

# Documento metodológico RRAA – Demanda Potencial de Cuidados

## 1. Introducción

El presente informe metodológico tiene como propósito describir los criterios conceptuales, decisiones técnicas y procedimientos analíticos utilizados en la estimación de las potenciales necesidades de cuidados en la población residente en Chile para el año 2024. Este trabajo se enmarca en el contexto del fortalecimiento del Sistema Nacional de Cuidados, el cual requiere de evidencia robusta, oportuna y pertinente para orientar la toma de decisiones en política pública.

El estudio responde a un escenario caracterizado por profundos cambios demográficos y epidemiológicos, donde el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles han incrementado la necesidad de cuidados. En este contexto, resulta fundamental avanzar desde una medición centrada únicamente en la demanda efectiva hacia una comprensión más amplia que incorpore la dimensión potencial o latente de cuidados, permitiendo anticipar necesidades futuras y mejorar la planificación de la oferta pública.

Para abordar este desafío, se utilizan registros administrativos provenientes de diversas fuentes del Estado, integrando información del sistema de salud, registros sociodemográficos y bases vinculadas a la caracterización socioeconómica y de cuidados. Esta estrategia permite trabajar con datos de alta cobertura, facilitando la construcción de indicadores a nivel individual y territorial, y contribuyendo a una caracterización más precisa de la población con potenciales necesidades de cuidados.

A lo largo del documento se presentan las bases conceptuales de este, las fuentes de información utilizadas, los criterios de clasificación de la población, los procesos de integración y depuración de datos y las estrategias analíticas implementadas. Asimismo, se detallan las principales fortalezas y limitaciones de la metodología adoptada, con el fin de transparentar los alcances del análisis y aportar a su correcta interpretación.

## 2. Contexto Metodológico

### 2.1. Necesidades de información

Este proyecto surge como respuesta a la necesidad de contar con datos actualizados sobre las necesidades de cuidados de la población a causa del cambio demográfico y las transformaciones epidemiológicas que ha experimentado Chile.

Para cumplir con este propósito el proyecto de cuidados se vale de distintas fuentes administrativas proporcionadas por entidades ministeriales y servicios, tales como el Ministerio de Salud (MINSAL) y la Subsecretaría de Evaluación Social. Estas fuentes corresponden a registros administrativos, desarrollados y compartidos por dichas instituciones en base al convenio de “colaboración y conectividad al registro de información social y al analista digital de información”.

Chile ha desarrollado distintas iniciativas y esfuerzos asociados al sistema de cuidados a lo largo de la historia, estos incluyen el desarrollo de instituciones, programas y estudios, tales como: Registro Social de Hogares, Registro de Personas Cuidadoras, Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) o la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia, y recientemente la ley que

diseña el Sistema Nacional de Cuidados, entre otros. Estas iniciativas aportan a hacer frente a la carga a la que se enfrentan los individuos e instituciones en lo que corresponde a cuidados.

En este contexto, disponer de información actualizada y pertinente constituye un insumo fundamental para orientar la toma de decisiones y fortalecer el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas en materia de cuidados. En particular, la implementación del Sistema Nacional de Cuidados requiere evidencia que permita dimensionar tanto la magnitud actual como la evolución potencial de las necesidades de cuidado en el país. En este marco, el uso de registros administrativos ofrece un flujo continuo de información, con amplia cobertura y alto nivel de desagregación territorial, lo que facilita una caracterización más precisa de la población de interés.

La integración de registros administrativos trae consigo la toma de decisiones metodológicas y técnicas, con el fin de contar con evidencia robusta y objetiva para el sustento del sistema nacional de cuidados.

En el presente documento se describen las decisiones metodológicas relacionadas con la construcción de bases de datos, la realización de análisis y la presentación de resultados asociados al proyecto de potenciales necesidades de cuidados.

## **2.2. Necesidades de información**

De acuerdo con el contexto del estudio y los antecedentes presentados, el objetivo del estudio es estimar las necesidades de cuidados potenciales en la población para el periodo 2024.

### *Objetivo General*

Dimensionar y caracterizar a la población residente en Chile con potenciales necesidades de cuidados de largo plazo para el periodo 2024.

### *Objetivo Específicos*

- Caracterizar a la población con potenciales necesidades de cuidado.
- Construir una tipología de grupos de necesidades de cuidados mediante el uso y procesamiento de registros administrativos.
- Contar con una base de datos actualizada para caracterizar la potencial necesidad de cuidados en base a registros administrativos.

## **3. Antecedentes**

El aumento en la esperanza de vida y el descenso de la fecundidad configuran un escenario de envejecimiento poblacional, en el cual la dependencia y las necesidades de cuidado se consolidan como una prioridad ineludible de política pública, con el fin de asegurar el bienestar y la protección social para el futuro de Chile. La centralidad de esta problemática se vuelve especialmente evidente al observar que el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad es mayor entre las personas mayores. De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) para el año 2022, la prevalencia de la situación de dependencia entre la población adulta a nivel nacional fue de 9,8%, mientras que en el tramo etario de 60 años o más esta fue más del doble, con 22,2% (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023).

A esto se suma que Chile se encuentra en una etapa avanzada de la transición epidemiológica, lo que, en un período breve de tiempo, ha desplazado el peso de la morbimortalidad desde las enfermedades infecciosas hacia las enfermedades crónicas (Szot, 2003). Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son la principal causa de discapacidad en el mundo y conllevan resultados para la salud que frecuentemente requieren de tratamiento y cuidados a largo plazo (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Estos cambios hacen urgente considerar las consecuencias no mortales de las enfermedades, tales como el aumento de la demanda de cuidados de largo plazo.

Los cuidados asociados a enfermedades crónicas tienen un alto costo económico y social. Si bien para Chile no se cuenta con estudios específicos que estimen el costo económico de los cuidados en el contexto de ENT, si existen análisis económicos respecto del costo general de estas. Por un lado, el trabajo de cuidados no remunerados alcanzaría 14.483 MM de pesos, con 714 MM de pesos y 1.559 MM pesos correspondientes al cuidado de personas mayores y de personas en situación de dependencia, respectivamente (Ministerio de Hacienda & Corporación ComunidadMujer, 2025). Adicionalmente, en el caso de las ENT, solo para el dolor crónico se estima que este tiene asociado un costo anual de 943 millones de dólares (Espinoza et al., 2022) para el país, lo que incluye tratamiento, costos laborales y sociales.

Estos resultados se complementan con la evidencia sobre el tiempo dedicado a las tareas de cuidados, el cual se distribuye inequitativamente según sexo, con un fuerte peso sobre las mujeres, las que dedican en promedio tres veces más tiempo a dichas labores que los hombres (Aviles-Lucero, 2020). Lo social, las brechas de género asociadas a ENT también impactan negativamente a las mujeres. Entre los efectos que se observan se encuentran menos oportunidades de empleo, de empleo formal y menor poder adquisitivo comparadas a los hombres (Bradshaw et al., 2017; García-Morales et al., 2024), empeoramiento de su salud a largo plazo, con un aumento de síntomas como depresión y limitaciones funcionales en el tiempo (Caputo et al., 2017; Hammarberg et al., 2020; World Economic Forum, 2023); y una disminución en la calidad de vida en general (Radhakrishnan et al., 2025; Everard et al., 2025).

Los cuidados y la prevención asociados a ENT requieren una preparación de los sistemas y servicios, los que deben considerar aspectos como los estilos de vida de los individuos, concientización social respecto de las enfermedades y sus efectos, toma de decisiones de política de salud y cuidados y estrategias en tornos a estas (Budreviciute et al., 2020).

## **4. Metodología de recolección y procesamiento de datos**

### **4.1. Necesidades de información**

El estudio de necesidades de cuidados corresponde a un estudio observacional, no experimental, basado en datos secundarios. Las bases de datos usadas provienen de fuentes administrativas de distinto origen y que cumplen funciones específicas dentro del estudio. Aunque se utilizan fuentes longitudinales, el enfoque analítico es de corte transversal ampliado, en tanto considera información acumulada en el tiempo para la clasificación de individuos, sin modelar la evolución temporal de sus condiciones de salud. A continuación, se presentan las bases de datos utilizadas y una breve descripción de estas.

- *Base de Egresos Hospitalario 2008-2024*: La Base de Egresos Hospitalarios 2008–2024 es un registro administrativo de cobertura nacional que contiene información sobre la totalidad de los egresos hospitalarios registrados en el país durante el período de estudio. La recolección y consolidación de estos datos se realiza a nivel central por el Departamento de Estadísticas e

Información de Salud (DEIS), a partir de la información reportada por los distintos centros hospitalarios, tanto públicos como privados. La base contiene información referida al run innominado del individuo, la fecha de ingreso y de egreso de hospitalización y el diagnóstico principal, secundario y terciario asociados a dicho egreso, basados en el sistema de codificación CIE-10, entre otras variables. Cabe destacar que cada hospitalización se considera como un episodio independiente, dando paso a que los individuos puedan presentar múltiples hospitalizaciones durante el periodo de análisis.

- *Base Residentes del Ministerio de Desarrollo Social y Familia:* La Base de Residentes corresponde a un marco poblacional de residentes usado para la estimación de indicadores. Esta base de datos contiene información de los individuos que residen en el país para un periodo específico, entregando información demográfica, así como información sobre el territorio en donde residen. Su construcción consta de información administrativa generada por el Registro Civil e Identificación que incluye además del Rol Único Nacional (RUN) válido innominado, información demográfica básica como las fechas de nacimiento y el sexo de las personas, entre otras. Se usan registros administrativos para determinar si las personas se encuentran residiendo en el país en base a un set de catorce fuentes distintas de datos administrativos. Para este estudio se usa la Base Residentes considerando datos hasta el 31 de diciembre de 2024.
- *Base Registro Social de Hogares:* es el sistema de información del Estado de Chile destinado a identificar y caracterizar socioeconómicamente a la población, con el objetivo de apoyar la focalización de beneficios, programas y políticas sociales. El RSH es una base de datos funcional integrada al Registro de Información Social, la que combina información recolectada de fuentes primarias, como autorreportes de los hogares, y secundarias, provenientes de registros administrativos. Esta reúne información respecto de la composición de los hogares, sus ingresos, características laborales y sociodemográficas, así como acceso a prestaciones sociales.
- *Base de Personas Cuidadoras:* La Base de Personas Cuidadoras (BPC) corresponde a un registro administrativo que identifica a las personas que realizan cuidados de forma no remunerada y a quienes requieren cuidados. La base corresponde a un módulo complementario del Registro Social de Hogares e incluye registros administrativos de distintas fuentes, así como información autorreportada por los individuos. La BPC considera 12 fuentes administrativas que no requieren que la persona realice un trámite para ser parte de esta. Entre las fuentes destacan el programa de pago de cuidadoras de personas con discapacidad, el Registro Social de Hogares, y la Pensión Básica Solidaria de Invalidez, entre otras.

## 4.2. Flujo de procesamiento de datos

### *Criterios de clasificación MINSAL-SENADIS*

El análisis de la población con potencial necesidad de cuidados en la población general requiere definir criterios operativos que permitan identificar condiciones asociadas a una eventual necesidad de cuidado. Para ello, se hace uso de lineamientos definidos por MINSAL y SENADIS.

En el caso de MINSAL se consideran diagnósticos de egresos hospitalario que, en función de la edad al momento de diagnóstico, se asocian a un seguimiento sanitario continuo y a una alta probabilidad de requerir apoyo permanente para actividades básicas de la vida diaria. Asimismo, se incluyen diagnósticos que requerirían mayor indagación en sus patologías para evaluar si efectivamente requieren de apoyo o de cuidadores.

Por su parte, SENADIS incorpora enfermedades, de alta prevalencia o crónicas, disponibles en la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) y que se caracterizan por generar alta dependencia funcional o discapacidad.

En base a estos diagnósticos se estableció un listado de enfermedades no transmisibles, con dicho insumo la clasificación se realiza combinando diagnóstico y edad al momento del egreso hospitalario, las que definen si el individuo presenta o presentará necesidades de cuidados.

La interacción entre edad y diagnóstico constituye el principal criterio de clasificación. Por ejemplo, en el caso del cáncer, una persona diagnosticada entre los de 0 y 15 años cumple simultáneamente con el criterio MINSAL y SENADIS en base al diagnóstico y la etapa del ciclo vital en la que se encontraba al momento de ser diagnosticada (ver Tabla 1. Criterios MINSAL y SENADIS para clasificar diagnóstico de Cáncer como enfermedad de necesidades de cuidados). Para más información respecto del listado de enfermedades y sus umbrales etarios se recomienda revisar el Anexo “8.1. Criterios clasificación potenciales necesidades de cuidados.

*Tabla 1. Criterios MINSAL y SENADIS para clasificar diagnóstico de Cáncer como enfermedad de necesidades de cuidados*

Enfermedad	Fuente	CIE-10	Diagnósticos	Período	Edad
Cáncer	MINSAL	C000-D489	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Últimos 2 años	Menores 15 años
Tumor o cáncer	SENADIS	C000-D489	-	-	Todas las edades

Fuente: Elaboración propia

Nota:

(1) Mientras el criterio MINSAL considera en su rango etario a los menores de 15 años, el criterio SENADIS presenta mayor flexibilidad e incluye a todas las edades para los diagnósticos de cáncer.

#### *Asignar diagnóstico de cuidados*

Para la realización de los análisis se emplea la base de egresos hospitalarios, que cuenta con información respecto de los diagnósticos de hospitalización. La información sobre diagnóstico principal se agrupa por las categorías de la Clasificación Internacional y Estadística de Enfermedades (CIE), que consiste en un estándar internacional para codificar enfermedades y otros problemas de salud, facilitando la comparación entre territorios y períodos (OPS, 1995). Se utiliza la CIE-10, dado que Chile se encuentra aún en transición hacia la aplicación de la más reciente versión, CIE-11.

Considerando lo anterior, mediante el paquete de STATA “icd10cm” se creó una variable dicotómica de presencia o ausencia para cada enfermedad del listado de enfermedades de MINSAL-SENADIS (ver Anexo 1 “Criterios clasificación potenciales necesidades de cuidados” para más información). El paquete “icd10cm” permite especificar los rangos o códigos CIE-10 asociados a una enfermedad o grupo de enfermedades, facilitando la codificación al crear variables dicotómicas para cada caso. Esta información es contrastada con una clasificación manual para contar con un método de comparación objetivo, así como automatizar el proceso de detección de anomalías, en la Figura 1 se presenta un ejemplo de codificación.

Figura 1. Ejemplo de uso de paquete icd10 y contraste manual

```
*creación cancer MINSAL icd10cm (cancer) y comparativa (cancer2)
icd10cm generate cancer = diag1, range(C00/D489)
gen cancer2 = 1 if (icd_char1=="C" & inrange(icd_char23, 0, 97)) | (icd_char1=="D" & inrange(icd_char23, 0, 48))

*creación cancer SENADIS icd10cm (endide_cancer) y comparativa (endide_cancer2)
icd10cm generate endide_cancer = diag1, range(C00/D489)
gen endide_cancer2 = 1 if (icd_char1=="C" & inrange(icd_char23, 0, 97)) | (icd_char1=="D" & inrange(icd_char23, 0, 48))

*cumplimiento criterios MINSAL para cancer (cancer en individuos de menos de 15 años)
gen r_alto = 0
replace r_alto = 1 if cancer == 1 & edad_diag < 15

*cumplimiento criterios SENADIS para cancer (cancer en todas las edades)
gen r_endide = 0
replace r_endide = 1 if endide_cancer == 1
```

Fuente: Elaboración propia

Una vez asignada la presencia de una enfermedad de interés por criterios MINSAL-SENADIS a través de su código CIE-10, esta es contrastada con la condición de edad al momento de egreso hospitalario. En caso de que el individuo cumpla con alguno de los criterios este es clasificado como persona con condiciones asociadas a potencial necesidad de cuidados. La Tabla 2 presenta un ejemplo del proceso de clasificación utilizando diagnósticos oncológicos y la edad al diagnóstico.

Tabla 2. Ejemplo de clasificación

run_falso	diag1	cancer	endide_cancer	edad_diag	r_alto	r_medio	r_endide
1	D173	1	1	16	0	0	1
2	D397	1	1	70	0	0	1
7	C509	1	1	69	0	0	1
8	C20X	1	1	13	1	0	1
9	D485	1	1	80	0	0	1

Fuente: Elaboración propia

Nota:

(1) En la tabla se observa que existen individuos que cumplen con el criterio MINSAL (r\_alto=1) y de SENADIS (r\_endide=1) considerando el diagnóstico (cancer=1/endide\_cancer=1) y la edad de diagnóstico (edad\_diag).

Dado que una persona puede registrar múltiples hospitalizaciones a lo largo del período de observación, es posible que cumpla los criterios de clasificación en más de un egreso hospitalario. No obstante, para efectos analíticos, la unidad de análisis corresponde al individuo. En consecuencia, los registros son consolidados a nivel de persona, de modo que cada individuo es clasificado una única vez según la presencia de al menos un diagnóstico que lo defina con potenciales necesidades de cuidados, independientemente del número de diagnósticos u hospitalizaciones que presente.

#### Unión de bases (Mapa de flujo)

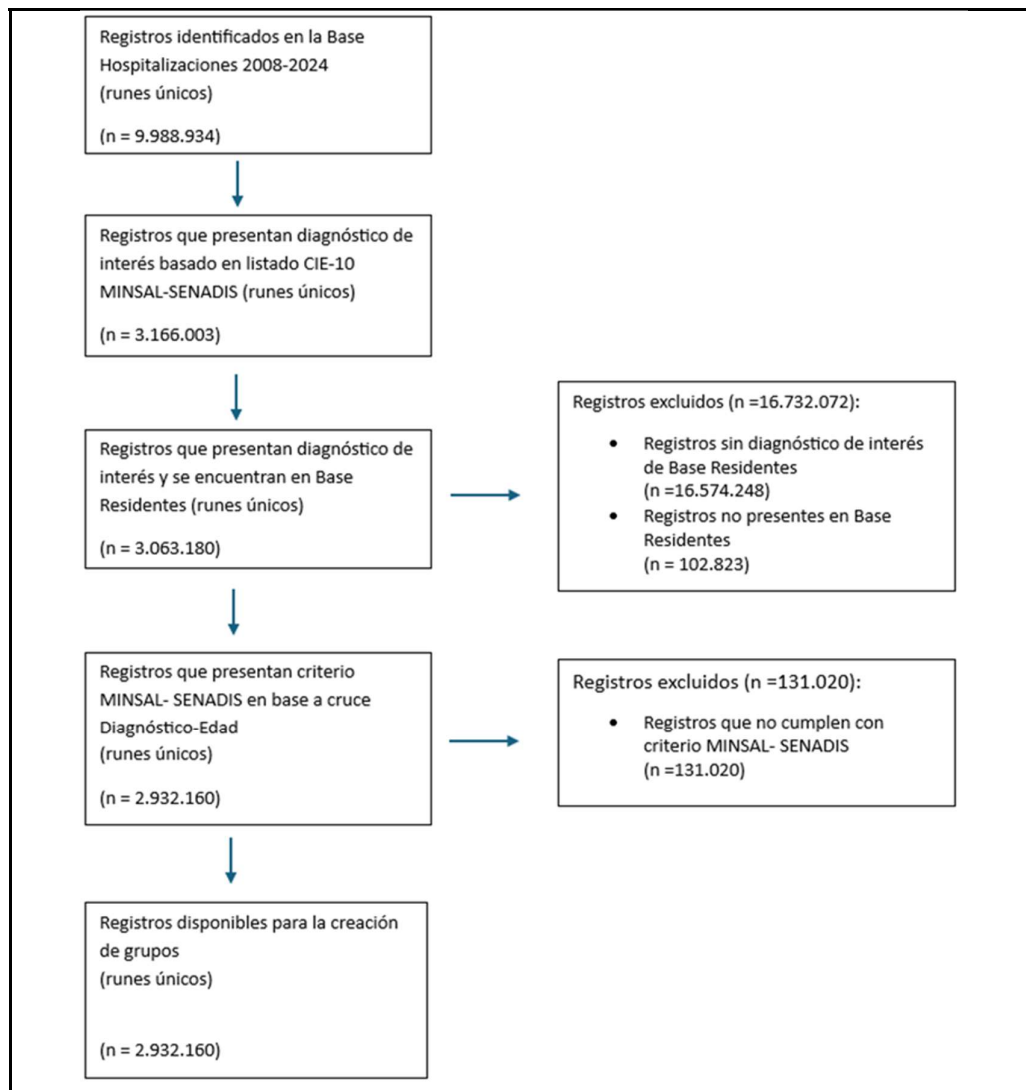
La Figura 2 presenta el mapa de flujo del procesamiento de las bases de datos. Inicialmente, la Base de Egresos Hospitalarios 2008–2024 contenía 9.988.934 registros correspondientes a runes únicos anonimizados. De estos, 3.166.003 presentaron al menos un diagnóstico de interés según el listado de enfermedades y códigos CIE-10 definidos por los criterios MINSAL-SENADIS.

Posteriormente, se realizó el cruce con la Base Residentes 2024, identificando 3.063.180 de individuos con un diagnóstico de interés y registrados en ambas bases. Los registros restantes correspondieron a individuos presentes únicamente en la base de residentes ( $n = 16.574.248$ ) o a registros exclusivos de la base de hospitalizaciones ( $n = 102.823$ ).

Para los individuos con diagnóstico de interés presentes en la base de residentes, se aplicó el cruce diagnóstico-edad según los criterios MINSAL-SENADIS al contar con la fecha de nacimiento y la fecha de egreso hospitalario, durante dicho proceso se excluyeron 131.020 casos por no cumplir con el criterio de edad. En total, 2.932.160 de individuos cumplieron con los criterios MINSAL-SENADIS para ser clasificados como personas con potenciales necesidades de cuidados.

Posteriormente estos registros son comparados con las bases del Registro Social de Hogares y del submódulo de cuidados del RSH para la construcción de grupos de interés.

Figura 2. Mapa de flujo bases de datos.



Fuente: Elaboración propia

### Grupos de interés

Una vez integrados los registros disponibles se cuenta con una base de datos de 2.932.160 casos. Estos son contrastados con las bases del Registro Social de Hogares y del submódulo de cuidados del RSH/Base de Cuidadores para identificar tres grupos:

- Grupo 1: Individuos que presentan una ENT con criterio de potenciales necesidades de cuidados pero que no se encuentran en los registros administrativos del RSH ni en los registros administrativos de RSH cuidados.
- Grupo 2: Individuos que presentan una ENT con criterio de potenciales necesidades de cuidados, que se encuentran en los registros administrativos del RSH y que también se encuentran registrados en RSH cuidados.
- Grupo 3: Individuos que presentan una ENT con criterio de potenciales necesidades de cuidados, que se encuentran en los registros administrativos del RSH pero que no se encuentran registrados en RSH cuidados.

Los resultados de la creación de grupos se observan en la Tabla 3, de los 2.932.160 registros a analizar el 11,6% (n = 340.200) corresponde al grupo 1, un 15,1% (n = 442.092) al grupo 2 y 73,3% (n = 2.149.868) al grupo 3.

Tabla 3. Distribución Grupos de Cuidados.

Grupo	ENT	RSH	RSH Cuidados	N	%
1	X	-	-	340,200	11,6%
2	X	X	X	442,093	15,1%
3	X	X	-	2,149,868	73,3%
Total	-	-	-	2.932.160	100%

Nota:

(1) ENT: Presencia de enfermedad no transmisible crónica con criterio de potenciales necesidades de cuidados; RSH: Presencia en base de Registro Social de Hogares; RSH Cuidados: Presencia en Base Cuidadores; N: Frecuencia; %: Porcentaje.

## 5. Metodología de análisis de resultados

### 5.1. Análisis de resultados

Considerando los enfoques orientadores de la Política Nacional de Apoyos y Cuidados de derechos, género, curso de vida, interseccional y territorial, el análisis de la base final permite caracterizar las potenciales necesidades de cuidados asociadas a enfermedades no transmisibles (ENT) y al riesgo de pérdida funcional. Esta caracterización se realiza mediante desagregaciones por sexo, género, ciclo de vida, territorio y calificación socioeconómica<sup>1</sup>. En esta línea, los resultados se analizan a partir de tres

<sup>1</sup> La calificación socioeconómica del RSH se calcula en base a tres factores. Estos corresponden al ingreso equivalente (suma de ingresos económicos de todos los integrantes de hogar); el índice de necesidades (calculado en base al número de integrantes, edad, factores de dependencia, discapacidad, necesidades educativas especiales e invalidez) y otros factores de reordenamiento, como por ejemplo, una evaluación de medios, que refiere a los bienes que poseen (vehículos terrestres, marítimos y/o bienes raíces), o servicios a los que acceden (educación y/o salud) y que permiten inferir el nivel socioeconómico de un hogar.

dimensiones: el capítulo de la clasificación CIE-10 al que pertenece el diagnóstico, la presencia de necesidades de cuidados potenciales y el grupo de cuidados.

La fuente principal de la información demográfica corresponde a la Base de Residentes para las variables de sexo, edad y región. En el caso de la variable de calificación socioeconómica, esta proviene de una base RSH complementaria (RSH al 2025). El análisis realizado fue descriptivo, de porcentajes y frecuencias, considerando las dimensiones presentes en la Tabla 4.

Tabla 4. Dimensiones de análisis.

Variable	Dimensión de análisis	Subdimensión	Fuente
Necesidades de cuidados potenciales	Caracterización demográfica/sociodemográfica	Sexo	Base Residentes
		Edad	Base Residentes
		Región	Base Residentes
		Calificación Socioeconómica	RSH
Grupo	Caracterización demográfica/sociodemográfica	Sexo	Base Residentes
		Edad	Base Residentes
		Región	Base Residentes
		Calificación Socioeconómica	RSH
Capítulo CIE-10	Caracterización demográfica/sociodemográfica	Sexo	Base Residentes
		Edad	Base Residentes
		Región	Base Residentes
		Calificación Socioeconómica	RSH

Fuente: Elaboración propia

Nota:

(1) Para la variable edad se considera los años cumplidos al 31 de diciembre de 2024.

## 5.2. Datos perdidos para el análisis de resultados

En la construcción de las bases de datos existió una pérdida de información debido a la ausencia de datos en algunos registros administrativos. Si bien para la variable región y comuna la pérdida de información se debe a que los datos no se encuentran en la base residentes, en el caso de la variable de calificación socioeconómica existen decisiones metodológicas adicionales. En este sentido, dicha variable presenta un mayor número de casos perdidos debido al uso de una fuente de datos distinta a la usada en la construcción de la base de datos de grupos de cuidados, correspondiente a una versión del RSH del año 2025.

Considerando lo anterior, durante el cruce de bases de datos existieron individuos del grupo 1 (registros que presentan solo diagnóstico potencial de necesidades de cuidados) que se encontraban en dicha base (RSH 2025), presentando datos asociados al RSH para el año 2025. Los datos de estos registros fueron imputados como perdidos para la variable de calificación socioeconómica, manteniéndose en el grupo 1. Este comportamiento de los datos se debe a que 17.355 individuos del grupo 1 pasaron al RSH durante el año 2025, mientras que el periodo de referencia del presente estudio corresponde al año 2024.

Para los grupos 2 y 3 se observan 7.535 y 42.840 registros sin información de calificación socioeconómica para el año 2025. Dicha ocurrencia puede deberse al fallecimiento de los individuos en una fecha fuera del periodo de referencia de este estudio (durante o posterior a 2024), o porque en la actualización de sus datos administrativos la persona se retiró del RSH. La pérdida de información por variable se describe en la Tabla 5.

*Tabla 5. Disponibilidad de información para variables sociodemográficas.*

Fuente	Variable	Registros con información	Registros sin información	% con información
Base de Residentes	Sexo	2.932.160	0	100%
	Edad (1)	2.932.160	0	100%
	Región	2.901.593	30.569	98,9%
	Comuna	2.901.593	30.569	98,9%
	Calificación socioeconómica (2)	2.559.039	49.886	98,1%

Fuente: Elaboración propia

Nota:

(1) Para la variable edad se considera los años cumplidos al 31 de diciembre de 2024.

(2) Para la variable calificación socioeconómica solo se consideran los grupos 2 y 3.

### 5.3. Fortalezas y limitaciones

El proyecto de cuidados presenta múltiples fortalezas. Primero, el uso de fuentes administrativas entrega información objetiva sobre la población a analizar, así como facilitar, en términos de costo, la recopilación de información considerando una gran cantidad de datos. Segundo, el uso de bases administrativas permite estimar magnitudes reales sin la necesidad de realizar procesos estadísticos que involucren algún tipo de muestreo y levantamiento. También es posible evitar errores estadísticos, tales como sesgos de memoria o de autorreportes, que se presentan durante el levantamiento de información. En tercer lugar, el identificar a las personas con potenciales necesidades de cuidado permite pasar de la demanda efectiva de cuidados a la demanda estructural o latente, entregando insumos a los sistemas para anticiparse a las necesidades de las personas y apoyar en el diseño de la oferta programática en dicha área.

Pese a la contribución entregada por este estudio, la metodología usada presenta limitaciones. Si bien se cuentan con criterios técnicos para definir que diagnósticos tienen asociado una potencial necesidad de cuidados, estos no entregan una medición objetiva y efectiva de la pérdida funcional que experimentan o experimentarían las personas. Adicionalmente, para disponer de un estimador imparcial de las necesidades de cuidados, se requiere estimar la probabilidad de que los hogares o las personas presenten necesidades de cuidado como consecuencia de enfermedades crónicas no transmisibles, aspecto no desarrollado en este informe.

Finalmente, los registros también se enfrentan a un subdiagnóstico al existir personas con ENT que no requirieron hospitalización o no reciben diagnóstico ni tratamiento dentro del sistema sanitario, por lo que no son consideradas dentro del análisis. El marco muestral del estudio se encuentra enfocado en personas que presentan interacciones con los sistemas de salud, de cuidados y del estado, lo que trae consecuencias para el análisis al existir una subcobertura estructural, subestimando del numerador, existiendo sesgos territoriales y socioeconómicos.

## 6. Productos del proyecto

Los productos derivados del proyecto de necesidades potenciales de cuidados corresponden a la base de datos de necesidades de cuidados, al informe metodológico y al informe de resultados asociados al proyecto de cuidados correspondiente a la Fase 2 (ver Tabla 6).

*Tabla 6. Productos del proyecto de necesidades potenciales de cuidados.*

Entregable	Descripción	Formato
Informe metodológico	Informe metodológico de proyecto de cuidados Fase 2	.pdf
Informe de resultados	Informe de resultados de proyecto de cuidados Fase 2	.pdf
Base de Datos	Base de datos innominada, anonimizada e indeterminada de proyecto de cuidados Fase 2	xlsx, .dta

Fuente: Elaboración propia

## 7. Bibliografía

- Avilés-Lucero, F. (2020). *Estimación del trabajo doméstico no remunerado*. Banco Central de Chile. <https://www.bcentral.cl/documents/33528/3006211/estimacion-trabajo-domestico-no-remunerado.pdf/>
- Bradshaw, S., Chant, S., & Linneker, B. (2017). Gender and poverty: What we know, don't know, and need to know for Agenda 2030. *Gender, Place & Culture*, 24(12), 1667–1688.
- Budreviciute, A., Damiani, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., Katileviciute, A., Khoja, S., & Kodzius, R. (2020). Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Frontiers in public health*, 8, 574111. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>
- Caputo, J., Pavalko, E. K., & Hardy, M. A. (2016). The Long-Term Effects of Caregiving on Women's Health and Mortality. *Journal of marriage and the family*, 78(5), 1382–1398. <https://doi.org/10.1111/jomf.12332>
- Espinoza, M. A., Bilbeny, N., Abbott, T., Carcamo, C., Zitko, P., Zamorano, P., & Balmaceda, C. (2022). Cost analysis of chronic pain due to musculoskeletal disorders in Chile. *PLOS ONE*, 17(10), e0273667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273667>
- MDSF. (2023). *Presentación de Resultados. Prevalencia de discapacidad y dependencia en personas adultas y personas mayores*. [https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128\\_Presentacion\\_resultados\\_ENDIDE\\_2022\(Poblacion-adulta\).pdf](https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/endide/230128_Presentacion_resultados_ENDIDE_2022(Poblacion-adulta).pdf)
- Everard, C. et al. (2025), “Exploring the relationship between non-communicable diseases and depression”, *OECD Health Working Papers*, No. 178, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/02a1cfc5-en>.
- García-Morales, C., Heredia-Pi, I., Guerrero-López, C. M., Orozco, E., Ojeda-Arroyo, E., Nigenda, G., & Serván-Mori, E. (2024). Social and economic impacts of non-communicable diseases by gender and its correlates: a literature review. *International journal for equity in health*, 23(1), 274. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02348-4>
- Hammarberg, K., Tran, T., Kirkman, M., & Fisher, J. (2020). Sex and age differences in clinically significant symptoms of depression and anxiety among people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: A national survey. *BMJ Open*, 10(11), e042696. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042696>
- Ministerio de Hacienda & Corporación ComunidadMujer. (2025). *Estimación del valor económico del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados en Chile*. <https://comunidadmujer.cl/wp-content/uploads/2025/10/Estudio-Estimacion-del-Valor-Economico-TDCNR-Chile.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>.

- Radhakrishnan, S., Thamizhkovan, M., Kannan, R., & S, S. (2025). Health-related quality of life (HRQoL) among adults with non-communicable diseases in a selected district of South India: A cross-sectional study. *Cureus*, 17(8), e91006. <https://doi.org/10.7759/cureus.91006>
- Sharma, M., Akhter, M. S., Roy, S., & Srejon, R. (2025). Future Issues in Global Health: Challenges and Conundrums. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(3), 325. <https://doi.org/10.3390/ijerph22030325>
- Szot, J. (2003). *La transición demográfico-epidemiológica en Chile, 1960-2001*. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 605-613. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272003000500009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500009&lng=es&tlng=es)
- World Economic Forum. (2023). *Global gender gap report 2023*. <https://www.weforum.org/publications/global-gender-gap-report-2023/in-full/gender-gaps-in-the-workforce/>
- World Health Organization Regional Office for Europe. (2025). *Avoidable mortality, risk factors and policies for tackling noncommunicable diseases: Leveraging data for impact—Monitoring commitments in the WHO European Region ahead of the Fourth United Nations High-Level Meeting*. WHO Regional Office for Europe.

## 8. Anexos

### 8.1. Criterios clasificación potenciales necesidades de cuidados.

Tabla 7. Criterios de clasificación MINSAL - 1

Enfermedad	CIE-10	Diagnóstico	Edad
Cáncer	C000-D489	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Menores 15 años
Caquexia	R64X	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Cardiomiopatía dilatada	I420	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	50 y más años
Cirrosis y Fibrosis del hígado	K740,K741,K742,K743,K744,K745,K746	DIAG1	35 y más años
Demencia vascular	F010,F011,F012,F013,F018,F019	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Mayores de 64 años
Demencia no especificada	F03X	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Mayores de 64 años
Enfermedad cardiorrenal hipertensiva	I130,I131,I132,I139	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Enfermedad de Alzheimer	G300,G301,G308,G309	DIAG1	40 y más años
Enfermedad de Huntington	G10X	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Enfermedades de las neuronas motoras	G122	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Fibrosis pulmonar	J841	DIAG1	Todas las edades
Fibrosis Quística	E840,E841,E848,E849	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Menores 30 años
Fractura de cadera	S720	DIAG1	65–79 años
Insuficiencia cardiaca	I500,I501,I509	DIAG1	18 y más años
Insuficiencia renal no especificada	N19X	DIAG1	60 y más años
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	X60-X84	DIAG2	5 y más años
Senilidad	R54X	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Mayores de 64 años
Úlcera por presión	L892,L893,L899	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades

Demencia vascular	F010,F011,F012,F013,F018,F019	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	65 y más años
Síndrome de Rett	F842	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Secuelas de enfermedad cerebrovascular	I690,I691,I692,I693,I694,I698	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades
Esquizofrenia	F200,F201,F202,F203,F204,F205,F206,F208,F209	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	15 y más años
Trastorno afectivo bipolar	F310,F311,F312,F313,F314,F315,F316,F317,F318,F319	DIAG1	15 y más años
Trastornos psicóticos agudos y transitorios	F230,F231,F232,F233,F238,F239	DIAG1	15 y más años
Otros trastornos psicóticos de origen no orgánico	F28X	DIAG1	15 y más años
Trastornos del humor (afectivos)	F300,F301,F302,F308,F309,F320,F321,F322,F323,F328,F329,F330,F331,F332,F333,F334,F338,F339,F340,F341,F348,F349, F380,F381,F388,F39X	DIAG1	Todas las edades
Trastornos mentales y del comportamiento	F10-F19	DIAG1	Todas las edades

Fuente: Elaboración propia

Tabla 8. Criterios de calificación MINSAL – 2

Enfermedad	CIE-10	Diagnóstico	Edad
Enfermedad de Parkinson	G20X	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	40 y más años
Enfermedad renal crónica estadio 5	N185	DIAG1	Mayores 17 años
Enfermedad renal crónica no especificada	N189	DIAG1	Todas las edades
Esclerosis múltiple	G35X	DIAG1	Todas las edades
Fibrosis pulmonar	J841	DIAG1	Menores 60 años
Insuficiencia renal no especificada	N19X	DIAG1	Menores 60 años
Lesiones autoinfligidas intencionalmente	X60-X84 (Capítulo XX)	DIAG2	5 y más años

Lupus eritematoso sistémico	M320,M321,M328,M329	DIAG1	70 y más años
Enfermedad cardiaca hipertensiva	I110,I119	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	50 y más años
Enfermedad isquémica crónica del corazón	I250,I251,I252,I253,I254,I255,I256,I258,I259	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	50 y más años
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	J440,J441,J448,J449	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	40 y más años
Enfermedad renal crónica no especificada	N189	DIAG1	Todas las edades
Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias	F10-F19	DIAG1	Todas las edades
Otras enfermedades cerebrovasculares	I670,I671,I672,I673,I674,I675,I676,I677,I678,I679	DIAG1 o DIAG3 o DIAG4	Todas las edades

Fuente: Elaboración propia

Tabla 9. Criterios de calificación SENADIS

Enfermedad	CIE-10	Diagnóstico	Edad
Ceguera	H54	DIAG1	Todas las edades
Pérdida de la visión	H54	DIAG1	Todas las edades
Sordera	H90-H91	DIAG1	Todas las edades
Pérdida de la audición	H90-H91	DIAG1	Todas las edades
Sordoceguera	Combinación de deficiencias auditivas y visuales	DIAG1	Todas las edades
Asma o enfermedad alérgica respiratoria	J450,J451,J458,J459,J46	DIAG1	Todas las edades
Enfermedad pulmonar crónica (fibrosis quística, displasia celular, secuelas de VRS u otros)	E840,E841,E848,E849,J440,J441,J448,J449, Q348,J210	DIAG1	Menores de 18 años
COVID-19 o PIMS	U07,R65	DIAG1	Todas las edades

Migraña (dolores de cabeza recurrentes)	G430-G433,G438-G439	DIAG1	Todas las edades
Malnutrición por exceso o déficit (obesidad, sobrepeso, desnutrición)	E40-E46,E55-E68	DIAG1	Todas las edades
Trastorno de déficit atencional (ADD) o déficit de atención e hiperactividad (ADHD)	F900,F901,F908,F909	DIAG1	Menores de 18 años
Ansiedad o trastornos de ansiedad (generalizada, social (fobia social o escolar), por separación, trastorno de estrés postraumático)	F410-F419,F430-F439,F930-F939,F940-F949	DIAG1	Menores de 18 años
Ansiedad o trastornos de ansiedad (como por ej. agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático)	F410-F439	DIAG1	18 años y más
Depresión o trastornos depresivos	F320-F329,F330-F339	DIAG1	Todas las edades
Problema o trastorno del sueño - vigilia (apnea del sueño, insomnio recurrente)	F510-F519	DIAG1	Todas las edades
Trastorno alimentario (bulimia, anorexia)	F500-F509	DIAG1	Todas las edades
Trastorno de la conducta (negativista, desafiante, explosivo o intermitente)	F910-F919,F920-F929	DIAG1	Menores de 18 años
Trastorno por déficit de atención o déficit de atención con hiperactividad	F900-F909	DIAG1	18 años y más
Trastorno bipolar	F310-F319	DIAG1	Todas las edades
Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos	F200-F209	DIAG1	Todas las edades
Autismo (trastorno del espectro autista)	F840-F841	DIAG1	Todas las edades

Enfermedad al corazón (enfermedad cardíaca, coronaria o ataque al corazón, insuficiencia cardíaca)	I200-I209,I210-I219,I220-I229,I230-I239,I240-I249,I250-I259	DIAG1	Todas las edades
Epilepsia	G400-G409,G410-G419	DIAG1	Todas las edades
Diabetes	E10-E14	DIAG1	Todas las edades
Enfermedad renal crónica	N181-N189	DIAG1	Todas las edades
Escoliosis y otras condiciones de deformación de la columna (hipercifosis, hiperlordosis)	M410-M419	DIAG1	Menores de 18 años
Meningitis o encefalitis	G000-G039,G040-G049	DIAG1	
Síndrome de Down	Q900,Q901,Q902,Q909	DIAG1	Todas las edades
Parálisis cerebral	G800-G809	DIAG1	Todas las edades
Retraso del desarrollo psicomotor	F800-F802,F81,F82	DIAG1	Menores de 18 años
Defectos congénitos de nacimiento (disrafia espinal (mielomeningocele o espina bífida), ausencia o malformación de brazos, piernas o dedos, etc.)	Q00-Q99	DIAG1	Menores de 18 años
Artritis (por ejemplo: artritis idiopática juvenil)	M000-M002,M008-M009	DIAG1	Menores de 18 años
Tumor o cáncer (incluyendo cáncer a la sangre y tumores benignos)	C000-D489	DIAG1	Todas las edades
Enfermedad neuromuscular (Duchenne, esclerosis lateral amiotrófica ELA)	G122,G710	DIAG1	Todas las edades

Lesión medular (paraplejía o tetraplejía) u disrafia espinal (mielomeningocele)	G820-G825,Q050-Q069	DIAG1	Todas las edades
Lesiones o secuelas graves por accidente como peatón, ciclista u ocupante de vehículo	V01-V99	DIAG2	Todas las edades
Lesiones o secuelas graves por caída, quemadura, aplastamiento, golpes, inmersión, mordedura de animales	W000-W190,T200-T320,T792,W500-W640,W550-W740	DIAG2	Todas las edades
Lesiones o secuelas graves infligidas por otras personas	X920-Y090	DIAG2	Todas las edades
Problema o trastorno por consumo de alcohol	F100-F109	DIAG1	Todas las edades
Problema o trastorno por consumo de drogas	F110-F190	DIAG1	Todas las edades
Presión arterial alta (hipertensión arterial)	I100	DIAG1	18 años y más
Accidente o ataque cerebrovascular (ataque cerebral, ataque isquémico transitorio, AVE, ACV, derrame cerebral, hemorragia cerebral)	I600-I690	DIAG1	18 años y más
Enfermedad tiroidea (hiper o hipotiroidismo)	E000-E079	DIAG1	18 años y más
Enfermedad respiratoria crónica (EPOC o bronquitis crónica o enfisema)	J440-J441, J448-J449	DIAG1	18 años y más
Enfermedades de la piel, por ejemplo, psoriasis	L000-L089, L100-L140, L200-L309, L400-L449, L500-L548, L550-L599, L600-L759, L800-L998	DIAG1	18 años y más
Enfermedades reumatológicas (lupus, esclerodermia u otras mesenquimopatías), diferente a artritis o artrosis	M300-M368	DIAG1	18 años y más
Incontinencia urinaria	N393-N394	DIAG1	18 años y más

Úlcera venosa crónica o del pie diabético en extremidades inferiores	I872	DIAG1	18 años y más
Demencia (tipo alzheimer u otras demencias)	F000-F090	DIAG1	18 años y más
Parkinson u otros trastornos del movimiento (enfermedad de Huntington, síndrome de Tourette)	G200-G260	DIAG1	18 años y más
Dolor crónico de duración mayor a 3 meses (de una articulación, extremidad, columna o generalizado)	G892	DIAG1	18 años y más
Amputación, ausencia o malformación de extremidades	Q710-Q730, Z890, Z894, Z895, Z896, Z899, S680-S689, S780-S789, S880-S889, S980-S989	DIAG1	18 años y más
SIDA/VIH o enfermedades de transmisión sexual diferentes a VIH/SIDA	B200-B240, A500-A540	DIAG1	18 años y más

Fuente: Elaboración propia