

POLICY BRIEF

CORRESPONSABILIDAD COMUNITARIA EN LOS CUIDADOS:

Evidencia desde los Centros
Comunitarios de
Cuidados “Chile Cuida”

AUTORAS/ES

Antonia Asenjo |

Camilo Sembler |



Fuente: Patricia Retamal

“Iniciativas para fortalecer las políticas de cuidado en América Latina y el Caribe”

Corresponsabilidad comunitaria en los cuidados: evidencia desde los Centros Comunitarios de Cuidados “Chile Cuida” ¹

Antonia Asenjo | Camilo Sembler

1. Introducción

El trabajo de cuidados constituye una actividad económica fundamental. En Chile, un estudio reciente estima que el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado equivale al 19,2% del PIB ampliado en 2023, convirtiéndolo en el mayor sector económico del país (Comunidad Mujer y Ministerio de Hacienda, 2025). Esta cifra no solo revela la significancia económica de los cuidados, sino también la profundidad de una desigualdad estructural. Las mujeres aportan el 65% de ese valor, dedicando en promedio casi 5 horas diarias a las labores de cuidado, en comparación con menos de 3 horas que dedican los hombres (INE, 2025). Esta desigualdad tiene consecuencias directas sobre el bienestar, la salud y las oportunidades de desarrollo profesional de quienes cuidan. Más del 32% de las personas cuidadoras experimenta una sobrecarga intensa, con efectos graves sobre su salud mental y física (Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, 2025). La feminización del trabajo de cuidado se traduce a su vez, en desventajas concretas para la inserción laboral de las mujeres: del total de personas inactivas por razones familiares permanentes, el 94,8% son mujeres (Subsecretaría del Trabajo, 2024b), con una tasa de participación laboral femenina que en 2024 alcanzó el 51,9%, frente al 70,7% masculino (Subsecretaría del Trabajo, 2024a). Esta brecha se expresa también en las condiciones laborales a las que acceden quienes sí participan en el mercado laboral. Las mujeres se concentran desproporcionadamente en sectores de menor remuneración, con una mayor proporción de empleo informal, y ganan en promedio un 25% menos que los hombres (INE, 2024). En este contexto, avanzar hacia una organización más justa del cuidado, que entienda el cuidado como una responsabilidad compartida entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad, es una condición fundamental para la equidad de género y el desarrollo sostenible del país.

En Chile, se ha avanzado en el reconocimiento, redistribución y reducción del trabajo de cuidados de manera progresiva. La implementación de la Credencial de la Persona Cuidadora, la expansión de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC), y más reciente, la aprobación unánime en enero de 2026 de la Ley que crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), que establece el cuidado como un derecho social y cuarto pilar de la protección social, representan pasos concretos en esa dirección.

Los Centros Comunitarios de Cuidados (CCC) constituyen una de las principales infraestructuras territoriales del SNAC, implementados desde finales de 2024. A diferencia de intervenciones anteriores centradas en las personas que reciben cuidados, los CCC sitúan a las personas cuidadoras no remuneradas en el centro de la intervención, con el objetivo de promover su bienestar, facilitar acceso a servicios y fomentar formas de corresponsabilidad comunitaria. En este sentido, su población objetivo son las y los cuidadores de personas con dependencia funcional y/o niños, niñas, adolescentes que residen en las comunas en que se implemen-

¹ Este documento ha sido elaborado en el marco del proyecto Iniciativas para fortalecer las políticas de Cuidado en América Latina y el Caribe, liderado por el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), en colaboración con La Alianza Global por los Cuidados (GAC), el Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), la Fundación Ford y con el financiamiento del Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo (IDRC). Más información en <https://sites.google.com/view/careeconomylaac/proyecto>.

tan los CCC.² Su modelo de gobernanza representa una innovación en la política social chilena, al situar la participación de las comunidades y la adaptación a las condiciones de cada territorio como componentes centrales. A principios del año 2026, se habían inaugurado 62 centros a nivel nacional.

Este policy brief presenta los principales hallazgos de un estudio realizado durante el año 2025 que buscó identificar las condiciones que favorecen u obstaculizan la corresponsabilidad comunitaria en los Centros Comunitarios de Cuidado en cuatro contextos territoriales. La investigación fue conducida por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, en colaboración activa con la Subsecretaría de Servicios Sociales del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, y la Fundación Kuidadores CAM y la Asociación Yo Cuido, en representación de las organizaciones de personas cuidadoras. Los resultados muestran logros sustantivos en bienestar emocional, reducción del aislamiento y reconocimiento del trabajo de cuidados, mientras que la corresponsabilidad comunitaria permanece aún incipiente y depende de condiciones territoriales que el programa no siempre puede garantizar.

2. Descripción del estudio y metodología

El estudio buscó identificar, a través de un enfoque de Investigación Acción Participativa (IAP), cómo se promueve la corresponsabilidad comunitaria en la implementación territorial de los CCC en cuatro contextos socioterritoriales: un entorno urbano de alta densidad poblacional (Cerro Navia), una zona rural con marcado envejecimiento poblacional (Monte Patria), una ciudad fronteriza con alta presencia de población migrante (Arica) y un territorio rural con presencia significativa de población indígena mapuche (Puerto Saavedra). Esta selección respondió a un criterio de máxima variación territorial, con el propósito de capturar la heterogeneidad de contextos en que opera el programa. Los objetivos específicos abordaron las dimensiones territoriales, institucionales y participativas de este proceso: describir la influencia de las dinámicas socioterritoriales en la corresponsabilidad comunitaria; analizar los factores normativos e institucionales que inciden en su promoción; proponer ajustes a la estrategia de intervención;

y co-diseñar, junto a organizaciones de cuidadoras, planes de acción comunitaria con enfoque de género e interseccional.

El estudio adoptó un enfoque metodológico mixto con predominio cualitativo, sustentado en una estrategia de investigación participativa. La recolección de información se organizó en tres momentos: una fase de diagnóstico territorial y revisión de literatura; una fase de recolección de información primaria en los cuatro CCC; y una fase de análisis e interpretación colaborativa.

Los instrumentos utilizados fueron entrevistas en profundidad (n=67), dirigidas a personas cuidadoras, equipos territoriales, integrantes de mesas comunitarias y representantes de organizaciones locales; una encuesta aplicada a personas cuidadoras usuarias de los centros (n=62); talleres participativos basados en cartografía social realizados en tres de los cuatro territorios; y notas de campo producto de visitas presenciales de entre tres y cuatro días a cada centro. El diseño metodológico fue co-construido con la mesa de trabajo interinstitucional, que

participó activamente en la definición de dimensiones analíticas, el desarrollo de instrumentos y la validación de resultados.

El estudio priorizó la comprensión de experiencias por sobre la búsqueda de resultados representativos o generalizables, en línea con la etapa temprana de implementación del programa. Los resultados deben entenderse, por tanto, como evidencia situada en los cuatro centros estudiados que, si bien puede arrojar luces sobre patrones más generales, no son necesariamente representativos de la totalidad de los centros del programa.

3. Principales Hallazgos

A partir del análisis de la evidencia recolectada, proponemos una lectura del programa en dos etapas: una primera, orientada a consolidar el bienestar de las cuidadoras y las redes de apoyo al interior de los centros; y una segunda, de mayor plazo, orientada a construir capital social comunitario y fortalecer los vínculos entre los CCC y el tejido organizacional de los territorios. Esta dis-

² Para identificar a la población objetivo se estima la presencia de una persona cuidadora no remunerada en aquellos hogares de dos o más personas que cuenten con al menos personas con dependencia funcional leve, moderada o severa y/o un niño, niña o adolescente (hasta los 14 años) en las comunas con un centro (1.901.791 personas para el año 2025).

tinción es relevante porque permite situar los logros actuales del programa en su justa dimensión, sin sobredimensionar avances que aún son incipientes ni subestimar transformaciones que requieren condiciones y tiempos distintos. Avanzar hacia la segunda etapa exige condiciones materiales concretas. Sin servicios de relevo efectivos y apoyos institucionales concretos, solicitar la participación comunitaria de las personas cuidadoras puede convertirse en una responsabilidad adicional sobre quienes ya sostienen el cuidado.

Caracterización de las personas cuidadoras

El 93,5% de las personas encuestadas se identifica como mujer (n=62), confirmando la feminización estructural de los cuidados. Si bien el programa está orientado a personas cuidadoras con distintas necesidades y perfiles de cuidado, la mayoría de los participantes cuida a tiempo completo a personas con dependencia funcional severa, principalmente hijos e hijas, pero también madres, padres o parejas, en condiciones de alta vulnerabilidad económica, sobrecarga y soledad. La falta de tiempo, más que una elección, es una consecuencia directa de las exigencias del cuidado, que hace imposible sostener empleos continuos. La responsabilidad de los cuidados recae, además, de manera desigual dentro de las propias familias. El trabajo de cuidados se concentra exclusivamente en ellas, aun cuando existan otros familiares. Se trata de un grupo históricamente invisibilizado en la política pública, sin espacios de socialización, ni de comunidad, pese a que el cuidado es una experiencia que atraviesa a la gran mayoría de las personas

en algún momento de su vida.

“Yo no sé cómo sobrevivo. Yo antes vendía al frente de una feria que se desarmó, tenía un puesto. Igual me desvincularon de la feria por lo mismo, por las constantes faltas y perdí mi fuente laboral por el diagnóstico de mi hija” (Cuidadora).

“Estuve un año con la (su hija) en el hospital. Un año yendo todos los días al hospital (...) Yo perdí todo, todo, todo.” (Cuidadora).

“Como cuidadora una vive aislada, es un tema. Vive, y nada, vive sola sin ayuda.” (Cuidadora).

Bienestar subjetivo, salud mental y reducción del aislamiento

Los CCC muestran un impacto positivo y consistente en el bienestar subjetivo de las personas cuidadoras, expresado en dos dimensiones relacionadas pero diferentes. La primera es el acceso a salud mental y el autocuidado. Las entrevistas revelan que la atención psicológica individual y los espacios grupales de terapia constituyen el componente más valorado del programa. Para la mayoría de las personas cuidadoras, es la primera vez que acceden a terapia y que identifican su propia salud mental como una prioridad. Esto es especialmente relevante en territorios con escasa oferta de salud mental, donde el centro se convierte en el único espacio de atención psicológica accesible. El 88% de las personas encuestadas declara que su participación mejoró su ánimo y salud mental (n=62). Las entrevistas revelan además un impacto físico del cuidado continuo, la higiene, movilidad y atención permanente de personas con dependencia severa genera lesiones físicas y agotamiento en cuidadoras que realizan estas tareas sin formación técnica. El centro ofrece un

espacio para identificar estas consecuencias físicas que se derivan del trabajo de cuidados, y busca entregar herramientas para capacitar y ayudar a las personas cuidadoras a realizar estas tareas. Así, el bienestar subjetivo no se expresa únicamente como una mejora individual, sino como un proceso colectivo que se activa cuando existen apoyos institucionales que reconocen, sostienen y reducen, aunque sea temporalmente, la carga del trabajo de cuidado.

“Lloré entonces con la psicóloga, muy acertadamente me dio sus consejos, su terapia y me ayudó mucho, mucho, sí, muchísimo” (Cuidadora).

“Antes de llegar acá, una estaba como en un pozo profundo (...) [ha sido] una experiencia súper enriquecedora, tanto intelectual como emocional. Nos contienen, cuando estamos tristes, nos ayudan.” (Cuidadora).

La segunda dimensión es la reducción del aislamiento. Las personas cuidadoras describen una vida marcada por la soledad y la falta de tiempo para sí mismas, donde el autocuidado queda relegado, y muchas abandonan sus propios controles médicos o tratamientos por no tener con quién dejar a la persona que cuidan. El centro ofrece un espacio de alivio emocional donde las angustias asociadas al cuidado, incluyendo el agotamiento, el miedo, la soledad, dejan de sentirse exclusivas al compartirse con otras cuidadoras que viven situaciones similares, lo que permite resignificar el cuidado como un trabajo con impactos reales en la salud, y no solo como una obligación familiar naturalizada. El 80,6% declara sentirse más acompañada en sus tareas de cuidado, y el 83,9% se siente parte de su comunidad al parti-

cipar en el centro (n=62). En este sentido, describen haber encontrado un “respiro” a sus tareas de cuidado, en especial a través de la posibilidad ofrecida por el Centro de conocer y conversar con otras personas que viven experiencias cotidianas similares.

“La labor de la cuidadora es muy fuerte, muy pesada emocionalmente, psicológicamente, físicamente. Hay momentos que ellas colapsan, colapsan (...) Estaban tan solas en su metro cuadrado, en sus cuatro paredes, que pensaban que eso era todo” (Equipo territorial).

“Siempre están pendientes de nosotros, los talleres, tanto psicológicos como manuales, que para mí todo es terapia. Todo lo que hay es terapia. Lo positivo es el conocer gente que habla en tu misma sintonía. Eso es muy bonito.” (Cuidadora).

Es importante precisar, no obstante, que estos cambios ocurren principalmente en el plano emocional y relacional, lo que se podría considerar como una primera etapa hacia generar personas con mayor agencia y que pueden demandar cambios, pero no implican necesariamente transformaciones en las condiciones estructurales que generan la sobrecarga.

Redes, vínculos y asociatividad

Los CCC generan lazos de confianza y amistad entre las personas cuidadoras que, para muchas, constituyen su primer vínculo sostenido con otras personas en situación similar. La presencia de profesionales empáticas, como psicólogas y monitoras, también ha permitido establecer lazos de confianza con los equipos territoriales, generando un espacio propicio para la interacción. A través de la asistencia regular a un espacio común, con rutinas com-

partidas, las personas cuidadoras logran conocerse, acompañarse y construir redes de apoyo mutuo. Esta dinámica de encuentro cotidiano sienta las bases para la asociatividad. El centro se convierte en un espacio donde las cuidadoras identifican necesidades comunes, fortalecen su voz colectiva y desarrollan una incipiente capacidad de acción conjunta. El 77,4% declara haber conocido mejor a sus vecinos y hecho amistades, y el 67,7% encontró formas concretas de ayudar en su barrio (encuesta, n=62). En zonas rurales, donde el acceso a la oferta institucional es más limitado, estos vínculos entre cuidadoras adquieren una dimensión aún más relevante como soporte ante la ausencia de servicios.

“Entonces no había esa red de apoyo, entonces era complejo para mí. Pero estaban ellas, estaba el Centro” (Cuidadora).

“Compartimos las mismas situaciones... nos aconsejamos unos a otros y eso nos libera” (Cuidadora).

Reconocimiento

Una de las dimensiones más transformadoras de la experiencia en los CCC es el reconocimiento del trabajo de cuidados como una labor con valor social, económico y humano. Para la mayoría de las personas cuidadoras, el centro constituye el primer espacio donde su labor diaria es nombrada colectivamente como trabajo, validada en sus múltiples dimensiones y complejidades, incluyendo su dimensión física, emocional y relacional, y tratada como una responsabilidad que debería ser compartida y no exclusivamente familiar y femenina. Este proceso de reconocimiento no es solo simbólico, al nombrarse

como cuidadoras e identificar su experiencia como parte de una condición colectiva más amplia, las participantes desarrollan mayor autoestima y agencia, lo que se traduce en una disposición creciente a exigir apoyo, establecer límites y demandar mejores condiciones tanto en el hogar como frente a las instituciones. En este sentido, el reconocimiento constituye una condición necesaria para avanzar hacia formas más efectivas de corresponsabilidad.

“Aquí nos han enseñado que nosotras tenemos que estar bien... hemos aprendido a valorarnos primero para poder cuidar” (Cuidadora).

“Ellas ya logran visualizarse con que este rol es un rol que la sociedad valora. Entonces se sienten valoradas en esto” (Equipo territorial).

Formas incipientes de corresponsabilidad

La participación en los CCC genera formas incipientes de corresponsabilidad, expresadas en dos dimensiones. La primera ocurre al interior del hogar, donde el autocuidado y el reconocimiento generan una disposición a delegar tareas y establecer límites con otros miembros de la familia. Los cambios reportados son puntuales y no implican una transformación estructural de la división sexual del trabajo, pero sugieren un potencial redistributivo relevante en contextos donde el cuidado ha sido históricamente asumido como responsabilidad exclusivamente femenina.

Igual hablé varias veces con él (su hermano), lloraba y tenía rabia con mi mamá (a quien cuida). Pero él me escuchaba no más y no hacía nada más. Y ahí fue cuando en una de las terapias me hablaron del tema de delegar rol” (Cuidadora).

“Yo anoche terminé de hacer una cartulina donde puse las tareas que tienen que cumplir cada uno todos los días, en la semana (...) Dije ya, una manera de que quede todo clarito acá. Así que ayer terminé de ahí de pegar en la pizarra el papel con las tareas” (Cuidadora).

“Aquí los dos somos papás, también te toca ser parte de este cuento.” (Cuidadora).

La segunda dimensión apunta hacia una corresponsabilidad social más justa, donde el cuidado deja de ser una responsabilidad exclusivamente familiar para ser también compartida y asumida por la comunidad y el Estado. Los CCC contribuyen a este proceso a través de la articulación interinstitucional: al identificar demandas comunes entre las personas cuidadoras y mediar entre ellas y los servicios públicos locales, el centro logra que la oferta local se adapte a las necesidades de quienes cuidan y de las personas bajo su cuidado. En Arica, por ejemplo, se gestionó una extensión de horario en el CESFAM para personas cuidadoras acreditadas, reconociendo institucionalmente sus restricciones de tiempo. A esto se suma la coordinación de operativos de salud y talleres de estimulación física para personas dependientes, realizados por profesionales del sistema de salud comunal. Estos avances son aún fragmentados y dependen en gran medida de la iniciativa de los equipos territoriales, pero ilustran cómo el programa puede reducir brechas de acceso y contribuir a una redistribución del cuidado desde las familias hacia las instituciones públicas.

En este sentido, el estudio permite sostener que los CCC son efectivos en mejorar el bienestar emocional y relacional de las cuidadoras. Su aporte en alivio emocional, reconocimiento y re-

ducción del aislamiento es consistente en los cuatro territorios. Su contribución a la redistribución del trabajo de cuidados, especialmente a nivel comunitario, es aún incipiente y depende de condiciones materiales y sociales que el propio estudio identifica.

De esta forma, la promoción de la corresponsabilidad comunitaria está condicionada por factores que operan en distintos niveles. A nivel individual, la sobrecarga de cuidados y la falta de tiempo disponible limitan la participación sostenida de las personas cuidadoras, especialmente en casos de dependencia severa. A nivel territorial, el aislamiento geográfico y la escasez de transporte público constituyen las principales barreras en zonas rurales, mientras que en contextos urbanos son la inseguridad y el deterioro del espacio público los que condicionan la asistencia. A nivel institucional, la estabilidad de los equipos territoriales emerge como un factor habilitante central. En los centros en que los equipos han mantenido continuidad, se observa una mayor confianza con las personas cuidadoras y procesos comunitarios más consolidados con organizaciones vecinales. La rotación de profesionales, en cambio, fragmenta estos procesos. La articulación con servicios públicos locales, como por ejemplo el CESFAM y la RLAC amplía el alcance comunitario de los centros cuando es fluida, y lo restringe cuando es débil. Finalmente, persisten factores sociales y culturales de carácter más estructural. Las normas familistas y la fuerte feminización del cuidado limitan las expectativas de que este pueda ser compartido con actores comunitarios, y la densidad del tejido organizativo local, que varía significativamente entre territorios, condiciona las bases sobre las cuales puede construirse la corresponsabilidad.

4. Recomendaciones de política

Las siguientes recomendaciones emergen del análisis de entrevistas, encuestas y talleres participativos realizados en los cuatro territorios, y fueron elaboradas de manera colaborativa con las organizaciones sociales de personas cuidadoras y representantes del Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Dada la heterogeneidad territorial identificada en el estudio, estas recomendaciones deben entenderse como orientaciones generales, que requieren ser adaptadas según las condiciones específicas de cada contexto de implementación. Esto va en línea con las orientaciones técnicas y el modelo de gobernanza del programa, que entienden la participación de la comunidad y de los equipos territoriales en la toma de decisiones como una vía para adaptarse a las condiciones locales.

Avanzar en el reconocimiento de las personas cuidadoras como población objetivo de la política pública. Los CCC responden a necesidades sociales concretas vinculadas a la salud mental, la sobrecarga, y el aislamiento que son estructurales a la organización del cuidado en Chile. Los resultados sugieren que contar con un espacio programático dirigido específicamente a las personas cuidadoras, con apoyo psicológico individual y grupal y condiciones para la generación de redes entre cuidadoras, constituye una condición necesaria para su bienestar y una base para el desarrollo de agencia colectiva y la capacidad de articular demandas hacia las instituciones. Este reconocimiento implica también garantizar condiciones materiales que hagan posible su participación en los centros. Proteger lo ya instalado como un piso mínimo de derechos de las personas

cuidadoras no es solo una cuestión de equidad, sino una condición para avanzar hacia formas más efectivas de corresponsabilidad social del cuidado.

Incorporar una lógica de intervención secuenciada y territorializada. Los resultados identifican que los CCC operan en contextos socio-territoriales distintos, con perfiles de cuidadoras, tejidos comunitarios y capacidades institucionales heterogéneas que configuran oportunidades y limitaciones diferenciadas para la promoción de la corresponsabilidad comunitaria. En este sentido, el programa requiere una lógica de intervención en dos etapas: una primera orientada al bienestar y las redes al interior de los centros, y una segunda de mayor plazo orientada a la corresponsabilidad comunitaria. La heterogeneidad territorial exige la diferenciación de objetivos, expectativas e indicadores de acuerdo a las condiciones locales.

Fortalecer la articulación interinstitucional como mecanismo de corresponsabilidad social. Los resultados ilustran que los CCC tienen potencial para actuar como espacios de articulación entre las necesidades de las personas cuidadoras y la oferta pública local, con resultados concretos como la extensión de horarios en servicios de salud y la coordinación de operativos en los territorios. Formalizar y sistematizar estos mecanismos de articulación con servicios de salud, educación y protección social es una vía concreta para que la oferta pública se adapte a las necesidades de quienes cuidan y de

las personas bajo su cuidado.

Garantizar la continuidad institucional y la estabilidad de los equipos territoriales. La evidencia sugiere que la construcción de confianza entre los equipos territoriales y las personas cuidadoras es una condición fundamental para el funcionamiento del programa y para avanzar hacia formas más profundas de corresponsabilidad comunitaria. La rotación de profesionales tiene efectos negativos sobre la participación de las cuidadoras y la capacidad de articulación con los actores locales. Esto implica también fortalecer el compromiso institucional de los municipios ejecutores, cuya posición territorial es clave para el programa, pero cuya dependencia de ciclos políticos representa un riesgo para la sostenibilidad de la intervención.

Escalar el programa con base en evidencia y pertinencia territorial. Los CCC representan una infraestructura mínima de apoyo a las personas cuidadoras, generando condiciones iniciales para que las tareas de cuidado se repartan de una forma más justa en nuestra sociedad. Debilitar los centros implicaría retroceder en los derechos de las personas cuidadoras y las personas bajo su cuidado. El escalamiento requiere avanzar hacia la diferenciación territorial más que hacia la estandarización del diseño. Para esto, se recomienda avanzar hacia un uso más sistemático de los datos administrativos disponibles, que permita caracterizar con mayor precisión a la población participante en cada centro y orientar la oferta progra-

mática de manera más situada. Contar con una teoría de cambio explícita para el componente de corresponsabilidad comunitaria parece además una condición necesaria para evaluar el desempeño del programa de manera rigurosa y fundamentar decisiones de política pública.

5. Referencias

Comunidad Mujer y Ministerio de Hacienda. (2025). *Estimación del Valor Económico del Trabajo Doméstico y de Cuidados no Remunerados en Chile*. Ministerio de Hacienda.

Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2025). *Síntesis de resultados: II Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (II ENUT) 2023*. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2024). *Trabajo y Género: Trabajo Decente en Chile*. Documentos de Trabajo. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.

Ministerio de la Mujer y Equidad de Género. (2025). *Documento de trabajo 2025-02: Impacto de las labores de cuidados en la salud de las personas cuidadoras en Chile*. Ministerio de la Mujer y Equidad de Género.

Subsecretaría del Trabajo. (2024a). *Informe de género en el mercado laboral N°5* (noviembre 2024). Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile.

Subsecretaría del Trabajo. (2024b). *Tendencias laborales nacionales: Trimestre móvil junio-julio-agosto 2024*. Ministerio del Trabajo y Previsión Social de Chile.

