



2. Segundo pilar: servicios públicos para el desarrollo de capacidades humanas

Además de la garantía del ingreso, es necesario abordar otros aspectos en los que se manifiesta la pobreza como déficit de ejercicios de derechos. Allí radica la necesidad imperiosa de invertir en servicios para el desarrollo de las capacidades humanas como parte de una robusta estrategia de superación de la pobreza. Estos servicios no sólo tienen una función presente, sino que también se erigen en herramientas para frenar la transmisión intergeneracional de la pobreza, ayudando tanto a alcanzar umbrales presentes de bienestar como a la inserción sociolaboral en el mediano y largo plazo. En consecuencia, esta sección aborda cuestiones fundamentales de políticas públicas orientadas a garantizar el acceso de calidad a los servicios de educación, salud, hábitat y cuidado.

a) Educación

En las décadas recientes, los avances en expansión de la cobertura y el acceso educativo en la región han evidenciado su estratificación social. Los logros educativos se ordenan en función de los niveles de ingreso de las familias de los niños, niñas y adolescentes, como también de otras categorías tales como la identidad racial y étnica, el lugar de residencia, el género y la orientación sexual (CEPAL-UNESCO, 2020)

Se constatan tres brechas educativas relevantes, necesarias de ser enfrentadas en una estrategia de superación de la pobreza (García Jaramillo, 2020). En primer lugar, una brecha de aprendizajes. En promedio, el 50,8% de los niños y niñas hasta 10 años no posee las competencias de lectura para entender un texto simple, variando desde el 36,8% en Chile hasta el 74,4% en la República Dominicana, el Paraguay y Honduras. En segundo lugar, hay una brecha de cobertura y permanencia. En el nivel preescolar, la cobertura es superior al 80% en países como el Brasil, Costa Rica y el Uruguay, pero no llega al 50% en otros como Guatemala y el Perú (García Jaramillo, 2020). Algo similar ocurre en el nivel secundario: mientras que la tasa promedio de terminación de la secundaria básica en la región es de 78% y la de secundaria media de 62%, algunos países tienen tasas del 40%, con grandes brechas en la dimensión territorial al interior de los límites nacionales (García Jaramillo, 2020). En promedio regional, la probabilidad de concluir el ciclo secundario superior es cinco veces mayor entre los alumnos de los dos primeros niveles de ingreso en relación con los de los dos últimos deciles (UNESCO, 2020). Finalmente, la tercera brecha es la de disponibilidad de recursos para el aprendizaje. En 2018, menos del 74% de las y los adolescentes de hogares en el quintil más pobre tenía un espacio para estudiar en el hogar, frente a más del 86,5% de los del quintil más alto. Algo similar ocurre con dispositivos electrónicos y acceso a conectividad (García Jaramillo, 2020).

Los dos niveles más desafiantes en términos de cobertura y calidad de la prestación educativa son el preescolar y el secundario, sin negar por ello la relevancia del terciario y su impacto en el incremento de las capacidades para una inserción laboral productiva y de calidad. Dado que el preescolar se abordará en la subsección sobre políticas de cuidado, este apartado se concentrará en las políticas que se llevan adelante para ampliar la cobertura, reducir la deserción y potenciar la revinculación con el nivel secundario en América Latina y el Caribe, sin perder de vista el gran desafío de la época en materia de los sistemas educativos ante la irrupción del COVID-19⁵.

Es necesario tener presente que la masividad del nivel secundario es un fenómeno relativamente reciente. Sin embargo, los formatos escolares originarios no fueron modificados sustantivamente, lo que los hizo entrar en tensión con la masividad que generaron las políticas de ampliación (Rivas, 2015). En general, para abordar esta tensión, los gobiernos llevan adelante dos tipos de política, las que se pueden calificar en políticas extensivas y las intensivas (Terigi, 2012). Las primeras asumen la forma de políticas que generan mecanismos para el sostenimiento de las trayectorias educativas de los adolescentes, tales como transferencia de ingreso o la adición de horas de tutoría extracurriculares. Las segundas, en cambio, tienen como objetivo la alteración de las dimensiones del formato escolar que típicamente se asocian al abandono escolar, tales como el currículo, las modalidades de asistencia y el sistema de calificaciones, entre otros. Las políticas extensivas son las más frecuentes, dado que requieren de menor grado de innovación y son menos costosas desde el punto de la economía política del sector educativo. Sin embargo, es la combinación de la modificación del formato escolar con las estrategias de sostenimiento de trayectorias la que puede lograr un efecto masivo y duradero en el tiempo (Acosta, 2019).

Para dar cuenta de cuáles son las mejores políticas que pueden lograr la permanencia escolar de los adolescentes y la adquisición de aprendizajes efectivamente vinculados con sus trayectos educativos y laborales futuros, es fundamental distinguir los factores de exclusión que operan en el abandono escolar. Estos pueden dividirse entre endógenos y exógenos al sistema escolar.

Factores de exclusión endógenos

En primer lugar, los estudiantes que no se sienten apoyados en sus escuelas tienen mayor probabilidad de abandono. El maltrato, acoso, la violencia de género y la discriminación, tanto de pares como de personal docente y no docente puede conducir a la desmoralización y la deserción (Cunningham, 2008). Las intervenciones que pueden abordar esta situación son las asociadas a la mentoría y la orientación. La aproximación debe tener, según la evidencia disponible, dos atributos fundamentales: ser holística y personalizada.

⁵ El primer efecto directo es la interrupción de las clases presenciales, dado que la enorme mayoría de los espacios educativos cerraron en marzo de 2020. En América Latina y el Caribe, de un total de 33 países 32 cerraron sus instituciones educativas, lo que afectó a más de 165 millones de estudiantes de todos los niveles. Para mayor información véase la sección sobre "Cierre de centros educativos, educación a distancia y brecha digital" en el Panorama Social 2020 de la CEPAL. Disponible [en línea] https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46687/S2100150_es.pdf. El cierre de las escuelas tiene un efecto directo sobre los años de escolaridad. Independientemente de otros efectos vinculados con la seguridad alimentaria, la exposición a la violencia, la salud mental y el desarrollo de redes de pares, las estimaciones apuntan a que, si al impacto sobre el rezago escolar se suma el mayor riesgo de abandono, en promedio se perderán entre 0,6 y 0,9 años de escolaridad luego de un cierre de 5 o 7 meses, respectivamente (Azevedo y otros, 2020).

El segundo factor se relaciona con la insuficiencia de ingresos y el costo de oportunidad que implica no estar trabajando, aspectos que potencian la desvinculación escolar (Josephson, Francis y Jayaram, 2018). Las presiones económicas son la forma más común en la que los hombres jóvenes pasan a una trayectoria que los termina desvinculando tanto de los servicios educativos como del mercado de trabajo (de Hoyos, Rogers y Székely, 2016). A pesar de que, en promedio, las mujeres tienen mejores indicadores educativos que los varones en todos los países de la región, cuando el nivel de ingresos interactúa con la pertenencia a una minoría étnica y/o la ruralidad, la relación se invierte. Además de patrones culturales y expectativas familiares, la responsabilidad de las tareas de cuidado no remunerado que cae prioritariamente sobre ellas juega un rol en explicar esa situación (Román, 2013). Esto se puede abordar a través de los PTC, políticas de becas y de subsidios al transporte o a la compra de útiles y vestimenta escolares también contribuyen a potenciar la revinculación de adolescentes al sistema escolar, sobre todo aquellas que demoran el pago hasta el momento de cumplimiento de ciertos hitos educativos (Almeida, Fitzsimons y Rogers, 2015).

Ejemplo de políticas de revinculación escolar para personas vulnerables

Sistema Interactivo Transformemos Educando (Colombia)	
Descripción	Dimensión institucional
<p>El Sistema Interactivo Transformemos Educando (SITE) es un plan de reinserción al sistema de educación formal basado en un esquema semipresencial que conjuga material didáctico adaptado, formación de docentes, software y aulas interactivas. Se empezó a implementar en el año 2003. Se centra en una perspectiva que contempla las particularidades de la educación orientada a adultos y se adapta a los contextos sociales y culturales. A través de esta estrategia, más de 340.000 jóvenes se han revinculado a la educación formal en más de 25 departamentos del país.</p>	<p>La dimensión institucional a resaltar es la organizacional. El SITE implicó una transformación de la modalidad de organización del sistema educativo, con el fin de dotar de mayor autonomía a las escuelas para diseñar sus materiales pedagógicos adaptados a la realidad de la población específica que requería una propuesta de revinculación. Esto se tradujo en currícula y materiales adaptados tanto lingüística como culturalmente en cuanto a la localidad en la que se encuentra la escuela. Además, teniendo en cuenta la situación de jóvenes y adultos, se idearon modalidades de asistencia específicas que no contravinieran sus rutinas diarias vinculadas con el trabajo y las responsabilidades familiares, así como dinámicas de aprendizaje basadas en el apoyo entre pares, la mentoría y la virtualidad.</p>

Fuente: P Coto (2016), "Inspiraciones alcanzables: 15 políticas educativas destacadas en América Latina", CIPPEC e Instituto Natura. Disponible [en línea] <https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/1004.pdf>.

b) Salud

La matriz de desigualdad que caracteriza a América Latina y el Caribe también se reproduce en la dimensión de los déficits de salud, sea en materia de acceso como de resultados. La pobreza es causa y consecuencia de los déficits de ejercicios de derechos vinculados con la salud, y es una de las vías de su reproducción dados los efectos sobre la acumulación de capacidades humanas y el incremento de la productividad (Abramo, Cecchini y Ullmann, 2020).

La incorporación a sistemas de salud observó un incremento a nivel regional desde inicios del siglo XXI, pero no libre de una estratificación por nivel de ingreso de las personas y variables como la etnia, el género o el lugar de residencia (CEPAL-OPS, 2020). Aún hoy persiste una diferencia de 37 puntos porcentuales en la cobertura de salud entre los deciles de menores y mayores ingresos (CEPAL, 2019)⁶.

Los sistemas de salud latinoamericanos y caribeños están subfinanciados, segmentados y fragmentados (CEPAL-OPS, 2020). La inversión promedio regional es de 3,7% del PIB, muy por debajo de los 6 puntos porcentuales recomendados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS). También existe un problema respecto de la distribución de los recursos, con grandes déficits en el nivel primario de atención, que en muchos casos no llega al 30% del gasto público, umbral definido como recomendable por la OPS. Esto aumenta la inversión de bolsillo que deben hacer las familias: cerca de un tercio del financiamiento de la atención de salud proviene de pagos directos de los hogares, y casi 12 millones de personas se empobrecieron debido a este tipo de erogaciones (OCDE-Banco Mundial, 2020).

⁶ Son pocos los países de la región que cuentan con sistemas universales de cobertura de salud. Entre ellos se destacan Cuba y el Brasil. Otros, como la Argentina, han hecho avances significativos en las últimas décadas a través de la articulación, no siempre sistémica, de los subsistemas privados y públicos.

Un problema adicional es la organización de los servicios, que adquiere una lógica fragmentada con subsistemas públicos con déficits en recursos humanos e infraestructura, y subsistemas privados que, a su vez, son altamente heterogéneos respecto de su costo y calidad (Almeida y otros, 2018). Además, la falta de prácticas intersectoriales y de articulación territorial con servicios sociales y educativos impide un abordaje integral de la salud que permita enfocarse en el conjunto de determinantes de las morbilidades, especialmente en las áreas geográficas más desaventajadas.

Para fortalecer los sistemas de salud de la región es necesario tener en cuenta ciertos principios ordenadores, asumiendo no obstante que cada país parte de una línea base específica y tiene capacidades fiscales y organizacionales diferentes para poder progresar en los aspectos críticos del sector (OPS, 2014).

El primer principio es el de ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y las comunidades. El nodo central de esta línea estratégica es el fortalecimiento del primer nivel de atención, la atención primaria de salud, con especial foco en la transformación de los modelos de gestión de los servicios de salud para facilitar su capacidad resolutoria y sus acciones de promoción y prevención.

El segundo principio se vincula con la rectoría sectorial de los sistemas de salud y de los componentes que los integran. Esto es condición necesaria para estrategias que subsanen los déficits vinculados con el financiamiento, la fragmentación y la segmentación antes mencionados. También hay espacio para innovar en mecanismos de incentivos para los establecimientos de atención a la salud, con el fin de potenciar sus actividades de promoción y prevención de la salud con foco en la atención de las poblaciones más vulnerables, mejorando en el proceso los sistemas de información.

En tercer lugar, está el principio vinculado con el financiamiento de los sistemas de salud y la eliminación del pago directo (o gasto de bolsillo) para prestaciones definidas como básicas por parte de la autoridad competente. En esa línea, los gobiernos deberían idear planes de financiamiento para cumplir con el umbral del 6% del PIB invertido en la atención a la salud, y una distribución de esos recursos que priorice el primer nivel de atención y trascienda la lógica reactiva de tratamiento para centrarse en la prevención con un enfoque participativo y comunitario.

Finalmente, el cuarto principio se relaciona con la superación del sectorialismo típico de los sistemas sanitarios. El abordaje de la salud de forma integral requiere la comprensión de la totalidad de los factores asociados al bienestar físico, mental y emocional, lo que a su vez requiere de la articulación, tanto a nivel gerencial como operativo-territorial, de intervenciones sociales, educativas y comunitarias regidas por otros ministerios o secretarías.

Áreas de salud prioritarias para la superación de la pobreza

En el marco del acceso a la salud, existen tres situaciones que deben ser consideradas con especial cuidado en el caso de la población en situación de pobreza, tanto por el impacto presente que tienen sobre la probabilidad de salir de la pobreza y ejercer derechos plenamente, como de las consecuencias futuras que pueden tener para el alcance equitativo de umbrales de bienestar (Della Paolera, Biondi y Petrone, 2019).

La primera de ellas se relaciona con la seguridad alimentaria y la nutrición durante los primeros años de vida, un período crítico del desarrollo cognitivo, físico y psicoemocional de las personas, por lo que es necesario que los sistemas de salud redoblen esfuerzos en garantizar la atención temprana de los embarazos intencionales a fin de asegurar que la mujer embarazada y su eventual hijo/a gocen de una alimentación suficiente, rica en nutrientes y que promueva el desarrollo. La articulación con políticas sociales de seguridad alimentaria y transferencias de ingreso es fundamental en este sentido, cuestión que no debe descuidarse en ninguna etapa del ciclo de vida.

La segunda de ellas se relaciona con las denominadas enfermedades emergentes, tales como la tuberculosis y el mal de Chagas. Estas enfermedades son altamente prevenibles a través de inversiones en infraestructura y hábitat que reduzcan y eliminen los riesgos de exposición y habiliten servicios resolutorios que corten las cadenas de transmisión. La priorización de áreas geográficas particularmente vulnerables con campañas de comunicación y concientización son acciones complementarias que pueden permitir la erradicación de este tipo de males.

Finalmente, especial énfasis debe hacerse en las políticas de prevención del embarazo no intencional, sobre todo cuando ocurre en la adolescencia. Los embarazos tempranos están asociados con riesgos sanitarios y sociales tanto para las mujeres como para los recién nacidos, por lo que es necesario articular políticas que

incluyan programas de salud sexual integral, acceso irrestricto a anticonceptivos, sobre todo de larga duración, y sistemas judiciales y administrativos ágiles que permitan reparar la vulneración de derechos sexuales en caso de abusos. Las consejerías de salud sexual y reproductiva y las asesorías de salud en el sistema educativo son dos herramientas de política que han mostrado funcionar en la prevención del embarazo no intencional, por lo que se debería evaluar su escalabilidad con una estrategia de priorización territorial y comunitaria.

Ejemplos de innovaciones institucionales en las estrategias de salud

Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes (Uruguay)

Descripción	Dimensión institucional
En 2016, el Poder Ejecutivo Nacional del Uruguay lanzó la Estrategia Nacional e Intersectorial de Prevención del Embarazo No Intencional en Adolescentes con el objetivo de reducir la incidencia de este fenómeno. La estrategia se basa en componentes vinculados con campañas de comunicación para deconstruir mandatos asociados a los géneros, a potenciar la disponibilidad y el uso de métodos anticonceptivos de larga duración, y a generar instancias de consejería de salud sexual y reproductiva para tomar decisiones. El plan surge de un análisis pormenorizado y territorial de la incidencia del embarazo entre las adolescentes uruguayas y de la evaluación de los factores asociados. Los datos preliminares de la estrategia son muy alentadores: por primera vez luego de diez años de estancamiento, el indicador de nacimientos vivos cada 1.000 adolescentes descendió de un valor de 55 en 2014 a 36 en 2018.	La dimensión institucional a destacar es la organizacional. A partir del reconocimiento de la multicausalidad del embarazo en la adolescencia, se pensó una estrategia coordinada que involucró la voluntad política de las máximas autoridades sanitarias y educativas y la inclusión de numerosas agencias gubernamentales, tales como el Ministerio de Desarrollo Social, la Administración de Educación Pública, la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Instituto del Niño y del Adolescente, y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, entre otras. Se crearon mecanismos de coordinación como mesas de gestión central y sus réplicas a nivel departamental y territorial, a fin de que se pudiera hacer un seguimiento detallado del proceso de implementación, especialmente en las zonas de mayor incidencia del embarazo no intencional en adolescentes.

Fuente: Ministerio de Salud Pública (2020). *Memoria Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes Uruguay, 2016-2020*. Disponible [en línea] <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20de%20prevencion%20del%20embarazo%20no%20intencional%20en%20adolescente.pdf>.

Plan Sumar (Argentina)

Descripción	Dimensión institucional
El Plan Sumar se implementa en la Argentina desde 2012. Además de aumentar la cobertura de salud a grupos antes excluidos y ampliar la cantidad de prestaciones incluidas, SUMAR presenta un esquema de incentivos a los efectores de salud que puede contribuir a la mejora de las actividades de promoción y prevención que estos realizan. Su modelo de gestión se basa en el financiamiento federal en función de una cápita ajustada por resultados, y permitir que los centros de salud y hospitales decidan sobre el uso de esos fondos obtenidos por prestaciones facturadas en función de distintas categorías de gasto asociadas a las mejoras de infraestructura, insumos y pagos al personal. Entre los resultados premiados se incluyen la atención temprana del embarazo y su seguimiento, la efectividad del cuidado neonatal, la equidad intraprovincial en el seguimiento a la salud de niños, niñas y adolescentes, la prevención del cáncer cérvico-uterino y las inmunizaciones hasta los 24 meses, entre otras.	La dimensión institucional a destacar es la técnico-operativa. Con el fin de potenciar la adherencia de los centros de atención primaria a la salud y de los hospitales al Plan, y de fortalecer la eficacia del esquema de incentivos de financiamiento, se llevaron adelante capacitaciones en servicio a diferentes unidades de gestión de los ministerios de salud provinciales y de los establecimientos sanitarios. Esto supuso un esfuerzo tanto organizacional como técnico para adecuar los requerimientos a la infraestructura, los insumos y el personal disponible de cada centro.

Fuente: "Programa Sumar" Disponible [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>.

c) Hábitat

Los países de América Latina y el Caribe tienen una larga tradición en cuanto a la implementación de políticas conducentes a solucionar el déficit habitacional de las poblaciones en situación de vulnerabilidad social. Sin embargo, el concepto mismo de "déficit habitacional" ha ido mutando a lo largo del tiempo, partiendo de un abordaje estrictamente cuantitativo a uno que incorporó nociones cualitativas tanto endógenas de la vivienda como del contexto circundante y, más recientemente, de su vinculación con la ciudad (ONU Hábitat, 2015). Actualmente, se entiende que garantizar el derecho a la vivienda se vincula con requisitos mínimos de calidad material, espacio suficiente, acceso en condiciones de tenencia segura, confort, saneamiento y adaptación a las condiciones medioambientales del entorno, y vinculación con las oportunidades urbanas y sociales (lo que se relaciona con la localización, el acceso a transporte, fuentes de trabajo, equipamientos y espacios públicos), teniendo en cuenta la capacidad de pago de los diferentes grupos sociales (ONU Hábitat, 2015).

En el contexto de la pandemia, una dimensión fundamental es la del hacinamiento, en la medida en que potencia las probabilidades de contagio y reduce la posibilidad de garantizar un ambiente propio para llevar adelante actividades vinculadas con el estudio o el trabajo.

Más allá de estos avances jurídicos, los déficits persisten. En 2017, el acceso de la población al suministro de agua potable sin riesgos en áreas urbanas era inferior al 80%, y con grandes variaciones entre los países. Esta heterogeneidad también está presente en relación con la proporción de la población viviendo en asentamientos informales, variando desde alrededor del 5% en Costa Rica (en 2014) a casi 45% en Nicaragua y en el Estado Plurinacional de Bolivia (también en 2014) (Filgueira y otros, 2020). A pesar de que la última década atestiguó un incremento del acceso de los hogares urbanos a servicios básicos, los déficits promedio siguen siendo altos: mientras que el 95% tiene acceso a la electricidad, el guarismo era inferior para el saneamiento (62%), dimensión crítica para evitar enfermedades. A su vez, el acceso a Internet es fundamental para llevar a cabo actividades laborales y educativas ante la irrupción del COVID-19, pero las desigualdades entre países siguen estando presentes, con el 88% de los hogares cubiertos en Chile y apenas el 19% en El Salvador y Nicaragua (Filgueira y otros, 2020).

Un estudio comparativo que armonizó las mediciones de los países de la región estimó que el déficit habitacional regional es de aproximadamente 55 millones de viviendas, de las que la dimensión cuantitativa representa cerca de 16 millones y la cualitativa los 39 millones restantes (Sánchez Castro y Saldaño Narro, 2018). La desigualdad en el acceso reproduce las desigualdades de ingreso y territorio, pero también se ordenan según otras dimensiones como el género. En 13 de 17 países latinoamericanos analizados, las familias encabezadas por mujeres tienen menor probabilidad de acceder a la propiedad de una vivienda (Gandelman, 2009).

Las mejoras en la vivienda y el hábitat se vinculan con incrementos de bienestar, sobre todo en relación con la salud y la percepción de seguridad y bienestar. Una evaluación de un programa mexicano orientado a brindar materiales y asistencia para proporcionar pisos de concreto encontró un impacto sobre la salud física de los niños y niñas del hogar y la salud mental de las mujeres, incluyendo la reducción de la incidencia de enfermedades como la diarrea, la anemia y los parásitos (Galiani, Gertler y Undurraga, 2015). En el caso de una política de titularización de la propiedad en la Ciudad de Buenos Aires, se encontró que las familias que accedieron mejoraron su salud, mejora capturada por indicadores de aumento de peso de niños y niñas y la reducción del embarazo en la adolescencia (Galiani y Schargrodsy, 2010). Otro estudio experimental analizó cómo una solución habitacional de emergencia provista por una organización de la sociedad civil mejoró la calidad habitacional en tres países de la región (México, Uruguay y El Salvador) y también impactó en la mejora de la salud infantil (resultado válido solamente en dos de los tres países analizados). También hay consenso acerca de que el acceso al agua potable y los servicios de saneamiento sirven para combatir la incidencia de la diarrea y de infecciones respiratorias agudas entre la población urbana de bajos ingresos (Fray y Wellenstein, 2005). Las mejoras en la vivienda también se relacionan, según algunos estudios, con mejoras en indicadores educativos. Los niños y niñas que habitan en viviendas precarias tienen índices más bajos de matriculación, asistencia y desempeño escolar (Moreno, 2011; Rojas, 2014), mientras que variaciones positivas en la calidad de la vivienda se asocia con mejoras en el desarrollo educativo de los niños y niñas (Katzman, 2011).

¿Qué políticas suelen implementar los gobiernos de América Latina y el Caribe?

A partir de los aprendizajes obtenidos sobre diversos abordajes que predominaron en las décadas previas⁷, a principios del siglo XXI se ingresó en una fase caracterizada por buscar soluciones mixtas a través de subsidios a la demanda para la mejora cualitativa de las viviendas, inversiones en infraestructura en servicios y comunicación, y delegación de planes de vivienda social a niveles subnacionales de gobierno (Bonomo, Brain y Simioni, 2015). Nuevas tendencias, vinculadas con una reivindicación de los asentamientos informales como espacios de interacción social y generación de lazos comunitarios, condujo a la mejora de las condiciones del hábitat en este tipo de barrios, sin traslados forzados, con el objetivo de preservar las estructuras de oportunidades emergentes (Murray y Clapham, 2015). Sin embargo, no existieron avances asociados a la regulación del uso del suelo, lo que llevó a que las políticas de subsidio a la demanda y acceso

⁷ Bonomo, Brain y Simioni (2015) presentan brevemente las diferentes etapas que atravesaron las respuestas de política pública ante el déficit habitacional en América Latina y el Caribe. Estas pueden resumirse en tres: i) el protagonismo del Estado a través de la relocalización y la entrega de viviendas (1950-1970); ii) la regularización de la propiedad y el acceso a los servicios combinado con el paradigma de la vivienda como un proceso más que como un producto final (1970-1990) y iii) la participación del sector privado a través de un esquema ABC: ahorro, bono y crédito (1985-2000).

al crédito enfrentaran, sistemáticamente, el obstáculo de déficits de provisión de tierras privadas, teniendo el Estado que hacerse cargo a partir de la cesión o la venta en lugares periféricos de las ciudades. Estas nuevas estrategias vinculadas con el acceso a la vivienda en América Latina y el Caribe pueden resumirse en una serie de componentes (Bonomo, Brain y Simioni, 2015).

En primer lugar, algunos países siguen **estrategias de perfeccionamiento de la provisión de vivienda formal para los segmentos más vulnerables de la población**. La intención es aumentar la capacidad de pago de los hogares más vulnerables a través de la eliminación de las deudas hipotecarias y la creación de subsidios o bonos estatales para adquisición de propiedades. Generalmente, se prioriza a los grupos de menores ingresos, pero también a ciertas familias que por sus características enfrentan mayores obstáculos para acceder al mercado formal de viviendas, tales como personas con discapacidad, mujeres jefas de hogar y personas indígenas (Bonomo, Brain y Simioni, 2015). Un ejemplo es el caso del Fondo Solidario de Vivienda de Chile, que elimina completamente la deuda hipotecaria para el segmento más pobre de la población⁸. Colombia ha seguido un esquema similar mediante el programa 100.000 Viviendas Gratis, a través del cual entrega subsidios a familias vulnerables por el valor total de una propiedad con ciertas características. En el caso colombiano, se priorizó la asignación de los recursos a familias desplazadas por conflictos armados y también a hogares afectados por desastres naturales, además de familias de ingresos bajos⁹.

Otra iniciativa reciente se vincula con **programas de mejoramiento de barrios y autoconstrucción**. El objetivo es tanto la regularización de asentamientos informales como el mejoramiento de vivienda social construida durante etapas anteriores, sobre todo en zonas periféricas de la ciudad, con el fin de mejorar los déficits cualitativos y el acceso a los servicios. En general, incluyen componentes tales como la regularización y titulación de la propiedad, la provisión de infraestructura básica de servicios y el apoyo a la autoconstrucción mediante microcréditos y asistencia técnica (Bonomo, Brain y Simioni, 2015). Algunos ejemplos de esta iniciativa son el PROMEBA en Argentina¹⁰ y el *Morar Melhor* del Brasil.

Finalmente, una tercera estrategia se vincula con **producción de suelo para hacer más asequible el acceso a la vivienda**, habida cuenta del efecto que tiene la falta de disponibilidad de tierras y los mercados informales sobre los precios de terrenos para la construcción de viviendas cuyo costo la población más pobre pueda afrontar. Esta estrategia asume la forma de regulación del uso del suelo, estableciendo perímetros exclusivos para la construcción de viviendas asequibles o sistemas de cuotas de viviendas por localidad. En el Brasil, por ejemplo, existen las Zonas Especiales de Interés Social, en donde los municipios flexibilizan las regulaciones de uso y ocupación del suelo urbano con el fin de potenciar la formalización de asentamientos informales¹¹. En Colombia, por su parte, existen las Declaratorias de Desarrollo y Construcción Prioritaria¹², que establecen la obligación de destinar 20% del suelo urbano ocioso a la construcción de viviendas de interés social, con el fin de evitar la retención especulativa de terrenos sin explotar (Bonomi, Brain y Simioni, 2015).

De cara al futuro y atendiendo al conjunto de instrumentos específicos con las cuales cuentan los países de la región en este campo de política pública, resulta claro que el mayor reto será combinar sub-conjuntos de aquellos en forma virtuosa, atendiendo a las especificidades territoriales de cada caso. En primer lugar, se deben explorar modalidades de regulación del uso del suelo y esquemas impositivos que efectivamente contribuyan a la accesibilidad de la tierra para la construcción de viviendas económicamente accesibles por parte de las poblaciones de menores ingresos. En paralelo, una opción a examinar es aumentar los impuestos sobre las viviendas deshabitadas y los terrenos baldíos, con el fin de promover su uso orientado a la resolución de déficits cuantitativos (Goytia, Jorrat y Sanguinetti, 2014). En segundo lugar, es fundamental avanzar con los programas de mejoramiento urbano de los asentamientos informales desde un enfoque holístico en tres aspectos: asegurando el sostenimiento de los vínculos de referencia de las personas que habitan los espacios a

⁸ Más información [en línea] <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/37960-subsidio-para-comprar-una-vivienda-de-hasta-950-uf-llamado-individual-ds-n-49>.

⁹ Más información sobre el Programa 100.000 Viviendas Gratis [en línea] <https://www.urnadecristal.gov.co/gestion-gobierno/todo-lo-que-debes-saber-sobre-proyecto-de-vivienda-gratis>.

¹⁰ Véase [en línea] <https://www.argentina.gob.ar/interior/infraestructura-urbana/promeba>.

¹¹ Más información sobre este instrumento [en línea] <http://www.capacidades.gov.br/dicionario/index/letra/z>.

¹² Estas son de naturaleza distrital, siguiendo el marco de ordenamiento urbano nacional. Más información para la regulación del suelo urbano con fines de priorización de vivienda de interés social [en línea] <https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=43081>.

mejorar; mediante estrategias amplias que no sean específicas para determinados territorios o asentamientos, sin que ello signifique desconocer criterios de priorización en función de los riesgos habitacionales de cada lugar en particular; y a través del mejoramiento de las condiciones materiales endógenas que se combine con el mejoramiento de los entornos en los que se ubican las propiedades, con énfasis en la comunicación, el transporte y la facilitación de las oportunidades laborales y económicas que ofrece la ciudad. Finalmente, para el mejoramiento cualitativo de las viviendas, es preciso seguir una estrategia bimodal paralela. Esto significa, por una parte, atender las emergencias, que se han incrementado a partir de la irrupción de la pandemia del COVID-19, mediante estrategias innovadoras que provean de soluciones rápidas para el acceso a servicios (tales como subsidios de datos móviles o centros de WIFI, tendidos eléctricos de emergencia y camiones cisterna, entre otros) (Filgueira y otros, 2020). Por otra parte, se requiere una planificación urbana de mediano y largo plazo que contenga metas de inversión y cobertura concretas en términos de accesibilidad adecuada a los servicios sociales.

Ejemplos de políticas de acceso a la vivienda

Plan Nacional de Electrificación Social (Honduras)

Descripción	Dimensión institucional
El Fondo Social de Desarrollo Eléctrico (FOSODE) se creó en Honduras como componente de la Ley Marco del Subsector Eléctrico de 1994. En 2002 se formuló el Plan Nacional de Electrificación Social (PLANES), con el objetivo de avanzar en la provisión de electricidad a las comunidades rurales. El Plan se diseñó con metas de corto plazo (período 2003-2005) y metas de largo plazo (período 2003-2012). Contempla tanto la extensión de la red central de transmisión como la provisión de generadores independientes para promover el uso de energía renovable en comunidades muy aisladas o de población reducida.	La dimensión institucional a destacar es la organizacional en combinación con la técnico-operativa. En primer lugar, se destaca la integración del Plan en una Estrategia de Reducción de la Pobreza que facilita la coordinación entre sectores y la articulación de diagnósticos y recursos compartidos. En segundo lugar, resultó útil contar con las capacidades técnico-operativas necesarias para realizar diagnósticos preliminares de comunidades rurales que permitieran una decisión más eficiente en términos de elegir el tendido eléctrico o la provisión de generadores independientes.

Fuente: Bonomo, Brain y Simioni (2015) y "Programa Nacional de Electrificación Rural y Social". Disponible [en línea] <http://www.enee.hn/index.php/electrificacion-nacional/121-electrificacion-rural>.

El caso de MetroVivienda (Colombia)

Descripción	Dimensión institucional
La entidad MetroVivienda surgió en 1999 con el objetivo de facilitar el acceso a la tierra formal y las viviendas asequibles para la población con mayor grado de vulnerabilidad. La estrategia consistió en la creación de un banco de tierras que la alcaldía de Bogotá adquirió a través de la expropiación, la compra o la alianza con el sector privado vinculado con la explotación de suelo. Luego de un proceso de urbanización, las tierras se revenden a promotores privados, bajo la condición del establecimiento de una cuota orientada a la construcción de vivienda de interés social asequible. El financiamiento inicial del proyecto surgió de la venta del 51% de las acciones de la compañía local de electricidad.	La dimensión institucional a destacar es la jurídico-normativa. El surgimiento de MetroVivienda fue posible gracias a la modificación del marco normativo respecto de las responsabilidades locales en la gestión del suelo, acaecido como consecuencia de la sanción de la Ley Nacional N° 388/1997. Esto ilustra la forma en la que el entramado normativo puede funcionar como un catalizador de oportunidades de innovación en políticas públicas vinculadas con la superación de la pobreza, pero sólo en la medida en que el articulado legal se traduzca en una oferta programática específica.

Fuente: "Metrovivienda". Disponible [en línea] <http://www.metrovivienda.gov.co/httpdocs/index.php>.

d) Cuidado

El cuidado es una función social que involucra tanto a personas destinatarias como proveedoras, y crecientemente se lo entiende como un derecho en América Latina y el Caribe: el derecho a cuidar, a ser cuidado y a autocuidarse (CEPAL, 2021).

Existe un vínculo directo entre la incidencia de la pobreza y la organización social del cuidado, entendida como la manera en que se organizan las funciones conducentes a la reproducción de las personas en una sociedad, y qué responsabilidades tienen las familias, el Estado, el mercado y las organizaciones comunitarias en su provisión y distribución (Pautassi, 2007; Rodríguez, 2015). En América Latina y el Caribe, el cuidado está en gran medida familiarizado y feminizado. Esto impacta sobre la autonomía económica y decisional de las mujeres, relegándolas a un segundo plano en relación con sus pares varones (Batthyány, 2015). El principal obstáculo para la inserción laboral de las mujeres es la sobrecarga de demanda de cuidados que recae sobre

ellas, dado que le dedican el triple de tiempo a estas tareas en comparación con los varones (CEPAL, 2021). De esta forma, la organización social del cuidado reproduce las desigualdades a las que están expuestas las familias, y las mujeres dentro de ellas, que cuidan. A la vez, la irrupción de la pandemia del COVID-19 potenció la demanda de cuidados que enfrentan las familias de la región, demanda que fue absorbida en buena medida por las mujeres de los núcleos familiares, lo que podría implicar enormes retrocesos respecto de la autonomía económica lograda por ellas en los últimos años (CEPAL-ONU Mujeres, 2020).

Se pueden distinguir a las políticas de cuidado en tres grandes tipos de intervenciones: las transferencias de ingreso para el cuidado, las licencias familiares y los servicios de cuidado (Filgueira y Rossel, 2017).

La mayoría de los países de la región cuentan con esquemas de transferencias de ingresos a familias con niños, niñas y adolescentes. Estas asumen la forma de transferencias contributivas para las y los trabajadores formales, y de esquemas no contributivos y condicionales para quienes se insertan con mayor precariedad en el mercado de trabajo. La cobertura y la suficiencia de los montos varía de país en país. En todos los casos, no obstante, la transferencia no está diseñada como un mecanismo para la contratación de servicios de cuidado, sino como una forma de facilitar el acceso a insumos para cuidar, como vestimenta y alimentos. La irrupción del COVID-19 generó que algunos Estados avanzaran en el reforzamiento de la cobertura o los montos de la transferencia¹³.

La segunda herramienta de política vinculada con el cuidado son las licencias familiares, que típicamente asumen la forma de una licencia por maternidad, una por paternidad y, en algunos casos excepcionales, una proporción de días a ser distribuida entre los progenitores según sus propias preferencias (Filgueira y Rossel, 2017). Estas han demostrado tener impactos positivos, tanto en indicadores de desarrollo infantil como en el bienestar de las mujeres y en su posterior revinculación con el mercado de trabajo (CAF, 2016). No obstante, este tipo de política pública sufre de una importante restricción normativa en términos de su cobertura, dado que solamente están orientadas a las personas insertas en el mercado laboral formal (Batthyány, 2014). Los regímenes de licencia por nacimiento de hijo varían de país en país en función de la duración del período que comprenden, su impronta maternalista (la proporción de días otorgados a las mujeres en relación con la proporción de días otorgados a los varones) (Blofield y Martínez Franzoni, 2014), y el porcentaje de salario que recomponen durante el tiempo que duran (entre 50% y 100%). Existen algunos casos interesantes para indagar. Chile, por ejemplo, tiene una licencia de maternidad post-nacimiento que permite que las madres decidan acerca de usar hasta 18 semanas de licencia total y luego trabajar de forma parcial hasta que el recién nacido/a cumpla 30 semanas. Chile también ofrece la posibilidad de que las madres transfieran hasta tres meses de licencia a los padres, a partir de que el niño cumpla 7 semanas de vida. Sin embargo, apenas el 0,16% de las licencias se utilizaron de esta forma (Filgueira y Rossel, 2017).

Finalmente, una tercera política pública utilizada en la región son los servicios. Estas políticas pueden asumir la forma de servicios que se proporcionan en el hogar (como el financiamiento de asistentes en el domicilio), o espacios institucionales o comunitarios para el cuidado de la población con dependencia (niñas y niños, personas mayores y personas con discapacidades que reduzcan su autonomía). Los servicios de este tipo son muy diversos, con gran preponderancia del sector privado en el caso de que haya provisión. En cuanto a las políticas públicas, en general predominan adjudicaciones de horas de cuidado por parte de profesionales certificados por un organismo público, típicamente las áreas de trabajo, salud o desarrollo social. Por otro lado, también existen centros de día y centros de larga estadía, cuya gestión suele estar a cargo de gobiernos locales, departamentales o provinciales. Algunas regulaciones vinculadas con el mercado de trabajo instan a las empresas del sector privado a proveer de salas cuna (o de transferencias de ingreso para su contratación) en caso de superar determinado umbral de las y los empleados en sus nóminas¹⁴. Sin embargo, las familias siguen siendo la principal esfera de provisión de cuidado para estos grupos de población, y se constata que la mayoría de los países carecen de instrumentos diseñados para evaluar el grado de dependencia de los receptores de cuidado.

¹³ A modo de ejemplo, vale mencionar el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), implementado por el gobierno argentino. Más información [en línea] <https://www.anses.gob.ar/informacion/ingreso-familiar-de-emergencia>.

¹⁴ Ejemplos de esta práctica son el caso de la Argentina y Chile, con regulaciones que establecen un número mínimo de trabajadoras a partir del que las empresas deben proveer servicios de guardería. Se puede consultar el caso de la Argentina [en línea] <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/25552/textact.htm>; y el caso de Chile [en línea] <https://www.dt.gob.cl/portal/1626/w3-article-59956.html>.

En cuanto a la población infantil que va desde los 0 a los 5 años de vida, para este grupo están presentes los espacios de crianza, enseñanza y cuidado (CEC), que son un conjunto muy heterogéneo de servicios en cuanto al tipo de prestación que realizan, los objetivos para los que fueron creados, sus modalidades de gestión y la órbita gubernamental de la que dependen. En líneas generales, pueden distinguirse entre jardines maternos y de nivel inicial (que dependen de organismos educativos competentes), centros de desarrollo infantil (que suelen estar bajo la égida de las áreas de desarrollo social), y una desconocida cantidad de espacios privados no incorporados a la enseñanza oficial, cuya regulación es muy variada, cuando no inexistente.

En cuanto a la oferta CEC, los países de la región hicieron enormes avances en la cobertura de la población entre 0 y 5 años en décadas recientes, aunque con grandes variaciones en función de la edad, del nivel de ingresos y de la zona de residencia de las familias, entre otras dimensiones. En promedio, la tasa de escolarización del nivel inicial ronda el 65%, aunque con diferencias entre los países (Concha-Díaz, Bavioka y Jornet Meliá, 2019). En la mayoría de los países, la escolarización está liderada por la participación en espacios públicos, con excepción de casos como Chile y la República Dominicana. El desafío de cobertura más importante es el de los niños y niñas de 0 a 3 años, dado que en general la obligatoriedad de las salas para niños y niñas de 4 y 5 años ha empujado tanto la demanda como la inversión pública en estos espacios.

Un ejemplo de esta política es el programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, que se implementó en México. Estos espacios estaban dirigidos a familias vulnerables que tuvieran a cargo al menos un niño menor de 4 años de edad (o de 6 en caso de discapacidad) y que los adultos a cargo no dispusieran de espacios de cuidado para poder insertarse en el mercado de trabajo. El financiamiento, federal, provenía de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)¹⁵. Otro ejemplo son los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), que representan la principal modalidad proveedora de servicios públicos de cuidado infantil en el Ecuador. Se trata de espacios que ofrecen cuidado y alimentación a niños y niñas de familias vulnerables hasta 6 años de edad, tanto en zonas rurales como urbanas. Generalmente, funcionan en modalidades de cogestión con organizaciones comunitarias, de la sociedad civil y gobiernos locales¹⁶.

Propuestas de mejora e integración de sistemas de cuidado

Invertir en sistemas de cuidado tiene aparejados varios beneficios vinculados con la superación de la pobreza. Sistemas integrales de cuidado pueden facilitar la inserción laboral de las mujeres, generar puestos de trabajo para personas de baja calificación en el mercado formal, dinamizar la economía a través del aumento de las remuneraciones salariales, reducir la desigualdad y favorecer la reactivación económica post-crisis COVID-19 (CEPAL, 2021).

Una estrategia integral de cuidados requiere seguir el marco de las “5 R” (OIT, 2019). Estas son reconocer, reducir, redistribuir, recompensar y representar. A continuación, se presentan recomendaciones de política orientadas a la satisfacción de estos componentes.

Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados no remunerado: Avanzar en estas líneas requiere, en primer lugar, contar con una base de información sólida y actualizada respecto de las formas de trabajo de cuidados remuneradas y no remuneradas. Por lo tanto, es necesario que los Estados avancen en la realización de encuestas de uso del tiempo de calidad y las actualicen periódicamente. Un ejemplo de una medida tendiente a esto es incluir en la contabilidad de cuentas nacionales la proporción que aporta el cuidado al PIB de los países. Países como México¹⁷ y la Argentina¹⁸ han avanzado en esta dirección, reconociendo que el cuidado aporta un equivalente a entre el 16% y el 23% del PIB (CEPAL, 2021).

¹⁵ Más información sobre este programa [en línea] <https://www.gob.mx/bienestar/acciones-y-programas/estancias-infantiles-para-apoyar-a-madres-trabajadoras>.

¹⁶ Se puede encontrar más información sobre los centros, y una evaluación rigurosa sobre su calidad [en línea] <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/La-calidad-de-los-Centros-Infantiles-del-Buen-Vivir-en-Ecuador.pdf>.

¹⁷ Para más información sobre la metodología y los resultados del caso mexicano, se puede consultar [en línea] <https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/>.

¹⁸ Para más información sobre la metodología y los resultados del caso argentino, se puede consultar [en línea] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/los_cuidados_-_un_sector_economico_estrategico.pdf.

En segundo lugar, es preciso ampliar la cobertura de servicios de cuidado con foco en los espacios CEC y en los servicios dirigidos a personas con discapacidades y adultos mayores. Esta cobertura debe estar acompañada por una inversión similar en capacitación y certificación de competencias de trabajadores del cuidado, a fin de garantizar la equidad y potenciar el rol de los servicios como instituciones de aprendizaje y desarrollo de capacidades humanas, que a su vez impacta sobre la reducción de la pobreza. Esto tiene el beneficio aparejado de generar estrategias de formalización del trabajo de cuidados, lo que a su vez impacta sobre los ingresos y la protección social de mujeres trabajadoras que frecuentemente se encuentran en situación de pobreza o vulnerabilidad social y laboral (ONU Mujeres y CEPAL, 2020). Chile, por ejemplo, planificó la ampliación de la cobertura de espacios CEC para la primera infancia, determinando metas específicas para el período 2014-2018, como también un esquema de priorización en función de la vulnerabilidad socioeconómica y el enfoque de géneros¹⁹.

En tercer lugar, la realización de campañas comunicacionales y la implementación de políticas de educación sexual integral pueden contribuir a la erradicación de prejuicios de género que reproducen la lógica dual de mujer cuidadora/varón trabajador, a fin de que en los hogares se empiecen a distribuir las tareas de cuidado no remunerado de forma más equitativa. Las políticas públicas tienen también allí un rol a través de un diseño que no replique roles sexistas. En ese sentido, la ampliación gradual de las licencias por paternidad para reducir la impronta maternalista de las políticas de tiempo, por un lado, y un mayor protagonismo del Estado en la gestión de políticas de transferencias de ingreso con corresponsabilidad, por el otro, pueden reducir la carga horaria que las mujeres dedican al cuidado dentro de sus familias. En el Uruguay, por ejemplo, se lanzó una campaña comunicacional en 2019 denominada “Cuidadora no se nace, se hace”, con el objetivo de generar debate en la sociedad respecto de los roles de género asignados culturalmente e iniciar un proceso de deconstrucción de estos, con la intención de potenciar la participación de los varones en las tareas de trabajo no remunerado²⁰.

Recompensar el trabajo de cuidado y dotarlo de condiciones decentes. La principal estrategia en este sentido es la regulación de marcos normativos propicios para la formalización del trabajo de cuidado remunerado que, muy frecuentemente, se da en situaciones de informalidad laboral, sin protección social y con riesgos asociados a la violencia y el acoso. Es preciso que las leyes tengan asociada una estrategia de implementación que combine la fiscalización, los incentivos y las penas por el incumplimiento de elementos que hagan a un entorno de trabajo seguro, atractivo y estimulante, para los trabajadores y las trabajadoras del cuidado. En esta línea, recientes innovaciones normativas han reparado, aunque parcialmente, la invisibilización que tiende a perjudicar las condiciones laborales de las trabajadoras de casas particulares. En el Ecuador, por ejemplo, se incluyó a esta categoría dentro de la regulación de los contratos de trabajo y protección laboral mediante la Ley Orgánica para la Defensa de los Derechos Laborales (2012)²¹. Chile, por su parte, estableció regulaciones vinculadas con la protección de las trabajadoras domésticas a través de la Ley N° 21.269/2020, y creó una guía de uso fácil para permitir la comprensión del articulado por parte de las trabajadoras y sus empleadores. De esta forma, equiparó los derechos laborales de este sector con la protección de la que ya gozaban trabajadores de otras ramas²².

Representación a través del diálogo social y negociación colectiva. Para garantizar la integralidad, es fundamental asegurar la participación plena y efectiva de los actores relevantes, fundamentalmente las familias y dentro de ellas, las mujeres. Algo igualmente importante es potenciar y reconocer el rol de los sindicatos de representación de los y las trabajadoras del cuidado, como paso previo y esencial para promover el diálogo social y fortalecer el derecho de negociación colectiva en los sectores de cuidado. Esto puede servir para mejorar las remuneraciones y el estatus de los y las trabajadoras del cuidado, muchas de las cuales provienen de hogares en situación de pobreza o alta vulnerabilidad. Además, sirve como incentivo para que reclamen su formalización laboral para acceder a los beneficios vinculados con la representación sindical y la negociación agregada de condiciones laborales y salarios.

¹⁹ Se puede obtener más información sobre esta experiencia a través de este documento disponible [en línea] <https://parvularia.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/34/2018/02/Cobertura-EP.pdf>.

²⁰ Se puede obtener más información sobre esta campaña y acceder a las piezas comunicacionales [en línea] <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/campanas/compartir-cuidados-nos-acerca-igualdad>.

²¹ Se puede acceder a la ley [en línea] https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_modifleyorg.d.derechoslab_ecu.pdf.

²² Se puede acceder a la ley y a la guía fácil [en línea] <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/trabajadoras-y-trabajadores-de-casa-particular-nueva-ley>.

Ejemplos de sistemas integrales de políticas de cuidado

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Costa Rica)

Descripción	Dimensión institucional
<p>La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Costa Rica) fue creada en 2014 a través de la Ley N° 9.220/2014. Se compone de una serie de servicios orientados, originalmente, a la primera infancia proveniente de familias en situación de vulnerabilidad social. Estos servicios incluyen atención intramuro a través de espacios de cuidado y prestaciones alimentarias y de desarrollo integral mediante la participación en los Centros de Educación y Nutrición y los Centros de Atención Integral. La cobertura es de aproximadamente 190.000 niñas y niños, lo que significa casi el 60% de la población elegible.</p>	<p>La dimensión institucional a destacar es la jurídico-normativa y la de financiamiento. En marzo de 2021, se sancionó la Ley N° 9.941 que amplió la población elegible de la Red, con el fin de incorporar 20.000 nuevas vacantes a adolescentes que presenten alguna discapacidad. Esta norma tiene consecuencias organizacionales en la medida en que refuerza la necesidad de entender las demandas de cuidado desde una perspectiva sistémica, evitando la segmentación organizacional en función de la población dependiente objetivo (niñas, niños, adultos mayores y personas con discapacidad). Además, la normativa también dispone que la Red recibirá el 20% del presupuesto del Patronato Nacional de la Infancia, que a su vez recibe el 5% de la recaudación fiscal del año previo.</p>

Fuente: "Red Cuido". Disponible [en línea] <https://redcuidoinfantil.go.cr/>.

Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Uruguay)

Descripción	Dimensión institucional
<p>En 2015, la Ley N° 19.353 creó en el Uruguay el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Este se organizó en un esquema de prestaciones integrado orientado a las personas mayores con dependencia, a las personas con discapacidad y a los niños y niñas. La estrategia supuso un cambio de paradigma en tanto reconoció al cuidado como un derecho cuyo ejercicio está altamente condicionado por la desigualdad de género, el rol del Estado en su provisión y la necesidad de reducir la fragmentación de la oferta programática para lograr un abordaje integral centrado en las personas y en las comunidades. Las prestaciones incluyen espacios CEC para niñas y niños, como los Centros de Atención a la Infancia y a la Familia (CAIF) y las Casas Comunitarias de Cuidado; licencias familiares para trabajadores con hijos e hijas; servicios de día para personas mayores y servicios de atención personal para personas con dependencia severa. Además, el SNIC pone énfasis en los derechos laborales de las y los trabajadores del cuidado, a través de la regulación de las condiciones en las que realizan su trabajo y la generación de oferta de formación y capacitación.</p>	<p>La dimensión institucional a destacar es la jurídico-normativa y la organizacional. La sanción de la ley, que estuvo acompañada de un proceso participativo de consulta a la ciudadanía, supuso blindar la política ante los vaivenes de las diferentes gestiones, y fortaleció los mecanismos de ordenamiento organizacional con el fin de garantizar la integralidad de los abordajes. Esto supuso una remodelación de la lógica de atención a través de la definición de instancias colegiadas en las que estuvieran representados los organismos públicos competentes, tanto en cuanto a su experiencia sectorial como en términos de la necesidad de prestar apoyo institucional, presupuestario y técnico-operativo en forma de servicios de información. Esto permitió hacer operativa la lógica sistémica que se encuentra en el espíritu de la ley, a través de la creación de canales de comunicación y trabajo conjunto entre distintas áreas con el foco puesto en la población destinataria de los cuidados.</p>

Fuente: "Sistema Nacional integrado de Cuidados". Disponible [en línea] <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>.

Este texto forma parte de una Publicación de las Naciones Unidas que fue coordinada por Simone Cecchini, Oficial Superior de Asuntos Sociales de la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Raúl Holz, Consultor de la misma División, y Humberto Soto de la Rosa, Oficial de Asuntos Sociales de la sede subregional de la CEPAL en México. El documento contribuye a las actividades del proyecto “Leaving no one behind in Latin America and the Caribbean: strengthening institutions and social policy coherence and integration at the country level to foster equality and achieve the Sustainable Development Goals”, financiado por el undécimo tramo de la Cuenta de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Mayor información sobre el proyecto, incluidos otros materiales relevantes, disponible en: igualdad.cepal.org/

Los autores agradecen los valiosos comentarios de Fabián Repetto a una versión anterior de este documento y de Nicole Bidegain, Fabiana Del Popolo, Andrés Espejo, María Luisa Marinho, Malva-marina Pedrero, Leandro Reboiras, Claudia Robles, Lucia Scuro, José Ignacio Suárez, Varinia Tromben, Daniela Trucco y Heidi Ullmann sobre capítulos específicos, así como el apoyo de Daniela Huneeus en la preparación del documento. Agradecen, asimismo, a todos los participantes en los debates de los talleres de capacitación “Que Nadie se Quede Atrás en la Senda del Desarrollo de Panamá” (Panamá, 15 y 16 de noviembre de 2018) y “Políticas Sociales para que Nadie se Quede Atrás” (Santiago de Veraguas, 9 y 10 de abril de 2019, y Panamá, 11 y 12 de abril de 2019), organizados por la División de Desarrollo Social y la sede subregional de la CEPAL en México, en colaboración con el Gabinete Social del Gobierno de la República de Panamá. Se agradece a María Elisa Bernal, Simone Cecchini, Raúl Holz, Daniela Huneeus, Francisca Miranda, Beatriz Morales, Marcelo Munch, Amalia Palma y Daniela Trucco por su generoso aporte de material fotográfico para la presente publicación.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de los autores y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas
Copyright © Naciones Unidas, 2021
Todos los derechos reservados

Este texto debe citarse como: S. Cecchini, R. Holz y H. Soto de la Rosa (coords.), *Caja de herramientas. Gestión e institucionalidad de las políticas sociales para la igualdad en América Latina y el Caribe (LC/TS.2021/157)*, Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2021.

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), División de Documentos y Publicaciones, publicaciones.cepal@un.org. Los Estados Miembros de las Naciones Unidas y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a la CEPAL de tal reproducción.