

**Geografía de los cuidados de personas mayores
dependientes en Chile: Análisis espacial de necesidades,
infraestructura y proveedores de cuidado**

Informe Final

Santiago, 29 de octubre 2024

Investigadoras

María Beatriz Fernández Lorca, Instituto Sociología UC y MICARE

Bárbara Flores Arenas, Centro de Economía y Políticas Sociales Universidad Mayor y
MICARE

Asistentes de Investigación

Carolina Cornejo

Bárbara Mateluna

Índice

1. Introducción	3
2. Antecedentes	4
2.1. <i>Objetivos</i>	11
3. Personas de 60 años y más en Chile: cambios a través de los años	15
4. Dependencia y medición a partir del RIS.....	20
<i>Resultados</i>	23
5. Demanda y oferta de cuidados: un enfoque territorial	30
<i>Datos y métodos</i>	35
<i>Resultados</i>	37
6. Bienestar de co-residentes	55
<i>Datos y métodos</i>	57
<i>Resultados</i>	59
7. Conclusiones y recomendaciones de política	62
8. Referencias	65
9. Anexos	69

1. Introducción

En el marco del proyecto “*Geografía de los cuidados de personas mayores dependientes en Chile: Análisis espacial de necesidades, infraestructura y proveedores de cuidado*”, desarrollado a través de un convenio entre la Pontificia Universidad Católica de Chile y el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, este informe presenta los resultados finales del estudio. Los datos empleados en el análisis provienen del Registro de Información Social (RIS), una fuente clave para comprender las características individuales y demográficas de la población que requiere cuidados, es decir, personas mayores en situación de dependencia, desde una perspectiva territorial. Este estudio es un esfuerzo por contribuir al desarrollo de políticas sociales mediante la evaluación de la oferta y demanda de cuidados para personas mayores en Chile, con el fin de generar información relevante que facilite la planificación y el fortalecimiento de las redes de cuidado en el país.

El informe se estructura en siete partes. La primera remite a algunos antecedentes generales de la temática del cuidado en Chile. Las dos siguientes incluyen información necesaria para entender los conceptos y mediciones utilizadas en el estudio. Posteriormente se presentan los resultados tanto de la oferta y demanda de cuidados a partir del análisis territorial, para luego mostrar el análisis del efecto del cuidado sobre bienestar -medido como empleabilidad- de quienes co-residen con una persona mayor dependiente en el hogar. Finalmente, se presentan las conclusiones y algunas recomendaciones.

2. Antecedentes

En términos generales, este estudio tiene como punto de inicio tres elementos. El primero dice relación con el envejecimiento poblacional, es cual es un fenómeno demográfico de escala global. Según Naciones Unidas (2020), este podría considerarse una de las transformaciones sociales más importantes de este siglo, especialmente en las regiones en que este proceso presenta mayor avance. Se pronostica que en el 2050 una de cada seis personas en el mundo será adulta mayor, alcanzando al 16% de la población total, mientras que en la actualidad la proporción es de una cada once personas (Naciones Unidas, 2020). En el caso de América Latina y el Caribe, si bien hay cierta heterogeneidad conforme a la transición demográfica en curso en cada país, de igual forma en su conjunto la región está experimentando un proceso de acelerado envejecimiento poblacional, con una velocidad mayor a la observada en otras regiones del mundo (Rojas y otros, 2022).

En el caso particular de Chile, nuestro país se encuentra en una etapa avanzada de envejecimiento. Se estima que en 2024 el 17,8% de la población total del país corresponde a personas con 60 años o más, cifra que aumentará al 32,1% de la población para 2050 (Rojas y otros, 2022). De igual manera, se proyecta que la esperanza de vida al nacer alcanzará los 85,4 años en 2050, con una mayor longevidad entre las mujeres (INE, s.f.).

Siguiendo las proyecciones y estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística para el período 1992-2050, se establece que hoy en día existen 3.857.662 personas de 60 años o más en Chile, de las cuales el 55% son mujeres. El 83,4% de este grupo está entre los 60 y 79 años (tercera edad), mientras que el 16,6% tiene 80 años o más (cuarta edad). En cuanto a la distribución territorial, la Región de Ñuble presenta la mayor proporción de personas mayores (21,6%), seguida de Valparaíso (20,8%), Maule (19,7%), Los Ríos (19,6%), O'Higgins (19,4%) y La Araucanía (19,4%). Por su parte, la Región Metropolitana cuenta con el 10,8% de personas de 60 años o más (Rojas y otros, 2022).

Si bien el envejecimiento poblacional es un gran logro, que evidencia la mejora en las condiciones de vida que nuestro país ha alcanzado, no se puede desconocer que trae aparejado una serie de desafíos. Uno de estos tiene que ver con el fenómeno de la dependencia, entendida como la necesidad de asistencia de terceros para las actividades de la vida diaria (OMS, 2015). Durante esta etapa de la vida pueden aparecer diversas enfermedades y síndromes invalidantes, que acrecientan la necesidad de cuidados de este grupo y de sus necesidades de atención especializada, especialmente entre los de más edad, tal como lo evidencia los datos de la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) de 2022, que muestran que el 22,2% de las personas mayores de 60 años en Chile está en situación de dependencia -5,5% dependencia leve, 8,8% moderada y 7,8% con dependencia severa-, cifra que asciende a casi el 50% en la población de 80 años o más -7,4% de tipo leve, 16,3% moderada y 25,7% con dependencia severa. Estas cifras varían además por género, dado que las mujeres chilenas de 60 años y más tienen mayores niveles de dependencia que sus pares hombres, con 25,2% vs 17,8% respectivamente. Igualmente, a menores niveles educativos mayor presencia de dependencia, la que llega a un 29,3% entre quienes declaran tener educación básica o menos, mientras que en el caso de quienes cuentan con educación superior solo llega al 13,1%. En términos territoriales, que es el foco de este estudio, también se aprecian diferencias significativas. Por ejemplo, en la Región de Antofagasta, el 14% de las personas de 60 años o más presenta algún nivel de dependencia, mientras que, en la región de La Araucanía, este porcentaje alcanza el 32% (ENDIDE, 2022).

Ante este escenario demográfico surge, en segundo lugar, la pregunta de cómo se dará respuesta a la creciente provisión de cuidados requerida por la población mayor, entendiéndose como todas las actividades necesarias para el bienestar de las personas, sean o no remuneradas, y que se ocupa de la generación y gestión de los recursos necesarios para el mantenimiento diario de la vida y la salud, y a la provisión diaria de bienestar físico y emocional de las personas mayores de 60 años, pero también el cuidado apela a las necesidades generales de cualquier individuo a lo largo del ciclo de la vida (Arriagada, 2020).

En lo operativo, cuatro son los actores involucrados en la provisión de cuidados: Estado, mercado, comunidad y familia (el diamante del cuidado) (Razavi, 2007). La interrelación y equilibrio en la distribución del cuidado por parte de estos cuatro actores es compleja (Ceminari y Stolkiner, 2018). En el caso de Chile, poco a poco se ha ido avanzando hacia una organización de los cuidados de tipo mixto, donde la oferta de servicios es efectuada tanto por organismos públicos como privados, dentro y fuera de los hogares, aunque no se puede desconocer que el mayor peso sigue recayendo en las familias (Arriagada, 2021).

Si nos centramos en las prácticas cotidianas de distribución de cuidado al interior de las familias, se aprecia la persistencia de una profunda desigualdad entre mujeres y hombres, por lo que los cambios y las nuevas demandas del envejecimiento pueden tener diferentes consecuencias según el género (Sharma et al., 2016), dado que las mujeres continúan asumiendo mayoritariamente el rol de cuidadoras de familiares envejecidos (OECD, 2012; Sharma et al., 2016).

La ENDIDE 2022 reafirma esto, mostrando que 73% de los cuidadores de personas mayores dentro de los hogares son mujeres -hijas seguidas de parejas-, quienes casi en su totalidad no reciben remuneración y no han recibido capacitación para realizar por este trabajo. Con respecto al tiempo destinado al cuidado, las personas cuidadoras de mayores identificadas en ENDIDE indican llevar 12,6 años cuidado, dedicando 8,8 horas diarias al cuidado. Al consultarles sobre cuánto fue la última vez que tomaron un descanso de las labores de cuidado -10 días consecutivos o más- el 21% indicó que fue hace menos de un año, a la vez que casi 30% señaló que fue hace 3 años o más. Un 38,1% indicó no recordar hace cuanto tiempo tomó descanso. En cuanto a la percepción de las consecuencias del cuidado, cerca de un 40% siente que le falta tiempo, y cerca de un 35% se siente muy sobrecargado y también agobiado por intentar compatibilizar el cuidado con otras responsabilidades. Del mismo modo, un 40% presenta sospechas de sintomatología depresiva, alcanzado a casi 14% los casos de sintomatología moderada/severa¹.

¹ Procesamientos propios de datos de ENDIDE 2022.

La desigualdad en la distribución del cuidado está asentada en los principios tradicionales de la división sexual del trabajo que asigna a las mujeres la responsabilidad primaria por el mantenimiento del hogar y el cuidado de hijos/as y otros dependientes (Benería, 2021; Carrasco et al., 2019; Lamas, 2018). Esta división sitúa así a hombres y mujeres en una relación desigual y de reproducción de desigualdades, donde estas quedan en una posición de subordinación económica, lo que limita su autonomía (Rodríguez, 2012; Rodríguez, 2005). Pero además esta división impacta tanto en la constitución de sus propias identidades, dado que el trabajo de cuidado es algo invisibilizado y no dotado de reconocimiento social (Acosta, 2015; Comas-d'Argemir, 2017).

Esta forma de organización tradicional del cuidado centrada en una mujer dentro de la familia se ve tensionada en la actualidad a consecuencia de diversos cambios demográficos y socioculturales. Al unísono del aumento en la demanda de cuidados por el incremento de personas mayores y su mayor longevidad, se produce también un fuerte descenso en la tasa de fecundidad –que pasó de 2,5 hijos por mujer a inicios de los '90 a solo 1,6 en el 2021 (Rojas y otros, 2022)- lo que repercute en un tamaño de familias más pequeñas y con ello en menos personas que pueden cuidar (Arriagada, 2021). Otro elemento para considerar es el incremento en la tasa de participación laboral femenina, que según la Encuesta Nacional de Empleo alcanzaba un 45,3% en 2010, llegando a 49,1% en sept/nov 2019, para luego disminuir debido a la crisis social y sanitaria, volviendo a recuperarse y mostrar niveles similares a la época prepandemia, con un 52,6% en jun/ago 2024. Esto redundará en una menor disponibilidad de tiempo por parte de las mujeres para asumir el trabajo de cuidado.

Con ello, el país experimenta una crisis de los cuidados, debido en parte al desbalance entre oferta y demanda de cuidados, pero también la crisis remite a la distribución social desigual del cuidado (Palacios, 2017). En otras palabras, si bien en las sociedades contemporáneas las mujeres han logrado diversificar sus roles sociales, ello no implica una desvinculación de sus responsabilidades tradicionales, manteniéndose la rígida división sexual del trabajo y una organización social del cuidado sumamente desequilibrada e injusta (CEPAL, 2021). El mandato cultural que atribuye el trabajo de cuidado a las mujeres no se ha visto modificado

(Arriagada, 2021), y más bien, la tradición, la socialización y las relaciones económicas continúan situándolas en el centro de las tareas de cuidado de personas mayores y de otros grupos sociales (Huenchuán, 2009).

En este contexto, es importante destacar cómo se vuelve imprescindible establecer soluciones desde las políticas públicas, donde los Estados actúen de manera urgente para poder redistribuir y reducir el trabajo de cuidado en pro de reducir la profundidad desigualdad de género detrás de este (ONU Mujeres y CEPAL, 2021), lo que ha dado pie recientemente a la incorporación de arreglos específicos, como son los sistemas nacionales de cuidado, como parte de los sistemas de protección social (Batthyány, 2021).

Un trasfondo importante detrás de estos avances es el reconocer el cuidado como derecho, decir, establecer que *“toda persona tiene derecho a cuidar, a ser cuidado, y a auto cuidarse”* (Pautassi, 2018). El principal fundamento tras esto es que no es posible consolidar políticas públicas o sistemas de cuidados sin un enfoque de igualdad y de género (Pautassi, 2023).

Establecer el cuidado como un derecho humano permite avanzar de tradicional visión que naturaliza el cuidado como algo propio de las mujeres, para situarlo en la condición de persona, estableciéndose así responsabilidades y garantías, donde el Estado tiene un papel central, no solo definiendo una serie de políticas públicas que aseguren el goce de este derecho, sino también estableciendo obligaciones para el sector privado, los mercado, la comunidad (Pautassi, 2023), todo ello en pro de avanzar hacia una organización más justa y equitativa de los cuidados.

Esta perspectiva de derecho se alinea primeramente con la ratificación de Chile realizó el año 2017 de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, instrumento vinculante que promueve, entre otras cosas, el derecho al cuidado de este grupo de la población (OEA, 2017), y que hace hincapié en la responsabilidad de los Estados en su cumplimiento (Pautassi, 2018; Borgeaud-Garciandía, 2020). Pero también se alinea con los principios del actual proyecto de ley que se está

tramitando para crear el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados en nuestro país, donde se busca establecer los cuidados como un derecho que implica recibir cuidados, cuidar y el autocuidado, y reconoce los cuidados como una labor fundamental en la sociedad. Además, este Sistema tiene por finalidad promover la autonomía y prevenir la dependencia desde la infancia a la vejez, y apoyar a quienes cuidan de manera remunerada y no remunerada, promoviendo la corresponsabilidad social y de género.

Finalmente, el tercer elemento en el que se enmarca este estudio dice relación con que en la población cuidadora, principalmente mujeres como se ha indicado, coincide en su mayor parte con la población en edad de trabajar, por lo que tienen que distribuir su tiempo entre el trabajo remunerado y no remunerado (CEPAL, 2022). Al respecto, las encuestas nacionales revelan que las mujeres ocupadas y que dedican un casi la mitad de su tiempo a trabajo no remunerado experimentan un impacto significativo en su bienestar (Observatorio Social, 2024).

Este grupo se ve además enfrentado muchas veces, por las propias dinámicas demográficas actuales y nuevas organizaciones familiares, a cuidados intergeneracionales, o también denominado como “cuidadores sándwich” (Miller, 1981; Stokes & Petterson, 2020), dado el hecho de tener que cuidar al mismo tiempo a padres y/o madres mayores en situación de dependencia y sus propios hijos/as. Estudios en Chile al respecto revelan que este grupo también experimenta un deterioro en su bienestar por la sobrecarga de demandas (Fernández & Lay, 2018).

El exceso de demanda de cuidados entre mujeres en edad de trabajar tiene asimismo impacto sobre la participación laboral de éstas. Son variados los estudios que muestran como la presencia de dependientes en el hogar (niños menores, personas en situación de discapacidad y personas mayores dependientes), reducen la probabilidad de que una mujer se integre al mercado laboral, lo que se acrecienta si ésta a su vez posee menores niveles educativos. Esto genera una presión en los hogares con personas mayores, ya que al ser las familias las que principalmente ejercen las labores de cuidado, el tiempo que dedican a este

se le resta al tiempo que podría ser destinado a actividades productivas remuneradas. Consecuentemente, dado que las mujeres realizan la mayor parte de los trabajos de cuidados, la mayoría no percibe ingresos propios (OIT, 2013), su disponibilidad para el mercado del trabajo se ve limitada, al igual que la calidad de empleo al que pueden acceder (OIT, 2018). En su conjunto, esto afecta los niveles de vulnerabilidad socioeconómica del hogar.

Considerando lo señalado anteriormente, este estudio busca de manera ampliada caracterizar la demanda de cuidado de la población mayor de 60 años en Chile en situación de dependencia, y cómo esta ha cambiado en los últimos años, en la medida que se comprende que el acelerado envejecimiento de la población traerá consigo un aumento relevante del número de personas que necesitarán de apoyos y cuidados de manera prolongada. Asimismo, y de manera complementaria, se busca describir la oferta de cuidado existente y su evolución en los últimos años, para determinar el posible déficit de ésta.

Se debe destacar que dentro de este análisis de oferta se considerará el cuidado otorgado dentro de los propios hogares por personas de entre 15 a 59 años que corresiden con las personas mayores con necesidades de cuidado, pero por sobre todo se busca dar cuenta de la oferta de otros actores provenientes del ámbito público y privado. Tal como se indicó, el panorama actual de los cuidados exige avanzar hacia una mayor corresponsabilidad social, donde no sea únicamente la familia la responsable de dar respuesta a la creciente demanda de cuidados de la población mayor, sino que es perentorio que otros actores vayan adquiriendo mayores responsabilidades, y ahí la relevancia de conocer la presencia de estos otros actores, especialmente del Estado, como oferentes de cuidado.

Este estudio tiene además un enfoque territorial, generándose por lo tanto un diagnóstico a nivel de barrios sobre la organización social de los cuidados de personas mayores en situación de dependencia, considerando la heterogeneidad territorial no solo en cuanto a oferta (características de proveedores y déficits), sino que también en cuanto al

comportamiento espacial de la demanda (PNUD, 2022). Los análisis a escala barrial han incrementado su popularidad (Andersson y Musterd, 2010), constituyendo un elemento estratégico para identificar problemáticas específicas, vulnerabilidades, focalizar recursos e implementar programas (Flores 2021; Tapia 2013; Kearns y Parkinson 2001).

El enfoque territorial permite básicamente mejorar la eficacia y el impacto de políticas públicas nacionales en el territorio, avanzando hacia un desarrollo más sostenible, inclusivo y equitativo, al considerar las necesidades propias y aspiraciones de los territorios, de las comunidades que los habitan y de los actores públicos y privados que operan en ellos (Fernández y Losada, 2021). Considerar las particularidades, diferencias, necesidades y oportunidades de los territorios, e incorporar estos elementos en las políticas públicas, permite reducir las brechas territoriales y desigualdades existente (Fernández y Losada, 2021), lo cual es fundamental en el contexto actual de nuestro país, donde se ha puesto en marcha el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, que incluye el registro de personas cuidadoras y el fortalecimiento y articulación de programas relacionados con la materia, en conjunto con una política de envejecimiento digno, activo y saludable. Así, esta investigación busca contribuir al diagnóstico de necesidades de cuidado de personas mayores en situación de dependencia a nivel territorial, proponiendo zonas específicas donde se debiera focalizar el Sistema para esta población.

2.1. Objetivos

Frente al fenómeno de envejecimiento experimentado en Chile y los desafíos que conlleva en cuanto a la potencial dependencia a desarrollar por parte de las personas mayores, la investigación busca responder al siguiente objetivo general: Realizar un análisis territorial de la demanda y oferta de cuidados de personas mayores dependientes en Chile y su cambio a través del tiempo, identificando las áreas geográficas donde existen brechas de acceso y factores asociados al bienestar de personas mayores dependientes y de las personas que cuidan en el hogar.

Así, se pueden plantear los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar la demanda por cuidados a través del tiempo de personas mayores, de 60 años o más, con dependencia a partir del Registro Social de Hogares (2016-2021) a nivel de unidades vecinales.
2. Identificar la oferta de cuidados a través del tiempo: personas que cuidan en el hogar a partir del Registro Social de Hogares (2016-2021) y las instituciones públicas y privadas de salud, centros comunitarios y/o de rehabilitación que rodean a las personas mayores dependientes identificadas en el punto anterior, a nivel de unidades vecinales.
3. Construir estadísticas descriptivas de distancias origen-destino a instituciones de cuidado y/u otros servicios asistenciales de personas mayores dependientes a nivel de unidades vecinales y de la persona que cuida en el hogar.
4. Analizar las necesidades de cuidado de personas mayores dependientes específicas de un territorio y su evolución a través del tiempo.
5. Identificar las causas que genera la dependencia funcional en personas mayores.
6. Estimar los factores individuales, a nivel de hogar y territoriales, que influyen en el bienestar de personas mayores con dependencia, de la persona que cuida en el hogar y del grupo familiar completo.

En este marco, este estudio busca mapear barrios donde se encuentran las personas mayores en situación de dependencia contribuyendo a generar un diagnóstico sobre la organización social de sus cuidados, considerando la heterogeneidad territorial no solo en cuanto a oferta, características de proveedores y déficits de cuidados, sino que también en cuanto al comportamiento espacial de la demanda (PNUD 2022).

Hasta ahora, la evidencia existente en Chile sobre envejecimiento y dependencia no ha sido levantada con un enfoque urbano, ya que, hasta ahora, los análisis se han realizado por región (INE, 2022), las cuales contienen bastante heterogeneidad en su interior y que debe

ser considerada para el diseño de políticas que aborden el problema de política pública aquí señalado.

Se debe señalar que el diseño del proyecto es de gran envergadura, y durante los 15 meses en los que se tuvo acceso a la información solicitada en las dependencias del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, se logró abordar a cabalidad los objetivos 1 a 4. Todos los análisis extraídos para responder a la demanda y oferta de cuidados de personas mayores y en particular aquellas en situación de dependencia se presentan a continuación, con análisis gráficos, incluyendo mapas para todas las regiones del país) y estadísticos, que resumen los patrones observados en los mapas. Si bien se analiza la evolución de la población de personas mayores a través del tiempo en el territorio, quedó pendiente el análisis de la evolución de la oferta, ya que, la información a la cual el equipo de investigación tuvo acceso, corresponde a la ubicación geográfica de los dispositivos de SENAMA y establecimientos de salud registrados por MINSAL en 2024. Para el futuro queda entonces, cruzar con la fecha de inauguración de cada institución y sus cupos. Esto porque, no solo la presencia en el territorio es relevante, sino que también, la capacidad de atender a la población que lo necesita en dicho territorio.

En cuanto al objetivo 5, éste se trabajó hacia el final de proyecto. El modelo econométrico (multinomial logit) quedó especificado en el código del programa que se estaba trabajando (do file) en las dependencias del Ministerio. Lamentablemente, los últimos días de acceso a RIS, el código no corrió perfectamente, por lo que no se pudieron extraer los resultados que mostraban los factores individuales, del hogar, territoriales, y apoyos del Estado, que se relacionan con la probabilidad de ser una persona mayor sin condiciones de salud y autónoma, con condiciones de salud y autónoma, con dependencia leve, con dependencia leve moderada, o con dependencia severa. Se espera en el futuro poder llevarlos a cabo.

En el caso del objetivo 6, éste se desarrolló parcialmente. Se logró analizar el bienestar de personas en edad de trabajar de los hogares con personas mayores, medido a través de la probabilidad de estar trabajando, o participar en el mercado del trabajo, para los años 2018,

2020 y 2022. Los códigos quedaron preparados para hacer estimaciones los otros años disponibles, y también para confirmar un panel de datos y así aprovechar la estructura de longitudinal de las bases de datos del RSH e implementar modelos de datos de panel para obtener estimadores más robustos. Quedó pendiente vincular a cada persona de la muestra bajo análisis la distancia estimada a centros de SENAMA y establecimientos de salud, para incluir distancias y números de centros a la redonda en las estimaciones. La hipótesis es que a mayor oferta de cuidados formales, mayor sería el apoyo que tienen personas mayores y por lo tanto, personas en edad de trabajar podrían liberar tiempo para dedicarlo a un trabajo remunerado en el mercado laboral, por ejemplo. Por último, se espera en el futuro poder incorporar otras variables de bienestar, como cambios en la calificación socioeconómica y calidad de la vivienda.

3. Personas de 60 años y más en Chile: cambios a través de los años

Como antesala a la presentación de resultados sobre demanda y oferta de cuidados por parte de la población mayor en el país a nivel territorial, en este capítulo y el siguiente, se incluyen algunos análisis y especificaciones necesarias para dar una adecuada interpretación de ellos.

En primer lugar, los datos del Registro Social de Hogares del periodo observado (2016-2021), permiten ver la evolución en términos absoluto tanto de la población menor de 60 años como la de 60 años y más (Tabla 1).

Tabla 1. Total de personas en el Registro Social de Hogares (RSH) según grupo etario y año (miles)

Año	Personas con 60 años o más	Personas menores de 60 años	Población Total
2016	2.148	10.251	12.399
2017	2.270	10.473	12.743
2018	2.392	10.644	13.036
2019	2.520	10.817	13.336
2020	2.648	10.925	13.573
2021	2.882	11.171	14.053
2022	3.265	11.707	14.971

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022

Se aprecia un crecimiento en la cantidad total de personas en el RSH cada año, de 12,399 millones en 2016 a 14,971 millones en 2022. Esto puede indicar tanto un crecimiento poblacional como un aumento en el uso del registro para acceder a beneficios, tal como ocurrió en el periodo de la pandemia. Por su parte, la proporción de personas mayores dentro del RSH también va en aumento, reflejando como es esperable el envejecimiento de la población chilena. La cantidad de personas de 60 años o más registradas pasó de 2,148 millones en 2016 a 3,265 millones en 2022.

Desagregando los resultados por región (Tabla 2), se replica el crecimiento generalizado de población de 60 años o más en todas las regiones de Chile. La Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío destacan con las cifras más altas de personas mayores registradas, lo que sugiere una concentración poblacional significativa en estas zonas. La región Metropolitana, siendo la más poblada, tiene el mayor número de personas mayores, con un incremento de 760 mil en 2016 a 1,192 millones en 2022. Por su parte, Valparaíso ha pasado de 245 mil personas mayores en 2016 a 389 mil en 2022. Biobío en tanto, a pesar de mostrar cifras altas, tuvo un descenso importante de personas mayores en 2019 pero que se recupera progresivamente, alcanzando las 309 mil personas mayores en 2022.

Las regiones del norte y extremo sur presentan cifras menores, aunque también con un crecimiento constante. Este panorama subraya una creciente población mayor en todo el territorio nacional.

Tabla 2. Total de personas en el RSH según región, grupo etario y año (miles)

Región	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Total	PM												
Arica y Parinacota	162	26	169	27	174	29	180	30	186	32	22	35	98	40
Tarapacá	218	29	23	30	232	32	24	34	245	36	262	40	269	46
Antofagasta	360	50	374	53	387	56	399	59	410	62	432	68	450	81
Atacama	225	34	230	36	236	38	242	40	248	42	264	46	282	51
Coquimbo	570	99	591	104	605	110	620	116	634	122	660	133	684	149
Valparaíso	1.273	245	1.321	260	1.357	275	1.390	289	1.428	305	1.461	337	1.547	389
Metropolitana	4.343	760	4.461	803	4.574	847	4.695	894	4.817	940	5.345	1.032	5.659	1.192
O'Higgins	737	123	753	130	768	137	784	145	792	153	827	167	86	187
Maule	876	151	892	160	91	168	929	177	950	187	992	202	1.029	222
Ñuble*	408	0	418	0	426	0	433	90	441	95	446	102	465	111
Biobío	1.244	291	1.271	307	1.288	323	1.305	249	1.296	261	1.316	280	1.365	309
La Araucanía	826	145	84	152	86	160	871	167	856	175	707	185	90	201
Los Ríos	306	57	32	60	326	63	332	66	338	69	352	74	369	81
Los Lagos	664	108	682	114	695	119	708	125	719	131	74	141	765	156
Aysén	84	12	88	13	91	14	9	15	95	16	96	17	98	18
Magallanes y Antártica	104	19	11	21	112	22	116	23	119	24	129	26	135	31
Total	12.399	2.148	12.743	2.270	13.036	2.392	13.336	2.520	13.573	2.648	14.053	2.882	14.971	3.265

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022. *Ñuble fue creada como región el año 2017.

Adicionalmente, hay que recordar que este estudio tiene un enfoque territorial, por lo cual el uso de información será a escala barrial. Es decir, el análisis de resultado se trabajará a nivel de **unidades vecinales**, similares a las zonas censales del INE (conglomerados de manzanas) que coinciden con la percepción de barrio que tienen sus residentes y se ha validado como tal en la investigación urbana (Link y Valenzuela, 2018). También se realizan análisis a nivel de comuna y región.

En esta línea, en la Tabla 3, se puede ver un compilado de la distribución de UV por regiones para el año 2022 y en la Tabla 4 la evolución entre el periodo analizado, además de la especificación ´por personas mayores,

Tabla 3. Total de personas en el Registro Social de Hogares (RSH) y unidades vecinales por región, 2022

Región	2022	
	Población total	Número unidades vecinales
Arica y Parinacota	98.125	116
Tarapacá	268.967	120
Antofagasta	449.675	161
Atacama	281.668	123
Coquimbo	683.649	406
Valparaíso	1.546.931	1.073
Metropolitana	5.658.533	1.380
O'Higgins	85.657	511
Maule	1.028.682	482
Ñuble	465.255	369
Biobío	1.364.893	740
La Araucanía	90.061	522
Los Ríos	368.721	191
Los Lagos	765.444	585
Aysén	98.064	102
Magallanes y Antártica	135.425	104
Total	14.971.212	6.869

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2022

Tabla 4: Total de personas en el Registro Social de Hogares (RSH) y personas mayores según año

Región	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022	
	Total	Mayores												
Arica y Parinacota	161,611	25,995	168,645	27,413	174,342	28,787	180,305	30,344	186,098	31,845	22,004	34,919	98,125	39,955
Tarapacá	218,153	28,545	22,521	30,333	232,397	32,221	23,859	34,171	244,548	35,913	261,818	39,870	268,967	46,335
Antofagasta	360,319	49,973	373,912	53,001	386,969	55,885	399,395	58,924	410,055	62,055	432,039	67,853	449,675	80,756
Atacama	225,259	33,653	230,361	35,761	236,335	37,688	242,162	39,669	248,315	42,094	264,026	45,611	281,668	51,256
Coquimbo	569,515	98,817	591,103	104,205	605,484	109,755	620,456	115,940	634,335	121,873	660,303	132,592	683,649	149,421
Valparaíso	1,273,142	245,406	1,321,283	259,871	1,357,283	274,612	1,390,213	289,133	1,427,798	304,785	1,460,867	336,546	1,546,931	389,172
Metropolitana	4,343,018	759,560	4,460,880	803,376	4,573,540	847,298	4,694,855	894,287	4,817,230	939,610	5,345,258	1,031,888	5,658,533	1,192,114
O'Higgins	736,847	122,773	752,544	129,949	767,965	137,178	783,681	145,064	791,791	153,036	826,877	166,803	856,570	187,364
Maule	875,605	150,901	892,056	159,593	90,856	168,107	928,631	177,096	949,675	186,587	992,142	201,950	1,028,682	222,014
Ñuble							433,485	90,276	440,641	94,629	445,754	101,717	465,255	110,779
Biobío	1,651,872	291,145	1,689,124	307,063	1,713,749	322,755	1,305,032	248,827	1,295,890	260,572	1,315,728	279,639	1,364,893	309,438
La Araucanía	826,173	144,956	83,964	152,425	85,501	159,734	871,229	167,248	855,903	174,793	707,486	185,233	900,610	200,914
Los Ríos	305,933	57,014	31,972	59,834	325,674	62,611	331,598	65,739	337,664	68,673	352,323	73,527	368,721	80,666
Los Lagos	664,026	107,700	681,564	113,619	695,281	119,239	707,688	125,159	719,213	131,433	74,194	141,414	765,444	156,000
Aysén	83,901	12,206	88,457	13,180	90,611	13,957	9,298	14,843	95,034	15,726	95,938	16,555	98,064	17,834
Magallanes y Antártica	103,664	19,445	10,852	20,662	112,413	21,880	116,133	23,065	118,686	24,074	128,739	26,094	135,425	30,509
Total	12,399,038	2,148,089	12,743,019	2,270,285	13,035,613	2,391,707	13,336,433	2,519,785	13,572,876	2,647,698	14,053,242	2,882,211	14,971,212	3,264,527

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022

4. Dependencia y medición a partir del RIS

En Chile la Ley Nº 20.422 define dependencia como *“El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida”*. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), la dependencia ocurre cuando la capacidad funcional de una persona ha disminuido a un punto en el que ésta ya no es capaz de llevar a cabo tareas de la vida cotidiana sin la ayuda de un tercero y que ya no puede compensarse con otros aspectos del entorno de la persona mayor o con el uso de los dispositivos de apoyo disponibles.

Las personas con dependencia, aunque requieren una intervención continuada basada en el apoyo y los cuidados, no necesariamente es permanente (IMSERSO, 2005). Además, la dependencia puede manifestarse en cualquier etapa de la vida, ya sea desde el nacimiento, como resultado de un accidente o una enfermedad aguda durante la infancia, juventud o edad adulta, o, más comúnmente, surgir progresivamente con el envejecimiento debido a enfermedades crónicas o al deterioro fisiológico general relacionado con el proceso natural de envejecimiento (IMSERSO, 2005). Por lo tanto, no debería asociarse como una característica exclusiva de la vejez, ni tampoco como un estado necesariamente permanente como lo define el Estado chileno, ya que depende de las dificultades biológicas y del entorno para el mantenimiento de la autonomía (Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo, 2023)

En términos operacionales, la dependencia se ha evaluado comúnmente mediante herramientas que identifican si la persona necesita asistencia con las actividades de la vida diaria (AVD). Estas podrían clasificarse en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Las ABVD mide las capacidades más elementales para la vida independiente de una persona. Usualmente, su medición contempla el Índice de Barthel, donde se asignan valores según el tiempo y la cantidad de asistencia física real que requieren para realizar actividades en 10 dimensiones (Mahoney & Barthel, 1965) o el Índice de Katz, que utiliza 6 ítems dicotómicos para evaluar la capacidad o incapacidad de efectuar una serie de tareas (Katz et al., 1963). Estas actividades incluyen el cuidado personal como lavarse los dientes, usar el baño, vestirse, alimentarse, y la movilidad como moverse de un lugar a otro, desplazarse dentro del hogar para bañarse o subir escaleras.

La AIVD por su parte, evalúa la capacidad funcional de las personas en el desarrollo de tareas habituales para vivir de manera independiente. Estas actividades incluyen la capacidad de utilizar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte y responsabilidad respecto de la medicación y administración de su economía. Usualmente se utiliza el Índice de Lawton y Brody para su medición, el cual permite no solo tener una puntuación global, sino que también por dimensiones en sí mismas (Lawton & Brody, 1969).

Sin embargo, hay diferencias entre estos instrumentos; algunos utilizan respuestas simples de "sí" o "no", mientras que otros emplean respuestas más detalladas o graduadas (OMS, 2015). En el caso del Registro Social de Hogares (RSH) en Chile, el modelo teórico de dependencia contempla tres instrumentos de respuestas "sí" y "no": el primero basado en CASEN 2006, que consulta si alguna persona de la familia tiene o no una condición de carácter permanente (ceguera o dificultad visual, sordera o dificultad auditiva, mudez o dificultad en el habla, dificultad física, problemas mentales, y/o problemas psíquicos); el segundo utiliza ítems del Índice de Lawton y Brody (AIVD) respecto a actividades que puede realizar una persona sin ayuda o compañía (salir solo/a a la calle sin ayuda o compañía y hacer compras o ir al médico solo/a sin ayuda o compañía); y el tercero es el Índice de Katz (ABVD) que consulta respecto a dimensiones del autocuidado y desplazamiento (bañarse, lavarse los dientes, peinarse o comer solo/a, moverse o desplazarse solo/a dentro de la casa, y controlar completamente los esfínteres).

A diferencia de las escalas originales, la aproximación del RSH combina y selecciona solo algunas de los ítems de cada escala, midiendo un rango amplio de actividades que la persona puede o no realizar, a la vez que incorpora un módulo referido a discapacidad (condiciones de larga duración). Específicamente combina todas las tareas de autocuidado del Índice de Katz (ABVD) en una pregunta, las de desplazamiento dentro del hogar en otra y control de esfínteres en otra, e incorpora solamente desplazamiento físico de la persona (fuera de la casa) del Índice de Lawton & Brody (AIVD). Con todo, esto resulta en cuatro clasificaciones de dependencia/autovalencia:

- **Autovalentes:** personas con una condición de salud permanente, pero sin condición de dependencia (puede realizar todas las actividades instrumentales).
- **Dependencia leve:** personas con una condición de salud permanente, en situación de dependencia leve (no puede realizar alguna de las actividades instrumentales, pero puede desarrollar todas las actividades básicas de la vida diaria).
- **Dependencia moderada:** personas con una condición de salud permanente, en situación de dependencia moderada (no puede realizar alguna de las actividades instrumentales, y no puede realizar una o dos de las actividades básicas de la vida diaria).
- **Dependencia severa:** personas con una condición de salud permanente, en situación de dependencia severa o profunda (no puede realizar ninguna actividad básica de la vida diaria o instrumental).

A lo anterior se agrega una categoría adicional denominada “sin condiciones de salud”, la cual refiere a personas que no presentan ninguna condición de salud permanente ni se encuentran en ningún nivel de dependencia.

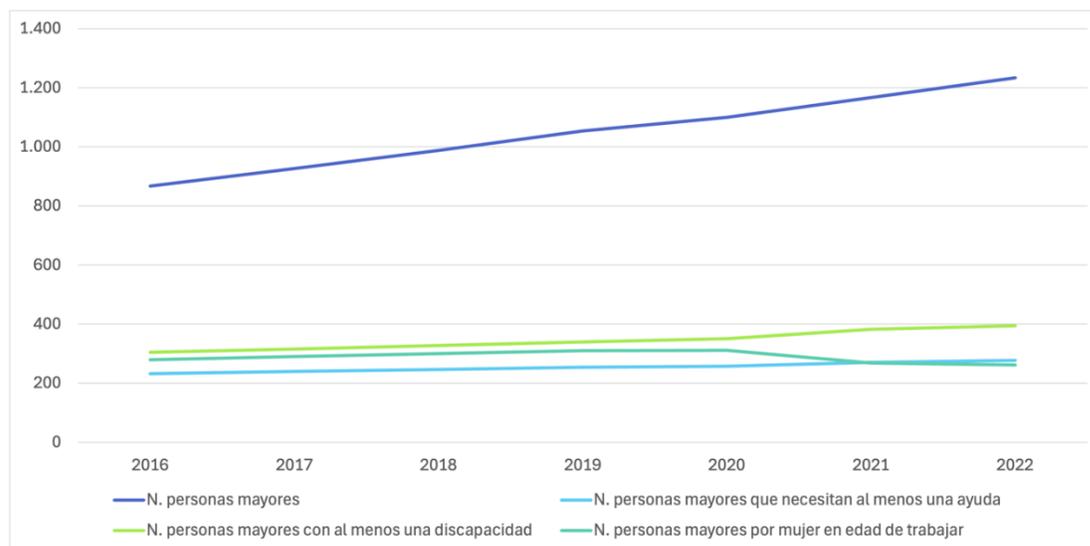
Resultados

Considerando la conceptualización y operacionalización previamente indicada del concepto de dependencia por parte del RSH, a continuación, se presentan distintos gráficos que muestran la evolución y prevalencia de esta variable en población mayor en el país, así como otra información relevante.

En el Gráfico 1 se observa un aumento constante y sostenido en la cantidad promedio de personas mayores por unidad vecinal (UV), pasando de 867 en 2016 a 1.234 en 2022. Respecto a aquellas que necesitan al menos una ayuda, el promedio también ha crecido de 232 en 2016 a 277 por UV en 2022, mientras entre las que presentan al menos una condición de salud permanente o discapacidad, ha subido de 304 a 394 por UV en el mismo período.

Una medida que ayuda a evaluar la carga de cuidados en la población laboral femenina es el promedio de personas mayores por mujer en edad de trabajar, valor que fue promediado también por cada unidad vecinal. Esta medida revela un aumento de 279 en 2016 a 311 en 2020, pero ha disminuido ligeramente en los últimos dos años, situándose en 261 personas mayores por mujer en edad de trabajar en 2022.

Gráfico 1. Promedio por UV de personas mayores, con discapacidad, dependencia y por mujer EDT, según año

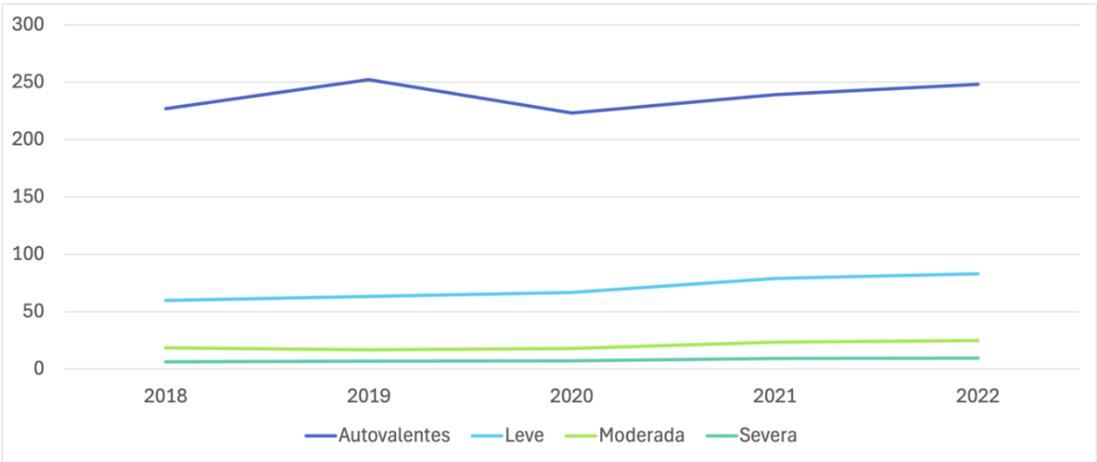


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

En el grupo de autovalentes, que corresponde a personas mayores con una condición de salud permanente, pero sin condición de dependencia, se observa que representa a un segmento mayoritario de este grupo, aunque con variaciones a lo largo de los años (Gráfico 2). Desde 2018, las personas mayores autovalentes han aumentado de 227 a 248 promedio en 2022 por UV, con un descenso temporal en 2020. Respecto a aquellos con dependencia leve (personas con una condición de salud permanente, que no puede realizar alguna de las AIVD, pero puede desarrollar todas las ABVD), ha mostrado un crecimiento constante, pasando de 60 en 2018 a 83 en promedio en 2022, lo que podría indicar un aumento en la necesidad de asistencia básica en esta población.

Por su parte, del grupo de personas mayores con dependencia moderada (con una condición de salud permanente, y que no puede realizar alguna de las AIVD, y no puede realizar una o dos de las AVBD) también ha crecido ligeramente de 18 en 2018 a 25 en promedio en 2022 por UV, lo que sugiere una tendencia al alza en personas que necesitan un apoyo más regular. Finalmente, aunque es el grupo más pequeño, las personas mayores que declaran dependencia severa (personas con una condición de salud permanente, y que no puede realizar ninguna ABVD o AIVD) reflejan un aumento gradual, pasando de 6 en 2018 a 9 personas por UV en promedio en 2022.

Gráfico 2. Promedio por UV de personas mayores por niveles de dependencia, según año



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

Considerando solamente el año 2022, se observa en la Tabla 5 que el promedio de personas mayores sin ninguna condición de salud es un grupo mayoritario independiente de la región, siendo Aysén la que presenta el promedio más alto (80%), seguida por Coquimbo (77,2%) y Antofagasta (76,9%), en contraste con las regiones de Arica y Parinacota (49,6%) y Atacama (51,8%) que muestran los promedios más bajos. Asimismo, en el grupo de autovalentes, las regiones con los mayores promedios son Arica y Parinacota (31,5%) y Ñuble (29%), mientras que Aysén (14,7%) y Atacama (13,6%) tienen los valores más bajos.

Tabla 5. Porcentaje de personas mayores por niveles de dependencia, según región (año 2022)

Región	Sin condición de salud	Autovalentes	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
Arica y Parinacota	49,6	31,5	10,8	2,6	1,3
Tarapacá	68,3	22,7	5,8	1,7	0,7
Antofagasta	76,9	16,0	4,7	1,6	0,7
Atacama	51,8	13,6	3,9	1,5	0,6
Coquimbo	77,2	16,7	3,8	1,2	0,5
Valparaíso	72,8	18,2	5,8	1,9	0,8
Metropolitana	64,7	21,1	7,0	2,2	1,0
O'Higgins	68,8	22,8	5,9	1,7	0,7
Maule	69,2	20,1	6,2	1,8	0,6
Ñuble	61,0	29,0	6,2	1,8	1,2
Biobío	67,9	20,6	7,0	1,9	0,7
Araucanía	75,5	16,3	5,8	1,7	0,6
Los Ríos	70,8	19,8	6,3	1,9	0,7
Los Lagos	63,2	20,5	5,5	1,2	0,5
Aysén	80,0	14,7	3,1	1,5	0,6
Magallanes y Antártica	73,5	17,7	5,3	1,8	0,7
Total	68,5	20,2	6,1	1,8	0,8

Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2022.

Continuando con la Tabla 6, el promedio nacional respecto a dependencia leve es de 6,1%, y regiones como Arica y Parinacota (10,8%), Metropolitana y Biobío (7% en ambos casos) lideran en este grupo. Coquimbo (3,8%) y Aysén (3,1%), por su parte, representan los promedios más bajos. Respecto a la dependencia moderada y severa, los mayores

porcentajes de personas mayores en estas categorías se encuentran en Arica y Parinacota, Ñuble y Metropolitana, aunque no sobrepasa el 3%.

Analizando el promedio de personas mayores por UV en cada zona y región (Gráfico 3-7), la situación revela que existe un mayor promedio por UV de personas con algún nivel de dependencia en la Región de Atacama, dentro de lo que corresponde a la macrozona norte. No obstante, se concentra en los niveles principalmente leve y moderado. En la zona centro, la región de Coquimbo alcanza un mayor número promedio de personas mayores por UV con algún nivel de dependencia, en contraste a la región de Valparaíso.²

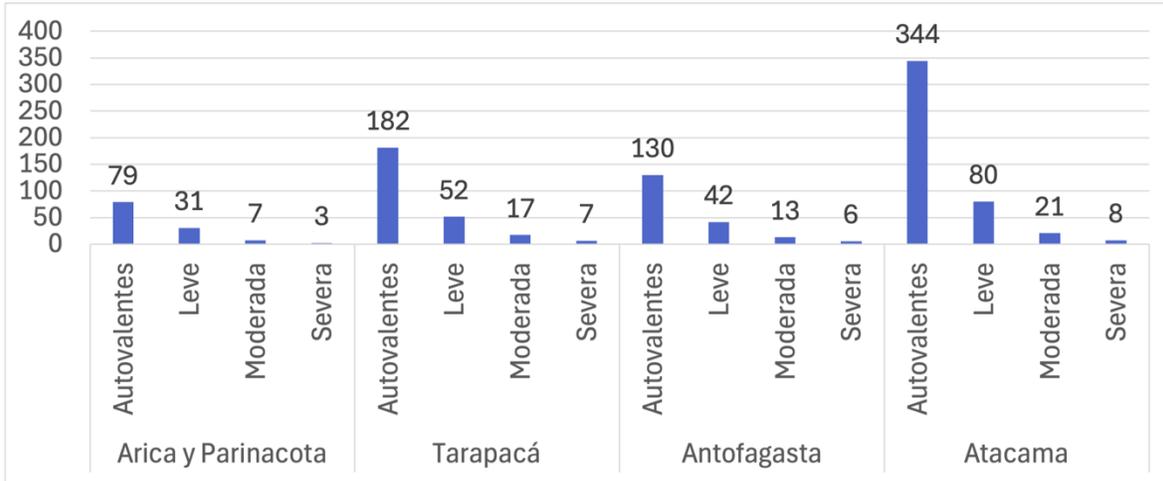
En tanto a la zona centro sur, existe un mayor promedio de personas con algún nivel de dependencia por unidad vecinal en la Región del Ñuble, especialmente aquellos con dependencia leve, seguido de la región del Biobío, Maule y finalmente O'Higgins.

Entre las zonas sur y austral, es la Región de Los Lagos quien destaca con un mayor promedio por UV de personas mayores con algún nivel de dependencia, aunque se concentra principalmente en la categoría leve. A esta le sigue la región de Los Ríos, La Araucanía, Magallanes y Antártica y finalmente Aysén.

Finalmente, en la Región Metropolitana se observa que existen 119 personas mayores promedio por UV con dependencia leve, 35 en el nivel moderado y 13 en el nivel severo.

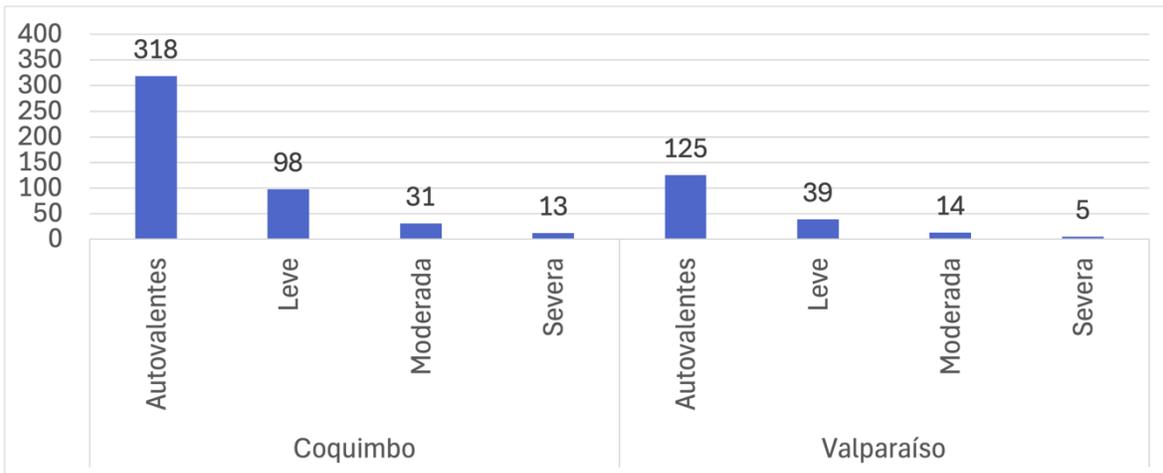
² Se debe señalar que los análisis aquí presentados son promedios por unidades vecinales, por lo que, el número de unidades vecinales por región podría distorsionar los análisis. Esto porque, regiones más densas y con mayor dependencia podría exhibir menores promedios por el hecho de dividir por un número mayor de unidades vecinales. Por lo tanto, se deja a disposición del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, las tablas desagregadas por región, comuna y unidades vecinales para los años 2018, 2020 y 2022, con las proporciones calculadas de personas mayores, según sexo y niveles de dependencia. Estos archivos se encuentran en este [enlace](#).

Gráfico 3. Promedio por UV de personas mayores de la macrozona norte según nivel de dependencia, año 2022



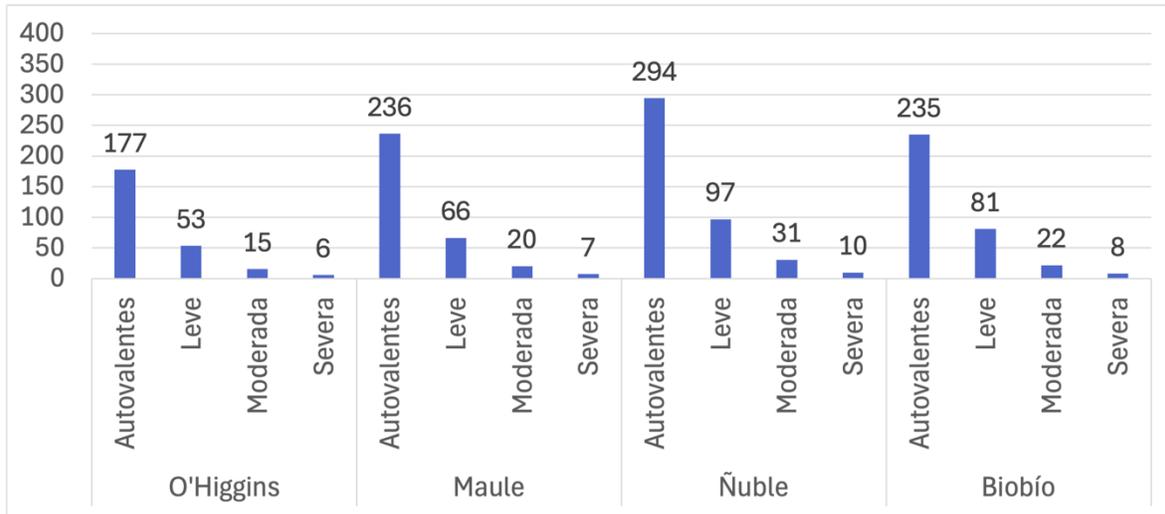
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2022.

Gráfico 4. Promedio por UV de personas mayores de la macrozona centro según nivel de dependencia, año 2022



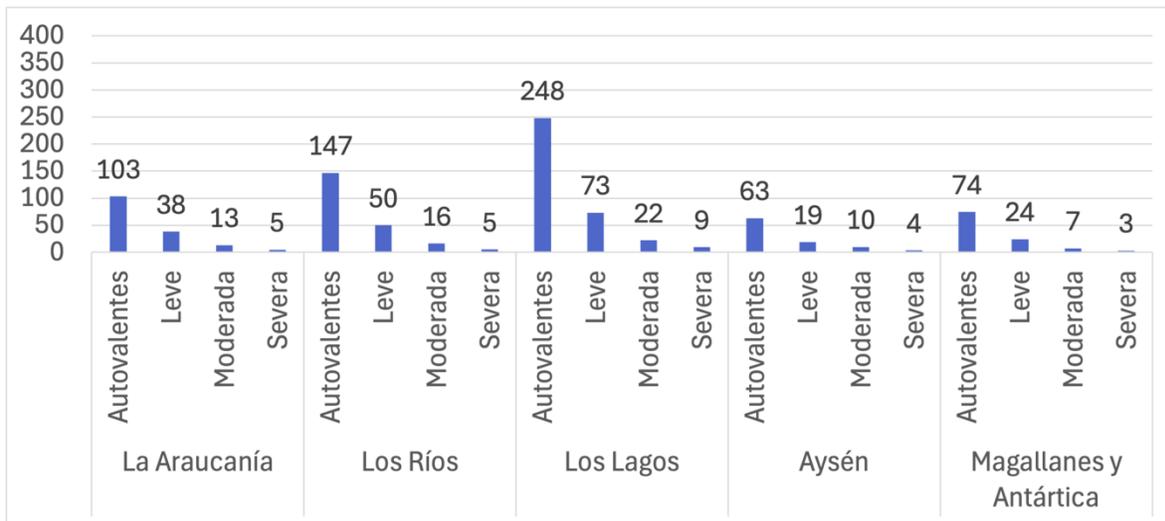
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

Gráfico 5. Promedio por UV de personas mayores de la macrozona centro sur según nivel de dependencia, año 2022



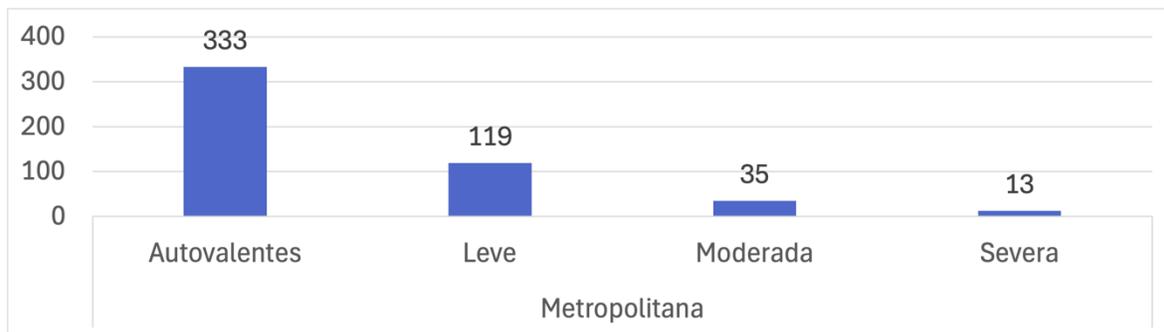
Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

Gráfico 6. Promedio por UV de personas mayores de la macrozona sur y austral según nivel de dependencia, año 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

Gráfico 7. Promedio por UV de personas mayores de la Región Metropolitana según nivel de dependencia, año 2022



Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Social de Hogares 2016-2022.

5. Demanda y oferta de cuidados: un enfoque territorial

El objetivo de este capítulo es realizar un análisis territorial de la demanda y oferta de cuidado de personas mayores dependientes en Chile a través del tiempo, identificando áreas geográficas donde existen brechas de acceso a instituciones y/o programas de cuidados financiados por el Estado, pero también por privados.

Literatura existente ha expuesto en evidencia cómo existe un acceso desigual a distintos tipos de servicios como los de salud, lo que refleja principalmente desigualdades socioeconómicas en Chile. Por ejemplo, se ha observado cómo disparidades afectan especialmente a las personas mayores con acceso limitado a sistemas privados o recursos económicos (Balsa et al., 2009), y cómo la distribución espacial de la atención refleja desigualdades sociales subyacentes, con barrios que muestran diferentes capacidades para responder a las necesidades de atención en función de su estatus socioeconómico (Link et al., 2021). Por su parte, la ubicación de establecimientos de cuidado para personas mayores en Chile está relacionada con la concentración de población y niveles de ingresos municipales, existiendo brechas significativas en áreas de bajos ingresos donde la instalación de establecimientos subsidiados no ha sido efectiva (Villalobos, 2018).

Como se indicó al inicio de este informe, los sistemas de cuidado en la región están dominados por la familia, lo que genera una alta dependencia de mujeres como cuidadoras informales. Las necesidades crecientes debido al envejecimiento exigen una mayor participación del Estado y políticas integradas para abordar la "crisis del cuidado" (Posthuma, 2021). Discusiones actuales sobre igualdad exponen un conjunto de causas y factores acerca del impacto que tiene el componente territorial en las posibilidades de las mujeres de tener autonomía económica y posibilidades de desarrollo, ya que dadas sus características, este aspecto incide en el acceso al mercado laboral y las redes de apoyo que lo permiten, lo cual incluye políticas y programas de cuidados (RIMISP, 2015).

En línea con esto, estudios comparados también han revelado la importancia de implementar políticas que garanticen la equidad territorial y socioeconómica en el acceso a servicios de cuidados a personas mayores con dependencia funcional en el país (Matus-López y Chaverri-Carvajal, 2021). Incluso, existe evidencia que respalda que el envejecimiento no actúa como un nivelador de desigualdades; más bien, las condiciones socioeconómicas iniciales tienen un impacto duradero en la progresión de la discapacidad y la mortalidad en personas mayores (Fuentes-García et al., 2013)

Considerando todo lo descrito, para este estudio en específico, la oferta de cuidados considera información territorial de programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y del Ministerio de Salud (MINSAL). En el primer caso, la oferta está compuesta fundamentalmente por los siguientes programas: i) Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor (CEDIAM), ii) Programa Cuidados Domiciliarios y iii) Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). Para una caracterización más detallada de estos, ver Tabla 1³. A la vez que en el caso de MINSAL, se incorpora la oferta de servicios de salud, tales como hospitales, servicios de urgencia, centros de atención primaria (CESFAM, consultorios, etc.).

Para el caso de la oferta privada, se incluye los proveedores privados de ELEAM (con o sin fines de lucro), así como otros tipos de residencias de larga estadía, distribuidos a nivel territorial a lo largo del país, a la par que se incluye la oferta privada de salud, asociada a la presencia territorial de clínicas, centros de diagnósticos, centros dentales, laboratorios, etc.

³ Algunas fuentes utilizadas: [SENAMA | Servicio Nacional del Adulto Mayor;](https://www.chileatiende.gob.cl/) https://www.dipres.gob.cl/597/articles-276052_doc_pdf.pdf;

Tabla XX. Oferta pública dirigida al cuidado de personas mayores en situación de dependencia y cuidadores en Chile, SENAMA

Nombre Programa	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Cobertura
Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor	Mejorar o mantener la funcionalidad de PM con un grado de dependencia leve, permitiéndoles mantenerse en su entorno familiar y social	<p>Estos Centros tienen capacidad para recibir entre 30 a 90 PM y una participación mínima de 3 veces por semana. Los servicios que se entregan se agrupan en 3 áreas: Personal, Social y Comunitaria.</p> <p>En lo Personal, se establece un plan de atención integral, en el que se incluye: a) atención integral a la persona mayor; b) acciones de intervención del cuidador; c) servicios generales. Todos estos servicios se entregan acorde a las necesidades de cada persona mayor y la distribución de horas del RRHH.</p> <p>En lo Social, se realizan talleres para fortalecer los vínculos entre las PM y la comunidad.</p> <p>En lo Comunitario, se planifican actividades en la comunidad, además de poner a disposición el Centro Diurno para la comunidad y PM del territorio, sean estas beneficiarias o no del programa. Además, se promueve la autogestión de los usuarios del Centro Diurno y se realizan acciones comunitarias con el uso de herramientas tecnológicas que faciliten la participación a distancia.</p> <p>El plan de atención integral se define para 6 meses, pero según sea la reevaluación de dicho plan, se realizan los ajustes pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso de la PM.</p>	Personas de 60 años y más que presentan dependencia leve y/o moderada, con instrumento en uso de la red de salud o según Registro Social de Hogares y que su calificación socioeconómica esté dentro del tramo del 60% de acuerdo con el Registro Social de Hogares (RSH).	164 centros en el 2023.
Centros Diurnos Referenciales	Mejorar o mantener la funcionalidad de PM con un grado de dependencia leve y/o moderada, manteniéndose en su entorno familiar y social	<p>Atienden a 90 PM que pueden asistir en jornadas parciales o completas.</p> <p>Los servicios que se entregan son de carácter individual y grupal, los que quedan establecidos en el plan de atención integral a través de: i) Atención integral a la persona mayor, por medio de terapias funcionales, cognitivas, socioafectivas, servicios de orientación para el domicilio; ii) Acciones de intervención del cuidador; iii) Servicios a la comunidad, a través del uso de infraestructura por parte de la comunidad, formación de actores claves en temas de gerontología, generar proyectos de investigación en el Centro Diurno y difundir a la comunidad; iv) Servicios generales, dado que las PM pueden asistir en jornada completa, según corresponda, se pueden entregar servicios de alimentación que incluyen desayuno, almuerzo y colación, ya sea por elaboración propia del centro (debe contar con autorización sanitaria) o servicios externos.</p> <p>El plan de atención integral se define para 6 meses, pero según sea la reevaluación de dicho plan, se realizan los ajustes pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso de la PM.</p>	Personas de 60 años y más que presentan dependencia leve y/o moderada, con instrumento en uso de la red de salud o según Registro Social de Hogares y que su calificación socioeconómica esté dentro del tramo del 60% de acuerdo con el Registro Social de Hogares (RSH).	164 centros en el 2023.

Nombre Programa	Objetivo	Descripción	Beneficiarios	Cobertura
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	Entregar servicios de residencia y de cuidados especializados a PM vulnerables.	Corresponden a residencias en las que podrán vivir en forma permanente o temporal, personas mayores que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Allí se les brindarán servicios y cuidados de largo plazo. El modelo de intervención se funda en un enfoque de derechos, y apunta a la implementación de servicios socio- sanitarios para la atención de los residentes, potenciando las capacidades remanentes y todos aquellos elementos que refuercen su identidad y autonomía. Entre los servicios que entrega están: alojamiento, diagnóstico y evaluación geriátrica integral, atención gerontogeriátrica, de estimulación y rehabilitadora, apoyo y cuidado personal, alimentación (de acuerdo a los requerimientos nutricionales de los residentes), provisión de ropa de cama y mesa, aseo y apoyo socio comunitario, que promoverá la vinculación de los residentes entre sí y con la comunidad.	Adultos mayores de 60 y más años, pertenecientes hasta el tramo del 60% del Registro Social de Hogares, que presenten algún nivel de dependencia moderada a severa, con vulnerabilidad social y que no cuenten con redes de apoyo efectivas.	20 ELEAM a lo largo del país con cerca de 1.100 plazas a marzo 2024.
Subsidio ELEAM	Mejorar las condiciones de vida de las PM dependientes y vulnerables que residen en (ELEAM) sin fines de lucro	Para acceder a los recursos disponibles, los ELEAM deben postular al llamado a concurso del Fondo Subsidio ELEAM proyecto de iniciativas de apoyo directo hacia los residentes. Estos proyectos deben abordar las siguientes áreas: satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de sus derechos y promoción del envejecimiento activo.	Instituciones públicas y privadas, sin fines de lucro que administren uno o más ELEAM, que además cumplan con los siguientes requisitos: que se encuentren en situación de dependencia, leve, moderada o severa, certificada por la correspondiente evaluación y que se encuentren en situación de vulnerabilidad social según el Registro Social de Hogares.	162 ELEAM sin fines de lucro con cerca de 6.000 residentes el 2023.

<p>Cuidados domiciliarios</p>	<p>Entregar servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria a PM que presentan dependencia moderada y/o severa, quienes carecen de una red eficaz de apoyo y que se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, buscando mejorar su calidad de vida y el resguardo de su autonomía, dignidad e independencia.</p>	<p>Servicios de apoyo y cuidados en actividades de la vida diaria en domicilio, a personas de 60 años o más, que se encuentran en una situación de dependencia moderada o severa.</p> <p>El servicio es entregado por asistentes capacitados/as que apoyan en actividades, tales como: vestirse, preparar alimentos, acompañar a controles médicos, apoyar en el orden y limpieza del hogar, entre otros.</p>	<p>Personas de 60 años y más, que presentan dependencia moderada y/o severa, quienes carecen de una red eficaz de apoyo y que se encuentran en el 60% según la calificación socioeconómica del Registro Social de Hogares. Además, deben residir en la comuna donde se implementa el proyecto de cuidados domiciliarios.</p>	<p>El programa está presente en 58 comunas del país el 2023. Según datos del año 2021 el programa atendió a cerca de 1.200 PM.</p>
--------------------------------------	--	---	--	--

Datos y métodos

Para identificar la demanda por cuidados, el presente análisis se enfoca en personas mayores de 60 años o más con dependencia, es decir, cuando su capacidad funcional ha disminuido a un punto en que no puede llevar a cabo actividades diarias sin ayuda de un tercero (OMS, 2015). Esta población se extrae del Registro Social de Hogares (2016-2021) que corresponde a información administrativa que recoge el Ministerio de Desarrollo Social y Familia del Gobierno de Chile, a la cual se obtuvo acceso a través de concurso público. Dicha información se vincula a la cartografía de Chile, y en particular, a los polígonos de unidades vecinales⁴, los cuales se gradúan de acuerdo con la proporción de personas mayores, según niveles de dependencia.

Tal como se indicó, la oferta de cuidados se extrae de los programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y del Ministerio de Salud (MINSAL), para lo cual se vincula espacialmente las coordenadas geográficas de cada institución a los polígonos de unidades vecinales. Específicamente, los programas de SENAMA que se analizan corresponden a CEDIAM, cuidados domiciliarios y ELEAM. Como también se mencionó, las bases de SENAMA permiten adicionalmente sumar información sobre ELEAM con o sin fines de lucro, lo que permite enriquecer el análisis.

En el caso de establecimientos de salud de MINSAL⁵, éstos se encuentran georreferenciados en una base de datos públicamente disponible y dispuesta en la página del Departamento

⁴ Las Unidades Vecinales (UVs) son territorios en que se subdividen las comunas para efectos de descentralizar asuntos comunales y promover la participación ciudadana y la gestión comunitaria, y en el cual se constituyen y desarrollan sus funciones las juntas de vecinos. La creación de las UVs queda establecida en el Decreto 58 Fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado de la Ley Nº19.418, sobre juntas de vecinos y demás organizaciones comunitarias del Ministerio del Interior del Gobierno de Chile. Los polígonos de unidades vecinales se encuentran públicamente disponible en formato shapefile en el Banco Integrado de Datos (BIDAT) del Ministerio de Desarrollo Social y Familia: <https://bidat.midesof.cl/directorio/Registro%20Social%20de%20Hogares/shapes-de-unidades-vecinales-rsh/Shapes%20de%20unidades%20vecinales%20RSH>

⁵ Corresponden a una estructura organizada pública o privada, que posee un lugar, recursos humanos, financieros y materiales, para proporcionar todas o algunas de las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y rehabilitación a personas, familias o comunidades, ya sean en forma presencial o remota. Son autorizados sanitariamente por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIs) y acreditados en cuanto a calidad por la Superintendencia de Salud, y en ambos casos se requieren las respectivas personas jurídicas responsables de esos establecimientos (Prestador de Salud Institucional).

de Estadísticas e Información de Salud (DEIS).⁶ A septiembre de 2024, esta base cuenta con 4.628 establecimientos de salud en todo el país, de los cuales 29 son programas de atención y 266 son unidades de atención. De los 4.333 establecimientos de salud restantes, no se consideran 93 cuya dependencia administrativa son de las fuerzas armadas y de orden o gendarmería. Además, se eliminaron 55 establecimientos de salud sin georreferenciación.

Para identificar necesidades de cuidado, se estiman distancias lineales entre el centroide de cada unidad vecinal y las distintas instituciones de cuidado, determinando aquellas que están a distintos radios (0.1, 0.5, 1, 2, o más kilómetros a la redonda).

Las proporciones de personas mayores y sus niveles de autonomía que se presentan en los mapas se puede traducir a un indicador de autocorrelación espacial. En particular, se estima el indicador de Moran (1948), un estadístico que mide qué tan dispersos o agrupados se encuentran los valores similares de un atributo específico. En este caso, se estima si existen *clusters* de demanda de cuidado de personas mayores y luego, si existen clusters según el nivel de autonomía de personas mayores, esto es, si zonas de alta proporción de personas mayores sanas y autónomas están agrupadas y/o son colindantes entre sí. El indicador puede tomar valores entre -1 y 1, donde -1 indica dispersión perfecta del atributo, 0 sugiere distribución aleatoria del atributo y 1 indica una agrupación perfecta de valores similares del atributo. En la práctica se estima una regresión lineal a nivel de unidades vecinales con la proporción de personas mayores en la unidad vecinal como variable dependiente y se incluye el promedio de la proporción de personas mayores en las unidades vecinales colindantes. Así se obtiene este índice de correlación espacial.

⁶ <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>

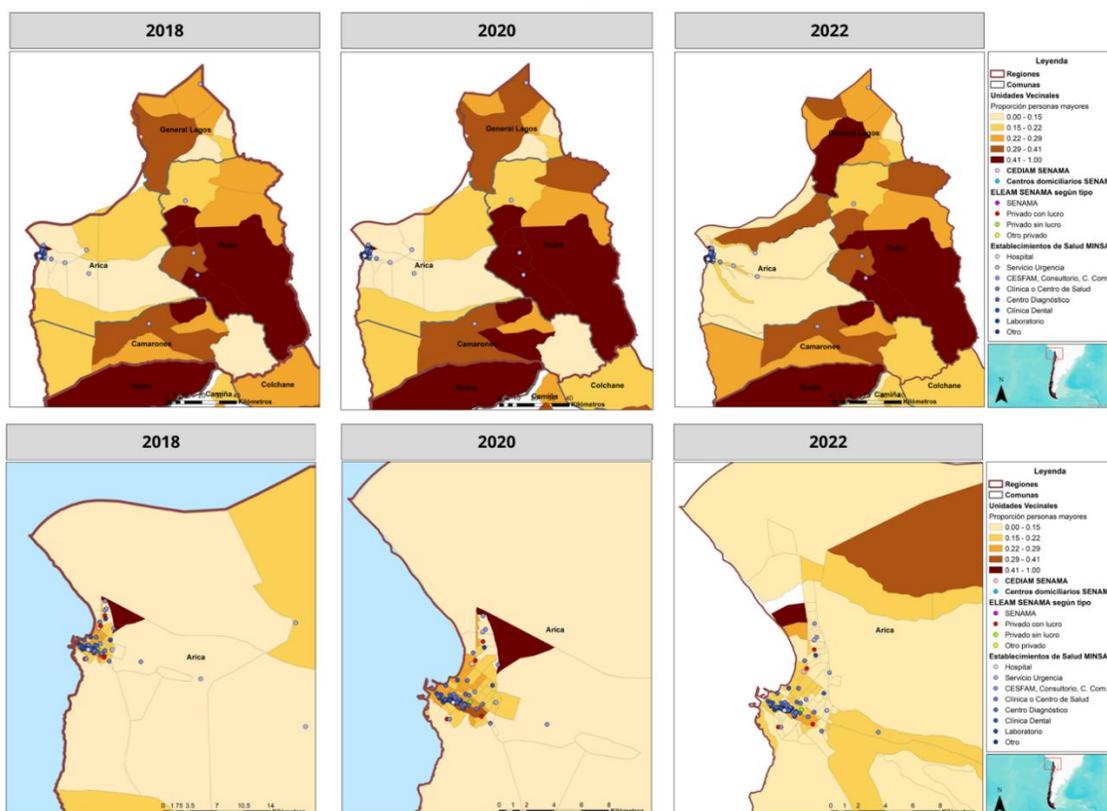
Resultados

A continuación se presentarán los mapas de las regiones con mayor envejecimiento de acuerdo a los datos del Registro Social de Hogares (ver Anexo para el resto de las regiones y capitales regionales). La ilustración 1 refleja la evolución de la Región de Arica y Parinacota (parte superior) y Arica como su capital regional (parte inferior) entre 2018 y 2022. A partir de ella se pueden observar patrones interesantes en términos de demografía y servicios.

A nivel regional y comunal, se aprecia una tendencia creciente en la proporción de personas mayores entre 2018 y 2022 (colores más oscuros), especialmente en áreas rurales como Putre y General Lagos. A 2022, la proporción de personas mayores aumenta en varias comunas, pero Putre sigue siendo la comuna con mayor proporción. En tanto a Arica, el envejecimiento demográfico parece ser más notable en el centro y zonas circundantes.

Respecto a infraestructura y oferta de servicios, la distribución de los íconos que indican los centros SENAMA (públicos y privados) y los establecimientos de salud de MINSAL (ambos en forma de puntos) se mantienen relativamente constantes entre los años, con pocos cambios significativos en la distribución. En total, la región mantiene 7 ELEAM, 2 CEDIAM y 96 servicios de salud. No obstante, los centros y servicios se encuentran altamente concentrados en el núcleo urbano de Arica.

Ilustración 1. Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Arica y Parinacota y su capital regional Arica (2018-2022)

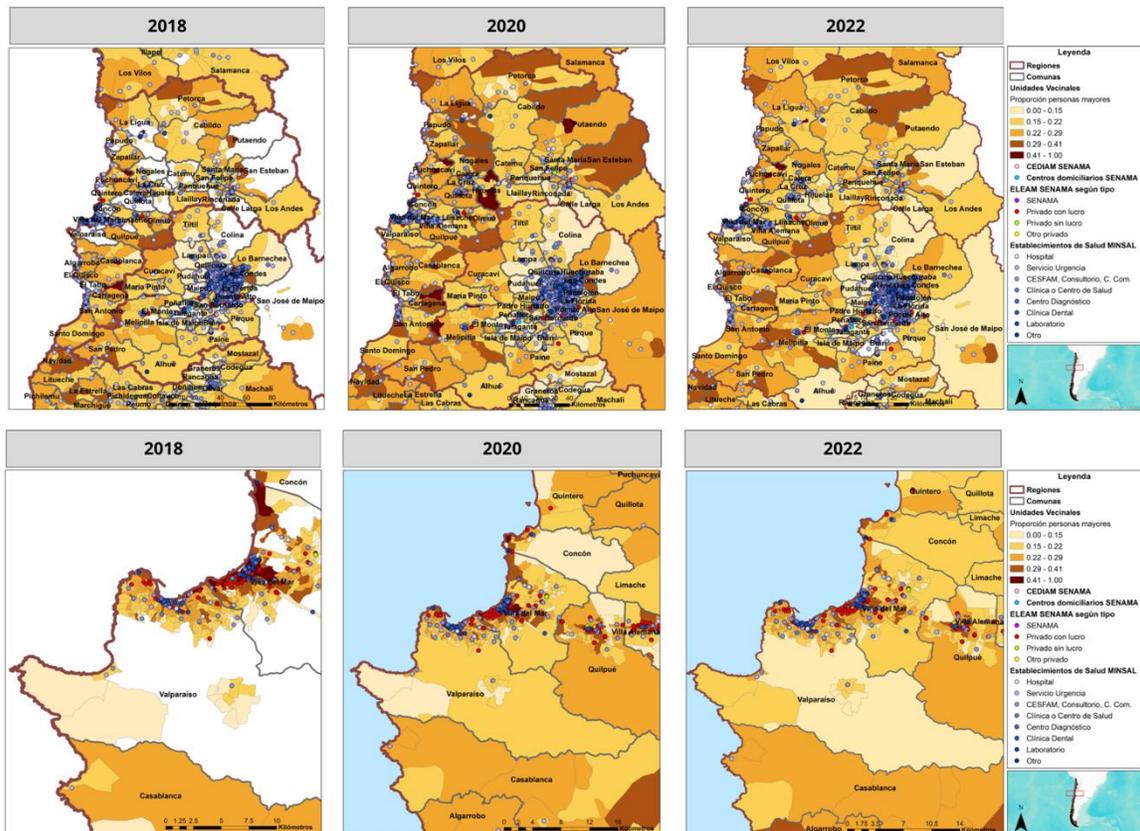


Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018-2022).

En la siguiente Ilustración (2), se aprecia mapas de la Región de Valparaíso (arriba) y su capital regional, Valparaíso (abajo), para los años 2018, 2020 y 2022. A nivel regional, el envejecimiento poblacional es más evidente en las comunas del interior, mientras que las comunas costeras muestran un crecimiento más moderado. Hacia 2020, se observa un aumento en la proporción de personas mayores en varias comunas del interior, como Petorca, Cabildo, La Ligua, Nogales, San Esteban. A pesar de que para 2022 las zonas más oscuras parecen disminuir, varias comunas pasan igualmente desde una baja proporción de personas mayores a una más moderada, lo que indica un envejecimiento poblacional más generalizado. En Valparaíso, particularmente, se observa una tendencia continua en el incremento de la proporción de personas mayores, siendo más marcado en sectores urbanos y suburbanos, lo que se refleja en un aumento de las tonalidades más oscuras.

En cuanto a servicios, en esta región se observa una mayor oferta y más dispersa que en el caso anterior. En este caso, la región presenta 129 ELEM (siendo 116 privados con fines de lucro), 14 CEDIAM y 369 servicios de salud (siendo en su mayoría CESFAM y servicios de urgencia). Los puntos que indican tanto a los centros de SENAMA y los servicios de salud de MINSAL están más concentrados en áreas urbanas, con mayor concentración especialmente en las zonas de Valparaíso y Viña del Mar (ambos concentran 48 ELEM, 3 CEDIAM y 115 servicios de salud). Es particularmente llamativo que existe una oferta importante de ELEM privados con lucro en la zona central y costera de la región, representando más del 87% de la oferta total. Por su parte, en la ciudad de Valparaíso, los centros y servicios se concentran casi en su totalidad en su centro cívico.

Ilustración 2. Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Valparaíso y su capital regional Valparaíso (2018-2022)

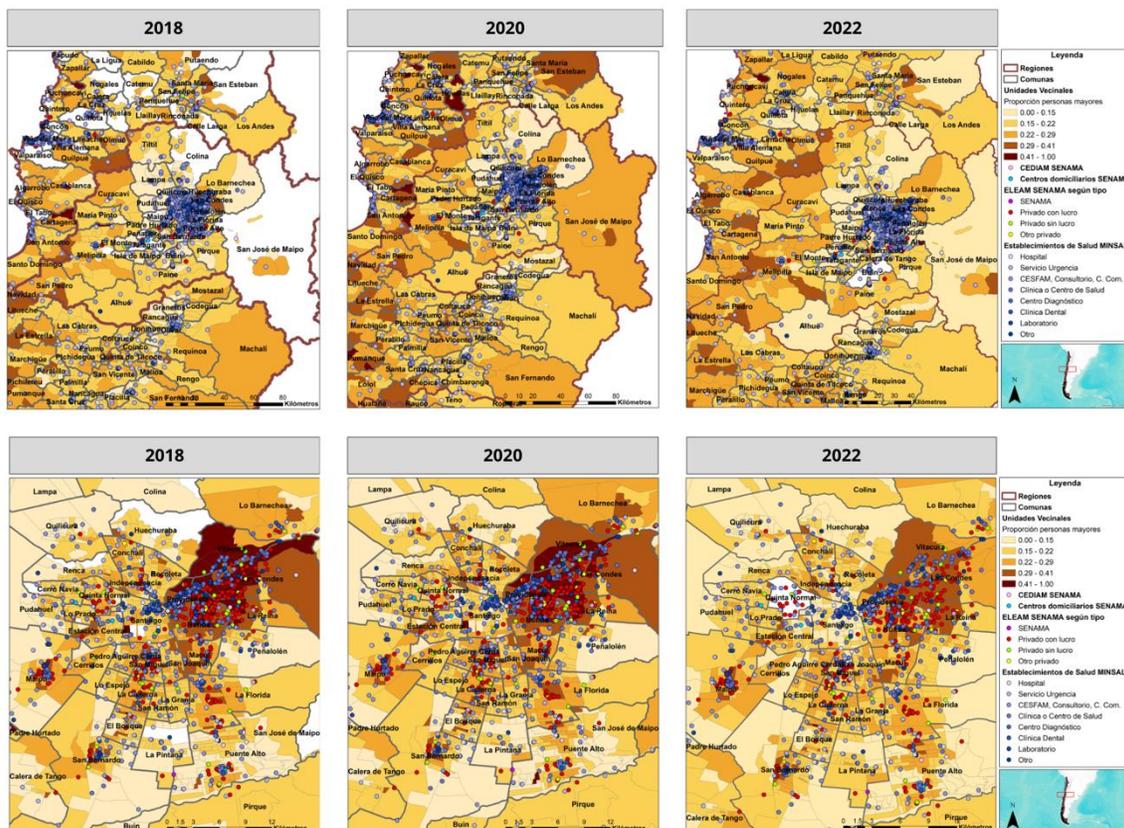


Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018-2022).

Para la Región Metropolitana (Ilustración 3), el envejecimiento poblacional se acentúa en comunas rurales y algunas urbanas periféricas, mientras que las áreas centrales se mantienen con menor proporción de personas mayores. En 2022 se observa un aumento notable en comunas rurales y también en áreas urbanas como Melipilla, Tiltil y Paine, donde se intensifican los tonos oscuros con el tiempo. En Santiago, el sector oriente concentra mayor proporción de personas mayores, especialmente en 2018 y 2020. Posteriormente, se observa una expansión hacia comunas más céntricas como Santiago y Providencia y hacia el sur como La Pintana y San Bernardo.

En la región, se observan 394 ELEAM, 26 CEDIAM y 884 servicios de salud. De ellos, 149 ELEAM se concentran en Las Condes, Ñuñoa y Providencia, y 209 servicios de salud en Providencia, Santiago, y Las Condes. Asimismo, aunque los servicios se concentran en áreas urbanas densas, hay un aumento en su disponibilidad en comunas periféricas a diferencia de otras regiones, pero sigue habiendo desigualdades en la cobertura rural, especialmente en CEDIAM y ELEAM (por ejemplo, Tiltil, María Pinto y San Pedro no tienen ninguno de ellos). En la ciudad de Santiago, comunas como Conchalí y Recoleta, a pesar de su creciente población mayor, cuenta con escasa oferta en contraste con otras comunas de la ciudad.

Ilustración XX. Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región Metropolitana y su capital Santiago (2018-2022)

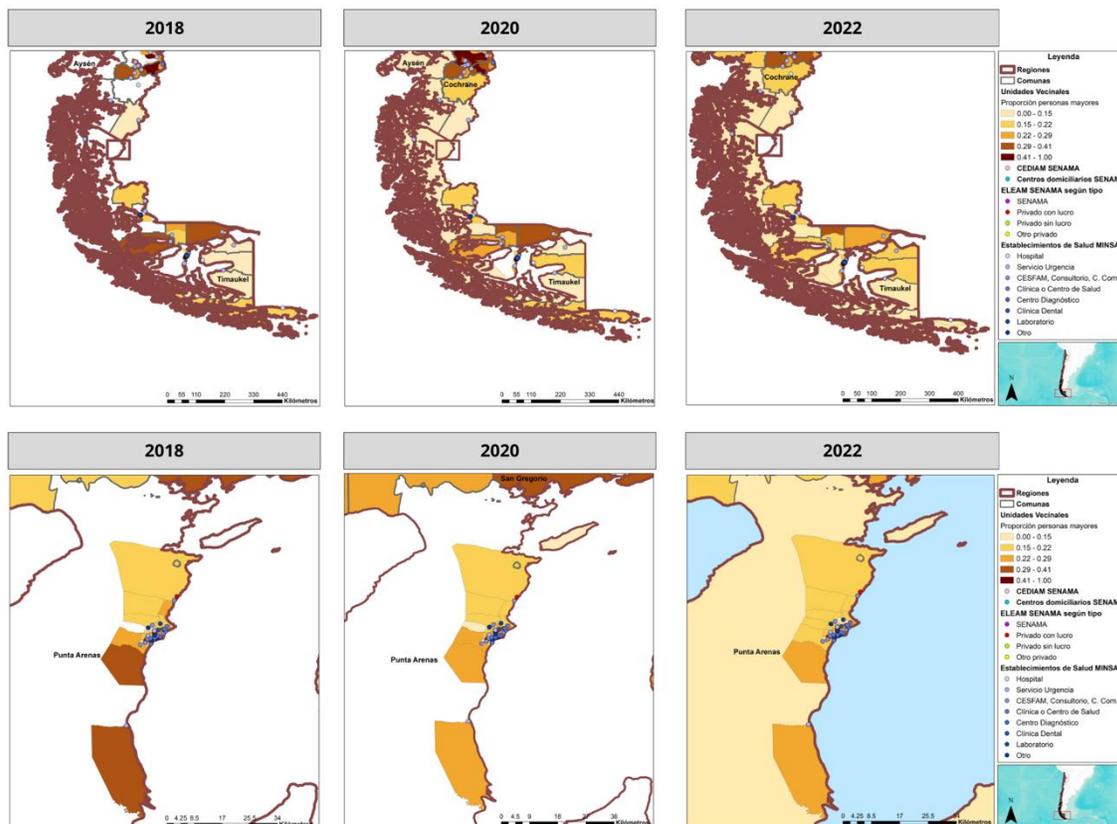


Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018-2022).

Finalmente, en representación de la zona sur y austral, la Región de Magallanes presenta un mayor envejecimiento poblacional en comunas como Laguna Blanca, San Gregorio, Timaukel y Río Verde, con variaciones no constantes entre los tres años. Algo similar ocurre en Punta Arenas, donde se observan áreas menos oscuras a través de los años.

El total de la oferta de centros y servicios corresponde a 8 ELEAM, 2 CEDIAM y 52 servicios de salud. No obstante, la oferta de centros y servicios se concentra hacia Punta Arenas (que presenta 7 ELEAM y 36 servicios de salud, aunque sin presencia de CEDIAM), con escasa dispersión territorial, por lo que las áreas rurales presentan una cobertura mucho más limitada. En Punta Arenas, en particular, la distribución de infraestructura no muestra grandes variaciones, pero permanecen concentrados principalmente en su centro cívico, dejando a las comunas rurales o remotas con baja cobertura.

Ilustración 4. Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Magallanes y su capital Punta Arenas (2018-2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018-2022).

Con respecto al análisis de distancias o accesibilidad a ELEAM en las regiones del país desde sus unidades vecinales (UV), estas están contenidas en la Tabla 7. La distancia promedio muestra una gran variación regional. Por ejemplo, en la Región Metropolitana, la distancia media es de 2,9 km, sugiriendo una mayor densidad de centros de cuidado; mientras que en la Región de Aysén, esta distancia alcanza los 472,8 km, siendo la mayor dispersión geográfica media alcanzada en el país.

La distancia mínima en la mayoría de las regiones es cercana a cero, lo cual indica que en muchas de estas áreas los ELEAM están ubicados muy cerca de ciertas unidades vecinales, a excepción de Aysén cuya distancia mínima es de 291 km. En contraste, las distancias máximas varían ampliamente, destacando a regiones como Aysén (582 km), Magallanes y Antártica (321 km), Los Lagos (292 km) y Antofagasta (287 km) con los establecimientos más

distantes. Estas brechas se acortan en regiones como la Metropolitana, Ñuble y O'Higgins, donde la distancia máxima va entre los 43 y 67 km. En este caso la Región de Valparaíso muestra un valor extremo de 3.568 km, aunque esto incluye a Isla de Pascua.

Tabla 7. Rango y promedio de distancia a Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) según región

Región	Promedio	Mínimo	Máximo	Número UV
Arica y Parinacota	22,9	0,2	121,1	117,0
Tarapacá	38,5	0,3	183,2	120,0
Antofagasta	81,2	0,2	287,8	160,0
Atacama	51,6	0,2	168,3	112,0
Coquimbo	49,4	0,1	120,1	400,0
Valparaíso	19,1	0,0	3.568,9	1.060,0
Metropolitana	2,9	0,0	43,8	1.370,0
O'Higgins	16,6	0,1	67,0	498,0
Maule	17,8	0,0	90,3	478,0
Ñuble	16,8	0,2	54,9	367,0
Biobío	27,1	0,1	112,7	732,0
La Araucanía	31,6	0,1	144,1	487,0
Los Ríos	17,8	0,2	91,1	188,0
Los Lagos	75,5	0,0	292,2	583,0
Aysén	472,8	291,1	582,1	101,0
Magallanes y Antártica	26,4	0,2	321,9	104,0
Total	32,9	0,0	3.568,9	6.877,0

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registro ELEAM, SENAMA.

La Tabla 8 muestra la accesibilidad a distintos tipos de centros de cuidados de largo plazo en cada región del país, desagregando las distancias promedio por tipo de establecimiento: SENAMA, privado con fines de lucro, privado sin fines de lucro, y otro tipo de privado. En términos generales, se observa que una gran variación de las distancias promedio para todos los tipos de establecimientos. En contraste con otros tipos de establecimientos, la oferta pública (SENAMA) es la más distante con 168 km promedio a nivel nacional. Para la mayoría de las regiones supera los 80 km, a excepción de Metropolitana, Ñuble, Biobío, y Los Ríos, y resaltan algunas particularmente altas como en Magallanes y Antártica junto con Aysén (1.496 km y 716 km, respectivamente).

Po su parte, los centros privados con fines de lucro representa la menor distancia media, con 45 km a nivel nacional. La región con mayor proximidad a los centros sigue siendo la Metropolitana, aunque una gran parte no supera los 40 km, como Tarapacá, Valparaíso, O'Higgins, Maule, Ñuble, Biobío, y Los Ríos. Finalmente, los centros privados sin fines de lucro mantienen un rango entre 5 y 1.281 km promedio de distancia, mientras que "otros" privados, presenta un rango entre 8 y 772 km. No obstante, estos últimos tienen una distancia media relativamente superior a los otros tipos de oferta privada.

Tabla 8. Rango y promedio de distancia a Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) según tipo de oferta y región

Región	Todos	SENAMA	Privado con lucro	Privado sin lucro	Otro privado	Número UV
Arica y Parinacota	22,9	988,4	23,0	24,6	772,6	117
Tarapacá	38,5	801,9	38,5	196,0	587,6	120
Antofagasta	81,2	467,4	89,9	517,0	257,8	160
Atacama	51,6	97,8	239,7	257,4	104,1	112
Coquimbo	49,4	283,3	49,7	80,1	88,3	400
Valparaíso	19,1	116,4	19,4	24,7	44,7	1.060
Metropolitana	2,9	20,8	3,1	5,0	7,8	1.370
O'Higgins	16,6	97,0	20,2	44,0	30,2	498
Maule	17,8	87,5	24,4	28,3	37,1	478
Ñuble	16,8	70,8	23,3	22,6	43,1	367
Biobío	27,1	54,1	31,5	29,9	111,4	732
La Araucanía	31,6	84,0	44,0	37,9	61,5	487
Los Ríos	17,8	72,9	24,6	33,4	43,4	188
Los Lagos	75,5	268,8	131,4	76,1	210,6	583
Aysén	472,8	716,5	566,3	501,3	583,4	101
Magallanes y Antártica	26,4	1.496,0	73,2	1281,4	157,4	104
Total	32,9	168,4	45,7	75,9	97,9	6.877

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registro ELEAM, SENAMA.

Respecto a las distancias promedio a Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM) (Tabla 9), Regiones como la Metropolitana destacan por tener el promedio más bajo de distancia (7,1 km), con un rango entre 0,1 km a 53,1 km, lo que sugiere una buena distribución de los CEDIAM en relación con la ubicación de las UV. Otras regiones con relativa proximidad a estos centros son Arica y Parinacota (23,9 km) O'Higgins (27,3 km) y La Araucanía (29,6 km).

En contraste, en ambos extremos del país se refleja una marcada dificultad en el acceso a los CEDIAM. En el sur, regiones como Aysén y Magallanes y Antártica muestran los promedios más altos, con 325,5 km y 1.103,6 km, respectivamente, mientras que al norte, Antofagasta y Atacama presentan promedios de 276,4 km y 112,5 km, respectivamente.

Tabla 9. Rango y promedio de distancia a Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM) según región

Región	Promedio	Mínimo	Máximo	Número UV
Arica y Parinacota	23,9	0,2	123,3	117
Tarapacá	37,8	0,3	183,0	120
Antofagasta	276,4	76,8	421,8	160
Atacama	112,5	0,5	193,4	112
Coquimbo	49,9	0,1	157,5	400
Valparaíso	38,0	0,2	3.560,6	1.060
Metropolitana	7,1	0,1	53,1	1.370
O'Higgins	27,3	0,0	72,5	498
Maule	31,8	0,1	91,4	478
Ñuble	78,3	35,0	126,2	367
Biobío	35,5	0,3	121,5	732
La Araucanía	29,6	0,4	136,4	487
Los Ríos	31,5	0,4	115,4	188
Los Lagos	55,9	0,0	130,6	583
Aysén	325,5	117,0	618,5	101
Magallanes y Antártica	1.103,6	700,4	1.394,3	104
Total	60,8	0,0	3.560,6	6877

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y ELEAM, SENAMA.

Siguiendo la Tabla 10, que corresponde a las distancias promedio a servicios de salud, se observa que en general, las distancias promedio a estos servicios son significativamente menores que las distancias a los ELEAM y CEDIAM, lo que refleja una mayor cobertura de los servicios de salud en comparación con los centros centrados en personas mayores. Al igual que en los casos anteriores, la Región Metropolitana destaca con el menor promedio de distancia (1,1 km) y un rango máximo de solo 17,0 km. A pesar de la mayor amplitud de rango en otras regiones del país, la mayoría cuenta un promedio inferior a 5 km.

Tabla 10. Rango y promedio de distancia a servicios de salud (MINSAL) según región

Región	Promedio	Mínimo	Máximo	Número UV
Arica y Parinacota	6,8	0,0	49,2	117
Tarapacá	4,8	0,0	44,8	120
Antofagasta	4,9	0,0	116,4	160
Atacama	7,2	0,0	71,8	112
Coquimbo	4,7	0,0	33,1	400
Valparaíso	2,0	0,0	182,2	1060
Metropolitana	1,1	0,0	17,0	1370
O'Higgins	3,0	0,1	32,7	498
Maule	3,2	0,1	39,5	478
Ñuble	3,9	0,1	28,1	367
Biobío	2,7	0,0	19,6	732
La Araucanía	3,3	0,1	15,7	487
Los Ríos	4,1	0,1	16,6	188
Los Lagos	4,1	0,0	32,6	583
Aysén	10,3	0,2	95,3	101
Magallanes y Antártica	9,1	0,0	132,0	104
Total	3,1	0,0	182,2	6.877

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registros MINSAL.

Distinguiendo por tipos de servicios de salud, la Tabla 11 da cuenta que por un lado, la región con la mayor cobertura y menor distancia promedio para la mayoría de los servicios es la Región Metropolitana. Por otro lado, las regiones de Aysén y Magallanes enfrentan los mayores desafíos de acceso a servicios de salud, especialmente para servicios especializados como centros diagnósticos y clínicas dentales. Los servicios de urgencia presentan en general uno de las distancias más cortas junto con los CESFAM, consultorio y centros comunitarios, donde las distancias rondan aproximadamente entre 1,7 y 13 km en la mayoría de las regiones.

Con una distancia relativamente mayor se encuentran los hospitales y clínicas o centros de salud. En la categoría de hospitales, las distancias promedio más cortas corresponden a la Región Metropolitana (4,3 km) y Valparaíso (7,1 km), y luego en su mayoría se encuentran por sobre los 12 km, siendo los más lejanos Aysén (33 km) y Tarapacá (36,3 km). Para las clínicas o centros de salud la Región Metropolitana mantiene el menor promedio, y regiones como Aysén (50,0 km) y Magallanes (26,7 km) son las más lejanas.

Finalmente, respecto a clínicas dentales, laboratorios y otros, las distancias para la mayoría de las regiones son de aproximadamente entre 20 km y 40 km, con rangos no tan dispares como en otras categorías. No obstante, los centros diagnósticos muestra la mayor desigualdad en las distancias promedio. La Metropolitana tiene el menor promedio (6,2 km), pero Magallanes destaca con un promedio extremadamente alto (1,265,7 km).

Tabla 11. Rango y promedio de distancia a servicios de salud (MINSAL) según tipo de oferta y región

Región	Todos	Hospital	Servicio Urgencia	CESFAM, Consul., Centro Comunit.	Clínica o Centro de Salud	Centro Diag.	Clínica Dental	Laboratorio	Otro	Número UV
Arica y										
Parinacota	6,8	25,0	7,8	11,8	20,5	24,2	23,5	23,3	24,7	117
Tarapacá	4,8	36,3	5,6	11,2	13,6	195,8	38,4	36,6	37,0	120
Antofagasta	4,9	13,9	16,5	24,2	19,4	92,4	41,9	44,1	46,1	160
Atacama	7,2	25,4	12,1	13,4	26,5	97,6	79,1	36,9	93,0	112
Coquimbo	4,7	18,9	5,6	12,4	21,4	358,3	77,3	24,5	60,1	400
Valparaíso	2,0	7,1	11,6	11,7	18,9	284,4	25,3	19,4	37,9	1.060
Metropolitana	1,1	4,3	1,8	1,7	3,0	228,6	5,0	6,2	6,2	1.370
O'Higgins	3,0	8,3	3,7	6,7	11,4	130,9	27,3	13,9	24,1	498
Maule	3,2	12,8	3,6	8,1	15,0	48,1	22,3	19,5	22,9	478
Ñuble	3,9	14,3	5,0	8,2	17,0	85,5	31,1	27,4	30,8	367
Biobío	2,7	9,6	3,6	5,9	14,8	59,6	30,4	19,5	26,0	732
La Araucanía	3,3	10,5	4,7	9,3	23,1	61,1	35,7	29,9	41,6	487
Los Ríos	4,1	15,0	5,4	8,4	18,9	125,1	21,9	21,0	38,1	188
Los Lagos	4,1	15,2	5,5	11,3	25,4	89,3	72,1	27,7	51,0	583
Aysén	10,3	33,0	20,2	69,8	50,0	485,8	92,8	86,5	92,6	101
Magallanes y Antártica	9,1	19,7	14,9	26,0	26,7	1265,7	75,0	26,8	74,4	104
Total	3,1	11,3	5,9	9,4	16,0	183,1	32,9	20,9	32,8	6.877

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registros MINSAL.

Ahora bien, la cantidad de centros que se ubican en diferentes radios de distancias, en el caso de los ELEM (Tabla 12) el acceso mejora conforme aumenta el radio de distancia, con un promedio nacional pasando de 0,0 ELEM en un radio de 0,1 km a 3,6 ELEM dentro de un radio de 3 km. La Región Metropolitana destaca con la mayor cantidad promedio de establecimientos en todos los radios, alcanzando 11,6 de ellos dentro de 3 km, seguida por

Valparaíso con 5,1. No obstante, la mayoría de las regiones no alcanza un ELEAM incluso a los 3 km.

Tabla 12. Cantidad de Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) en distintos radios de distancia a una UV (centroide), según región

Región	0.1 km	0.5 km	1 km	1.5 km	2 km	3 km
Arica y Parinacota	0,0	0,1	0,3	0,7	1,1	2,1
Tarapacá	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
Antofagasta	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,5
Atacama	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Coquimbo	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3	0,6
Valparaíso	0,0	0,2	0,8	1,7	2,7	5,1
Metropolitana	0,0	0,3	1,3	3,0	5,3	11,6
O'Higgins	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7	1,1
Maule	0,0	0,1	0,3	0,6	0,9	1,4
Ñuble	0,0	0,1	0,2	0,5	0,7	1,3
Biobío	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
La Araucanía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Los Ríos	0,0	0,0	0,2	0,4	0,6	0,9
Los Lagos	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Aysén	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Magallanes y Antártica	0,0	0,1	0,4	0,8	1,2	1,8
Total	0,0	0,1	0,5	1,0	1,8	3,6

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registro ELEAM, SENAMA.

Respecto a los CEDIAM (Tabla 13), se observa que en general, la disponibilidad de estos centros es extremadamente baja a nivel nacional, con un promedio que solo alcanza 0,2 centros dentro de un radio de 3 km. Aunque la Región Metropolitana presenta la mayor cantidad promedio en los radios analizados, solo alcanza 0,6 CEDIAM en un radio de 3 km, seguida por Arica y Parinacota con 0,7. La mayoría de las regiones, como Antofagasta, Biobío, Ñuble, Los Lagos, Aysén y Magallanes, no tienen centros dentro de los radios evaluados, evidenciando una ausencia total de esta oferta en gran parte del país.

Tabla 13. Cantidad de Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM) en distintos radios de distancia a una UV (centroide), según región

Región	0.1 km	0.5 km	1 km	1.5 km	2 kms	3 kms
Arica y Parinacota	0,0	0,1	0,1	0,2	0,4	0,7
Tarapacá	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,3
Antofagasta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Atacama	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Coquimbo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Valparaíso	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Metropolitana	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3	0,6
O'Higgins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Maule	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Ñuble	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Biobío	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
La Araucanía	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1
Los Ríos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Los Lagos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aysén	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Magallanes y Antártica	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registros MINSAL.

Respecto a los servicios de salud (Tabla 14), nivel nacional, la cantidad promedio de servicios aumenta gradualmente con la distancia, pasando de 0,5 servicios dentro de 0,5 km a 11,2 dentro de un radio de 3 km. Sin embargo, se presentan diferencias importantes entre regiones. Regiones como Arica y Parinacota y la Metropolitana destacan con la mayor cantidad promedio de servicios dentro de los radios más amplios, alcanzando 29,9 y 26,0 servicios en un radio de 3 km, respectivamente. En contraste, en regiones como Atacama, Coquimbo y O'Higgins, pese a que muestra un incremento sostenido a medida que el radio aumenta, alcanza valores moderados a 3 km, entre 5,5 y 8,9 servicios promedio. Por último, La Araucanía, Los Lagos, y Aysén no alcanzan los 4 servicios en el mismo radio que los anteriores.

Tabla 14. Cantidad de servicios de salud (MINSAL) en distintos radios de distancia a una UV (centroide), según región

Región	0.1 km	0.5 km	1 km	1.5 km	2 kms	3 kms
Arica y Parinacota	0,1	1,9	6,5	12,5	19,8	29,9
Tarapacá	0,2	1,7	4,4	7,2	9,4	13,8
Antofagasta	0,1	0,9	3,6	7,3	10,9	17,9
Atacama	0,1	0,6	1,8	4,0	6,1	8,9
Coquimbo	0,0	0,4	1,0	1,9	2,7	4,4
Valparaíso	0,0	0,5	1,9	3,9	6,2	11,4
Metropolitana	0,0	0,8	3,2	7,0	12,2	26,0
O'Higgins	0,0	0,3	1,1	2,0	3,2	5,5
Maule	0,0	0,4	1,3	2,7	4,3	7,0
Ñuble	0,0	0,2	0,7	1,4	2,2	3,9
Biobío	0,0	0,3	1,1	2,3	3,5	6,2
La Araucanía	0,0	0,2	0,8	1,5	2,3	3,6
Los Ríos	0,0	0,3	1,0	2,0	3,1	5,1
Los Lagos	0,0	0,2	0,8	1,5	2,2	3,4
Aysén	0,0	0,2	0,9	1,7	2,4	3,3
Magallanes y Antártica	0,0	0,5	2,1	4,2	6,5	10,6
Total	0,0	0,5	1,8	3,7	5,9	11,2

Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV y registros MINSAL.

Finalmente, se estimó el indicador de Moran para obtener la correlación espacial de la proporción de personas mayores en cada unidad vecinal y de la proporción de personas mayores sanas y autónomas en cada unidad vecinal. Esto permite analizar si la distribución de personas mayores y su nivel de autonomía se distribuye o no de manera aleatoria a través de las unidades vecinales del país.

En el Gráfico 8 se presenta la Correlación espacial de la proporción de personas mayores en cada unidad vecinal. Esto es, en el eje x se presenta la proporción de personas mayores en la unidad vecinal y en el eje y se presenta el promedio de la proporción de personas mayores en las unidades vecinales vecinas (que comparten algún borde), es decir, aquellas unidades vecinales contiguas o adyacentes. Además se incluye una línea de ajuste cuadrático para resumir la tendencia y se distinguen las unidades vecinales según la magnitud de la proporción de personas mayores separando según cuartiles de unidades vecinales: en azul, la proporción es baja (menor de 0.18), media baja (entre 0.18 y 0.22), media alta (entre 0.22 y 0.26) y alta (mayor de 0.26).

Efectivamente se extrae que, unidades vecinales de alta proporción de personas mayores están rodeadas de unidades vecinales que, en promedio, tienen una alta proporción de personas mayores. Esto indicaría que la distribución de personas mayores no es aleatoria en el territorio y existen clusters o grupos de barrios que las concentra. Lo anterior se confirma con un indicador de Moran estimado de 0.89, cercano a 1, constatando una importante correlación espacial. En el Gráfico 9 se extraen similares conclusiones al analizar la proporción de personas mayores sanas y autónomas en cada unidad vecinal, aumentando la estimación del indicador de Moran a 0.92. Esto indica que efectivamente las personas mayores están agrupadas en ciertos barrios, pero más aún, las personas mayores sanas y autónomas también se encuentran rodeadas de personas sanas y autónomas en los territorios.

Gráfico 8: Correlación espacial de la proporción de personas mayores en cada unidad vecinal. Año 2022.

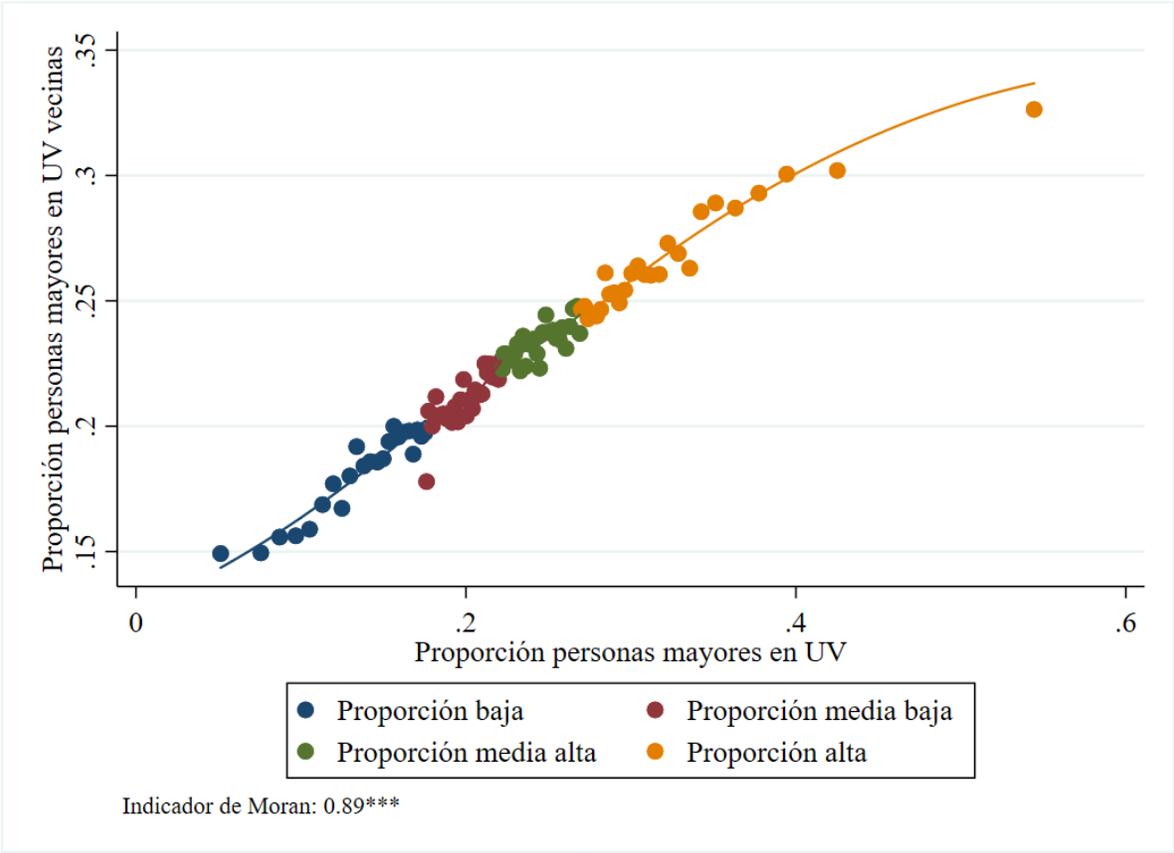
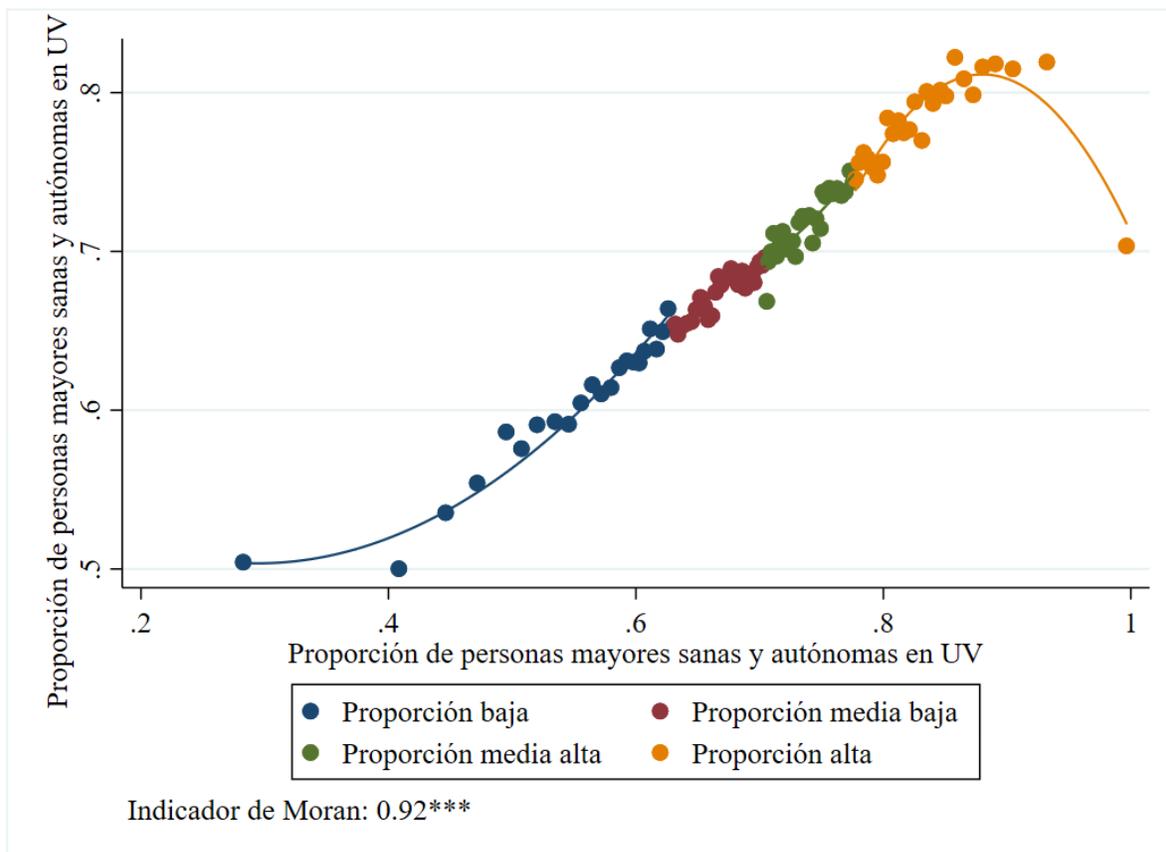


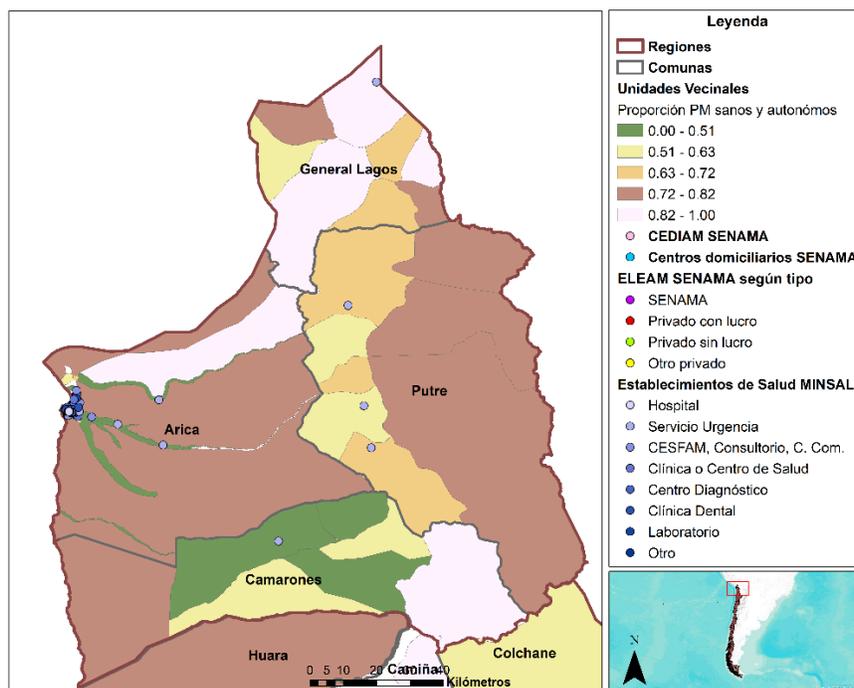
Gráfico 9: Correlación espacial de la proporción de personas mayores sanas y autónomas en cada unidad vecinal. Año 2022.



En el caso del análisis por nivel de dependencia de personas mayores, también se generaron mapas. A continuación se presentan las regiones con mayor índice de envejecimiento y en el Anexo se presenta el resto de las regiones para completar el país.⁷ De especial interés son las unidades vecinales en verde, con las menores proporciones de personas mayores sanas y autónomas. En contraste con las unidades vecinales color rosa, donde más del 82% de las personas mayores se reportan sin condiciones de salud (sanas) y autónomas.

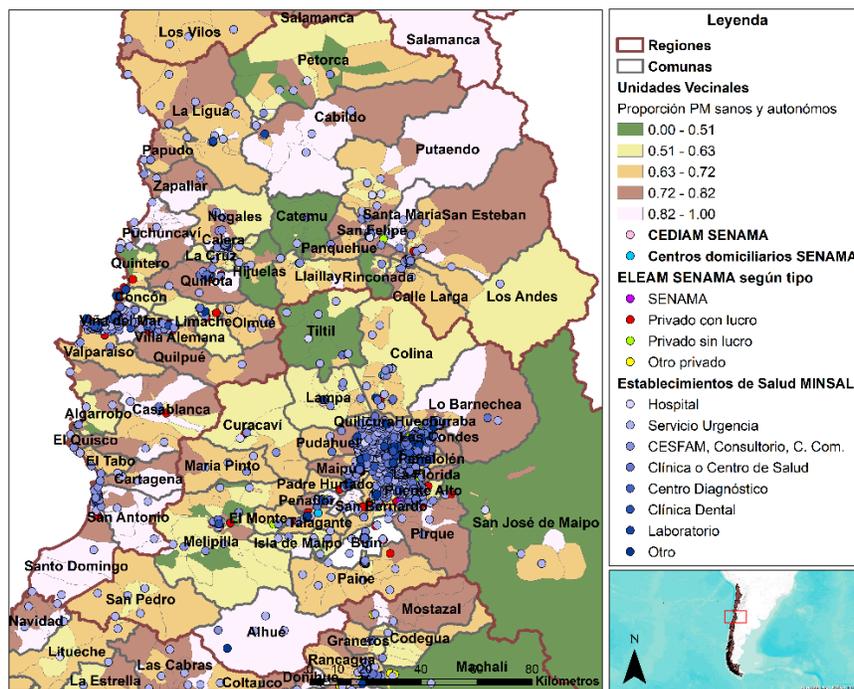
⁷ Los mapas completos generados en ArcGIS y QGIS para 2018, 2020 y 2022 se encuentran disponibles y a solicitud del Ministerio es posible generar con mayor acercamiento zonas específicas que se requieran.

Ilustración 5. Distribución de personas mayores sanas y autónomas y servicios en la Región de Arica y Parinacota (2022)



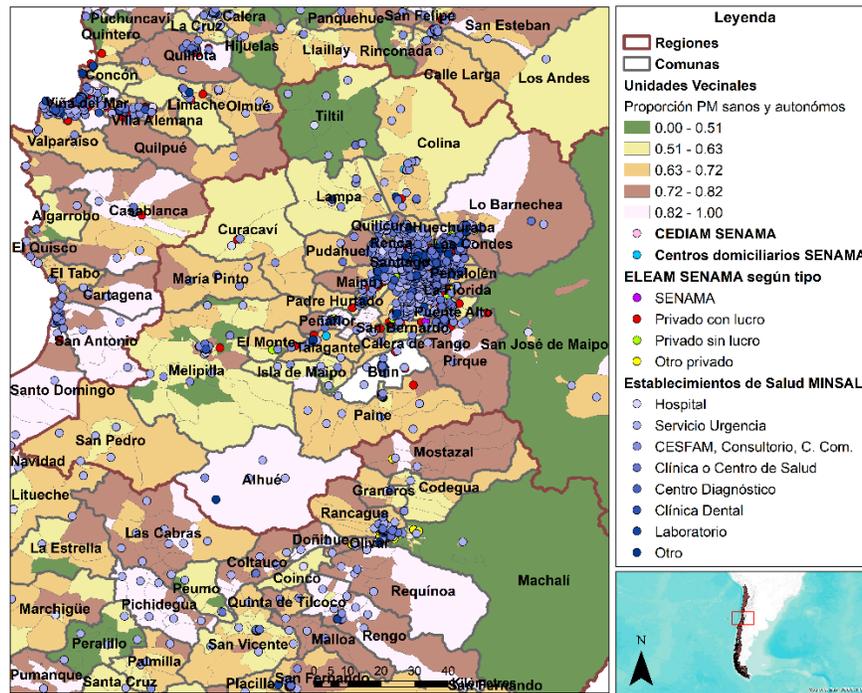
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

Ilustración 6. Distribución de personas mayores sanas y autónomas y servicios en la Región de Valparaíso (2022)



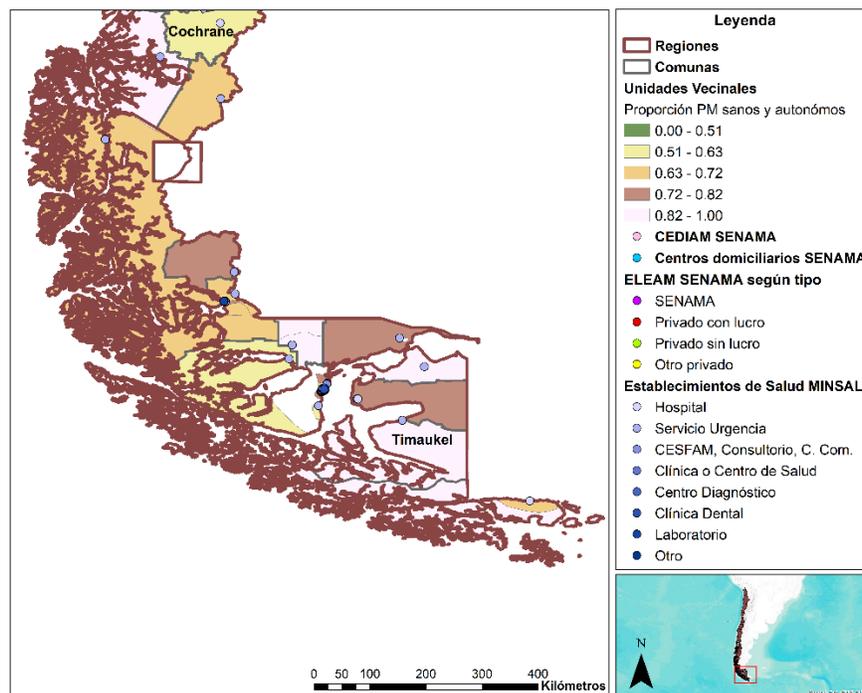
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

Ilustración 7. Distribución de personas mayores sanas y autónomas y servicios en la Región Metropolitana (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

Ilustración 8. Distribución de personas mayores sanas y autónomas y servicios en la Región de Magallanes y Antártica Chilena (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

6. Bienestar de co-residentes

La escasez de oferta de instituciones de cuidado formal para personas mayores a lo largo del territorio puede tensionar el modelo familiar, especialmente en hogares donde residen personas en edad de trabajar y habita al menos una persona mayor. Flores y Ortiz (2022) que si bien existe abundante evidencia respecto a la penalización por maternidad -en términos de acceso y condiciones laborales- en el mercado del trabajo, se ha desarrollado menos la literatura con evidencia cuantitativa de los costos del cuidado a personas mayores, con discapacidad o con alguna enfermedad, que experimentan las mujeres en edad de trabajar. Las autoras demuestran que dedicar más de 24 horas de cuidado a la semana a personas mayores de 60 años, tendría un efecto negativo en la probabilidad de participar en el mercado del trabajo para las mujeres. Un efecto que no se observa en hombres.

En el ámbito de los estudios sobre cuidados, se reconoce que el aumento de la participación laboral de las mujeres ha sido un factor clave en la transformación de los modelos tradicionales de cuidado familiar y protección social (Arriagada, 2005). Este fenómeno tuvo su mayor auge en los años 60, impulsado por innovaciones tecnológicas que reemplazaron actividades domésticas tradicionalmente realizadas por mujeres. La disminución en los costos de electrodomésticos facilitó su acceso masivo, permitiendo una mayor incorporación femenina al mercado laboral (Cavalcanti y Tavares, 2008). Paralelamente, la popularización de los métodos anticonceptivos orales dio a las mujeres mayor control sobre su planificación familiar, lo que les permitió retrasar el matrimonio, prolongar su formación académica y mejorar su inserción laboral (Goldin y Katz, 2002).

A pesar de estos avances, el género sigue siendo un factor determinante en la participación laboral, empleabilidad y brechas salariales. Este enfoque ha sido abordado tanto por la economía clásica (Killingsworth y Heckman, 1986; Blundell, Ham y Meghir, 1987; Goldin, 2006) como por corrientes feministas desde los años noventa (Esping-Andersen, 1990; Lewis, 1992; De Beauvoir, 1998). Sin embargo, pese a los esfuerzos para visibilizar las brechas de género, persisten desigualdades estructurales en la sociedad.

El cuidado de otras personas requiere una inversión significativa de tiempo, recursos, habilidades, información y dinero. Además, a menudo implica una implicación emocional que puede generar tensiones en las relaciones (Glenn, 2012; Ortiz y Belotti, 2021). Estas responsabilidades deben combinarse con la participación en el mercado laboral, que con frecuencia carece de la flexibilidad necesaria para armonizar trabajo y cuidados. Esta situación afecta diversas condiciones laborales, como el tipo de contrato, la estabilidad laboral y las oportunidades de empleo formal. La asignación de tareas y responsabilidades según el género sigue profundamente arraigada en la sociedad (Logarreta, 2008).

Esta división ha reforzado la asociación entre domesticidad y feminidad, relegando lo “privado” al ámbito del hogar y bajo responsabilidad femenina. Tal concepción errónea ha tenido repercusiones negativas para las mujeres, no solo en su acceso al mercado laboral, sino también en términos de salarios, condiciones laborales y permanencia (Scott, 1993).

Por lo tanto, en este capítulo se examina cómo las características individuales y del hogar influyen en la probabilidad de estar trabajando, con especial atención a la co-residencia de una persona mayor y su nivel de autonomía, en ausencia de una variable que pueda indicar las horas efectivas dedicadas al cuidado. Además, se consideran los beneficios otorgados por SENAMA, para analizar si éstos tienen externalidades sobre personas en edad de trabajar que co-residen con las personas beneficiarias de SENAMA. Asimismo, se analiza cómo estas dinámicas varían según el sexo de la persona.

La hipótesis principal es que las personas mayores en el hogar pueden aportar en el trabajo doméstico y de cuidados que requiere una familia, pero esto requiere de niveles de autonomía suficientes para desempeñar estas tareas. Por lo tanto, en la medida que la persona mayor pierde autonomía por razones de salud, debería requerir de cuidados por parte de la familia, y en consecuencia, limitar la posibilidad de las personas en edad de trabajar para participar libremente en el mercado laboral. Este fenómeno sería principalmente importante para las mujeres que son quienes reciben la mayor

responsabilidad de los cuidados en el hogar. No obstante, este efecto negativo se podría compensar por los apoyos Estatales.⁸

Datos y métodos

El presente análisis utiliza los datos del RSH de los años 2018, 2020 y 2022. Los años fueron seleccionados en función de contar con tres momentos en el tiempo, que dieran cuenta de la situación de las personas antes, durante y después de la pandemia por Covid19. Además, se vinculó información del RIS, a partir de la cual se pudo identificar a aquellas personas que son beneficiarias de algún programa de SENAMA, por lo que se creó una variable dicotómica que identifica a los hogares donde reside una persona mayor que es beneficiaria

La muestra bajo análisis corresponde a todas las personas en edad de trabajar (mayores de 15 y menores de 60 años) que co-residen con al menos una persona mayor en el hogar.

Con los datos descritos, se extiende el modelo clásico de participación laboral, para estimar la probabilidad de estar trabajando remuneradamente en el mercado laboral en función de variables explicativas como características individuales, del hogar, beneficios estatales y territoriales. Para analizar la heterogeneidad de los resultados según género, las estimaciones se realizan para hombres y mujeres, por separado. Específicamente, se estima por máxima verosimilitud el siguiente modelo Probit según sexo:

$$P(y_i = 1|x_i) = \Phi(\beta'x_i + \gamma PM_i + \delta'S_i + \epsilon_{it})$$

Donde y_i es una variable binaria que toma el valor 1 si la persona i trabaja en el mercado laboral, x_i es un vector que contiene las características de la persona i y de su hogar, PM_i es una variable binaria que toma el valor 1 si la persona i reside con al menos una persona

⁸ Durante el tiempo de acceso a RIS que tuvo el proyecto, se vincularon las distancias entre el centroide del barrio de las personas y las instituciones de SENAMA y establecimientos de salud registrados por MINSAL. Por restricciones de tiempo, no se alcanzó a incluir en el modelo. Pero ciertamente, los dispositivos de cuidados disponibles en el territorio también deberían generar beneficios para las personas en edad de trabajar, disminuyendo la carga de cuidados informales, y por lo tanto, liberando tiempo que podría ser dedicado de realizar trabajo remunerado en el mercado laboral. Este análisis territorial queda pendiente.

de 60 años o más, 0 si no. Luego, se estima otro modelo, donde PM_i es una variable categórica que toma el valor 0 si la persona i no reside con una persona mayor, 1 si reside con una persona mayor sana y autónoma, 2 si reside con una persona mayor con alguna condición de salud pero es autónoma, 3 si reside con una persona que tiene dependencia leve, 4 si reside con una persona mayor que tiene dependencia moderada, y 5 si reside con una persona mayor que tiene dependencia severa. Esta variable permite analizar el efecto incremental que pudieran tener la autonomía de la persona mayor en la probabilidad de trabajar. Además se incluye S_i que identifica si la persona i reside en un hogar donde alguna persona mayor es beneficiaria de SENAMA según el RIS. Finalmente, se incluye un término de error, ϵ_i , que representan todos aquellos factores no observables que influyen en la probabilidad de estar trabajando en el mercado laboral y que varía entre personas.

En este modelo, la probabilidad de trabajar en el mercado laboral es una función no lineal en los parámetros a estimar. Esto es, se utiliza una función de distribución acumulada normal, $\Phi(\cdot)$, la cual asegura predicciones entre 0 y 1, tal como lo requiere la estimación de una probabilidad. Luego de la estimación, se calculan los efectos marginales promedio sobre la probabilidad de trabajar cuando varía una variable explicativa, manteniendo todo lo demás constante. Este proceso se realiza para los años 2018, 2020 y 2022.⁹

⁹ Para aprovechar la periodicidad de los datos del RSH, una posibilidad es realizar la estimación a través de modelos de datos de panel al contar con datos longitudinales que siguen a las personas a través del tiempo. El modelo es similar, pero se puede incluir un efecto fijo por el año al que corresponde cada observación, y más importante aún, un efecto fijo individual que varía por persona, pero no a través del tiempo. Esto permite controlar por todos aquellos aspectos no observables que también afectarían la probabilidad de trabajar de las personas.

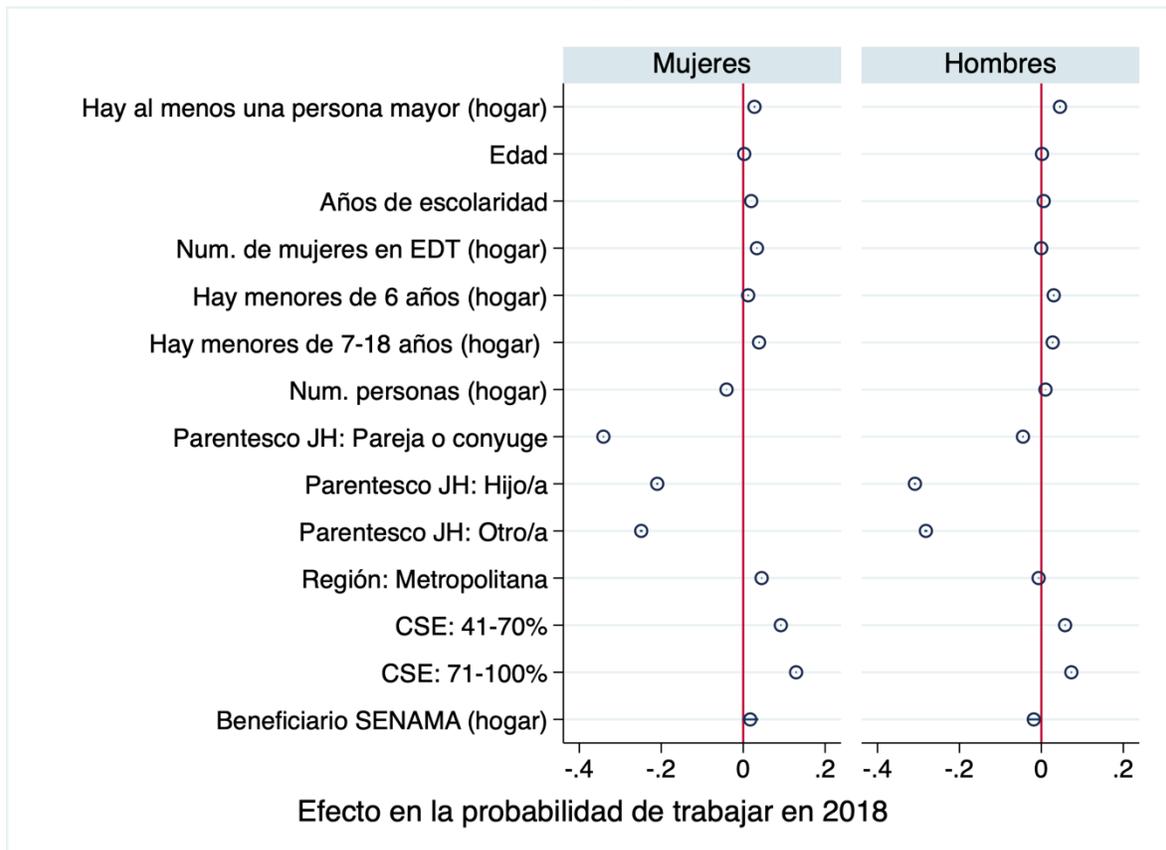
Resultados

A continuación, se presentan los efectos marginales sobre la probabilidad de trabajar para el año 2018, que indica el efecto estimado de una variable sobre la probabilidad de estar ocupado/a, diferenciados por género (mujeres y hombres).

Como se observa en el Grafico 10, tanto para mujeres como para hombres, tener al menos una persona mayor en el hogar tiene un efecto positivo en la probabilidad de trabajar. Factores como la edad, y escolaridad aunque son positivos, los efectos cercanos a cero, especialmente en los hombres. En contraste, tener niños/as menores ya sea menor a 6 o entre 7 y 18 también tiene un mayor efecto positivo, junto con pertenecer a una clasificación socioeconómica de al menos el 41%.

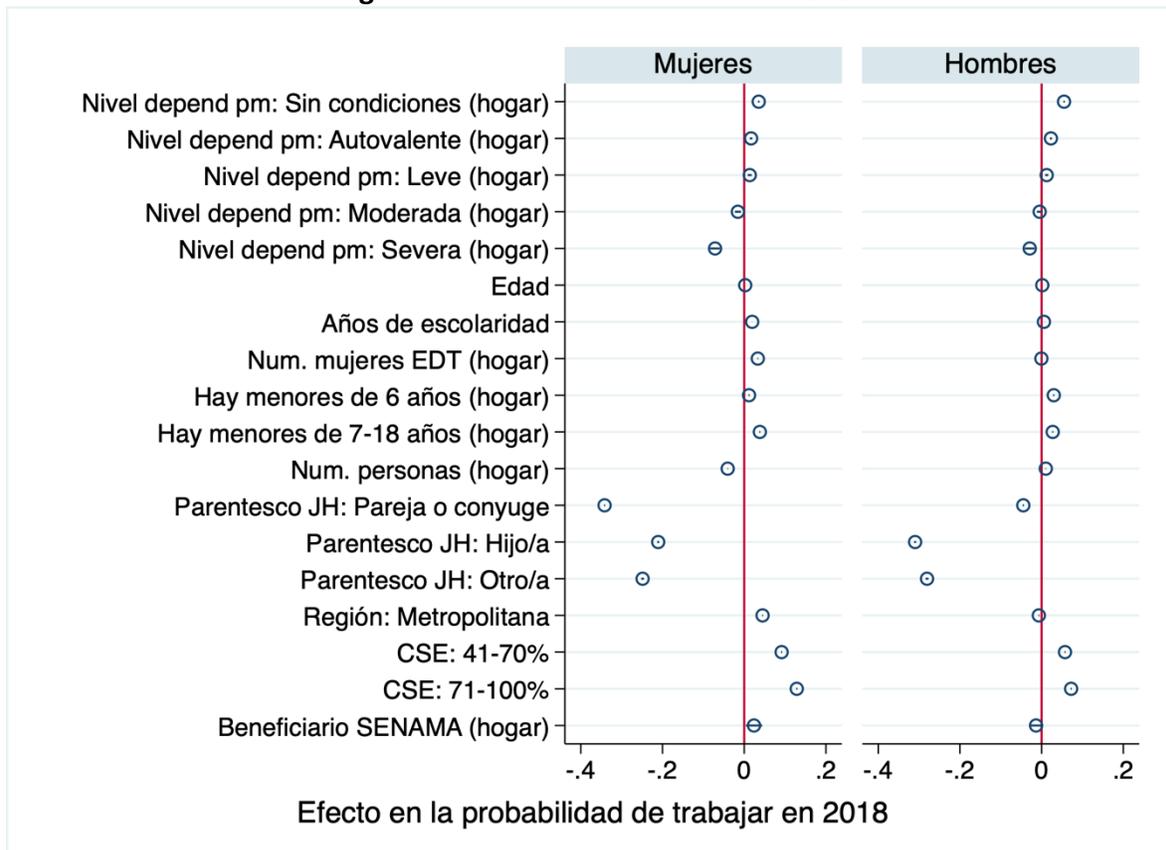
Por su parte, para las mujeres, factores como el tamaño del hogar y el parentesco con el jefe de hogar tienen un impacto significativo y negativo en la probabilidad de trabajar, en especial si se es pareja o cónyuge, lo que refleja barreras de género estructurales en la participación laboral. En contraste, para los hombres incide negativamente el parentesco con el jefe de hogar, pero en mayor medida si se es hijo/a. A diferencia de las mujeres, el ser beneficiario de SENAMA a nivel de hogar y pertenecer a la Región Metropolitana (respecto a otras), tiene un impacto negativo en la probabilidad de trabajar en los hombres, pero no así en las mujeres.

Gráfico 10: Factores asociados a la probabilidad de trabajar para personas que co-residen con una persona mayor, según sexo. Efectos marginales de un modelo Probit. Año 2018.



El siguiente Gráfico (11) incorpora el nivel de dependencia funcional de la persona mayor en el hogar como una dimensión adicional para analizar su impacto en la probabilidad de trabajar. En este caso, tanto para mujeres como para hombres el tener una persona mayor en situación de dependencia moderada o severa tiene un efecto negativo en la probabilidad de trabajar. Sin embargo, en el caso de las mujeres el efecto es de mayor tamaño que para los hombres. Por su parte, el efecto de los otros factores se mantienen respecto al gráfico anterior, lo que sugiere que tanto factores individuales como del hogar tienen un impacto en la participación laboral, especialmente en mujeres y cuando aumenta la severidad de la dependencia.

Gráfico 11: Factores asociados a la probabilidad de trabajar para personas que co-residen con una persona mayor con distintos niveles de autonomía, según sexo. Efectos marginales de un modelo Probit. Año 2018.



Nota: “Nivel depend pm” es la variable categórica que identifica si la persona en edad de trabajar reside con una persona mayor y si es así el nivel de dependencia que reporta (sin condiciones de salud, con alguna condición de salud pero autónoma, con dependencia leve, moderada y severa. La categoría base es que no hay personas mayores viviendo en el hogar.

7. Conclusiones y recomendaciones de política

A modo de cierre, cabe indicar que este estudio tiene tres conclusiones principales, las que están alineadas con la literatura y evidencia previa: i) existe una desigual distribución del cuidado en términos espaciales. Es decir, al considerarse territorialmente aspectos socioeconómicos, urbano/rural, centralización, se confirma que existen brechas geográficas que implican que no todas las personas mayores a lo largo del territorio tengan las mismas oportunidades de acceder a la oferta pública (y también privada) para responder a sus necesidades de cuidado, conforme también a sus distintos niveles de severidad. ii) Si bien se aprecia un aumento paulatino en la oferta de cuidado financiada por el Estado y, con ello, un incremento en la cobertura de los dispositivos que tienen como objetivo dar respuesta a las necesidades de cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores, la oferta es aún insuficiente, dejando importantes sectores del país con casi nulo acceso a estos. iii) En términos de desigualdad de género, se confirma una vez más que el cuidado tiene consecuencias sobre la autonomía económica, y en específico, sobre la empleabilidad de las mujeres; en hogares donde hay personas mayores con dependencia, hay mayores chances de que la población femenina en edad activa no esté inserta en el mercado laboral.

Actualmente en nuestro país se está discutiendo el proyecto de ley que dará pie a la creación del nuevo Sistema Integral de Apoyos y Cuidado, marcando un hito significativo en la consecución de avanzar hacia una nueva organización social del cuidado, donde el Estado garantice este derecho. En ese marco, y considerando los alcances de este estudio, algunos de los elementos centrales que deben ser considerados a la luz de nuevas iniciativas públicas son:

1. Chile continuará aumentando su población mayor y su esperanza de vida. Una mayor longevidad de la población se asocia con un deterioro en el estado de salud físico, pero también mental del grupo de mayores, lo que redundará en el aumento del número de personas con pérdida de funcionalidad y algún grado de dependencia

en el país (Villalobos, 2017). En este contexto, es relevante seguir fortaleciendo la oferta programática integrada, que adopte modelos ecológicos e intervenciones adaptadas al contexto territorial para maximizar su efectividad y la población beneficiada. La implementación de la política debe, por tanto, considerar un enfoque local, en la medida que el éxito de un programa muchas veces está circunscrito a las propias características y necesidades de cada contexto particular.

2. Es también relevante considerar un modelo ecosistémico, existiendo oferta conforme a distintos estados de necesidad de las personas mayores (severidad). En esta línea, se vuelve fundamental fortalecer la prevención de la dependencia funcional, como es el objetivo de los CEDIAM. Se recomienda, por lo tanto, ampliar su cobertura y acceso especialmente en zonas rurales y aisladas. Considerando los desafíos actuales y futuros de la población mayor en Chile, es importante ampliar y mejorar este tipo programas ya que representa una inversión preventiva que reduce costos en cuidados intensivos.
3. Es pertinente continuar ampliando las políticas de cuidado domiciliario y adaptaciones en los hogares que promuevan el envejecimiento activo y en el lugar, que constituyen adicionalmente un eje fundamental para un envejecimiento saludable. El concepto de envejecimiento en el lugar (aging in place) se fundamenta en teorías de la gerontología, psicología ambiental y políticas públicas, que destacan la importancia de mantener a las personas mayores en sus hogares o comunidades habituales mientras envejecen (Lecovich, 2014). Incorporar estas bases teóricas en el diseño de políticas implica garantizar el acceso a viviendas accesibles y seguras, servicios de salud y asistencia comunitaria, así como fomentar el diseño urbano inclusivo que permita la movilidad y la integración social, y que aborden la accesibilidad económica, y la equidad en el acceso a recursos.
4. Un último elemento a considerar, dice relación con el hecho de que algunos programas y dispositivos (ej. subsidio ELEAM), son ejecutados por instituciones públicas, pero también privadas, sin fines de lucro, o por los mismos municipios (programas cuidados domiciliarios), existiendo posiblemente heterogeneidad en los

servicios entregados según prestador. Es por ello, que también es recomendable establecer ciertos estándares mínimos de calidad, a la vez, que exista una evaluación constante de dichos servicios.

8. Referencias

- Acosta, E. (2015). *Cuidado en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile*. Deusto.
- Andersson, R., & Musterd, S. (2010). What scale matters? Exploring the relationships between individuals' social position, neighbourhood context and the scale of neighbourhood. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 92(1), 23-43. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-0467.2010.00331.x>.
- Arriagada, I. (2005). *Políticas hacia la familia protección e inclusión sociales*. Santiago, Chile: CEPAL Naciones Unidas.
- Arriagada, I. (2021). Crisis social y de la organización social de los cuidados en Chile. *Estudios Sociales del Estado*, 7(13), 6-41. <https://doi.org/10.35305/ese.v7i13.250>
- Batthyány, K. (Ed.). (2021). *Miradas Latinoamericanas sobre los cuidados*. CLACSO.
- Benería, L. (2021). Reproducción, producción y división sexual del trabajo. *Revista de Economía Crítica*, 2(28), 129-152.
- Blundell, R., Ham, J., & Meghir, C. (1989). Unemployment and female labour supply. In *Unemployment in Europe* (pp. 9-36). Palgrave Macmillan, New York.
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2019). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas*. Catarata.
- Cavalcanti, T. V de V., and Tavares, J. (2008). Assessing the “engines of liberation”: Home appliances and female labor force participation. *The Review of Economics and Statistics*, 90(1), 81-88: doi: <https://doi.org/10.1162/rest.90.1.81>
- Ceminari, Y., & Stolkiner, A. (2018). *El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires., Buenos Aires.
- CEPAL. (2021). *Hacia la sociedad del cuidado. Los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible* (LC/MSM.61/3).
- Comas-d'Argemir, D. (2017). El don y la reciprocidad tienen género: Las bases morales de los cuidados. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 17-32.
- De Beauvoir, S. (1998). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Esping Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge, UK: Polity.

- Flores, B. (2021). La importancia de las interacciones entre vecinos con lazos sociales débiles para incrementar la participación laboral femenina en Chile. *Estudios Públicos*, (163), 7-47.
- Flores, B., & Ortiz, F. (2023). "Cuidados y participación laboral: un análisis diferenciado por género". En: Flores, B., Reyes-Housholder, C., Jiménez-Moya, G., Carvacho, H., Jirón, P. (Eds.) "Tejiendo Rutas: Perspectivas para un Chile con Equidad de Género", *Fondo de Cultura Económica*, Santiago
- Glenn, E. (2012). *Forced to care. Coercion and caregiving in America*. Cambridge: Harvard University of Press.
- Goldin, C. (2006). The quiet revolution that transformed women's employment, education, and family. *American economic review*, 96(2), 1-21.
- Goldin, C., & Katz, L. F. (2002). The power of the pill: Oral contraceptives and women's career and marriage decisions. *Journal of political Economy*, 110(4), 730-770.
- Huenchuán, S. (2009). *Envejecimiento, familias y sistemas de cuidados en América Latina. En Envejecimiento y sistema de cuidados: ¿oportunidad o crisis?* (pp. 11-28). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL.
- Killingsworth, M. R., & Heckman, J. J. (1986). Female labor supply: A survey. *Handbook of labor economics*, 1, 103-204.
- Kearns, A. y Parkinson, M. 2001. The Significance of Neighbourhood. *Urban Studies*38(12), 2103-2110. DOI: <https://doi.org/10.1080/00420980120087063>.
- Lamas, M. (2018). *División del trabajo, igualdad de género y calidad de vida. En El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 15-26). ONU Mujeres. <https://ciedur.org.uy/site/wp-content/uploads/2021/06/0006-El-trabajo-de-cuidados-SS-ONU-Mujeres.pdf>
- Legarreta, M. (2008). El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y los cuidados. *Cuadernos de relaciones laborales*, 26(2): 49-73.
- Lewis, J. (1992). Gender and the Development of Welfare Regimes. *Journal of European Social Policy*, 2(3): 159-173.
- Moran, P. 1948. The Interpretation of Statistical Maps. *Journal of the Royal Statistical Society Series B* 10, 243-251. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1948.tb00012.x>.
- Naciones Unidas. (2020). *World Population Ageing 2019*. United Nations Department of Economic and Social affairs, Population Division.
- OECD. (2012). *The future of families to 2030* (OECD Publishing). Organisation for Economic Co-operation and Development.
- ONU Mujeres, & CEPAL. (2021). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe*. Elementos para su implementación.

Ortiz, F. and Bellotti, E. (2021). The Impact of Life Trajectories on Retirement: Socioeconomic Differences in Social Support Networks. *Social Inclusion*, 9(4): 327-338.

Palacios, J. (2017). *Elderly care in Chile. Policies for and experiences of family caregivers* [Tesis Doctoral]. Universite de Rennes.

Pautassi, L. (2018). *El cuidado: De cuestión problematizada a derecho. Un recorrido estratégico, una agenda en construcción*. En El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas. ONU.

Pautassi, L. (2023). *El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo*. Friedrich Ebert Stiftung.

PNUD (2022). Mapeando cuidados: Herramientas innovadoras para la georreferenciación de oferta y demanda de cuidados en América Latina y El Caribe. Notas de Política 14, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: <https://www.undp.org/es/latin-america/publications/mapeando-cuidados-herramientas-innovadoras-para-la-georreferenciacion-de-oferta-y-demanda-de-cuidados-en-america-latina-y> [30 de septiembre 2022]

Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in the development context. Conceptual issue, research questions and policy options* (Gender and Development Programme Paper Number 3). United Nations Research Institute for Social Development.

Rodríguez, C. (2012). *La cuestión del cuidado: ¿El eslabón perdido del análisis económico?* Revista CEPAL, 106, 23-37.

Rodriguez, J. (2005). *Unión y cohabitación en América Latina: ¿modernidad, exclusión, diversidad?* CEPAL, CELADE; Naciones Unidas.

Rojas, F., Rodríguez, L., & Rodríguez, J. (2022). *Envejecimiento en Chile: Evolución, características de las personas mayores y desafíos demográficos para la población*. Documento de Trabajo Instituto Nacional de Estadística.

Scott, J. (1993). La mujer trabajadora en el siglo XIX. En Duby, G. y Perrot, M. (Dir.) *Historia de las mujeres. Tomo IV*. Madrid, España: Taurus.

Sharma, N., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family—Caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*, 6(1), Article 1. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i1.7>

Tapia, V. 2013. El concepto de barrio y el problema de su delimitación: Aportes de una aproximación cualitativa y etnográfica. *Bifurcaciones* 12. Disponible en: <http://www.bifurcaciones.cl/2013/03/el-concepto-de-barrio-y-el-problema-de-su-delimitacion/> [7 de julio 2021]

9. Anexos

Anexo I.

A continuación se encuentran las bases de datos de resumen de cada comuna:

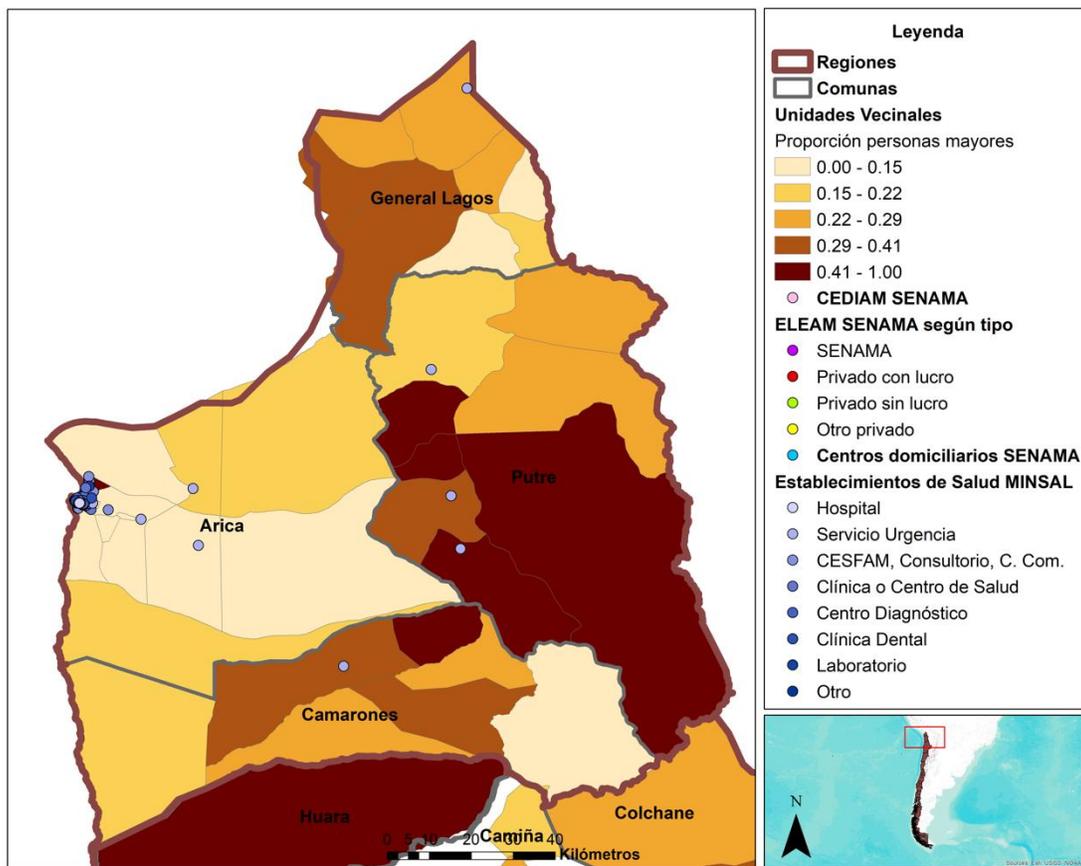
1. Año 2018:
2. Año 2020:
3. Año 2022:

Anexo II.

A continuación se presentan todos los mapas de proporción de personas mayores junto con la cartografía de centros SENAMA (ELEAM y CEDIAM) y servicios de salud (MINSAL) regionales, junto con sus capitales regionales, para los años 2018, 2020 y 2022.

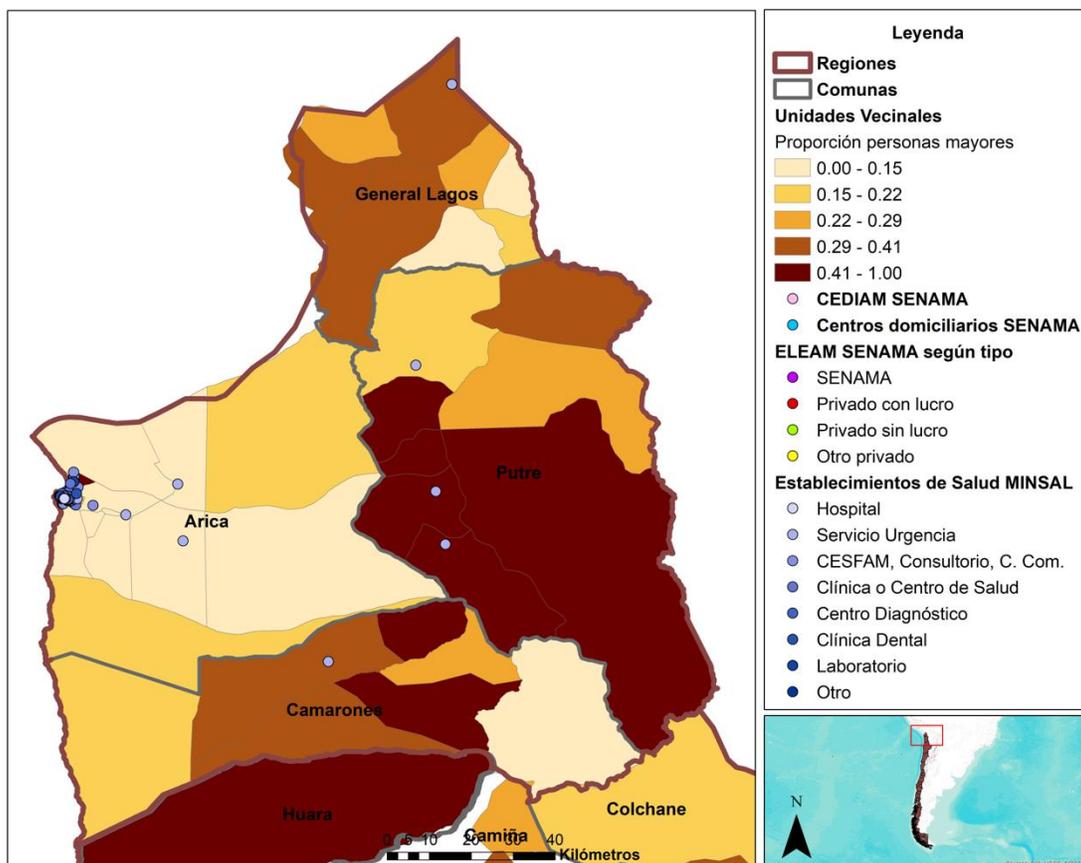
- **Región de Arica y Parinacota**

Ilustración 1: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Arica y Parinacota (2018)



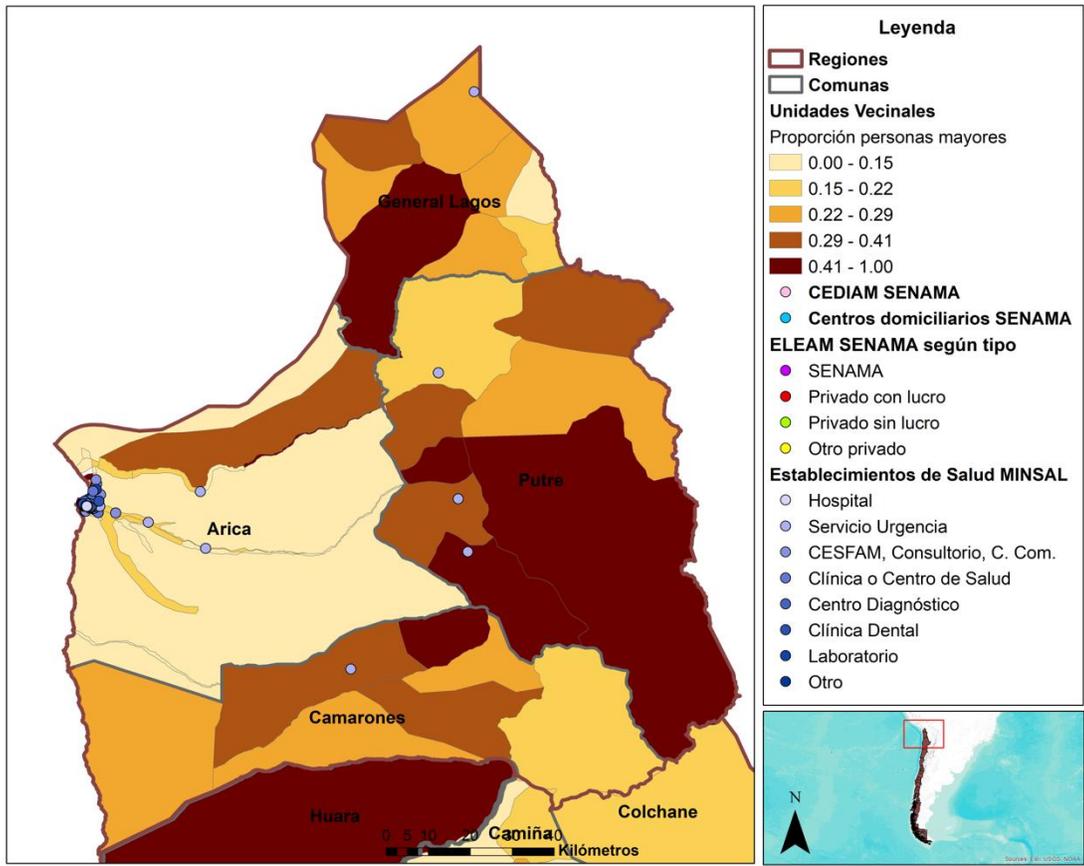
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 2: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Arica y Parinacota (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

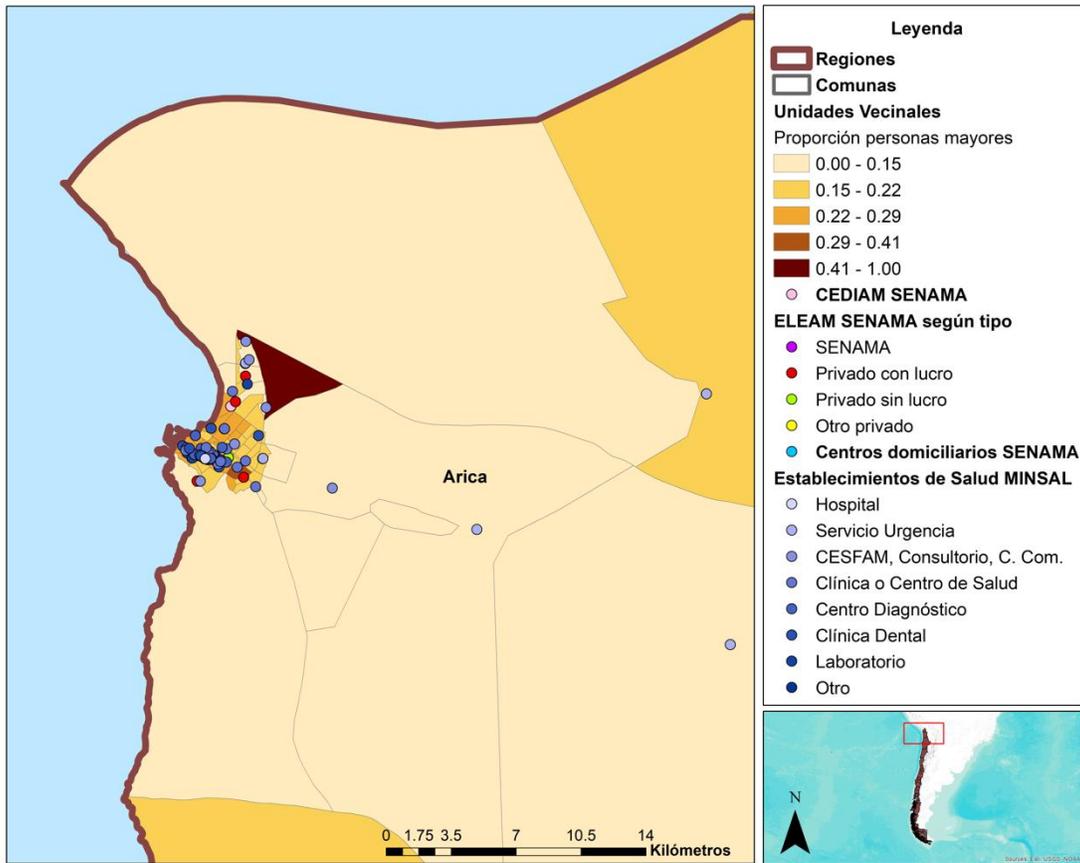
Ilustración 3: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Arica y Parinacota (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

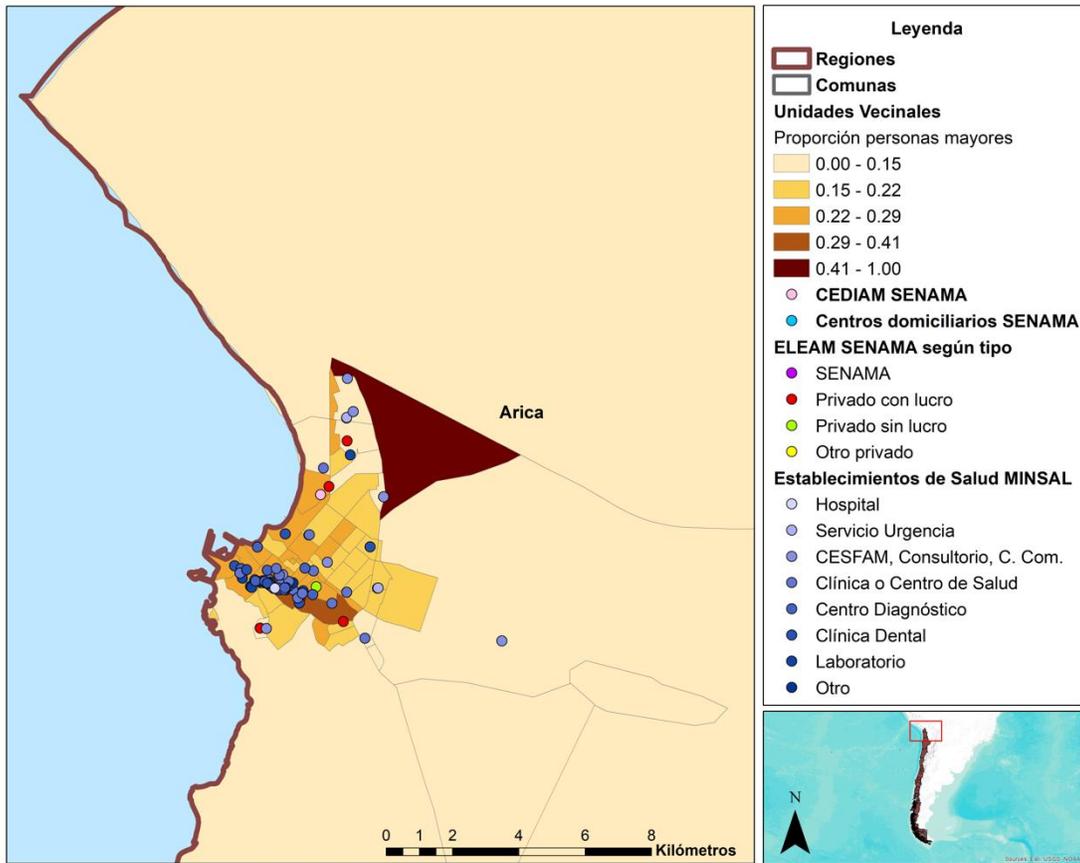
- **Capital regional: Arica**

Ilustración 4: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Arica (2018)



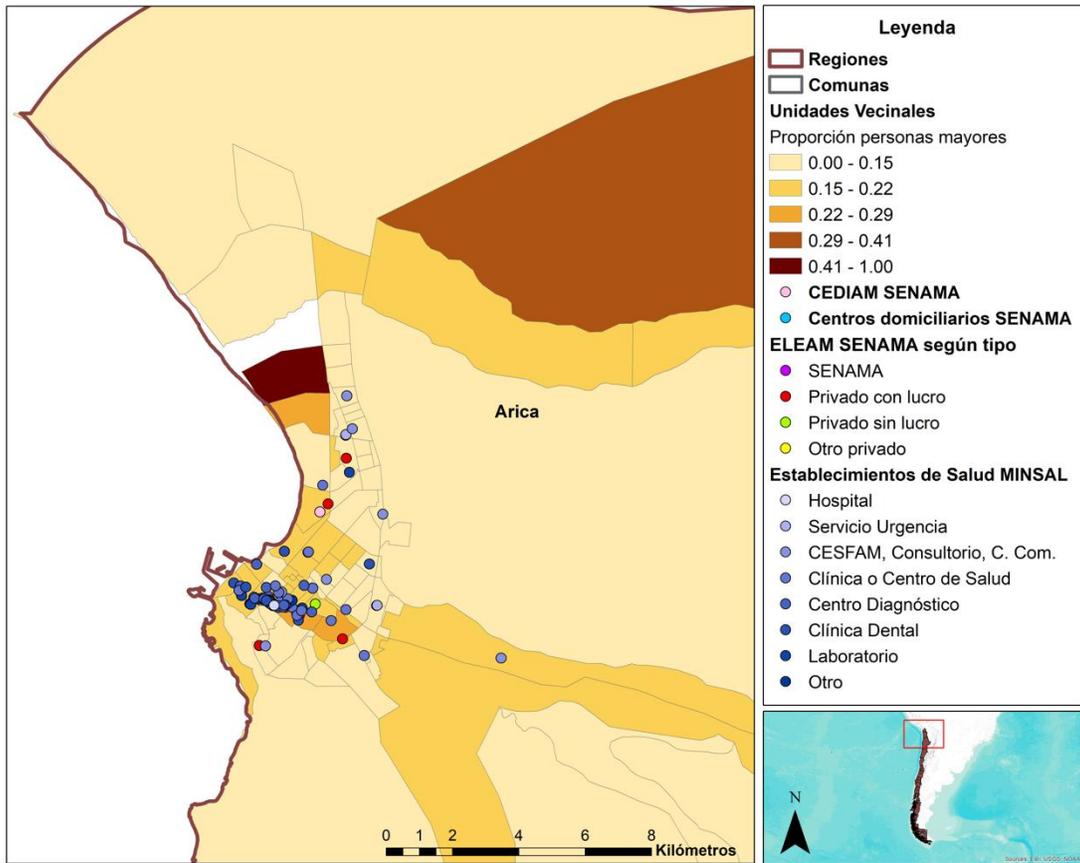
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 5: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Arica (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

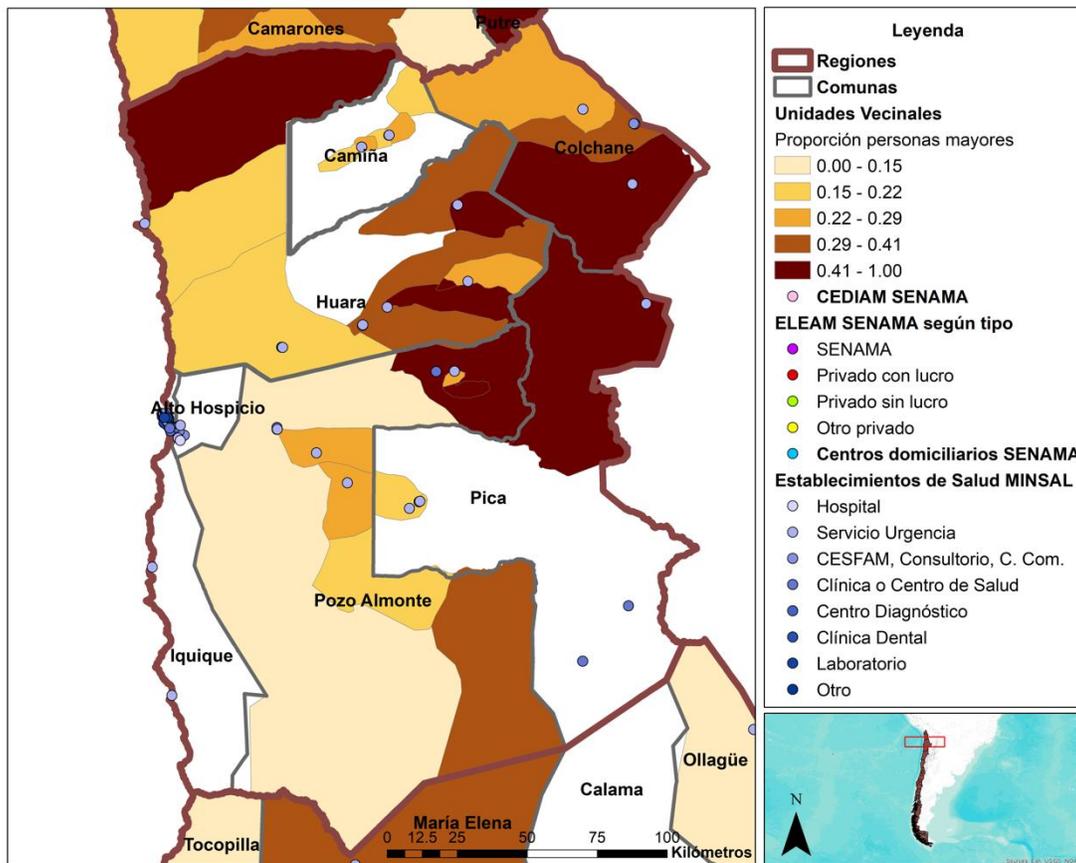
Ilustración 6: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Arica (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

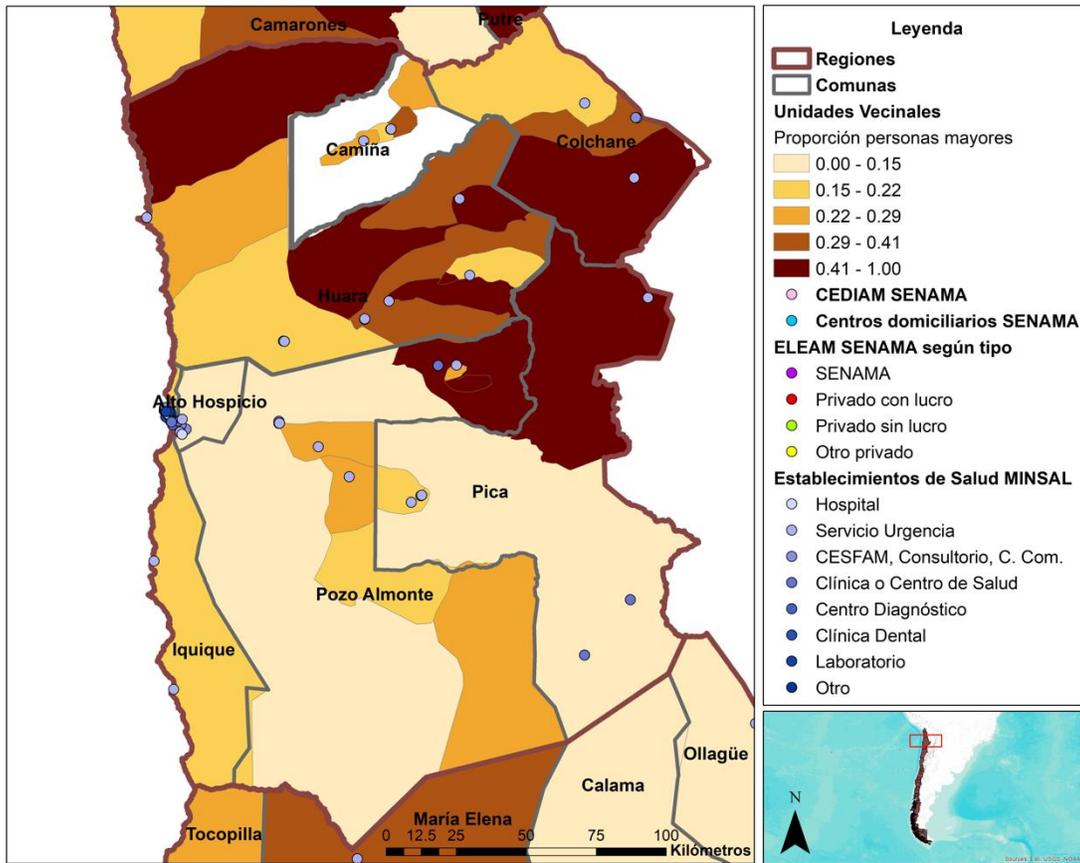
- **Región de Tarapacá**

Ilustración 7: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Tarapacá (2018)



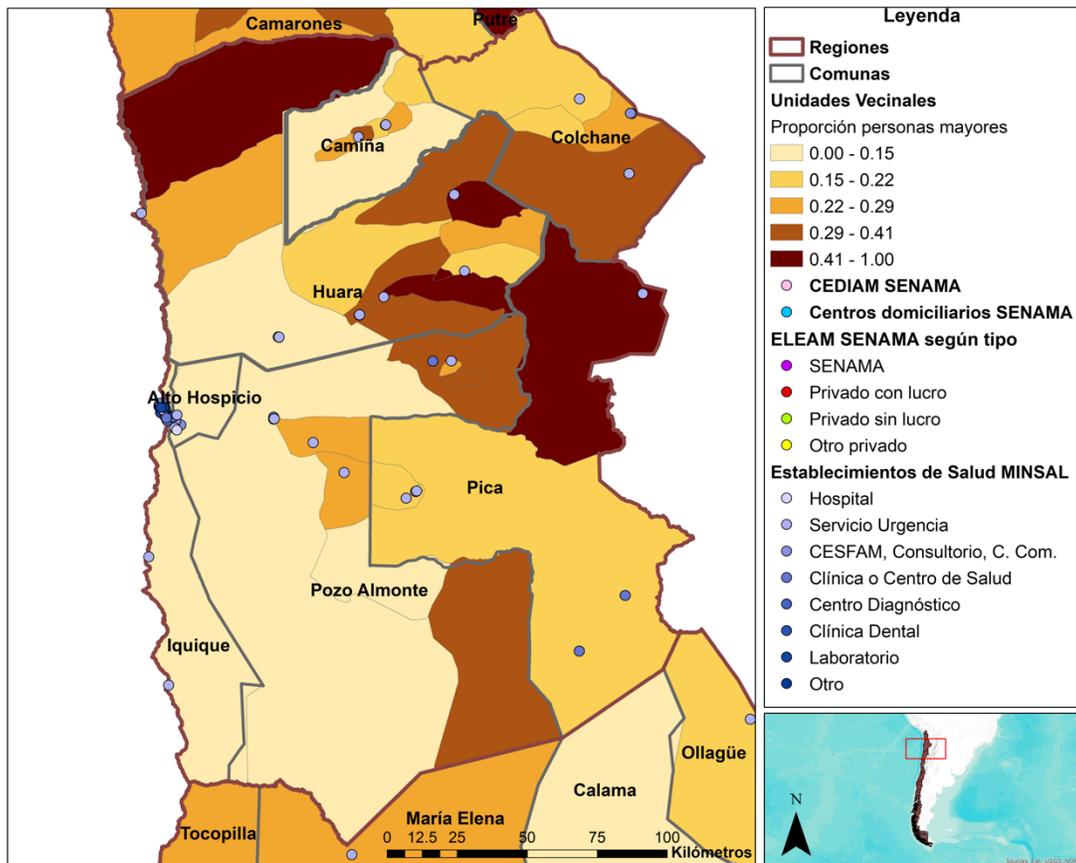
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 8: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Tarapacá (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

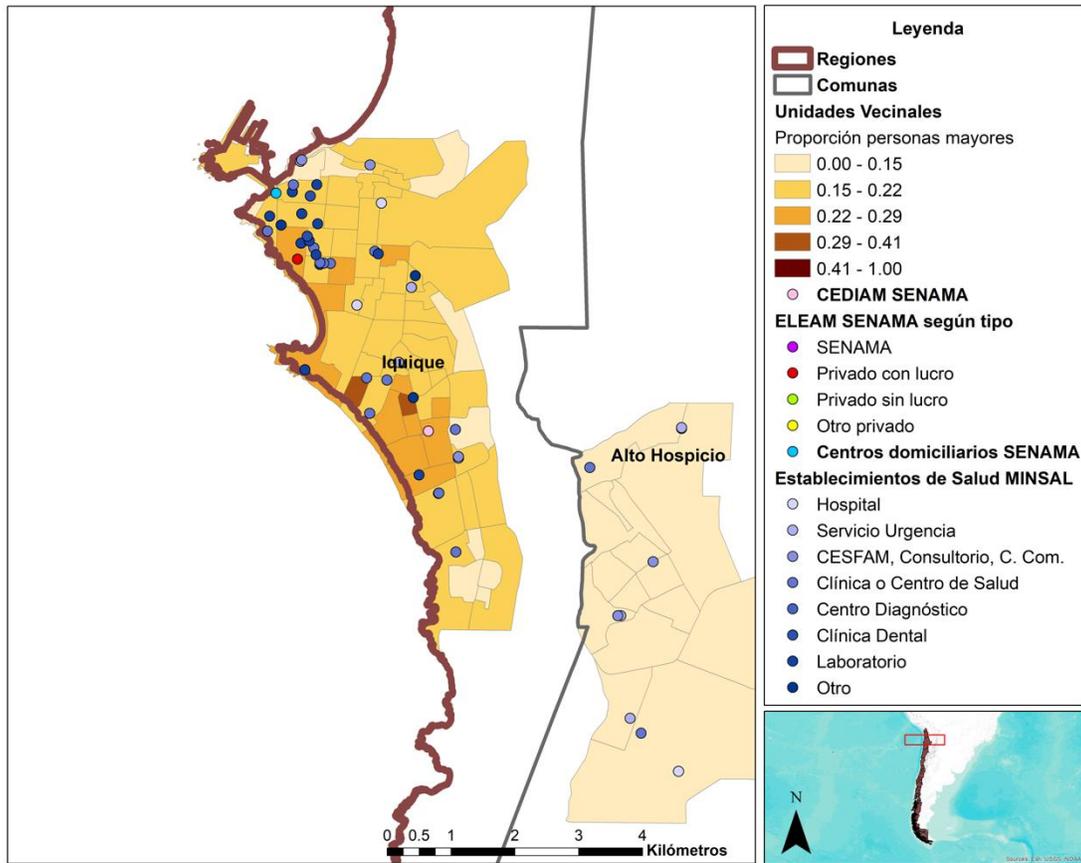
Ilustración 9: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Tarapacá (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

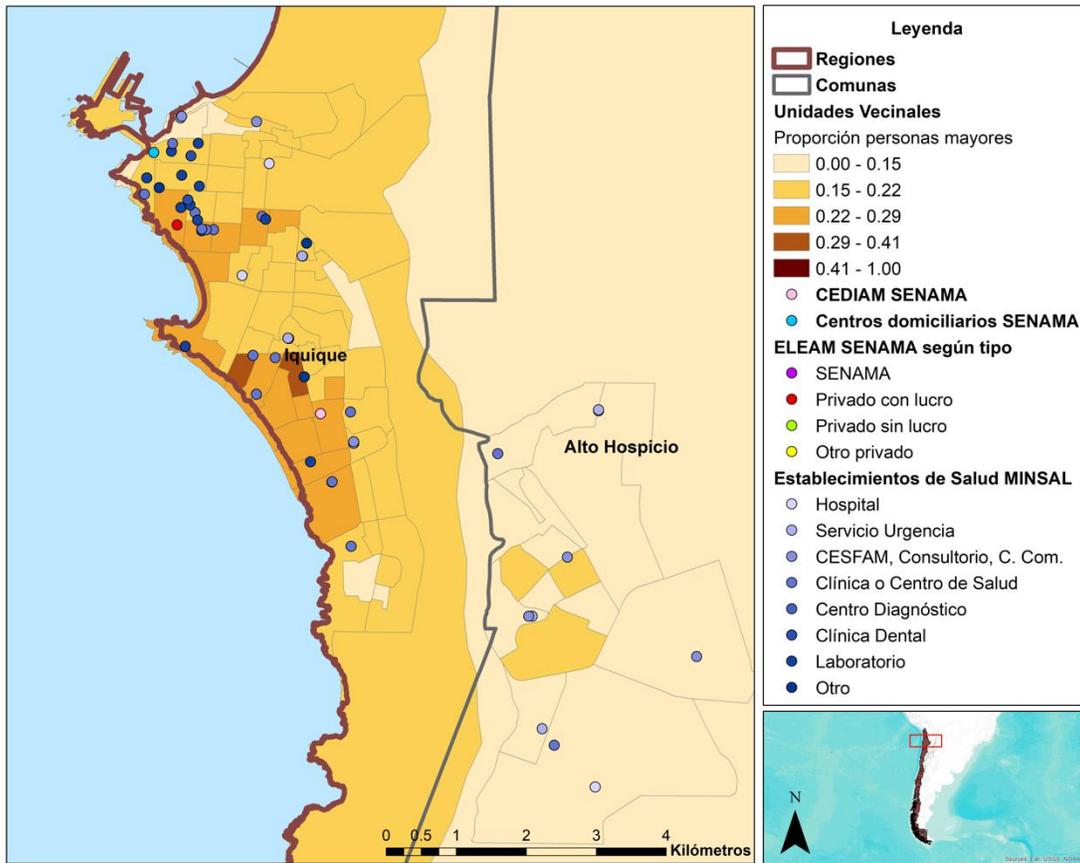
- **Capital regional: Iquique**

Ilustración 10: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Iquique (2018)



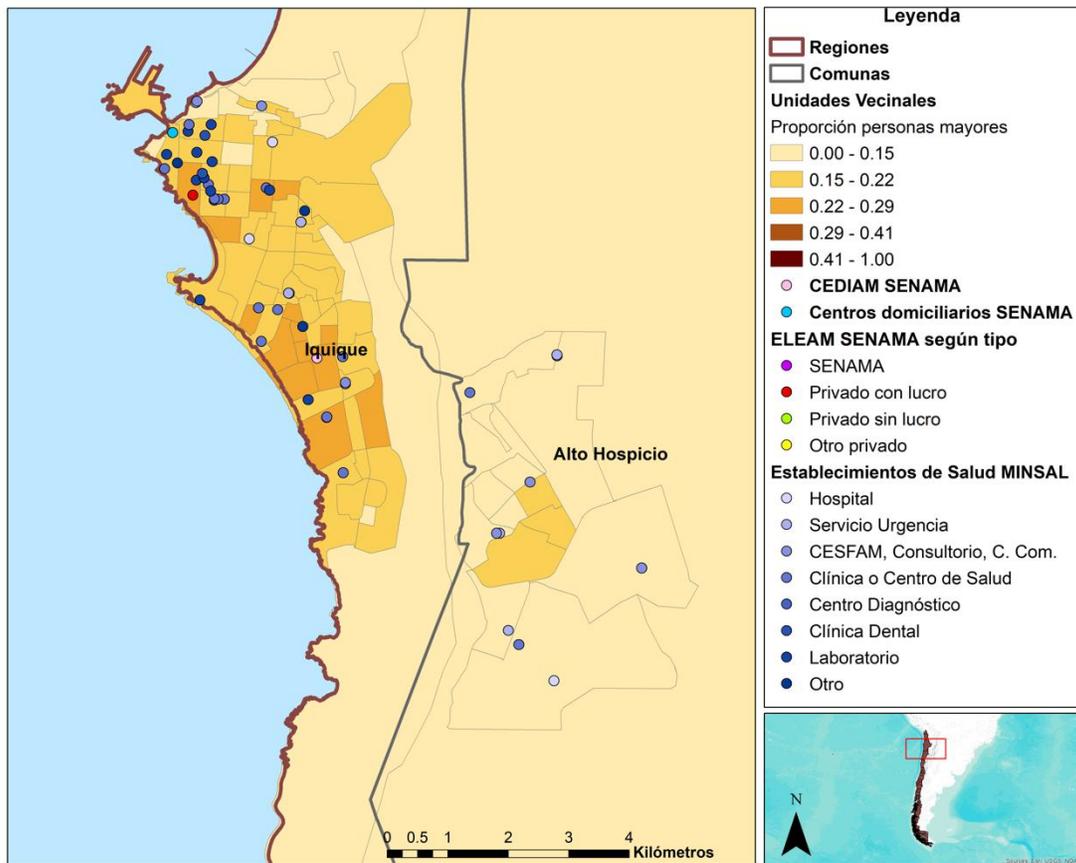
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 11: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Iquique (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

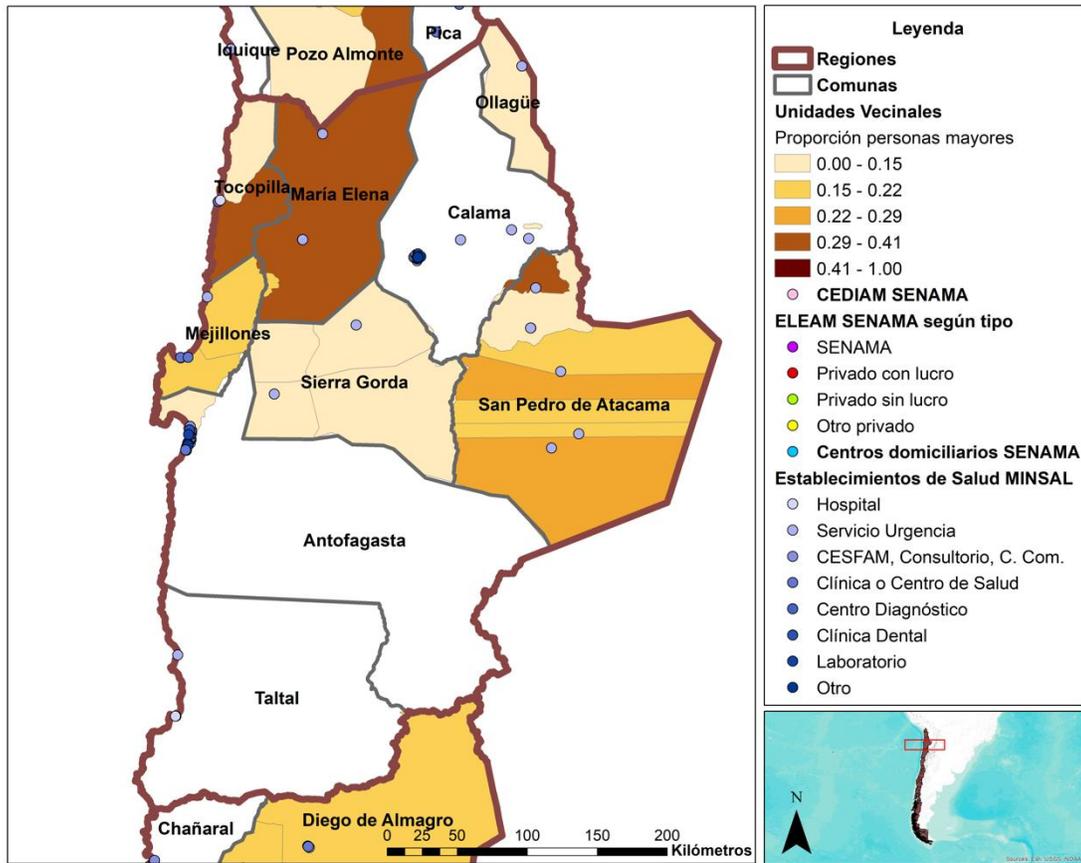
Ilustración 12: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Iquique (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

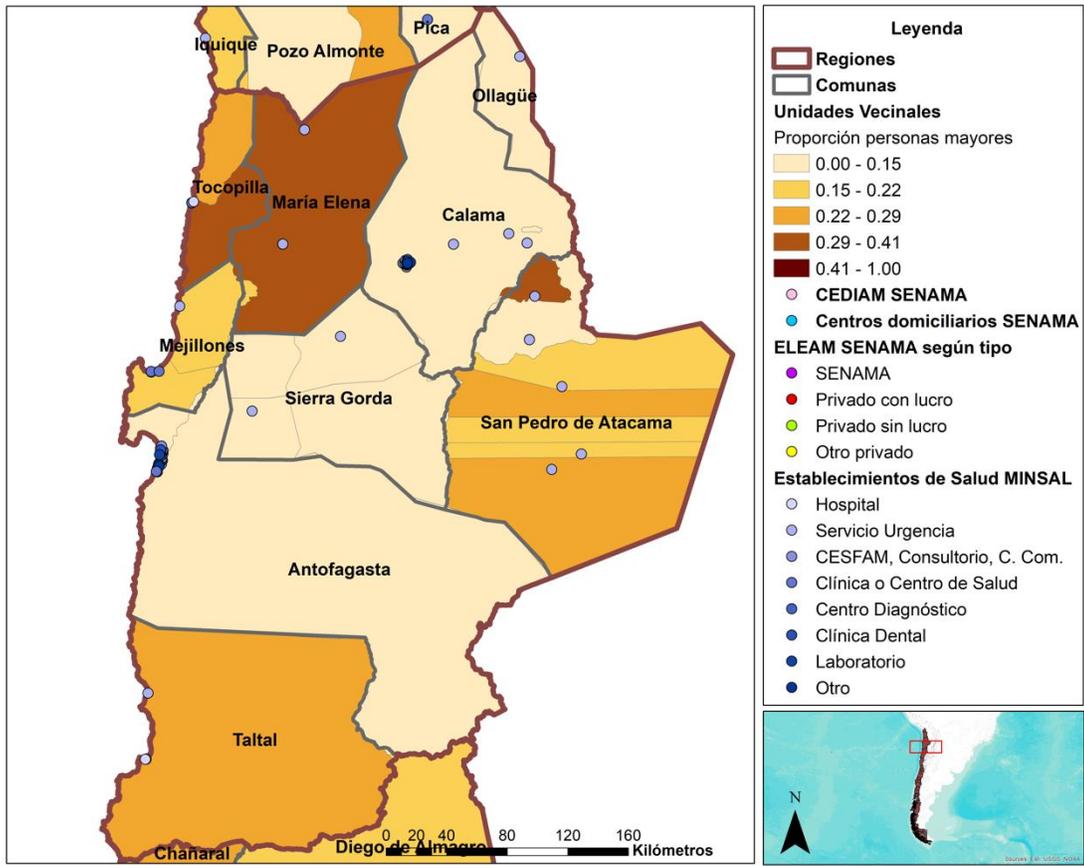
- **Región de Antofagasta**

Ilustración 13: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Antofagasta (2018)



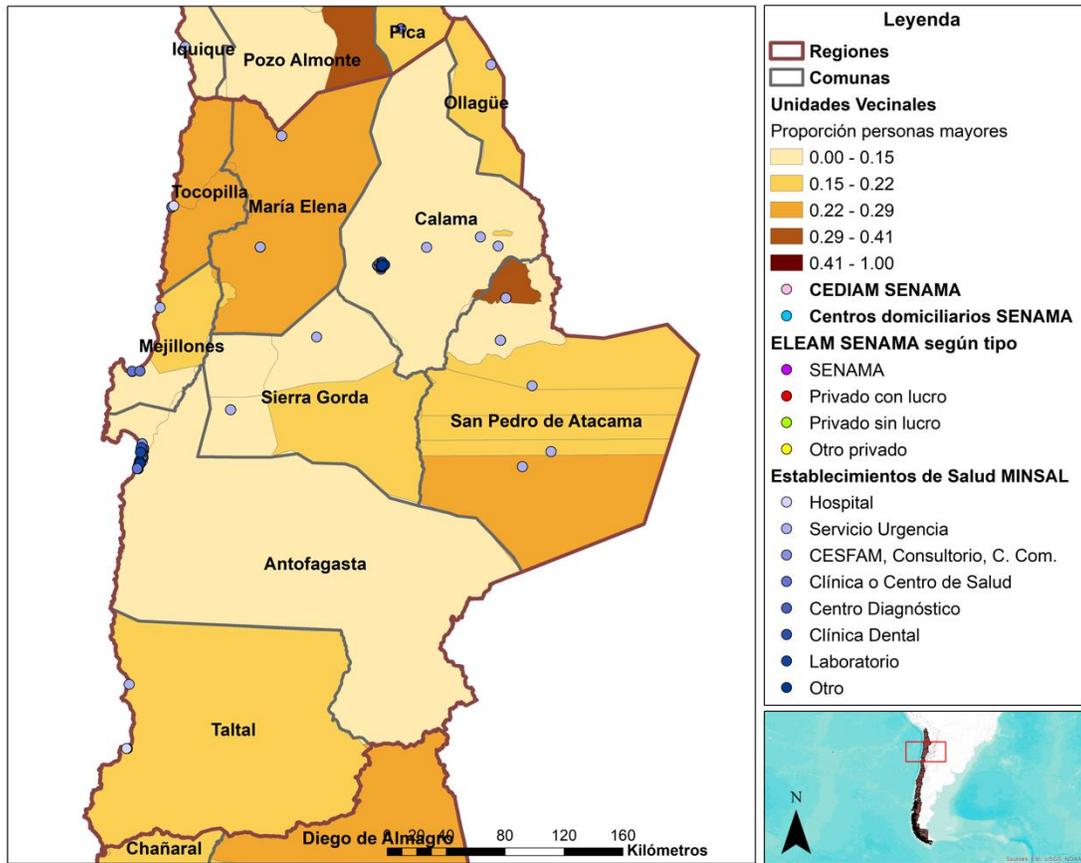
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 14: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Antofagasta (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

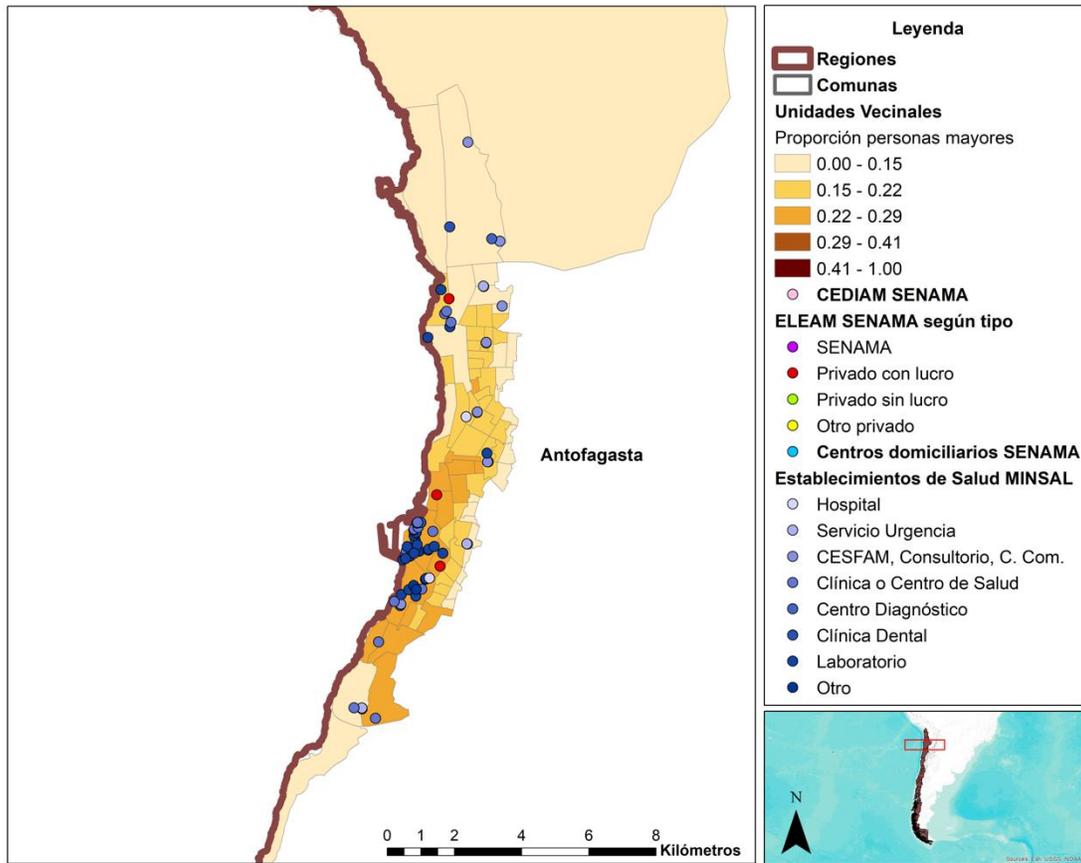
Ilustración 15: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Antofagasta (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

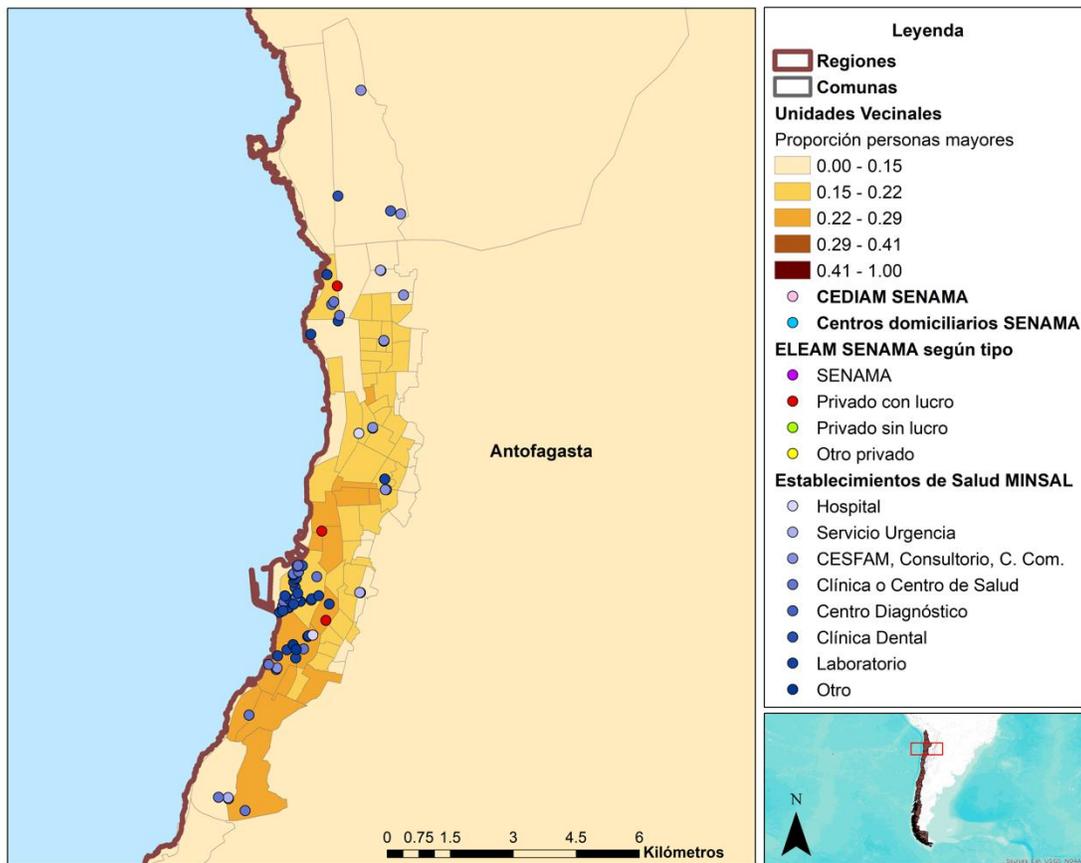
- **Capital regional: Antofagasta**

Ilustración 16: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Antofagasta (2018)



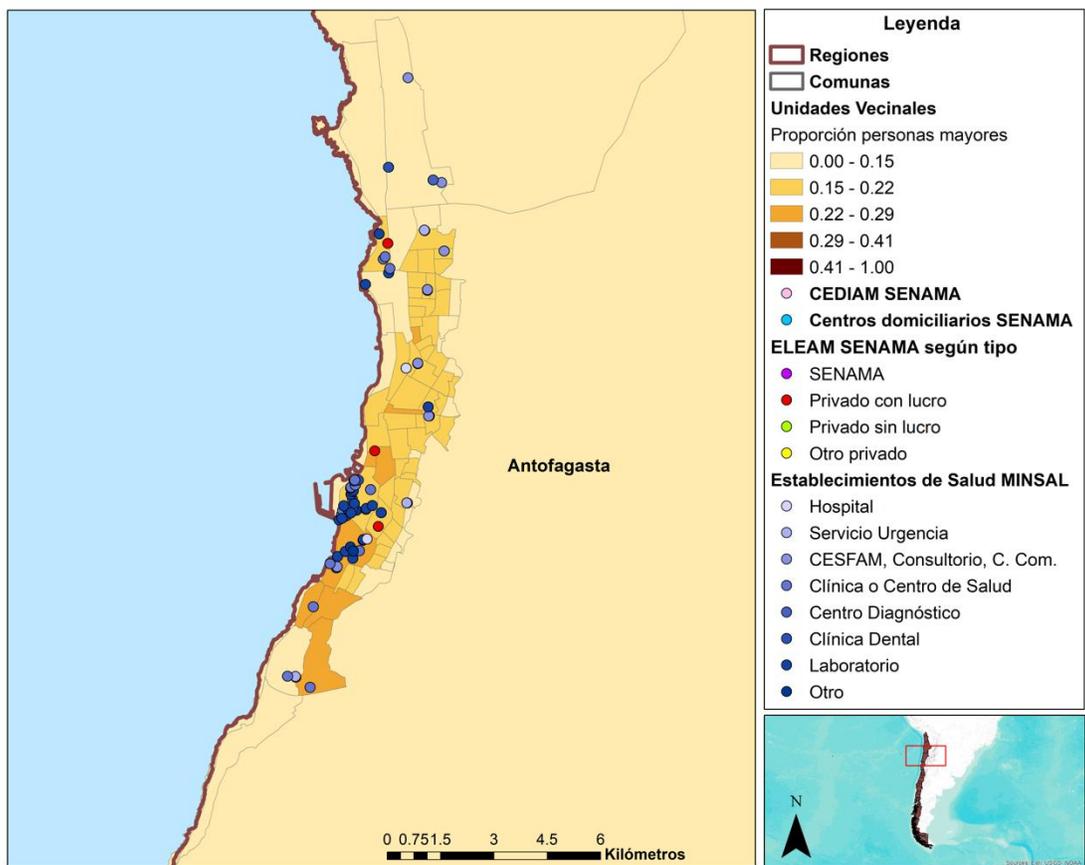
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 17: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Antofagasta (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

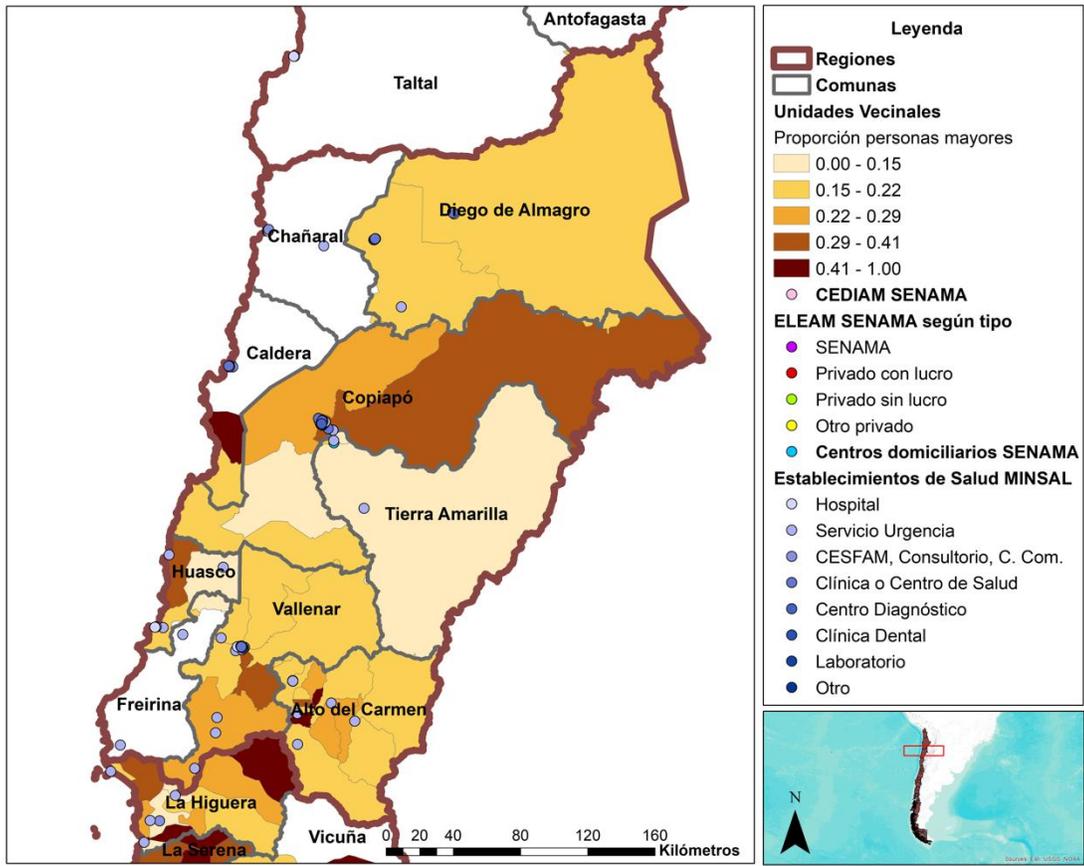
Ilustración 18: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Antofagasta (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

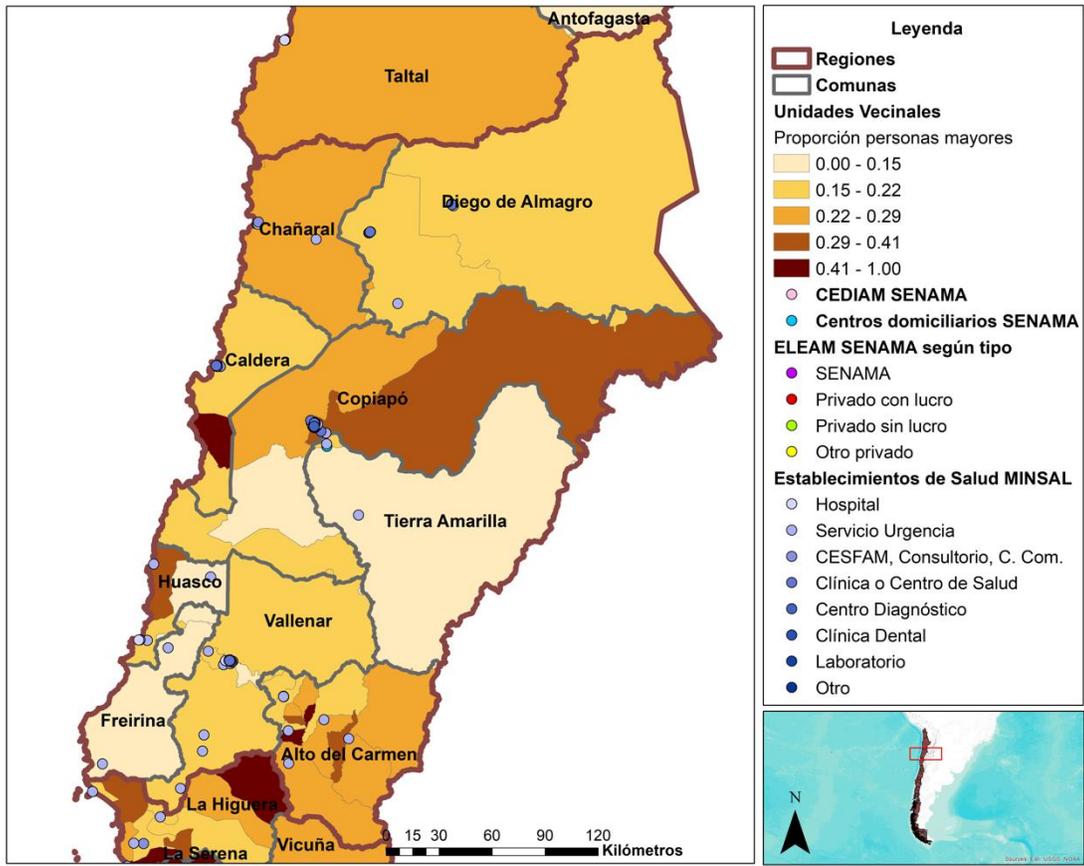
- **Región de Atacama**

Ilustración 19: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Atacama (2018)



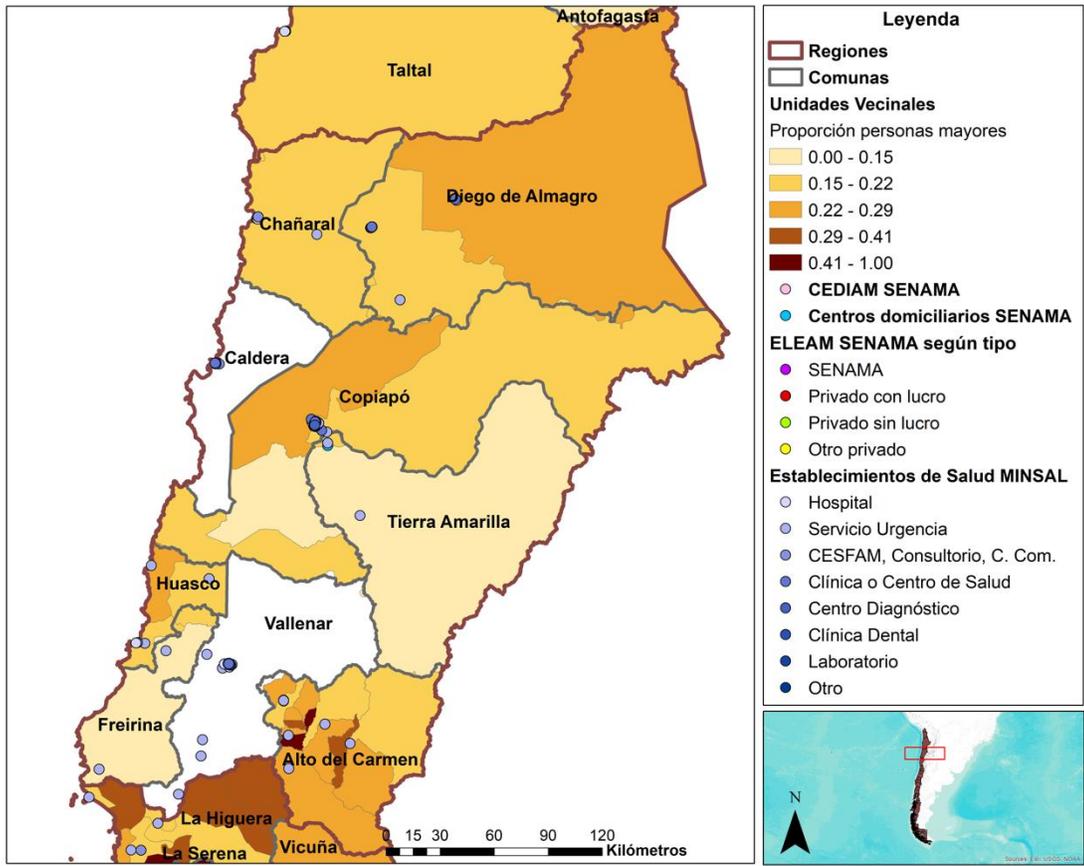
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (20228).

Ilustración 20: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Atacama (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

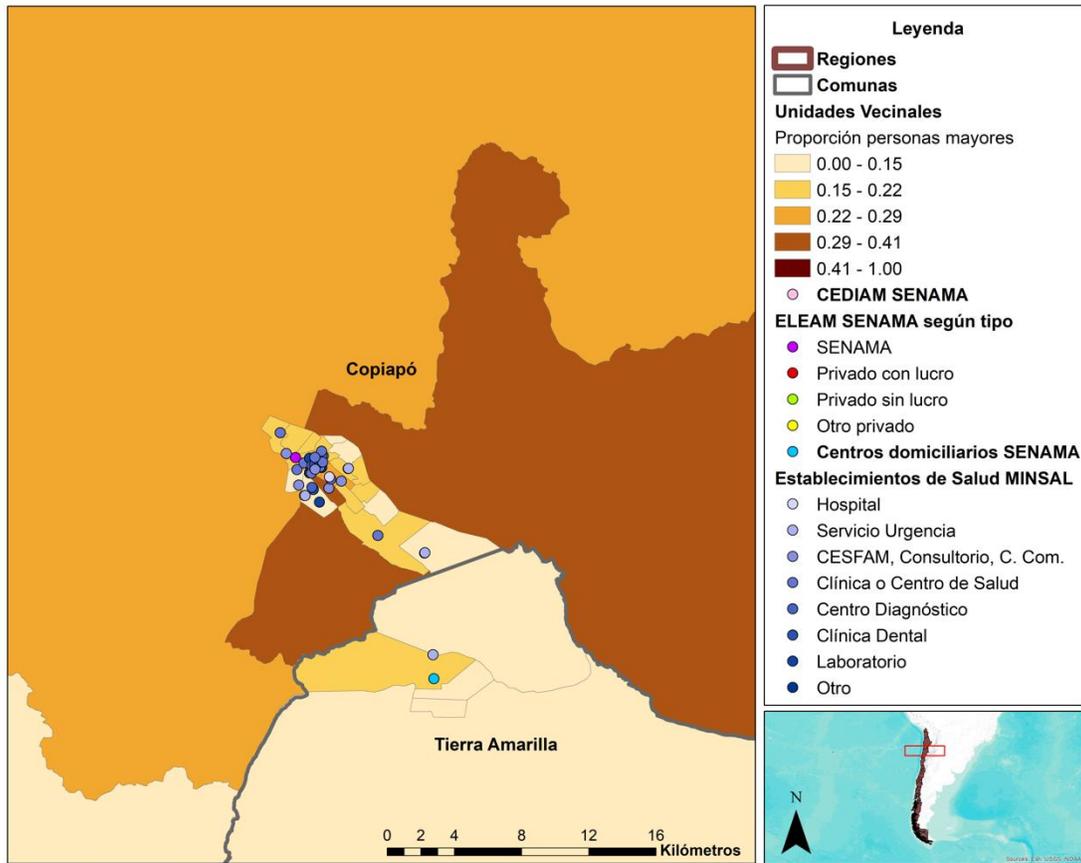
Ilustración 21: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Atacama (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

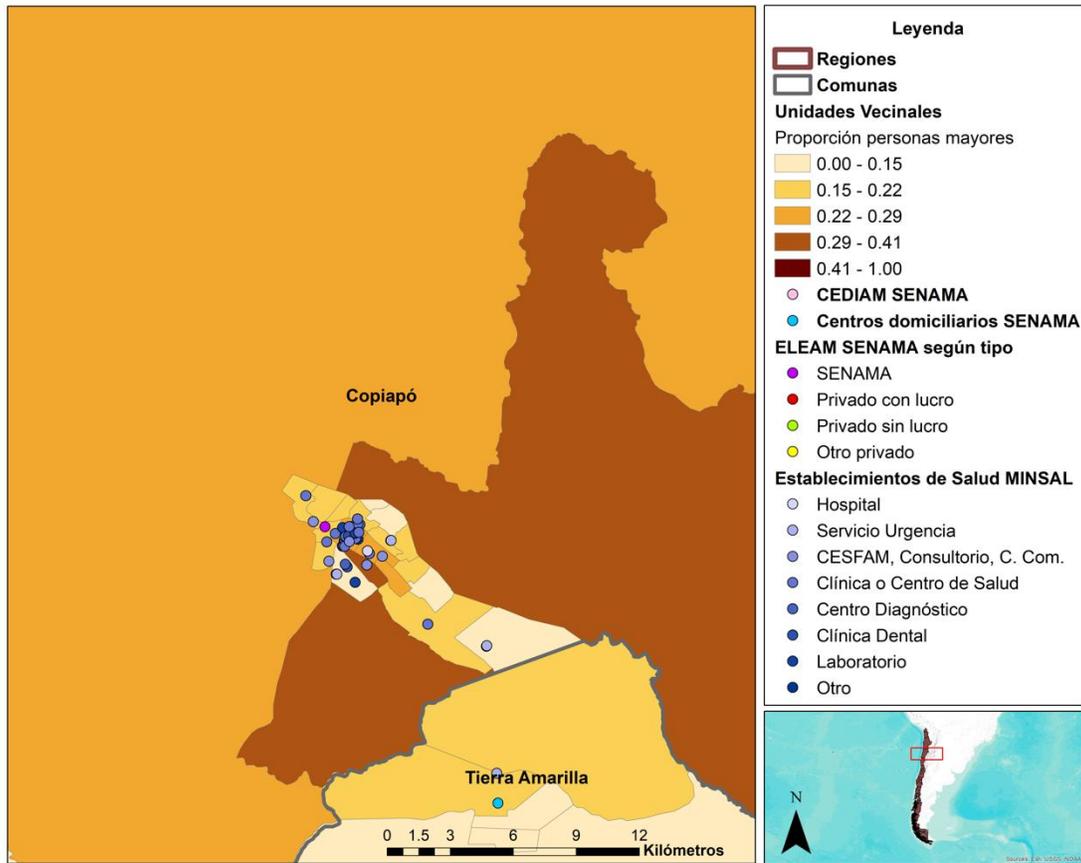
- **Capital regional: Copiapó**

Ilustración 22: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Copiapó (2018)



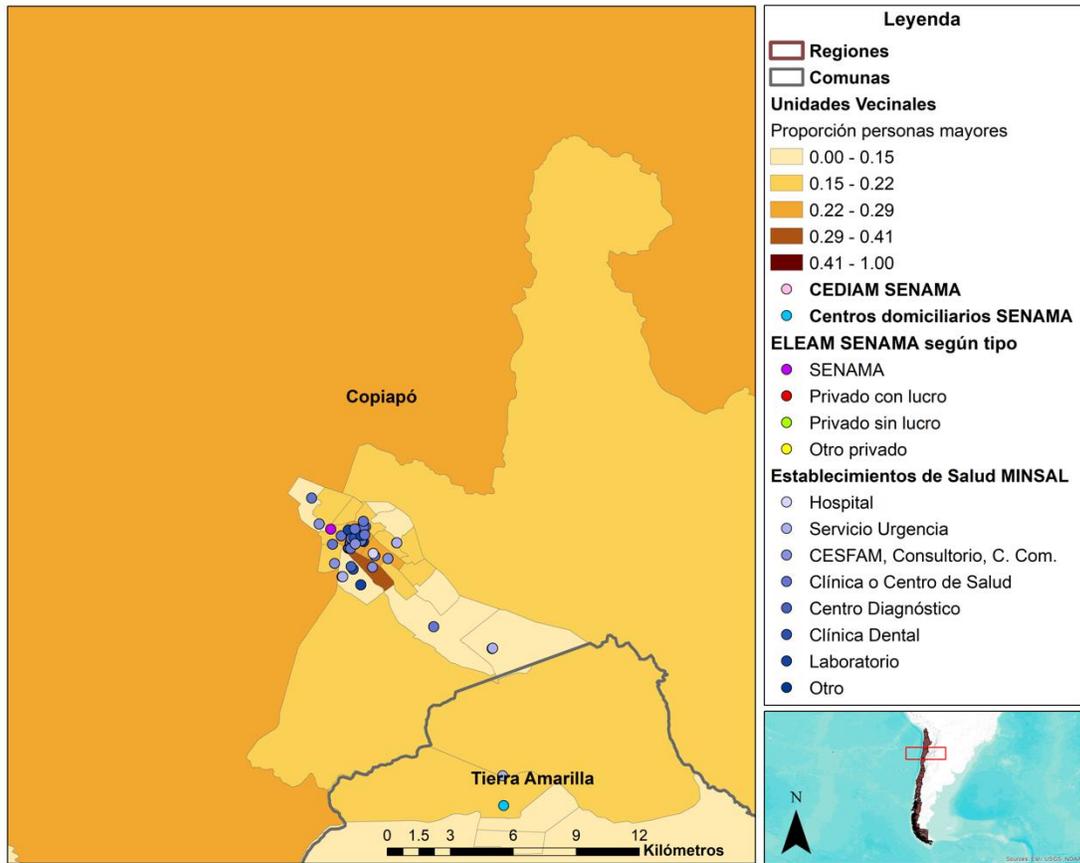
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 23: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Copiapó (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

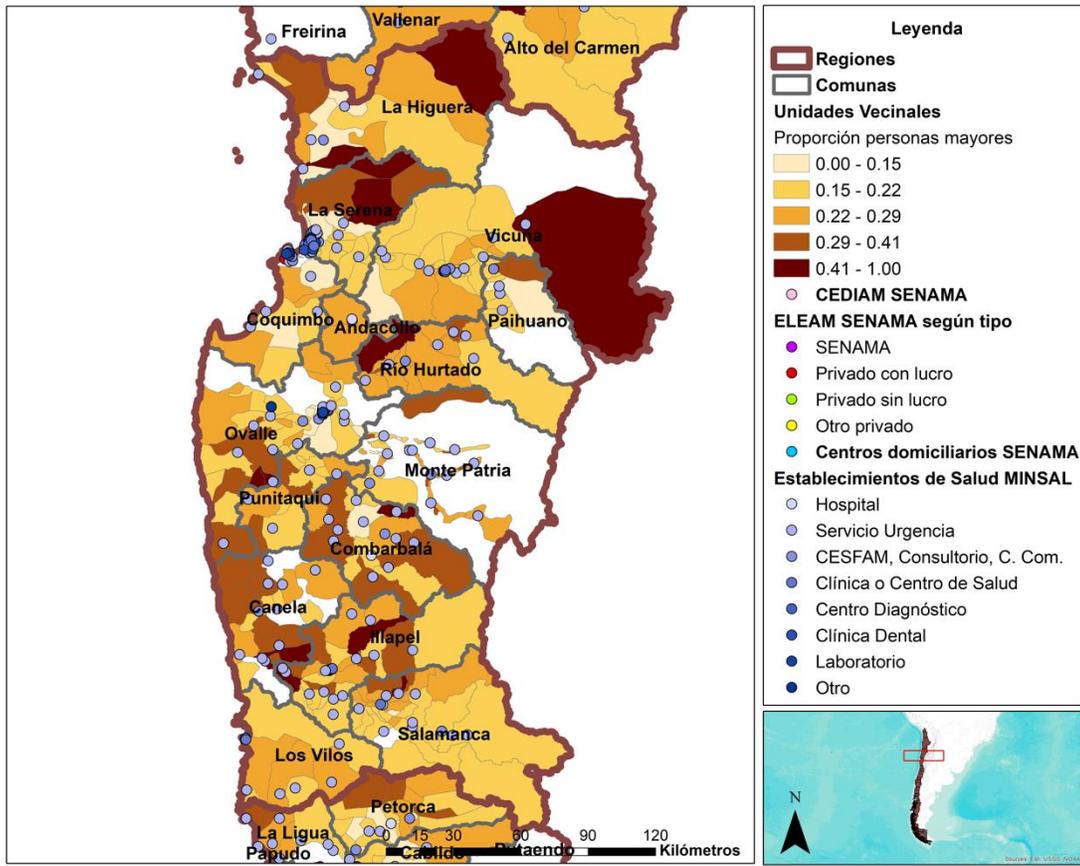
Ilustración 24: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Copiapó (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

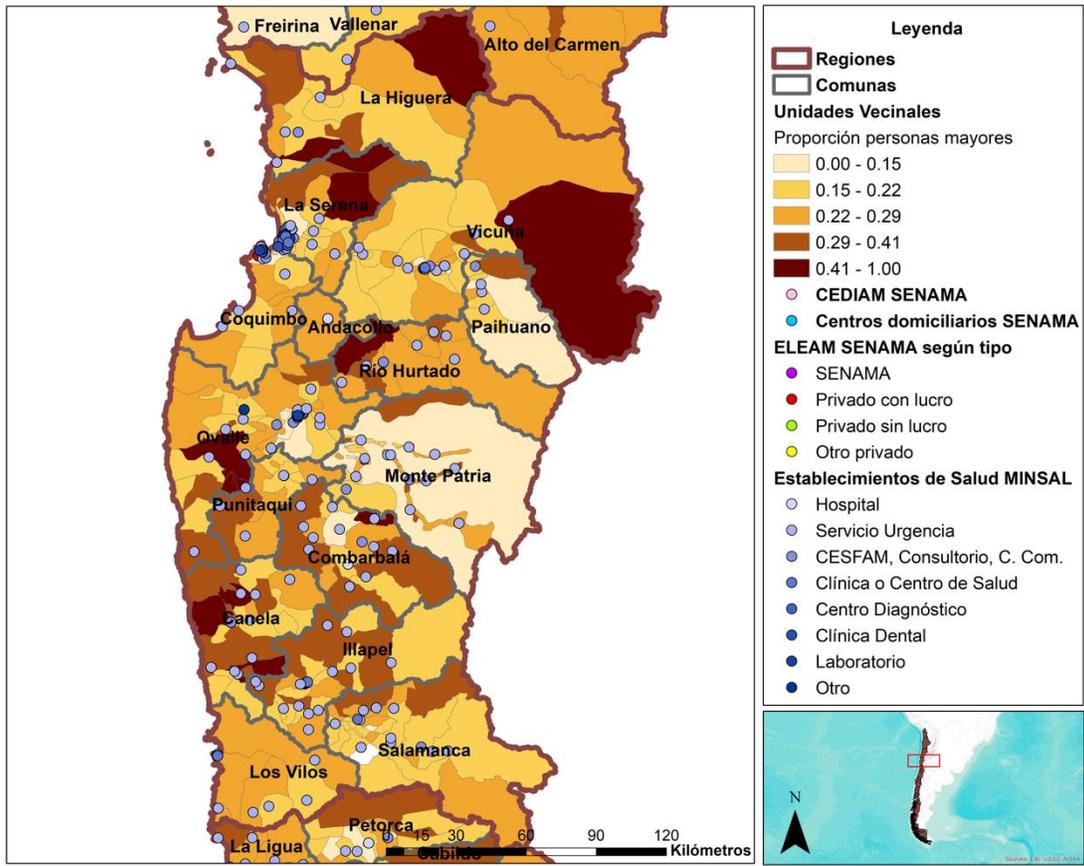
- **Región de Coquimbo**

Ilustración 25: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Coquimbo (2018)



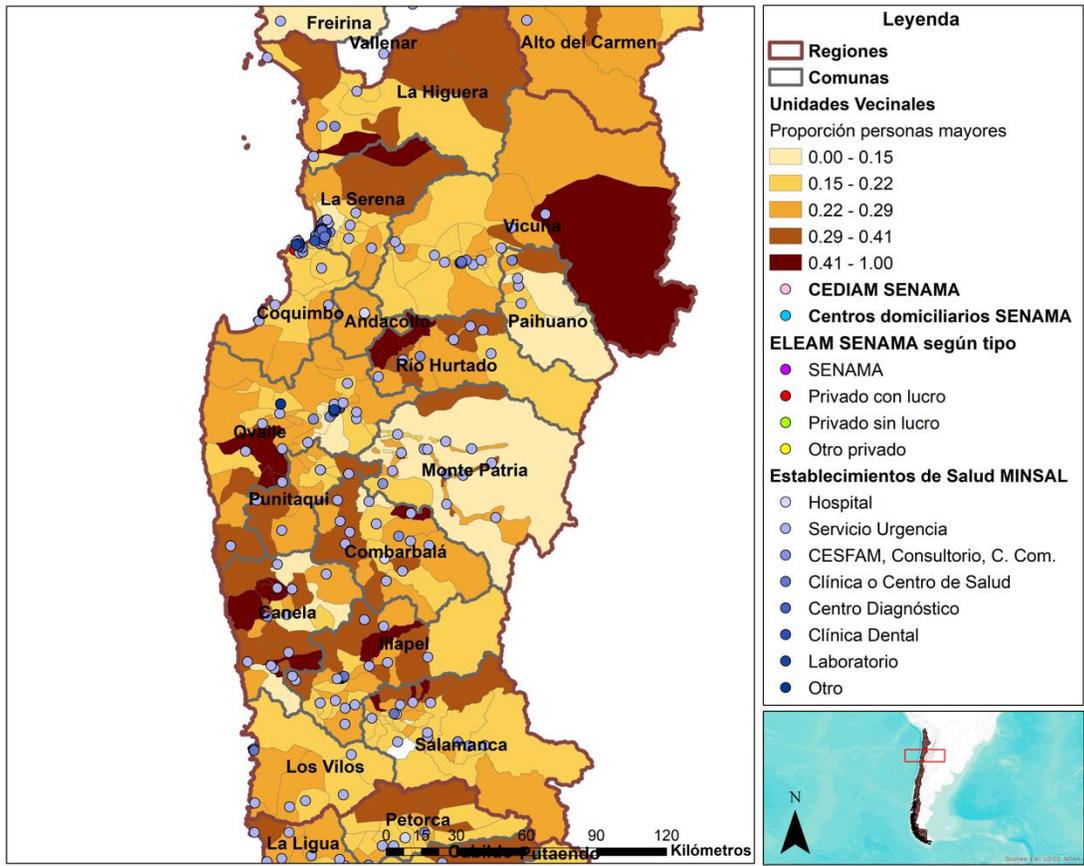
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 26: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Coquimbo (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

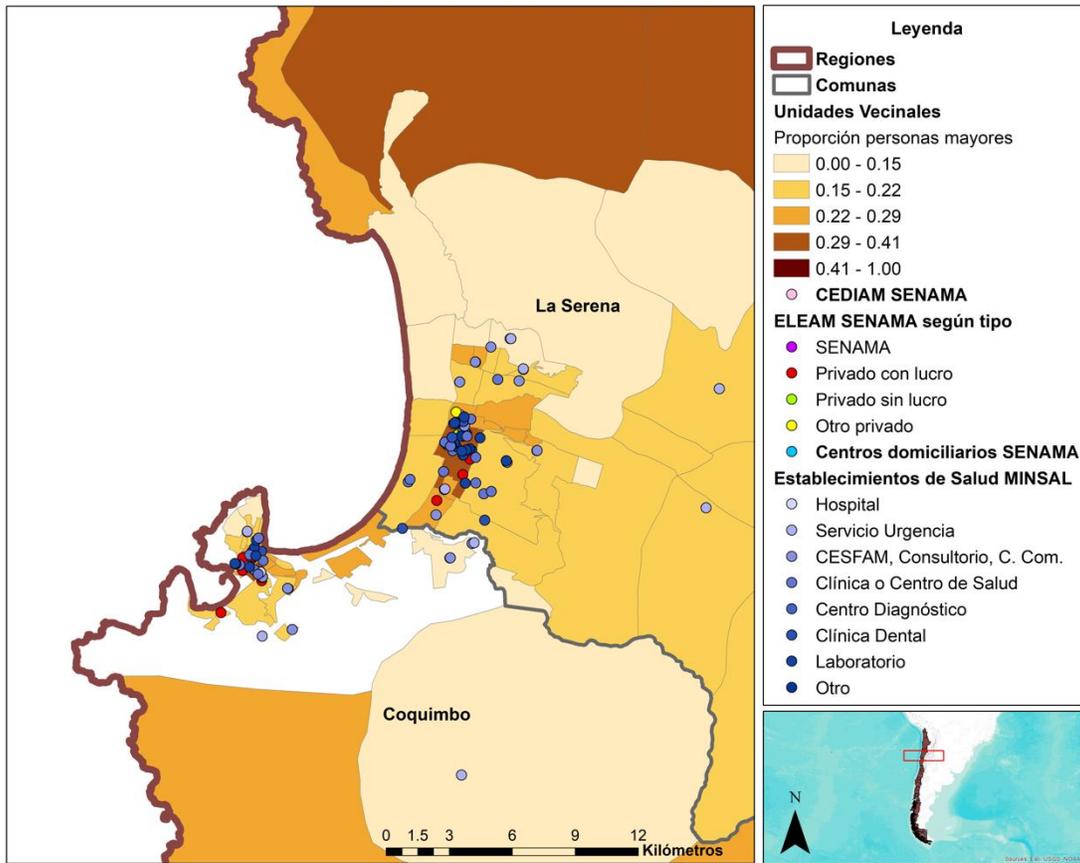
Ilustración 27: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Coquimbo (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

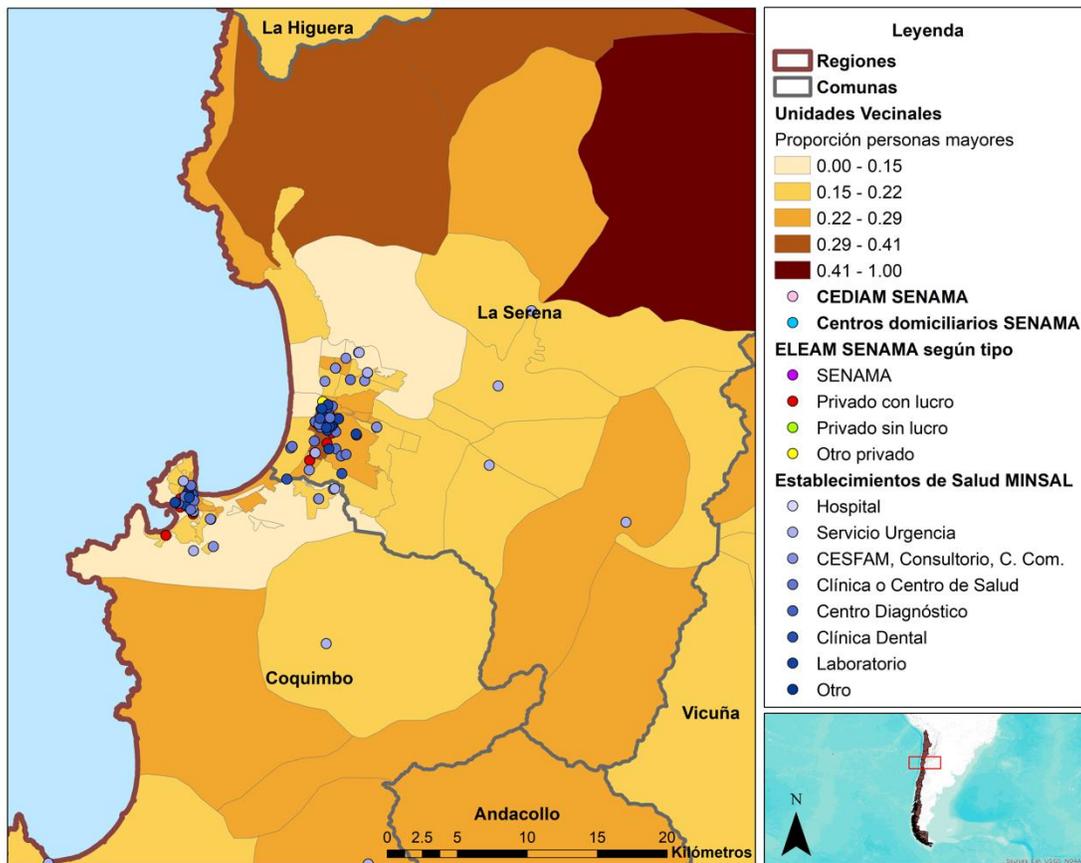
- **Capital regional: La Serena**

Ilustración 28: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de La Serena (2018)



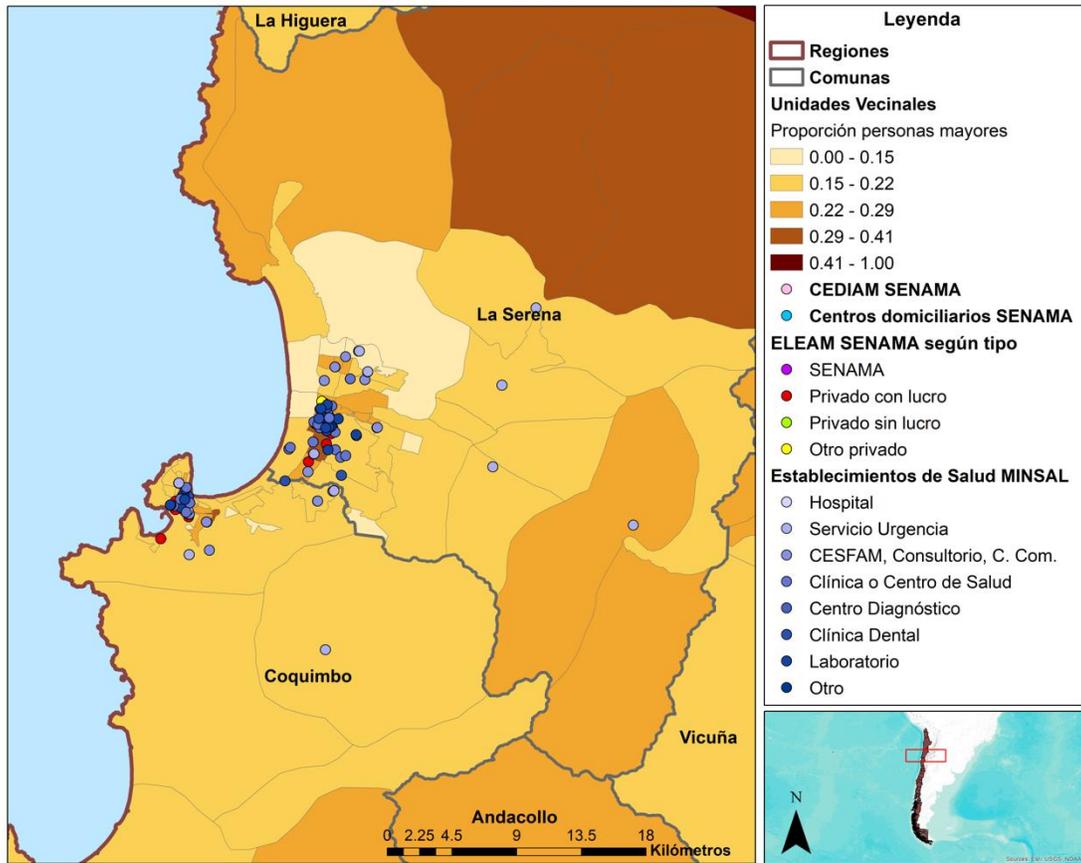
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 29: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de La Serena (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

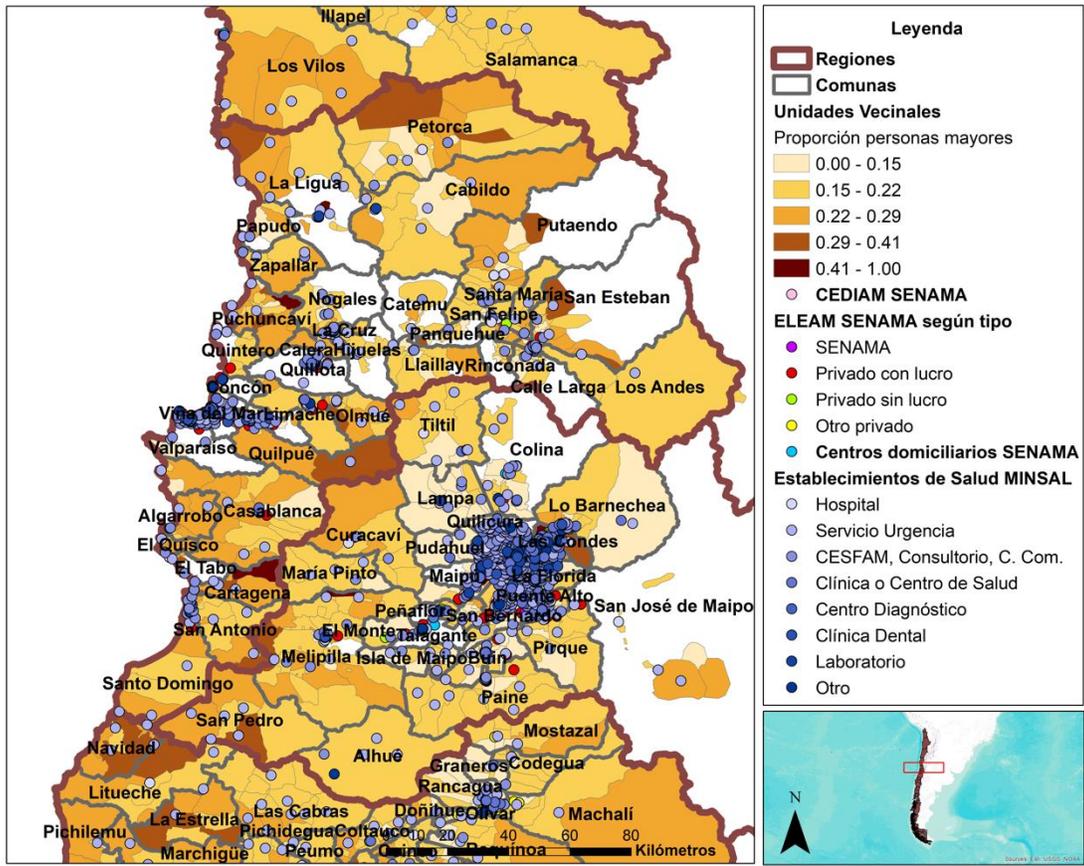
Ilustración 30: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de La Serena (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

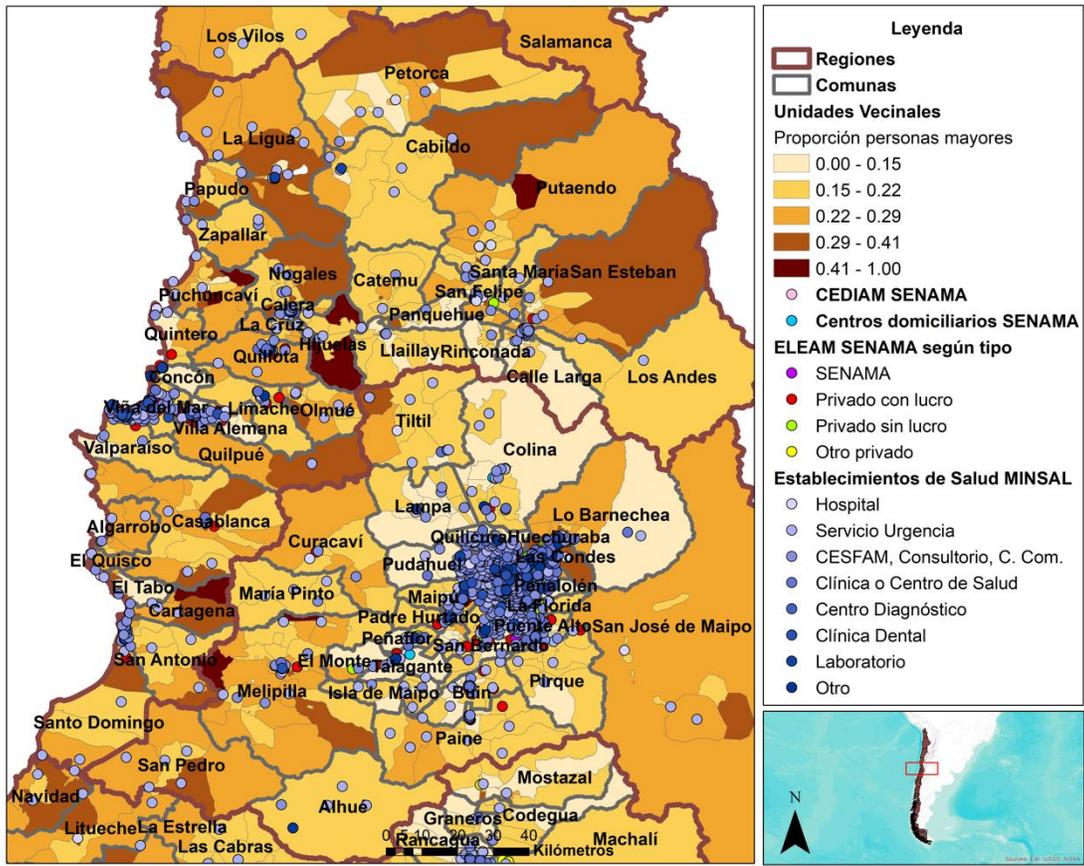
- **Región de Valparaíso**

Ilustración 31: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Valparaíso (2018)



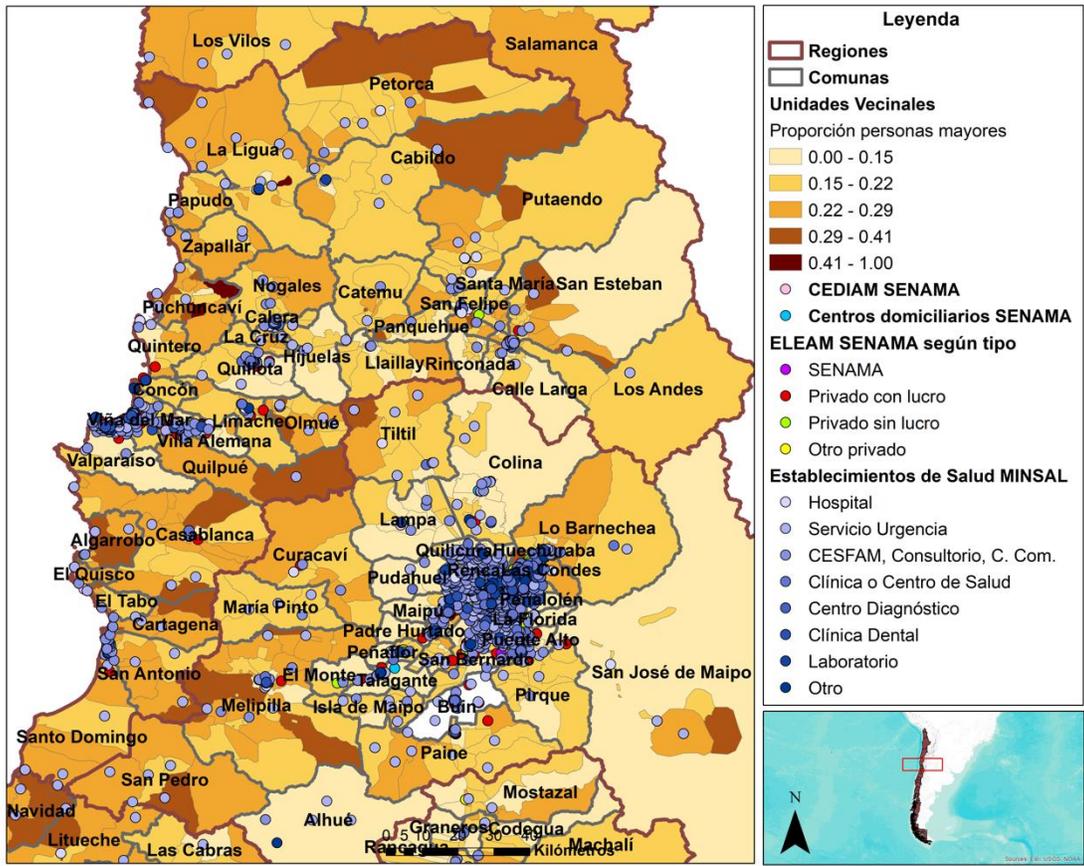
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 32: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Valparaíso (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

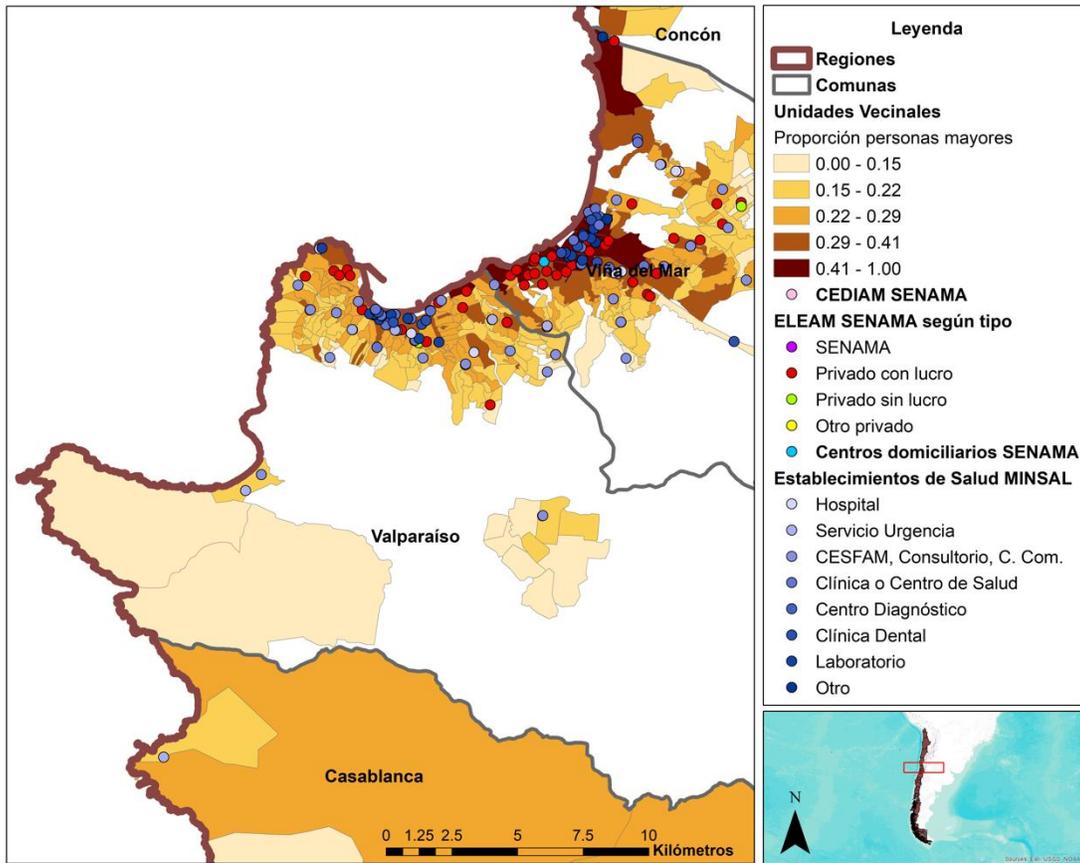
Ilustración 33: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Valparaíso (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

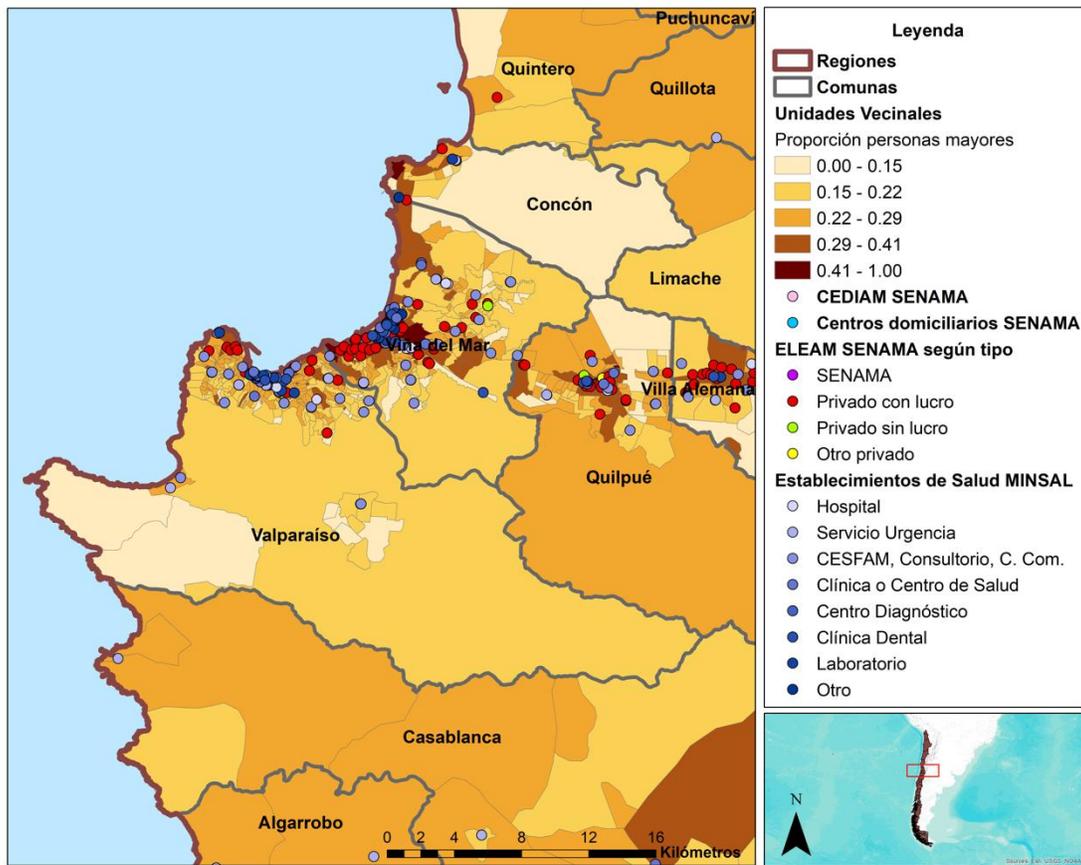
- **Capital regional: Valparaíso**

Ilustración 34: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valparaíso (2018)



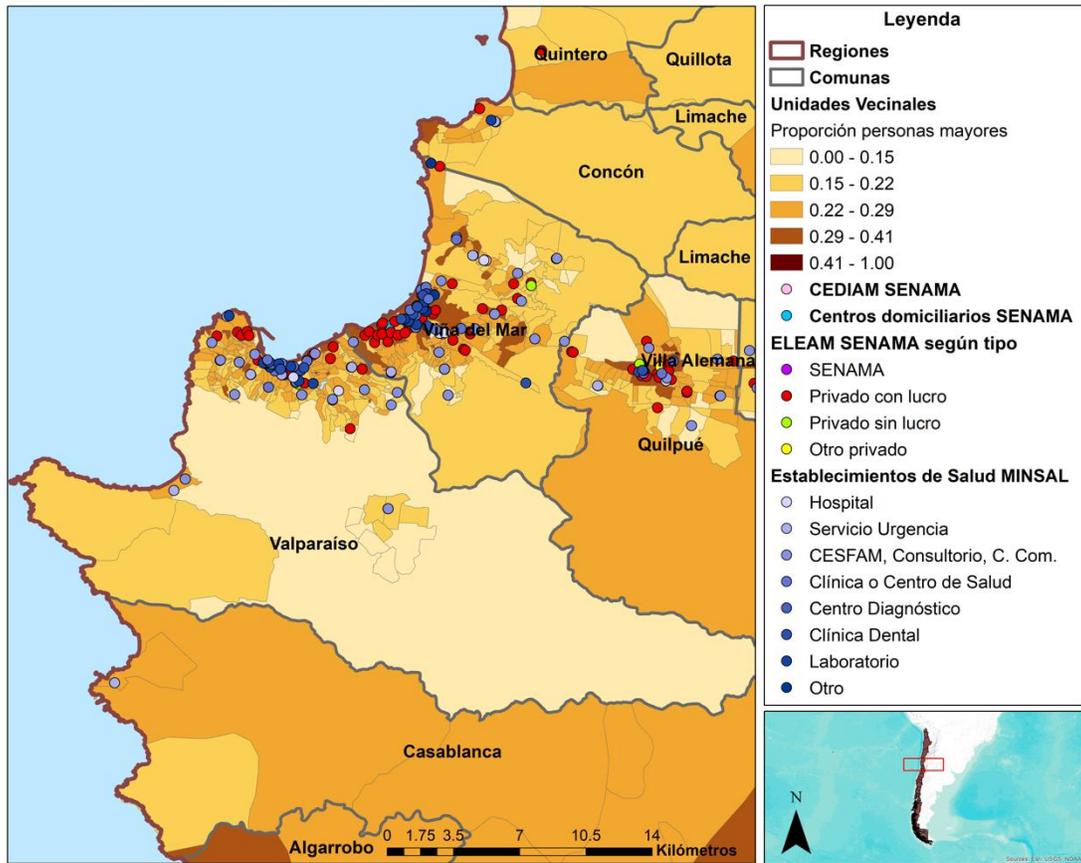
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 35: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valparaíso (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

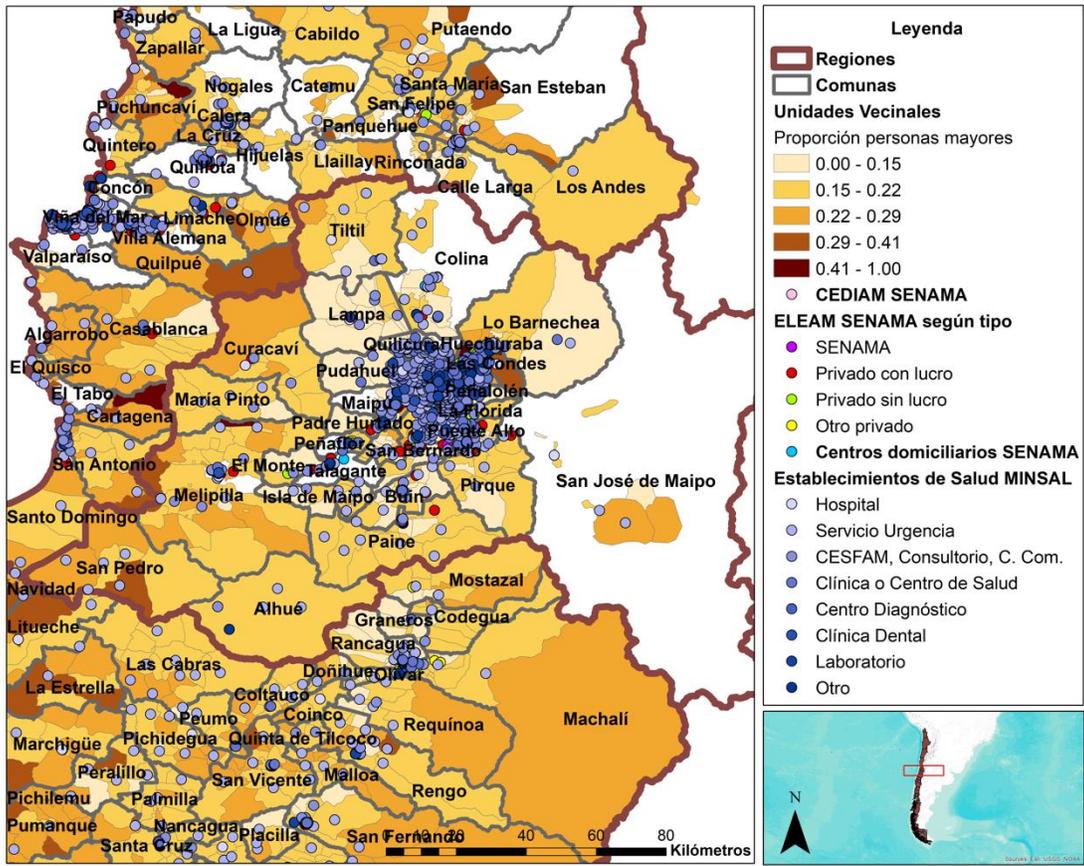
Ilustración 36: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valparaíso (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

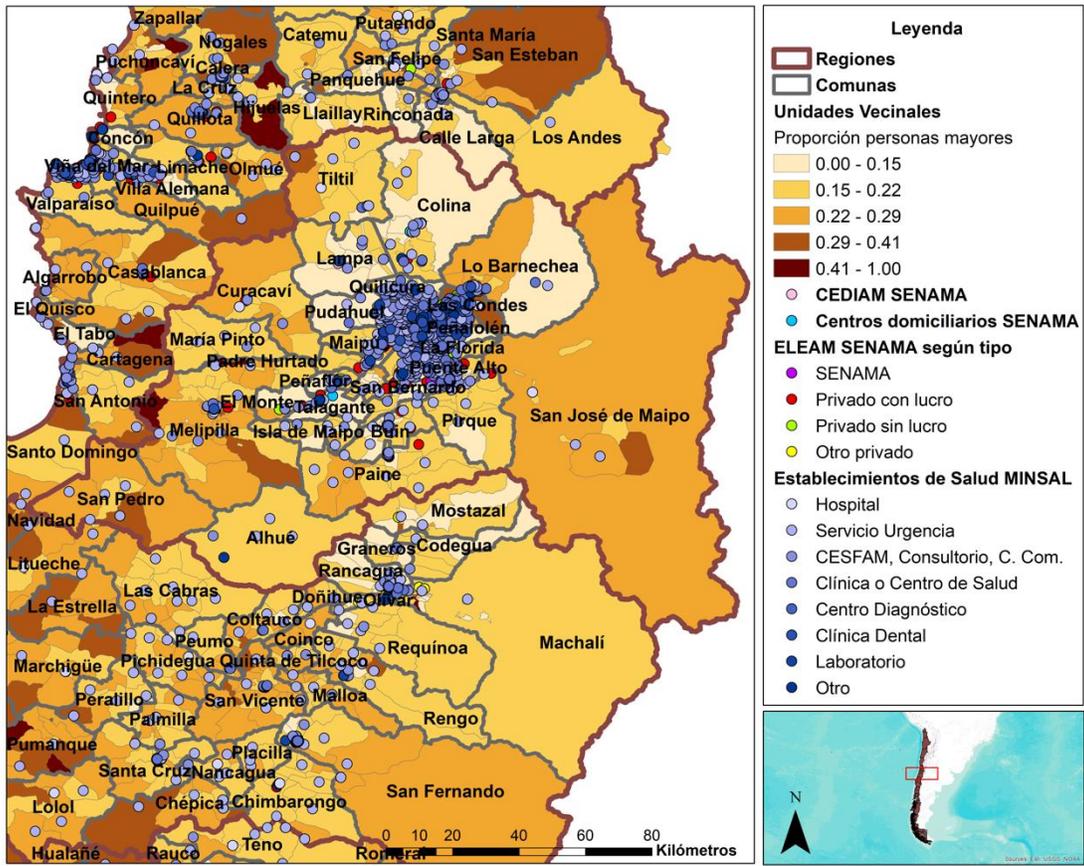
- **Región Metropolitana**

Ilustración 37: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región Metropolitana (2018)



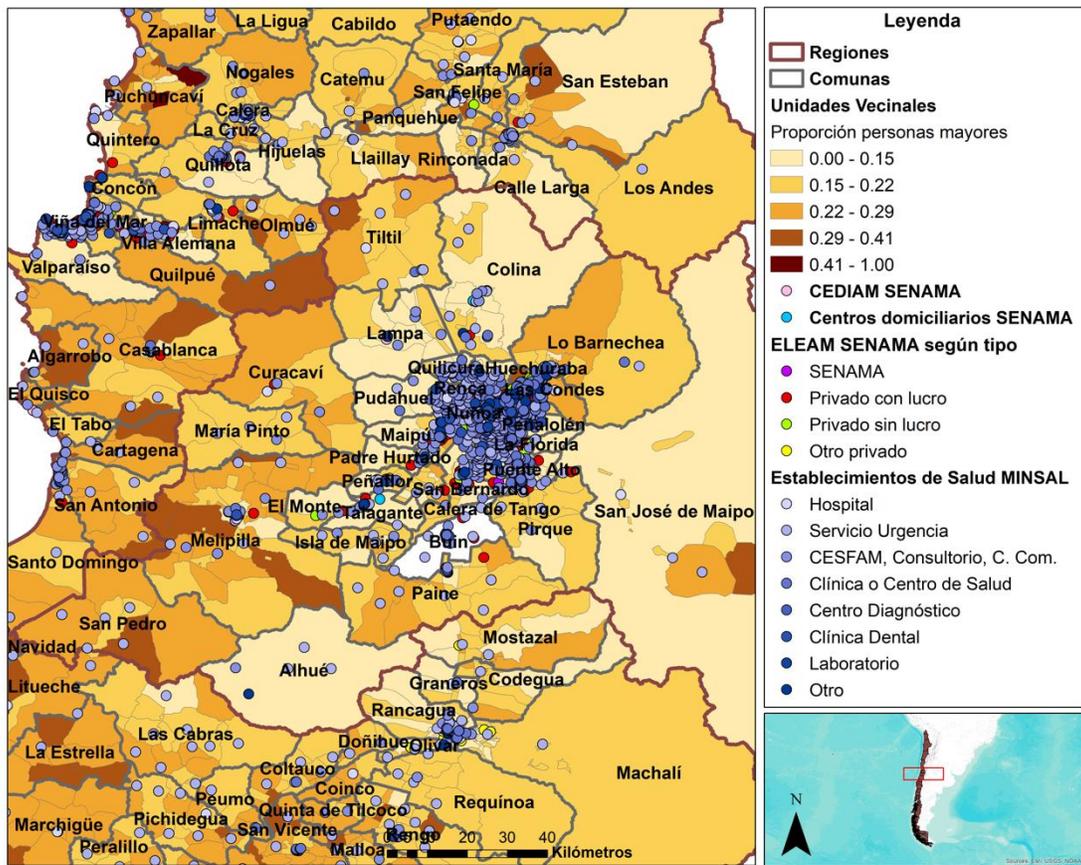
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 38: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región Metropolitana (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

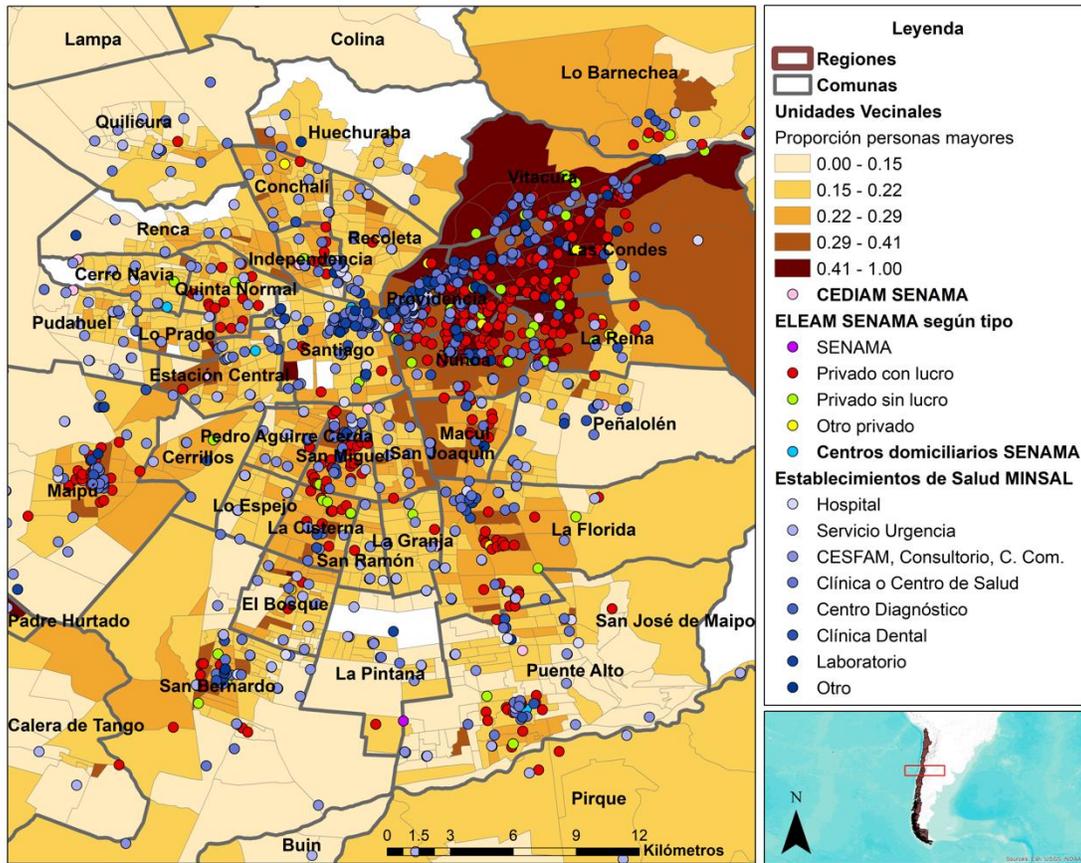
Ilustración 39: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región Metropolitana (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

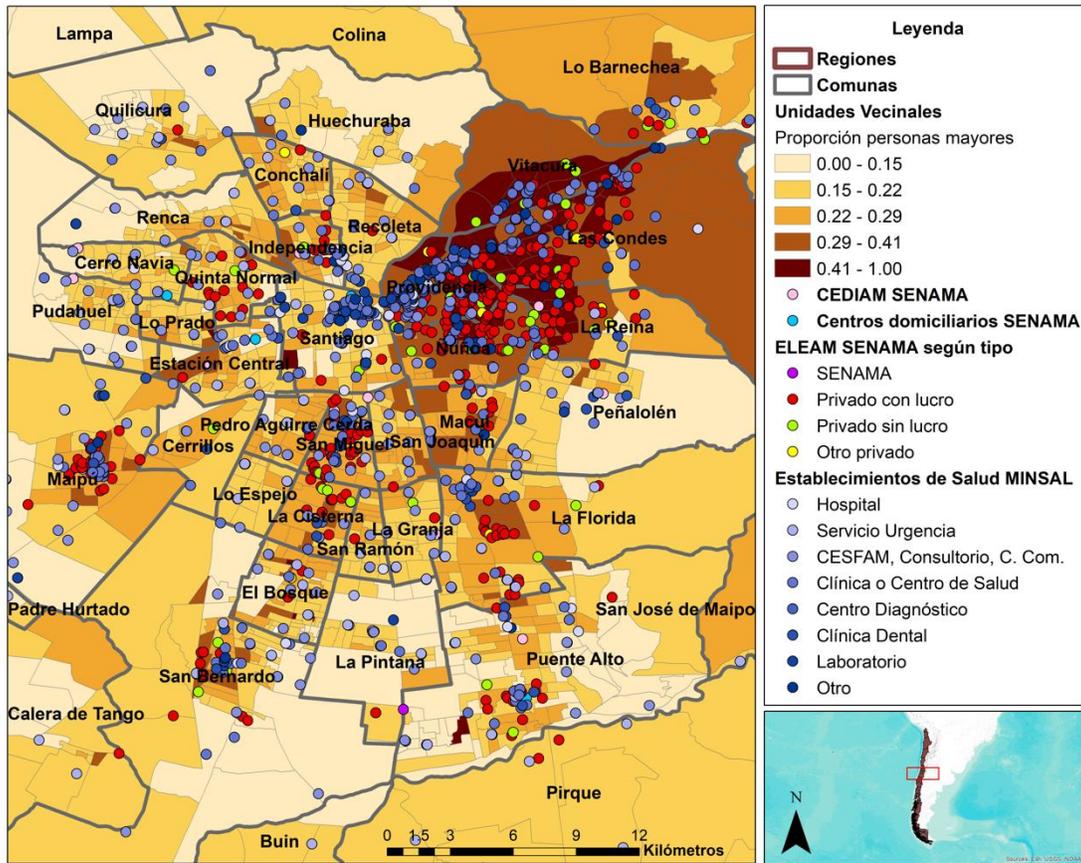
- **Capital regional: Santiago**

Ilustración 40: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Santiago (2018)



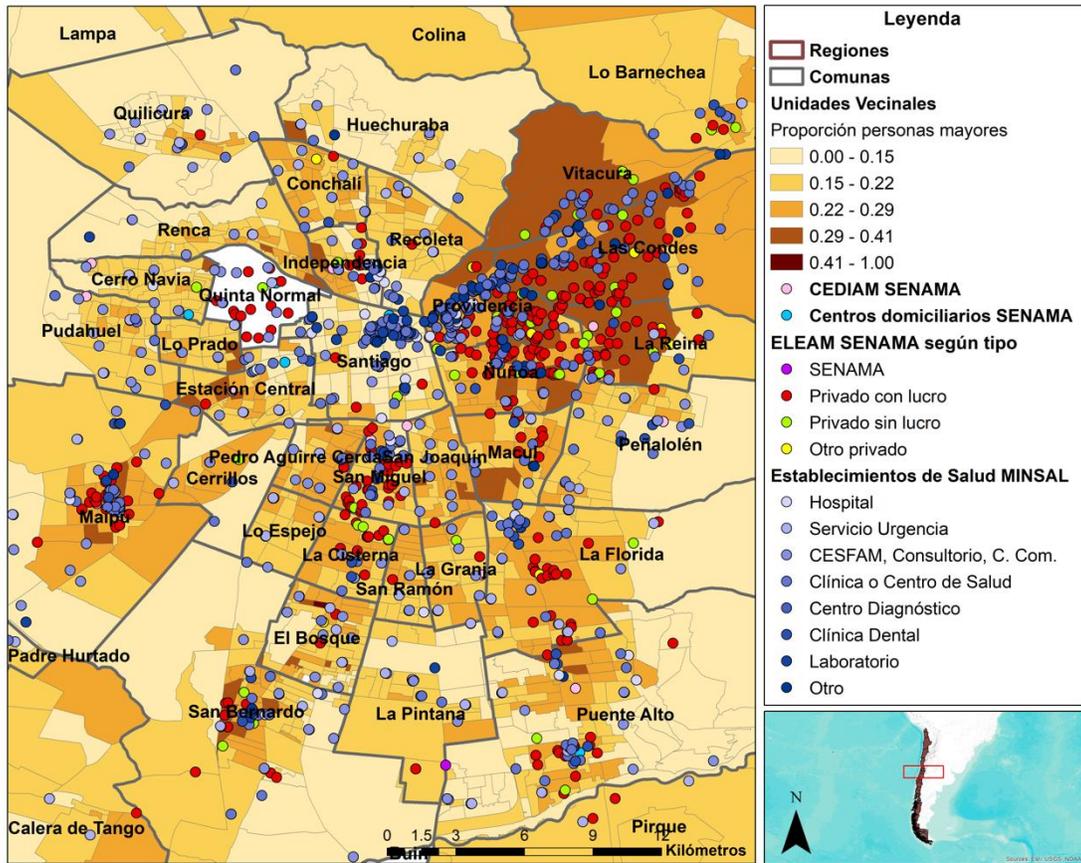
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 41: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Santiago (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

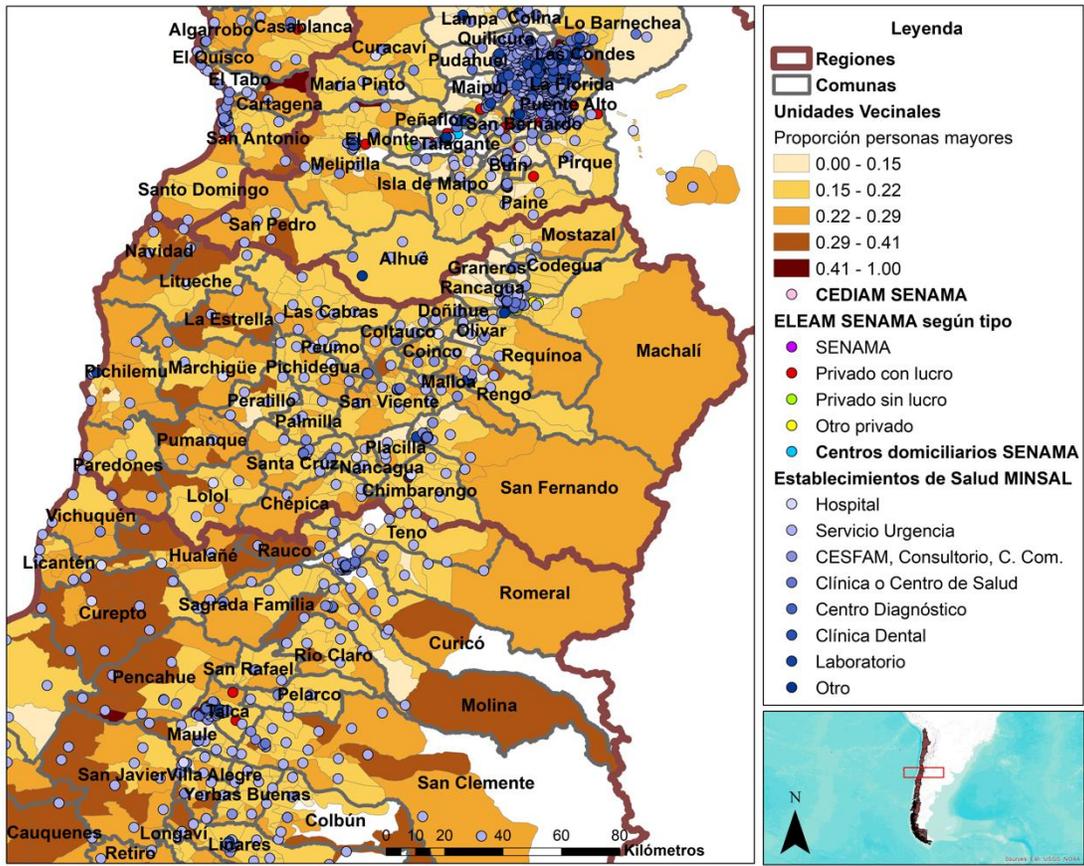
Ilustración 42: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Santiago (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

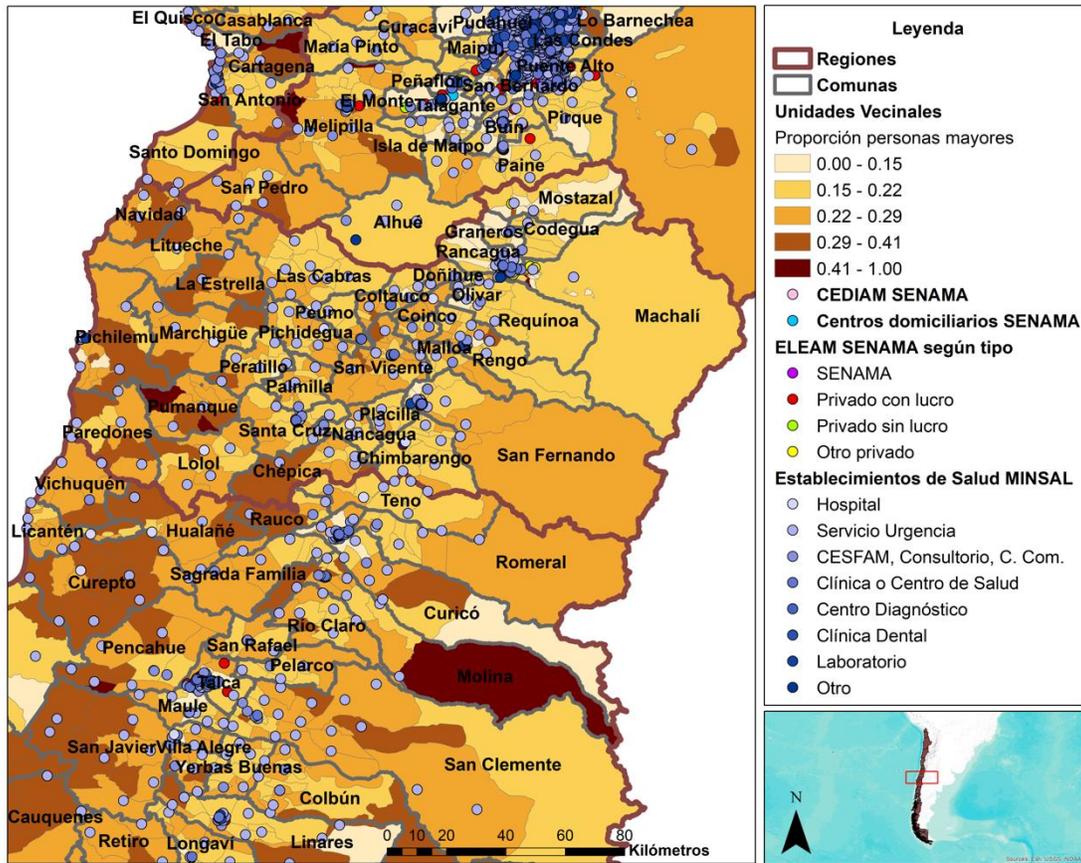
- **Región de O'Higgins**

Ilustración 43: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de O'Higgins (2018)



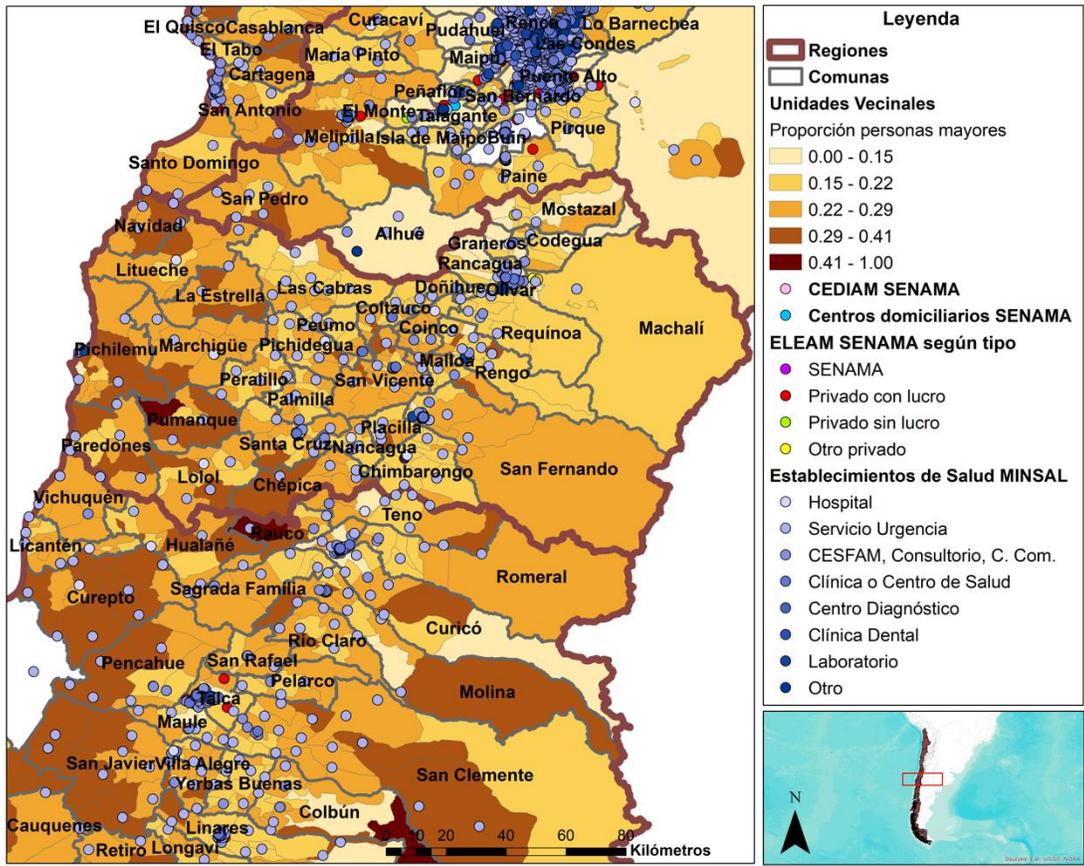
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 44: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de O'Higgins (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

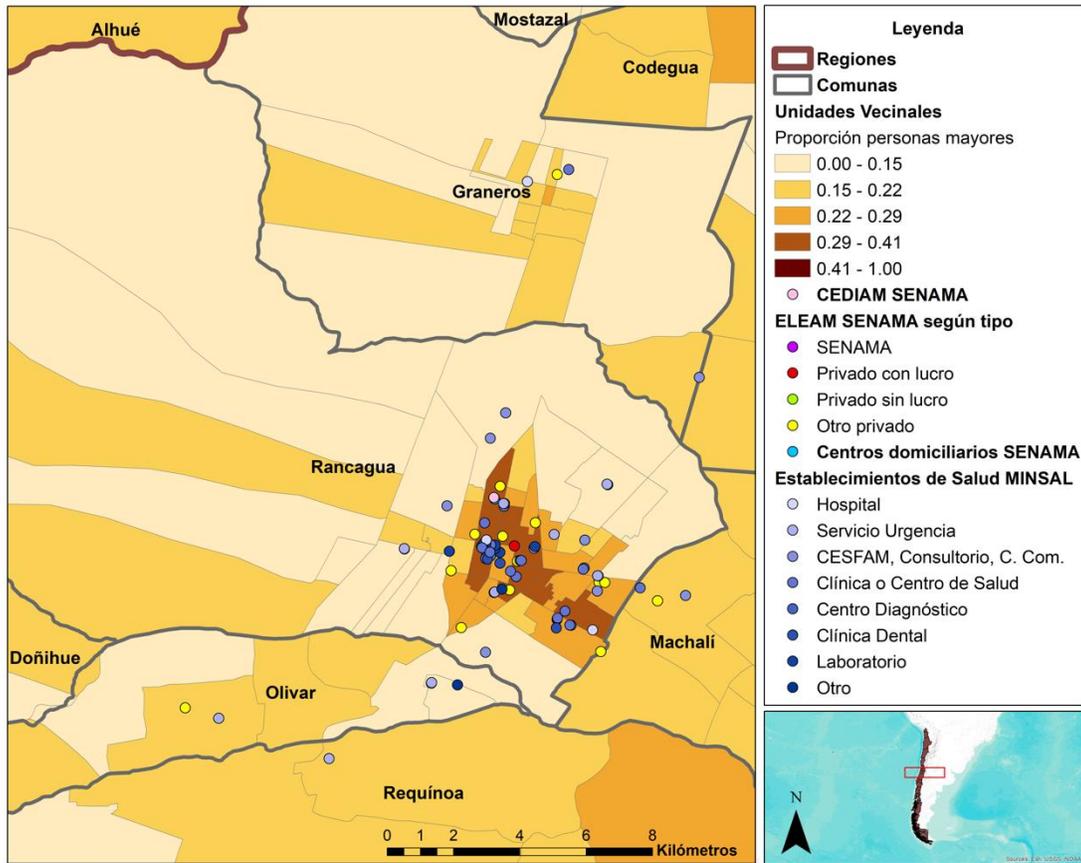
Ilustración 45: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de O'Higgins (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

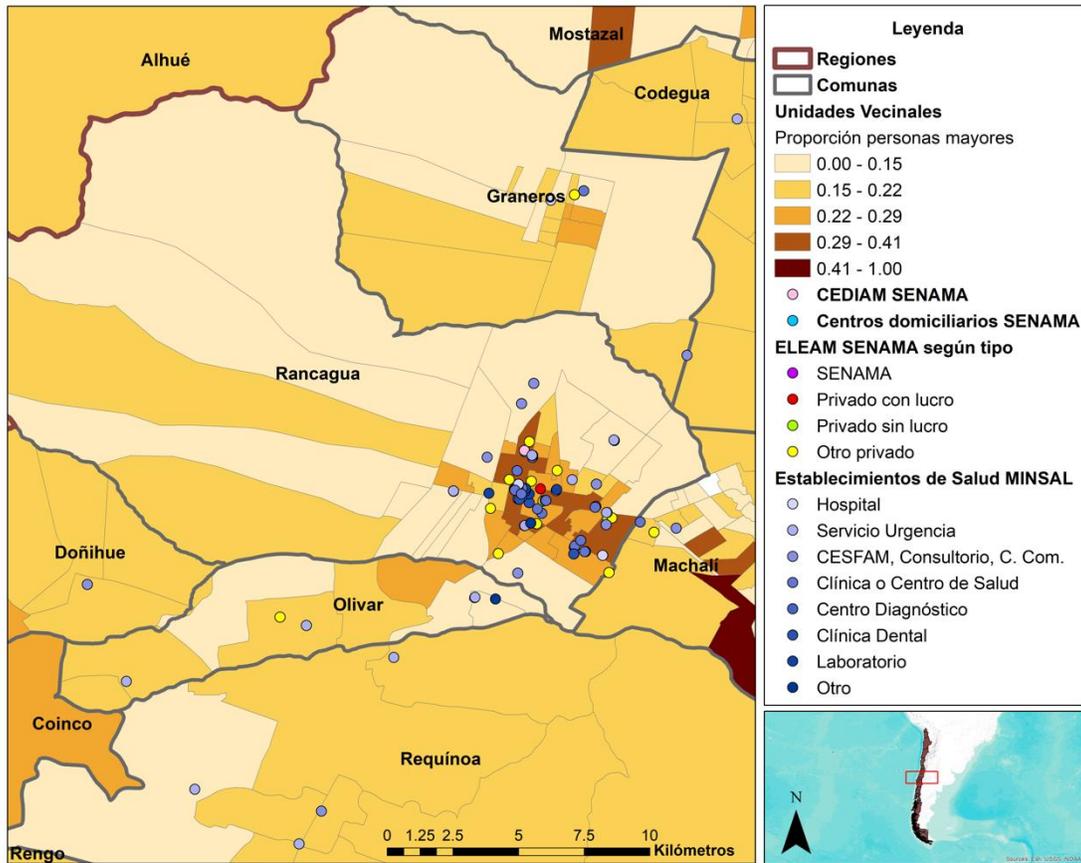
- **Capital regional: Rancagua**

Ilustración 46: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Rancagua (2018)



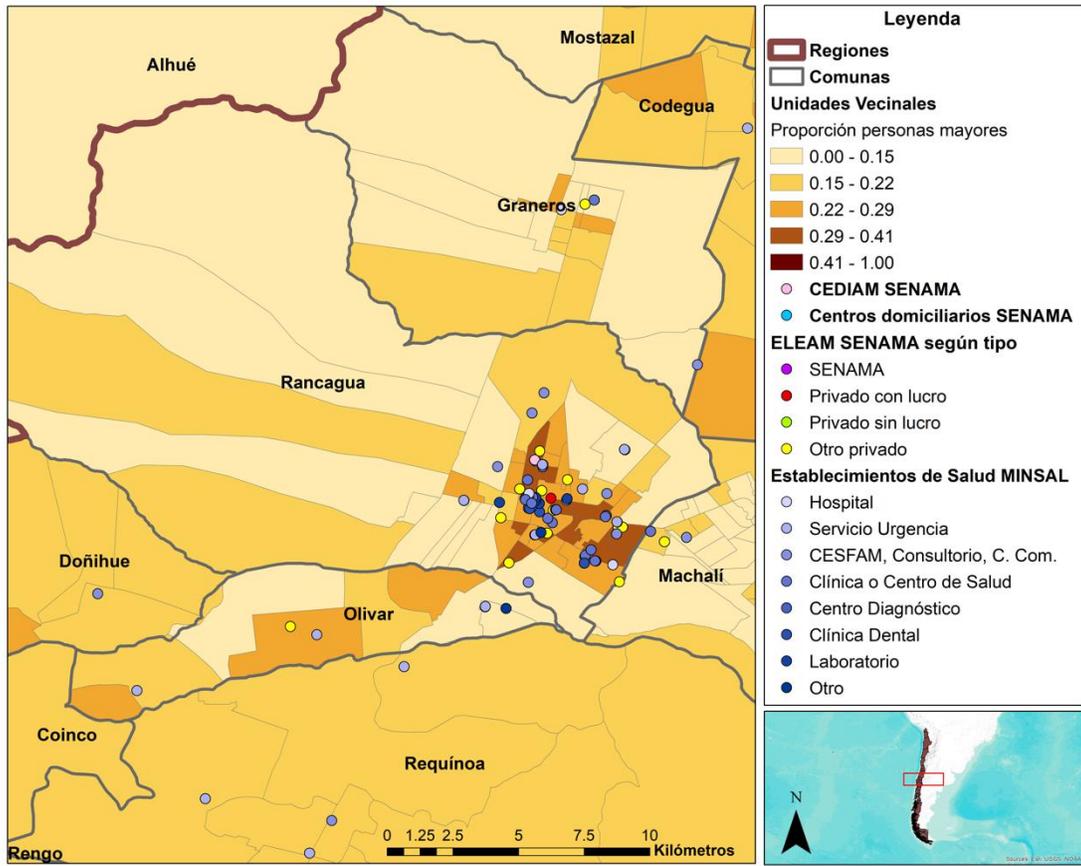
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 47: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Rancagua (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

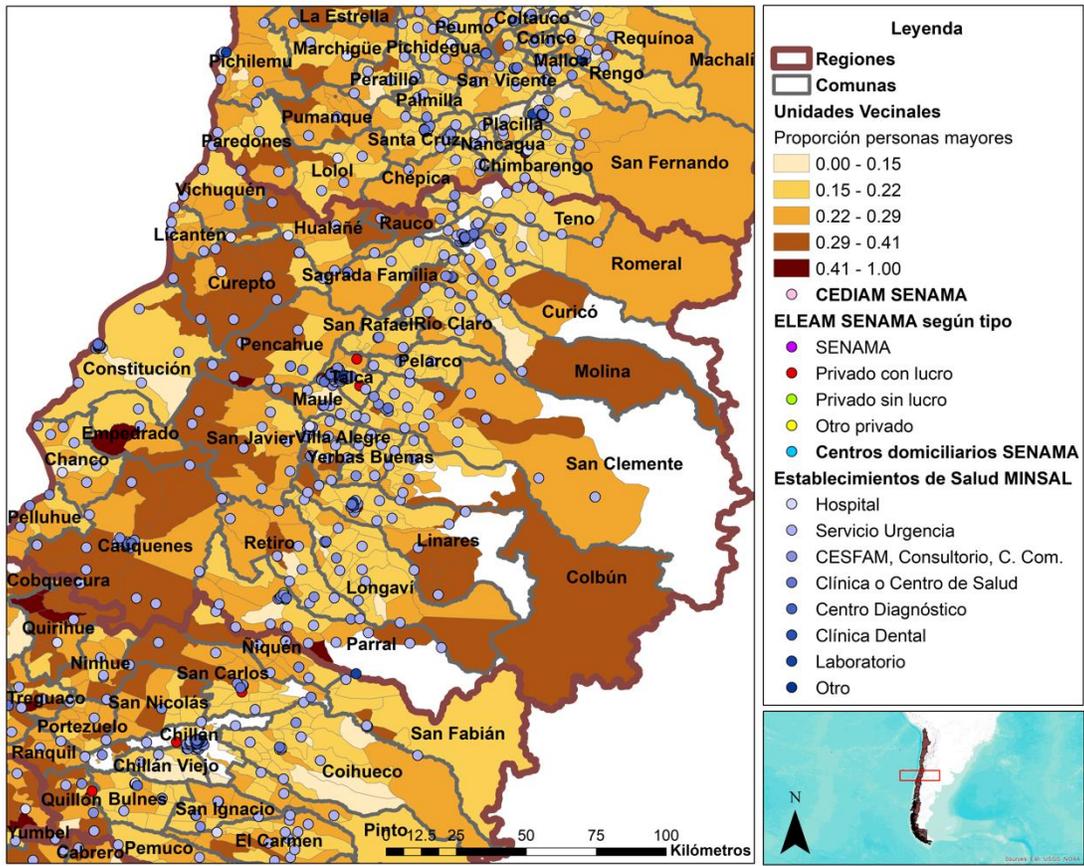
Ilustración 48: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Rancagua (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

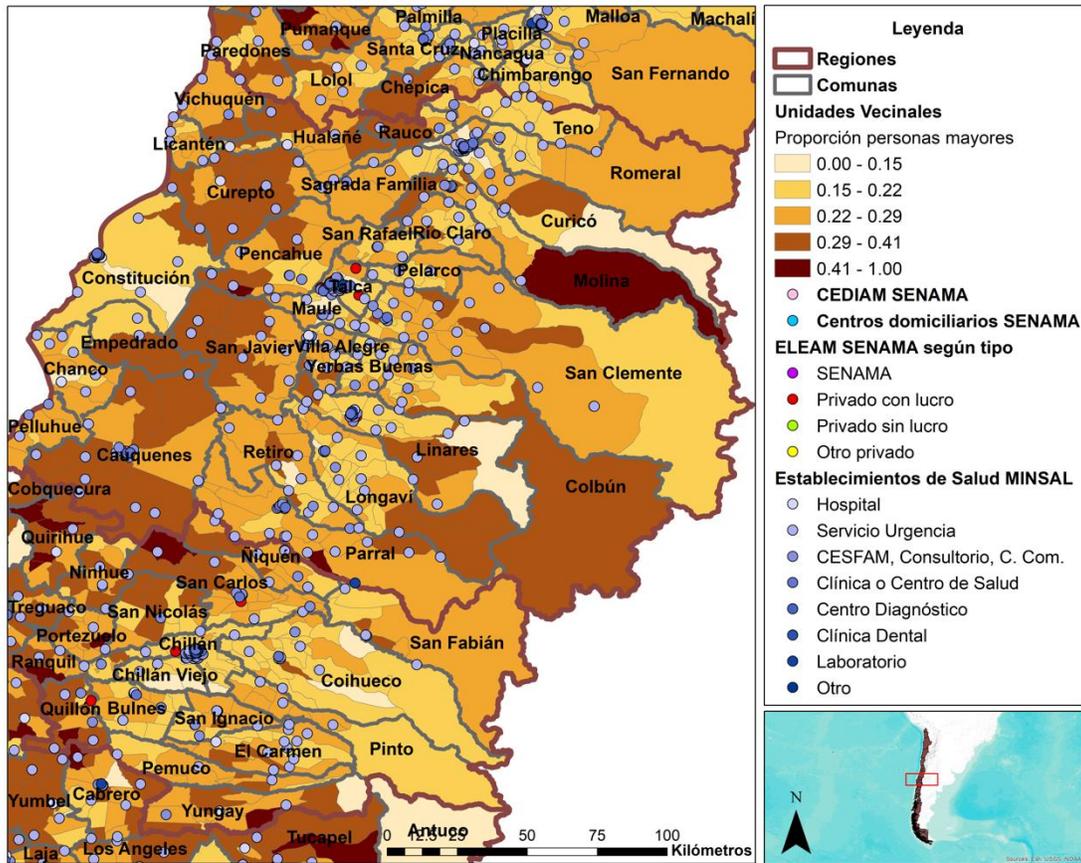
- **Región del Maule**

Ilustración 49: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Maule (2018)



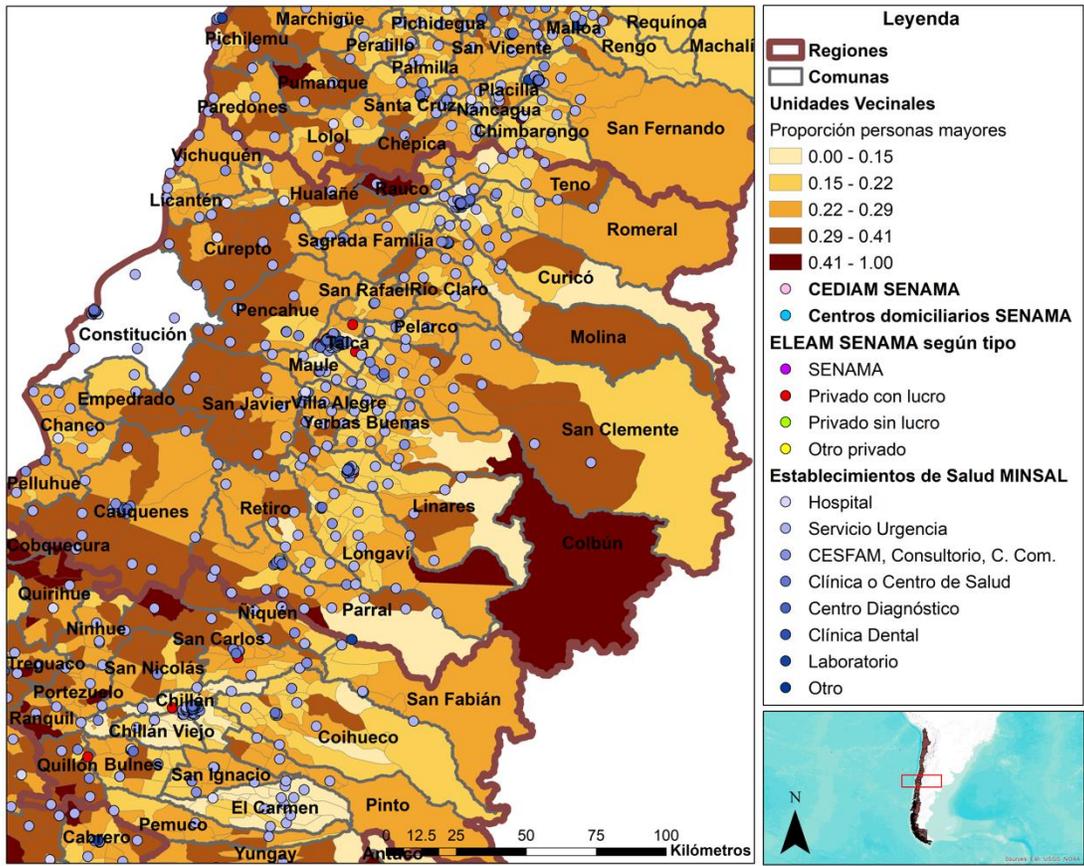
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 50: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Maule (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

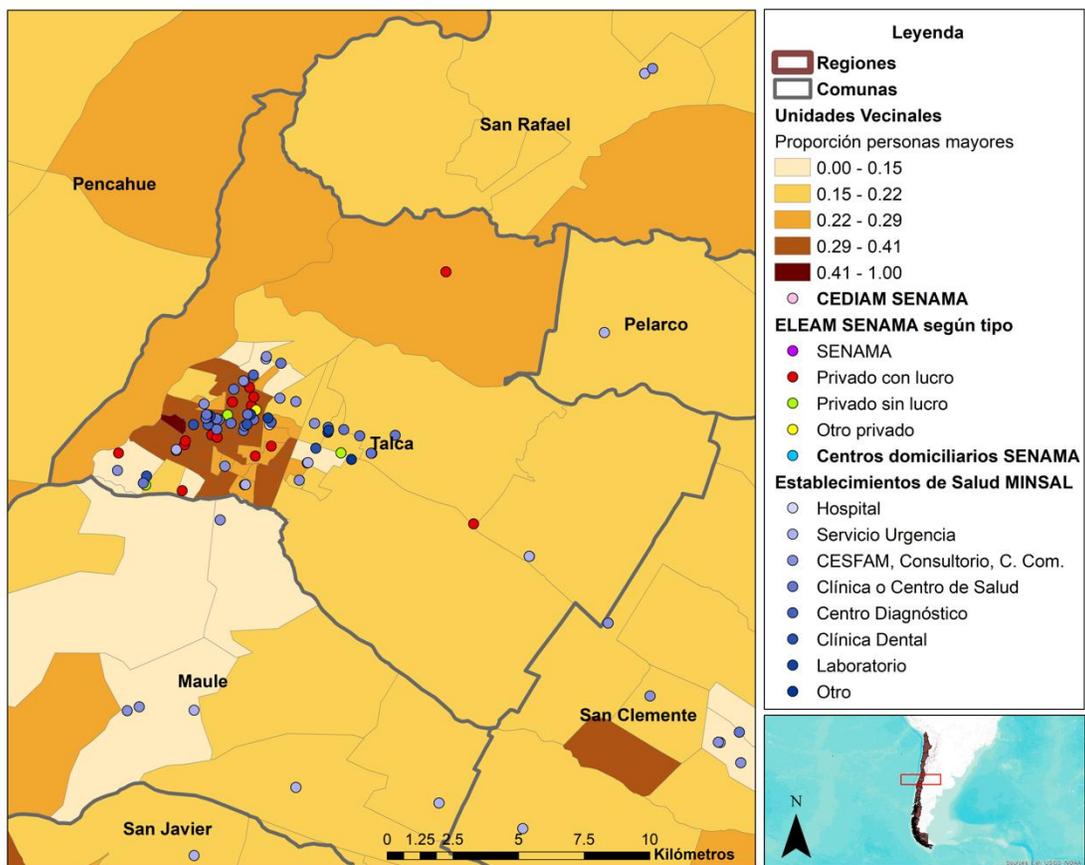
Ilustración 51: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Maule (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

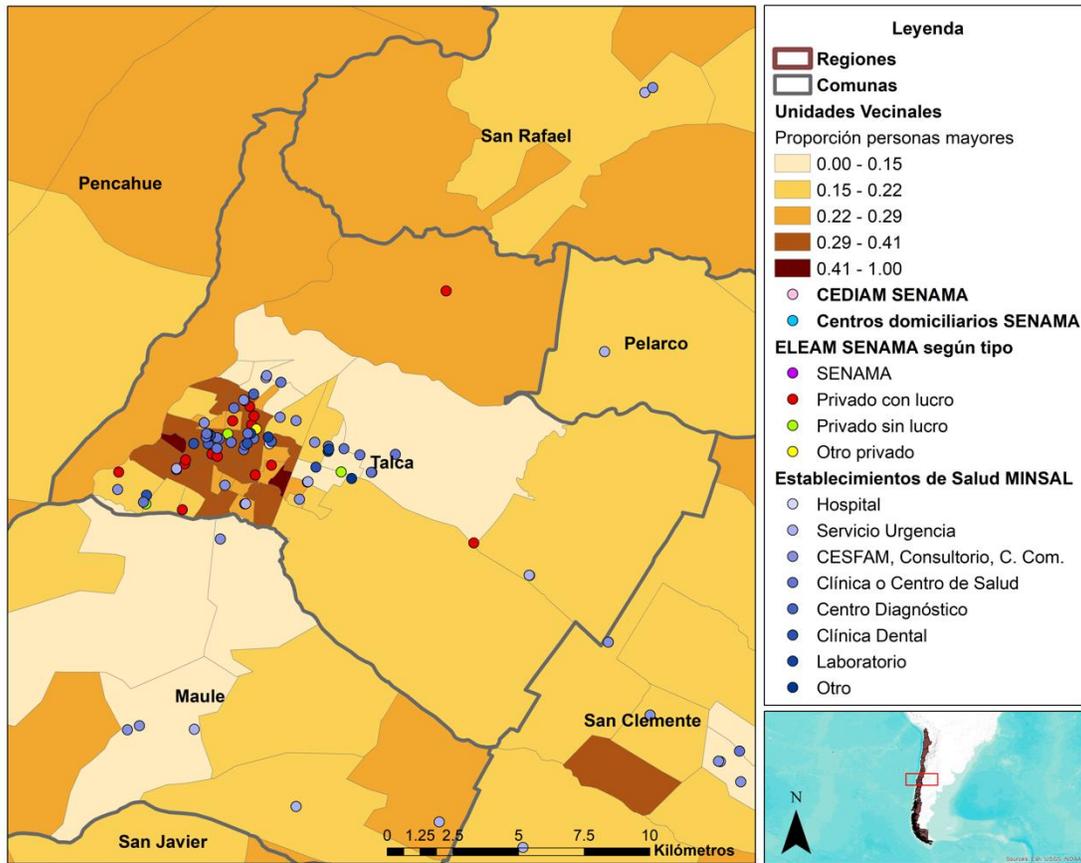
- **Capital regional: Talca**

Ilustración 52: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Talca (2018)



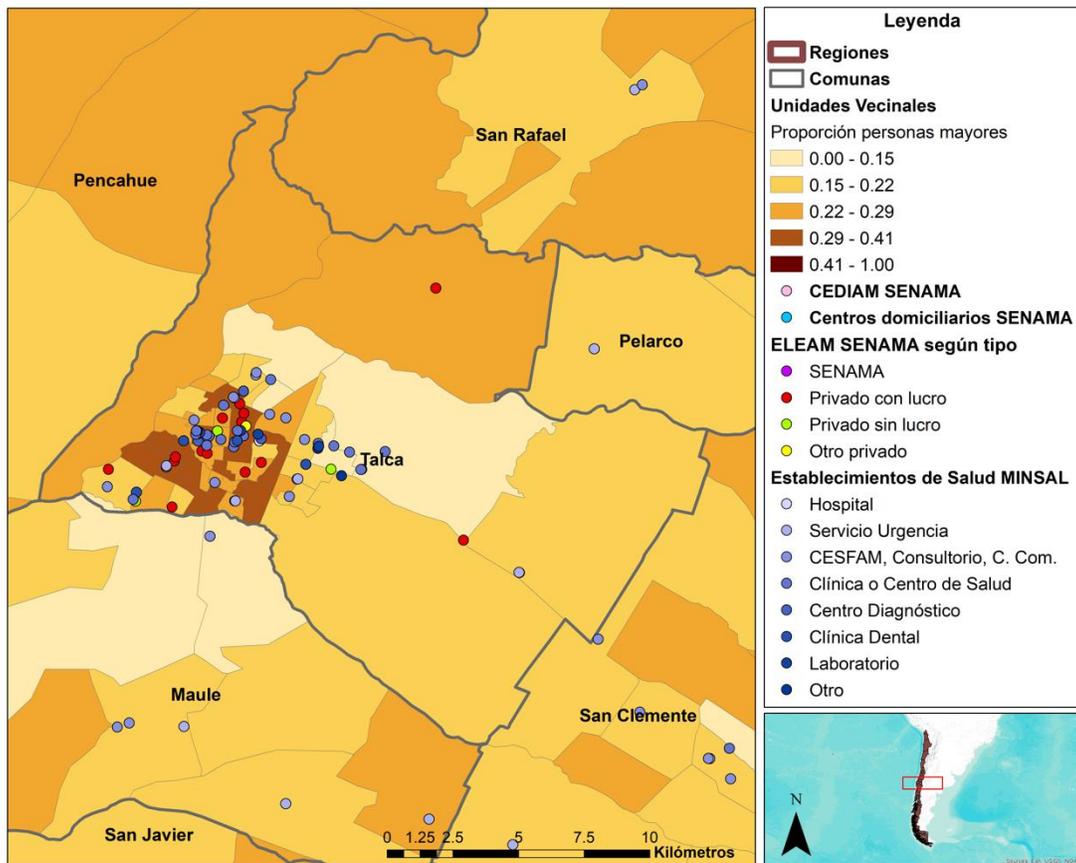
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 53: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Talca (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

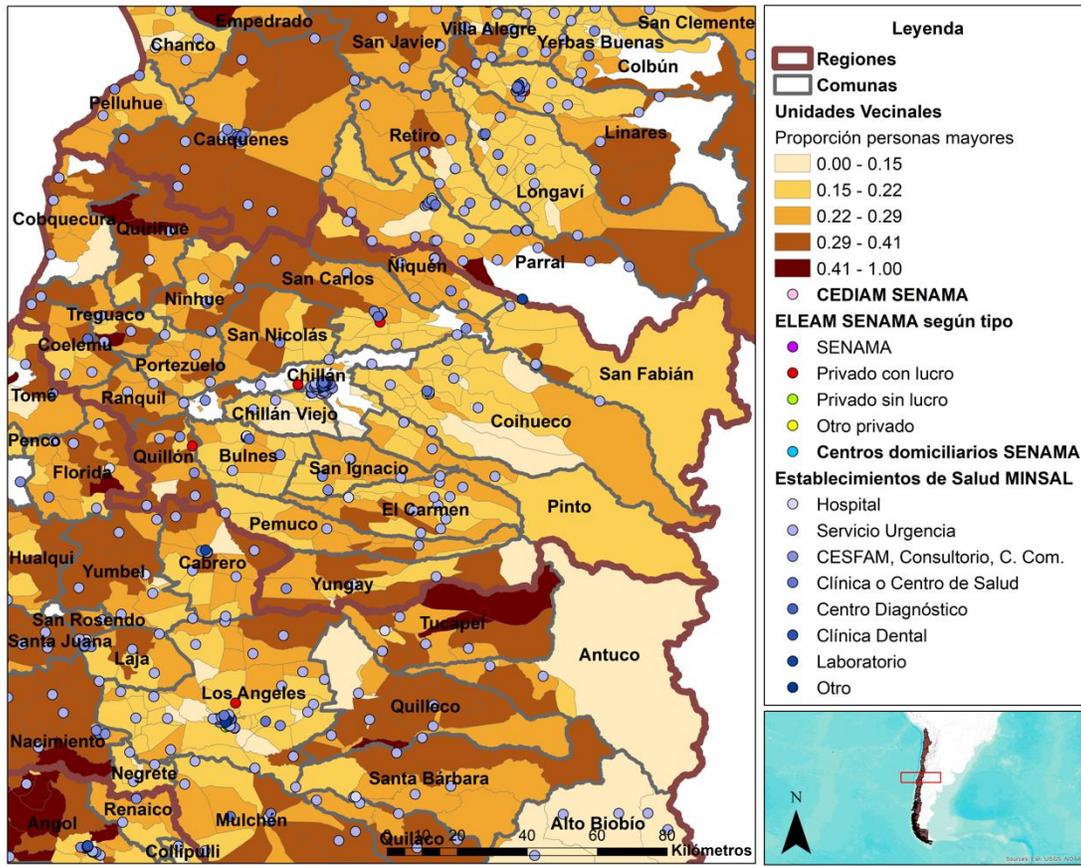
Ilustración 54: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Talca (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

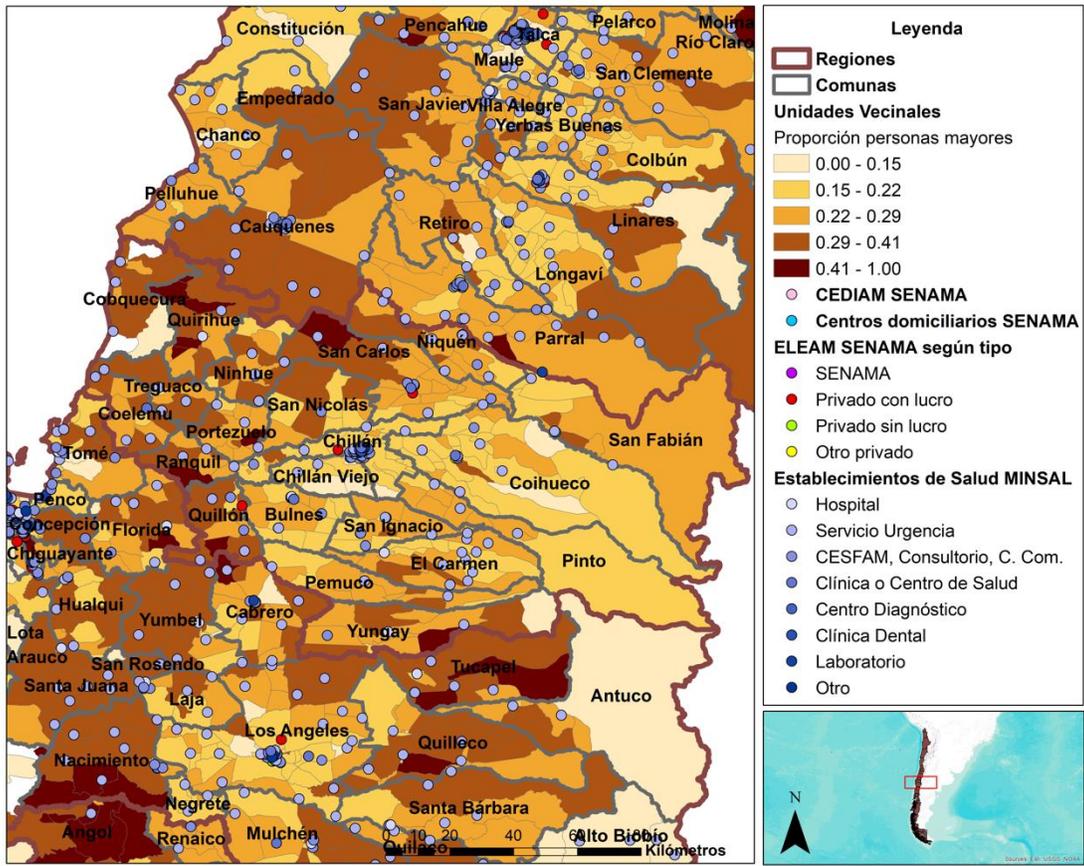
- **Región de Ñuble**

Ilustración 55: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Ñuble(2018)



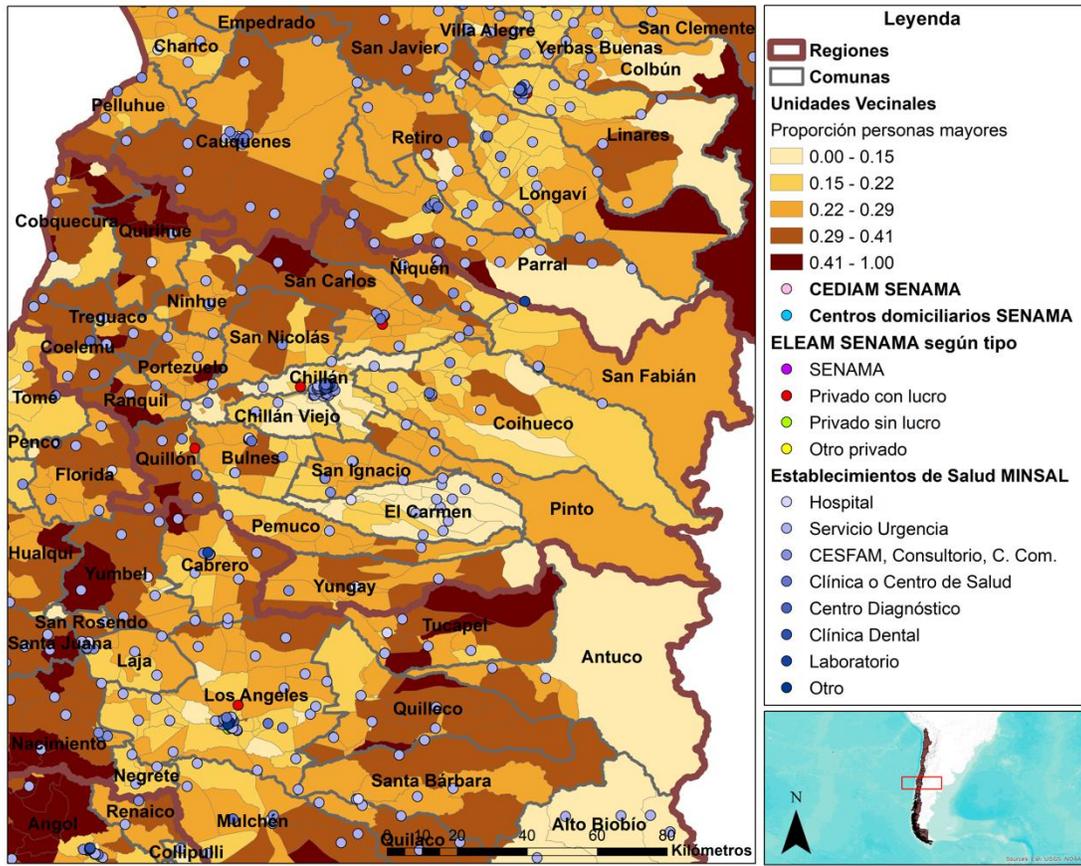
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 56: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Ñuble (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

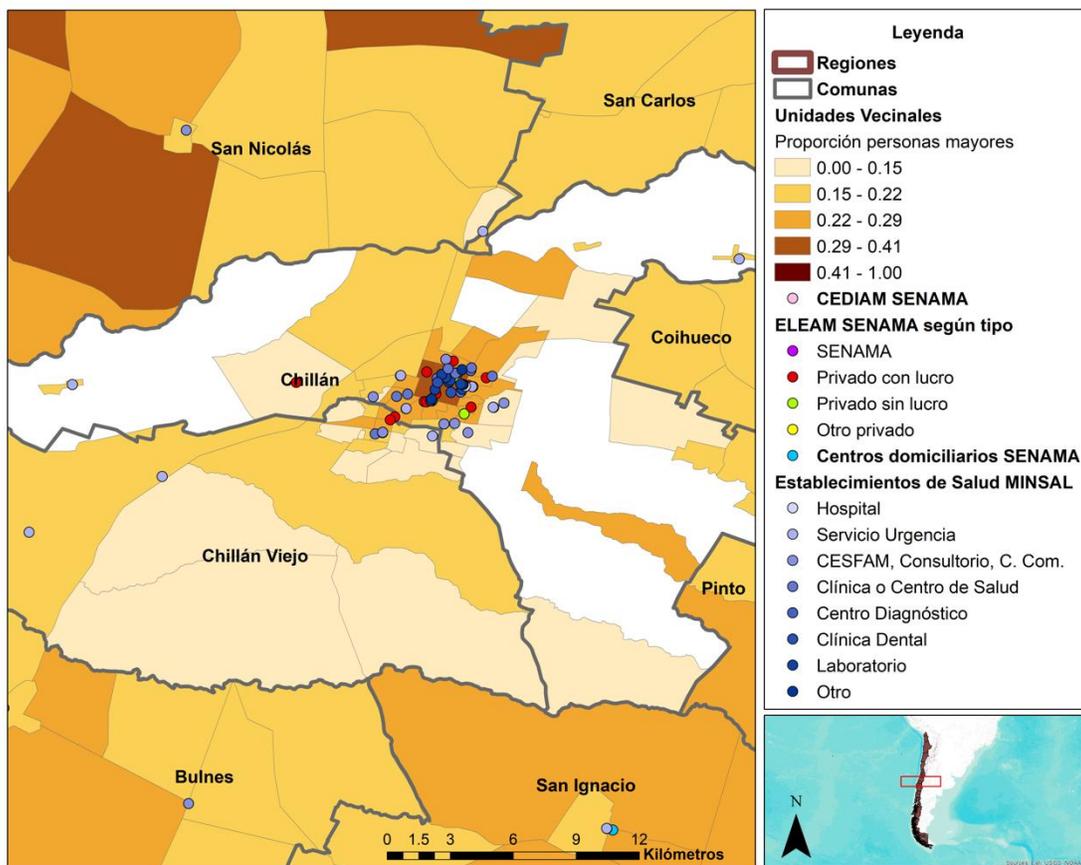
Ilustración 57: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región del Ñuble (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

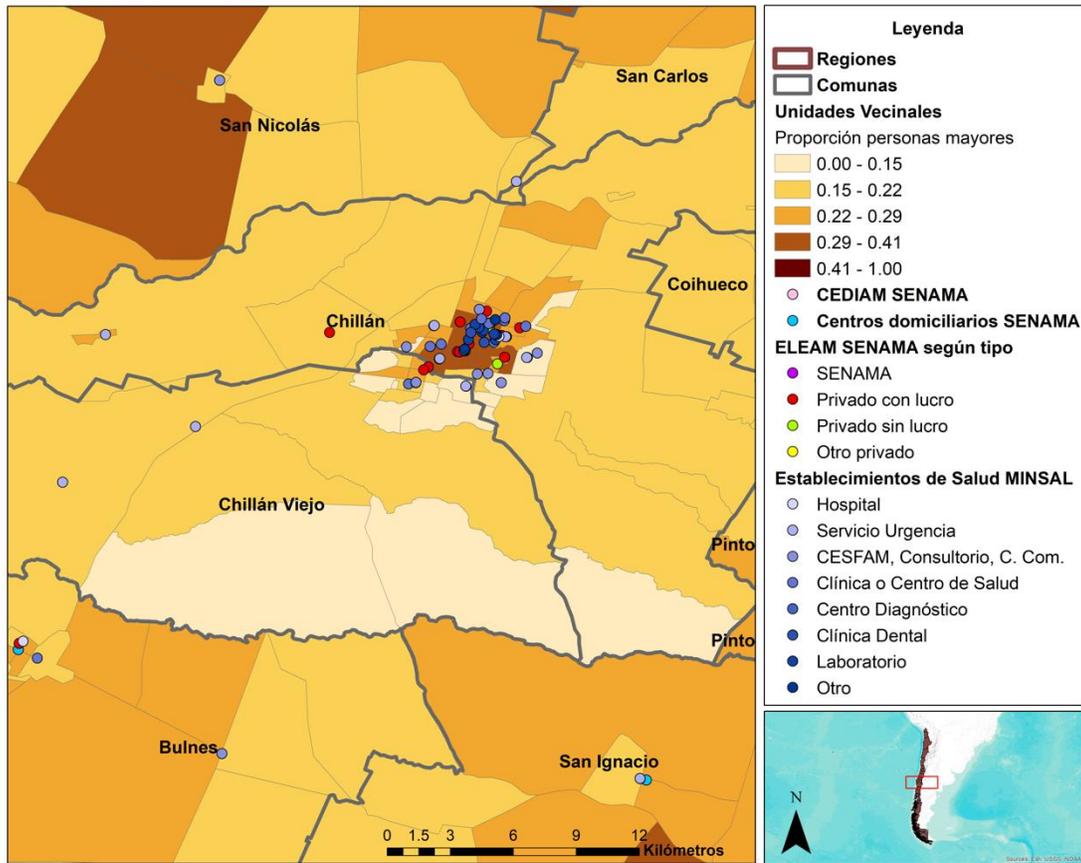
- **Capital regional: Chillán**

Ilustración 58: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Chillán (2018)



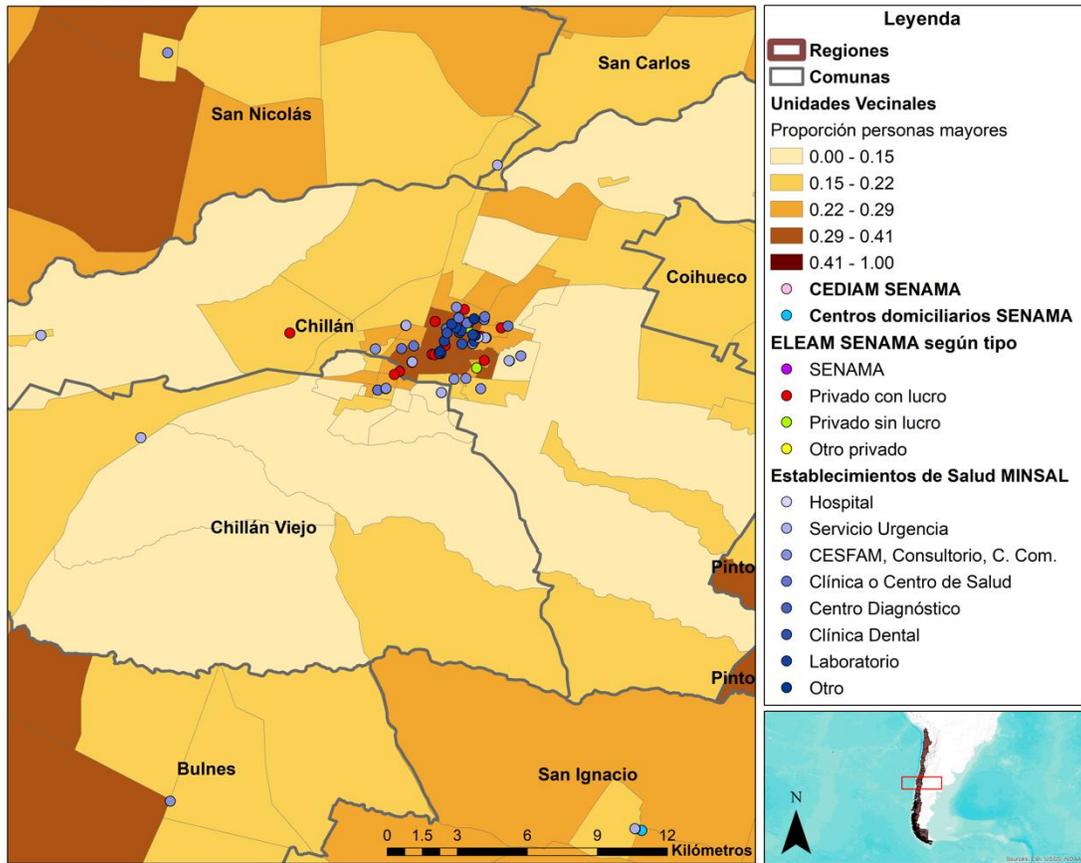
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 59: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Chillán (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

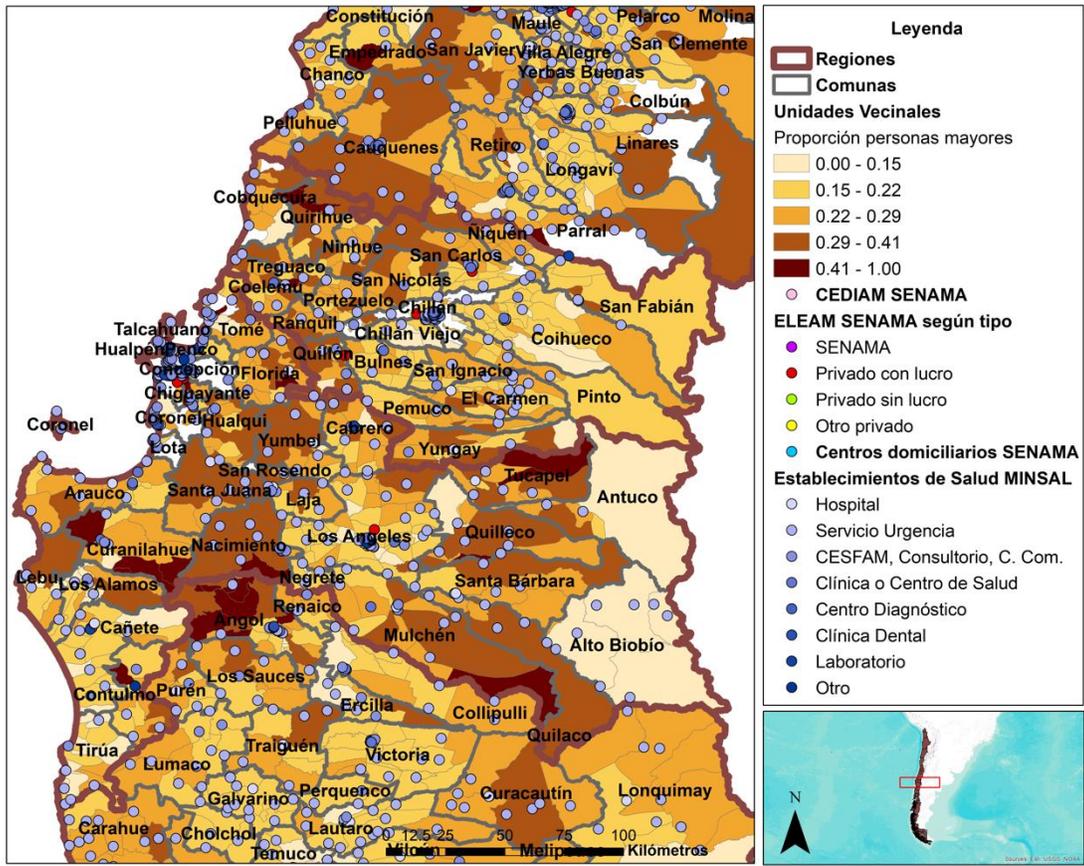
Ilustración 60: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Chillán (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

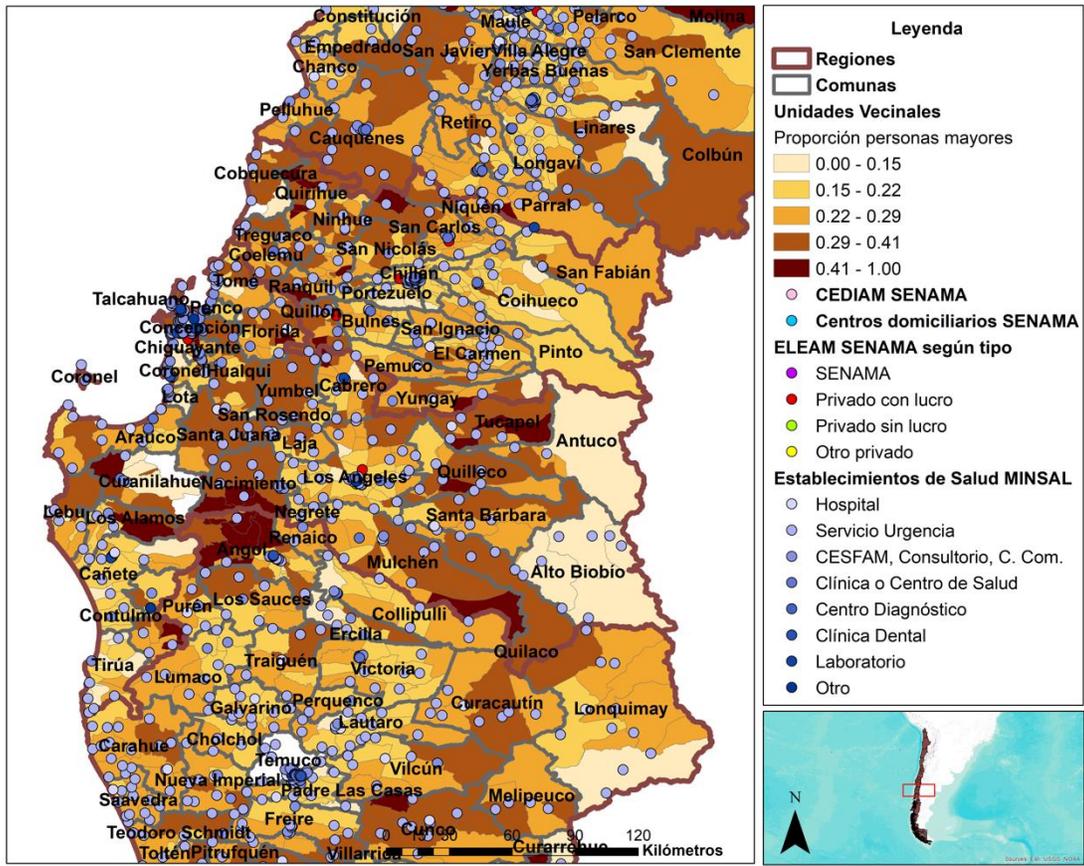
- **Región de Biobío**

Ilustración 61: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Biobío (2018)



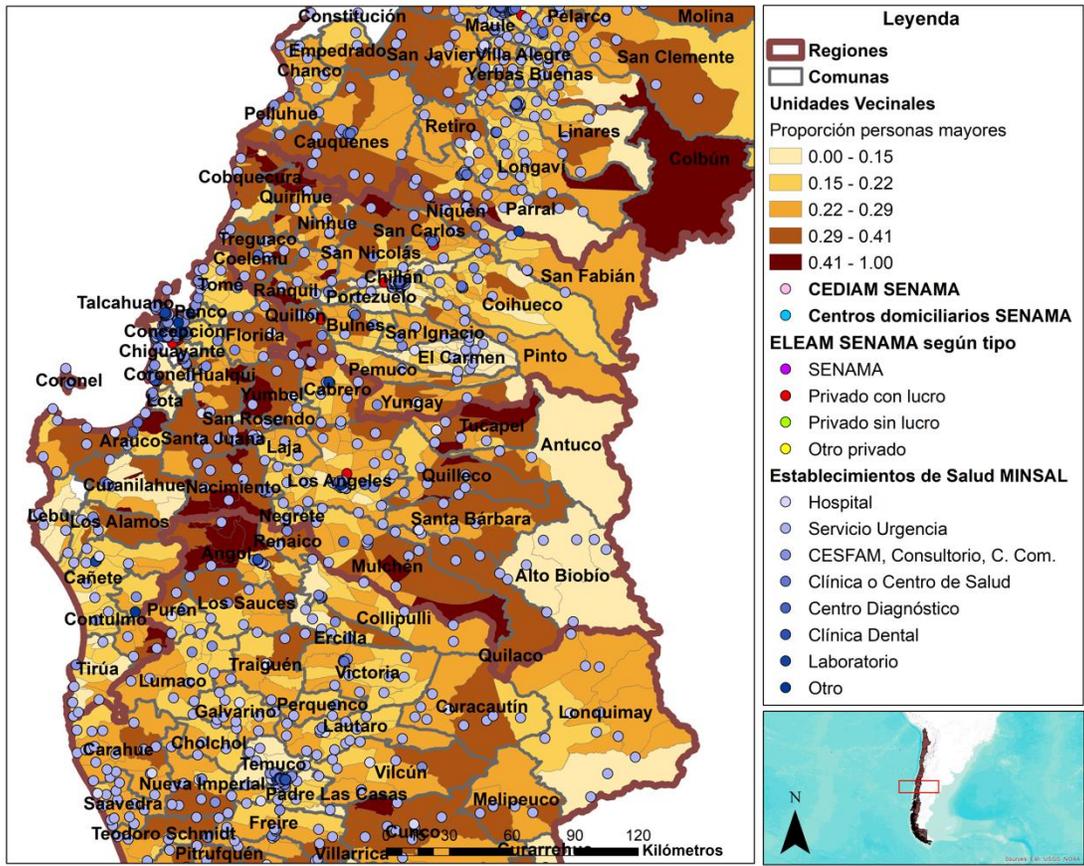
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 62: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Biobío (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

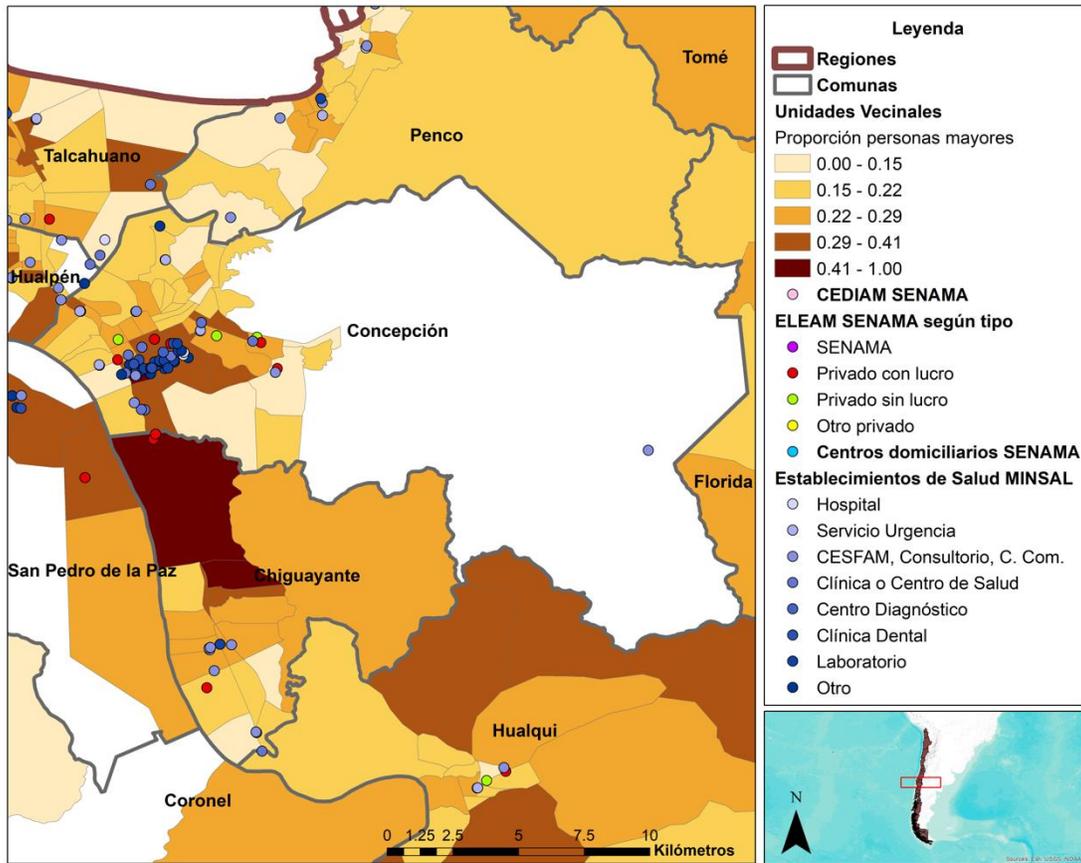
Ilustración 63: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Biobío (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

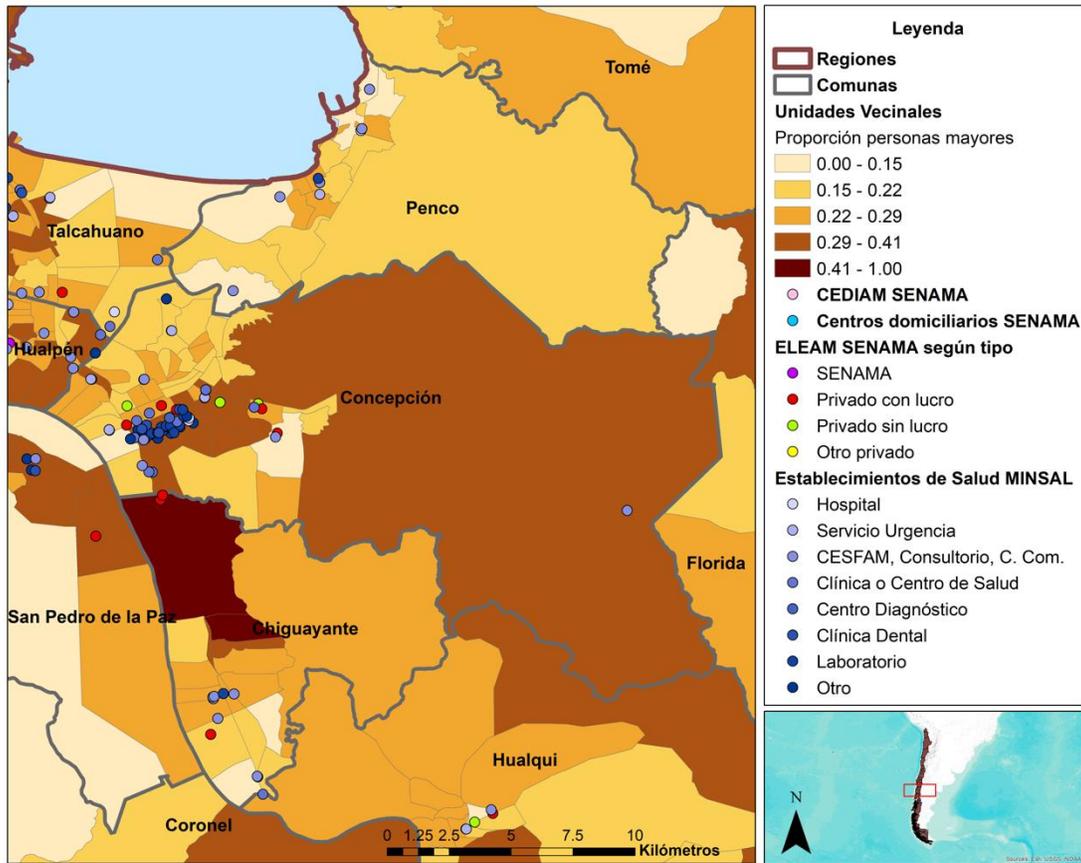
- **Capital regional: Concepción**

Ilustración 64: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Concepción (2018)



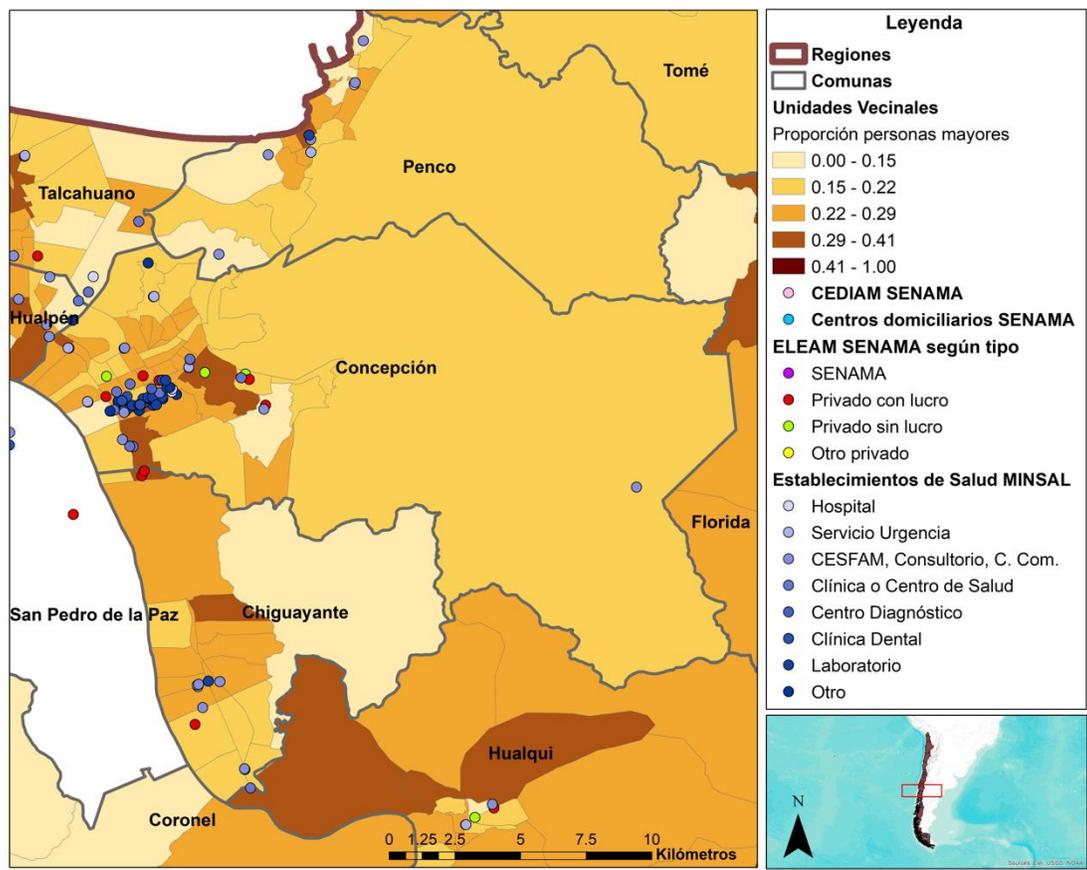
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 65: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Concepción (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

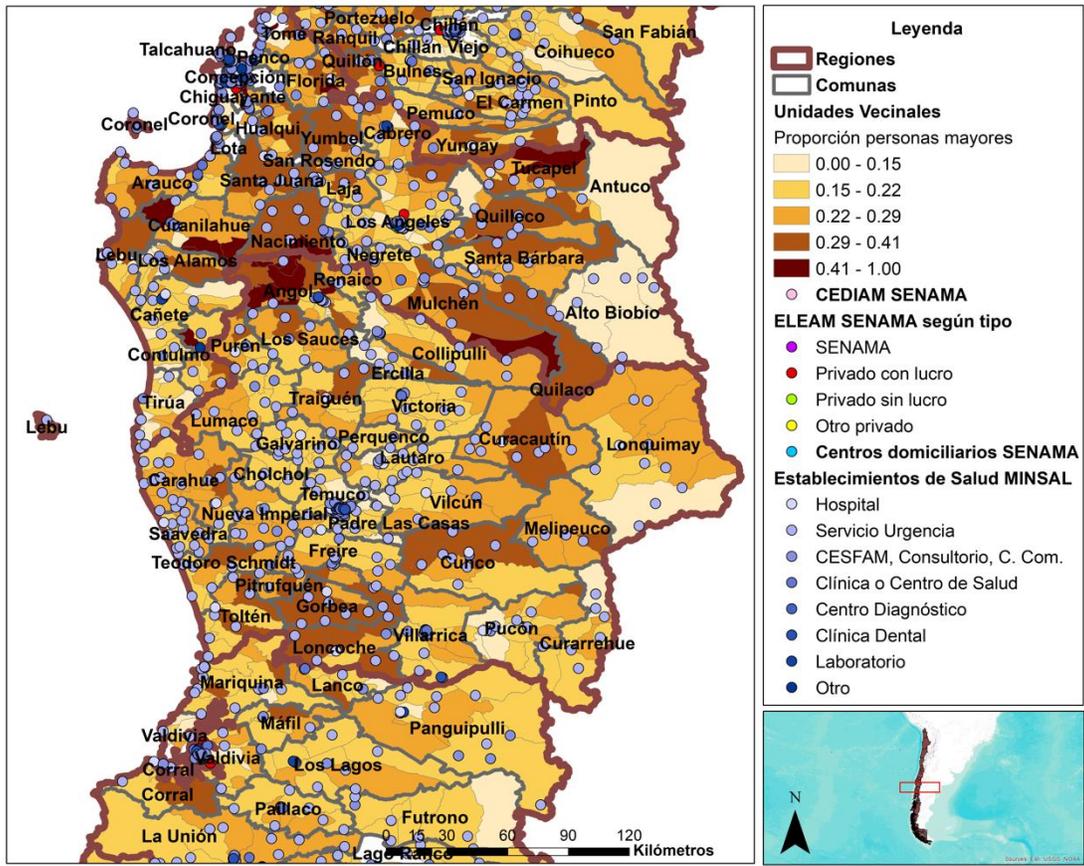
Ilustración 66: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Concepción (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

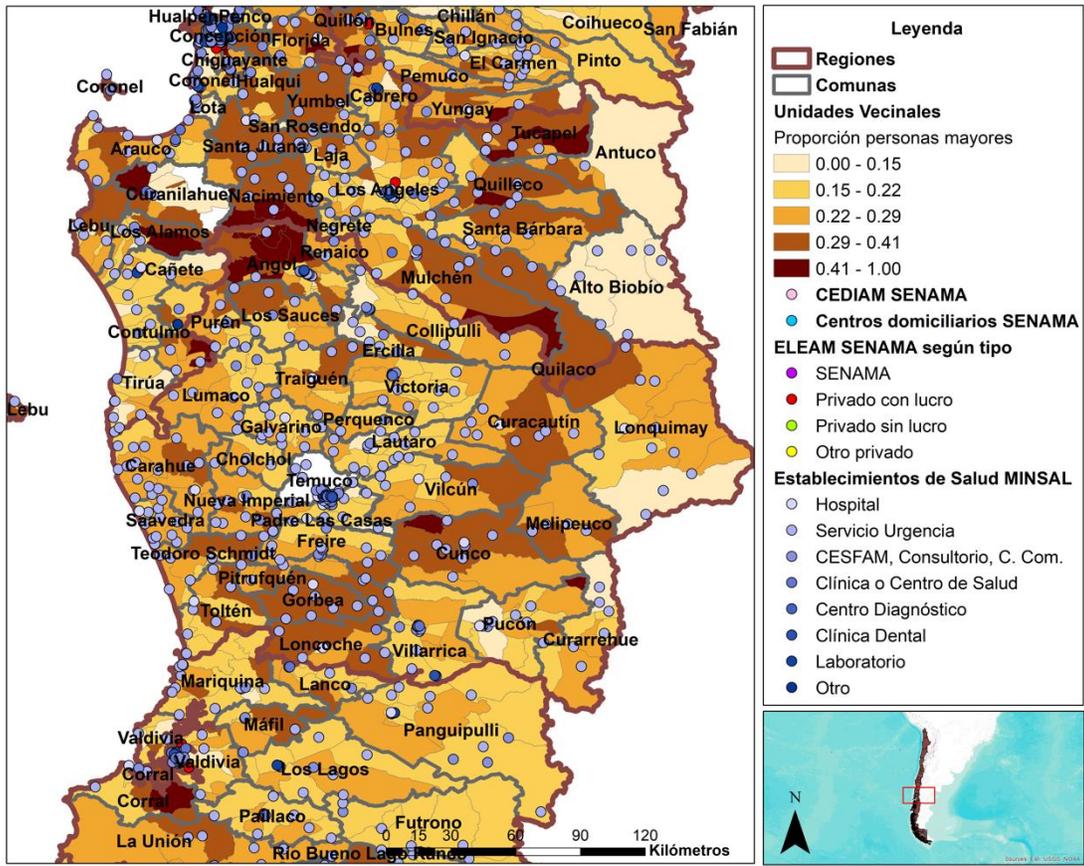
- **Región de La Araucanía**

Ilustración 67: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de La Araucanía (2018)



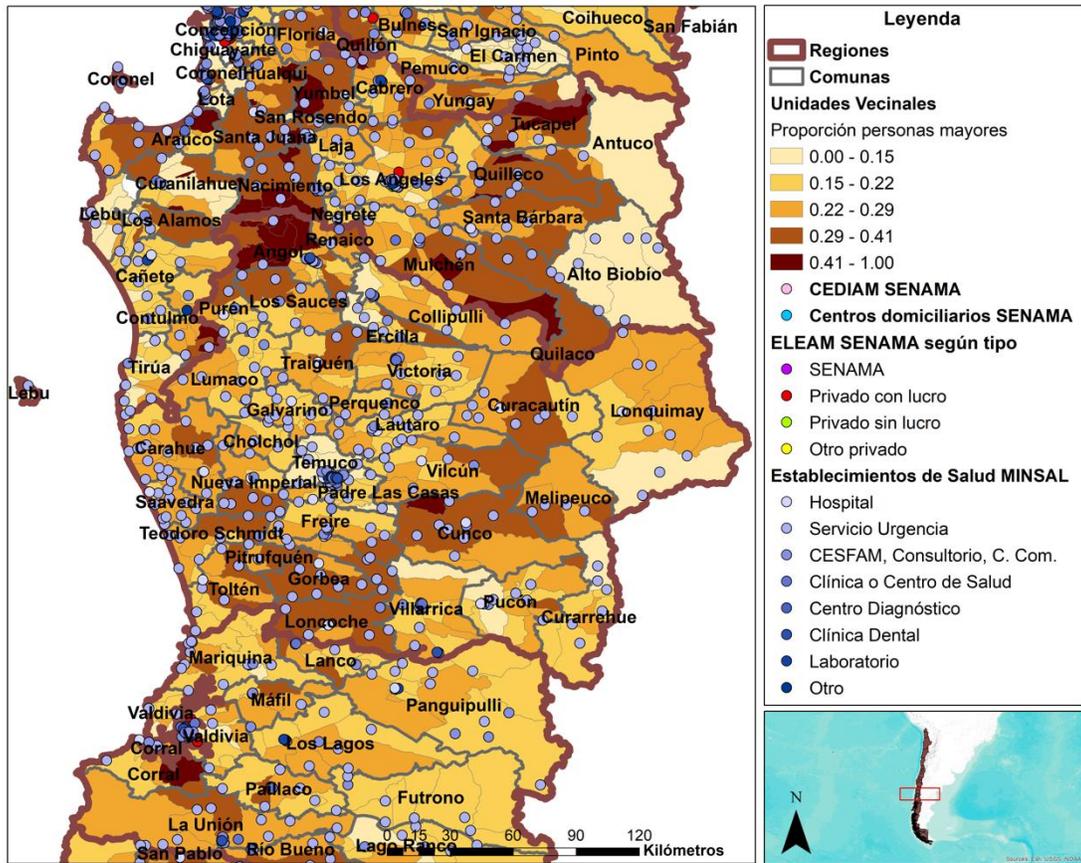
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 68: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de La Araucanía (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

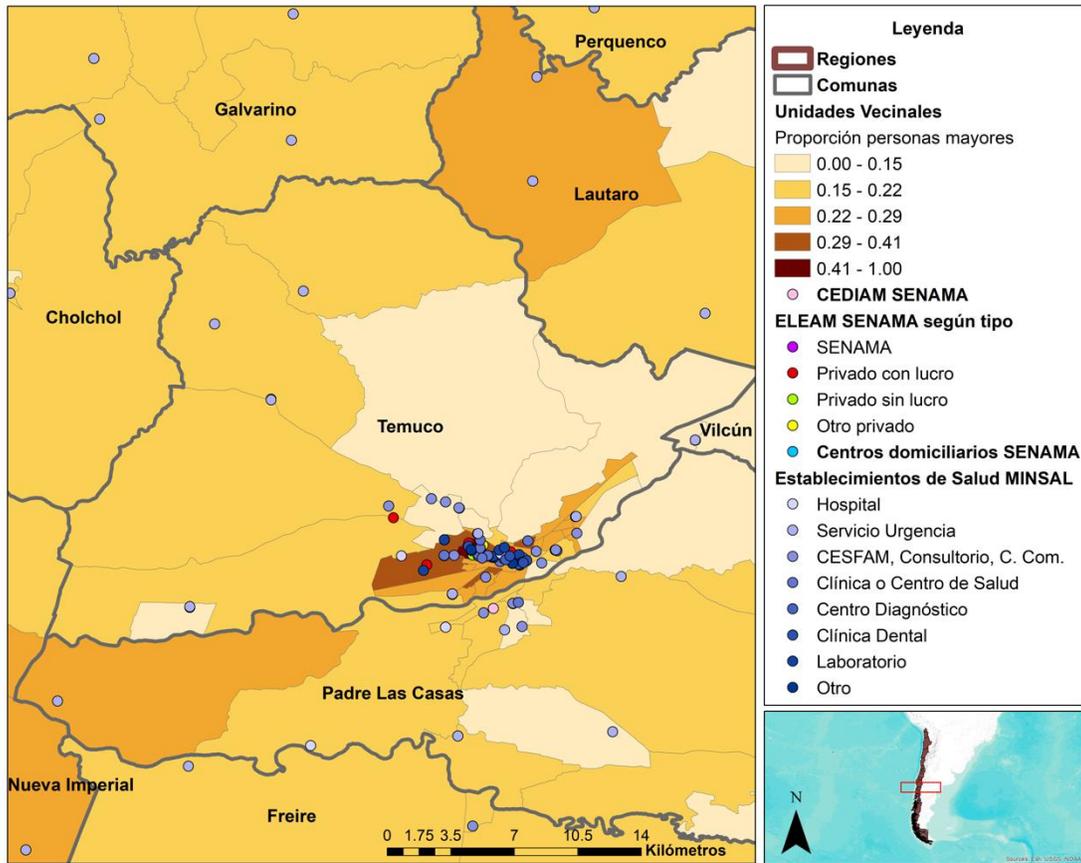
Ilustración 69: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de La Araucanía (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

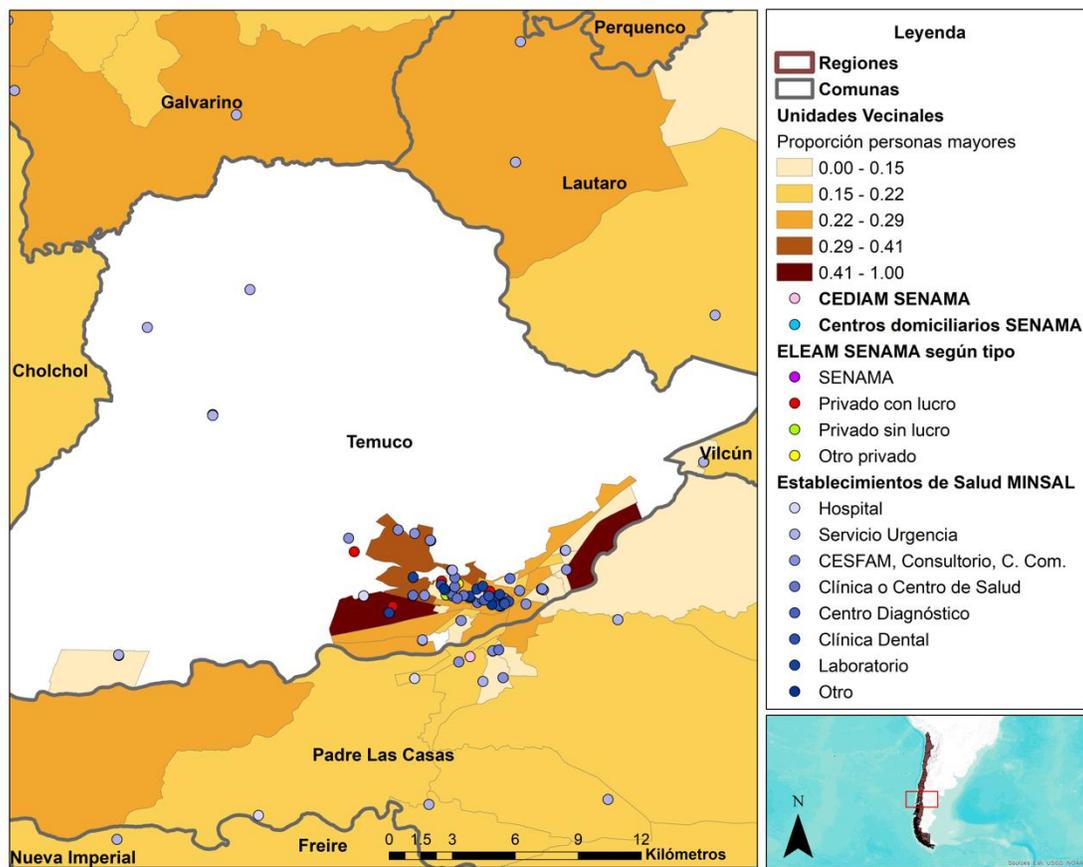
- **Capital regional: Temuco**

Ilustración 70: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Temuco (2018)



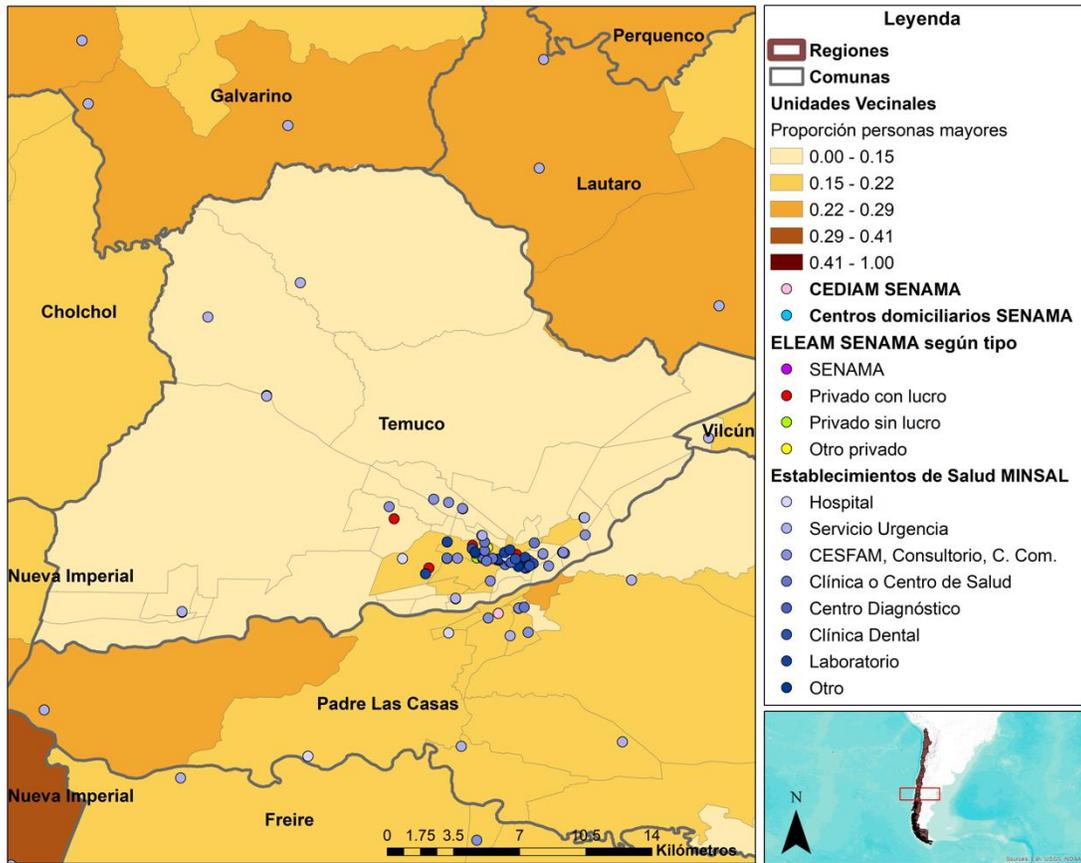
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 71: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Temuco (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

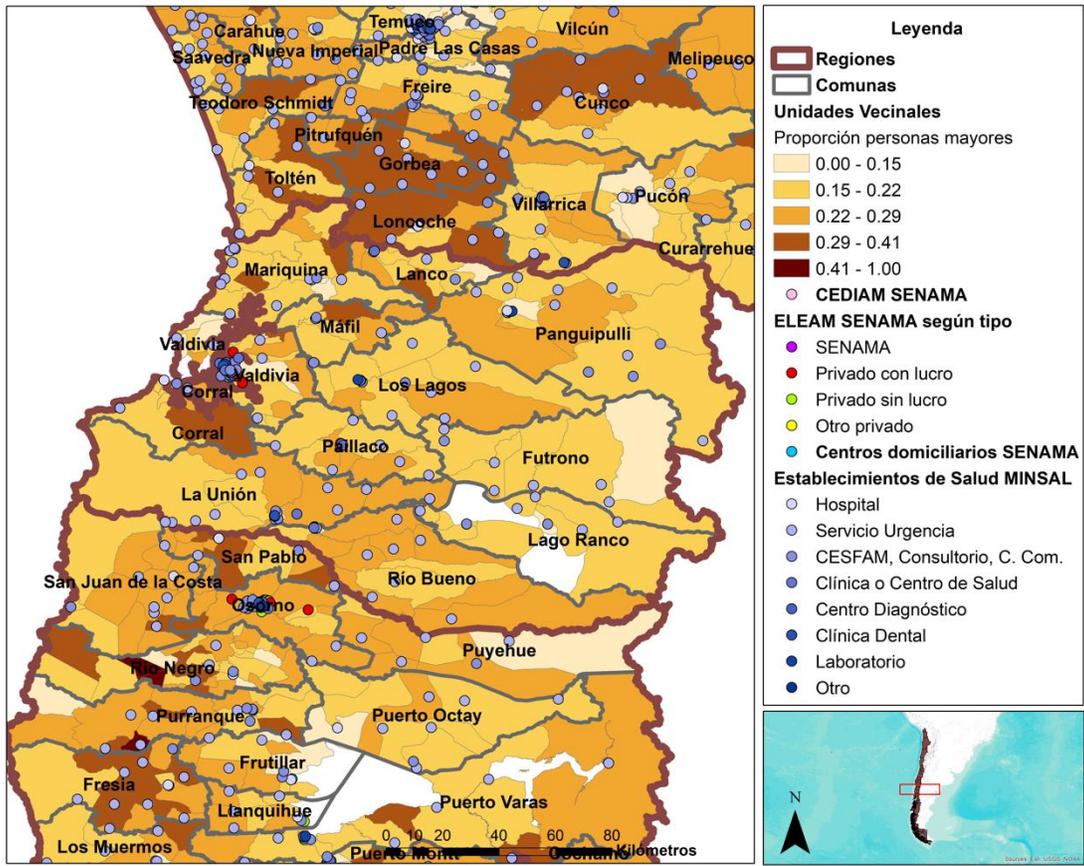
Ilustración 72: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Temuco (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

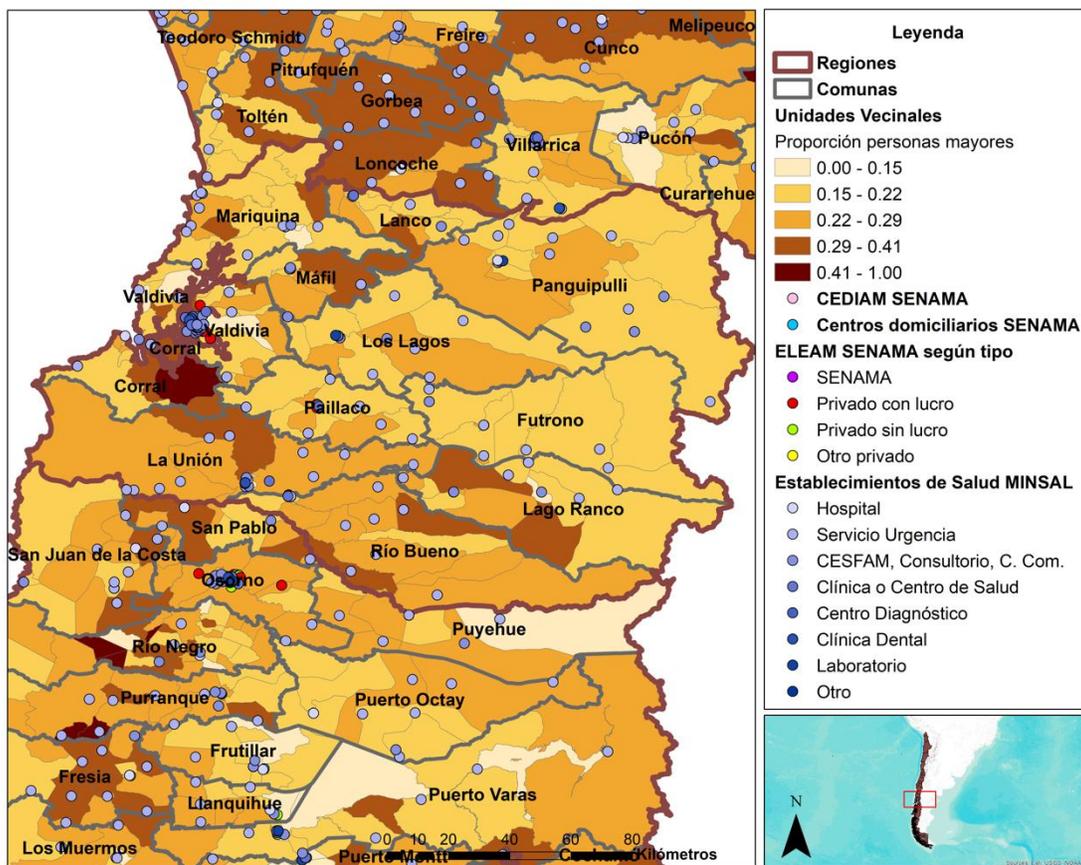
- **Región de Los Ríos**

Ilustración 73: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Los Ríos (2018)



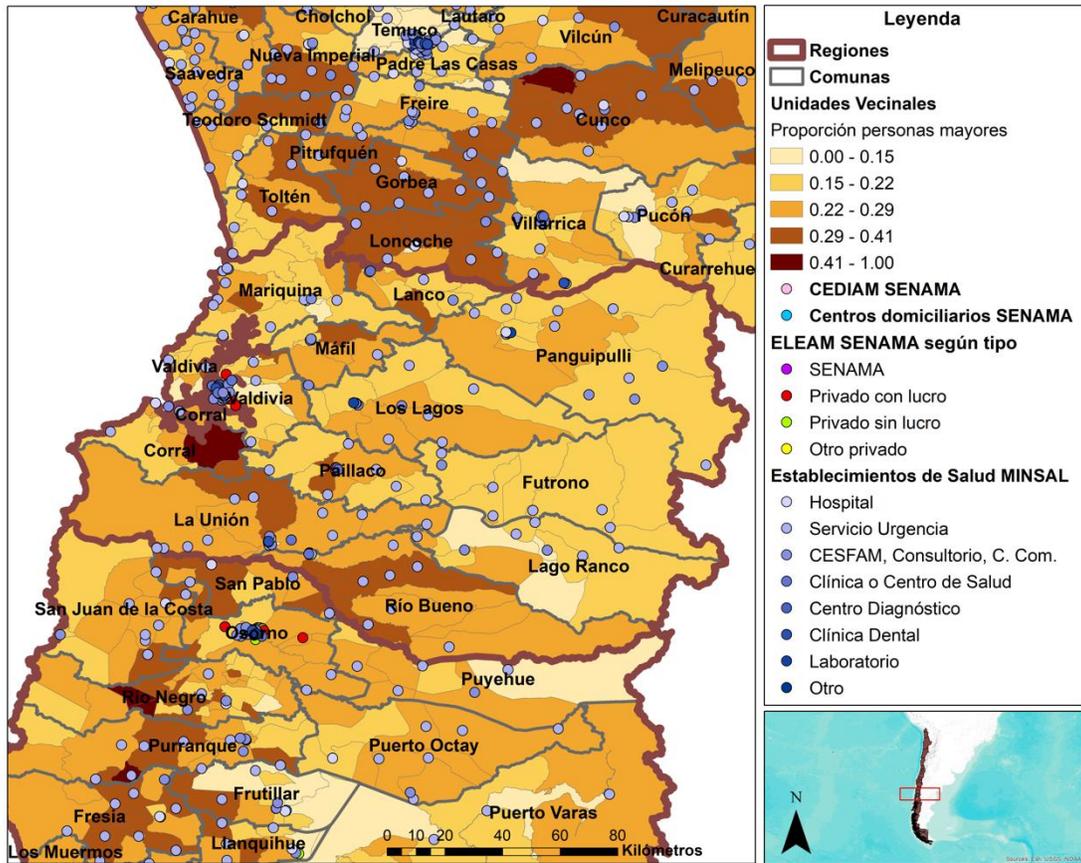
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 74: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Los Ríos (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

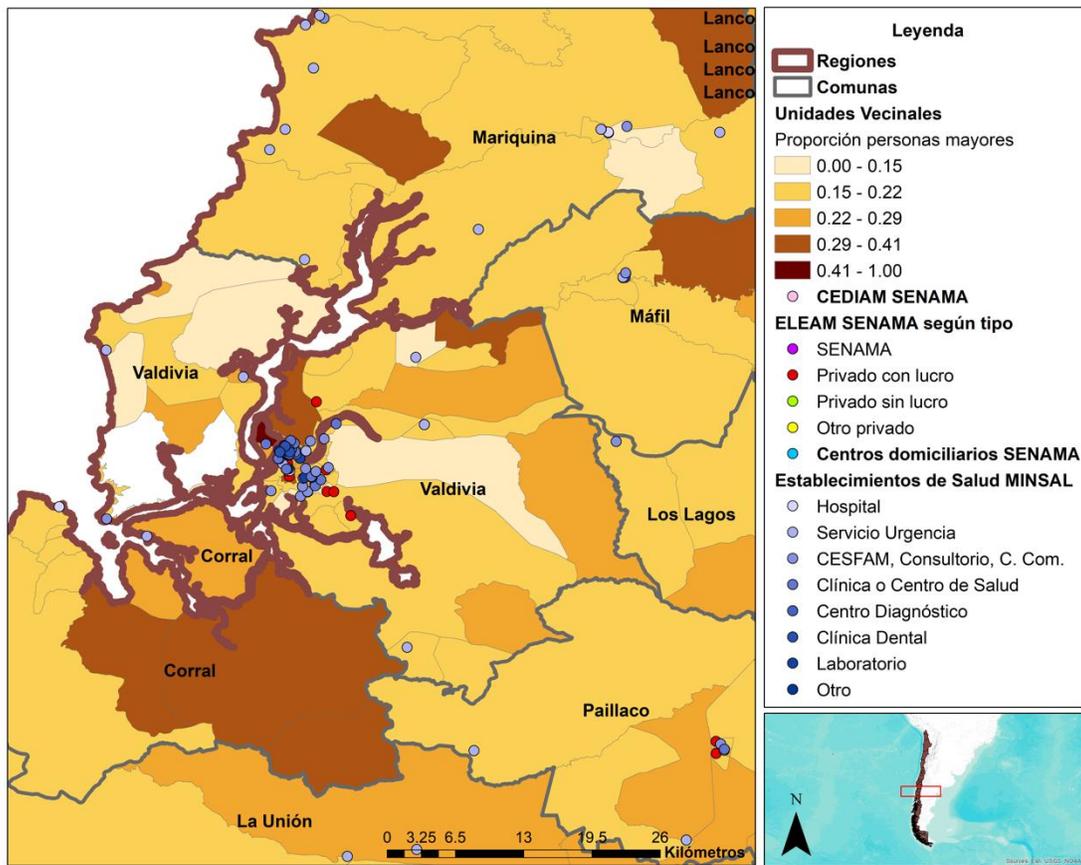
Ilustración 75: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Los Ríos (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

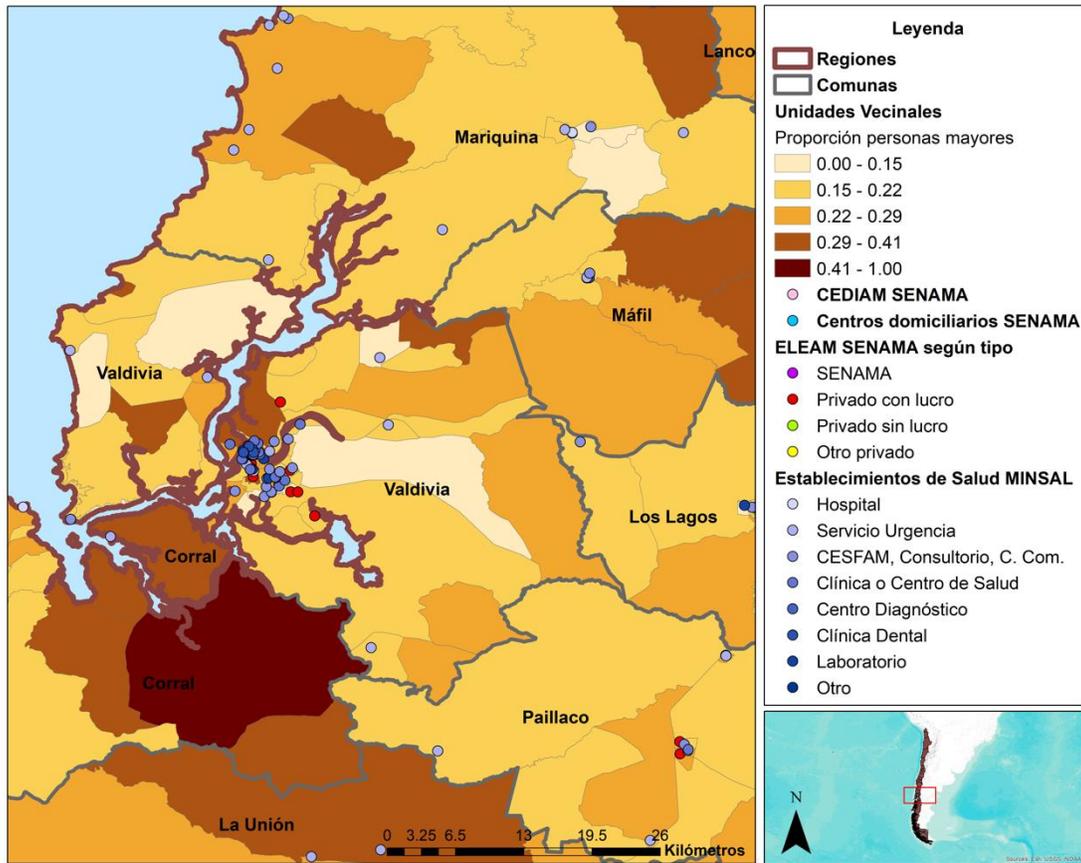
- **Capital regional: Valdivia**

Ilustración 76: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valdivia (2018)



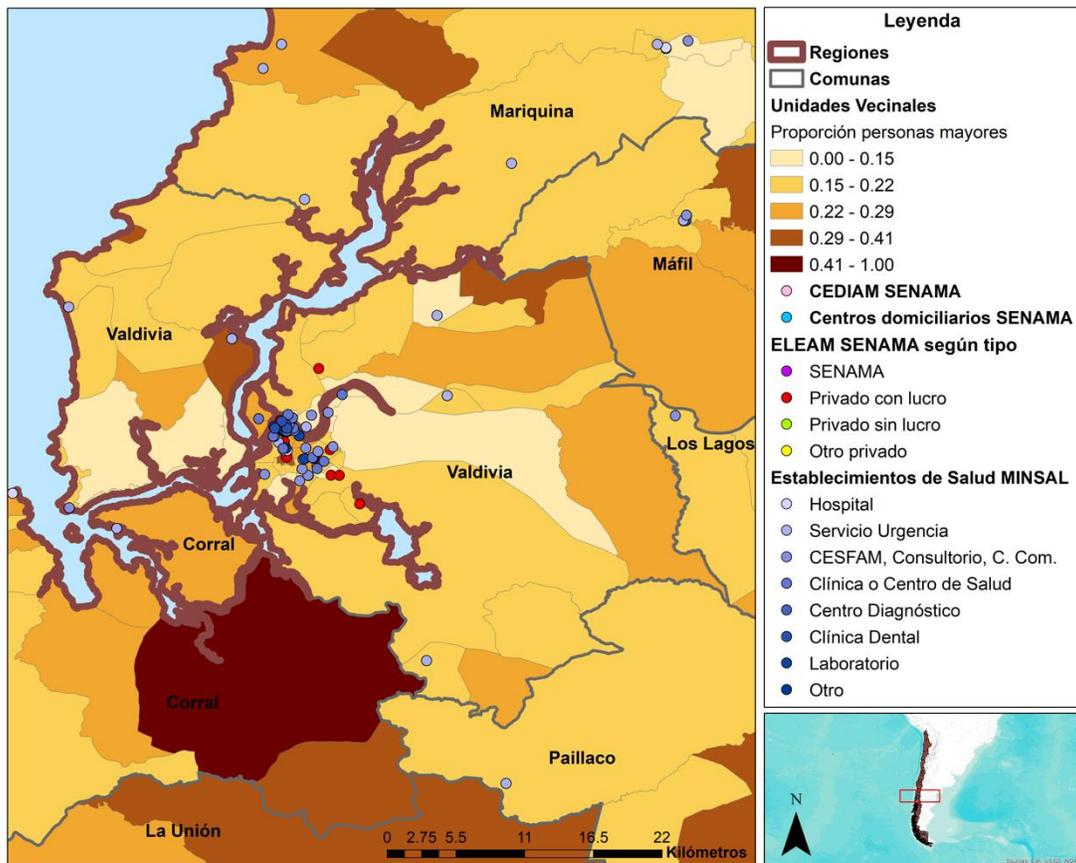
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 77: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valdivia (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

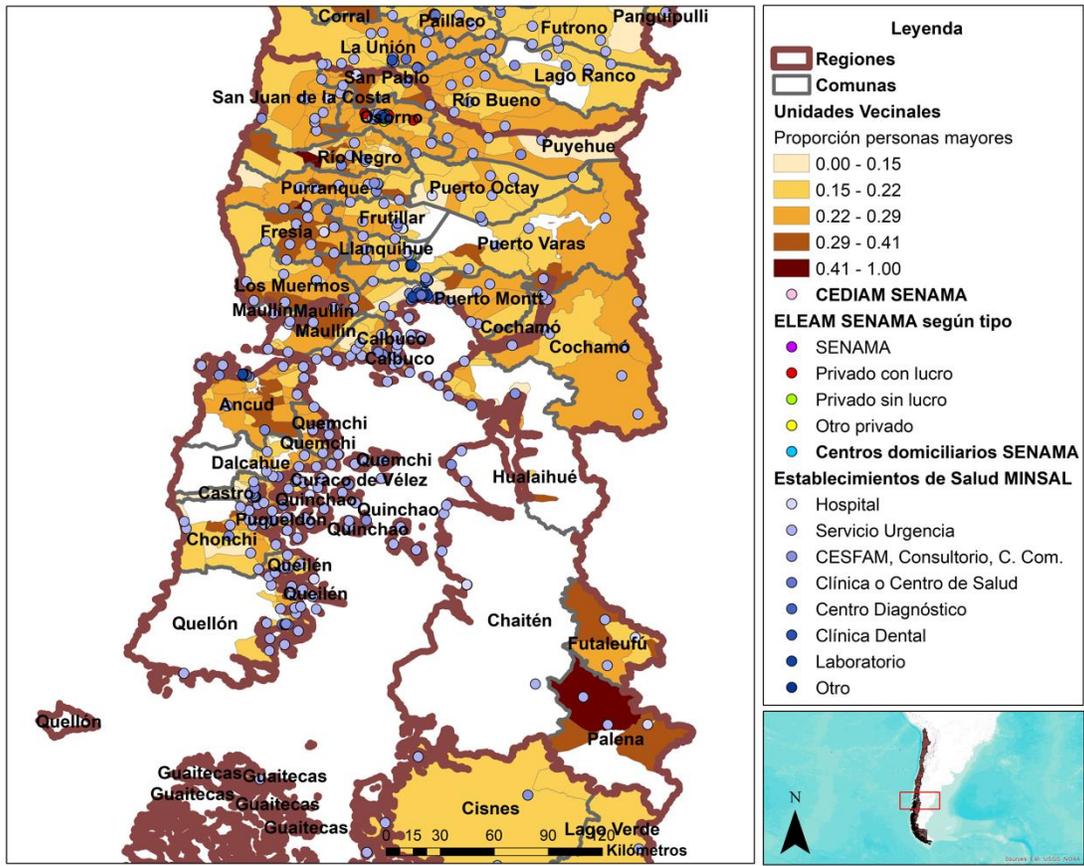
Ilustración 78: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Valdivia (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

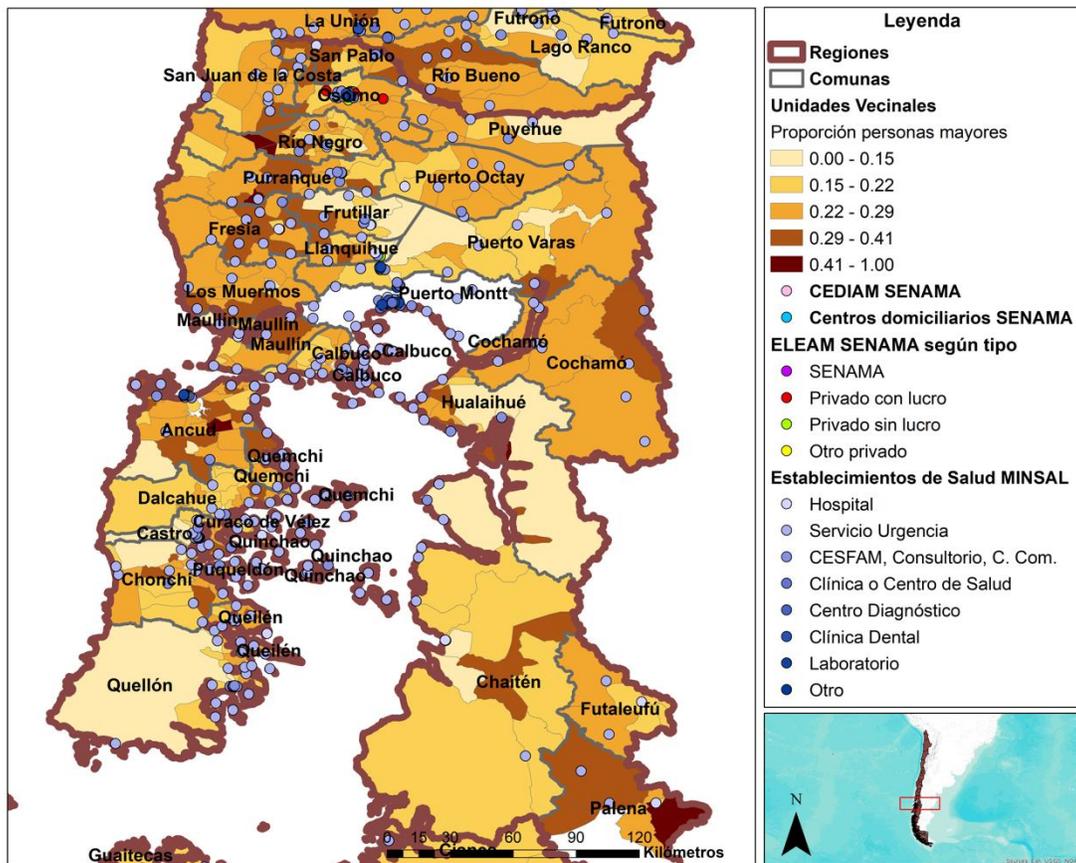
- **Región de Los Lagos**

Ilustración 79: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Los Lagos (2018)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

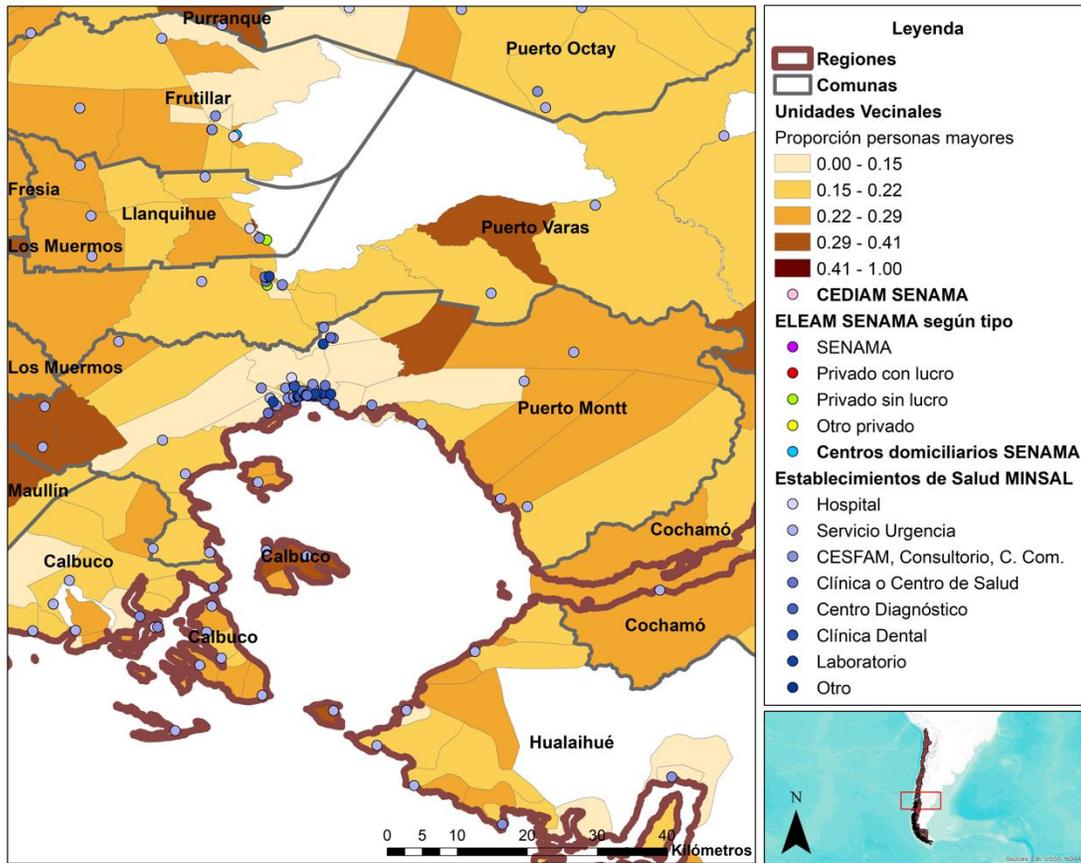
Ilustración 80: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Los Lagos (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

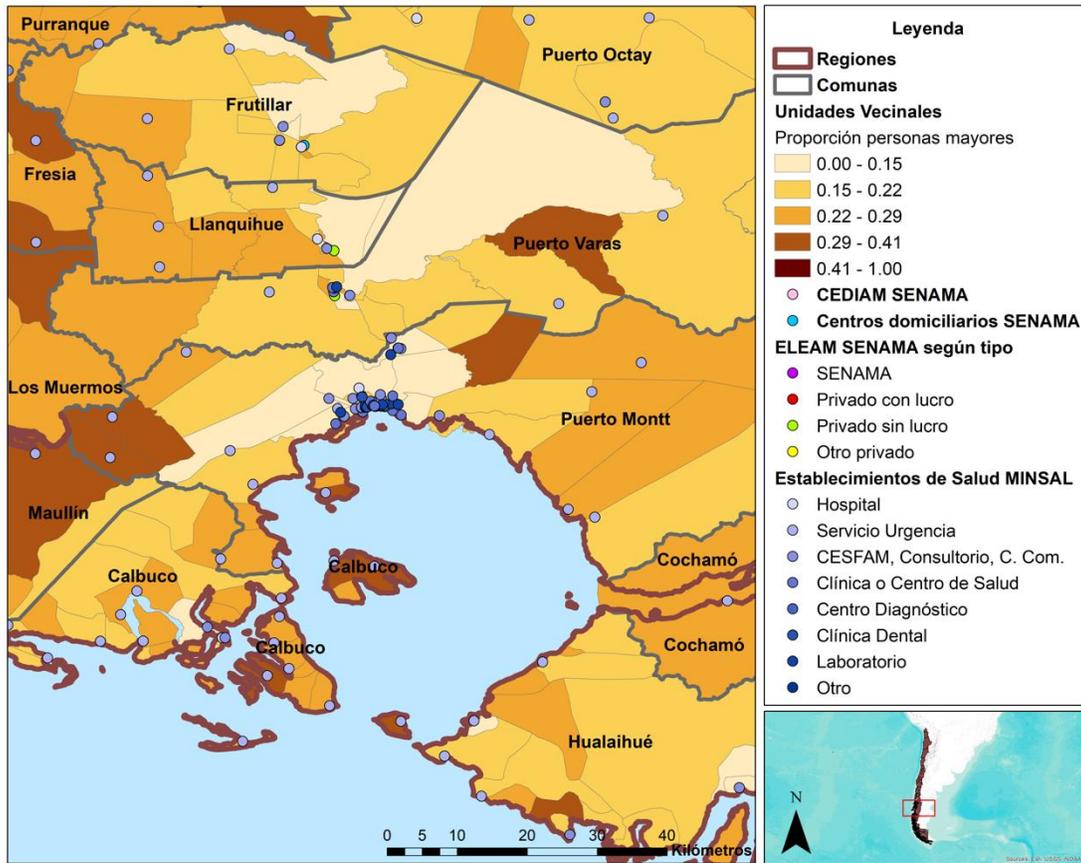
- **Capital regional: Puerto Montt**

Ilustración 82: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Puerto Montt (2018)



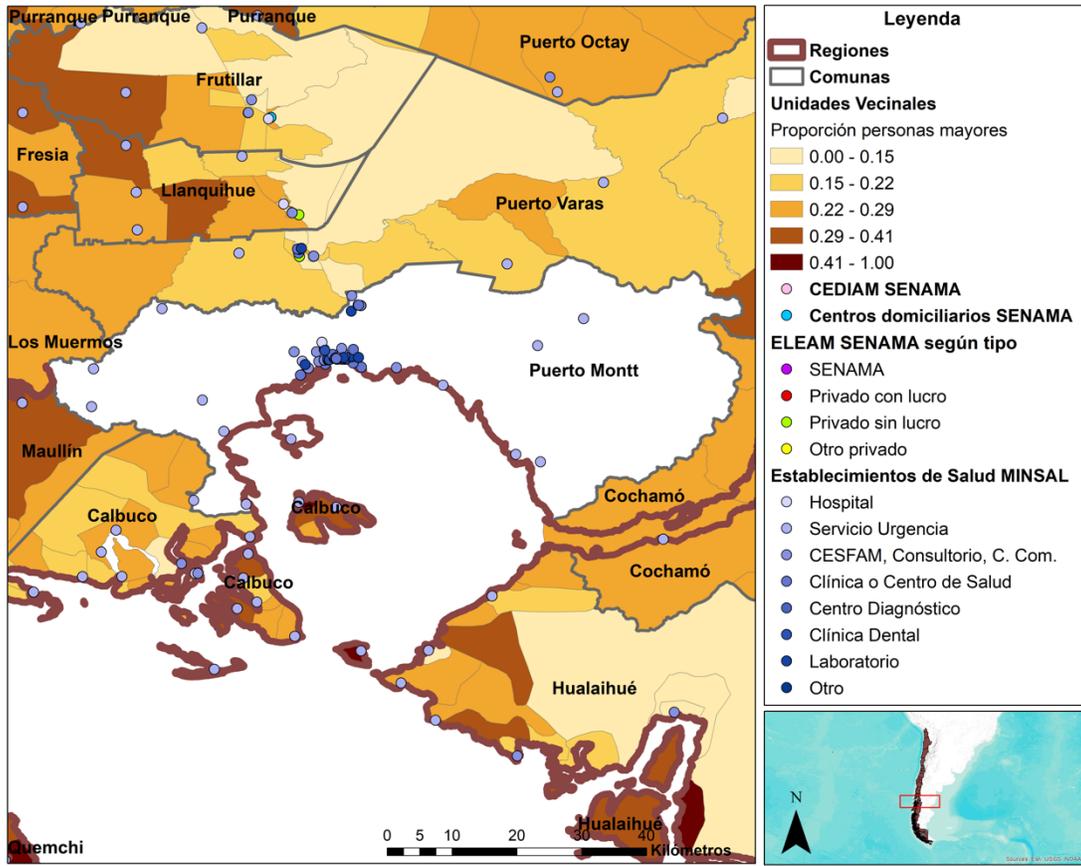
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 83: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Puerto Montt (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

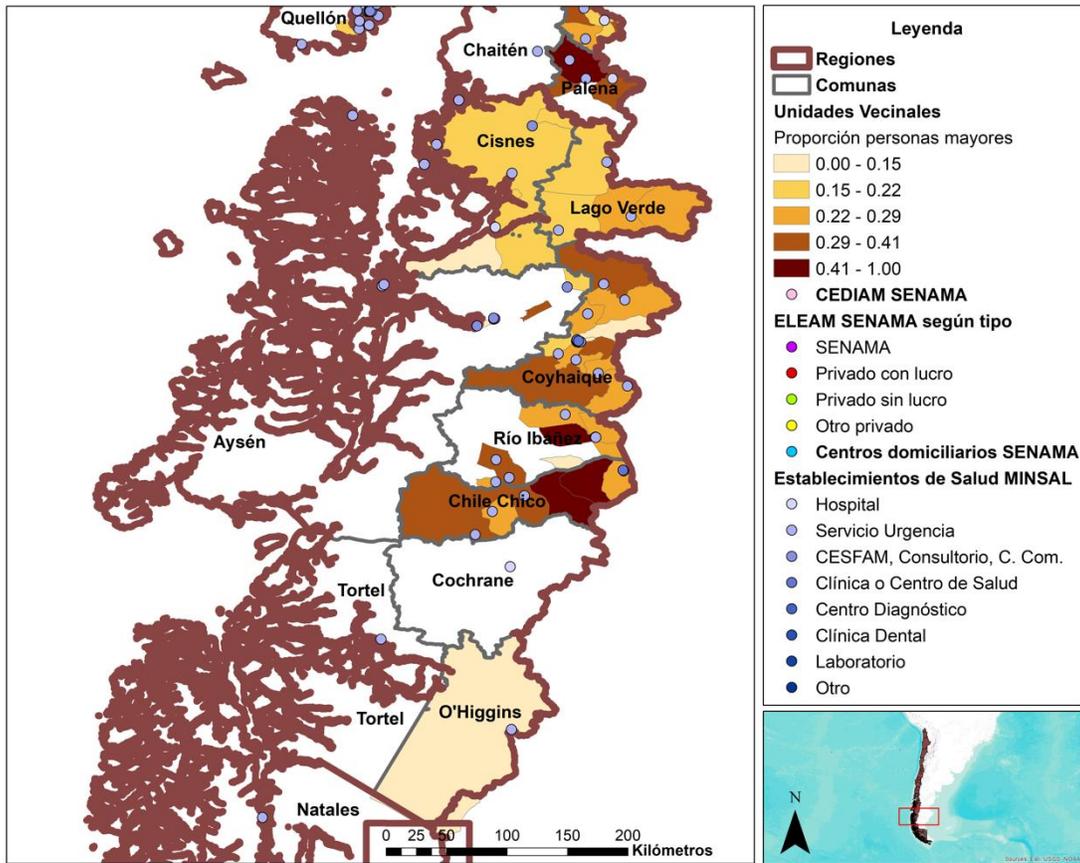
Ilustración 84: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Puerto Montt (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

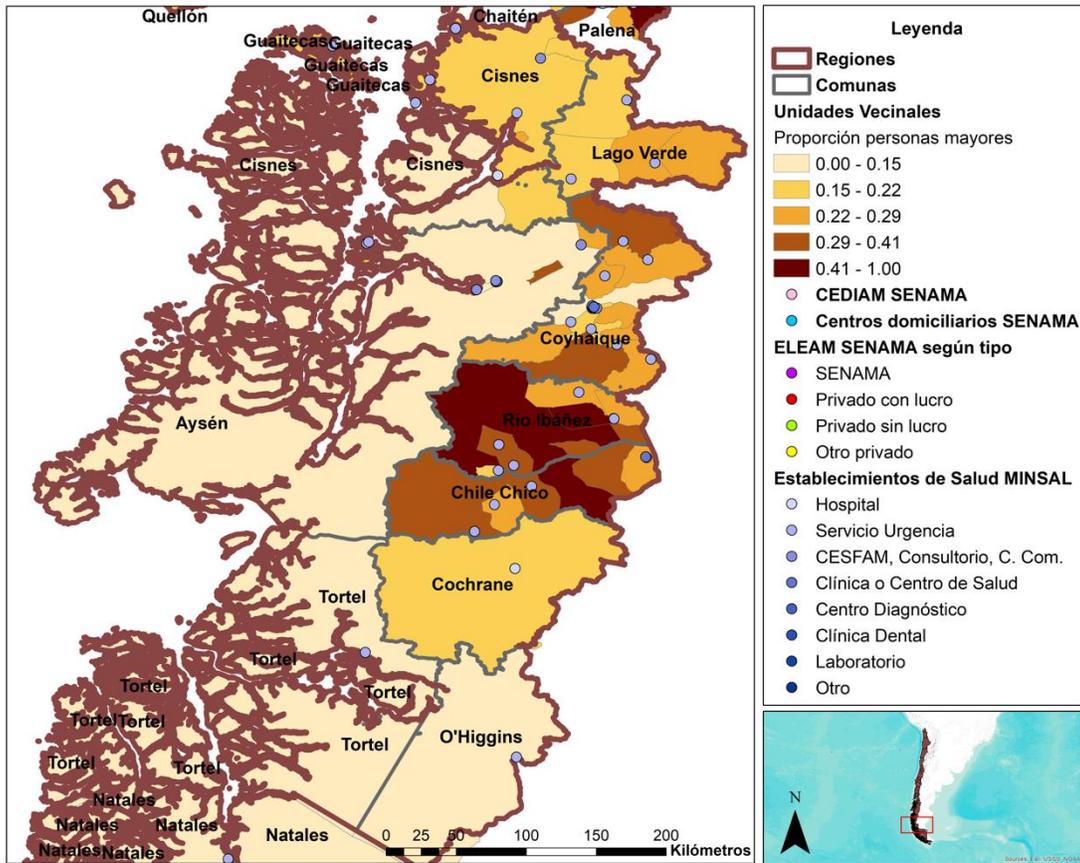
- **Región de Aysén**

Ilustración 85: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Aysén (2018)



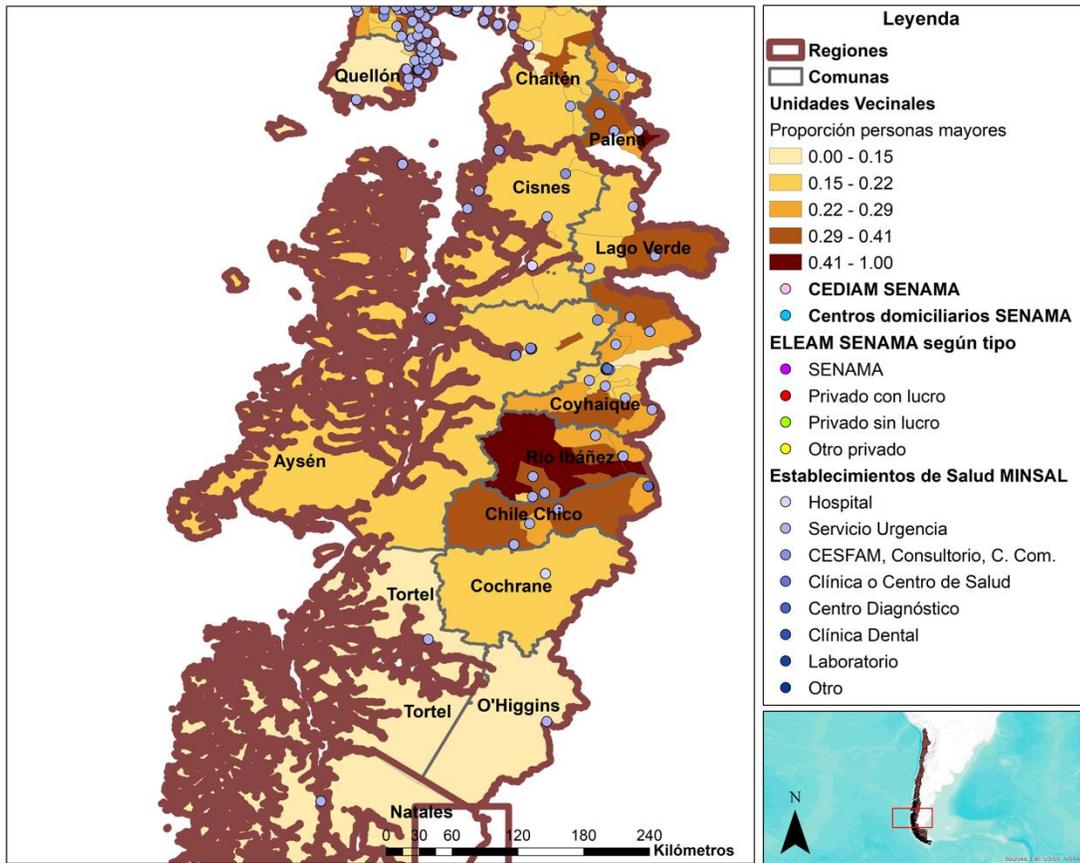
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 86: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Aysén (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

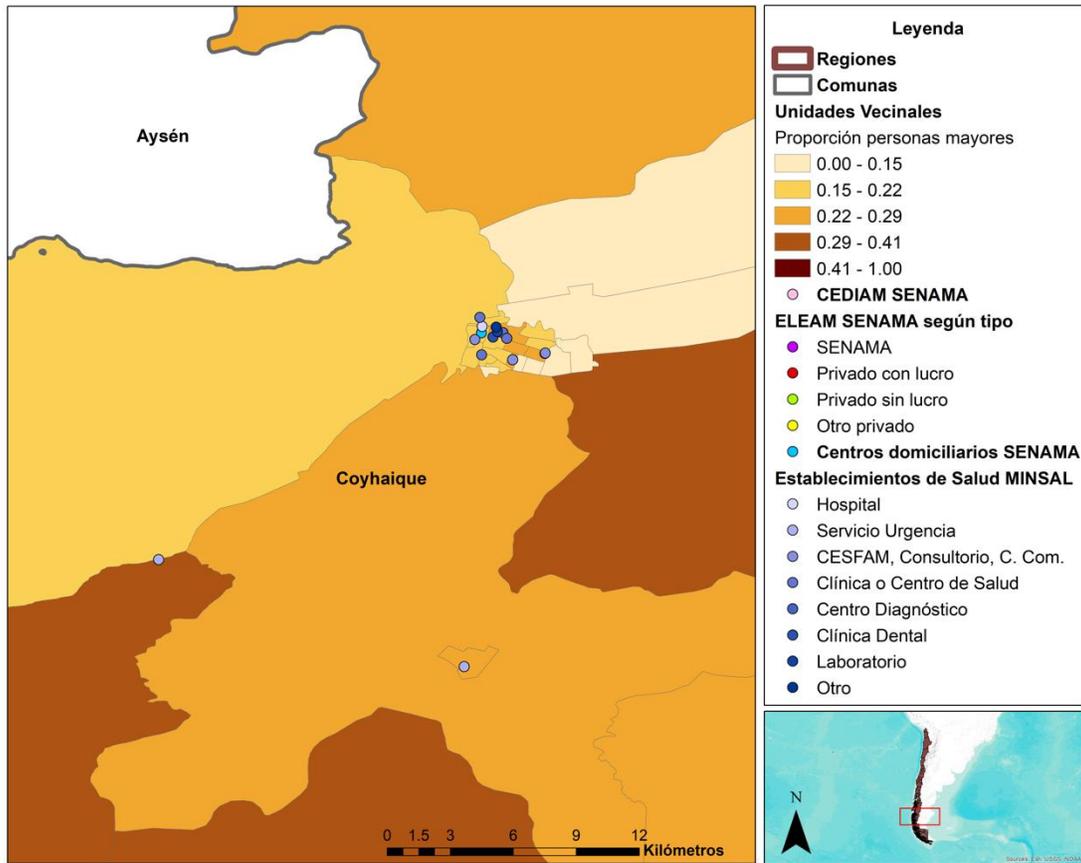
Ilustración 87: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Aysén (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

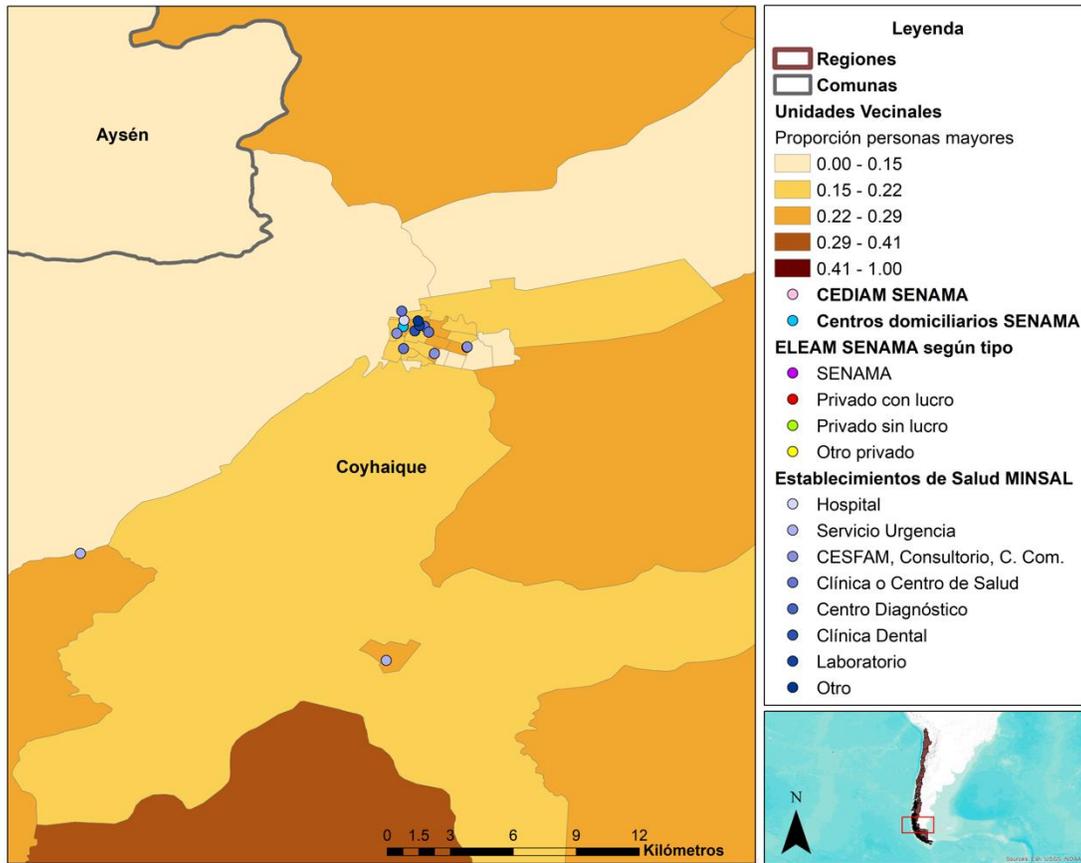
- **Capital regional: Coyhaique**

Ilustración 88: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Coyhaique (2018)



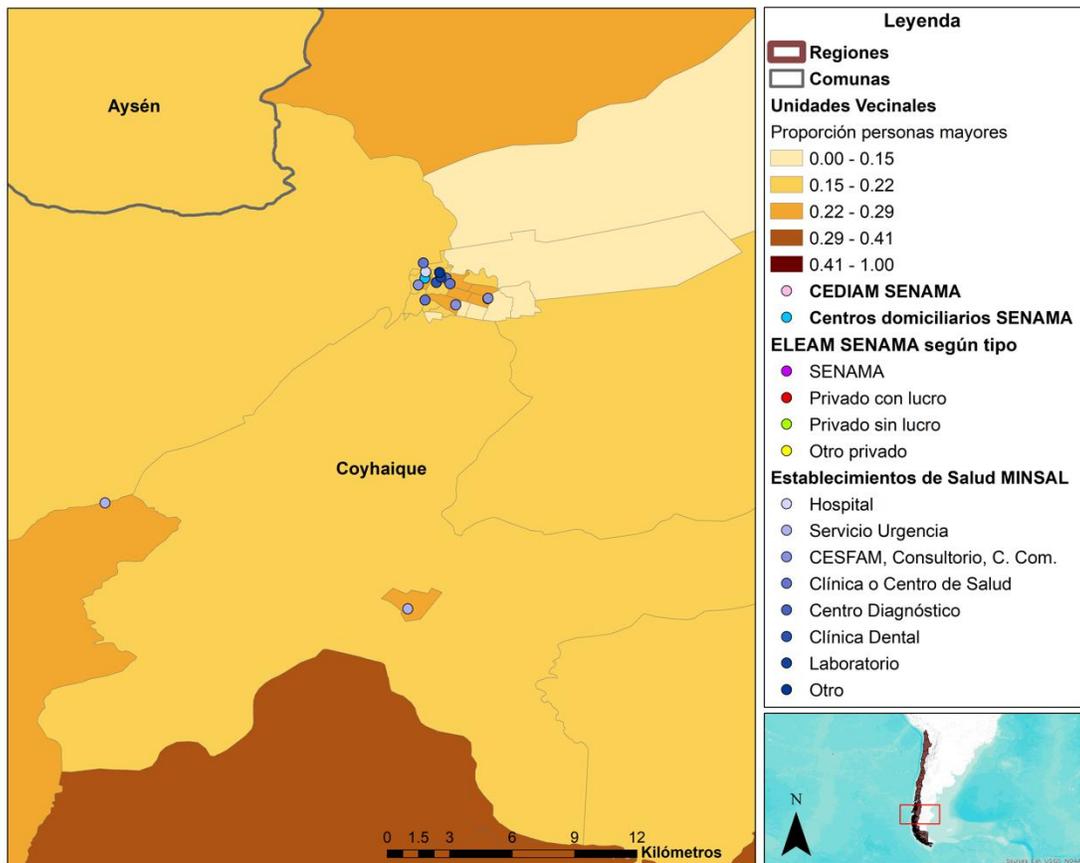
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 89: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Coyhaique (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

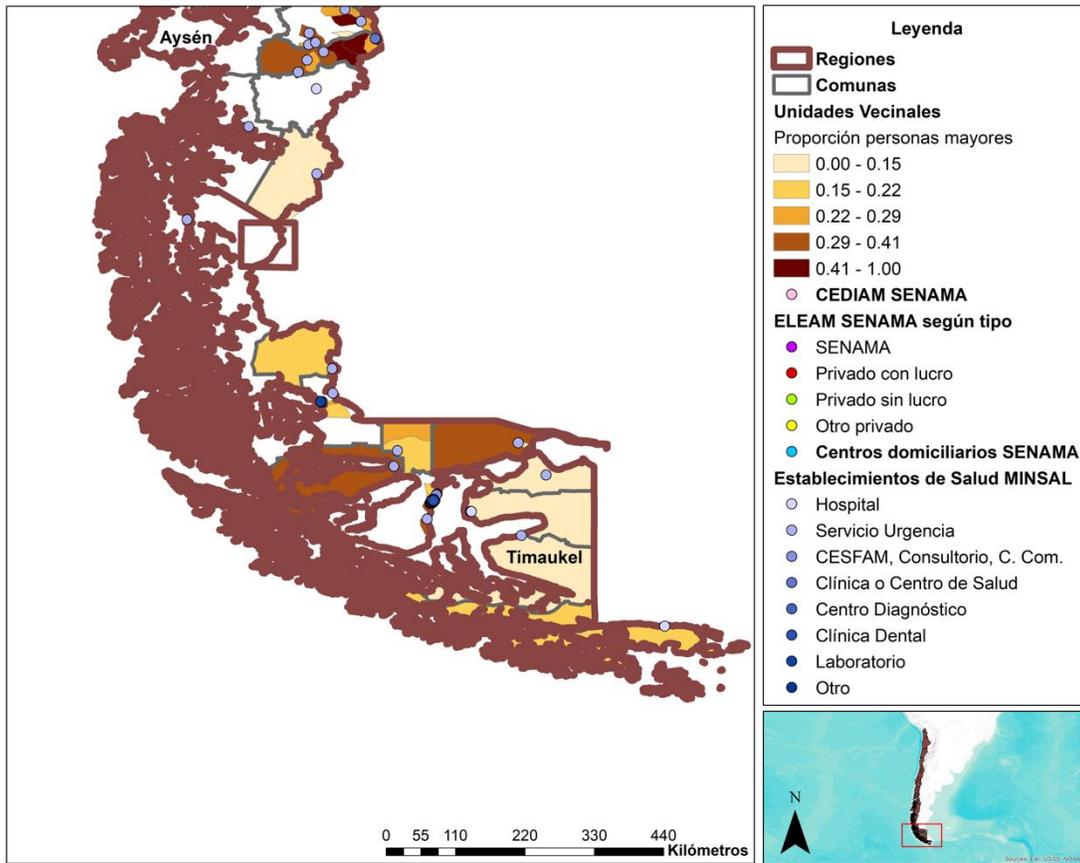
Ilustración 90: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Coyhaique (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

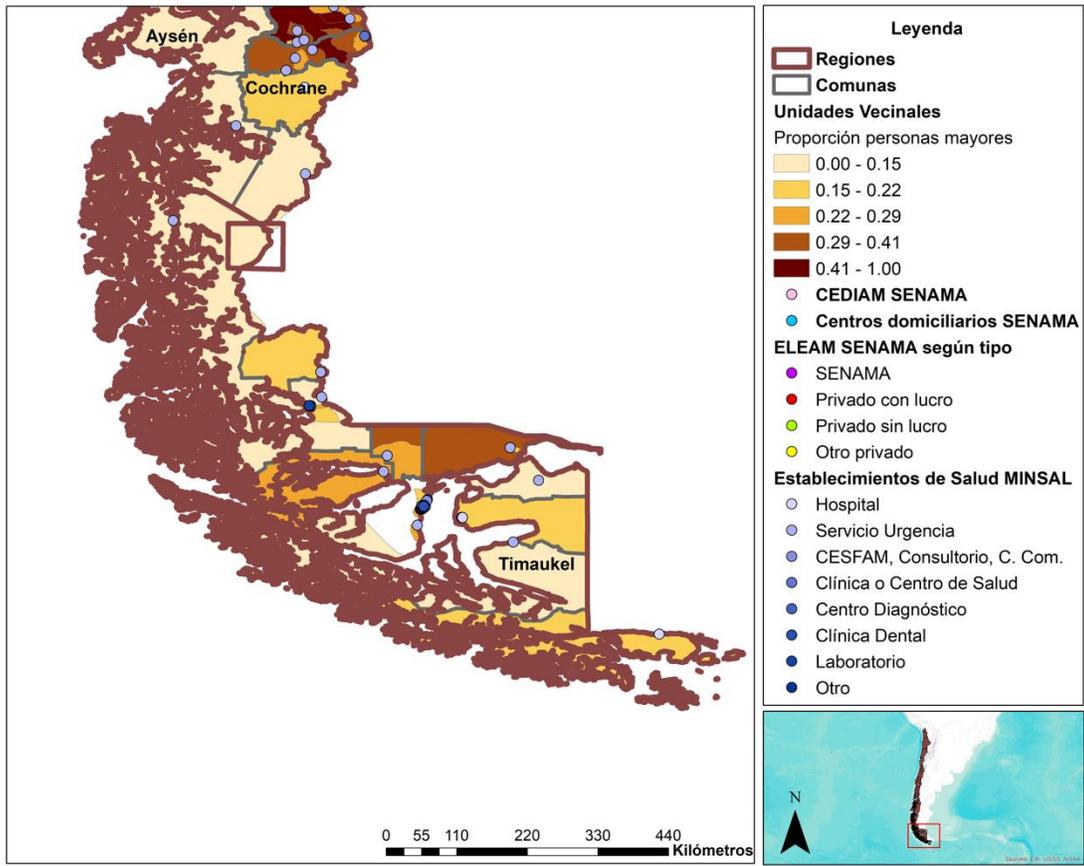
- **Región de Magallanes y Antártica**

Ilustración 91: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Magallanes y Antártica (2018)



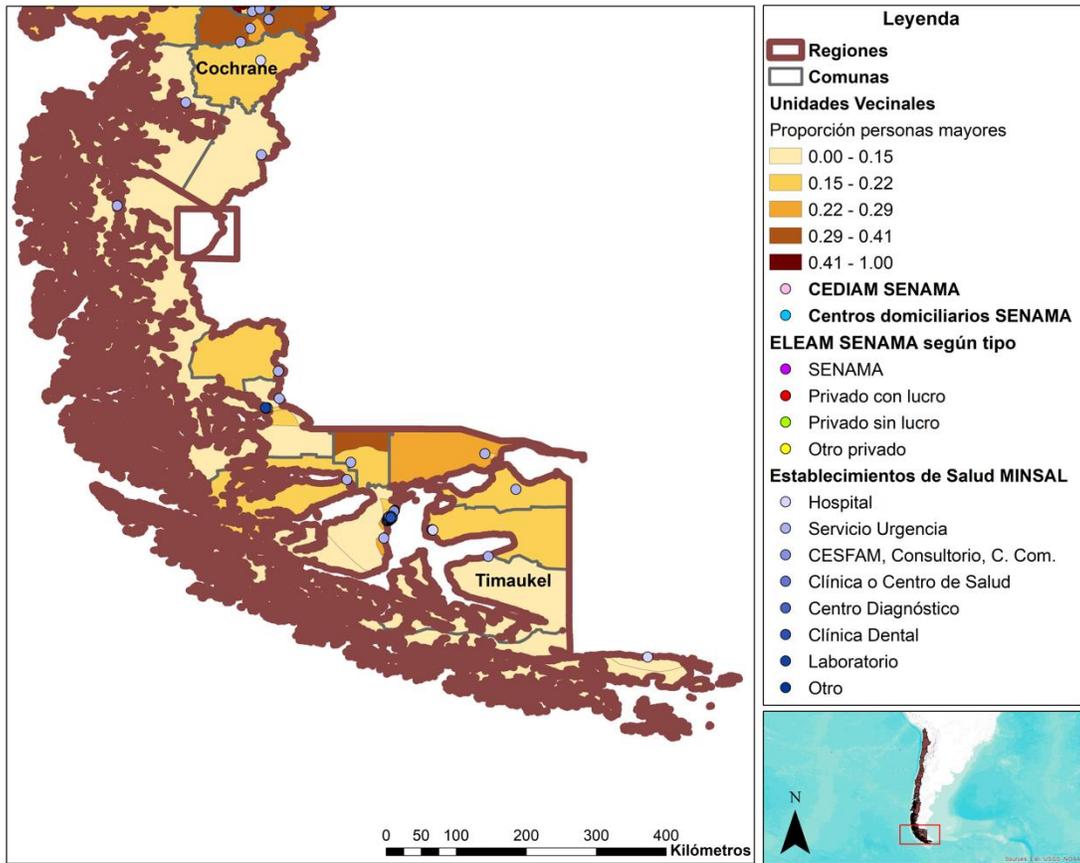
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 92: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Magallanes y Antártica (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

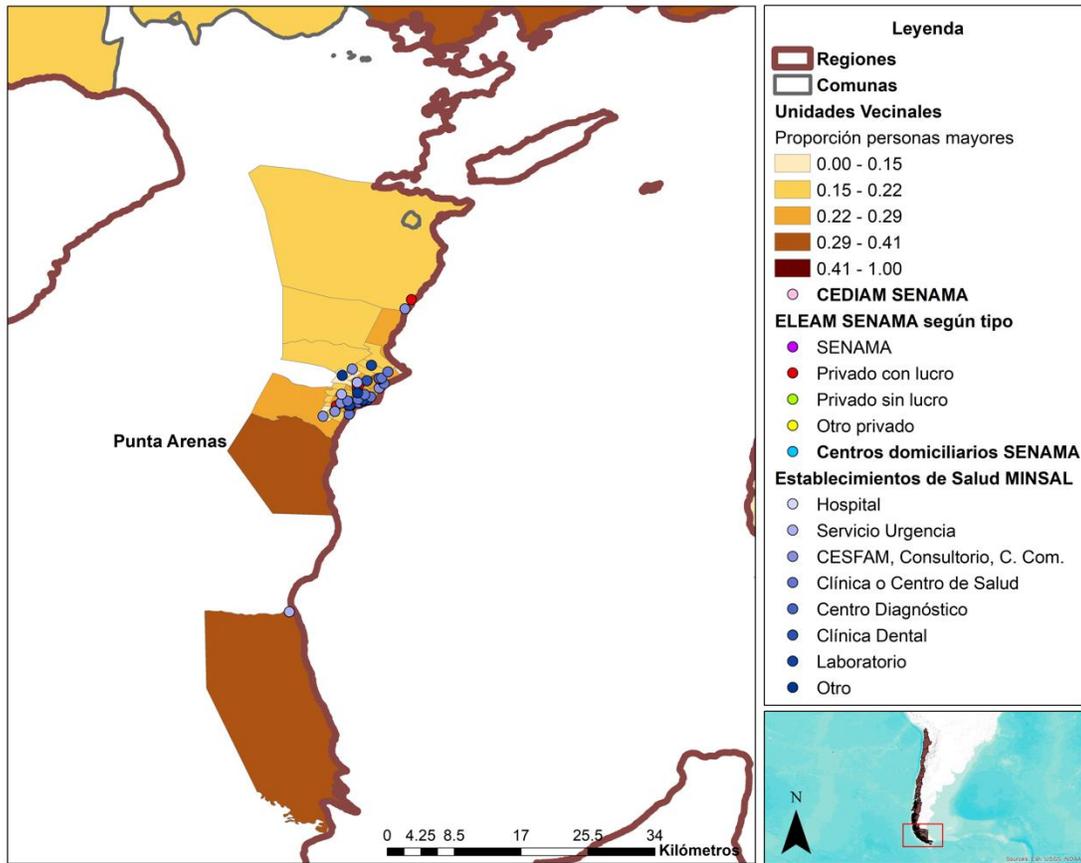
Ilustración 93: Evolución demográfica y distribución de servicios en la Región de Magallanes y Antártica (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

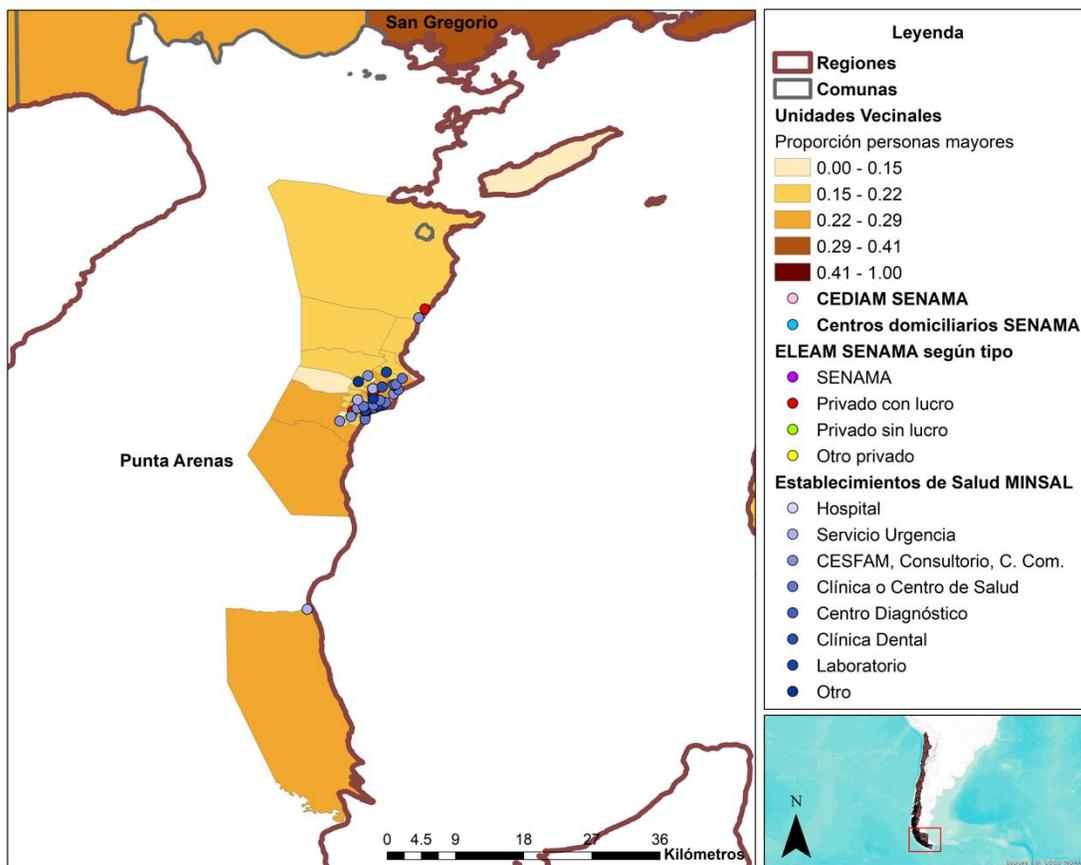
- **Capital regional: Punta Arenas**

Ilustración 94: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Punta Arenas (2018)



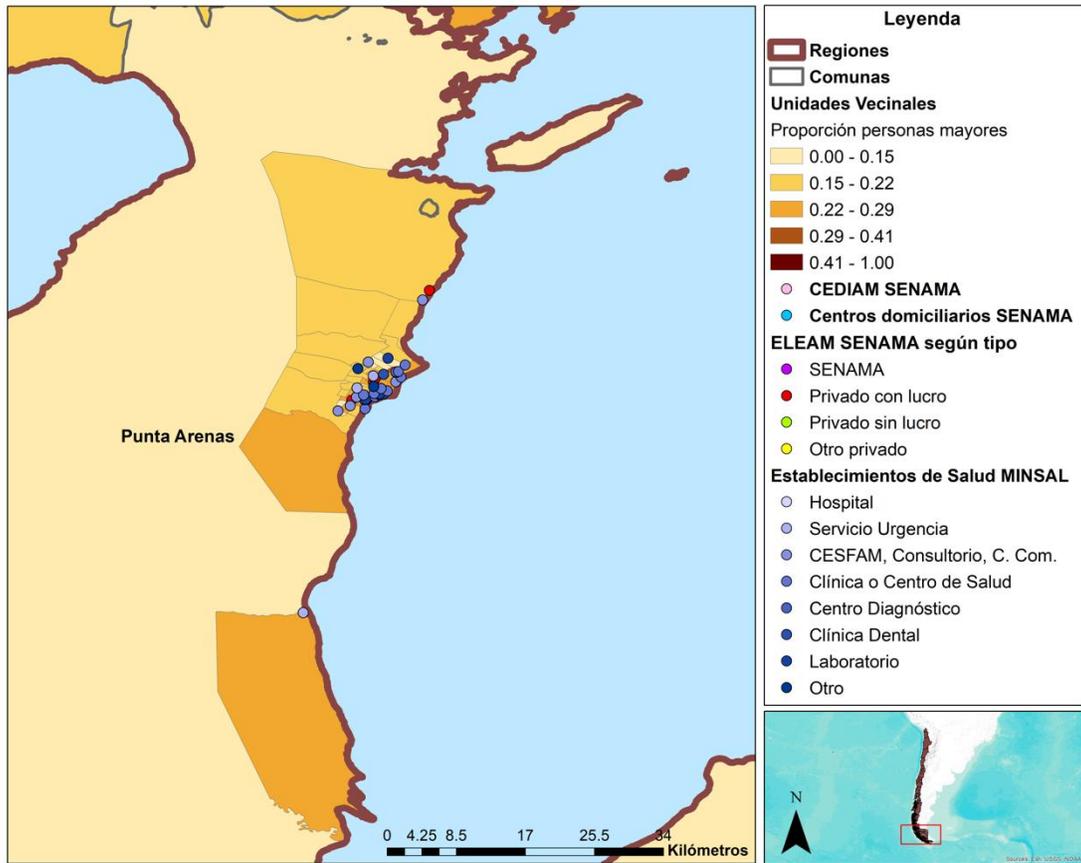
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2018).

Ilustración 95: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Punta Arenas (2020)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2020).

Ilustración 96: Evolución demográfica y distribución de servicios en la ciudad de Punta Arenas (2022)



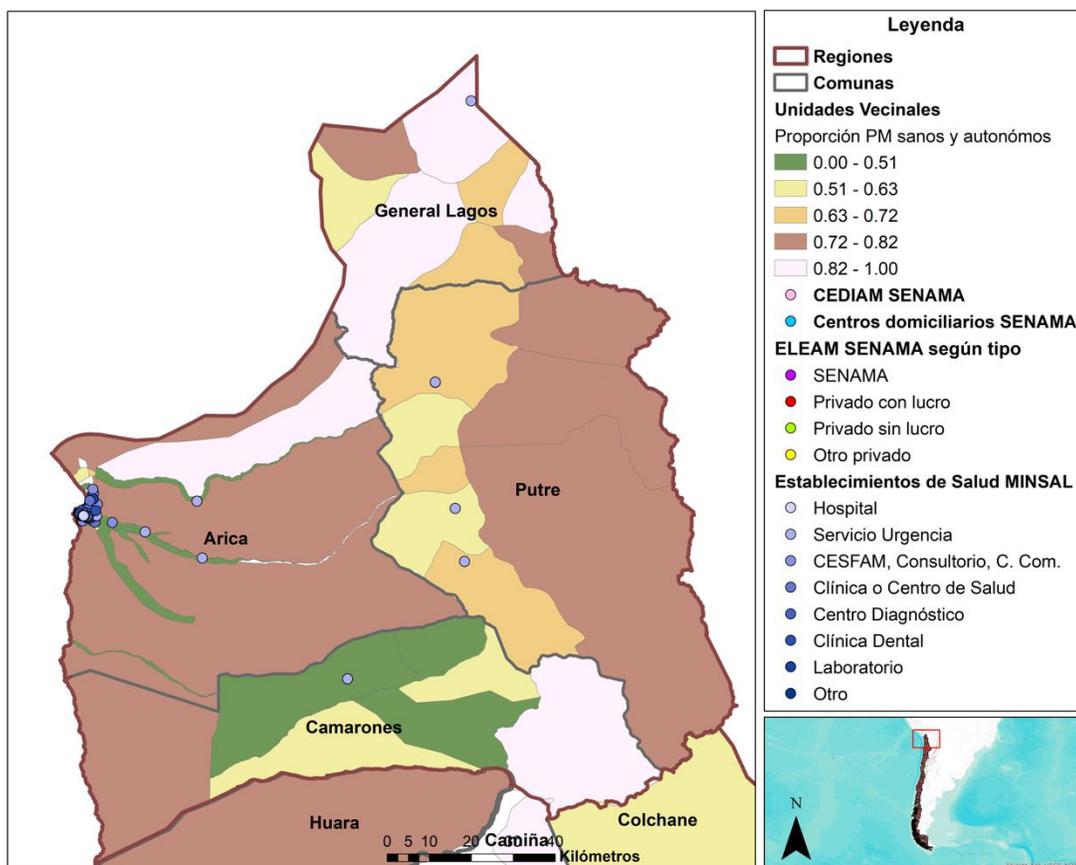
Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

Anexo III.

A continuación se presentan todos los mapas de nivel de dependencia de personas mayores junto con la cartografía de centros SENAMA (ELEAM y CEDIAM) y servicios de salud (MINSAL) regionales, junto con sus capitales regionales, para 2022.

- **Región de Arica y Parinacota**

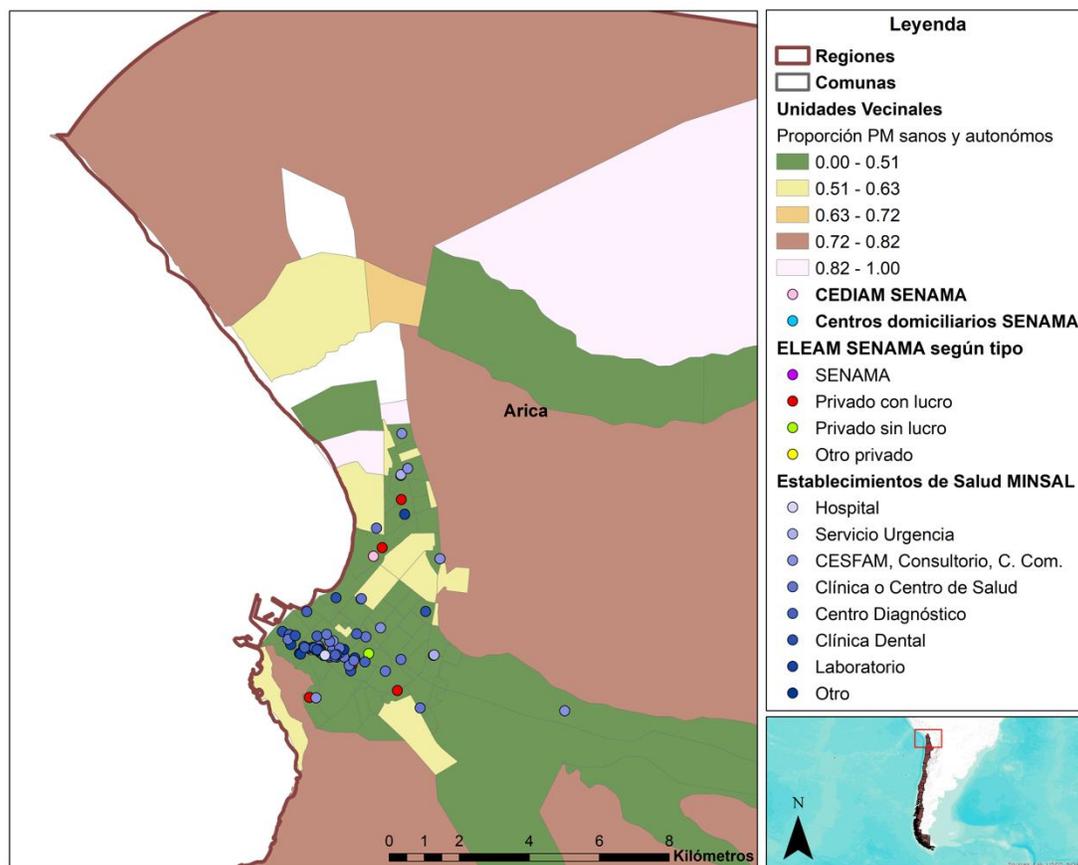
Ilustración 97: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Arica y Parinacota (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Arica**

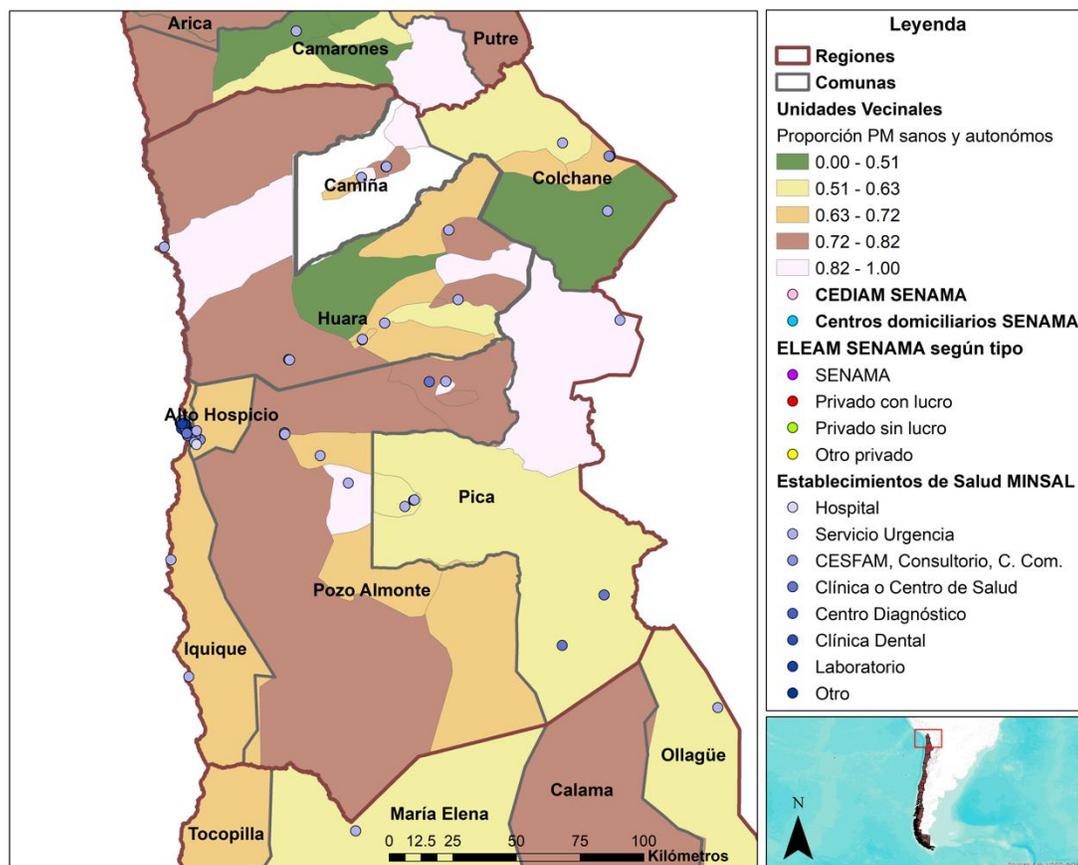
Ilustración 98: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Arica (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Tarapacá**

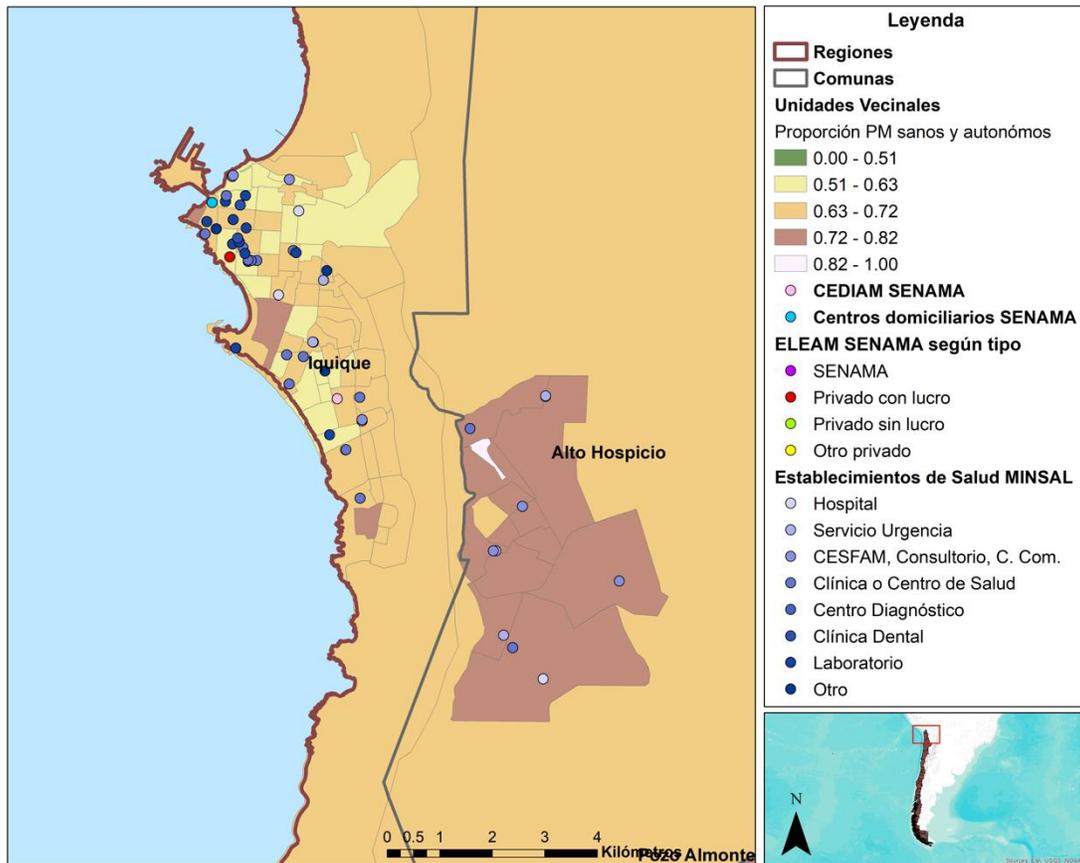
Ilustración 99: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Tarapacá (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Iquique**

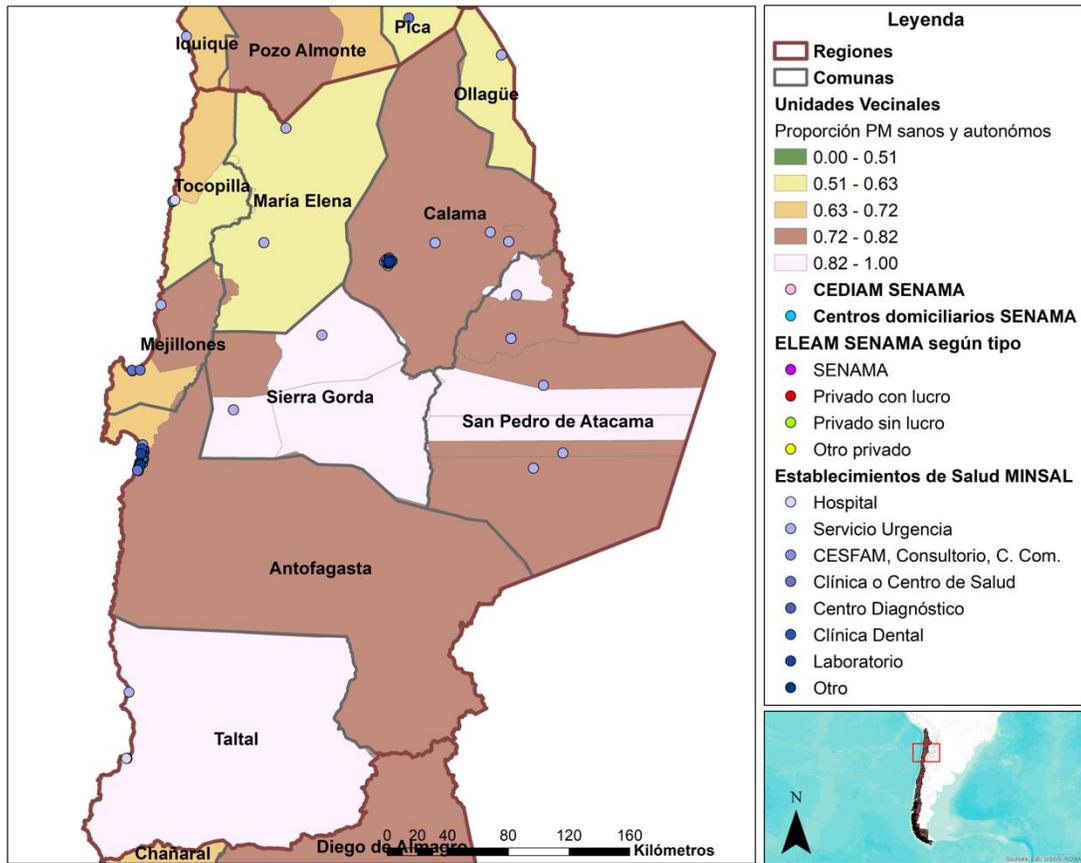
Ilustración 100: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Iquique (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Antofagasta**

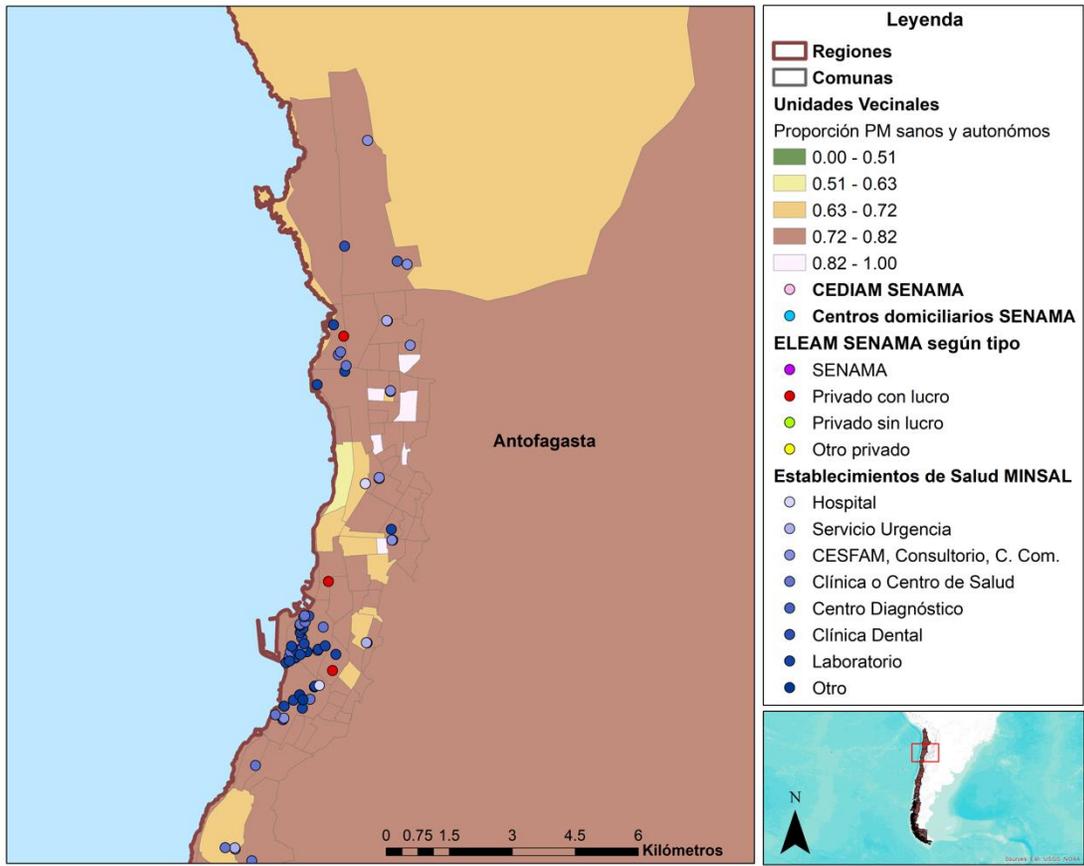
Ilustración 101: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Antofagasta (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Antofagasta**

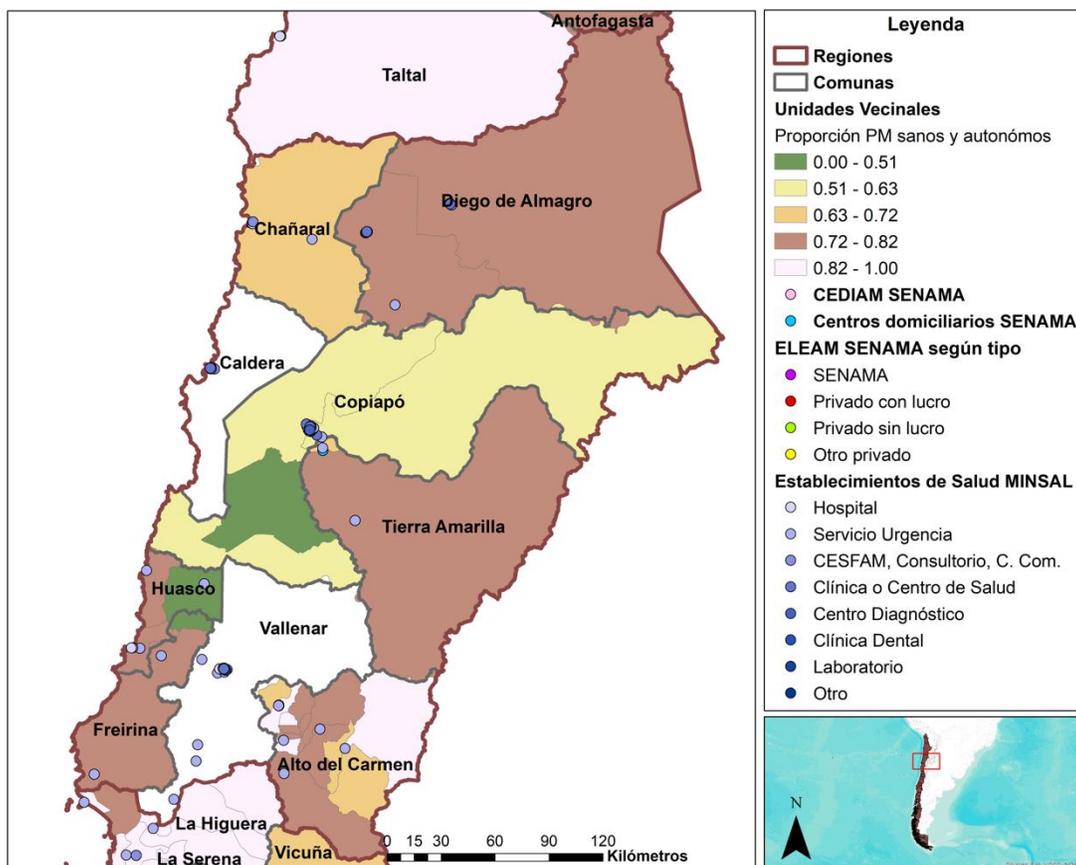
Ilustración 102: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Antofagasta (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Atacama**

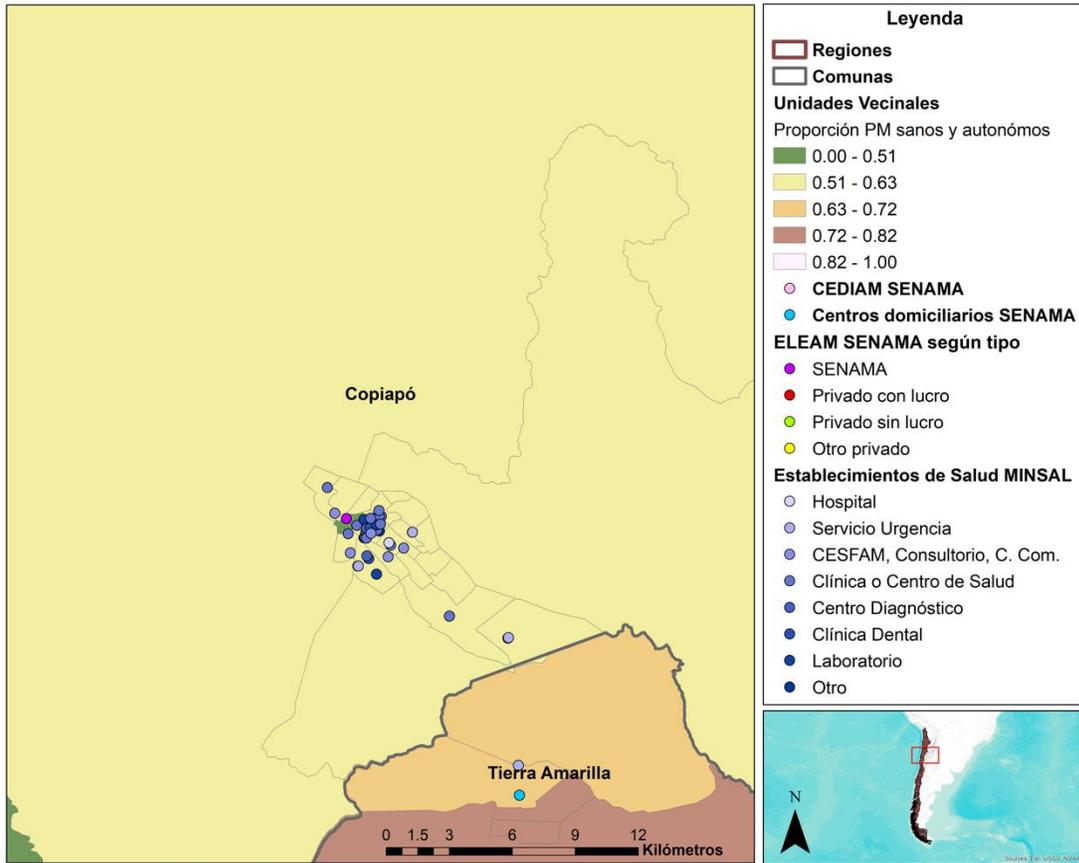
Ilustración 103: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Atacama (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Copiapó**

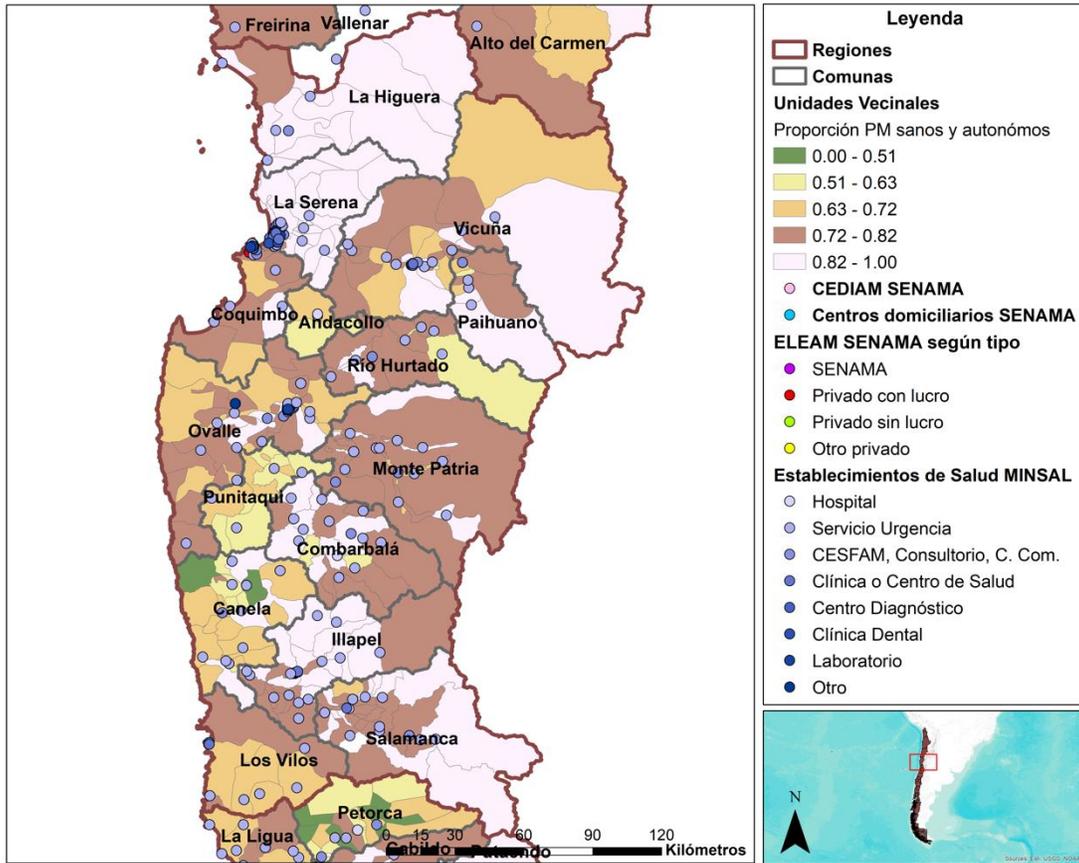
Ilustración 104: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Copiapó (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Coquimbo**

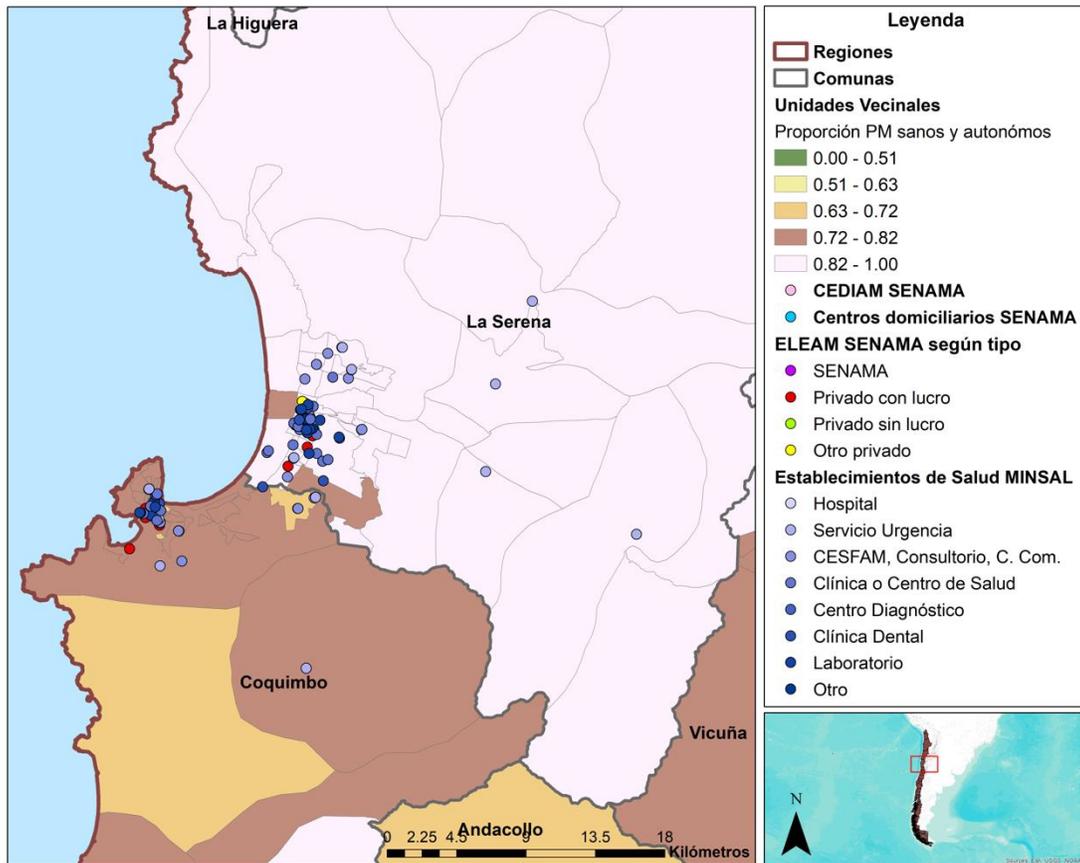
Ilustración 105: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Coquimbo (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: La Serena**

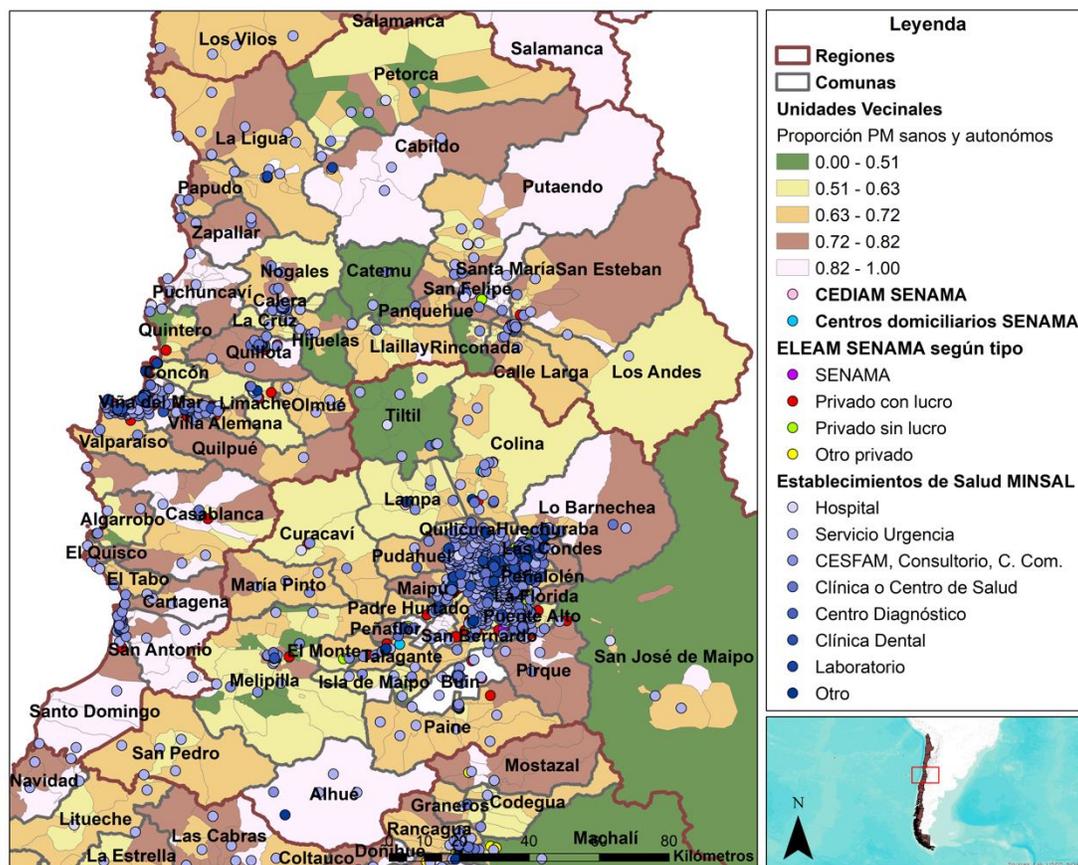
Ilustración 106: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de La Serena (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Valparaíso**

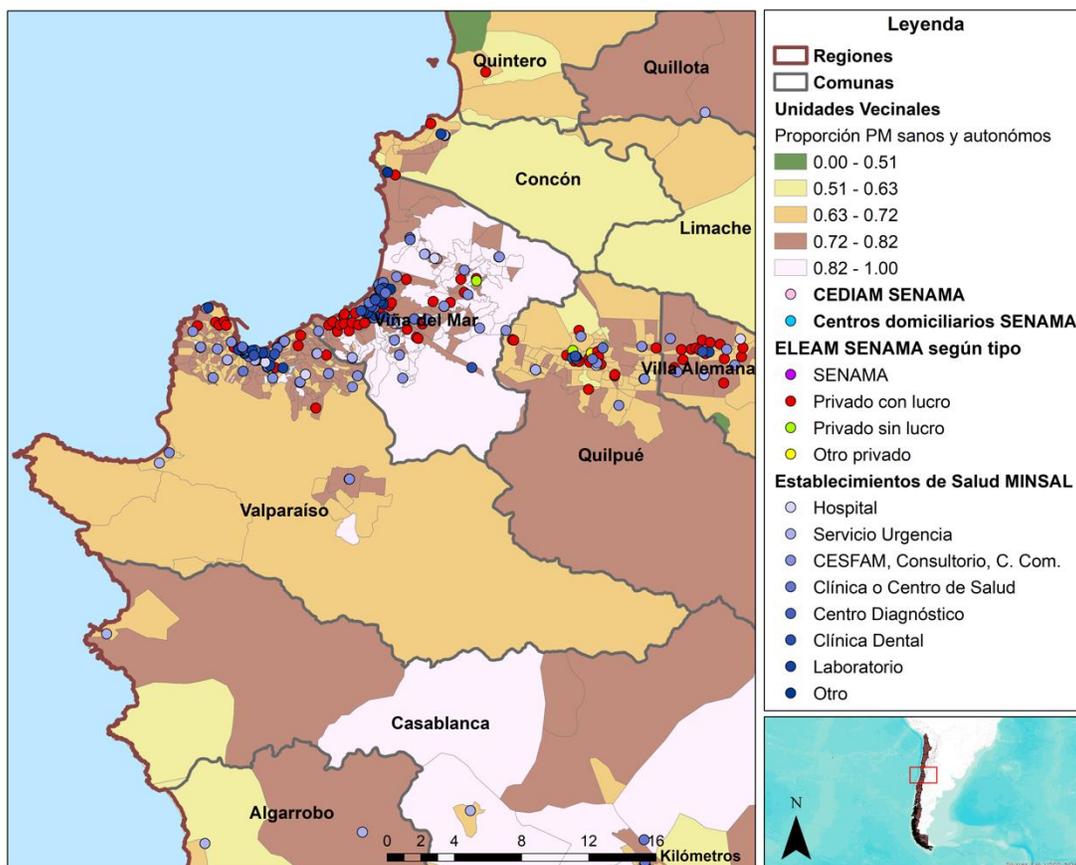
Ilustración 107: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Valparaíso (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Valparaíso**

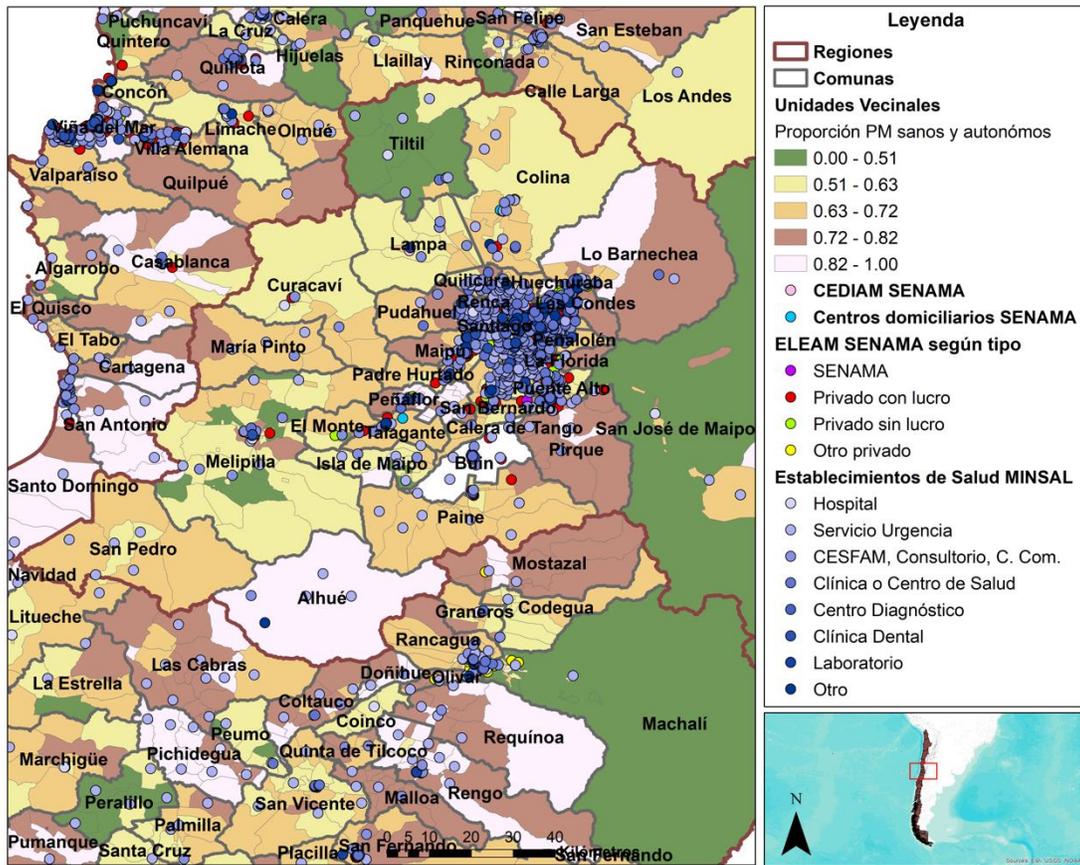
Ilustración 108: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Valparaíso (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región Metropolitana**

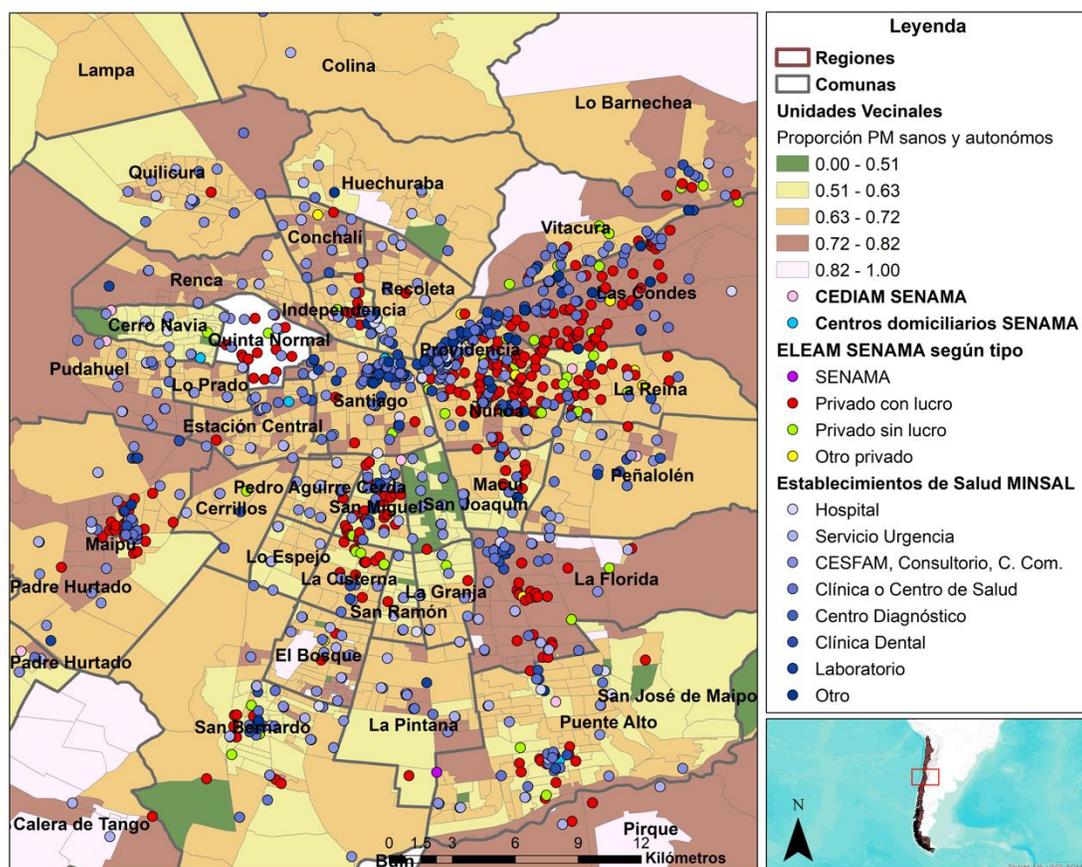
Ilustración 109: Dependencia y distribución de servicios en la Región Metropolitana (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Santiago**

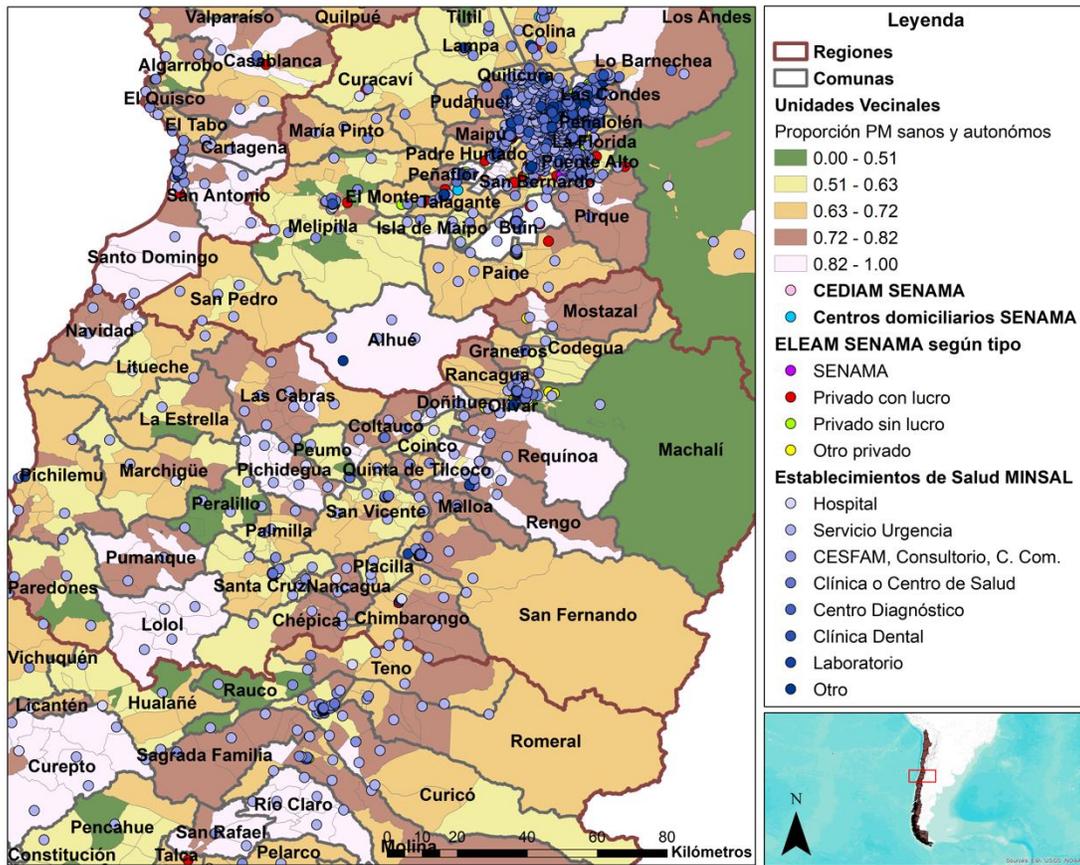
Ilustración 110: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Santiago (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de O'Higgins**

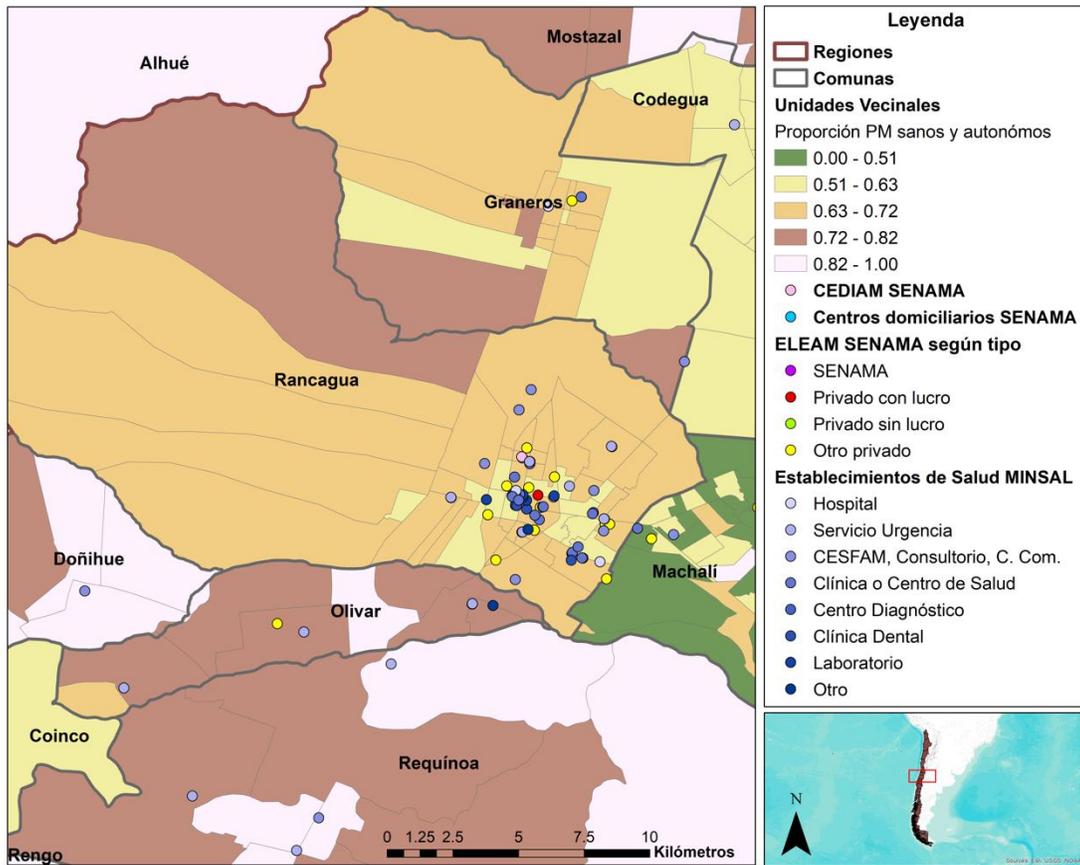
Ilustración 111: Dependencia y distribución de servicios en la Región de O'Higgins (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Rancagua**

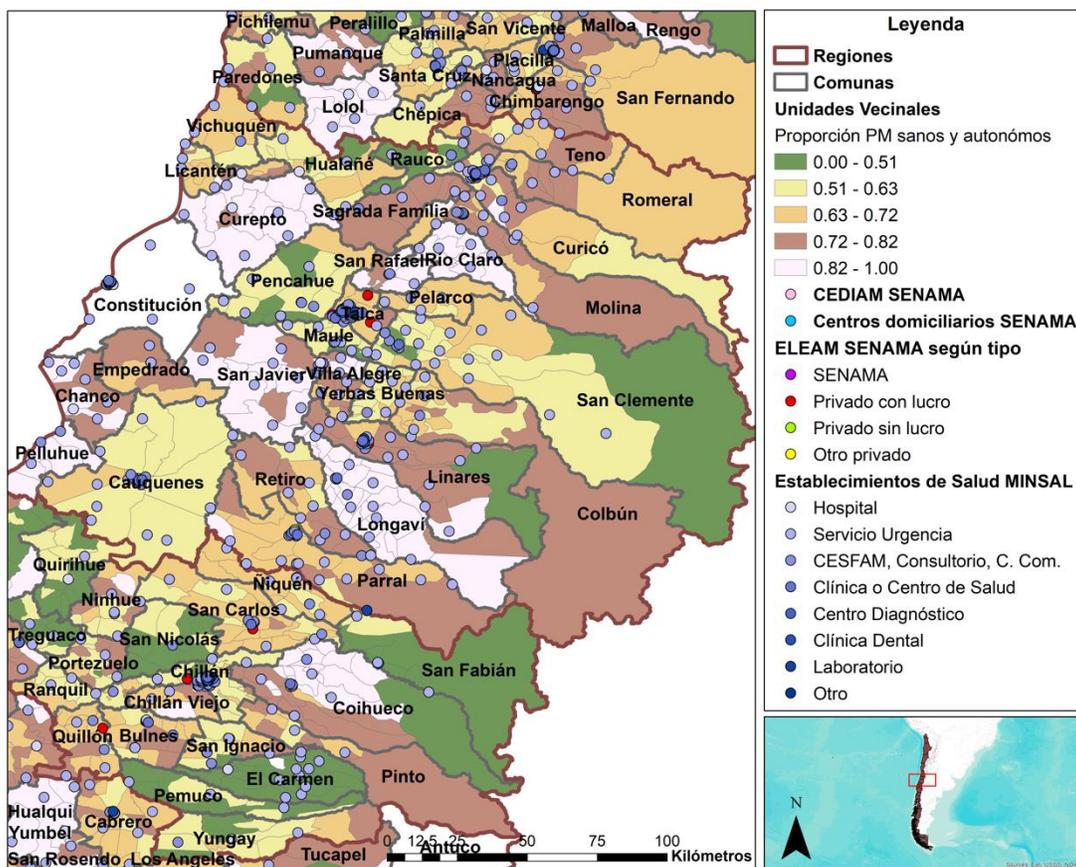
Ilustración 112: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Rancagua (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región del Maule**

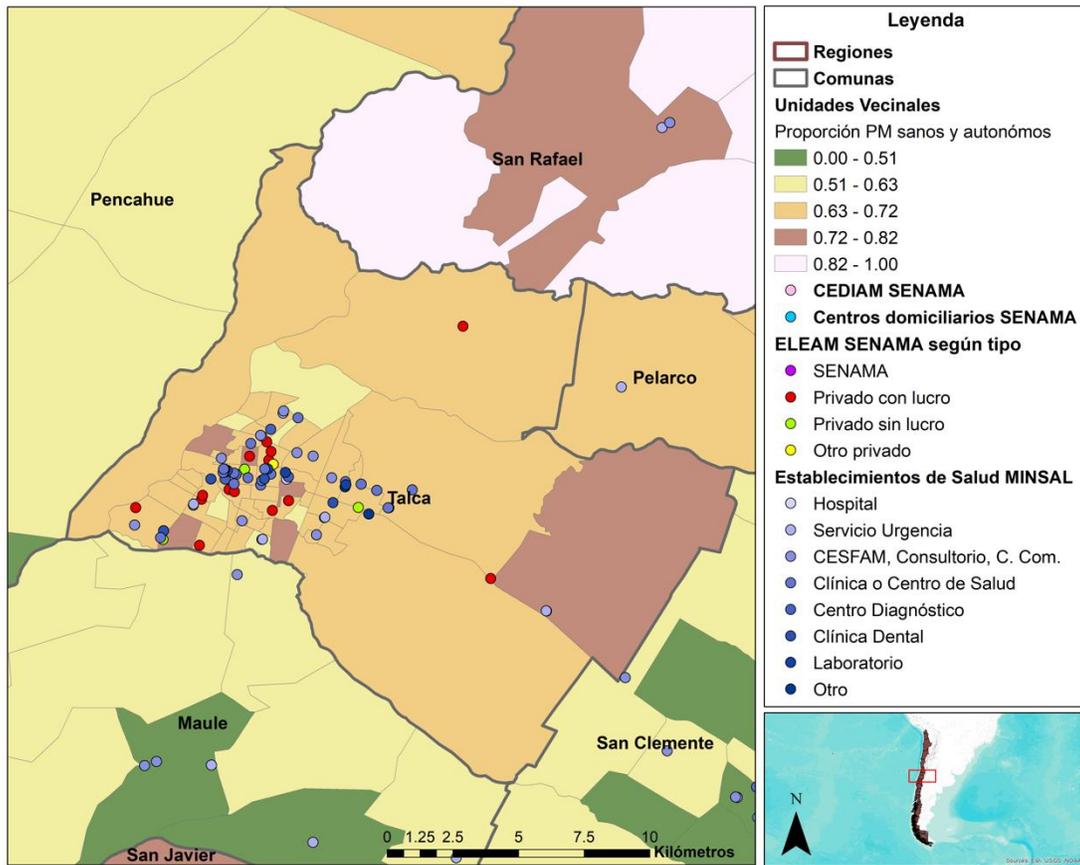
Ilustración 113: Dependencia y distribución de servicios en la Región del Maule (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Talca**

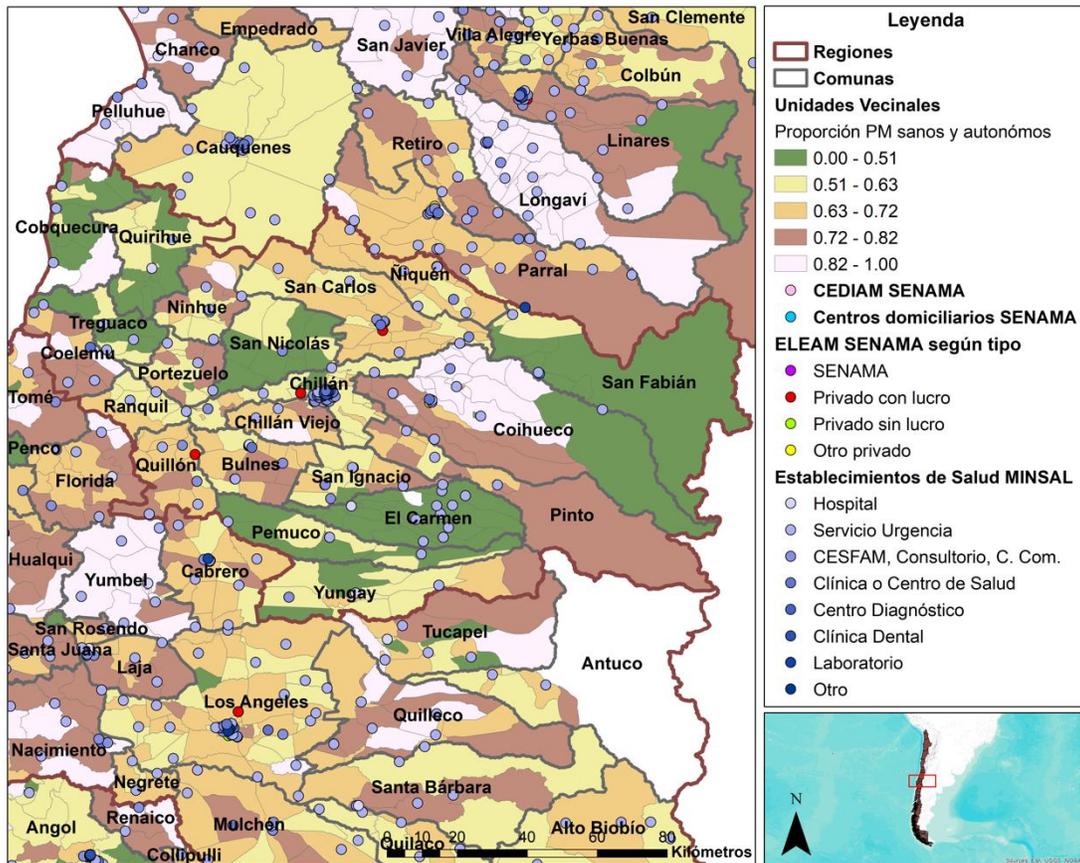
Ilustración 114: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Talca (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Ñuble**

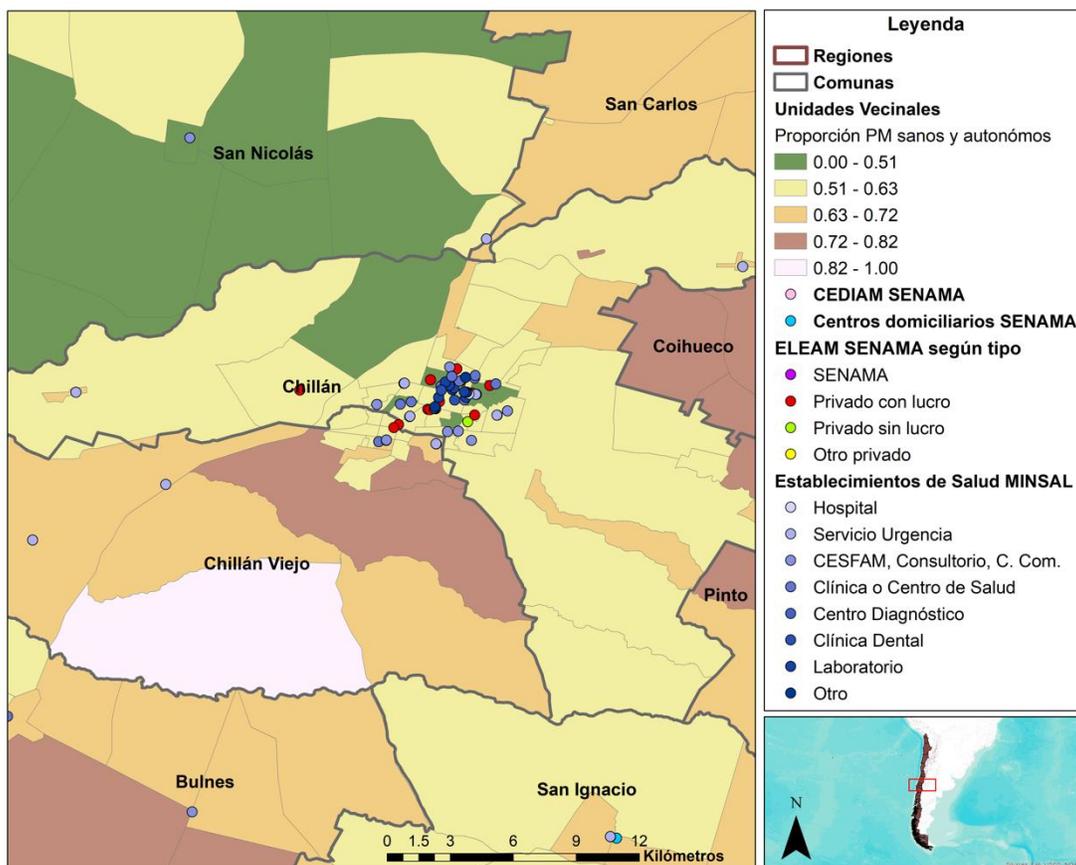
Ilustración 115: Dependencia y distribución de servicios en la Región del Ñuble (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Chillán**

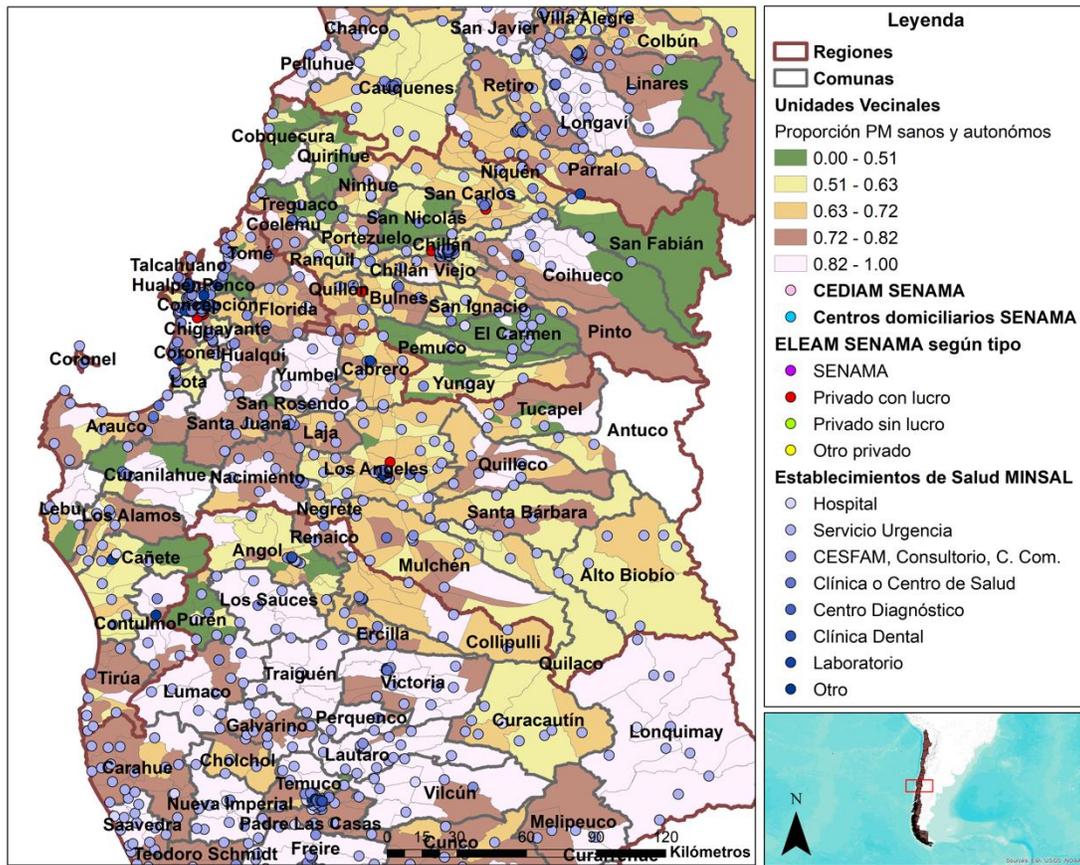
Ilustración 116: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Chillán (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Biobío**

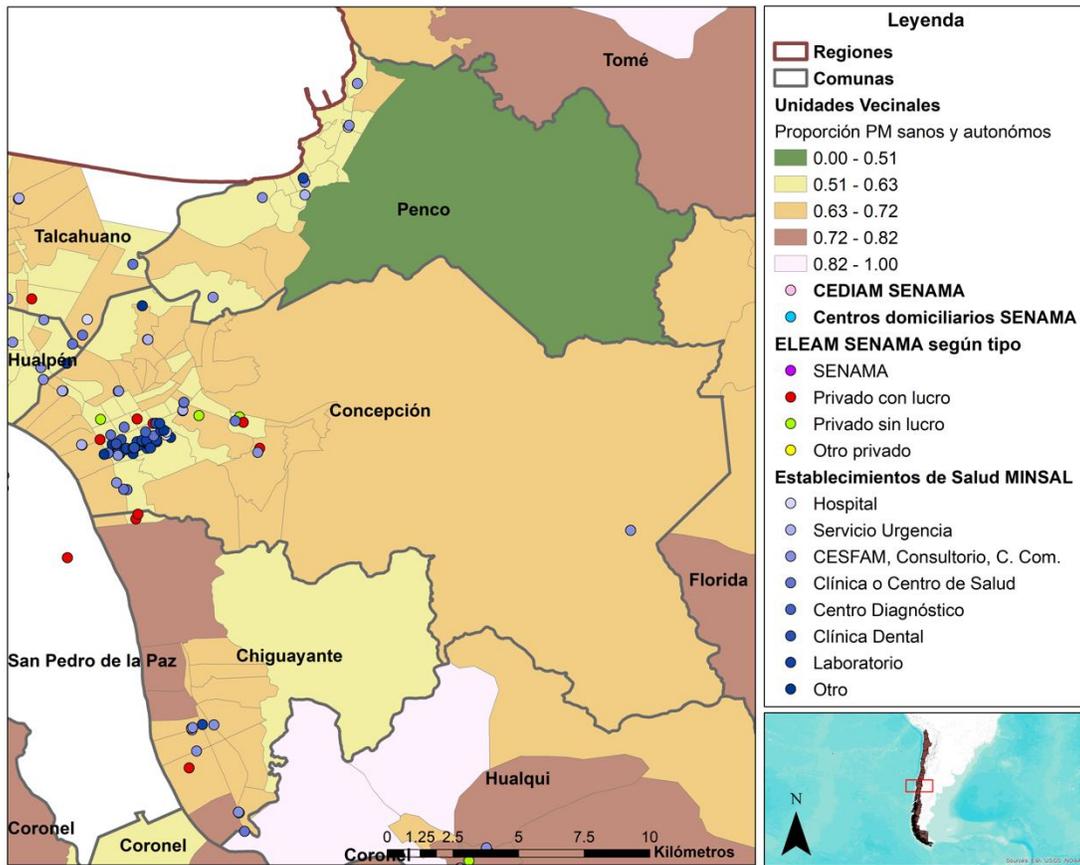
Ilustración 117: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Biobío (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Concepción**

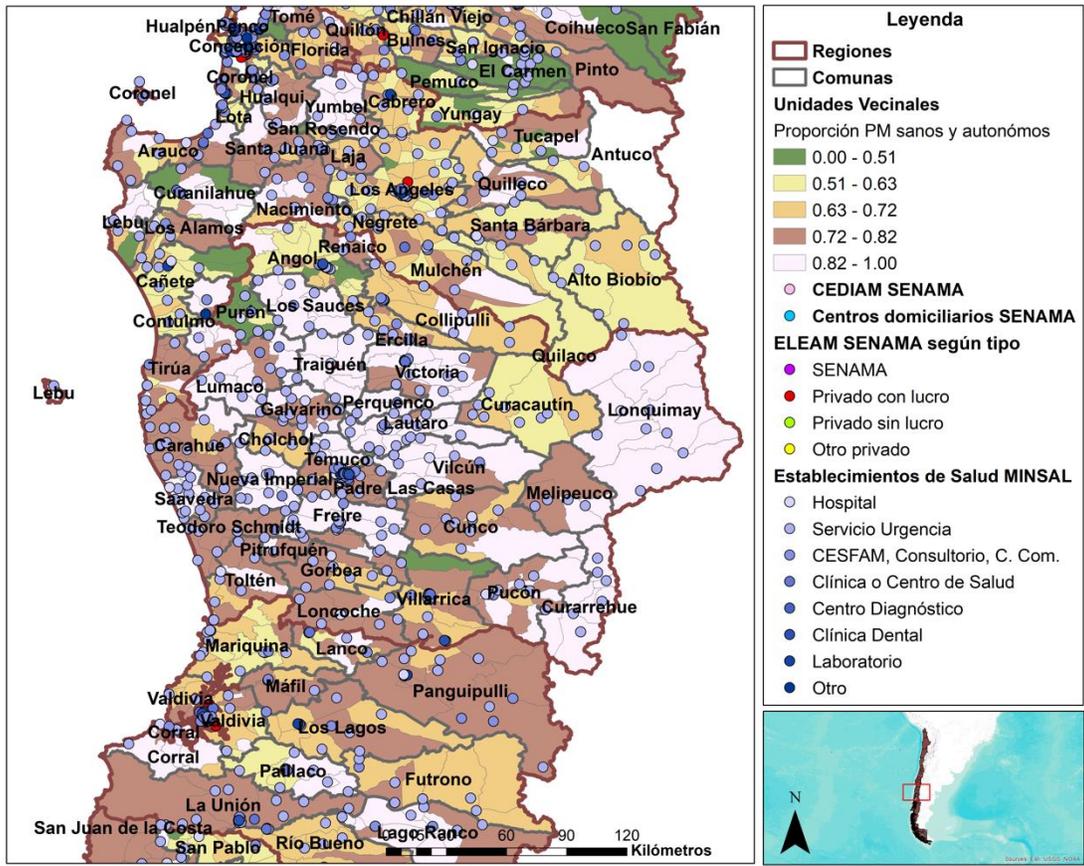
Ilustración 118: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Concepción (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de La Araucanía**

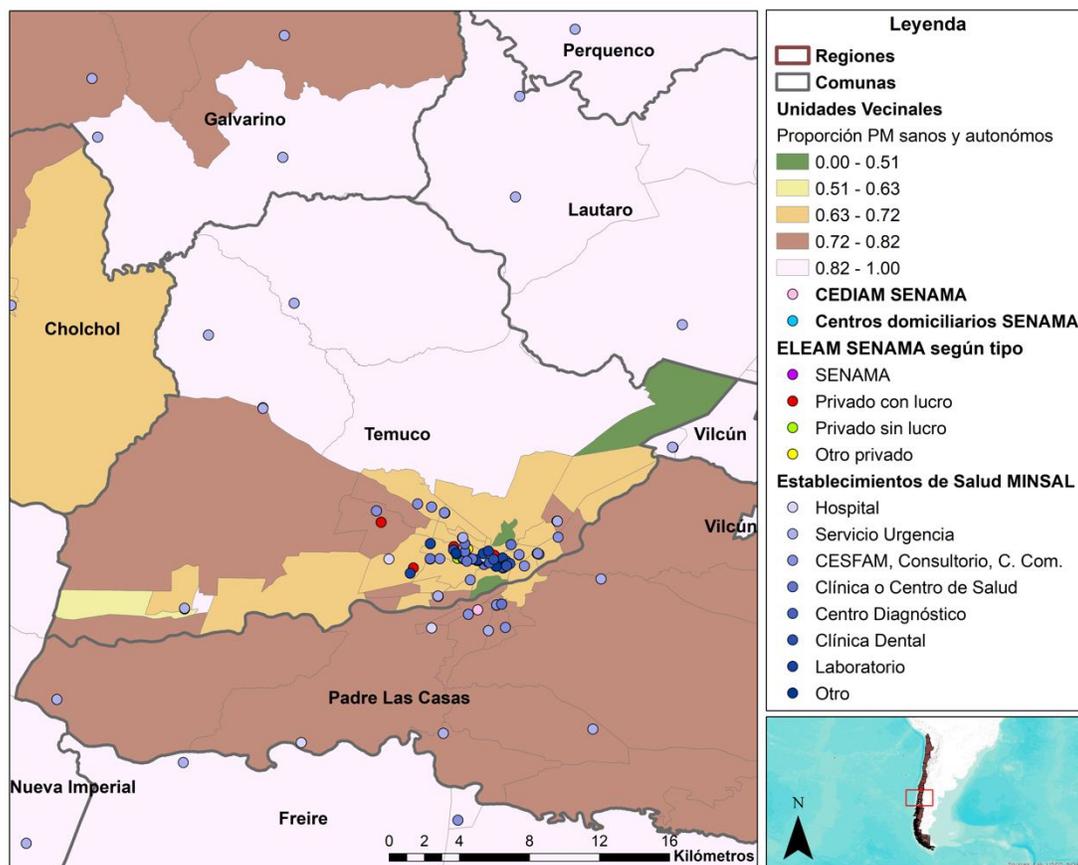
Ilustración 119: Dependencia y distribución de servicios en la Región de La Araucanía (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Temuco**

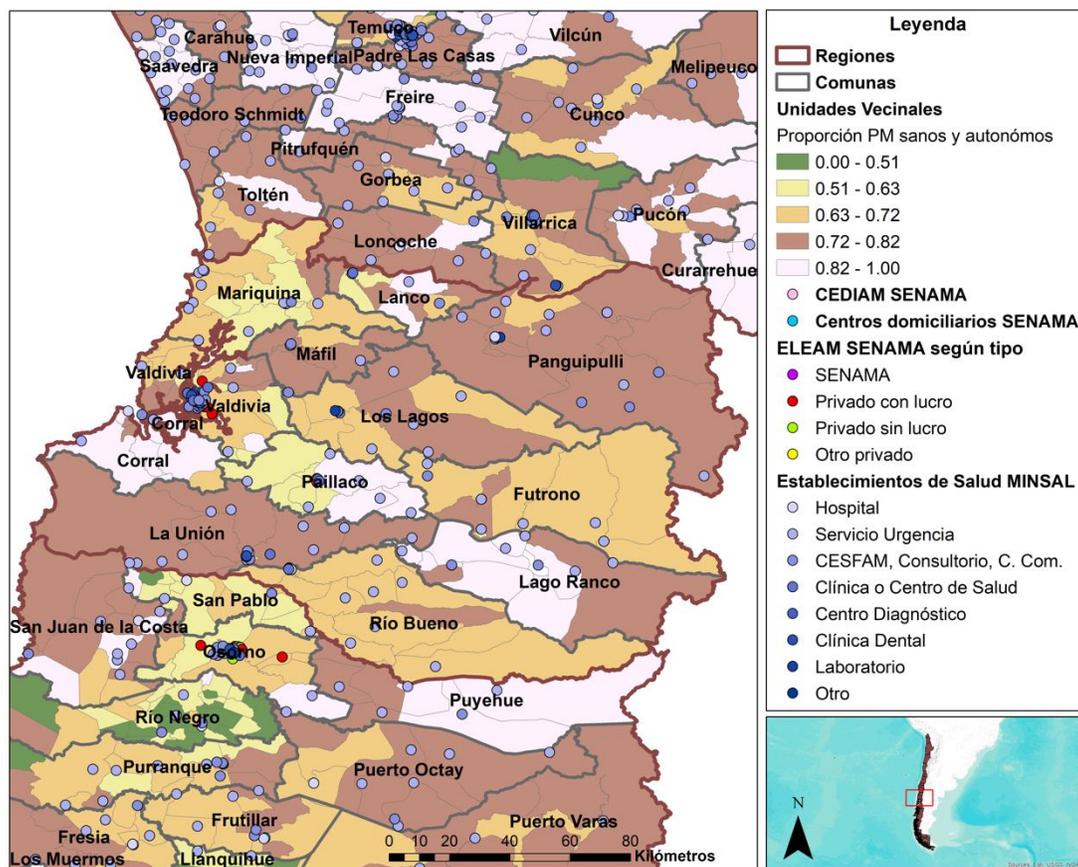
Ilustración 120: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Temuco (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Los Ríos**

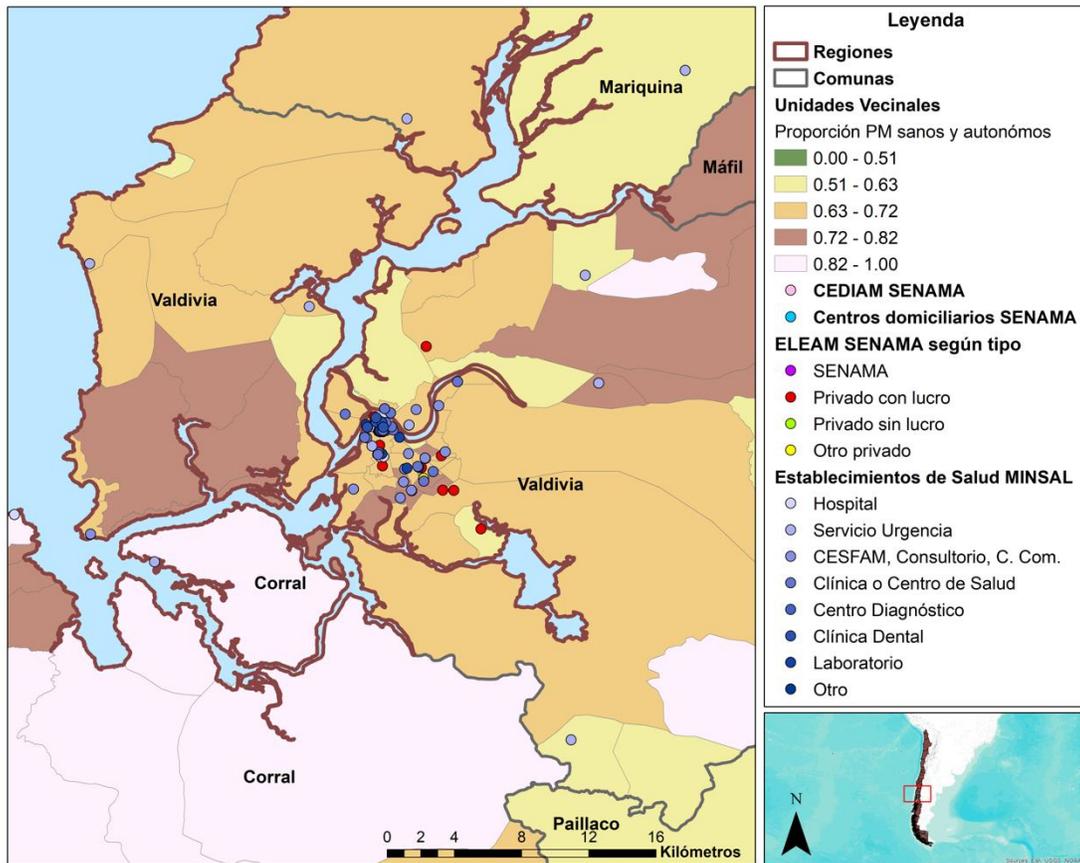
Ilustración 121: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Los Ríos (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Valdivia**

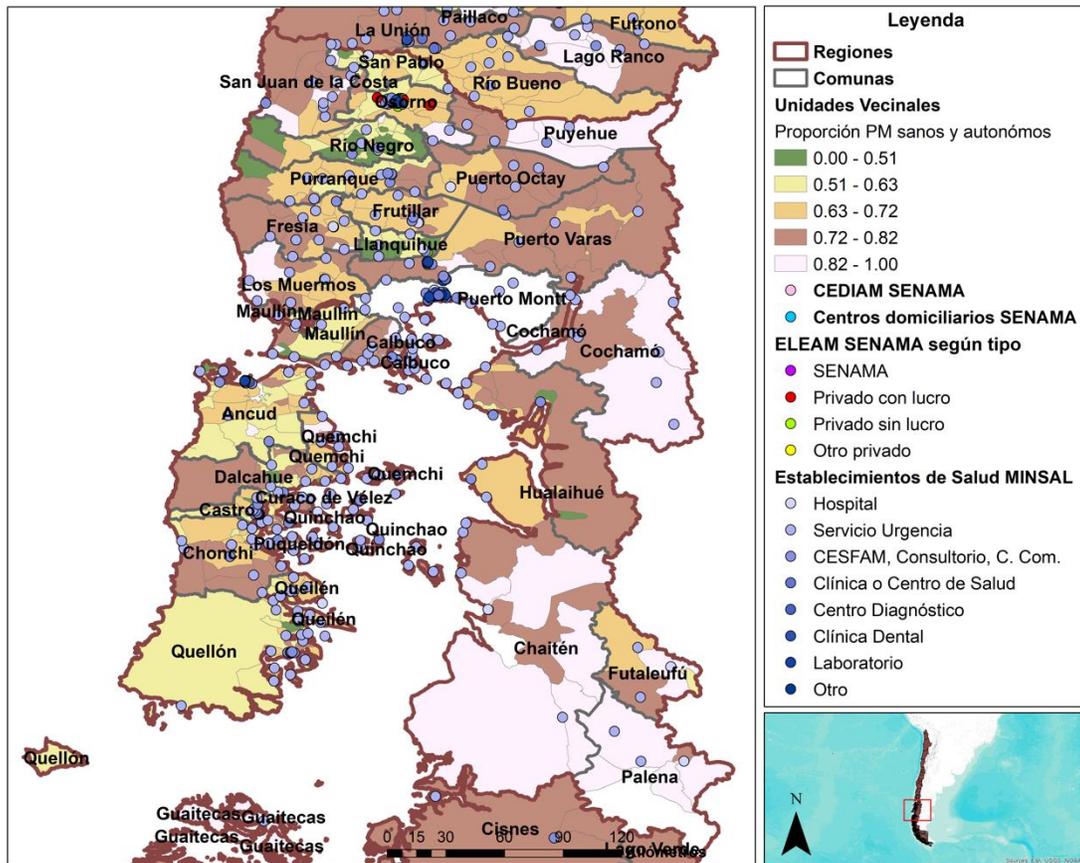
Ilustración 122: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Valdivia (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Los Lagos**

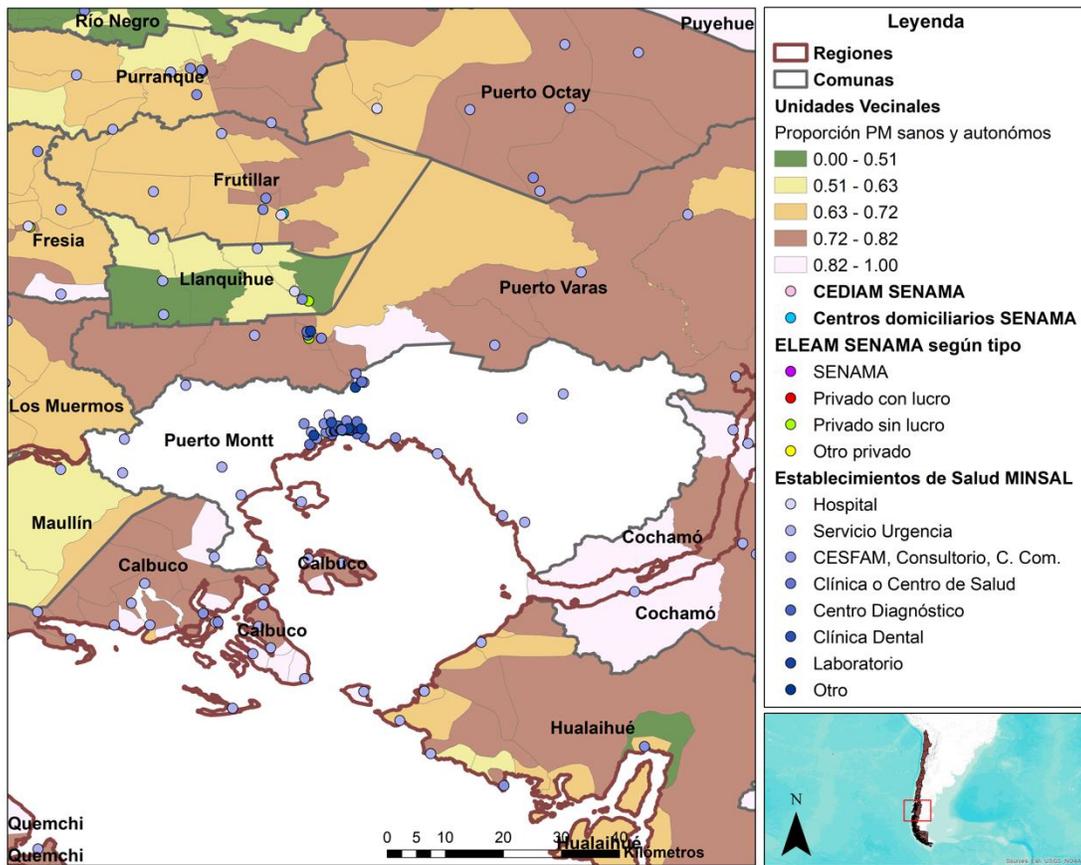
Ilustración 123: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Los Lagos (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Puerto Montt**

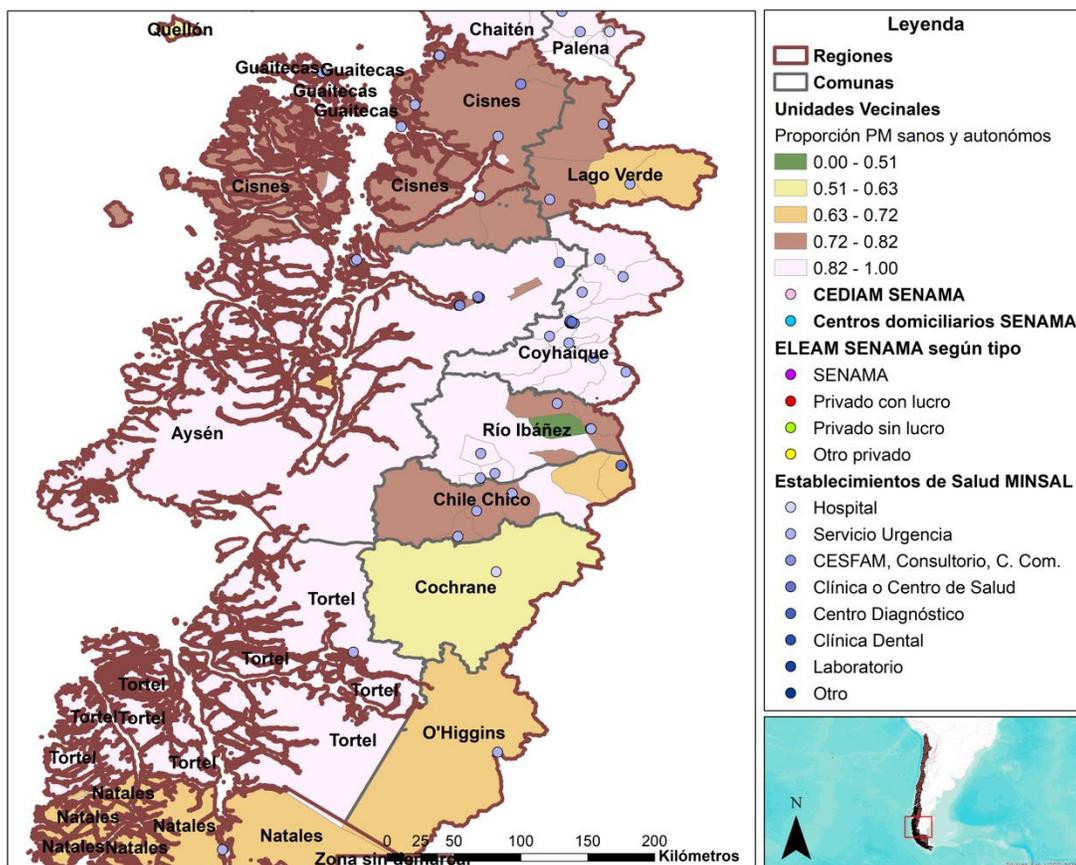
Ilustración 124: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Puerto Montt (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Aysén**

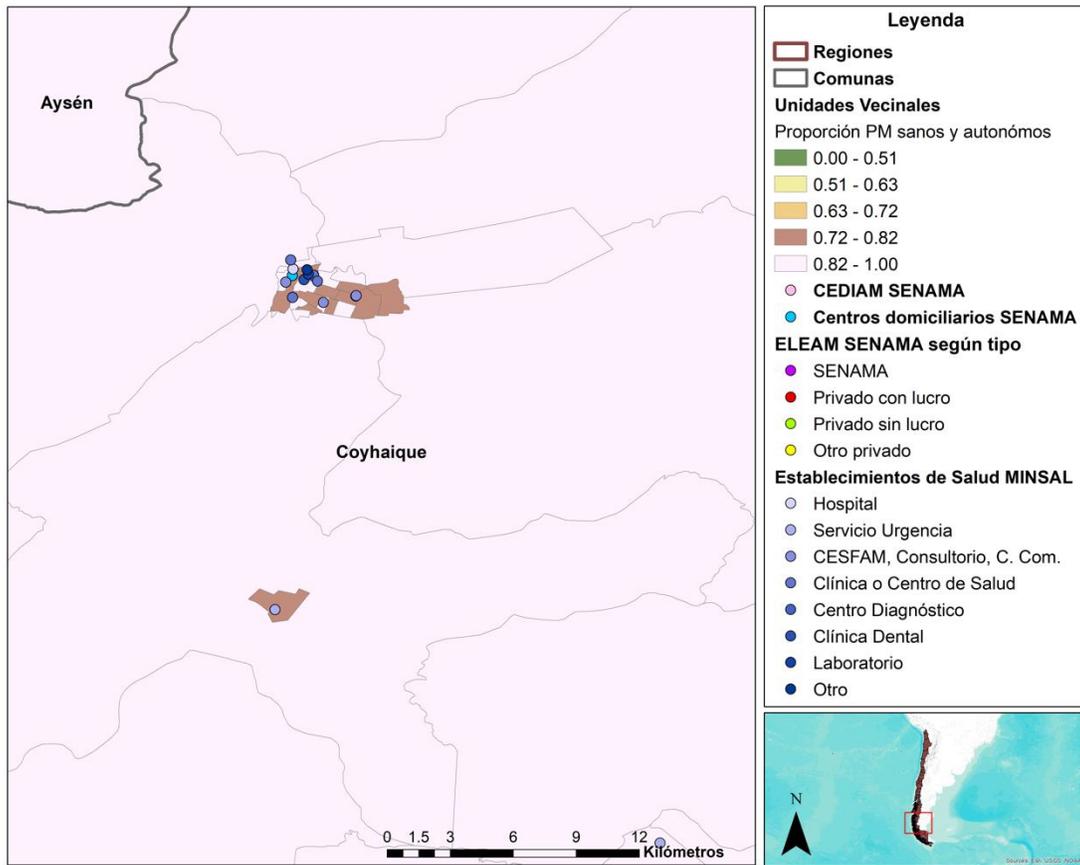
Ilustración 125: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Aysén (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Coyhaique**

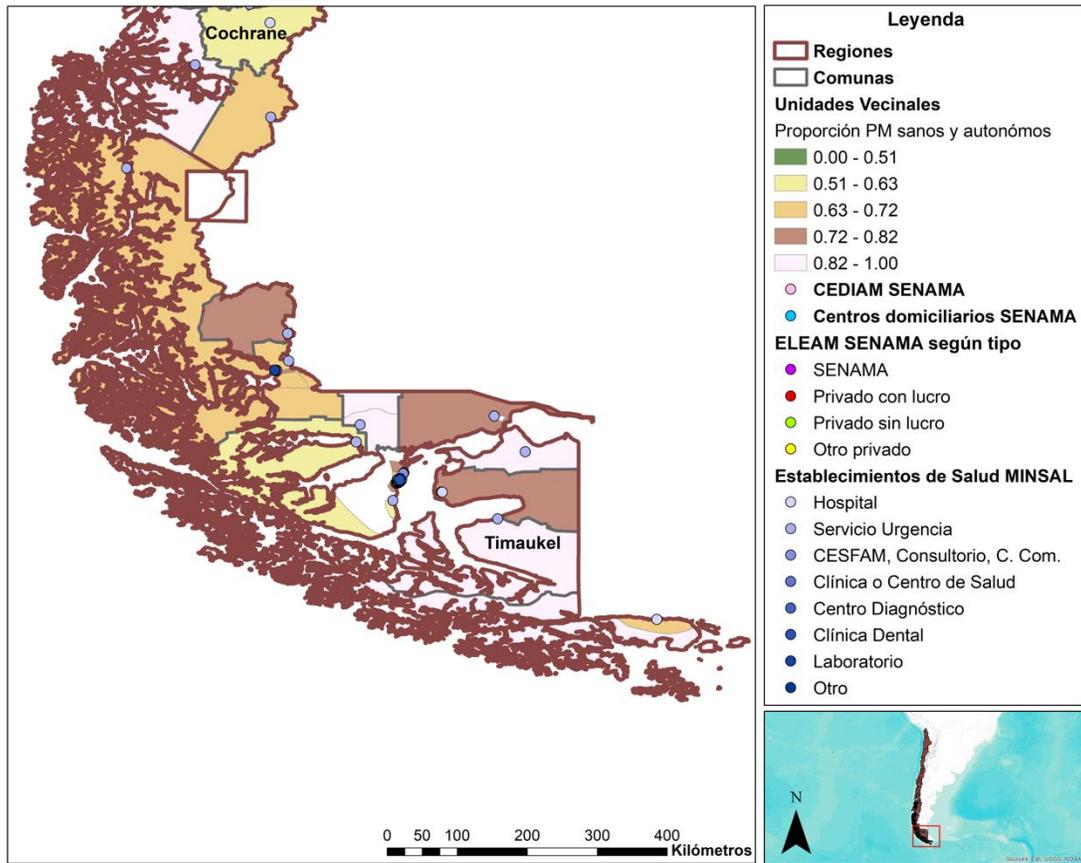
Ilustración 126: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Coyhaique (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Región de Magallanes y Antártica**

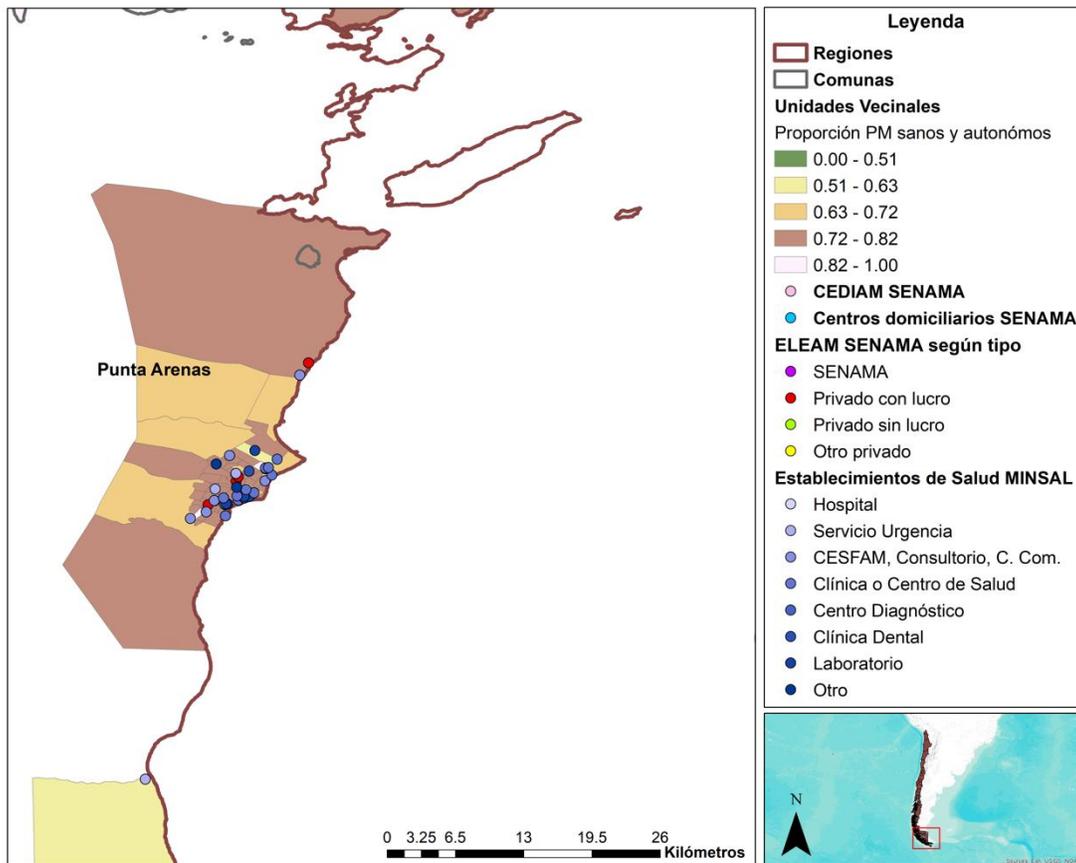
Ilustración 127: Dependencia y distribución de servicios en la Región de Magallanes y Antártica (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).

- **Capital regional: Punta Arenas**

Ilustración 128: Dependencia y distribución de servicios en la ciudad de Punta Arenas (2022)



Fuente: Elaboración propia a partir de cartografía UV, Registro Social de Hogares y registro SENAMA y MINSAL (2022).