesional y agrícolas de la regiones IV, V, VI, VII, VIII, X y Metropolitana.

inserción escolar, promoviendo una mejor calidad de vida y un acceso equitativo al sistema escolar para todas/os las/os niñas/os.

Cuadro 13 Evolución de la cobertura del programa de salud

	Servicios médicos	Servicios odontológicos
1991		233.452
1992	50.807	348.001
1993	95.647	355.121
1994	101.647	358.633
1995	119.842	193.739
1996	130.422	175.735
1997	141.715	202.664
1998	138.777	125.159
1999	162.298	128.767
2000	167.592	131.440
2001	154.820	183.563
2002	193.147	166.124
2003	189.911	133.123
2004	196.005	176.473
2005	182.790	314.365

Fuente: JUNAEB, Estadísticas Nivel País – Nº de beneficiarios por programa. Datos no publicados entregados por la institución.

3. Cuidado de ancianos

3.1. Políticas destinadas a la tercera edad

La legislación chilena establece desde 1975 y a partir del Decreto Ley nº 869, que se otorgará una pensión asistencial para la población mayor de 65 años de escasos recursos y que no han podido obtener beneficios de algún régimen previsional. Esta pensión es entregada por el estado chileno a través del Instituto de Normalización Previsional (INP).

Cuadro 14 Número promedio mensual de Pensiones de vejez entregadas por el INP

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
154.870	160.800	162.212	163.338	165.373	167.357	167.212	165.150	162.804	175.143

Fuente: Anuario Estadístico 2005, INP. http://www.inp.cl/portal/Documentos/Anuario_2005/

El monto de estas pensiones, que en sus inicios eran bastante bajas, se ha ido incrementando a través de la década de los noventa (Cuadro 15). A partir del año 2005 se comienza a entregar las pensiones asistenciales por cohortes de edad, alcanzando a fines de ese año a 38.572 para las/os adultas/os mayores entre 65 y 70 años, a 41.119 para quienes se encuentren entre 70 y 75, y 44.960 para 75 o más años.

Cuadro 15 Pensiones Asistenciales de vejez

Año	**Nº de pensiones**	**Valor de la Pensión**		
1990	149.532		8.067,00	
1994	152.151		15.967,00	
2000	167.700		33.588,88	
		Tramo de Edad	Hasta 31/08/2005	Desde 01/09/2005
2005	174.387	de 65 a 70 años:	38.572,20	38.572,20
		de 70 a 75 años:	40.238,14	41.119,00
		de 75 y más:	42.195,84	44.960,00

Cuadro 16 Valor de las pensiones mínimas

Año	Menores de 70 ($)	Mayores de 70 ($)	Mayores de 75 ($)
1990	15.015,35	21.999,41	
1994	35.813,19	37.738,39	
2000	67.067,53	73.333,16	
2005	77.076,54	84.277,26	Hasta 31/08/2005 $ 88.213,76 Desde 01/09/2005 $ 89.921,00

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. www.senama.cl

Por su parte las pensiones mínimas están reguladas a parir del artículo 26º de la Ley Nº 15.386 de 1963. La pensión mínima se aplica cuando, calculada una pensión de acuerdo al régimen previsional que corresponda, el monto de ésta (pensión de cálculo), resulta inferior al establecido como mínimo, debiendo elevarse a este último, estas pensiones al igual que las anteriores son financiadas por el estado, con fondos fiscales.

Dado que esta es una pensión que proviene tanto del sistema previsional de capitalización individual, como del modelo antiguo, para acceder a ella es necesario cumplir con ciertos requisitos:

a. El pensionado o pensionada debe tener 60 años o más de edad. Este requisito no se exige en el caso de los jubilados por la causal de invalidez.

b. Siendo titular de más de una pensión, la suma de ellas, no debe exceder dos veces el monto de la pensión mínima correspondiente. Si fuere mayor, no tiene derecho a pensión mínima, pero si a la de cálculo correspondiente.

c. Que la suma de los ingresos computables del beneficiario no exceda el monto equivalente a 11,14 ingresos mínimos.
Un pensionado tiene derecho sólo a una pensión mínima. Si tuviere derecho a otra pensión y ésta resultare de monto inferior a la mínima, no se elevará al monto mínimo y sólo quedará con la pensión de cálculo, además de la mínima, siempre que no exceda el límite indicado en la letra b) anterior.

Así mismo, durante el año 2005 también se inicia la aplicación de una pensión mínima diferenciada para aquellas/os mayores de 75 años, por lo que la esta pensión alcanzará, para ese año, a 77.076 para quienes sean menores de 70 años, a 84.277 para quienes se encuentren entre 70 y 75 años, y 89.921 para las/os mayores de 75 años.

Junto a las pensiones antes mencionadas el Estado entrega desde 1996 un Bono de invierno, para el alza en los costos (especialmente calefacción) que se perciben durante esos meses. Este consiste en un beneficio en dinero que junto con la pensión del mes de mayo reciben los pensionados del INP y los pensionados asistenciales D.L. N° 869 de 1975.

Cuadro 17 Bonos de invierno

Año	Bonos pagados	Valor unitario	Valor total aprox. en pesos	Valor aprox. en dólares
1996	518.665	$ 20.000	10 mil millones	18 millones
2000	596.734	$ 26.357	16 mil millones	27 millones
2005	625.580	$ 31.298	19 mil millones	34 millones

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. www.senama.cl

El régimen regular de pensiones se encuentra normado por el decreto ley Nº3500 de 1980, que otorga el derecho a una pensión de vejez a los afiliados al sistema de Fondos de Pensiones (AFP), cuando cumplan 65 años de edad los hombres y 60 años de edad las mujeres.

Este tipo de pensiones se determinan en función del saldo efectivo de capitalización individual en la que ha cotizado el/la individuo toda su vida de trabajo, y de las expectativas de vida del/a afiliada/o y de las/os miembros de su grupo familiar que puedas ser beneficiarios de pensión de sobrevivencia.

Las pensiones de vejez pagadas bajo el nuevo sistema – AFP – se han ido incrementando a medida que ha transcurrido la década de los 90 (Cuadro 18). En el inicio, las pensiones de vejez alcanzaban sólo a 23.876, ya para 2005 el número de pensiones pagadas eran 148.096.

Cuadro 18 Número de pensiones de vejez pagadas

1990	23.876
1991	30.141
1992	35.763
1993	43.089
1994	51.440
1995	55.591
1996	61.374
1997	67.405
1998	71.161
1999	80.968
2000	93.152
2001	103.138
2002	109.804
2003	118.839
2004	134.207
2005	148.096

Fuente: Superintendencia de AFP.
http://www.safp.cl/inf_estadistica/index.html

Además de las pensiones entregadas una vez cumplida la edad legal, existe el modelo de Pensión de Vejez anticipada. Esta alternativa corresponde al derecho que tiene el afiliado de acogerse a una pensión de vejez antes de que cumplir la edad requerida, 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Para acceder a ella existen dos requisitos: que la pensión que será otorgada sea igual o superior al 50% promedio de las remuneraciones de los últimos 10 años, y que sea igual o superior al 110% de la pensión mínima de vejez vigente.

Como vemos en las cifras del cuadro 19, también ha existido una progresión positiva del número de pensiones anticipadas entregadas desde los noventa, llegando incluso a ser mayores que las pensiones de vejez en el año 2005, con 229.033.

Cuadro 19 Número de pensiones de vejez anticipada pagadas

1990	5.790
1991	15.673
1992	26.054
1993	37.521
1994	53.354
1995	69.537
1996	80.576
1997	94.116
1998	106.177
1999	117.559
2000	132.221
2001	149.603
2002	159.888
2003	175.039
2004	221.201
2005	229.033

Fuente: Superintendencia de AFP.
http://www.safp.cl/inf_estadistica/index.html

3.2. Cobertura de los servicios previstos por el sector público y por el sector privado

En Chile, en los últimos años, ha existido un incremento de la población mayor de 64 años. Según los censos de población, entre los años 1992 y 2002 esta población creció en 340 mil personas, equivalente a una tasa de crecimiento de 3,3%. Con esto, el volumen total de los de personas de la tercera edad se eleva a 1,2 millones de personas en el 2002 (Bravo, R., 2004).

En relación con el total de la población del país, las cifras también crecen, en 1992 el porcentaje de población mayor de 60 años ascendía al 9,8% del total de la población, para 2002 este mismo porcentaje aumenta al 11,4% (Cuadro 20). En términos de género las cifras son relativamente similares, pese a que se puede apreciar un mayor incremento en las mujeres.

Cuadro 20: Población de 60 años y más

	Población Total	Población 60 años y mas (Nº)	Población 60 años y mas (%)	Hombres	% hombres	Mujeres	% mujeres
1992	13.348.401	1.305.557	9,8	571.117	8,7	734.440	10,8
2002	15.116.435	1.717.478	11,4	758.049	10,2	959.429	12,5

Fuente: INE. Boletín Enfoques estadísticos Nº 16. Octubre 2003

En relación a la distribución por edad y sexo dentro del grupo de las/os adultas/os mayores, se puede notar una tendencia hacia el envejecimiento de la población con un crecimiento de la concentración de la población en los tramos 66 a 75 años y 76 y más.

Gráfico 26

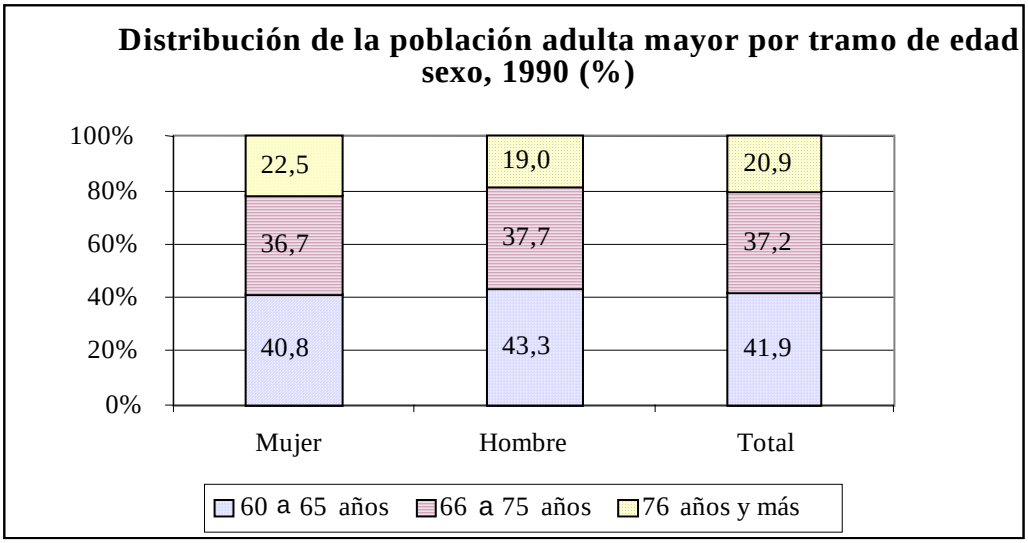
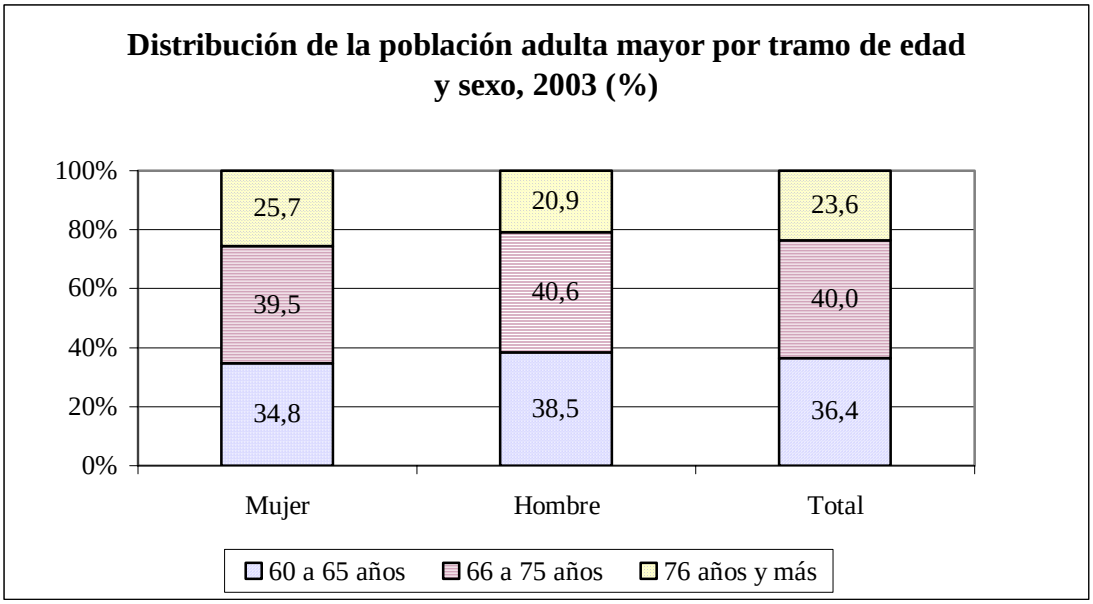


Gráfico 27



Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN 2003. Principales Resultados Situación de los Adultos Mayores. MIDEPLAN, 2003

Vista la evolución de este sector de la población en el año 2002 se promulga en Chile la ley 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Esta institución fue creada para proteger al adulto mayor ante el abandono e indigencia, promover el respeto de sus derechos y velar por la no discriminación de este grupo.

El reciente proyecto de ley de reforma del sistema de pensiones, denota el carácter de preocupación central que tiene en la actualidad el tema de la vejez para el estado. Se entiende que uno de los componentes centrales de la protección social para la tercera edad, es el resguardo de los ingresos que pueden ser percibidos una vez abandonado el mercado laboral remunerado.

3.3. Cobertura de hogares y residencias

Dada la reciente creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, la labor de protección y resguardo de los derechos está recién comenzando.

En Chile a pesar de que existen gran cantidad de hogares de larga estancia para la acogida de adultos mayores, aún no se implementa un sistema eficiente de fiscalización y catastro de la cobertura que estos entregan en el presente.

Dado esto, la información que existe es bastante limitada respecto al tipo de hogares, sus características, o si cumplen con los requerimientos mínimos de cuidado. Menos aún encontramos datos que detallen las condiciones de las/os adultas/os mayores, el tipo de cuidados que requieren, si son o no autovalentes, o su nivel de dependencia o fragilidad (Marin, P. et al, 2004).

El único catastro oficial que existe fue realizado por el SENAMA el año 2004, fecha en que publicó un registro que indicaba los Establecimientos de Larga Estadía (E.L.E.) autorizados, y

en trámite de autorización, ante los Servicios de Salud del país. Para junio de 2004 eran 635 los hogares autorizados por esta institución.

3.4. Programas para la/el Adulta/o Mayor

El Ministerio de salud es el encargado de entregar gran parte de las prestaciones a las que pueden acceder las/os adultas/os mayores. El Programa de Salud del Adulto Mayor, coordinado por este ministerio busca mantener o recuperar la autonomía de este grupo etáreo. Su foco está puesto en el cuidado de la salud de enfermedades crónicas de alta prevalencia con miras a evitar que estas se conviertan en factores limitantes.

Este programa esta dirigido a personas mayores de 65 años que se atienden en el sistema público de salud y consiste en controles de salud regulares, atención integral odontológica, disponibilidad gratuita de la vacuna contra la influenza, y el financiamiento de procedimientos de alto costo como las operaciones de catarata, fotocoagulación, implante de marcapaso, prótesis totales o parciales de caderas y prótesis de rodilla.

El programa considera también, la entrega de lentes, audífonos, sillas de rueda, bastones, andadores, colchones y cojines antiescaras. Así mismo los mayores de 70 reciben alimentación (crema puré años dorados). El comienzo de este beneficio es en el año 1999, con la entrega de alimentación en 87 consultorios y una cobertura de 40 mil beneficiarios que fueron seleccionados por criterios de mayor precariedad.

Cuadro 21 Crema puré Años dorados

Año	Cobertura	Nº de Beneficiarios
1999	87 consultorios (piloto)	55 mil mayores de 70 años
2000	Nacional	100 mil adultos mayores
2005	Nacional	200 mil adultos mayores

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. www.senama.cl

En los años siguientes la cobertura ha ido aumentando paulatinamente en todos los beneficios mencionados. Podemos ver en el caso de la vacunación antiinfluenza, que llegó a 1.250.000 personas mayores de 65 años en el año 2005.

Cuadro 22 Vacuna antiinfluenza

Año	Nº de beneficiarios
1997	549.547 mayores de 65 años
1999	1.065.000 mayores de 65 años
2005	1.250.000 mayores de 65 años

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA . www.senama.cl

Como podemos apreciar en los cuadros siguientes, el número de personas que acceden a las prestaciones varía según el tipo de prestación entregada. En el caso de las prestaciones tradicionales es la entrega de lentes la que llega a mayor porcentaje de la población, doblando el número de personas entre los años 1995 y 2004, 25.295 y 59.076 respectivamente.

Para las prestaciones catastróficas son las cataratas la intervención más realizada, pasando de 2.241 intervenciones en 1995 a 12.563 en el año 2004.

Cuadro 23 Prestaciones tradicionales (órtesis y prótesis)

	1995	2000	2004
Lentes	25.295	46.533	59.076
Audífonos	1.871	3.921	5.419
Sillas de rueda	1.006	1.007	1.855
colchón antiescaras		619	1.294

Cuadro 24 Prestaciones catastróficas

	1995	2000	2004
Cataratas	2.241	6.220	12.563
Implantación marcapaso	408	894	1.404
Endoprótesis total de cadera	388	484	1.143
Endoprótesis parcial de cadera	197	633	762

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. www.senama.cl

Por otro lado, y bajo la supervisión del SENAMA y en convenio con el Fondo Nacional para la Discapacidad, se encuentra la entrega de ayudas técnicas a los hogares de larga estadía de beneficencia, que consiste en la distribución de elementos para facilitar la autovalencia de las/os adultas/os mayores.

Cuadro 25 Ayudas técnicas entregadas a establecimientos de larga estadía de beneficencia

Ayudas técnicas	**2003 (nº)**	**2004 (nº)**	**2005 (nº)**
Bastones	80	100	170
andadores	120	100	217
Muletas	70	0	66
Sillas de rueda	390	250	406
Cojines antiescaras	0	250	428
Colchones antiescaras	0	350	350

Fuente: Servicio Nacional del Adulto Mayor. SENAMA. www.senama.cl

4. Cuidado de otras personas dependientes

4.1. Legislación

La regulación en torno a la discapacidad dice relación con la necesidad de integrar plenamente a la sociedad a las personas discapacitadas. En 1994 se publica la ley 19.284, norma que en su artículo primero establece el objetivo de generar las condiciones para la plena integración y resguardar el pleno ejercicio de sus derechos. En esta misma ley, el estado asume como una obligación la prevención de las discapacidades y la rehabilitación de las personas con discapacidad.

Respecto a la educación, el artículo 31 de esta ley señala que el Ministerio de Educación proporcionará la atención escolar necesaria para aquellas/os alumnas/os del sistema de educación básica que deban permanecer internados por más de tres meses en centros especializados. Esta educación será reconocida para efectos de continuación de los estudios, según las normas del ministerio.

A partir de esto, en 1999 el Ministerio de Educación mediante el Decreto Supremo de Educación Nº 374, implementó aulas y escuelas hospitalarias, con el objetivo de proporcionar atención escolar a alumnas/os, tanto del sistema regular como especial, que se encuentren hospitalizados o en tratamiento ambulatoria que presenten patologías crónicas, que requieran hospitalización de más de tres meses. En la actualidad existen 15 escuelas y/o aulas hospitalarias que atienden a 415 alumnas/os.

4.2. Cobertura de cuidado

Para aquellas/os niñas/os que no se encuentran hospitalizado pero que necesitan atención educacional especial, existen las escuelas especiales. Estos establecimientos entregan enseñanza diferencial o especial a niñas/os y jóvenes con necesidades educativas derivadas de algún tipo de discapacidad. En el años 2004 el número de estas escuelas llegaba a 728, con un 27% impartiendo clases en Jornada Escolar Completa (JEC).

Como vemos en el cuadro 26 la cobertura casi se ha duplicado durante la década de los noventa, siendo el aumento más considerable el que se aprecia en el trastorno de lenguaje.

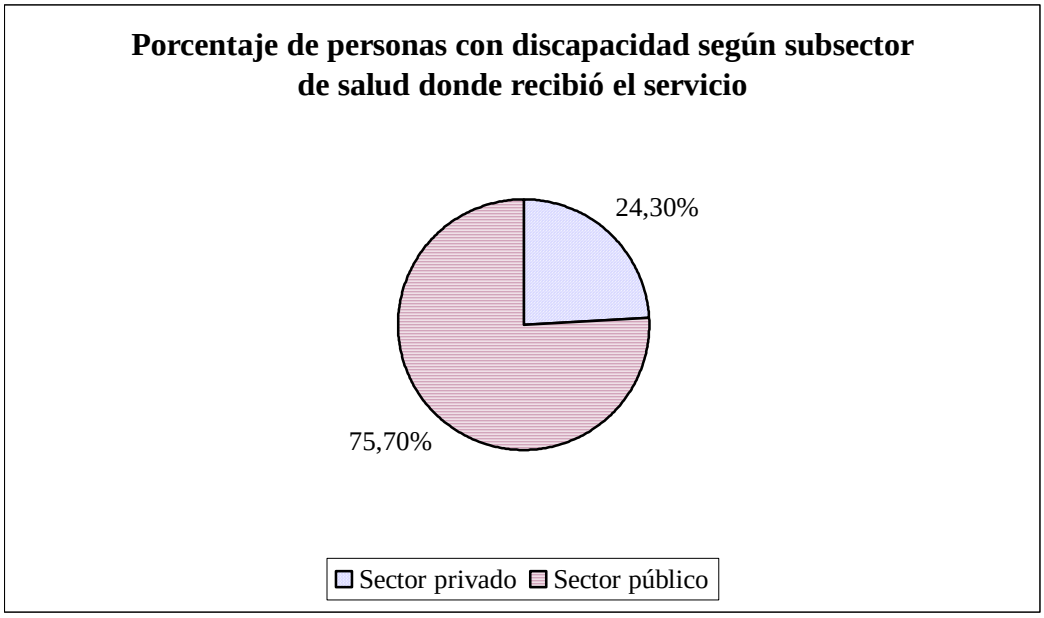
Cuadro 26: Matrícula de Educación Especial según tipo de trastorno años 1990-2001

Tipo de Trastorno	1990	2001
Auditivo	1.146	1.100
Mental	26.740	29.650
Visual	333	494
Lenguaje	3.186	27.038
Motor	341	486
Autismo	(*)	524
Total	31.746	59.292

Fuente: Ministerio de Educación. Estadísticas de la Educación, año 2001.
Ministerio de Educación Anuario estadístico 1990.
http://www.mineduc.cl/index.php?id_portal=20&id_seccion=463&id_contenido=281

En relación con la cobertura en salud, como vemos en el gráfico siguiente, la mayor parte de la atención de personas con discapacidad se realiza en establecimientos públicos, siendo esta del 75,7% del total de la atención.

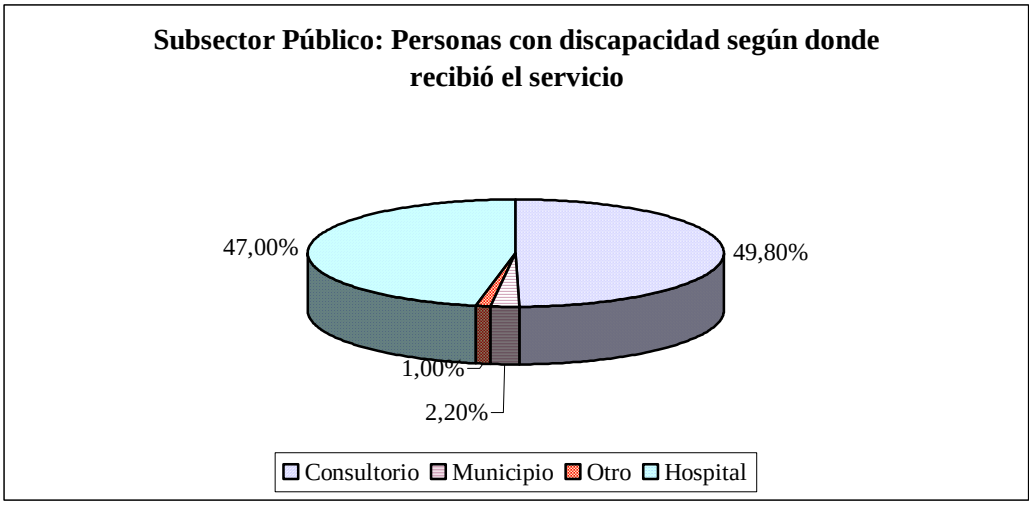
Gráfico 28



Fuente: FONADIS-INE. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. 2004

Dentro del sector los establecimientos que realizan la mayor parte de la atención son los consultorios y los hospitales, llegando entre ambos al 96,8% de la atención de discapacidades en el sector público.

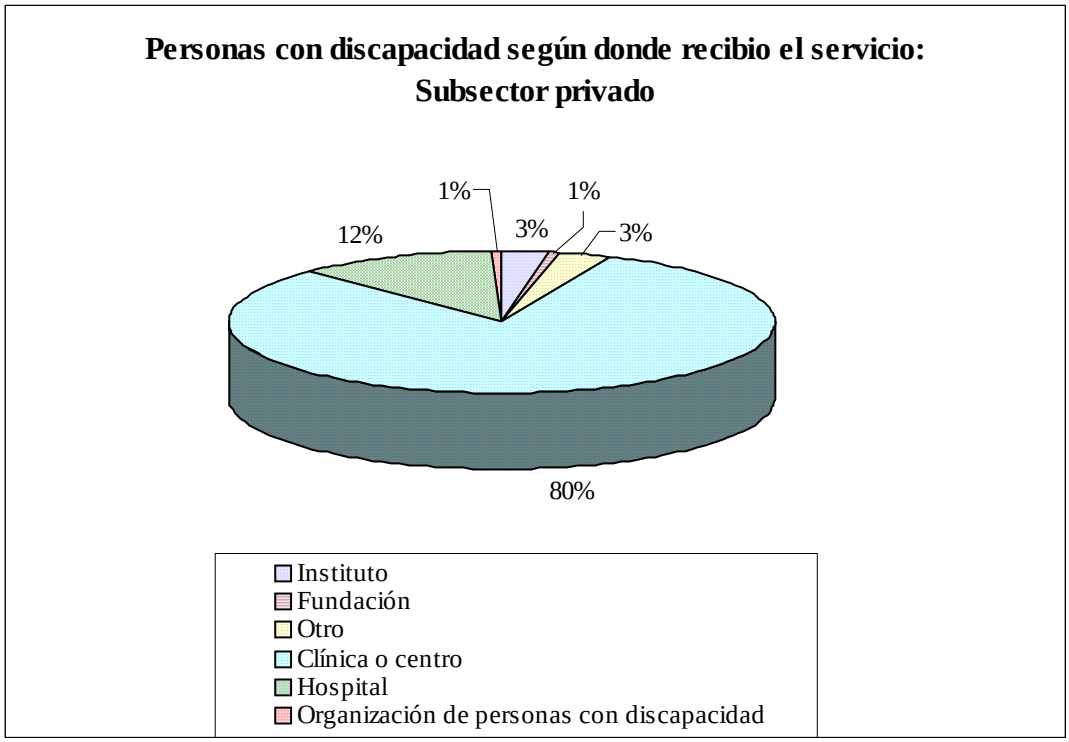
Gráfico 29



Fuente: FONADIS-INE. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. 2004

En el sector privado, la atención se encuentra más concentrada aún, con el 80% de las personas atendidas en una Clínica o Centro.

Gráfico 30



Fuente: FONADIS-INE. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. 2004

Respecto a la necesaria atención que requieren las personas con discapacidad en sus hogares y para desenvolverse en la cotidianeidad, las cifras – cuadro 27 – indican que el 70% de las/os discapacitadas/os cuentan con algún nivel de apoyo de una tercera persona, el 30% restante no tienen o no requieren ese apoyo. Del total de discapacitadas/os el 68% dice recibir el apoyo

necesario de parte de sus familiares, y como se puede observar en el cuadro siguiente el resto de la distribución – amigos, cuidadores, vecinos – es poco significativa, por lo que se puede inferir que la mayor responsabilidad del cuidado se encuentra puesta en las/os familiares.

Cuadro 27 Personas con discapacidad según quienes prestan apoyo. Distribución porcentual. Chile 2004

	N	%
Amigos	325	0.02%
Cuidadora	4.978	0.24%
Familiares	1.421.066	68.71%
Vecinos	6.282	0.30%
Nadie	635.421	30.73%
Total	2.068.072	100%

Fuente: FONADIS-INE. Primer estudio nacional de la discapacidad en Chile. 2004

Finalmente en términos de los ingresos que entrega el estado como parte de su política de integración, tenemos las pensiones y los subsidios.

El Subsidio Único Familiar es entregado por el estado a través del Instituto de normalización Previsional (INP) y consiste en la entrega de dinero a todas/os las/os menores de 18 años de edad que tengan algún grado de discapacidad y que no estén cubiertos por algún régimen normal de previsión social. En el caso de las/os discapacitados su monto es el doble de lo establecido, es decir, se les entrega dos SUF.

Junto al subsidio existe la Pensión Asistencial (PASIS) de invalidez, la que se entrega a personas con discapacidad que sean mayores de 18 años, pertenecientes a grupos familiares de escasos recursos y que no puedan acceder a una pensión en el sistema formal de previsión.

Existe también la Pensión Asistencial (PASIS) para deficientes mentales que se entrega a personas de cualquier edad discapacitadas mentales, carentes de recursos.

Según los datos entregados por el INP y como se muestra en el cuadro, las pensiones de invalidez pasaron de 171.607 en el año 1996 a 223.235 en el año 2005.

Cuadro 28 Número promedio mensual de Pensiones de invalidez entregadas por el INP

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
171.607	178.840	183.208	187.407	193.440	200.029	204.707	207.562	210.034	223.235

Fuente: Anuario Estadístico 2005. INP. http://www.inp.cl/portal/Documentos/Anuario_2005/pdfs/ae05_c209.pdf

5. División de responsabilidades de cuidado dentro del hogar

En la actualidad, no existe en Chile legislación respecto al trabajo no remunerado que se realiza en los hogares. El estado sólo entrega servicios de cuidado infantil a cierto número de familias de escasos recursos, el resto de las actividades son consideradas de responsabilidad privada y dada la división de roles tradicionales que aún predomina en el país, la mayoría de las veces esta responsabilidad cae en manos de las mujeres, ya sea como responsables primarias o como trabajo doméstico pagado.

Así como se nota una falta de interés en temas de cuidado en materia legislativa, de la misma forma se expresa esta falta de atención respecto a la información disponible acerca de cómo se desenvuelve el trabajo no remunerado dentro de los hogares. Investigaciones que traten el tema del uso del tiempo son inexistentes, y aquellas que analizan la responsabilidad asociada a cada rol son escasas.

El SERNAM ha llevado a cabo algunas investigaciones que buscan mostrar como se reparten las tareas dentro de los hogares, desafortunadamente como este es un esfuerzo realizado sólo en los últimos años, no es posible comparar ni realizar un análisis histórico de los cambios que se han sucedido en la división de las responsabilidades intrahogar. De la misma forma tampoco existen estudios que se realicen de forma periódica, la tónica es realizar estudios separados que no tienen relación entre unos y otros, por lo que se hace muy difícil establecer cambios o tendencias de la participación y los roles dentro de los hogares.

Pese a lo anterior, esta es la única información disponible en el país por el momento, y por lo tanto la única que nos puede dar algunas luces acerca de cómo se expresan los roles de género dentro del hogar respecto al trabajo no remunerado.

La investigación realizada en 1998 por SERNAM tiene por objetivo conocer el reparto de los roles dentro de la familia. Algunos de los resultados conseguidos son los que se presentan en el cuadro 29 presentado abajo.

De la información desplegada la que nos puede resultar más útil para el análisis son aquellas actividades desagregadas como los ítems Aseo, Compras, Cuidado de niños y Comidas. Se puede desprender de estas actividades que la preponderancia de la responsabilidad femenina sobre estas actividades se mantiene casi a fines de los años noventa, ya que se aprecia una marcada tendencia a realizar estas actividades de parte de las mujeres. Las diferencias más importantes se encuentran en el Aseo, 77% mujeres y 25% hombres, Cuidado de niños 75% y 34% respectivamente, y Comidas 88% y 46%.

Interesante de destacar es el ítem de Reparaciones y cuidados, actividades donde generalmente se aprecia una preponderancia masculina en este caso los porcentajes son mínimos para ambos sexos, pero con una mayor participación de las mujeres. Otra actividad que es relevante de destacar es la de Administración, como vemos ni hombres ni mujeres se ven como realizándola dentro del hogar, siendo que parte importante del trabajo del hogar tiene que ver con la administración de recursos y coordinación de actividades.

Cuadro 29 Actividades desagregadas por sexo, según si las realiza o no

Actividad	Total	Hombres	Mujeres
Aseo	51.5%	25%	77%
Compras	23%	9%	36%
Cuidado niños	54.7%	34%	75%
Comidas	67.5%	46%	88%
Reparaciones y cuidados	12.2%	8%	16%
Administración	5%	4%	6%
Movilización	91.5%	94%	89%
Trabajo	96.8%	98%	95%
Estudios	2.5%	2%	3%
Participación	0.2%	-	-
Actividades con familiares	5.2%	4%	6%
Actividades en la casa	88.3%	87%	90%
Actividades fuera de la casa	4%	5%	3%

Fuente: Sharim, D. y Silva, U. (1998) .

El uso del tiempo también fue medido por este estudio a través de una lista de actividades, según esto se constató que los hombres dicen dedicar más períodos de tiempo – tres veces más – que las mujeres al trabajo remunerado. En el caso del trabajo doméstico la relación se revierte, si vemos el aseo y la preparación de comidas, el tiempo dedicado por las mujeres es tres o cuatro veces más que el de los hombres.

Cuadro 30 Períodos de tiempo dedicados a cada actividad

Actividad	Promedio General	Promedio Mujeres	Promedio Hombres
Trabajo	9.5	8.0	11.0
Necesidades personales	5.9	6.1	5.7
Movilización	2.7	2.7	2.7
Preparación de comidas	2.3	3.9	0.8
Aseo	1.8	3.1	0.4
Cuidado de niños	1.6	2.7	0.5
Compras	0.3	0.5	0.1
Reparación y cuidados del hogar	0.2	0.2	0.1
Administración	0.07	0.08	0.07
Participación			
Actividades en la casa	3.19	3.11	3.27
Actividades fuera de la casa	0.08	0.04	0.13
Actividades con familiares	0.1	0.14	0.06

Fuente: Sharim, D. y Silva, U. (1998)

Según el mismo estudio, más de la mitad de quienes fueron encuestadas/os, dicen tener algún tipo de ayuda doméstica diaria – remunerada o no remunerada – este trabajo es más que todo un alivio para el trabajo de las mujeres, ya que quienes no la tienen dedican el doble tiempo a estas tareas que quienes si cuentan con ayuda doméstica. Con respecto al cuidado de niñas/os la diferencia no es tan significativa, ya que sin importar la existencia de ayuda doméstica, en la mayor parte de los casos son las mujeres quienes asumen esta responsabilidad.

Un segundo estudio realizado por SERNAM en el año 1999 que tuvo como objetivo conocer la situación de las familias en torno a la distribución de las responsabilidades domésticas y familiares.

En este caso se construyó un índice de participación que consistió en tomar los puntajes individuales obtenidos por los miembros del hogar de acuerdo a la cantidad de tareas domésticas y familiares que declaraban haber realizado en días hábiles y en fin de semana. Se

definieron 6 áreas en lo doméstico y 6 áreas en lo familiar, a las cuales se les asignó un peso o valor de acuerdo a la frecuencia promedio que demandaba su realización durante la semana.

Con respecto a las labores domésticas y como muestra el cuadro 31, los hombres obtienen un índice que señala una escasa o nula participación durante la semana, en la mayoría de las tareas detalladas; con un promedio de 1,1 frente a un promedio de las mujeres de 4,8. Esta diferencia se hace más marcada si sólo consideramos a la población entre 18 y 60 años, donde el índice entre mujeres es de 6,1 y el de hombres llega sólo a 1,3%.

Cuadro 31 Índice de participación en labores domésticas durante la semana, según sexo

	Hombre	Mujer
Aseo	1.1	5.2
Alimentos	0.9	5.2
Decisión menú	1.2	5.3
Compras	1.9	4.9
Cuidado ropas	0.6	5.2
Reparaciones	2.0	1.0
Encerado	0.3	2.7
Limpiar vidrios	0.5	2.5
Total	1.1	4.8

Fuente: Nieto, V. (1999)

De la misma forma, si analizamos la participación en labores familiares que requieren una importante uso del tiempo, vemos que la participación femenina sigue siendo preponderante, especialmente en aquellas actividades necesarias para el desarrollo de las/os menores.

Cuadro 32 Índice de participación en labores familiares durante la semana, según sexo

	Hombre	Mujer
Cuidado enfermos	0.3	1.3
Cuidado menores	0.7	2.4
Apoyo escolar	0.8	1.9
Traslado colegio	0.7	1.8
Reunión apoderado	0.7	2.3
Trámites y pagos	1.6	2.3
Total	0.8	2.0

Fuente: Nieto, V. (1999)

Por otra parte, como se observa en el cuadro siguiente, en el universo de mujeres y hombres que trabajan remuneradamente la mujer ocupada tiene en la semana un puntaje de participación en labores domésticas y familiares de 5.7 en la semana, frente a un 7.3 el fin de semana. Los hombres, por otra parte, pasan de un 1.7 y a un 3.9 respectivamente.

Cuadro 33 Índice de participación de las personas ocupadas según sexo y responsabilidades domésticas y familiares

	Hombre ocupado		Mujer ocupada	
	Semana	Fin de semana	Semana	Fin de semana
Aseo	1.5	3.1	5.9	8.2
Alimentos	1.3	2.2	6.3	8.2
Compras	3.4	5.8	7.4	8.4
Ropas	0.7	1.4	6.8	7.5
Reparaciones	3.9	7.9	1.7	2.8
Menores	1.3	4.9	3.9	6.3
Total	***1.7***	***3.9***	***5.7***	***7.3***

Fuente: Nieto, V. (1999)

Por su parte el cuadro 34, hace referencia a la distribución del tiempo diario donde destaca que las mujeres ocupadas utilizan alrededor de cinco veces más de tiempo para las labores domésticas que los hombres ocupados.

Cuadro 34 Distribución del tiempo diario de la población ocupada durante la semana según tipo de actividad y sexo

Tipo de actividad	Hombre	Mujer
Trabajo remunerado	8.81	7.23
Trabajo doméstico	**0.55**	**2.61**
Estudio	0.20	0.33
Descanso	2.74	2.50

Fuente: Nieto, V. (1999)

El estudio concluyó que la incorporación de la mujer al trabajo remunerado en la vida doméstica ha tenido como significado una mayor cuota de responsabilidad de la mujer respecto a cómo distribuir su tiempo entre trabajo doméstico y remunerado y como reorganizar la carga de trabajo para cumplir con ambas responsabilidades a la vez. El 58% de las mujeres deciden solas como se resuelven las labores domésticas y familiares.

El 25% de ellas comparte este tipo de decisiones o quedan en manos de otras personas dentro o fuera del hogar que generalmente son del sexo femenino (servicio doméstico o parientes) mientras que sólo un mínimo porcentaje, menos del 20%, la mujer decide con su pareja o la pareja decide sólo como se resuelven los problemas cotidianos de las labores domésticas y familiares.

El tercer estudio revisado se trata de una encuesta de opinión realizada por el Servicio Nacional de la Mujer en el año 2002 sobre la percepción de hombres y mujeres sobre su rol en la sociedad y en la familia. El siguiente cuadro muestra una síntesis de los principales resultados.

Cuadro 35

	TOTAL	MUJER	HOMBRE
Pienso que la obligación de una esposa es hacer prácticamente todo el trabajo doméstico	26.2	21.2	31.3
El marido debe ser el principal responsable de las decisiones familiares de mayor importancia, como la compra de una casa, un auto	31.5	21.0	42.2
Para una mujer es mejor conseguir seguridad apoyando a su marido en el trabajo y no preocupándose por su propio trabajo	41.9	39.0	44.8
Una mujer es mejor esposa y madre si emplea la mayor parte de su tiempo con su familia tiene pocos intereses fuera del hogar.	51.6	47.2	56.0
Si un niño/a está enfermo/a y ambos padres trabajan, debe ser la madre la que pida permiso en el trabajo para cuidarle.	56.2	63.9	48.3
Las esposas que no tienen necesidad de trabajar no deberían hacerlo	61.0	55.0	66.5
La mujer que sólo se dedica a su hogar no se desarrolla plenamente	72.0	74.7	69.4
La liberación de la mujer ha de pasar necesariamente por un cambio en la familia	73.5	76.5	70.4
Las mujeres deben tener una profesión para que las tareas de la casa no les resulten monótonas	73.8	78.9	68.7
Hay una necesidad urgente cambiar la posición del hombre y de la mujer en nuestra sociedad	74.9	82.4	67.3
La marginación de la mujer tiene su origen en la estructura tradicional de la familia	75.9	80.8	70.1
El matrimonio y los hijos no tienen por qué interferir más en el desarrollo laboral de una mujer en el de un hombre	75.9	78	73.7
Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas	88.0	87.2	90.5
Los hombres deberían colaborar para que las mujeres puedan desarrollarse tanto dentro como fuera del hogar.	95.6	97.7	93.3

Fuente: SERNAM (2002)

De acuerdo a las opiniones vertidas en la encuesta, el estudio concluyó que las dimensiones de género referidas a la dedicación exclusiva de las mujeres a las tareas del hogar, a su exclusión de los espacios sociales y públicos y a su subordinación a las ideas y decisiones maritales despiertan una baja adhesión en hombres y mujeres, siendo mucho más bajo el acuerdo en las mujeres en general y en particular de las jóvenes y de edades intermedias.

Se revisó también, la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida y Salud realizada por el Ministerio de Salud en conjunto con el Instituto Nacional de Estadísticas.

Donde a partir de los resultados obtenidos se señala que las mujeres que trabajan remuneradamente dedican 2.21 horas a las tareas domésticas, frente a un 0.52 que dedican a dichas tareas los hombres que trabajan remuneradamente. Por su parte, los hombres que no trabajan destinan un promedio de 1,58 horas de su tiempo a las tareas domésticas frente a 4.13 horas que le destinan las mujeres que no trabajan remuneradamente.

Cuadro 36

	No trabaja		Trabaja		Total de tabla
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Estar en el lugar de trabajo remunerado	0,00	0,00	8,97	8,20	3,27
Estar en el lugar de estudio	1,33	0,58	0,12	0,17	0,57
Hacer tareas domésticas	1,58	4,13	0,52	2,21	2,46
Desplazarse al de… trabajo, estudios, compras, etc.	0,64	0,63	1,02	1,16	0,80
Jugar o conversar con familia	2,48	2,40	1,59	1,68	2,13
Compartir con la pareja	1,92	1,71	1,61	1,06	1,64
Ver televisión	2,13	1,84	1,38	1,28	1,72
Navegar en internet, usar computador y jugar video-juegos	0,21	0,09	0,19	0,14	0,15
Escuchar música	1,65	1,93	1,17	1,48	1,63
Leer (diarios, revistas, libros, etc.)	0,36	0,30	0,24	0,27	0,30

Fuente: Encuesta Nacional de Calidad de Vida, Ministerio de Salud – INE, 2001

Como vemos, en todas las encuestas señaladas se constata lo que ha sido la tendencia en encuestas realizadas en otros países de Latinoamérica, es decir, que la mayoría del trabajo doméstico y de cuidado continúa siendo de responsabilidad mayoritariamente femenina.

Esto es también lo que se puede apreciar en el estudio realizado por Medel, Díaz y Mauro (2006) miembros del CEM, donde mediante la aplicación de una encuesta de un tamaño muestral de 252 hogares del Gran Santiago en los que se había realizado este tipo de actividad por alguno de sus miembros, abordó temas como el perfil de los cuidadores y cuidadoras de salud, el grado de visibilidad de las actividades de cuidado de salud, el tiempo destinado al cuidado de salud no remunerado y la valoración de las actividades de cuidado de salud no remuneradas.

La encuesta concluye que el promedio cuidadores/as por hogar en la muestra, fue de 1,09% con variaciones mínimas según estrato económico. En el 11,5 por ciento de los hogares encuestados, las tareas de cuidado de salud se realizaron fuera del hogar. El 86,1% de los cuidadores son mujeres y el 13,9% restante hombres. De la misma forma se constata que más de un 15% de las mujeres encuestadas no sólo es responsable del hogar sino también económicamente, es decir, son quienes más aportan al hogar.

Desde la perspectiva de la edad, las mujeres que realizan cuidados de salud no remunerados se distribuyen en todos los tramos de edad, desde los 15 hasta superar los 65 años. En contraste, casi un tercio de los hombres cuidadores realizan estas actividades cuando son mayores de 65 años, es decir en edades en que muchos ya no son económicamente activos.

La mayor parte de estas cuidadoras tiene como única y principal actividad el trabajo no remunerado – doméstico y de cuidado – sobre todo en los tramos de edades más avanzadas.

Sin embargo, existe una proporción importante de cuidadoras que a la vez que tienen un trabajo remunerado, es decir están ocupadas, cumplen con tareas domésticas y de cuidado de salud. Situación que se evidencia con particular fuerza entre los 45 y 54 años (48,7%) y que se traduce en que la carga global de trabajo de estas mujeres alcance las 87 horas semanales.

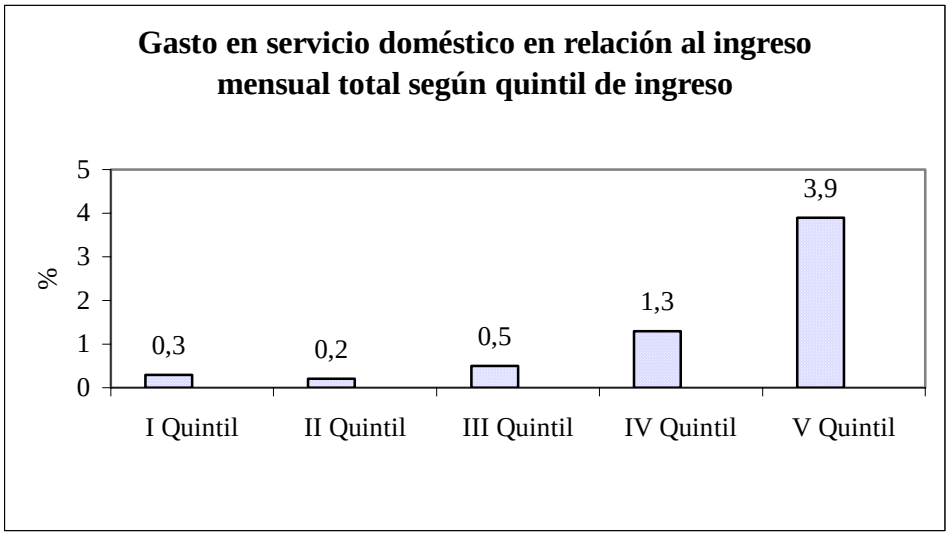
En promedio, las horas semanales invertidas en cuidados de salud no remunerados alcanzan las 20 horas y media: alrededor de 3 horas y media diarias los días laborales y poco más de 1 hora y media los fines de semana. Las mujeres que sólo realizan trabajo no remunerado y los jubilados son los que invierten más tiempo en las actividades de cuidados de salud.

La carga global de trabajo de las cuidadoras, calculada en tiempo invertido, fue, en promedio, de 70 hrs. semanales, unas 10 horas diarias, siendo más alta que la de los hombres. La carga global de trabajo de las cuidadoras que realizan ambos tipos de trabajo - remunerado y no remunerado - alcanza en promedio las 87 horas semanales, esto es casi 13 horas diarias. Por el contrario, para aquellas que sólo se dedican a los quehaceres domésticos, el tiempo de trabajo se reduce a 63 horas semanales, alrededor de 9 horas diarias.

La dedicación de tiempo de las cuidadoras aumenta en la medida que disminuye el nivel socioeconómico de pertenencia. En el sector alto es de 65 horas y media semanales, en tanto que en el sector medio asciende a unas 71 horas y en el sector bajo se incrementa hasta alcanzar las 75 horas y media. La máxima carga global de trabajo – alrededor de 94 horas semanales promedio – se registra en el grupo de cuidadoras de los sectores de bajos ingresos que realizan trabajo remunerado y no remunerado.

Podemos ver también la diferencia en el acceso a ayuda remunerada, en el gráfico siguiente dónde se aprecia una importante margen en la disposición de trabajo doméstico remunerado entre los distintos quintiles de ingreso.

Gráfico 31



Fuente: Elaboración a partir de: INE, Quinta Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos, 1997

Como denota el gráfico es el quintil más alto el que tiene mayor acceso al servicio doméstico pagado, gastando 3,9% de sus ingresos en este ítem según la encuesta de Ingresos y Gastos de 1997, lo sigue en importancia el cuarto quintil con un gasto de 1,3% del ingreso.

Sin embargo lo más relevante es prácticamente el nulo acceso a ayuda doméstica que existe en lo quintiles siguientes llegando a ser el gasto de sólo el 0,3% en el primer quintil de ingreso. Si ha esto sumamos la información que analizamos anteriormente, podríamos deducir que la mayoría del apoyo al trabajo doméstico y de cuidado dentro del hogar, en los hogares de menores recursos, es entregado fundamentalmente por otras mujeres y de manera no

remunerada. Lamentablemente información respecto al apoyo no remunerado que muchas veces realiza la comunidad, u otras mujeres, no se encuentra aún sistematizada.

En general, podemos afirmar que en la actualidad no existe una política o siquiera servicios destinados a apoyar el trabajo no remunerado que se realiza en el hogar. Todas las actividades que se pueden externalizar son proporcionadas exclusivamente por empresas privadas y distan mucho de estar al alcance de toda la población. Así mismo como este sector no se constituye como un rubro específico, no existe información disponible respecto al alcance y la cobertura que estos servicios entregan a la población que si tiene acceso a ellos. Por el momento se trata sólo de actividades que operan como apoyo a las actividades no remuneradas que se realizan en el hogar y dado su costo, a los que tienen acceso sólo una mínima parte de la sociedad, que los utiliza básicamente como complemento al trabajo doméstico remunerado.

6. Consideraciones finales

No es una tarea fácil intentar sacar algunas conclusiones con la información recogida, especialmente conclusiones que abarquen sólo al sector exportador. La falta de información histórica de las condiciones anteriores de las mujeres y los sistemas sociales, unida a la falta de información actual sobre temas de cuidado y trabajo no remunerado, nos dejan con el riesgo de forzar los datos.

Para evitar lo anterior tal vez debemos partir por señalar que no es posible encontrar una relación directa entre las nuevas políticas de exportación y los cambios en las formas de producción que estas traen, con las variaciones en los indicadores de cuidado y educación.

Es verdad que durante la última década se ha acercado mucho la brecha en la cobertura total de ciertos servicios básicos, especialmente en educación, pero también es cierto que esto no es así en todos los sectores y en todas partes del país. Ejemplo de lo anterior son las áreas rurales, lugar donde se han instalado más fuertemente las empresas de sectores exportadores importantes, como la agroindustria, la industria del vino, de la madera y los salmones. Todos, sectores fundamentales de la nueva economía exportadora de Chile y de gran crecimiento en la última década.

Entonces, ¿habla este descuido de los sectores rurales de una desconexión entre los empleos para mujeres generados en estas industrias y la necesidad de cuidado infantil?

Ciertamente habla de una centralización de políticas en sectores urbanos y más poblados, que ha sido la dirección que ha tomado hasta el momento el esfuerzo de cuidado, habla también de condiciones precarias en los sectores rurales de otra índole, como infraestructura vial, transporte, comunicaciones, etc.

Pero al mismo tiempo nos podría estar mostrando una desconexión entre la promoción de políticas productivas y de exportación y la formulación de políticas laborales, de educación, salud y cuidado, acordes con los nuevos requerimientos que generan esta nueva organización de la producción.

No obstante, la investigación nos mostró también que existen cambios, a veces incluso considerables, en los sistemas sociales asociados al cuidado. ¿Son estos cambios aislados y sin relación con la estrategia de desarrollo económico que ha tenido el país en la última década?

Podemos atrevernos a decir que no, pero de inmediato debemos agregar que no solamente se debe a aquello, o más bien, que no exclusivamente se debe a la vía exportadora que ha adoptado el país hace ya más de dos décadas.

Es cierto que esta nueva organización de la producción cambió los empleos y las posibilidades de trabajo a las que tenían acceso sectores importantes de la población, y especialmente las mujeres. Esto a su vez, trajo los movimientos internos propios de las transformaciones económicas, nuevos flujos migratorios, la aparición de otros modelos de empleo y la formación de nuevos focos productivos en diversas regiones del país.

Pero también debemos considerar, por ejemplo el crecimiento vegetativo de la población y, las metas de crecimiento de los servicios sociales que buscan cubrir este crecimiento y el evidente déficit en atención de cuidado que existe y siempre existió en nuestro país.

Así mismo y mucho más importante, es tomar en cuenta el cambio que sucede en 1989 en Chile. El inicio de esta década de exportaciones, se vio marcada por el inicio de la vida democrática y el establecimiento de los gobiernos de la Concertación en Chile.

Este es un factor fundamental a considerar, ya que pese a que las transformaciones realizadas luego de recobrada la democracia, no alcanzaron las bases de la institucionalidad instalada por la dictadura, especialmente en lo referente a la privatización llevada a cabo en los sectores de salud y educación; es cierto al mismo tiempo, que este conglomerado político hizo suya la bandera de la igualdad y la mejora de los servicios sociales, apelando a un fuerte gasto social desde sus inicios.

Es por esto que no está claro que se pueda hablar de una mayor preocupación por el tema del cuidado durante toda la década. Lo que si podemos afirmar es que en los últimos años, especialmente los últimos dos gobiernos de la Concertación existen, al menos en el discurso, iniciativas que permiten generar un moderado optimismo.

El gobierno actual ha dado muestras de que existe una política activa en este ámbito, especialmente en lo que se refiere al cuidado infantil, la ampliación de la cobertura de las/os párvulos, los proyectos de ley que buscan extender a los permisos maternales a la adopción y la voluntad de mejorar el acceso a cuidado para mujeres temporeras, entre otros, demuestran que puede existir algún grado de comprensión de la desigualdad en términos de inserción laboral, que significa asumir la responsabilidad social del cuidado.

Por el momento los esfuerzos están centrados en el cuidado infantil, sin embargo no es transparente que estás iniciativas se deban especialmente a la necesidad de facilitar el trabajo remunerado de las mujeres. Sólo en el último tiempo este argumento ha sido utilizado, pero siempre junto a otros – que aún predominan – como la necesidad de una educación desde la primera infancia, indicadores de salud pública infantil y otros discursos que pese a que pueden convenir con la necesidad de ampliar el cuidado infantil en este caso, en otras ocasiones pueden apelar a conceptos y consideraciones esencialistas respecto a la reproducción, la maternidad y la necesidad de cuidado.

Ejemplo de esto es la difusión del discurso médico que privilegia la sociabilidad desde temprana edad, como una forma de mejorar las capacidades de las/os menores. Este discurso ha permitido aumentar el envío de las/os menores a los centros de cuidado, en sectores donde estaba arraigada la idea de que la mejor educación y cuidado es aquel que se da en la casa.

Pero más allá de los discursos a partir de los datos obtenidos y las tendencias que estos presentan, podemos aventurarnos a pensar en un aumento paulatino de la cobertura en el área de cuidado infantil, sin desconocer que, como ya lo hemos señalado, aún se mantienen brechas importantes en términos de ruralidad y clase social; espacios dónde se hace necesario un esfuerzo mayor si se espera que estás políticas contribuyan a la eliminación de la desigualdad en la educación y en la participación laboral remunerada de todas mujeres.

Pese a estas diferencias es claro, sin embargo, que existe una voluntad política de coordinar el cuidado para facilitar el trabajo remunerado, la reforma de educación que instaló la jornada

escolar completa es ejemplo de ello, algunas iniciativas todavía en crecimiento como los jardines para mujeres temporeras hablan de los mismo. No obstante, parece contradictorio que al mismo tiempo exista una disminución en los presupuestos y en los tiempos de hospitalización en los servicios públicos, que supone una mayor intervención de la "familia" en la recuperación de los pacientes, obviando el trabajo que para las mujeres – en su mayoría – esto significa.

Es así como vemos que en el área de salud, la mayoría de las niñas/os son atendidos por el sistema público que si bien ha sido reformado en los últimos años todavía entrega un cuidado mucho más deficiente que el de la salud privada, no sólo en lo que se refiere a cuidados médicos sino también en los tiempos de espera. Esto último de suma importancia en términos de uso del tiempo de las mujeres, ya que son las principales encargadas de trasladar y cuidar a las/os menores.

En términos generales todavía los esfuerzos para facilitar la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado se concentran exclusivamente en el cuidado infantil, no existe una visión integral que incorpore las otras actividades; no sólo el tema de la salud tiene importancia en el tiempo utilizado por las mujeres, sino que el cuidado de ancianos y la dedicación que requiere el cuidado de personas discapacitadas son elementos determinantes de las posibilidades de descanso, recreación y ocio, unidos a la carga de trabajo remunerado que muchas veces se realiza pese a tener una gran carga de cuidado. Se hace perentoria la existencia de una institucionalidad que entienda la necesidad del cuidado más allá de concepciones médicas o de igualdad a través de la educación, que conceptualice el cuidado en toda su dimensión de trabajo reproductivo, como elemento central y fundamental en el sostenimiento de la sociedad

Además, y ya pensando en el futuro, falta ampliar la comprensión de las múltiples aristas que conlleva el trabajo no remunerado. Desde la experiencia actual, no podemos asegurar que estas medidas aisladas lleven a una mejor inserción de las mujeres en el mercado laboral. Como hemos visto se requiere una política integral de incorporación de las mujeres a las esferas productivas, que no sólo esté centrada en los espacios de cuidado y en la exteriorización de los servicios de cuidado sino en todas las esferas que suponen una integración igualitaria de las mujeres a los espacios laborales.

Esto, sin olvidar que además de poner en práctica estos mecanismos y crear nuevas institucionalidades es necesario darle un giro a las ya existentes. Poco podemos esperar de política aisladas que no tomen en consideración no sólo el trabajo sino las diferencias de poder que estas generan, las estructuras arraigadas que estas construyen y que impiden una consideración del trabajo reproductivo como trabajo económico y productivo, y como parte del sostenimiento de la sociedad.

Será inconducente y hasta peligroso, olvidarse que el trabajo no es sólo medio de subsistencia sino parte importante de la vida y la formación de identidad de las personas, de la misma forma en que permite y forma parte de los elementos que determinan las relaciones entre las personas.

Sin entrar de lleno, es necesario recalcar que sin iniciativas enfocadas a provocar y facilitar cambios sociales y culturales, especialmente dentro de las familias, ningún cambio en política pública en los espacios laborales será en el largo plazo demasiado exitoso. Las personas vivimos necesariamente en comunidad y es la comunidad en su conjunto la que debe entender y apreciar las transformaciones que se están dando dentro de ella. Si sólo una parte de la

sociedad se aboca a su cambio, este desequilibrio pondrá en riesgo no sólo el éxito de la empresa, sino la tranquilidad que un objetivo común supone. Es por esto que es importante trabajar además por cambios en las construcciones culturales que determinan roles y responsabilidades.

La externalización del cuidado es una política importante y puede ser hasta eficaz, pero el mantenimiento de la sociedad requiere más que solo la creación de nuevos servicios, requiere también la formulación de nuevas formas de convivencia, nuevas formas en definitiva de ser sociedad. En este aspecto el estado tiene el rol fundamental de conducir e intervenir para evitar desequilibrios propios de las rápidas transformaciones, que tienden a dejar a sectores rezagados.

Bibliografía

Bravo, R. (2004) *Mujeres chilenas. Tendencias en la última década (Censos 1992-2002).* INE-SERNAM, Santiago de Chile.

Brunner, J.J., Elacqua, G. y Pacheco, P. (2005): *Educación Preescolar. Estrategia Bicentenario. Informe Escuela de Gobierno Universidad Adolfo Ibáñez*, MINEDUC, INTEGRA y JUNJI, Santiago de Chile.

JUNJI (2005): *35 años trabajando por los niños y niñas de Chile*. Santiago de Chile.

Marin L, P., Hoyl M, Trinidad, Gac E, Homero *et al*. (2004): *Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados, usando el «sistema de clasificación de pacientes RUG T-18*, Rev. méd. Chile. [online]. jun. 2004, vol.132, no.6 [citado 26 Octubre 2006], p.701-706. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000600006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0034-9887

Medel, J., Díaz, X. y Mauro, A. (2006): *Cuidadoras de la vida. Visibilización de los costos de la producción de salud no remunerada en el hogar. Impacto sobre la carga global de trabajo de las mujeres*. CEM. (Documento sólo versión electrónica).

Ministerio de Planificación y Cooperación (2001): Situación de la educación en Chile 2000-Informe Ejecutivo. MIDEPLAN - División Social, Santiago de Chile.

Nieto, V. (1999) "Habla la gente: Trabajo y familia, una relación compleja" Documento N° 68. SERNAM, Santiago de Chile.

Pautassi, L.; Faur, E.; Gherardi, N. (2005) "Legislación laboral y género en América Latina. Avances y omisiones". En: *Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales*, CEPAL, Santiago de Chile.

Rodríguez, J. y Tokman, M. (2000). *Resultados y rendimiento del gasto en el sector público de salud en Chile 1990-1999*. Serie Financiamiento del desarrollo, CEPAL, Santiago de Chile.

SERNAM (2002): Hombres y Mujeres: Cómo ven hoy su rol en la sociedad y en la familia, Santiago de Chile.

Sharim, D. y Silva, U. (1998): *Familia y reparto de responsabilidades.* Documento Nº 58, SERNAM, Santiago de Chile.