



Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Lecciones y aprendizajes del uso de herramientas de georeferenciación en Chile y Cuba.

INFORME





Una colaboración entre Observatorio de Envejecimiento, Cuidados y Derechos (Cuido60) e Instituto Milenio para la Investigación del Cuidado (MICARE)

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores.

Lecciones y aprendizajes del uso de herramientas de georeferenciación en Chile y Cuba.

Abril, 2025

INFORME N° 10

Observatorio de
Envejecimiento, Cuidados y
Derechos (Cuido60) & MICARE.

ISBN: 978-628-7714-29-8

Autores:

Elaine Acosta González
María Beatriz Fernández-Lorca
Bárbara Flores Arenas
María Alejandra Lache

Diseño y diagramación:

Camila Romero

Foto portada:

Yang Carlos Suárez Pérez
Mención de honor concurso 'Mirar la Vejez' | 2024

Contenido

Presentación	5
1. Las dinámicas del envejecimiento demográfico y sus desafíos en la construcción de sistemas de cuidados en Chile y Cuba	8
Chile	8
Cuba	9
2. Avances y desafíos metodológicos en las estrategias de georeferenciación de oferta y demanda de cuidados en América Latina	11
3. Estrategias de georeferenciación de oferta y demanda de cuidados en Chile	13
3.1 Clasificación de servicios de cuidados	16
3.2 Selección de atributos y fuentes de información	18
3.3 Sistematización y procesamiento de datos	21
Brechas entre oferta y demanda de cuidados	22
4. La experiencia de Cuido60 en el mapeo de servicios de cuidados para personas mayores en Cuba	29
4.1 Definición de categorías	31
Clasificación de entidades prestadoras	31
Clasificación del tipo de apoyos y servicios de cuidados	32
4.2 Selección de atributos	33
4.3 Fuentes de información	34
4.4 Sistematización de datos	35
4.5 Brechas entre oferta y demanda de cuidados	36
5. Consideraciones finales y recomendaciones de política	40
Referencias	46

Presentación

El envejecimiento poblacional es uno de los principales fenómenos demográficos que experimentan todas las regiones del mundo, incluyendo América Latina y el Caribe. Según el último informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe sobre envejecimiento en la región, actualmente existen cerca de 89 millones de personas de 60 años y más, quienes representan un 13,4% de la población total, las que llegarán a casi 190 millones el 2050, representando un 25,1% del total de habitantes (CEPAL, 2022). A este escenario, se suma el aumento en la esperanza de vida que alcanza los 74 años promedio en la región (CEPAL, 2022), y el incremento de las personas de 80 años y más, quienes suelen presentar mayores problemas de salud con la progresiva pérdida de autonomía y funcionalidad, fenómenos.

Estas dinámicas, unidas al descenso de la fecundidad y la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, provocarán, por un lado, un aumento de la demanda de cuidados, y, por otro lado, un menor número de personas disponibles para cuidar (Arriagada, 2021), lo que conduce a la denominada crisis de los cuidados. Este desbalance entre demanda y oferta de cuidados ha presionado para generar un cambio en el modelo de desarrollo, donde los cuidados y la sostenibilidad de la vida se coloquen en el centro. En este escenario, la creación de Sistemas Integrales de Cuidados se ha vuelto un pilar fundamental en el diseño de las políticas sociales, con el fin de avanzar hacia una reorganización social de los cuidados, en la que el Estado garantice dicho derecho de conjunto con la igualdad de género (ONU Mujeres y CEPAL, 2021).

Cuba y Chile se encuentran dentro de las sociedades más envejecidas de América Latina, una región que está envejeciendo aceleradamente a nivel mundial, aunque de manera desigual. Se espera que la región enfrente un aumento considerable en la demanda de servicios de

cuidados a largo plazo, lo cual desafiará a los sistemas de salud y protección social para adaptarse a las nuevas necesidades de una población cada vez más envejecida (CEPAL, 2024). Dentro del conjunto de retos que este importante cambio demográfico implica, se encuentra la disponibilidad y calidad de datos respecto a las necesidades de la población mayor de 60 años y los servicios que distintos actores (Estado, mercado, comunidad, sociedad civil y familias) ofrecen para satisfacer la demanda creciente derivada del aumento de este grupo poblacional.

De la mano del envejecimiento demográfico, la carga de cuidados ha crecido de manera sostenida en la última década y se prevé que esta tendencia continúe en el futuro. Este incremento está especialmente asociado al aumento en la población mayor de 80 años, grupo etario que requiere niveles más intensivos de atención. Según proyecciones de la CEPAL (2024), se estima que en 2080 la carga de cuidado alcanzará las 3,5 unidades de cuidado por persona cuidadora. Esta medida, que cuantifica el esfuerzo requerido para satisfacer las necesidades de atención en función de la edad de las personas, refleja una presión significativa sobre quienes asumen las tareas de cuidado, en su mayoría familiares y mujeres.

En este nuevo contexto de necesidades de información, disponer de datos accesibles, sistemáticos, verificables y con la mayor desagregación posible es indispensable para realizar diagnósticos oportunos que informen las decisiones de política pública, permitan destinar adecuadamente los recursos, al tiempo que faciliten investigar, monitorear y fiscalizar el acceso y calidad de los servicios que se ofrecen a las personas mayores y sus cuidadores. En esta línea, las herramientas metodológicas de Georreferenciación de Cuidados han emergido como un instrumento práctico para la construcción de diagnósticos sobre la organización social de los cuidados, procurando ser sensibles a las especificidades territoriales y facilitando la participación de diferentes actores (PNUD, 2022).

En este contexto, el [Instituto Milenio para la investigación del cuidado](#) (MICARE) y el [Observatorio de Envejecimiento, cuidados y derechos](#) (CUIDO60) ponen a disposición el presente informe con el objetivo de caracterizar y evaluar los esfuerzos que se vienen realizando por ambas organizaciones para georeferenciar la oferta y demanda de servicios de apoyos y cuidados dirigidos a la población mayor y sus cuidadores, tanto en Chile como en Cuba.

El informe abordará, en primera instancia, las dinámicas del envejecimiento demográfico y sus desafíos en la producción de información y análisis sobre las necesidades de cuidados que se generan para Cuba y Chile. Se proporcionará evidencia sobre los avances y desafíos conceptuales y metodológicos implicados en la aplicación de estrategias de georeferenciación en América Latina, así como las diferentes soluciones encontradas por equipos de investigación para producir mapas informativos de utilidad, tanto para los tomadores de decisiones como para la sociedad civil y la academia en Chile y Cuba. En el análisis de la experiencia de cada país, se explican los procedimientos de clasificación de los servicios de cuidados, la selección de atributos y fuentes de información y los procedimientos de recopilación y sistematización. Con la información resultante, se analiza cómo a partir de estas herramientas pueden identificarse las brechas entre oferta y demanda de cuidados a nivel territorial. El informe incorpora además en sus consideraciones finales algunos desafíos para la ampliación y mejoramiento del uso de estas herramientas, así como recomendaciones de política.

1. Las dinámicas del envejecimiento demográfico y sus desafíos en la construcción de sistemas de cuidados en Chile y Cuba

Chile

Desde los años 90 el grupo de 60 años y más es el que mayor incremento relativo ha tenido, pasando de un 9,5% en 1992, a un 19,8% según los recientes resultados del Censo Nacional del 2024, lo que equivale a 3.665.028 individuos. De estos, el 44,4% corresponde a población masculina y 55,6% a femenina. Considerando los grupos de edad, el de 80 años y más llega al 16,2% del total de la población mayor. En esta línea, la longevidad también muestra un incremento relevante, pasando de una esperanza de vida de 74,1 años promedio a inicio de los '90 a casi 81 años el 2021 (Rojas et al., 2022).

Con relación a los niveles de dependencia funcional, la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) del 2022 clasificó al 22% de la población mayor en Chile con algún nivel de dependencia, que desagregada según nivel de severidad se distribuye en 5,5% de dependencia leve, 8,8% moderada y 7,8% de dependencia severa. Los niveles de dependencia aumentan a medida que se incrementa la edad de la población, llegando a casi un 50% entre personas chilenas de 80 y más años. También hay diferencias de género en la distribución de dependencia: el 25,2% de las mujeres mayores en el país son catalogadas con algún nivel de dependencia versus 17,8% de sus pares hombres. La educación también es un elemento relacionado; a menos niveles educativos mayor presencia de dependencia, alcanzando a un 29,3% de los mayores que declaran tener educación primaria o menos, mientras que entre quienes cuentan con educación superior solo llega a un 13,1%. Con respecto a los niveles de ingreso, un 26,3% de las personas del quintil 1 son dependientes, cifra que va descendiendo a medida que se aumenta el quintil de ingreso, hasta llegar al quinto quintil (el más rico), donde

solo 14,1% presenta dependencia. Finalmente, con relación al tipo de actividad, como es esperable, aquellas personas mayores que están en inactividad presentan mayores niveles de dependencia (28,1%) que aquellos ocupados/as (7,2%).

Cuba

En Cuba, el envejecimiento demográfico se ha caracterizado por ser un proceso acelerado y sostenido, que sitúa al país entre los más envejecidos de América Latina y el Caribe con una tasa de crecimiento promedio anual de 33,3%, mostrada entre 2021 y 2022. Las personas mayores de 60 años representan en la actualidad un 24,4% del total de la población de la isla, lo que equivale a 2 478 087 de personas, distribuidas en un 53,7 % de mujeres frente al 46,3 % de hombres. En los últimos 25 años, este grupo poblacional ha crecido aproximadamente un 10% y se estima que en los próximos 5 años crecerá otro cinco por ciento, llegando a representar un tercio de la población cubana en el 2030 (ONEI, 2024). La esperanza de vida al nacer se ha situado en 77,7 años, pero con una tendencia a la baja desde el año 2012 (Albizu-Campos, 2023).

El índice de envejecimiento, que mide la relación entre personas mayores y población joven, aumentó de 1.378 a 1.511 entre 2021 y 2023. En paralelo, la Relación de Dependencia Demográfica (RDD) alcanzó las 681 personas dependientes por cada 1.000 personas en edad activa en 2023, una señal de creciente presión sobre los sistemas de salud, protección social y cuidados. A nivel territorial, las provincias más envejecidas son las provincias de Villa Clara, La Habana y Sancti Spíritus, mientras que Guantánamo presenta el menor grado de envejecimiento.

Este proceso no se comporta de manera homogénea en términos geográficos, constatándose variaciones entre las provincias, municipios y tipos de zonas (urbanas o rurales). La distribución de la población mayor es relativamente similar por provincias, situándose

todas por encima del 20%. Sin embargo, hay diferencias de aproximadamente 5 puntos porcentuales entre la provincia que ostenta el mayor porcentaje de personas mayores que es Villa Clara, en el centro del país, con un 25.3% y Artemisa, la provincia con menor porcentaje, correspondiente a un 20%. A nivel local, estas diferencias se amplían, si consideramos que el municipio más envejecido -Plaza de la Revolución en la capital- cuenta con una población de personas mayores de un 30,3%, duplicando el porcentaje del municipio de Yateras, en la provincia oriental de Guantánamo, que cuenta con un 15,4%. Al observar por zonas de residencia, encontramos que las personas mayores se concentran en las zonas urbanas (78,8%), mientras que solo el 21,2% vive en zonas rurales (ONEI, 2019).

En términos de crecimiento de la población, el panorama es muy preocupante, especialmente por los recientes impactos de la crisis migratoria, la más importante de la historia de Cuba, tanto en términos cuantitativos como en sus efectos en los más disímiles ámbitos de la sociedad. Los datos proporcionados por la ONEI en el Anuario Demográfico correspondiente al año 2022, situaban la tasa media anual de crecimiento en el país en -2.1 y proyectaba un progresivo decrecimiento de hasta el -5.7 para el 2035. Estimaciones realizadas por Albizu-Campos (2025) señalan que la población final el 31 de diciembre de 2024 habría descendido a 8,025,624 habitantes para una caída de 7%, sin embargo, las cifras oficiales proporcionadas por la Comisión gubernamental de atención a la dinámica demográfica reportaban para el mismo periodo una “población efectiva” de 9,748,532 habitantes. Esta diferencia se atribuye, principalmente, a la subestimación del impacto migratorio en las estadísticas oficiales. La feminización de las migraciones cubanas (133 mujeres migrantes por cada 100 hombres desde 2019) y la alta participación de mujeres en edad reproductiva en los nuevos flujos migratorios está íntimamente conectada con el agravamiento de la crisis de cuidados que ya venía experimentando la sociedad cubana, tanto a nivel familiar como institucional. Estas crisis no pueden verse en forma aislada.

2. Avances y desafíos metodológicos en las estrategias de georeferenciación de oferta y demanda de cuidados en América Latina

El análisis del cuidado desde una perspectiva territorial es clave para diseñar políticas públicas efectivas, ya que permite identificar cómo se distribuyen los servicios y las necesidades en el espacio. En América Latina y el Caribe, donde la carga del cuidado recae principalmente sobre las mujeres, esto es especialmente importante para reducir desigualdades de género y económicas. Herramientas como la georreferenciación permiten visibilizar brechas entre oferta y demanda, mejorar la asignación de recursos y apoyar la toma de decisiones. Su combinación con metodologías innovadoras (como el mapeo colaborativo y el uso de big data) ayuda a superar la escasez de información sobre infraestructura de cuidados en la región (De los Santos, 2022).

En el proyecto Mapeando Cuidados: Herramientas Innovadoras para la Georreferenciación de Oferta y Demanda de Cuidados en América Latina y el Caribe (De los Santos, 2022), se muestra que las herramientas de georreferenciación de cuidados se convierten en un instrumento práctico diseñado para construir diagnósticos sobre la organización social del cuidado considerando las especificidades territoriales. Su metodología combina fuentes de datos tradicionales (registros administrativos, censos, encuestas) con técnicas innovadoras como big data, crowdmapping y mapeo colaborativo. Este último es clave para registrar servicios informales y comunitarios, difíciles de captar mediante fuentes oficiales.

A través de encuestas georreferenciadas, técnicas de "bola de nieve", trabajo de campo con voluntarios y talleres de cartografía social, se identifican redes vecinales y grupos autogestionados. La herramienta permite mapear tanto la oferta de cuidados (pública, privada, familiar y comunitaria) como la demanda (ubicación de personas que requieren cuidados), identificando brechas territoriales entre ambas.

Además, utiliza software abierto y potencia computacional a nivel de usuario, lo que facilita su implementación. Los resultados pueden visualizarse en plataformas interactivas que apoyan la toma de decisiones y la divulgación. Su flexibilidad permite aplicarla en su totalidad o por etapas, según las necesidades del proyecto y los actores involucrados.

En el estudio “Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe”, se destaca la importancia de incorporar el conocimiento comunitario en el diseño de planes de cuidado. Se plantea que la combinación de mapeos georreferenciados con diagnósticos participativos permite avanzar en la conceptualización y sensibilización sobre la necesidad y el derecho al cuidado. Estos diagnósticos contribuyen a definir colectivamente las dimensiones del problema y las características específicas de las acciones a desarrollar, fortaleciendo así políticas más inclusivas y adaptadas a los territorios (ONU Mujeres & CEPAL, 2021).

Dentro de los ejemplos regionales más relevantes que han avanzado en el mapeo de cuidados, se sitúa el Mapa Federal del Cuidado de Argentina, que ha permitido georreferenciar más de 34.000 espacios y servicios de cuidados, así como 1.000 espacios de formación para trabajadores del sector. En noviembre de 2023, se integró la localización de 8.800 cuidadores domiciliarios formados. Este instrumento, desarrollado en colaboración con la CEPAL, combina una fase pública (web y app) y una fase interna de análisis para la gestión de políticas públicas (CEPAL, 2022).

En Colombia, el Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU) generado en la ciudad de Bogotá, se apoya en las Manzanas del Cuidado, unidades territoriales donde se concentran servicios para las personas cuidadoras y quienes reciben cuidados. Su mapa interactivo georreferenciado, implementado entre 2020 y 2023, mejora la

accesibilidad digital e integra herramientas de navegación inclusivas como UserWay (para personas con visibilidad reducida). Permite además visualizar servicios, cobertura y planificación territorial (Morales & Vargas, 2023).

El Mapa de Cuidados (MACU), desarrollado por Inmujeres, El Colegio de México y ONU Mujeres, integra datos de fuentes como el DENU, el Censo de 2020 y el entorno urbano en México. Facilita la localización de servicios de cuidado en todo el país y permite filtrar por tipo de usuario y sector. Centraliza información dispersa y visibiliza el aporte económico del cuidado, estimado en más del 26 % del PIB nacional (Instituto Nacional de las Mujeres, s.f.).

Los mapas y sistemas de información georreferenciada sobre cuidados constituyen herramientas fundamentales para la planificación y gestión de políticas públicas en el contexto del envejecimiento poblacional y la creciente demanda de cuidados. Como muestran los ejemplos citados, han permitido visibilizar la distribución territorial de servicios, identificar brechas entre oferta y demanda, y orientar de forma más equitativa los recursos disponibles. A partir de diagnósticos más precisos, facilitan un mejor acceso a los servicios por parte de las personas cuidadoras y quienes reciben cuidados, al tiempo que fortalecen la gobernanza y la corresponsabilidad entre distintos actores del sistema de cuidados. De esta manera, se puede producir una respuesta más eficiente y equitativa frente a las necesidades sociales emergentes.

3. Estrategias de georeferenciación de oferta y demanda de cuidados en Chile

En Chile, la disponibilidad de datos administrativos sistematizados por el Estado ha mejorado significativamente en los últimos años, fortaleciendo la generación de conocimiento y evidencia para la toma de decisiones en políticas públicas. Un avance clave en esta materia

es la iniciativa RIS Investigación, impulsada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia desde 2020, que permite el acceso al Registro de Información Social (RIS) a universidades acreditadas en investigación. El RIS es el repositorio de datos administrativos más completo de Chile, construido a partir de información de los organismos de la administración del Estado, municipalidades y otras entidades públicas o privadas del país (1). A través de este mecanismo, académicas y académicos cuya propuesta de investigación es evaluada y aprobada, acceden a información social y económica de personas y hogares que son potenciales beneficiarios de prestaciones sociales y a través de sus estudios pueden contribuir al desarrollo de políticas sociales de especial relevancia para el Ministerio (2).

En el análisis de la oferta y demanda de servicios de cuidados mediante herramientas de georreferenciación, el acceso al RIS resulta fundamental, ya que posibilita la vinculación de datos del Registro Social de Hogares (RSH) (3) a nivel individual y familiar con la oferta de cuidados, a través de variables territoriales como la ubicación barrial de las personas y las coordenadas geográficas exactas de las instituciones de cuidado. Esto permite identificar con mayor precisión a la población en situación de dependencia y sus necesidades de cuidado. Además, la integración de esta información con cartografía digital ha permitido desarrollar mapas de distribución barrial de la demanda de cuidados, mejorando la planificación y asignación de recursos a nivel territorial. Este enfoque posibilita un análisis a una escala de desagregación más detallada que la habitual, como lo es el nivel comunal o regional y permitiendo una identificación más precisa de las necesidades locales.

1. Para mayor información véase <https://bidat.midesof.cl/bidat-ris>.

2. En lo específico, el análisis georreferencial que se presenta en este informe es parte de los resultados del proyecto RIS “Geografía de los Cuidados de Personas Mayores Dependientes en Chile: Análisis espacial de necesidades infraestructura y proveedores de Cuidado” ejecutado entre 2023 y 2024 por las investigadoras María Beatriz Fernández y Bárbara Flores.

3. El Registro Social de Hogares es un sistema que recopila información, con datos que entregan los mismos hogares y también las instituciones del Estado, permitiendo identificar a las y los beneficiarios de los distintos tipos de ayuda económica y programas sociales. Para más detalle véase <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/42344-registro-social-de-hogares-rsh-y-cartola-hogar>

A pesar de los avances en el uso de datos administrativos para el mapeo de la oferta y demanda de cuidados en Chile, persisten importantes desafíos metodológicos. Uno de ellos es la identificación de las personas en situación de dependencia y de las personas cuidadoras, ya que esta información se obtiene a través del autorreporte en el RSH y no se actualiza anualmente. Esto limita la precisión de los datos y dificulta la captura de cambios en las condiciones de dependencia y personas cuidadoras dentro y fuera del hogar. Además, la construcción de la variable de dependencia ha sido objeto de críticas por parte de la comunidad investigadora, tanto por la falta de una definición de consenso como por la multiplicidad de instrumentos para su medición, lo que conduce a distintos criterios de clasificación, dificultando así su comparabilidad (Villalobos, 2019).

Otro desafío relevante es la dificultad para asegurar la comparabilidad temporal de las unidades territoriales (regiones, comunas, barrios). Los cambios administrativos en su delimitación y codificación afectan la consistencia de los análisis longitudinales, dificultando la evaluación de tendencias espaciales en la demanda de cuidados. En cuanto a la información de las instituciones de cuidado formales, existe una cobertura incompleta en los datos administrativos. Algunos servicios municipales, por ejemplo, no aparecen en registros oficiales del gobierno central, lo que genera sesgos en los mapas de oferta. Además, la falta de información sobre la fecha de inicio de los servicios de cuidado formales impide reconstruir su evolución en el tiempo, limitando el análisis del crecimiento y la adecuación de la oferta en función de las necesidades cambiantes de la población.

Finalmente, el mapeo de oferta y demanda de cuidado a personas mayores debe incorporar distancias y barreras de accesibilidad. Esto porque, la simple presencia de un servicio en un área no garantiza su acceso real, ya que factores como transporte, costos o cupos disponibles pueden restringir su uso. En este sentido, es importante enriquecer los análisis incluyendo en los mapas las vías y caminos,

3.1 Clasificación de servicios de cuidados

Existe consenso en que existen cuatro actores involucrados en la provisión de cuidados: Estado, mercado, comunidad y familia. 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).

En efecto, la provisión de cuidados en Chile está liderada por la familia, lo que genera una alta presencia de mujeres como cuidadoras informales. 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 este trabajo.

No obstante ser la familia el principal proveedor, en Chile es posible identificar oferta de servicios de cuidado para personas mayores provista por organismos públicos y privados. Específicamente, se pueden considerar programas del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y del Ministerio de Salud (MINSAL). La oferta de SENAMA está compuesta fundamentalmente por los siguientes programas (Tabla 1): i) Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor (CEDIAM), ii) Programa de Cuidados Domiciliarios y iii) Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM). En el caso de MINSAL, se incorpora la oferta de servicios de salud, tales como hospitales, servicios de urgencia, centros de atención primaria (Centros de Salud Familiar (CESFAM), consultorios, etc.).

Como parte de la oferta privada, se incluyen los proveedores privados de ELEAM (con o sin fines de lucro), así como otros tipos de

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

residencias de larga estadía, distribuidos a nivel territorial a lo largo del país, a la par que se considera la oferta privada de salud, asociada a la presencia territorial de clínicas, centros de diagnósticos, centros dentales, laboratorios, etc.

Tabla 1. Oferta pública dirigida al cuidado de personas mayores en situación de dependencia y cuidadores en Chile, SENAMA

Programa	Objetivo	Descripción	Población objetivo y cobertura
Centros Diurnos Comunitarios del Adulto Mayor	Mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores con un grado de dependencia leve, permitiéndoles mantenerse en su entorno familiar y social	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios: Se agrupan en 3 áreas: (i) Personal (atención integral acorde a necesidades); (ii) Social (talleres); y (iii) Comunitaria (actividades). - Capacidad: 30 a 90 personas mayores, 3 veces por semana como mínimo. - Duración: 6 meses, pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso. 	
Centros Diurnos Referenciales	Mejorar o mantener la funcionalidad de personas mayores con un grado de dependencia leve y/o moderada, manteniéndose en su entorno familiar y social	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios: De carácter individual y grupal, a través de: (i) Atención integral (terapias y orientación para el hogar); (ii) Acciones de intervención del cuidador; (iii) Servicios a la comunidad (infraestructura, formación, investigación, difusión); y (iv) Servicios generales (alimentación). - Capacidad: 90 personas mayores que pueden asistir en jornadas parciales o completas. - Duración: 6 meses, pudiendo extenderse por 6 meses más y se inicia el proceso de egreso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población objetivo: 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 calificación socioeconómica dentro del tramo del 60% más vulnerable. - Cobertura: 164 centros en 2023.
Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM)	Entregar servicios de residencia y de cuidados especializados a personas mayores vulnerables.	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios: Residencias permanentes o temporales que proveen 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. - Capacidad: 55 plazas en promedio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población objetivo: Personas de 60 años y más, que presenten algún nivel de dependencia moderada a severa, con vulnerabilidad social y que no cuenten con redes de apoyo efectivas, y que su calificación socioeconómica esté dentro del tramo del 60% más vulnerable. - Cobertura: 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 personas mayores dependientes y vulnerables que residen en (ELEAM) sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios: Fondo Subsidio ELEAM concursable con un proyecto de iniciativas de apoyo directo hacia las personas mayores residentes. Estos proyectos deben abordar: (i) satisfacción de necesidades básicas; (ii) atención médica especializada; (iii) estrategias de integración a la comunidad; (iv) protección de derechos; y (v) promoción del envejecimiento activo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Población objetivo: 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. - Cobertura: 162 ELEAM sin fines de lucro con cerca de 6.000 residentes el 2023.

Cuidados domiciliarios	<p>Mejorar la calidad de vida y el resguardo de autonomía, dignidad e independencia de personas mayores que presentan dependencia moderada y/o severa, carecen de una red eficaz de apoyo y se encuentran en situación de vulnerabilidad socioeconómica, entregando servicios de apoyo y cuidados para la realización de las actividades de la vida diaria.</p>	<p>- Servicios: Apoyo y cuidados en actividades de la vida diaria en domicilio. 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>- Población objetivo: 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>- Cobertura: 58 comunas del país el 2023. Según datos del año 2021 el programa atendió a cerca de 1.200 personas mayores.</p>
-------------------------------	---	---	---

Fuente: Elaboración propia basada en Servicio Nacional del Adulto Mayor (<https://www.senama.gob.cl/programas-y-beneficios>), ChileAtiende (<https://www.chileatiende.gob.cl/>) y Dirección de Presupuestos (https://www.dipres.gob.cl/597/articles-276052_doc_pdf.pdf)

3.2 Selección de atributos y fuentes de información

Para identificar la demanda por cuidados, el presente análisis se enfoca en personas mayores de 60 años o más. Como se indicó, esta población se extrae del Registro Social de Hogares (2016-2021). En dichos datos, 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 sociales, tal como ocurrió en el periodo de la pandemia por Covid-19. 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. Con todo, se estima que el RSH contiene información de aproximadamente el 80% de la población total de Chile.

También, la información permite clasificar a las personas mayores dependientes, 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). En el caso del RSH en Chile, el modelo teórico de dependencia contempla tres instrumentos de respuestas “sí” y “no”: el primero basado en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (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 (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, 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 (Actividades Básicas de la Vida Diaria, 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.

Esta información se vincula a la cartografía de Chile, y en particular, a los polígonos de unidades vecinales (4), los cuales se gradúan de acuerdo con la proporción de personas mayores, y también según sus niveles de dependencia.

La oferta de cuidados se extrae de los programas del SENAMA y del MINSAL mencionados más arriba, 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 sumar información sobre ELEAM con o sin fines de lucro, lo que permite enriquecer el análisis.

4. Las Unidades Vecinales (UVs) son territorios en que se subdividen las comunas para efectos de descentralizar asuntos comunitarios 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 N°19.418, 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>

En el caso de establecimientos de salud del MINSAL (5), se encuentran georreferenciados en una base de datos públicamente disponible y dispuesta en la página del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) (6). A septiembre de 2024, esta base contaba con 4.628 establecimientos de salud en todo Chile, 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. Con todo, se pueden distinguir hospitales públicos, servicios de urgencia, atención primaria como Centros de Salud Familiar (CESFAM), consultorios, centro comunitarios, clínica o centros de salud privados, centros de diagnósticos, clínicas dentales, laboratorios y entre otros.

3.3 Sistematización y procesamiento de datos

Los datos vinculados a la cartografía de Chile permiten realizar un análisis espacial. En primer lugar, mediante el uso de mapas, se ilustra la ubicación geográfica de cada institución que provee servicios de cuidados a personas mayores en Chile, incluyendo la oferta de SENAMA y MINSAL descrita. Luego, los mapas se complementan con la demanda potencial de cuidados extraída del RSH, graduando con color a las unidades vecinales según la proporción de personas mayores (a mayor proporción de personas mayores más oscuro el polígono correspondiente) y también por sus niveles de autonomía/dependencia (colores diferencian la proporción de personas mayores sin condiciones de salud y autónomas).

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).

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

Con estos elementos, es posible calcular adicionalmente estimadores de análisis urbano, como la distancia de cada barrio a centros de cuidado o el indicador de Moran (1948) que representa la autocorrelación espacial de un atributo, por ejemplo, qué tan dispersos o agrupados se encuentran las personas mayores o sus niveles de autonomía.

Específicamente, para identificar necesidades de cuidado, se estimaron 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). Luego, se calculó el índice de autocorrelación espacial de la proporción de personas mayores y sus niveles de autonomía (7). Para ello 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 como variable explicativa. Esto permite estudiar si zonas de alta proporción de personas mayores sanas y autónomas están agrupadas en zonas que son colindantes entre sí.

Brechas entre oferta y demanda de cuidados

Chile se organiza territorialmente en una estructura político-administrativa compuesta por tres niveles: regiones, provincias y comunas. El país está dividido en 16 regiones, cada una de las cuales es encabezada por un Gobernador Regional elegido por votación popular. Entre ellas, la Región Metropolitana de Santiago alberga la capital del país. Cada región se subdivide en provincias, administradas por delegados Presidenciales Provinciales designados por el presidente de la República. A su vez, las provincias se dividen en comunas, que constituyen la unidad administrativa básica del país. Cada comuna es gobernada por una municipalidad, encabezada por

7. Este 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.

un alcalde y un concejo municipal, ambos elegidos por sufragio. Esta estructura busca descentralizar la gestión del Estado y facilitar la administración de los servicios públicos en el territorio nacional.

Si bien los mapas de oferta y demanda de cuidados fueron elaborados para todas las regiones del país y sus respectivas capitales regionales, en este documento se presentan únicamente los resultados correspondientes a la Región Metropolitana de Santiago (Figura 1), dado su peso demográfico y relevancia en términos de concentración de servicios. No obstante, los mapas para las demás regiones están disponibles a solicitud y permiten extraer conclusiones similares respecto a la distribución territorial de los servicios de cuidado y las brechas existentes entre oferta y demanda.

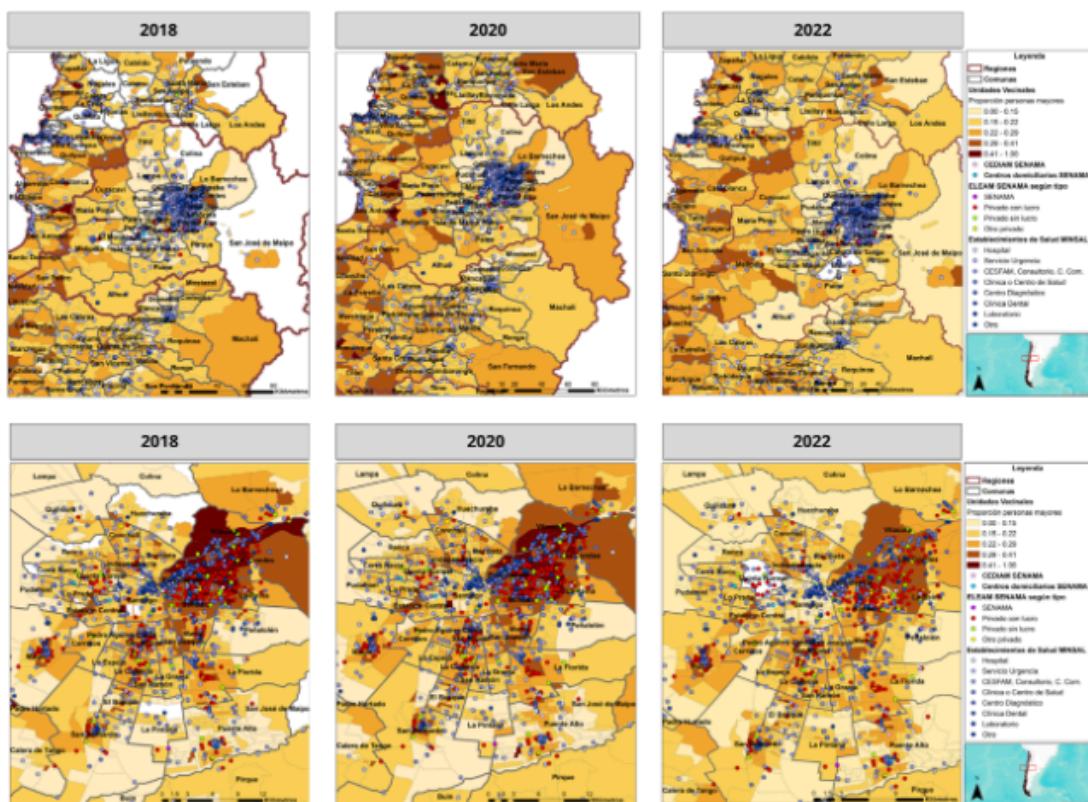
En esta región, el envejecimiento poblacional se acentúa en comunas rurales y algunas urbanas periféricas, mientras que las áreas centrales se mantienen con menor proporción de personas mayores. En 2022 se observa un aumento notable en comunas rurales y también en áreas urbanas como Melipilla, Tilitil y Paine, donde se intensifican los tonos oscuros con el tiempo. En Santiago, el sector oriente, que se asocia a comunas con mayores niveles de ingresos, 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.

Adicionalmente, se observan 394 ELEAM, 26 CEDIAM y 884 servicios de salud. De ellos, 149 ELEAM se concentran en Las Condes, Ñuñoa y Providencia (sector oriente de la ciudad), 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, Tilitil, María Pinto y San Pedro no tienen ninguno de ellos). En la ciudad de Santiago,

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

comunas como Conchalí y Recoleta (sector norte de la ciudad), a pesar de su creciente población mayor, cuentan con escasa oferta en contraste con otras comunas de la ciudad.

Figura 1. 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).

En el caso del análisis por nivel de dependencia de personas mayores, también se generaron mapas. En la Figura 2 se presenta la distribución de personas mayores sanas y autónomas y servicios de cuidado en la Región Metropolitana (8). 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.

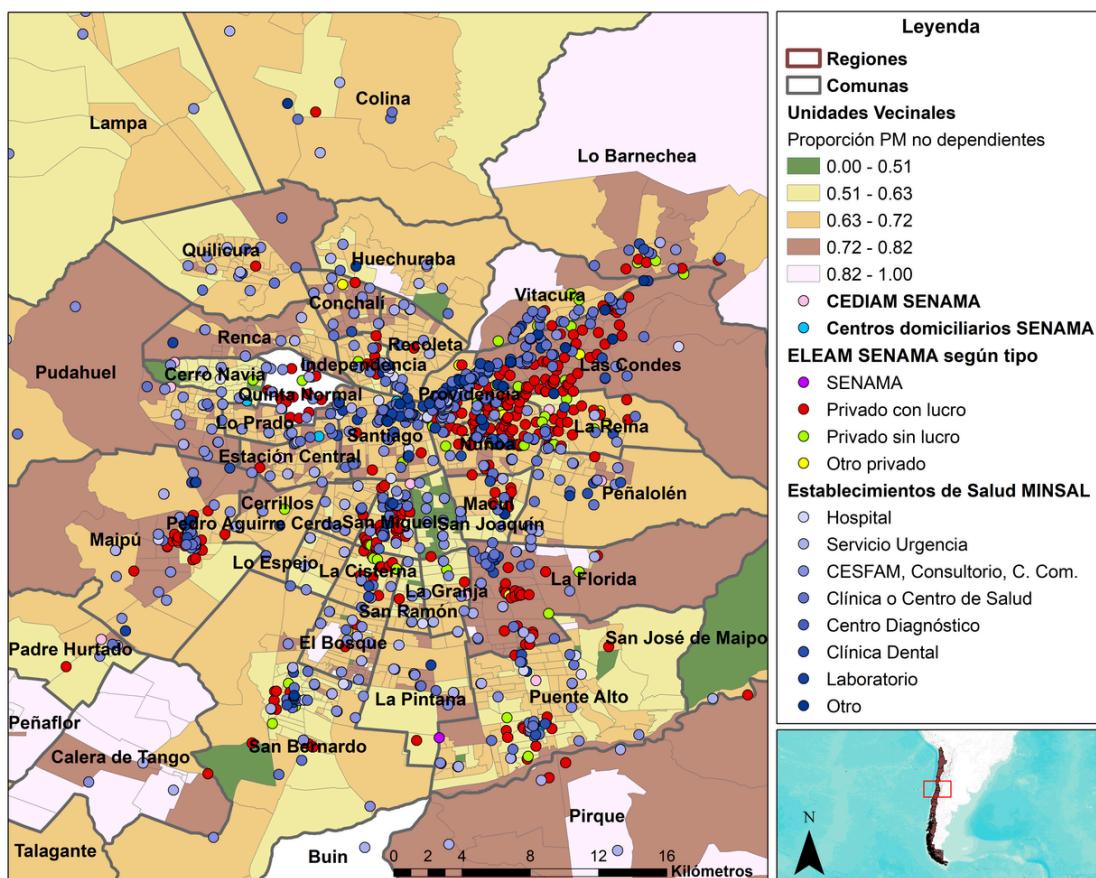
Adicionalmente, se estimó el indicador de Moran para obtener la autocorrelación espacial de la proporción de personas mayores en

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

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

cada unidad vecinal y de la proporción de personas mayores sanas y autónomas en cada unidad vecinal. 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 concentran. Lo anterior se confirma con un indicador de Moran estimado de 0.89, cercano a 1, constatando una importante autocorrelación espacial. Se extraen similares conclusiones al analizar la proporción de personas mayores no dependientes 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 no dependientes también se encuentran rodeadas de personas no dependientes en los territorios.

Figura 2. Distribución de personas mayores no dependientes 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).

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Luego, la Tabla 2 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 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 (regiones ubicadas en el centro y centro sur del país), y resaltan algunas particularmente altas como en Magallanes y Antártica junto con Aysén (1.496 km y 716 km, respectivamente), que son las regiones ubicadas más hacia el extremo sur.

Tabla 2. Rango y promedio de distancia a Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) según tipo de oferta y región de Chile

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.

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Por su parte, los centros privados con fines de lucro presentan 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, presentan un rango entre 8 y 772 km. No obstante, estos últimos tienen una distancia media relativamente superior a los otros tipos de oferta privada.

Respecto a las distancias promedio a Centros Diurnos del Adulto Mayor (CEDIAM) (Tabla 3), 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).

Tabla 3. 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	6.877

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

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.

Distinguiendo por tipos de servicios de salud, la Tabla 4 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 una de las distancias más cortas junto con los CESFAM, consultorios 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 públicos 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 privados, 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 muestran 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).

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Tabla 4. Rango y promedio de distancia a servicios de salud (MINSAL) según tipo de oferta y 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	6.877

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

4. La experiencia de Cuido60 en el mapeo de servicios de cuidados para personas mayores en Cuba

En Cuba, la organización social del cuidado enfrenta diversos desafíos causados por la falta en la provisión de servicios, las tensiones en el sistema de seguridad social y la disminución de la protección social y los servicios de salud. Aunque el Estado ha implementado algunos programas dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, estos servicios resultan insuficientes frente al ritmo acelerado del envejecimiento poblacional y las restricciones económicas del país (Acosta & Angel, 2023).

En este escenario, la sociedad civil ha asumido un papel complementario relevante, especialmente a través de organizaciones comunitarias que colaboran con el Estado y las familias para

asegurar una atención más integral. Estas organizaciones se convierten en actores clave en la generación de redes de apoyo locales, que permiten identificar necesidades específicas y responder de manera más cercana y sensible a los contextos territoriales.

Paralelamente, en los últimos años han surgido emprendimientos privados orientados a suprir las carencias en la oferta estatal de servicios de cuidado. La aparición de estas iniciativas responde, por un lado, al crecimiento de la demanda debido al envejecimiento poblacional y, por otro, a las limitaciones estructurales del Estado para responder a todas las necesidades. Sin embargo, la expansión del sector privado en el ámbito de los cuidados plantea importantes retos en términos de equidad y accesibilidad, ya que estos servicios suelen estar restringidos a quienes tienen la capacidad económica para pagarlos.

A este panorama se suma la escasez de datos sistemáticos, desagregados y verificables sobre la oferta y demanda de cuidados, lo que dificulta la formulación de políticas basadas en evidencia. Contar con información precisa es fundamental para realizar diagnósticos adecuados, asignar recursos de manera eficiente y monitorear tanto el acceso como la calidad de los servicios. Sin este insumo, se complica el diseño de políticas públicas que respondan efectivamente a las necesidades reales de la población y reduzcan las desigualdades territoriales y sociales.

Sin embargo, en Cuba la implementación de estas herramientas es aún incipiente y enfrenta desafíos en términos de disponibilidad de datos, acceso a tecnología, infraestructura digital y capacitación del personal. Potenciar el uso de la georreferenciación podría fortalecer significativamente la capacidad del Estado para diseñar intervenciones más efectivas, focalizadas y equitativas.

Respondiendo a estas carencias, Cuido60 ha desarrollado el Mapa de oferta de servicios y programas para la atención de las personas

mayores y sus cuidadores en Cuba, a partir del año 2021, con el propósito de informar a investigadores, proveedores y familias sobre la disponibilidad, distribución y tipo de servicios de cuidados y atención a personas mayores (Acosta, Angel y Lache, 2023). Su objetivo es facilitar la conexión entre personas mayores, organizaciones de la sociedad civil y cuidadores con los servicios disponibles en su localidad, abarcando áreas como alimentación, salud, capacitación para cuidadores, educación, entre otros. Desde su lanzamiento, el mapa ha experimentado varias actualizaciones y mejoras en su clasificación, así como cambios de plataforma, para facilitar su interpretación para los visitantes. Estos ajustes han permitido una mejor usabilidad y acceso a la información, garantizando que los datos puedan reflejar con mayor precisión la realidad de los servicios disponibles.

4.1 Definición de categorías

Clasificación de entidades prestadoras

Los servicios y programas de atención a personas mayores en Cuba son ofrecidos por diferentes tipos de entidades, que pueden ser públicas, privadas o de la sociedad civil. Estas se han clasificado en las siguientes categorías:

- **Instituciones estatales:** Incluyen organismos y programas gubernamentales que proveen servicios como alimentación, hogares de ancianos, centros de cuidado diurno y actividades de promoción, capacitación y sensibilización.
- **Instituciones educativas:** Escuelas, universidades y otros centros académicos que participan en la atención a personas mayores, especialmente a través de programas de acompañamiento psicológico, capacitación y sensibilización.
- **Instituciones religiosas:** Organizaciones vinculadas a la fe que ofrecen servicios de apoyo espiritual, acompañamiento psicológico, alimentación y, en algunos casos, centros de cuidado diurno y hogares de ancianos.

- **Emprendimientos y negocios privados:** Iniciativas privadas que ofrecen servicios de cuidados domiciliarios o en centros médicos y otros apoyos a personas mayores.
- **Sociedad civil:** Incluye organizaciones comunitarias, grupos de voluntariado y redes ciudadanas que brindan acompañamiento psicológico y/o espiritual, alimentación, apoyo a cuidadores, donaciones, recreación, capacitación y salud.

Clasificación del tipo de apoyos y servicios de cuidados

Los servicios disponibles en el mapa han sido organizados en distintas categorías para facilitar su identificación y acceso:

- **Alimentación:** Incluye comedores comunitarios, entrega de alimentos a domicilio y otras iniciativas de asistencia alimentaria.
- **Acompañamiento psicológico y/o espiritual:** Servicios de apoyo emocional, psicológico y espiritual para personas mayores y sus cuidadores.
- **Apoyo espiritual:** Espacios y programas brindados por instituciones religiosas para el bienestar emocional y espiritual.
- **Centro de cuidado diurno:** Espacios donde las personas mayores pueden recibir atención y participar en actividades durante el día.
- **Cuidadores:** Programas y servicios dirigidos a quienes brindan cuidados a personas mayores, incluyendo capacitación y apoyo.
- **Cuidados:** Atención domiciliaria y otros servicios destinados a personas mayores con necesidades específicas de cuidado.
- **Donaciones:** Programas de entrega de bienes materiales como alimentos, ropa o insumos médicos.
- **Hogar de ancianos:** Residencias donde las personas mayores reciben atención integral a largo plazo.
- **Lavanderías:** Servicios de lavado y cuidado de la ropa para personas mayores que lo necesiten.
- **Promoción, capacitación y sensibilización:** Actividades educativas y de concientización dirigidas a personas mayores, cuidadores y la comunidad en general.

- **Recreación, capacitación y/o sensibilización:** Espacios de ocio, aprendizaje y concienciación para mejorar la calidad de vida de las personas mayores.
- **Recreación:** Actividades culturales, deportivas y sociales diseñadas para el disfrute y bienestar de las personas mayores.
- **Salud:** Servicios médicos, terapias y otras atenciones sanitarias dirigidas a personas mayores.
- **Otros:** Servicios que no encajan estrictamente en las categorías anteriores, pero que contribuyen al bienestar de las personas mayores y sus cuidadores.

4.2 Selección de atributos

Para la caracterización de los servicios, se seleccionaron un conjunto de atributos (Tabla 5) de cada uno de los servicios y proyectos, con el fin de que las personas mayores, instituciones, organizaciones civiles etc., puedan encontrar la información suficiente para conocerlos y a su vez poder contactarlos.

Tabla 5. Atributos de los servicios

Atributos	Descripción
Nombre del servicio/proyecto	Nombre formal con el cual se reconoce el servicio/proyecto
Tipo de Servicio	Clasificación según categorías detalladas en Categorías de Entidades prestadoras.
Provincia	Ubicación del servicio según distribución territorial a nivel provincial.
Municipio	Ubicación del servicio según localización municipal.
Proveedor	Nombre de la institución en la que se aloja el servicio o programa, persona a cargo.
Dirección	Localización espacial del servicio (en casos de que sea un servicio virtual se pone la dirección de la sede principal o de la persona representante).
Contacto	Números telefónicos, redes sociales y correo electrónico.
Detalles	Descripción detallada de los servicios, objetivos y entrevistas disponibles.
Entidad	Tipo de entidad quien presta el servicio (ONG, organización comunitaria, institución estatal, religiosa, académica, etc.).
Coordenadas X e Y	Coordenadas de la ubicación exacta en el mapa.

Fuente: Acosta González & Angel (2023).

4.3 Fuentes de información

La información incluida en el mapa proviene de diversas fuentes y ha sido recopilada mediante un proceso en constante evolución, actualización y mejoría. En un inicio, se sistematizaron los proyectos de los que ya se tenía conocimiento, posteriormente, se incorporaron nuevas iniciativas a partir de entrevistas con responsables de proyectos, la consulta de medios de prensa y otras actividades de investigación realizadas durante el primer año de ejecución de Cuido60.

Actualmente, la principal vía de identificación de proyectos es desde la difusión en redes sociales y el aporte de terceros. A través de plataformas como Facebook, organizaciones y particulares publican información sobre servicios dirigidos a la población general, de los cuales se seleccionan aquellos con impacto en las personas mayores. Además, el crecimiento de Cuido60 ha facilitado que diversas personas envíen información sobre iniciativas locales, lo que ha permitido ampliar y actualizar la base de datos del mapa.

Para garantizar la veracidad y el detalle de la información recopilada, se han realizado por medio de contactos y alianzas con proyectos, monitoreo de redes sociales y páginas oficiales, como alternativa cuando no ha sido posible establecer contacto directo, con el fin de verificar la vigencia y operatividad de los proyectos.

Dado que la disponibilidad de los servicios está sujeta a cambios, el mapa de Cuido60 se actualiza de manera periódica. Muchos proyectos, especialmente de la sociedad civil, cesan sus operaciones debido a la falta de apoyo institucional, escasez de recursos o el cumplimiento de su propósito inicial. Para mitigar este problema, se mantiene un seguimiento continuo de las fuentes mencionadas, con el objetivo de ofrecer información actualizada y relevante a quienes consultan esta herramienta.

4.4 Sistematización de datos

En la fase inicial del proyecto, las coordenadas de los servicios se obtuvieron principalmente de OpenStreetMap, debido a su mayor nivel de detalle en Cuba. La localización se basó en información disponible en páginas oficiales, aunque en algunos casos fue necesario generar coordenadas aproximadas por la falta de direcciones actualizadas. Para la sistematización de datos, se utilizó Google MyMaps, creando capas diferenciadas por colores para facilitar la identificación de los servicios. Con el avance del proyecto y la necesidad de mayor precisión, se adoptó ArcGIS Online como herramienta principal. Actualmente, la información se recopila a través de redes sociales y contribuciones directas a Cuido60, complementando las fuentes oficiales.

Figura 3. Ejemplo de visualización del detalle informativo que se provee en el mapa sobre cada servicio georreferenciado.



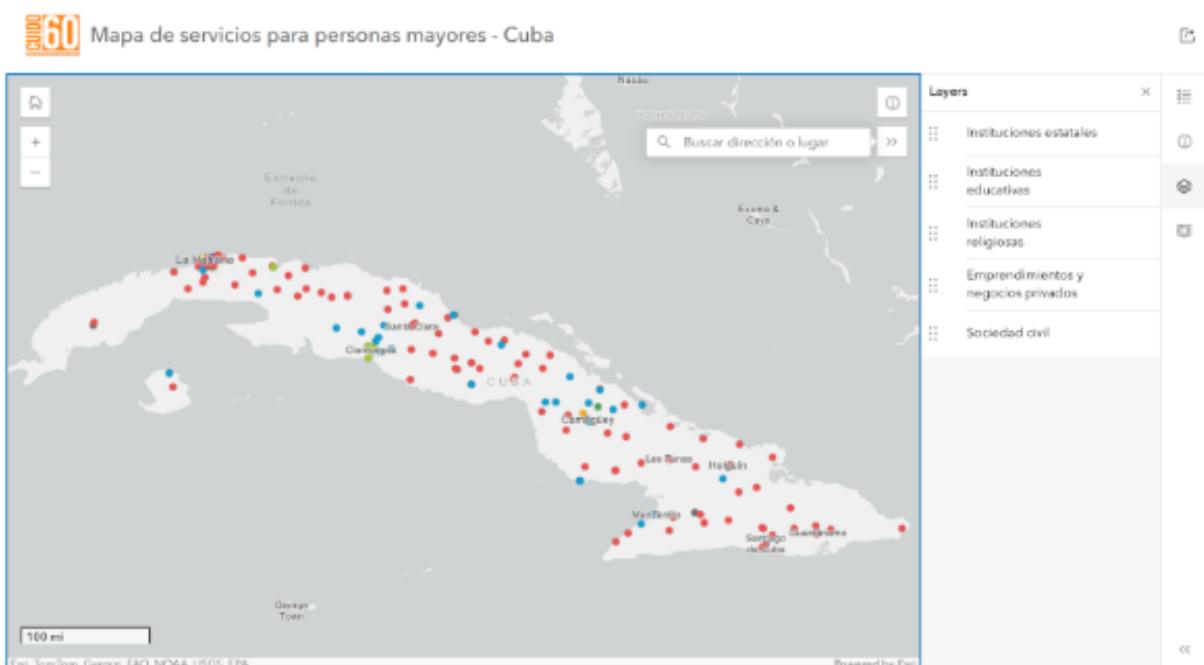
Fuente: Acosta, Angel y Lache (2023)

Los datos recopilados se estructuran y georreferencian dentro de ArcGIS Online, lo que permite una mejor integración con otras fuentes de información, análisis espacial más detallados y actualizaciones

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

periódicas de manera más eficiente. El uso de ArcGIS Online ha optimizado significativamente la visualización de los servicios disponibles en Cuba, manteniendo el objetivo original de Cuido60: conectar a las personas mayores y sus cuidadores con los programas y recursos que necesitan. Esta transición tecnológica también ha permitido mejorar la identificación de brechas en la oferta de cuidados, lo que facilita la toma de decisiones y la planificación de intervenciones en las zonas con mayores déficits de servicios.

Figura 4: Ejemplo de visualización en el mapa de distribución espacial de servicios y tipo de proveedores.



Fuente: Elaboración propia.

4.5 Brechas entre oferta y demanda de cuidados

El análisis de los servicios de cuidado para personas mayores en Cuba, basado en los datos disponibles del Mapa de servicios de Cuidados de Cuido60, revela importantes desigualdades entre las provincias al observar la relación entre la cantidad de servicios mapeados y la población mayor de 60 años. Este mapa, que se actualiza permanentemente, proporciona una visión general de la distribución de los servicios de cuidado en el país, aunque no representa toda la oferta existente, por las dificultades de obtener y

recopilar información en Cuba. Por lo tanto, la interpretación de los datos analizados corresponde únicamente a los servicios que han sido mapeados hasta el momento y no reflejan la totalidad de la oferta real en cada provincia.

Al comparar la población mayor con los servicios disponibles, se observa que provincias como La Habana, que concentra la mayor cantidad de adultos mayores del país (481.537 personas), también es la que tiene el mayor número de servicios mapeados (52). Esto sugiere cierta correlación positiva entre tamaño poblacional y cobertura, aunque con márgenes que aún evidencian necesidad de expansión. Le siguen provincias como Camagüey (169.631 adultos mayores y 22 servicios), Villa Clara (190.737 adultos mayores y 15 servicios) y Granma (173.823 adultos mayores y 10 servicios), donde la relación entre población envejecida y oferta mapeada es menos equilibrada.

En cambio, otras provincias con poblaciones significativas de personas mayores como Holguín (225.780 adultos mayores) y Santiago de Cuba (219.219), tienen solo 8 y 9 servicios mapeados respectivamente. Esto implica una gran brecha en la cobertura si se considera la cantidad de personas potencialmente demandantes. Pinar del Río (132.158 adultos mayores) y Artemisa (102.209 adultos mayores) tienen solo 2 servicios mapeados cada una, lo que representa 1 servicio por cada 66,079 y 51,104 personas mayores, respectivamente, evidenciando una baja cobertura documentada. Por su parte, Guantánamo (102.002 personas mayores) cuenta con 5 servicios mapeados, y Las Tunas (116.647 personas mayores) con solo 7.

Por otro lado, provincias más pequeñas como Cienfuegos, con 88.825 personas mayores, tienen 34 servicios mapeados (una proporción de 1 servicio por cada 2.615 adultos mayores), lo que sugiere una cobertura significativamente mayor en relación con su tamaño poblacional. Camagüey también presenta una cobertura relativamente más favorable, con 1 servicio por cada 7.707 adultos mayores.

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Esta desproporción evidencia que las provincias con mayor población mayor no siempre coinciden con las que tienen mayor oferta de servicios mapeados, revelando zonas críticas donde se requiere una expansión prioritaria de la oferta, así como un mayor esfuerzo de mapeo. La Habana, por ejemplo, lidera en número de servicios mapeados, pero su densidad poblacional también exige una cobertura mucho mayor. En el otro extremo, provincias como Mayabeque (82,162 personas mayores y 6 servicios mapeados) o Ciego de Ávila (88,754 personas mayores y 8 servicios) muestran también una cobertura limitada.

En cuanto al análisis por tipo de servicio, el Mapa de servicios de Cuidados de Cuido60 revela una diversidad de modalidades de atención disponibles para adultos mayores. Los tipos de servicios más comunes incluyen hogares de ancianos, centros de cuidado diurno y servicios complementarios como alimentación, acompañamiento psicológico y otros tipos de apoyo. Según los datos, los hogares de ancianos son los servicios más frecuentes, con un total de 119 unidades en todo el país. Estos servicios son esenciales para adultos mayores que requieren atención las 24 horas debido a su nivel de dependencia y vulnerabilidad. En segundo lugar, se encuentran los centros de cuidado diurno, con 32 unidades, que ofrecen atención durante el día a personas mayores que no necesitan atención constante, pero sí vigilancia y apoyo durante algunas horas del día. Otros servicios como alimentación (29 servicios) y aquellos que combinan más de un tipo de atención (13 servicios) también están disponibles, lo que refleja una oferta diversa.

Además, existen servicios menos frecuentes como el acompañamiento psicológico (5) y el apoyo espiritual (1), que son fundamentales para el bienestar emocional de los adultos mayores. Otros servicios como recreación (1), capacitación (2) y donaciones (5) también están presentes, aunque en menor número.

De acuerdo con los datos del Mapa de servicios de Cuidados de Cuido60, los servicios más esenciales y que deberían recibir mayor

atención son los hogares de ancianos y los centros de cuidado diurno. Estos servicios son fundamentales para garantizar la atención continua de los adultos mayores más vulnerables. Los hogares de ancianos proporcionan cuidado para aquellos que no pueden vivir de forma independiente, mientras que los centros de cuidado diurno ofrecen una opción para quienes pueden pasar la noche en casa, pero necesitan apoyo durante el día. El acompañamiento psicológico y el apoyo espiritual también son cruciales, ya que los aspectos emocionales y espirituales del envejecimiento son esenciales para la salud mental y el bienestar de los adultos mayores. Aunque estos servicios son menos representados, su importancia no debe subestimarse. Servicios como alimentación, recreación y capacitación también son importantes, ya que contribuyen a mantener a los adultos mayores activos y a mejorar su calidad de vida.

En relación con la entidad proveedora, en Cuba los servicios de cuidado para adultos mayores son brindados por una variedad de entidades, cada una con su propio enfoque y disponibilidad. El Estado es el principal proveedor de estos servicios, con un total de 162 servicios dedicados a la atención de adultos mayores. Sin embargo, dada la insuficiencia de recursos y la falta de cobertura en muchas provincias, otras entidades han buscado llenar esos vacíos para complementar la atención y asegurar el bienestar de esta población vulnerable.

Las instituciones religiosas se han convertido en un apoyo clave, con 39 servicios proporcionando servicios de cuidado, especialmente en áreas donde la infraestructura estatal es limitada. Estas instituciones suelen ofrecer asistencia en aspectos como acompañamiento espiritual y social, lo que es esencial para los adultos mayores, especialmente aquellos que enfrentan soledad o aislamiento. La sociedad civil también ha jugado un papel relevante, con 17 servicios que proporcionan apoyo a los adultos mayores, especialmente en actividades recreativas, educativas y de acompañamiento. Además, las instituciones privadas han emergido con 4 servicios que contribuyen con servicios especializados, aunque en menor cantidad.

debido a las restricciones del sistema cubano. Las instituciones educativas también están involucradas, aunque en menor medida, con 2 instituciones proporcionando apoyo en áreas como la capacitación y la sensibilización hacia el envejecimiento.

Dado que el sistema estatal no ha logrado cubrir todas las necesidades de los adultos mayores, las instituciones religiosas, y la sociedad civil han sido fundamentales para llenar estos vacíos. Estas entidades complementan el cuidado brindado por el Estado, especialmente en áreas de apoyo emocional, social y espiritual. Aunque las instituciones privadas y educativas representan una pequeña fracción en cuanto a la provisión de servicios, su presencia demuestra la diversificación de los actores involucrados en la atención a los adultos mayores. La capacidad de estas entidades para proporcionar servicios específicos y especializados puede ser clave en la mejora de la atención, particularmente en áreas donde los servicios públicos no son suficientes.

En conclusión, el Mapa de Servicios de Cuidados de Cuido 60 permite visualizar, aunque de forma parcial, la realidad actual del cuidado de las personas mayores en Cuba. La información mapeada hasta el momento muestra brechas significativas entre la oferta y la demanda, especialmente en territorios con alta población envejecida y baja cantidad de servicios mapeados. Además, se evidencia la necesidad de fortalecer los servicios esenciales como hogares de ancianos, centros de día y acompañamiento emocional. La diversificación de actores, con un rol destacado de las organizaciones religiosas y de la sociedad civil, debe seguir fortaleciéndose, garantizando así un enfoque más integral y equitativo para el bienestar de las personas mayores en todo el territorio nacional.

5. Consideraciones finales y recomendaciones de política

El uso de herramientas de georreferenciación en el mapeo de servicios de cuidados para personas mayores es clave para generar

información oportuna y sensible territorialmente para en primer lugar, visibilizar y sensibilizar públicamente acerca de las necesidades de servicios y apoyos en cada territorio, hasta el nivel más cercano a la comunidad de la persona que lo requiere. Al mismo tiempo, permite identificar los recursos y organizaciones existentes en la comunidad, ya sea para ponerles en contacto con nuevas personas que requieran asistencia, para conocer sus necesidades organizacionales y brindarles mayores apoyos o recursos, o para articularlos mejor con el resto de la oferta existente.

En ambos casos analizados, las estrategias de mapeo, con sus diferencias metodológicas y de recursos, han permitido avanzar en la realización de diagnósticos más comprensivos sobre la oferta realmente existente y la diversidad de proveedores, así como la demanda potencial en cada territorio. Además de ser una potente herramienta informativa y de investigación, también constituye un excelente insumo para el diseño y planificación de política pública, así como la optimización en la asignación de recursos.

En el caso chileno, para fortalecer el análisis espacial y la planificación de los servicios de cuidado para personas mayores, es fundamental avanzar hacia una mayor estandarización y actualización de los registros administrativos que permita vincular y consolidar bases desde distintas fuentes sin duplicidad de esfuerzos. Específicamente, se sugiere fortalecer la capacidad de diferentes sistemas de registro de información, bases de datos y plataformas institucionales para comunicarse entre sí, intercambiar información y utilizar esos datos de forma conjunta y coherente.

Aplicado a los servicios de cuidado de personas mayores y la georreferenciación en Chile, esto significa que los datos del RSH, MINSAL, SENAMA, municipalidades, y otras instituciones relacionadas, puedan conectarse entre sí sin necesidad de procesamiento manual de cada persona que accede a los datos. Si bien el [mapa de cuidados provisto por el Ministerio de Bienes Nacionales del Gobierno de Chile](#)

consolida parte de la oferta de cuidados, ésta no se complementa con la demanda potencial. Solo es posible acceder a información sobre la demanda a través de convenios concursables del Ministerio de Desarrollo Social y Familia por parte de investigadores externos al gobierno, lo que restringe el acceso a un selecto grupo de investigadores.

Idealmente, los datos sobre centros de cuidado registrados en un ministerio podrían ser cruzados automáticamente con la información demográfica o territorial de otros ministerios. Esto implicaría contar con formatos comunes, códigos territoriales estandarizados, y estructuras de datos compatibles entre distintas instituciones. Así, se permitiría un análisis más eficiente y completo de la oferta y demanda de cuidados, sin perder tiempo ni precisión por incompatibilidades técnicas o administrativas entre bases de datos.

Adicionalmente, se recomienda fortalecer el mecanismo de recolección periódica de datos sobre personas en situación de dependencia y sus cuidadores del RSH, asegurando su desagregación territorial y mejorando la calidad del autorreporte. Asimismo, es necesario revisar y perfeccionar la construcción de la variable de dependencia, incorporando escalas de evaluación más precisas, que permitan la comparabilidad y que sean más sensibles para capturar cambios en la situación de dependencia de las personas y sus necesidades de cuidados. Estas mejoras permitirían orientar decisiones de política pública basadas en evidencia local y pertinente a cada territorio.

Adicionalmente, se recomienda avanzar en el desarrollo de una infraestructura de datos geoespaciales del Estado. Esto implica definir estándares comunes entre instituciones públicas y privadas para la georreferenciación de servicios, garantizar la trazabilidad temporal de su funcionamiento (como fechas de apertura y cierre) en conjunto con su capacidad, y armonizar la codificación de unidades territoriales, superando las limitaciones derivadas de cambios administrativos en la delimitación de unidades geográficas.

Finalmente, estas acciones deben estar acompañadas por un análisis de políticas complementarias que aseguren el acceso efectivo a los servicios de cuidado, como mejoras en la conectividad, transporte público y subsidios para personas mayores y sus cuidadores en zonas alejadas. Todo ello, debería ser también georreferenciado e incluido en los mapas de cuidado de personas mayores para también informar acerca de la accesibilidad.

En el caso cubano, particularmente, el Mapa de Servicios de Cuidados de Cuido60 ha permitido identificar parte de la oferta existente, así como zonas con acceso limitado a los servicios, proporcionando una base de datos esencial para la toma de decisiones en un contexto de envejecimiento acelerado y cobertura desigual. Uno de los hallazgos más relevantes obtenidos a partir del análisis georreferenciado es la desigual distribución de los servicios en el territorio nacional. Mientras provincias como Cienfuegos y Camagüey presentan una mejor cobertura relativa, otras como Pinar del Río, Artemisa, Holguín y Santiago de Cuba muestran una oferta significativamente menor en relación con su población mayor. La georreferenciación permite no solo identificar estas brechas, sino también evaluar con mayor precisión las zonas que requieren intervenciones prioritarias.

Además de las disparidades geográficas, la georreferenciación realizada por Cuido60 ha evidenciado que la oferta de servicios está concentrada en oferta pública estatal de larga duración o centros de cuidado diurno, dejando en segundo plano otros servicios esenciales como el acompañamiento emocional, la recreación y la capacitación a cuidadores. Al mismo tiempo, ha sido un logro del mapa poder visibilizar la creciente oferta de la sociedad civil, así como la emergente provisión desde el sector privado, de las cuales no existía un registro sistemático previo a este ejercicio. Esto ha permitido identificar la diversidad creciente de actores involucrados en la provisión de cuidados, destacando el papel central del Estado, pero también el aporte complementario de organizaciones religiosas, comunitarias y, en menor medida, entidades privadas y educativas.

El procedimiento utilizado y sus resultados pueden servir como guía metodológica para el estudio de la oferta y demanda de los cuidados en diferentes grupos poblacionales (población infantil, con discapacidad, etc.) y sus territorios en la isla, ya sea por parte de instituciones gubernamentales, como de organizaciones civiles. A partir de los resultados, pueden realizarse diagnósticos relativamente rápidos y de bajo costo, por parte de organizaciones e instituciones públicas o privadas en vistas de focalizar la intervención. Por otra parte, facilita a las instituciones, organizaciones, personas mayores, familias, investigadores y cuidadores contar con información de relativo fácil acceso, debido a las facilidades tecnológicas proporcionadas por la herramienta utilizada, cuya información es visualmente más fácil de poder identificar y usar.

Uno de los principales desafíos para el caso cubano es avanzar en el uso de herramientas geoespaciales para incorporar información sobre la demanda de cuidados, ya que ilustra el caso chileno y otros de la región, permiten completar el diagnóstico no solo identificando donde se encuentran los servicios, sino también si son suficientes y adecuados para la demanda existente tanto de parte de las personas que requieren cuidados como de los cuidadores.

En términos de recomendaciones de política, es urgente la necesidad de una redistribución territorial los servicios de cuidados, así como la desconcentración de las iniciativas, de modo de poder facilitar que las personas mayores que se encuentran en otras provincias y localidades más aisladas puedan acceder a la atención, recursos o servicios necesarios para su bienestar. Esto requiere la promoción y apoyo estatal para las organizaciones no gubernamentales que prestan estos servicios, así como el fomento del sector privado. Implica además la generación de marcos normativos que permitan la legalización (una ley de asociaciones, por ejemplo) de muchas de estas iniciativas y garanticen su operación sin las enormes dificultades y trabas con las que tienen que operar en la actualidad.

En cuanto a las limitaciones y alcances en el uso de estas herramientas en Cuba, se debe tener en cuenta las barreras para

acceder a algunos datos de servicios estatales que no son de disponibilidad pública, además de su dispersión, desactualización y falta de detalles. A ello, se suman las dificultades para recopilar información de los distintos proyectos, programas e iniciativas que emergen desde la sociedad civil, así como la intermitencia en el funcionamiento de algunos, lo que impacta sobre la actualización de los datos. Los déficits legales, dificultades y carestías de los servicios de internet, así como los temores derivados del altísimo control estatal sobre este tipo de iniciativas, entorpecen la comunicación y construcción de registros y bases de datos de servicios de cuidados, con disponibilidad pública.

En vistas de lo anterior, se recomienda que, en términos de política pública se mejoren la disponibilidad y accesibilidad de la información sobre los servicios que provee el Estado, se facilite el trabajo de actores no gubernamentales, se amplíen y mejoren los marcos normativos para su adecuado funcionamiento y se promuevan mecanismos de fiscalización ciudadana de la información proporcionada. El acceso a la información de los servicios de cuidado es un derecho fundamental que debe garantizarse a la población mayor y sus cuidadores, de modo tal que puedan tomar decisiones informadas sobre las distintas opciones o modalidades de cuidado y sus proveedores.

Referencias

Acosta González, E., & Angel, S. (Eds.). (2023). "El Mapa de Cuidados en Cuba: una herramienta para la visibilización y planificación territorial de los servicios de cuidado". En: Cuidados y agencia de la sociedad civil en Cuba: Aprendizajes internacionales, experiencias locales y desafíos éticos. Universidad Sergio Arboleda.
ISBN: 978-958-5158-77-1.

Acosta, E.; Angel, S. y Lache, A. (2023). La construcción de un mapa de servicios e iniciativas de cuidados para personas mayores en Cuba, En Elaine Acosta González y Sergio Angel Eds., Cuidados y agencia de la sociedad civil en Cuba: aprendizajes internacionales, experiencias locales y desafíos éticos, pp. 261-290, Bogotá: Universidad Sergio Arboleda.

Albizu-Campos, J. C. (2023). La caída de la esperanza de vida al nacer en Cuba. De la crisis sanitaria a la humanitaria, Horizonte Cubano, Columbia Law School: Cuba Capacity building Project, disponible en <https://horizontecubano.law.columbia.edu/news/la-caida-de-la-esperanza-de-vida-al-nacer-en-cuba-de-la-crisis-sanitaria-la-humanitaria>

Albizu-Campos, J. C. (2025). Cuba: ¿crisis demográfica o crisis sistémica?, Horizonte Cubano, Columbia Law School: Cuba Capacity building Project, disponible en <https://horizontecubano.law.columbia.edu/news/cuba-crisis-demografica-o-sistemica>

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>

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.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2022). Envejecimiento en América Latina y el Caribe: inclusión y derechos de las personas mayores (LC/CRE.5/3), Santiago: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). Observatorio Demográfico: Perspectivas poblacionales y cambios demográficos acelerados en el primer cuarto del siglo XXI en América Latina y el Caribe (LC/PUB.2024/22-P). Santiago: CEPAL.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) & Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Argentina. (2022). Mapa Federal del Cuidado en la Argentina: construcciones conceptuales y usos (LC/TS.2022/173-LC/BUE/TS.2022/18). CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/31555a6e-45e9-4e38-8728-3fc6e426131/content>

De los Santos, D. (2022). Mapeando Cuidados: Herramientas Innovadoras para la Georreferenciación de Oferta y Demanda de Cuidados en América Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2022-08/PNUD-SDGDoc-14-es.pdf?utm_source=chatgpt.com

Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) (2022). Ministerio de Desarrollo Social y Familia- Chile. Disponible en <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endide-2022>

Mapeo de oferta y demanda de servicios de cuidados para personas mayores

Morales, E., & Vargas, A. M. (2023). Manzanas de cuidado de Bogotá. Instituto Internacional para la Democracia y la Asistencia Electoral (ICLD). Recuperado de <https://icld.se/wp-content/uploads/media/casobogotaesp.pdf>

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>.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS. disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2019). El Envejecimiento de la Población. Cuba y sus territorios. La Habana: ONEI.

Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI). (2024). El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios 2023 (Edición agosto 2024), La Habana: Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI).

ONU Mujeres & CEPAL. (2021). Hacia la Construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe: Elementos para su Implementación. Oficina Regional para las Américas y el Caribe de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Signatura CEPAL: LC/TS.2022/26. https://oig.cepal.org/sites/default/files/s2200187_es.pdf?utm_source=chatgpt.com

Orozco, M. E. (2024). Propuesta para un Sistema de Cuidados. Documento de Política Pública No. 02, Centro de Estudios Espinosa Yglesias, disponible en <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2024/04/02-Orozco-2024.pdf>

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>

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.

Villalobos, P. (2019). Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. Revista médica de Chile, 147(1), 83-90. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100083>.

