



Caminos para construir sistemas de cuidado

**Nueve casos de estudio de
América Latina y el Caribe**



Caminos para construir sistemas de cuidado: Nueve casos de estudio de América Latina y el Caribe

Clara Alemann, Lucía Cirmi, Fiorella Benedetti, Carina Lupica, Sofía Véliz

Editora: Diana Rodríguez Franco

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
www.iadb.org

Copyright © 2026 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento 4.0 de Creative Commons CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

Todas las disputas que surjan en relación con esta licencia y que no puedan resolverse de manera amistosa se resolverán de acuerdo con el siguiente procedimiento. Mediante una notificación de mediación comunicada por medios razonables por usted o el licenciante a la otra parte, la disputa será sometida a mediación no vinculante de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI). Cualquier disputa que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo, y el uso del logotipo del BID no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.



Agradecimientos

Este informe sistematiza las experiencias nacionales de cuidado de nueve países de la región, extrae lecciones accionables y conclusiones de *Conectando los Cuidados: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos*, celebrado en la Ciudad de México el 11 de agosto de 2025, en el que participaron representantes gubernamentales de nueve países de la región y de organizaciones aliadas como ONU Mujeres, Alianza Global por los Cuidados, y CEPAL. Agradecemos especialmente a los siguientes funcionarios por las valiosas experiencias y aportes compartidos en el Foro y sobre los que se centra este informe: Yorleny León, ministra de Desarrollo Humano e Inclusión Social, Costa Rica; Walter Gutiérrez, ministro de la Niñez y la Adolescencia, Paraguay; Susana Muñiz, secretaria nacional de Cuidados y Discapacidad, Uruguay; Lais Abramo, secretaria nacional de Cuidados y Familia, Brasil; Francisca Gallegos, exsubsecretaria de Servicios Sociales, Chile; Natalia Moreno Salamanca, directora de Cuidados, Ministerio de Igualdad y Equidad, Colombia; Mariana Tajonar, titular de la Unidad de Atención y Cuidado Infantil, Instituto Mexicano de Seguridad Social, México; Rodrigo Parral, director general de Política, Secretaría de Hacienda, México; Mauricio Hernández, director de Prestaciones Económicas y Sociales, Instituto Mexicano de Seguridad Social, México; Rossana Muñiz, directora del Servicio de Protección Social, Panamá; Gloria Reyes, ministra de la Mujer, República Dominicana; Patricia Cossani, adjunta a la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, Uruguay.

Lucía Cirmi y Sofía Véliz (consultoras) estuvieron a cargo de la sistematización de las nueve experiencias de cuidado y del análisis de los aprendizajes y conclusiones del foro que aquí se reseñan. Diana Rodríguez Franco (Banco Interamericano de Desarrollo, BID) brindó dirección estratégica; Clara Alemann, Fiorella Benedetti y Carina Lupica del BID coordinaron y contribuyeron sustancialmente a la redacción de la nota técnica y el análisis de lecciones accionables. Todas las autoras aportaron a la revisión y edición integral, y elaboraron conjuntamente la visión general del documento.

En el BID, las autoras desean agradecer de manera especial a Carolina Angélica Freire Samudio, Marta Rubio-Codina, Juanita Bernal, Daniela Mora Saavedra, Claudia Piras, Marco Stampini, Milagros García Díaz, Alexandre Bagolle, Patricia Carolina Jara Males, Laisa Rachter y Gina Andrade —por sus aportes a la sistematización de las experiencias— y a Pablo Ibarrarán, David Kaplan, Arturo Galindo, Arnoldo Lopez Marmolejo, Oscar Mauricio Valencia, Osmel Manzano, Juan Barrios y Agustin Filippo —por los comentarios vertidos sobre este informe—. Alejandra Adoum asumió la edición profesional del documento y el diseño gráfico y la diagramación estuvieron a cargo de Words for Development.

Índice

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

vi

RESUMEN EJECUTIVO

1

PRÓLOGO

5

1 EL CUIDADO EN LA AGENDA REGIONAL

8

2 MODELOS TERRITORIALES DE CUIDADO DE AMÉRICA LATINA

14

2.1 EXPERIENCIAS DE CUIDADO PARA NIÑAS Y NIÑOS 17

México – Nuevo modelo de Centros de Educación y Cuidado Infantil (MECI) 18

Panamá – Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) 22

Paraguay – Programa “Semillas del Futuro”: un nuevo modelo para
la primera infancia 26

Uruguay – Modelo de Servicios Interinstitucionales de Educación
y Cuidados Infantiles de Sindicatos y Empresas / Centros SIEMPRE 30

2.2 EXPERIENCIAS DE CUIDADO DE LARGA DURACIÓN PARA PERSONAS MAYORES 34

Brasil – Programa piloto “Cuidado em Casa: atendimento domiciliar integrado
para pessoas idosas e suas cuidadoras/es não remuneradas/os” 35

Costa Rica – Centros Diurnos para Personas Adultas Mayores 39

República Dominicana – Modelo de atención domiciliaria para personas mayores en situación de dependencia	43
2.3 EXPERIENCIAS DE CUIDADO CENTRADAS EN PERSONAS CUIDADORAS	47
Chile – Centros Comunitarios de Cuidados (CCC) / "Chile Cuida"	48
Colombia – “Comunidades del Cuidado”: programa piloto para el fortalecimiento de organizaciones que lideran iniciativas de cuidado comunitario	53
3 DESAFÍOS Y LECCIONES PARA ESCALAR LAS EXPERIENCIAS TERRITORIALES DE CUIDADO DE LA REGIÓN	57
3.1 Gobernanza y financiamiento para la escalabilidad: desafíos y aprendizajes regionales	58
3.1.1 Gobernanza	59
3.1.2 Financiamiento	62
3.2 Expansión con calidad: desafíos y aprendizajes regionales	64
3.3 Corresponsabilidad del cuidado: desafíos y aprendizajes regionales	69
4 CONCLUSIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y FUENTES CONSULTADAS	77
Bibliografía consultada por país	78
Referencias bibliográficas	82
Otras fuentes consultadas	85

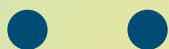
Abreviaturas y acrónimos

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CAIF	Centros de Atención a la Infancia y la Familia (Uruguay)
CAIPI	Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (Panamá)
CCC	Centros Comunitarios de Cuidados (Chile)
CECI	Centros de Educación y Cuidado Infantil (México)
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAPAM	Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (Costa Rica)
CONPI	Comisión Nacional de Primera Infancia (Paraguay)
FODESAF	Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (Costa Rica)
IDRC	International Development Research Centre (Canadá)
IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social (Costa Rica)
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social (México)
INAU	Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay
JPS	Junta de Protección Social (Costa Rica)
MDS	Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre (Brasil)
MECI	Modelo de Centros de Educación y Cuidado Infantil (México)
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MINNA	Ministerio de la Niñez y la Adolescencia (Paraguay)
OBS	Organizaciones de Bienestar Social (Costa Rica)
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONU Mujeres	Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres
PAIPI	Política de Atención Integral a la Primera Infancia (Panamá)

PNC	Política Nacional de Cuidados
PNEV	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (Costa Rica)
RAIPI	Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia (Panamá)
REDCUDI	Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Costa Rica)
SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje (Colombia)
SINCA	Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos (Costa Rica)
SNCF	Secretaría Nacional de Política de Cuidados y Familia (Brasil)
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (México)
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (Uruguay)
SPS	Sistema de Protección Social (Paraguay)
SUAS	Sistema Único de Asistencia Social (Brasil)
SUS	Sistema Único de Salud (Brasil)



Resumen ejecutivo



América Latina y el Caribe se ha volcado con determinación a responder a la creciente demanda de cuidados. En los últimos años, los gobiernos de la región han desarrollado diversos servicios dirigidos a la primera infancia, las personas mayores y las personas cuidadoras —remuneradas y no remuneradas—, y han avanzado en la construcción de marcos normativos e institucionales que sustentan estas iniciativas. Si bien existen experiencias valiosas a nivel subnacional, este documento se enfoca en nueve experiencias implementadas por gobiernos nacionales que el BID ha acompañado como parte del diseño e institucionalización de políticas de cuidado en Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

La región atraviesa una transformación demográfica y social que incrementa la demanda de cuidados. El envejecimiento acelerado de la población y la consecuente reducción relativa de la población en edad de trabajar frente a una proporción creciente de personas dependientes —personas mayores y niñas y niños— ejercen una presión sostenida sobre los sistemas de cuidado. La transición demográfica, además, puede incrementar la brecha entre la demanda y la cobertura de servicios de cuidado de calidad, que ya resultan insuficientes en muchos países de la región. Ante esta situación, el cuidado sigue recayendo de manera desproporcionada sobre las mujeres, quienes lo asumen, en gran parte, de forma no remunerada. Ampliar la cobertura de servicios de calidad para la primera infancia,

las personas mayores y quienes requieren apoyos por razón de discapacidad es, por tanto, una condición necesaria para construir sistemas capaces de responder a estas nuevas realidades.

Esta nota técnica tiene un propósito doble. Por un lado, documenta estas nueve experiencias e identifica los elementos que las hacen innovadoras y replicables. Por otro, extrae lecciones concretas orientadas a dos audiencias: los países que ya cuentan con estas experiencias y buscan las condiciones para escalarlas, y aquellos que están diseñando, fortaleciendo o expandiendo sus propios sistemas de cuidado y pueden encontrar en estos casos referencias útiles para adaptar a sus contextos. Los casos abarcan modalidades diversas —atención domiciliaria, centros comunitarios, programas de fortalecimiento de organizaciones comunitarias y esquemas de corresponsabilidad entre el Estado, las familias, las comunidades y el sector privado— y, aunque se encuentran en distintos momentos de su desarrollo, todas las experiencias ofrecen respuestas concretas a desafíos compartidos en tres dimensiones estratégicas que estructuran los hallazgos de este informe.

La primera dimensión —y condición de base para las demás— es la **gobernanza y el financiamiento**. Los casos muestran que la expansión sostenida de los servicios requiere instituciones rectoras con mandatos claros, capacidad técnica y mecanismos efectivos de coordinación entre sectores y niveles de gobierno. El modelo de gobernanza

intersectorial de Brasil, que articula el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) con el Sistema Único de Salud (SUS), y el esquema de cogobierno tripartito de Chile —que involucra al Estado, los municipios y las organizaciones de cuidadoras— ilustran caminos distintos hacia una rectoría efectiva. En materia de financiamiento, la experiencia de Paraguay —que combina recursos del presupuesto nacional, fondos sectoriales y aportes subnacionales— y el modelo de cofinanciamiento tripartito de Uruguay —en el que el Estado, las empresas y los sindicatos comparten responsabilidades— demuestran que la diversificación de fuentes resulta clave para la sostenibilidad. La institucionalización a través de marcos normativos robustos y acuerdos sociales amplios constituye, además, una condición indispensable para garantizar la continuidad de las políticas más allá de los ciclos electorales.

La segunda dimensión es la **expansión de servicios con calidad**. Si la cobertura aumenta sin estándares claros, existe el riesgo de concentrar las prestaciones de menor calidad precisamente en los sectores más vulnerables. Las experiencias analizadas muestran que la calidad no es un resultado espontáneo de la escala, sino un requisito que debe diseñarse desde el origen. Panamá desarrolló un sistema de estándares organizados en ocho ámbitos para sus Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI), combinado con un esquema de pago per cápita y por resultados que incentiva la mejora continua y ha demostrado impactos positivos en el desarrollo del lenguaje infantil.

México, por su parte, incorporó la figura de la mentora educativa para acompañar en el aula al personal de cuidado mediante ciclos de observación y retroalimentación, apostando por la profesionalización continua como eje de calidad. En todos los casos, la profesionalización y certificación de las personas cuidadoras —condición indispensable para expandir la cobertura sin comprometer los estándares de las prestaciones— emergen como el componente de capital humano central para la sostenibilidad de los sistemas.

La tercera dimensión es la **corresponsabilidad**, entendida como la redistribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre el Estado, las empresas, las comunidades y las familias, y dentro de estas, entre hombres y mujeres. Los casos coinciden en que la expansión de servicios debe acompañarse de estrategias que transformen los patrones culturales que asignan el cuidado de manera desproporcionada a las mujeres. Uruguay articula sus Centros SIEMPRE con el programa Parentalidades Comprometidas para promover una crianza más equitativa entre madres y padres. Colombia reconoce y fortalece organizaciones comunitarias lideradas por mujeres en territorios históricamente excluidos, en el marco del sistema nacional de cuidados. Chile sitúa a las propias cuidadoras no remuneradas en el centro del diseño y la gobernanza de sus Centros Comunitarios.

Las experiencias documentadas demuestran que la región ya cuenta con innovaciones institucionales, modelos de financiamiento

y modalidades de prestación que están generando resultados concretos y que pueden servir de referencia para otros contextos. El camino por delante consiste en fortalecer simultáneamente las condiciones de gobernanza, financiamiento, calidad, capital humano y corresponsabilidad necesarias para

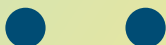
escalar con consistencia lo que ya ha probado ser eficiente.

El cuidado es una inversión en desarrollo humano y una condición indispensable para construir sociedades más productivas, igualitarias y sostenibles.





Prólogo



De la experiencia local a la construcción de sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe

El cuidado es una condición indispensable para el desarrollo de las sociedades. Los trabajos de cuidado sostienen la vida cotidiana y hacen posible el funcionamiento de todas las demás actividades productivas: abarcan desde la asistencia física y emocional a la primera infancia, las personas mayores y las personas con discapacidad que requieren apoyos, hasta el trabajo doméstico (mantenimiento del hogar). Si el trabajo de cuidados no remunerado fuera valorado monetariamente, representaría, en promedio, el 21% del producto interno bruto (PIB) de América Latina y el Caribe, superando a sectores como el turismo y la industria petrolera.

No obstante, la región enfrenta brechas críticas en materia de cuidados. La oferta de servicios de calidad, infraestructura adecuada y personal capacitado continúa siendo insuficiente para cubrir una demanda creciente. Actualmente, la región dispone de apenas el 30% del personal remunerado necesario para atender a la población mayor que lo requiere. El trabajo de cuidados ha recaído históricamente de forma desproporcionada sobre las mujeres, quienes dedican casi tres veces más tiempo que los hombres a tareas no remuneradas, lo que limita sus oportunidades económicas, restringe su participación laboral y afecta el potencial de crecimiento socioeconómico de nuestros países. El cambio demográfico en curso agudiza la urgencia de cerrar esas brechas: se estima que para 2050, la población mayor de 60 años en América Latina y el Caribe se habrá

duplicado, alcanzando aproximadamente 195 millones de personas. Este proceso ejercerá una presión creciente sobre los sistemas de salud, pensiones y protección social, al tiempo que incrementará significativamente la demanda de servicios de cuidado.

Frente a este panorama, también existe una oportunidad histórica y estratégica para la región. El desarrollo de sistemas integrales de cuidado puede generar beneficios económicos y sociales significativos: se estima que América Latina y el Caribe requerirá alrededor de 14 millones de cuidadores remunerados para la atención de personas mayores hacia 2050, lo que representa un importante yacimiento de empleo formal. Asimismo, invertir en cuidados es invertir en competitividad: se reduce el ausentismo laboral, facilita la participación en el mercado de trabajo de millones de personas, especialmente mujeres con responsabilidades de cuidado y se dinamiza la recaudación fiscal.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) acompaña a los países de la región en el diseño y la institucionalización de políticas de cuidado desde hace varias décadas. En 2025, esta apuesta adquirió un nuevo impulso con el lanzamiento de *BID Cuida*, una iniciativa orientada a escalar la inversión, la cooperación técnica y el conocimiento en la región. La iniciativa se articula en torno a tres pilares: (i) gobernanza y financiamiento, (ii) cobertura y calidad de servicios, y (iii) corresponsabilidad entre el Estado, las empresas, las comunidades

y las familias, así como entre hombres y mujeres al interior de los hogares.

La implementación de servicios de cuidado a escala representa un enorme desafío. Por ende, esta nota técnica no parte de ideales sino de prácticas concretas: sistematiza las experiencias de nueve países de la región que han demostrado que escalar políticas de cuidado es una posibilidad técnica y política que ya está en marcha. A partir de los intercambios surgidos de *Conectando los Cuidados: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos* —celebrado en la Ciudad de México en 2025—, complementados con información de fuentes primarias y secundarias, el documento no solo describe experiencias, sino que también identifica desafíos comunes y decisiones de diseño, extrae lecciones replicables y ofrece orientaciones estratégicas para formuladores de política pública que buscan expandir

sus sistemas de cuidado con estándares adecuados de calidad.

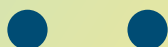
La insuficiente cobertura de servicios de calidad, la sobredependencia de los trabajos de cuidado no remunerados y la transición demográfica que enfrenta la región exigen decisiones ambiciosas y sostenidas. Esta nota técnica es una invitación a autoridades gubernamentales, responsables de políticas públicas y líderes del sector privado a actuar con la urgencia y determinación que demanda el escenario actual. Transformar el cuidado en un pilar del desarrollo de América Latina y el Caribe es una oportunidad económica y social que no podemos desaprovechar: permite generar más empleos, aprovechar mejor el talento disponible, aumentar la productividad, fortalecer el capital humano y lograr un desarrollo más equitativo y sostenible para nuestra región.

Diana Rodríguez Franco
Asesora Especial en Género y Diversidad para la Presidencia del Grupo BID



1

El cuidado en la agenda regional



El trabajo de cuidado es esencial para el funcionamiento de las sociedades y las economías: sostiene la vida cotidiana y hace posible la realización de otras actividades, como el estudio y el trabajo remunerado. Asimismo, contribuye a preservar la salud, la nutrición, la educación y el bienestar básico a lo largo del ciclo de vida, lo que a su vez sostiene la productividad presente y futura. En América Latina y el Caribe, la mayor parte de estas tareas se realizan de forma no remunerada y, si se valoraran con base en el salario mínimo, representarían aproximadamente el 21% del PIB regional (UNDP, 2024).

La región enfrenta tres desafíos principales en materia de cuidados.

El primero es la insuficiente cobertura y la baja calidad de los servicios disponibles. La cobertura del cuidado infantil sigue siendo reducida: en algunos países es inferior al 5% y solo en unos pocos alcanza entre 30% y el 40%, aún por debajo del promedio de la OCDE (42%; IDB, 2024). En lo que concierne a los cuidados de larga duración, la situación es incluso más crítica: la cobertura pública alcanza a menos del 5% de las personas mayores con necesidades de cuidado, pese a que la demanda se triplicará hacia 2050. Solo cuatro países superan el 10% de cobertura: Argentina (20%), Costa Rica (20%), Barbados (15%) y Uruguay (11%) (Aranco et al., 2022).

El segundo desafío está relacionado con la excesiva dependencia del trabajo no remunerado, mayoritariamente realizado por mujeres. En la región existen 191 millones

de personas cuidadoras no remuneradas y apenas 9 millones remuneradas (Fabiani, 2023). Las mujeres dedican aproximadamente 8,4 mil millones de horas semanales a tareas de cuidados, lo que equivale a más de 210 millones de empleos a tiempo completo sin remuneración (ILO, 2024; Stampini et al., 2025). Esta sobrecarga limita su participación económica y profundiza brechas persistentes en empleo e ingresos: aunque las mujeres representan cerca del 60% de las personas graduadas universitarias, su participación laboral sigue siendo inferior a la de los hombres y sus ingresos son, en promedio, 22% menores que los de hombres con calificaciones similares (Araujo et al., 2024). La distribución desigual del trabajo de cuidados no solo limita el acceso de las mujeres al empleo remunerado o las ubica en sectores laborales precarizados, sino que también reproduce dichos patrones en las próximas generaciones, reforzando normas sociales que les asignan la responsabilidad principal del cuidado (CEPAL y OIT, 2025).

El tercer desafío está asociado a las transformaciones demográficas derivadas de la reducción de las tasas de fecundidad y del acelerado envejecimiento de la población. Estos dos fenómenos advierten que la proporción de personas en edad de trabajar que sostienen a una población dependiente creciente (adultos mayores, niños) será progresivamente menor. Actualmente, 8 millones de personas mayores requieren cuidados y se prevé que esta cifra se triplique hacia 2050. En consecuencia, aumentará la demanda de cuidadores y servicios especializados mientras disminuirá la

población en edad laboral, con impactos en la recaudación fiscal y los sistemas de protección social. Se estima que la región necesitará alrededor de 14 millones de cuidadores para atender únicamente a personas mayores, casi cinco veces más que la cantidad disponible hoy en día (Villalobos et al., 2022).

Para responder a estos desafíos, los gobiernos de América Latina y el Caribe han intensificado su apuesta por constituir Sistemas Integrales de Cuidados (SIC). Estos se definen como “el conjunto de políticas y acciones encaminadas a una nueva organización social de los cuidados cuya triple finalidad es cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, y simultáneamente reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados” (CEPAL y ONU Mujeres, 2023). Los SIC buscan atender a niñas, niños y adolescentes; personas mayores en situación de dependencia; personas con discapacidad que requieren apoyo; y a las propias personas que brindan cuidados. Su implementación requiere un modelo de gobernanza que asegure la coordinación horizontal entre proveedores y la coherencia vertical entre territorios (Lupica et al., 2024), con el propósito de transitar “de la lógica de los servicios a la lógica de las personas”: es decir, de una oferta fragmentada hacia una arquitectura de cuidados centrada en los derechos y necesidades de las personas y los

hogares, articulada de manera intersectorial y territorial (CEPAL y ONU Mujeres, 2023).

La apuesta por construir SIC se ha visto fortalecida con compromisos internacionales¹ forjados entre 2007 y 2025. En este contexto, la Corte Interamericana de Derechos Humanos marcó en 2025 un hito jurídico al reconocer el cuidado como un derecho humano autónomo —a cuidar, ser cuidado y practicar el autocuidado— bajo principios de corresponsabilidad entre el Estado, el sector privado y la sociedad.

Actualmente, más de diez países de la región se encuentran en proceso de diseño o implementación de sistemas nacionales de cuidados. Entre las iniciativas más consolidadas, Uruguay fue pionero con la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) a través de la Ley N.º 19.353 de 2015. Chile avanzó progresivamente en la construcción de su sistema de cuidados, proceso que ya cuenta con la Ley 21.805 de 2026 que reconoce el derecho al cuidado e institucionaliza el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC). En Brasil, la Ley 15.069, aprobada en diciembre de 2024, establece la Política Nacional de Cuidados y su Plan Nacional de Cuidados. Colombia impulsa una Política Nacional de Cuidado (Documento CONPES 4143 de 2025), mientras que Costa

¹ La construcción de sistemas de cuidados se ha consolidado mediante compromisos adoptados en el marco de la Conferencia Regional de la Mujer, cuya evolución transitó desde el enfoque de responsabilidad compartida (2007) hasta el paradigma de la **Sociedad del Cuidado** (2022), que lo define como un derecho tridimensional. Esta hoja de ruta se reafirma después mediante el **Compromiso de Tlatelolco** (2025) para la década 2025-2035 y se complementa con acuerdos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que promueven el **trabajo decente** en el sector. Estos instrumentos buscan reconocer, redistribuir y recompensar el trabajo de cuidado no remunerado, así como fortalecer la remuneración y representación de quienes lo realizan, reafirmando al mismo tiempo la responsabilidad principal del Estado en la provisión y regulación de los cuidados.

Rica implementa su Política Nacional de Cuidados 2021–2031, respaldada por la Ley 9220, que creó la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI) en 2014. Paraguay aprobó la Política Nacional de Cuidados (PNCUPA) en 2022 y el Primer Plan de Acción cuyo propósito es fortalecer la articulación y los resultados de esta política, estableciendo los pasos para consolidar el Sistema Nacional de Cuidados hacia el año 2030.

Por su parte, México reconoció el derecho al cuidado a nivel nacional, después de que Ciudad de México se convirtiera en pionera al consagrarlo en su Constitución de 2017, y actualmente se encuentra en la construcción de su sistema nacional y progresivo de cuidados. Panamá aprobó en 2024 la Ley 431, mediante la cual se crea el Sistema Nacional de Cuidados. Por su parte, República Dominicana desarrolla desde 2022 la estrategia piloto Comunidades de Cuidado que busca ampliar la oferta de servicios de cuidado y construir los planes locales de cuidado a través de intervenciones que priorizan la atención domiciliaria en municipios clave. Otros países también han registrado avances significativos. Ecuador promulgó la Ley Orgánica de Cuidado Humano (2023). Perú avanza en la construcción de su sistema a través del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

Con el fin de fortalecer el acompañamiento a los países en este proceso, el Grupo BID lanzó

en 2025 la iniciativa *BID Cuida*, con el objetivo acelerar las inversiones y la asistencia técnica en materia de cuidados, promoviendo a la vez el crecimiento económico, la productividad y una mayor equidad social. La iniciativa articula su acción en torno a tres pilares:

1. **Gobernanza y financiamiento** para el desarrollo de sistemas de cuidados de calidad, mediante el fortalecimiento institucional, la coordinación intersectorial, el desarrollo de marcos regulatorios y modelos de financiamiento sostenibles.
2. **Expansión de servicios de calidad** para la niñez, las personas mayores y las personas con discapacidad que requieren cuidados y apoyo, a través de inversiones en infraestructura, el fortalecimiento de una fuerza laboral profesionalizada y adecuadamente remunerada, y la implementación de modelos de atención centrados en las personas.
3. **Corresponsabilidad en los cuidados**, impulsando políticas y prácticas que favorezcan una distribución más equitativa del trabajo de cuidados entre el sector público, el sector privado, las comunidades y los hogares, así como entre hombres y mujeres en su interior.

En conjunto, estos pilares permiten responder a la creciente demanda de los países, mejorar el bienestar de las personas cuidadoras² y contribuir al crecimiento económico sostenible.

2. En este documento se emplean indistintamente los términos “personas cuidadoras” o “cuidadoras” para referirse a todas las personas que brindan cuidados, independientemente de su sexo. Con esta elección se busca tanto reflejar la realidad de América Latina y el Caribe —donde estas tareas son realizadas mayoritariamente por mujeres— como simplificar la lectura y favorecer la fluidez del texto.

Este informe tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento del diseño y la implementación de sistemas y políticas de cuidado efectivos y adaptados a las realidades territoriales de la región. Con ese propósito, sistematiza nueve experiencias nacionales que ilustran distintas modalidades de respuesta a los desafíos comunes de gobernanza, financiamiento, calidad y corresponsabilidad. El documento se organiza en cuatro secciones. Tras esta introducción, la segunda describe las experiencias de Brasil, México, Costa Rica, Panamá, Colombia, Paraguay, Chile, República Dominicana y Uruguay, destacando sus elementos distintivos e innovadores. La tercera sección analiza los desafíos comunes asociados a la escalabilidad de estas experiencias y extrae lecciones replicables en

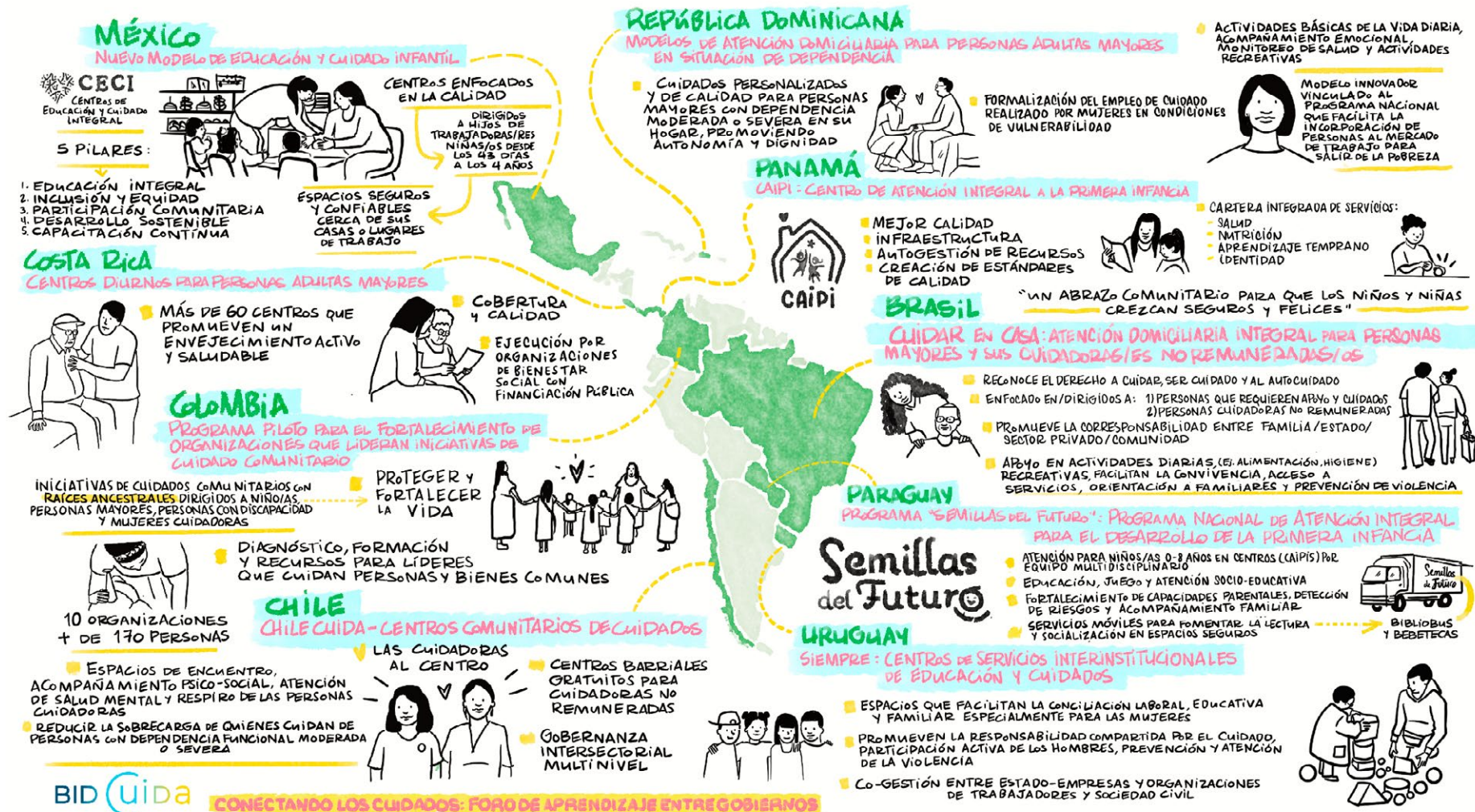
otros contextos. Finalmente, la cuarta sección presenta las conclusiones.

La sistematización se basó en la revisión de material primario y secundario: documentos oficiales producidos por los Estados, aportes recogidos durante el evento *Conectando los Cuidados: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos*, celebrado en la Ciudad de México el 11 de agosto de 2025, conversaciones con representantes gubernamentales, así como publicaciones de organismos internacionales y literatura especializada. Esta base documental orienta el análisis en torno a la pregunta central del informe: ¿qué lecciones pueden aprenderse de las experiencias existentes en materia de cuidados y de qué manera podrían aplicarse a mayor escala?



Participantes de *Conectando los Cuidados: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos*.

DISEÑO SIMBÓLICO DE LOS NUEVE MODELOS TERRITORIALES DE CUIDADO SELECCIONADOS



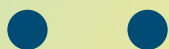


Caminos para construir sistemas de cuidado:
Nueve casos de estudio de América Latina y el Caribe



2

Modelos territoriales de cuidado de América Latina



Esta publicación presenta nueve casos de políticas o servicios de cuidado liderados por gobiernos nacionales que ofrecen prestaciones concretas en el territorio. En el marco de esta nota técnica estos casos se denominan experiencias territoriales de cuidado.

Por experiencias territoriales de cuidado se entienden aquellas políticas, programas o servicios diseñados e implementados que brindan una prestación o apoyan el trabajo de cuidado concreto en las ciudades, territorios o regiones. Consisten en prácticas que buscan responder a necesidades específicas de las personas y comunidades, considerando sus características sociales, demográficas y culturales. Mientras que los modelos más tradicionales de provisión de servicios de cuidado suelen centrarse en una sola población (por ejemplo, centros de cuidado infantil que no necesariamente contemplan las necesidades de las cuidadoras), estas nuevas modalidades tienen un enfoque más integrado: aunque parten de una población focal —quienes cuidan o quienes reciben cuidados—, crecientemente ofrecen apoyo y servicios también a la otra. Estas experiencias generan aprendizajes valiosos para avanzar hacia sistemas nacionales más integrales y sostenibles.

Las nueve experiencias analizadas fueron identificadas en colaboración con los países que participaron en *Conectando los Cuidados en América Latina: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos*, con los cuales el BID ha trabajado para fortalecer la agenda regional de cuidados (Aleman et al., 2025). Aunque se encuentran

en diferentes momentos de su desarrollo, todos los casos evidencian avances concretos y también un margen significativo para extender su cobertura. Desde esta perspectiva, cada uno de los nueve gobiernos participantes priorizó una experiencia territorial susceptible de ser escalada, la cual fue presentada y discutida durante el encuentro.

Los países participantes y sus experiencias de referencia son:

- **Brasil:** *Cuidado em Casa: atendimento domiciliar integrado para pessoas idosas e suas cuidadoras/es não remuneradas/os (Cuidado en casa: servicio integrado de atención a domicilio para personas mayores y sus cuidadoras/es no remuneradas/os en español).*
- **Chile:** *Centros Comunitarios de Cuidados/ Chile Cuida.*
- **Colombia:** Piloto para el fortalecimiento de organizaciones comunitarias de cuidado.
- **Costa Rica:** *Centros Diurnos para Personas Adultas Mayores.*
- **México:** Nuevo Modelo de Educación y Cuidado Infantil/CECI.
- **Panamá:** *Centros de Atención Integral a la Primera Infancia/CAIPI.*
- **Paraguay:** Programa Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia, *Semillas del Futuro.*
- **República Dominicana:** Modelo de atención domiciliaria para personas mayores en situación de dependencia.

• **Uruguay:** *Centros Interinstitucionales de Educación y Cuidados Infantiles de Sindicatos y Empresas/SIEMPRE.*

Estas experiencias adoptan modalidades diversas. Algunas consisten en espacios públicos o comunitarios donde se prestan servicios dirigidos tanto a quienes requieren apoyo como, en ciertos casos, a quienes asumen responsabilidades de cuidado de manera no remunerada. En esos entornos esta tarea deja de recaer exclusivamente en las familias para convertirse en un servicio provisto por el Estado. Otras iniciativas contemplan atención domiciliaria para acompañar a las familias en el cuidado a personas en situación de dependencia, así como programas de base comunitaria que involucran tanto a quienes necesitan cuidados como a quienes los proveen, independientemente de que lo hagan de forma remunerada o no.

En esta sección se presenta una descripción de cada experiencia, destacando el aspecto distintivo e innovador de cada caso; es decir, aquel componente concreto que ofrece una solución o respuesta a desafíos comunes y que puede servir de ejemplo para otros países en la construcción de sus sistemas y políticas de

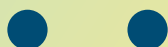
cuidado. Estos retos comunes están asociados al financiamiento y la gobernanza, la expansión de servicios de calidad y la promoción de la corresponsabilidad, que constituyen los tres pilares prioritarios de BID Cuida, dada su relevancia para desarrollar los sistemas de cuidado.

Para cada caso se describen los objetivos del servicio o programa, su dimensión operativa —cómo funciona—, su dimensión institucional —su esquema de gobernanza y sus fuentes de financiamiento— y los resultados esperados o alcanzados. Los casos están organizados según la población principal a la que se dirigen los servicios o programas. En primer lugar, se presentan las experiencias de cuidado para niñas y niños; en segundo lugar, aquellas dirigidas a personas mayores; y, por último, las enfocadas en las personas cuidadoras. En este último grupo, los servicios están diseñados principalmente para responder a las necesidades de quienes brindan cuidados. Sin embargo, esto no significa que sean exclusivos para las personas cuidadoras, ya que también pueden incluir servicios de cuidado o de apoyo dirigidos a las personas bajo su cuidado.



2.1

EXPERIENCIAS DE CUIDADO PARA NIÑAS Y NIÑOS





México

Nuevo modelo de Centros de Educación y Cuidado Infantil (MECI)



Aspecto innovador clave

Expansión de servicios de calidad

El caso de México se destaca por el énfasis que pone en mejorar la calidad del cuidado a través de un sistema de mentoría personalizada orientado a promover la crianza sensible y fortalecer las interacciones entre personas cuidadoras y niñas y niños. Este modelo se cimenta en la trayectoria acumulada del país en la provisión de servicios de cuidado infantil y reformula su modelo a partir de evidencia empírica que identificó amplios márgenes de mejora en las interacciones y en el apoyo emocional y pedagógico en el aula. En esta nueva etapa, se impulsa la profesionalización continua de las personas cuidadoras a través de la figura de la mentora educativa, quien brinda acompañamiento en el aula mediante observación, retroalimentación y apoyo para la incorporación de nuevas prácticas.



Origen

El nuevo **Modelo de Centros de Educación y Cuidado Infantil (MECI)** es parte del compromiso de gobierno para crear un Sistema Nacional y Progresivo de Cuidados (SNPC) en México. Se trata de una reconfiguración cualitativa y cuantitativa de las antes llamadas guarderías o centros de atención infantil administrados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace más de cinco décadas, recuperando la gestión directa de un servicio que durante los últimos 28 años había sido mayoritariamente tercerizado. En México, la red de centros de cuidado infantil atiende a aproximadamente 290.000 niñas y niños, en un país donde la población de 0 a 4 años supera los 10 millones y cerca del 70% aún no accede a servicios educativos o de cuidado (INEGI, 2020; ENASIC, 2022).



Objetivos

El modelo busca ofrecer servicios de educación y cuidado que aseguren condiciones óptimas para el desarrollo integral durante la primera infancia, al tiempo que promueve la participación laboral de las mujeres trabajadoras, en especial de aquellas empleadas en la industria manufacturera.



Cómo funcionan

Los **Centros de Educación y Cuidado Infantil (CECI)** atienden a niñas y niños desde los 43 días de nacidos hasta los cuatro años y están pensados principalmente para las hijas e hijos de trabajadoras y trabajadores formales. El modelo pone un énfasis especial en apoyar a las mujeres empleadas, particularmente aquellas vinculadas a la industria manufacturera, ofreciéndoles espacios seguros y cercanos para el cuidado infantil. Aunque su población objetivo prioritaria corresponde a personas afiliadas al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el programa se propone, en un futuro, la posibilidad de incorporar esquemas de acceso para familias no titulares del IMSS, desarrollados en coordinación con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Esto permitirá ampliar el acceso a niñas y niños de trabajadores del sector informal, fortaleciendo así el alcance inclusivo del modelo.

En materia de infraestructura, se utilizan diseños modulares, seguros y modernos que permiten construir los centros en un tiempo reducido y a un costo de aproximadamente la mitad del que entrañan los métodos convencionales. Esto se traduce en una significativa disminución del monto total de la inversión necesaria para la expansión. Tanto la estructura de construcción como la organización de los espacios fueron concebidos para fortalecer la calidad de las interacciones entre el personal de cuidado y los niñas y niños.

El modelo pedagógico se orienta explícitamente a la crianza sensible y la promoción de la calidad de las interacciones cuidador-niño. El diseño es fruto de los aprendizajes de una evaluación de los centros de atención infantil públicos que identificó posibilidades significativas de mejora en el apoyo emocional y conductual, y en la motivación del aprendizaje en el aula (Rubio-Codina et al., 2021).

En esta nueva etapa, se trabaja en la profesionalización continua del personal a través de la figura de la mentora educativa. Mediante ciclos de acompañamiento en el aula, la mentora acompaña al agente educativo con sesiones de planeación, observación y retroalimentación orientadas a incorporar nuevas prácticas pedagógicas y fortalecer interacciones cercanas, afectuosas y promotoras del desarrollo y autonomía infantil, en línea con un enfoque de crianza respetuosa centrado en el bienestar integral de niñas y niños. El modelo promueve asimismo la corresponsabilidad entre la familia —madres, padres y otras personas cuidadoras— y el Estado, permitiendo la prestación de servicios también para hombres trabajadores. La iniciativa busca igualmente colaborar con la Secretaría de Educación Pública (SEP) para facilitar horarios extendidos dirigidos a jornaleras agrícolas y trabajadoras de la industria maquiladora.

México



Gobernanza

El Instituto Mexicano del Seguro Social es el organismo rector y quien gestiona el **modelo MECI**. La gobernanza se concibe bajo un modelo tripartito que involucra a la federación, los municipios y la iniciativa privada, con un enfoque interinstitucional. Desde esa óptica, se articulan acuerdos con gobiernos municipales para la donación de terrenos destinados a la construcción de nuevos centros. Además, se contempla colaborar con el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en la creación de CECI mixtos orientados a atender también a población infantil no derechohabiente.



Inversión y fuentes de financiamiento

El financiamiento del **modelo MECI** es cubierto y ejecutado por el IMSS, cuya estructura financiera se sustenta principalmente en contribuciones tripartitas obligatorias provenientes de empleadores, trabajadores y el Estado, complementadas con aportes del gobierno federal.

La estrategia financiera se centra en la recuperación de la prestación directa del servicio como vía para mejorar la eficiencia del gasto público. El Instituto financia la construcción, operación y personal de los centros con recursos propios. Los municipios aportan los terrenos para los **CECI** de prestación directa. Como se mencionó anteriormente, la reducción de costos de infraestructura disminuye el monto total de inversión requerido para la expansión del modelo. A futuro se proyecta avanzar hacia un modelo de financiamiento corresponsable que combine recursos de la federación, los municipios y la iniciativa privada.



Alcance actual y esperado

El **nuevo modelo MECI** fue anunciado en enero de 2025 y comenzó a implementarse con la construcción de los primeros centros en Ciudad Juárez. Actualmente, un **CECI** se encuentra funcionando. La meta oficial es construir 200 centros del IMSS en el 2026.⁴ Esta expansión se enmarca en un conjunto de objetivos más amplios, encaminados a incrementar sustancialmente la cobertura de educación inicial de niñas y niños menores de tres años hacia 2030.

Antes de la transformación del modelo, la red del IMSS atendía a una población infantil de 207.050 en 1.418 centros, lo que evidencia que los **CECI** reconfiguran un sistema existente para adaptarlo a estándares más altos de calidad, corresponsabilidad y expansión territorial.

4. <https://www.gob.mx/presidencia/prensa/gobierno-de-mexico-en-2026-se-construiran-200-centros-de-educacion-y-cuidado-infantil-para-madres-trabajadoras>

México



Resultados e impacto esperado

En la esfera económica, la expansión de los **CECI** busca contribuir al incremento de la competitividad y productividad del país. La inversión en primera infancia es concebida como una estrategia para fortalecer el capital humano que México necesitará en el futuro, especialmente ante la irrupción de las nuevas tecnologías.

En el ámbito social, el modelo aspira a reducir desigualdades desde la primera infancia, dignificar la labor de las personas cuidadoras y fortalecer el tejido social en las comunidades.



Para conocer más sobre esta experiencia, véase:
[Nuevo Modelo de Educación y Cuidado Infantil \(MECI\) en México](#)



Panamá

Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI)



Aspecto innovador clave

Expansión de servicios de calidad y financiamiento por resultados

El caso de Panamá se distingue por colocar la calidad del cuidado en el centro de su modelo de atención, mediante el desarrollo de estándares de calidad estructurados en ocho ámbitos, que se especifican más adelante. El aspecto innovador de esta experiencia radica en la incorporación de un esquema de financiamiento que combina pagos per cápita con incentivos por resultados y los centros que cumplen un determinado porcentaje de los estándares de calidad reciben un pago en función de estos resultados. Además, una rigurosa evaluación de impacto permitió validar este enfoque, evidenciando mejoras significativas en el desarrollo del lenguaje de niñas y niños.



Origen

Los **Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI)** en Panamá constituyen una evolución en términos de calidad y de integralidad de la atención, respecto de los anteriores Centros de Orientación Infantil y Familiar (COIF), que ofrecían servicios de cuidado a niñas y niños de 0 a 5 años bajo modalidades públicas y privadas. Una evaluación aplicada a los centros públicos en 2018 —que contó con el apoyo del BID— reveló la necesidad de mejorar su calidad estructural y de procesos. En consonancia con la Política Pública de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI), adoptada en 2009, y su Ruta de Atención Integral, el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) creó un nuevo Modelo de Atención Integral para guiar el funcionamiento de los **CAIPI** y adoptó estándares, actualizados en 2024, para verificar su calidad e instaurar un proceso de mejora continua en la prestación de servicios integrales. La política pública que regula estos centros cuenta con respaldo legal mediante la Ley 171 de 2020, conocida como Ley de Protección Integral a la Primera Infancia y al Desarrollo Infantil Temprano.

Panamá



Objetivos

El propósito central de los **CAIPI** es garantizar una atención integral a niñas y niños de entre 0 y 4 años. A través de su Modelo de Atención Integral, se busca asegurar la provisión y articulación de servicios esenciales asociados a sus derechos en salud, nutrición, identidad, crianza positiva y aprendizaje temprano. Además, priorizan el acompañamiento a las personas cuidadoras primarias en la etapa de desarrollo infantil para que adquieran y apliquen técnicas de crianza positiva.



Cómo funcionan

Los **CAIPI** constituyen la modalidad institucional de atención integral a niñas y niños menores de 4 años y operan tanto en el ámbito público como privado bajo la rectoría del Ministerio de Desarrollo Social.

Los centros administrados por el MIDES son financiados con recursos públicos. Para asegurar la calidad de la prestación de servicios, los **CAIPI** cuentan con estándares de calidad en 8 ámbitos: salud y bienestar, alimentación, proceso y práctica pedagógica, gestión y formación del talento humano, espacios y ambientes, relaciones colaborativas con la familia, redes de apoyo institucional y comunitario, y direccionamiento y procesos administrativos.

En el marco del Programa de Inclusión y Desarrollo Social apoyado por el BID, se implementó un modelo de pago per cápita y por resultados orientado a afianzar el cumplimiento de los estándares de calidad. Según este esquema, cada centro recibe una asignación anual destinada a garantizar la provisión de la cartera integral de servicios. Además, aquellos que alcanzan determinados niveles de desempeño —supervisados trimestralmente— se hacen acreedores a un pago por resultados destinado a gestionar insumos, mantenimiento y capacitación con mayor flexibilidad que la permitida por la administración pública tradicional. Ante limitaciones presupuestarias, los **CAIPI** complementan el financiamiento estatal mediante el cobro de matrículas a los padres de familia y la articulación de alianzas con empresas y gobiernos locales.

La calidad de la atención depende en gran medida de la profesionalización del personal que conforma el equipo humano del **CAIPI**. La normativa establece requisitos específicos de formación y experiencia para garantizar el desarrollo armónico de niñas y niños y enriquecer



Panamá

su proceso de aprendizaje, conforme a estándares claramente definidos en el manual de perfiles y funciones.⁵

El MIDES impulsa además programas de perfeccionamiento docente y mentoría orientados a fortalecer las prácticas pedagógicas y promover interacciones cálidas, ricas en lenguaje y alineadas con el currículo nacional para niñas y niños de 0 a 3 años. Iniciativas como *Madres Cuidadoras* —vigente hasta 2024— contribuyeron a ampliar capacidades mediante entrenamientos intensivos.



Alcance actual y esperado

En 2025, el MIDES administraba 96 **CAIPI** operativos a los que asistían aproximadamente 2.600 niñas y niños. El ministerio mantiene el objetivo de expandir la cobertura. Con apoyo del Programa de Inclusión y Desarrollo Social financiado por el BID, actualmente se encuentran en construcción cinco nuevos **CAIPI** y están en marcha procesos de remodelación integral y equipamiento en 10 centros existentes.



Gobernanza

El Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Dirección de Servicios de Protección Social (DISPROS), ejerce la rectoría de los **CAIPI** públicos y privados, y garantiza el cumplimiento de las normativas establecidas para su creación y funcionamiento. Los centros operan con base en un Modelo de Atención Integral cuya cartera de servicios se articula con la **Ruta de Atención Integral a la Primera Infancia (RAIPI)** e incluye salud, nutrición, educación inicial y acompañamiento familiar. La supervisión de la calidad del servicio se realiza a partir de los estándares estructurados en los ocho ámbitos clave —ya mencionados— que establecen las condiciones mínimas de atención. Un equipo transdisciplinario —integrado por personal de gestión administrativa y profesionales de la educación— supervisa la calidad. El proceso pedagógico se organiza a partir del Currículo Nacional para niñas y niños de 0 a 3 años, que está avalado por el Ministerio de Educación (MEDUCA) y está organizado en torno a tres dimensiones: bienestar, desarrollo personal-social e interacción con el ambiente.

5. Estándares de Calidad. Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI). Ministerio de Desarrollo Social. Dirección de Servicios de Protección Social. Área de Gestión y Formación del Talento Humano, pp. 51-52.

Panamá



Inversión y Fuentes de Financiamiento

Los **CAIPI** públicos son financiados con recursos del Estado asignados al presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social. El MIDES cuenta además con apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo para ampliar la cobertura con estándares de calidad en los **CAIPI** como en otras modalidades de atención, incluyendo la familiar-comunitaria.

El modelo promueve asimismo la participación del sector privado bajo el concepto de inversión en capital humano, destacando la relevancia de las así llamadas *habilidades blandas* —socioemocionales— para la fuerza laboral. En este contexto, las empresas privadas participan en iniciativas como “Adopta tu CAIPI”, diseñadas para financiar procesos de remodelación y adecuación de centros en el marco de sus políticas de responsabilidad social.

Con apoyo de UNICEF y el Banco Mundial, el gobierno impulsa además — para 2026— un proceso de etiquetado presupuestario para la primera infancia, con el fin de asegurar recursos estables ante cambios de gobierno y restricciones fiscales.



Resultados e impacto obtenidos

El MIDES llevó a cabo una evaluación de impacto rigurosa para medir el impacto de las mejoras de calidad implementadas en los **CAIPI** sobre el desarrollo infantil y sustentar así las políticas basadas en evidencia. La evaluación —concluida en 2024— comparó a la población infantil que asistía a los centros con aquella que no tenía acceso a estos servicios y encontró un impacto positivo en el desarrollo del lenguaje (Eyzaguirre Ducci et al., 2026). También se observó una reducción en el uso del cuidado informal no remunerado, lo que sugiere que los **CAIPI** están sustituyendo modalidades de menor calidad y contribuyendo a una mejor distribución del tiempo al interior de los hogares.



Para conocer más sobre esta experiencia, véase:

[Centros de Atención Integral a la Primera Infancia \(CAIPI\)](#)



Paraguay

Programa “Semillas del Futuro”: un nuevo modelo para la primera infancia



Aspecto innovador clave

Corresponsabilidad y cofinanciamiento

El caso de Paraguay se destaca por un diseño programático basado en la integralidad de los servicios, que articula múltiples prestaciones dirigidas tanto a niñas y niños como a sus familias. El programa combina educación, recreación y desarrollo socioeducativo para la primera infancia con acciones de acompañamiento, formación y gestión de casos de violencia familiar y salud mental orientadas a promover prácticas de crianza positiva. Este enfoque se pone en práctica a través de un modelo de cofinanciamiento que integra fuentes públicas nacionales y subnacionales, contribuyendo no solo a la sostenibilidad financiera de la iniciativa, sino también a una mayor articulación entre los sectores responsables de los distintos servicios sociales.



Origen

En marzo de 2025 se puso en marcha el programa **“Semillas del Futuro”**, diseñado para fortalecer la atención integral a la primera infancia. El programa fue aprobado por Decreto N.º 3638 y tiene alcance nacional. Paralelamente, se creó la Comisión Nacional de Primera Infancia, encargada de coordinar y supervisar su implementación.



Objetivos

El propósito central de **“Semillas del Futuro”** es garantizar condiciones óptimas para el desarrollo físico, cognitivo, emocional y social de niñas y niños de entre 0 y 8 años, con especial énfasis en quienes enfrentan situaciones de vulnerabilidad. El programa propone articular múltiples servicios dirigidos a la niñez —cubriendo un rango etario más amplio que otros programas de cuidado infantil enfocados exclusivamente en los primeros tres años de vida— mediante un esquema integral que combina educación, recreación y desarrollo socioeducativo para la población infantil y acciones de acompañamiento, formación y gestión de riesgos dirigidas a familias y profesionales del sector. Las prestaciones se ofrecen a través de centros especializados y modalidades domiciliarias e itinerantes.



Paraguay



Cómo funcionan

La prestación en espacios de socialización del cuidado se llevará adelante mediante los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI)³ que son espacios físicos con equipos interdisciplinarios que brindarán:

- atención socioeducativa y recreativa;
- derivación a servicios especializados en casos de violencia, problemas de salud mental u otras situaciones adversas para el bienestar de niñas, niños y adolescentes;
- servicios de salud, atención médica pediátrica, medicina familiar, vacunación, apoyo psicológico y psicopedagógico;
- un registro único para el seguimiento individual y la continuidad de la atención; y
- servicios de Registro Civil destinados a fortalecer el acceso a documentos de identidad.

A nivel domiciliario, el programa contempla visitas de educadores itinerantes, maestras mochileras (docentes de nivel inicial que realizan visitas casa por casa), promotores comunitarios y guías familiares, que apoyan a las familias en la crianza positiva y el desarrollo infantil temprano.

A esto se suman dispositivos comunitarios, como las “Bebetecas” y “Bibliobuses”, que llevan materiales educativos, libros y actividades lúdicas a comunidades alejadas con poca infraestructura y acceso limitado a servicios.



Gobernanza

El Ministerio de la Niñez y la Adolescencia (MINNA) es la institución responsable de la gestión del programa, incluidas la selección, contratación, capacitación y evaluación del desempeño del personal vinculado a los CAIPI. La iniciativa contempla el traspaso administrativo, presupuestario y de personal de los Centros de Bienestar de la Infancia y la Familia existentes al MINNA, en coordinación con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). Esta reorganización busca fortalecer la institucionalidad del sistema y centralizar la gestión de los servicios de atención integral a la primera infancia.

3. El programa inició hace un año aproximadamente, por lo que los CAIPI están en construcción y no están aún operativos.



Paraguay

El programa funciona dentro del Sistema de Protección Social (SPS) y se articula con el Sistema Jurisdiccional de Protección de la Niñez. La coordinación institucional se organiza en tres niveles:

- **Comisión Nacional de Primera Infancia:** conformada por altas autoridades de la Presidencia de la República, la Oficina de la Primera Dama, siete ministerios, un representante del Consejo de Gobernadores y uno de la Organización Paraguaya de Cooperación Intermunicipal. Esta comisión aprueba los planes nacionales, convoca a las instituciones involucradas, establece alianzas y alinea las acciones de los distintos organismos con los objetivos del programa.
- **Coordinación Operativa Nacional:** integrada por equipos técnicos designados por las instituciones que conforman la Comisión Nacional de Primera Infancia.
- **Mesas Territoriales de Primera Infancia:** instancias locales compuestas por representantes locales de la Comisión, equipos de protección y promoción de derechos, municipalidades y otros actores comunitarios. En estos espacios se diseñan e implementan planes locales, se promueven alianzas y se elaboran informes de seguimiento. Asimismo, constituyen mecanismos de gobernanza participativa que incluyen a representantes de la comunidad y familias junto con actores públicos y privados, que contribuyen a que las intervenciones respondan a las verdaderas necesidades del territorio.



Alcance Esperado

Aunque el objetivo es lograr cobertura nacional, el programa comienza con una focalización en 100 distritos caracterizados por una alta concentración de niñas y niños en situación de pobreza y limitada oferta educativa. Actualmente, ya se ha iniciado la construcción de 20 centros. Las metas previstas en esta etapa inicial buscan atender a 16.500 niñas y niños a través de la modalidad CAIPI, 75.000 mediante atención domiciliaria y 81.000 a través de las así llamadas ludotecas y bebetecas.



Paraguay



Inversión y Fuentes de Financiamiento

El modelo paraguayo ha previsto una inversión de USD 100 millones para el período 2025–2028. El financiamiento proviene de una combinación de recursos públicos nacionales y subnacionales, lo que contribuye a la sostenibilidad del programa y a su articulación con otras políticas sociales. Entre las principales fuentes se encuentran:

- recursos del Presupuesto General del Estado asignados al MINNA;
- el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación (Ley N.º 4758/12);
- el Fondo Nacional “Hambre Cero” (Ley N.º 7264/2024), destinado a apoyar acciones destinadas a reducir la desnutrición infantil;
- la articulación con el Plan Nacional de Reducción de la Pobreza, financiado mediante el fondo social de la Represa de Itaipú; y
- aportes de gobiernos locales —gobernaciones y municipios—, que contribuyen a la implementación de los CAIPI mediante la provisión de inmuebles y servicios básicos.

El modelo contempla, asimismo, forjar alianzas con el sector privado para cofinanciar con el MINNA la expansión de los CAIPI.



Resultados esperados

Se espera mejorar la salud, nutrición, estimulación temprana, educación inicial y protección de niñas y niños desde la gestación hasta los cinco años. De igual forma, busca fortalecer a las familias mediante acciones de apoyo a los padres, madres y personas cuidadoras, y en particular a las madres adolescentes, trabajadoras y hogares de bajos ingresos. A nivel económico, se prevé generar aproximadamente 5.000 puestos de trabajo (mano de obra local) durante la construcción y operación de los centros.

**Para conocer más
sobre esta experiencia:**

[Centros de Atención Integral a la Primera Infancia Semillas del Futuro](#)



Uruguay

Modelo de Servicios Interinstitucionales de Educación y Cuidados Infantiles de Sindicatos y Empresas / Centros SIEMPRE



Aspecto innovador clave

Corresponsabilidad tripartita y cofinanciamiento

Los **Centros SIEMPRE** constituyen un modelo innovador de corresponsabilidad, cofinanciamiento y cogestión en la provisión de cuidados, que articula a los sectores público, privado y comunitario. El Estado financia y supervisa al personal; el sector privado (empresas y sindicatos) aporta infraestructura y equipamiento; y las organizaciones de la sociedad civil asumen la gestión operativa de los centros. Este esquema distribuye responsabilidades entre distintos actores y reduce el gasto público en infraestructura mediante el aprovechamiento de espacios físicos existentes y la movilización de recursos del sector privado.



Origen

Los **Centros SIEMPRE** fueron creados en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), instituido por la Ley N.º 19.353 de 2015. Se trata de servicios de educación y cuidado para la primera infancia, cuyos espacios físicos son provistos por el sector privado.



Objetivos

Los **Centros SIEMPRE** buscan promover el desarrollo integral de niñas y niños mediante servicios educativos pertinentes a su contexto familiar y basados en sus derechos. Asimismo, facilitan la conciliación entre la vida familiar y laboral, ofreciendo servicios de fortalecimiento de capacidades parentales, crecimiento personal e integración social de las familias, además de fomentar la corresponsabilidad social y de género en las tareas de cuidado.



Cómo funcionan

Los centros atienden a niñas y niños de 0 a 12 años, aunque priorizan a la población de 0 a 3 años. Ofrecen servicios de cuidado en horario laboral —hasta 12 horas diarias, con un máximo recomendado de 8 horas por niño— y se ubican principalmente dentro o cerca de empresas o instalaciones sindicales, para atender a hijos e hijas de trabajadores vinculados a dichas entidades. No obstante, reservan un 20% de los cupos para familias de la comunidad que no tienen relación laboral con ellas con el fin de promover la integración social. El servicio es gratuito para todas las familias usuarias. Además del servicio de cuidado que se brinda a los niñas y niños en estos espacios, los centros fortalecen las capacidades de madres y padres a través del proyecto *Parentalidades Comprometidas*, orientado a promover prácticas de crianza sensible y equitativa.

El modelo articula a tres actores con roles complementarios mediante un esquema de cogestión tripartita. El Estado financia y supervisa al personal; el sector privado —empresas y sindicatos incluidos— contribuye con infraestructura y equipamiento; y las organizaciones de la sociedad civil administran el funcionamiento cotidiano de los centros. Esta distribución de funciones permite combinar capacidades institucionales diversas, optimizar recursos disponibles y asegurar la sostenibilidad del modelo.



Inversión y Fuentes de financiamiento

El financiamiento de los **Centros SIEMPRE** también se estructura bajo un esquema tripartito de corresponsabilidad. El Estado cubre los salarios y la formación continua del personal asignando las partidas presupuestarias incluidas en la Ley Nacional de Presupuesto a los organismos competentes: el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) y la Secretaría Nacional de Cuidados (SNC). Estos recursos públicos se imputan al tesoro nacional y no provienen de fuentes específicas de financiamiento. El sector privado y los sindicatos asumen los costos asociados a la planta física y al equipamiento. En algunos casos, como los centros impulsados por el Sindicato Único Nacional de la Construcción y Anexos (SUNCA), la creación de nuevos espacios se ha logrado mediante negociaciones colectivas en los Consejos de Salarios y se ha financiado con fondos sociales específicos del sector. Este esquema de cofinanciación permite reducir el gasto público en infraestructura a través del aprovechamiento de infraestructura existente y la incorporación de aportes del sector privado.



Gobernanza

A nivel nacional, la supervisión técnica de los **Centros SIEMPRE** está a cargo del Instituto Nacional del Niño y Adolescente (INAU), en coordinación con el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). La rectoría del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), marco institucional en el que se inscriben estos centros, recae en la Junta Nacional de Cuidados, órgano máximo de dirección presidido por el MIDES. La Junta está integrada por representantes de diversos ministerios, organismos públicos y el Congreso de Intendentes y tiene a su cargo la definición de la política pública, sus lineamientos estratégicos y objetivos en materia de cuidados.



Resultados

Los **Centros SIEMPRE** se han convertido en espacios de encuentro e integración social, capaces de reunir en un mismo lugar a familias de distintos orígenes y trayectorias laborales, en parte debido al 20% de cupos que se reservan para la comunidad en general.

Asimismo, contribuyen a reducir la distribución desigual del trabajo de cuidado,



Escala actual

Actualmente, Uruguay dispone de 16 **Centros SIEMPRE** en operación. El país cuenta, además, con espacios públicos de educación inicial y con los Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), gestionados conjuntamente por el Estado y organizaciones de la sociedad civil, aunque sin participación de empresas y sindicatos. La provisión pública de educación inicial y los centros CAIF presentan una cobertura territorial más amplia que los Centros SIEMPRE.

La meta de expansión para el quinquenio 2025-2030 es alcanzar 32 **Centros SIEMPRE** operativos. Se está evaluando, paralelamente, la posibilidad de replicar el modelo de cogestión entre sindicatos y empresas para centros diurnos dirigidos a personas mayores en ámbitos laborales.

que continúa recayendo principalmente en las mujeres. Al liberar tiempo destinado a estas tareas, las madres usuarias logran una mayor autonomía económica, inserción laboral y continuidad educativa, así como una mayor capacidad para la toma de decisiones (ALIGN/CIEDUR, 2025) y una participación más activa en la vida social, cívica y sindical, llegando incluso a ocupar



Uruguay

roles de liderazgo (SNIC-MIDES e INAU, 2019). Asimismo, al contar con mecanismos de actuación y mantener una relación cercana con las familias, los Centros SIEMPRE contribuyen a la detección y abordaje de situaciones de violencia (ALIGN/CIEDUR, 2025).

En cuanto a la corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres, dos evaluaciones disponibles de los **Centros SIEMPRE** muestran que, aunque las familias manifiestan apoyar una distribución más equitativa de las tareas de cuidado, persisten creencias que continúan asignando primordialmente a las madres la responsabilidad principal del cuidado y la crianza. Si bien se observan ciertos avances en prácticas compartidas y una mayor participación de los padres varones —particularmente en actividades como el juego, la alimentación, la fijación de límites y la relación con los centros—, estos

cambios todavía no se traducen plenamente en una redistribución cotidiana del trabajo doméstico y de cuidado. En la realidad del hogar, las mujeres continúan asumiendo la mayor parte de estas tareas: realizan solas cerca del 43% del trabajo de cuidado, frente al 3% en el caso de los hombres, y siguen siendo las principales responsables de actividades clave como gestión de citas médicas, el vínculo con la escuela y los traslados al jardín de infantes (SNIC-MIDES y INAU, 2019). Complementar los servicios de cuidado con programas de apoyo a padres y madres —como *Parentalidades Comprometidas*— que explícitamente promueven la corresponsabilidad en las decisiones, la gestión familiar y el cuidado, pueden contribuir al desarrollo de relaciones más equitativas al interior de los hogares y así facilitar el acceso de las mujeres a mayores oportunidades laborales (ALIGN/CIEDUR, 2025).

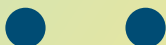
Para conocer más sobre esta experiencia puedes consultar

[Centros SIEMPRE](#)



2.2

EXPERIENCIAS DE CUIDADO DE LARGA DURACIÓN PARA PERSONAS MAYORES





Brasil

Programa piloto “Cuidado em Casa: atendimento domiciliar integrado para pessoas idosas e suas cuidadoras/es não remuneradas/os”



Aspecto innovador clave

Gobernanza y financiamiento

El caso de Brasil se distingue por su modelo de gobernanza intersectorial, que articula el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) con el Sistema Único de Salud (SUS). La implementación descentralizada aprovecha las estructuras existentes de ambos sistemas, facilitando la coordinación territorial y ampliando el potencial de escalabilidad de las intervenciones. Este enfoque también habilita esquemas de cofinanciamiento entre los niveles nacional y federal, integrando recursos del sistema de salud y fortaleciendo la sostenibilidad del modelo.



Origen

El programa piloto **Cuidado em Casa: atendimento domiciliar integrado para pessoas idosas e suas cuidadoras/es não remuneradas/os**⁸ fue desarrollado por el Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre (MDS) de Brasil en el marco de la Política Nacional de Cuidados. Esta política fue instituida mediante la Ley N.º 15.069/2024, que reconoce el cuidado como un derecho y establece principios, directrices y objetivos generales. La política se implementa a través del Plan Nacional de Cuidado **Brasil que Cuida**, principal instrumento operativo que organiza acciones concretas, ejes estratégicos, metas y partidas presupuestarias para garantizar progresivamente el derecho al cuidado en todo el país, articulando al gobierno federal, los estados, los municipios y el Distrito Federal. El programa piloto se inspira en el éxito de dos experiencias municipales previamente desarrolladas en las ciudades de São Paulo y Belo Horizonte.⁹

8. Cuidado en casa: servicio integrado de atención a domicilio para personas mayores y sus cuidadoras/es no remuneradas/os.

9. Estos programas son *Maior Cuidado* en Belo Horizonte <https://publications.iadb.org/es/programa-maior-cuidado-una-intervencion-integrada-de-base-comunitaria-para-adultos-mayores> y *Programa de Acompanhante de Idosos* en São Paulo.



Brasil



Objetivos

El modelo tiene un doble propósito central: mejorar la calidad de vida de las personas mayores y reducir la sobrecarga de trabajo de las personas cuidadoras familiares no remuneradas, en su mayoría mujeres. La iniciativa les ofrece cuidado en su domicilio, orientado a prevenir o revertir la pérdida de funcionalidad y evitar la institucionalización. A su vez, busca liberar tiempo para el autocuidado y otras actividades, entre ellas las que generan ingresos. Además, el programa procura fortalecer los vínculos familiares y comunitarios, prevenir situaciones de violencia y vulneración de derechos, y promover la corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres, la familia, la comunidad, el Estado y el sector privado.



Cómo funciona

El modelo de atención domiciliaria ***Cuidado em Casa*** está dirigido a personas mayores (pessoas idosas) que requieren cuidado y apoyo para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, así como a sus cuidadoras familiares no remuneradas (diada persona mayor-cuidadora). Una de las innovaciones de este modelo consiste precisamente en reconocer explícitamente la sobrecarga que enfrentan quienes brindan cuidados dentro del hogar, especialmente las mujeres. La atención es provista por la figura de la persona "cuidadora social", cuyo trabajo incluye actividades esenciales de apoyo al desarrollo de la vida diaria y a la autonomía, además de ofrecer orientación y apoyo a las familias. Este rol profesional forma parte del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y está definido por la Resolución CNAS N.º 9 del 15 de abril de 2014. Históricamente, el servicio de protección social domiciliaria ha tenido bajos niveles de implementación debido a la ausencia de cofinanciamiento federal, por lo que un objetivo clave del Plan Nacional de Cuidados es justamente garantizar ese financiamiento para ampliar y consolidar la figura de la persona "cuidadora social" a nivel nacional a través del SUAS, articulando además esfuerzos con el sistema de salud.

El servicio se organiza en torno a cuidados integrales en el hogar provistos por la persona "cuidadora social", que tiene un perfil amplio y multidimensional. Sus funciones incluyen la asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria —como higiene,



Brasil

alimentación, movilidad y organización del hogar—, el acompañamiento en desplazamientos externos, la promoción de la convivencia familiar y comunitaria y la realización de actividades recreativas.

Asimismo, las personas cuidadoras sociales brindan orientación a las familias en torno a cómo reducir el esfuerzo físico y el riesgo de sufrir lesiones asociadas a las tareas de cuidado, al tiempo de facilitar el acceso a servicios y derechos sociales. De esta manera, el modelo no solo busca garantizar una atención de calidad para las personas mayores, sino también reducir la carga económica y emocional de las familias, disminuir los gastos en salud y fortalecer las redes de protección y solidaridad comunitaria.



Gobernanza

El programa piloto ***Cuidado em Casa*** se basa en un esquema de gobernanza intersectorial que articula prioritariamente el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y el Sistema Único de Salud (SUS). Si bien su concepción general está a cargo del Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre (MDS), a través de la Secretaría Nacional de la Política de Cuidados y Familia, la implementación es descentralizada y aprovecha las estructuras institucionales ya existentes en ambos sistemas.

Este diseño requiere una coordinación constante entre sectores y niveles de gobierno, lo que supone un desafío institucional importante: incorporar las actividades cotidianas de cuidado —apoyo en alimentación, higiene y movilidad, entre otras— como componentes legítimos de la política pública.



Alcance esperado

El potencial de cobertura es significativo, ya que aproximadamente 1.7 millones de personas mayores en Brasil no tienen acceso al cuidado que necesitan. El programa comenzó como un piloto en tres municipios y se evaluará su impacto con el propósito de contribuir a su escalabilidad a nivel nacional. Dado que el país cuenta con cerca de 5.700 municipios, la expansión requerirá un esfuerzo gradual basado en su adhesión progresiva y la de los estados al Plan Nacional de Cuidados. Esto implica que cada uno de ellos deberá elaborar sus propios planes dentro del marco general de la política federal.



Brasil



Inversión y Fuentes de Financiamiento

El financiamiento del modelo dependerá principalmente del presupuesto de la administración pública central. Un componente clave de la inversión consiste en garantizar el cofinanciamiento federal para servicios que, aunque ya están tipificados en el SUAS —como la protección social básica en domicilios—, han tenido una limitada implementación debido a la ausencia de esos recursos.



Impacto esperado

El impacto esperado se concentra en mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores y en reducir la sobrecarga de trabajo de quienes se ocupan de cuidarlas. El modelo busca detener y revertir la pérdida de funcionalidad, de las personas mayores, evitando su institucionalización innecesaria y fortaleciendo los vínculos familiares y comunitarios. Asimismo, se espera contribuir a mitigar problemas de salud física y mental que experimentan las personas cuidadoras no remuneradas, al tiempo que se logra reducir el gasto familiar en salud.

Dado que la política se propone aliviar la carga económica asociada al cuidado y formalizar la prestación de los servicios, uno de los resultados esperados es una reducción del gasto familiar en salud, toda vez que el Estado asumiría, en parte, esta responsabilidad. No obstante, la implementación de la política se realiza en un contexto de fuertes restricciones fiscales y un gran esfuerzo presupuestario asociado a la reconstrucción de las políticas sociales.

Para conocer más sobre esta experiencia, véase:

[Atención domiciliaria integral para personas mayores y sus cuidadores no remunerados](#)



Costa Rica

Centros Diurnos para Personas Adultas Mayores



Aspecto innovador clave

Financiamiento y corresponsabilidad

Esta experiencia se distingue, en primer lugar, por la forma innovadora de diversificar sus fuentes de financiamiento ante las restricciones fiscales. Los centros diurnos para personas mayores que forman parte de la Red de Cuido se sostienen principalmente a través de un esquema estatal de subsidio tripartito, complementado con modalidades de autogestión de recursos. En segundo lugar, Costa Rica incorpora progresivamente herramientas objetivas para optimizar el gasto y la gestión del cuidado, particularmente mediante el uso del baremo para valorar las necesidades de apoyo de las personas mayores, priorizar a la población con mayor dependencia y asignar eficientemente los recursos públicos. En tercer lugar, esta experiencia se destaca por el modelo de corresponsabilidad social en el que el Estado, las organizaciones comunitarias y el sector privado comparten responsabilidades y recursos para el funcionamiento de los centros.



Origen

Los **Centros Diurnos** se enmarcan en la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEV) 2023-2033 y en la Política Nacional de Cuidados (PNC) 2021-2031, bajo la rectoría del Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social. Forman parte integral del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos (SINCA), que incluye también servicios de cuidado de cuidado domiciliarios y centros de larga estancia.

Este modelo de atención se enmarca en una trayectoria de políticas de apoyo social y de salud que buscan responder al envejecimiento de la población. Uno de sus antecedentes directos es la *Modalidad de hospital de día y visita domiciliar* implementada por la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) a partir de 2007. Más adelante, la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2011-2021 promovió el desarrollo de alternativas comunitarias de cuidados de larga duración y la generación de redes de apoyo que favorecieran la permanencia de las personas mayores en el hogar.



Costa Rica



Objetivos

Los **Centros Diurnos** buscan promover un envejecimiento activo y saludable mediante servicios de atención integral durante el día a personas mayores en situación de pobreza, abandono o vulnerabilidad, para evitar la institucionalización permanente y fortalecer el vínculo comunitario.



Cómo funcionan

Los *Centros Diurnos* son espacios diseñados para brindar atención integral principalmente a personas mayores sin dependencia severa⁶, que enfrentan condiciones de pobreza, escasez de recursos o riesgo social. Durante el día, acceden a servicios que combinan acompañamiento social, actividades recreativas y preventivas, alimentación, seguimiento básico de salud y apoyo para preservar su autonomía.

En el marco del modelo de corresponsabilidad social entre el Estado, las familias, las organizaciones comunitarias y el sector privado, desempeñan una función central las Organizaciones de Bienestar Social (OBS), entidades privadas autorizadas que administran los centros y prestan los servicios. Estas organizaciones reciben fondos públicos a través del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), así como recursos adicionales de la Junta de Protección Social (JPS), destinados a subsidiar la atención de personas mayores en situación de vulnerabilidad. Para operar, las OBS deben estar certificadas por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y cumplir con los requisitos establecidos por Ministerio de Salud, que regula los centros, otorga los permisos sanitarios de funcionamiento y supervisa el cumplimiento de estándares mínimos de infraestructura, seguridad y recursos humanos.

El personal de los centros es contratado por las OBS y debe cumplir los perfiles profesionales definidos por la normativa, manteniendo estándares de calidad adecuados en el trato y la atención. Asimismo, el país impulsa un Programa Nacional de Formación por Competencias para la acreditación de asistentes en cuidados y apoyos, con el fin de fortalecer la profesionalización del sector y la calidad de los servicios. Finalmente, la participación de empresas privadas, organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales complementa el esfuerzo estatal, con aportes de infraestructura, recursos y alianzas que permiten ampliar y sostener estos servicios fundamentales para el bienestar de las personas mayores.

6. Se define como la situación en la que una persona presenta limitaciones significativas para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, requiriendo apoyo de terceros para llevar a cabo actividades esenciales.



Costa Rica

Un componente innovador del sistema es el uso progresivo del baremo⁷, una herramienta de planificación y priorización que permite dimensionar las necesidades de cuidado de las personas usuarias. Este instrumento permite identificar con precisión las demandas territoriales y orientar la oferta de servicios en función de criterios objetivos. Su integración al sistema nacional de registro único de beneficiarios refuerza la transparencia y la rendición de cuentas en el uso de los fondos públicos.



Alcance actual y esperado

Los **Centros Diurnos** están dirigidos a personas mayores en situación de pobreza, abandono o vulnerabilidad que necesitan cuidado o apoyo para realizar sus actividades cotidianas. Su alcance ha crecido de manera sostenida. Según datos del CONAPAM, en 2019 atendieron a 1.549 personas, cifra que aumentó a 1.831 en 2021, mostrando una expansión progresiva de la cobertura (CONAPAM, 2023; IMAS y Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social, 2021). En 2025, 14.237 personas mayores recibieron atención ya fuera en centros diurnos o en centros de larga estancia, lo que evidencia la importancia de esta red para la población mayor del país. Para 2026, se aspira a alcanzar una cobertura de aproximadamente 10.000 personas atendidas por la Red de Cuido, incluyendo, entre otras, 2.400 asistentes a **Centros Diurnos**, 1.500 residentes en centros de larga estancia y alrededor de 1.000 personas mayores sin hogar atendidas mediante iniciativas específicas dirigidas a población en abandono.



Gobernanza

La gobernanza de los centros está encabezada por el CONAPAM, que actúa como órgano rector y coordina a los distintos actores públicos y privados en los niveles nacional, regional y local. La coordinación territorial se realiza mediante comisiones interinstitucionales y los Consejos Intersectoriales Regionales, que articulan la oferta de servicios en todas las regiones del país.

Dentro del sistema nacional de cuidados, los **Centros Diurnos** se integran como parte de la red de cuidados de larga duración y trabajan en coordinación con instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social, el Consejo Nacional de Personas con Discapacidad y el Ministerio de Salud. Su función consiste en complementar y ampliar los servicios existentes, especialmente para personas mayores que reciben atención en el hogar o servicios de teleasistencia.

7. El **baremo de la dependencia** es un instrumento técnico —generalmente un cuestionario o escala de medición— utilizado para determinar el nivel de apoyo que requiere una persona. No se basa exclusivamente en un diagnóstico médico, sino en el grado de **capacidad funcional**; es decir, en aquello que la persona puede o no puede realizar de manera autónoma en su vida cotidiana.

Costa Rica



Inversión y Fuentes de Financiamiento

La inversión en el modelo costarricense de cuidados se orienta a optimizar el gasto y maximizar el uso eficiente de los recursos disponibles, combinando fuentes nacionales consolidadas con mecanismos redistributivos que fortalecen la sostenibilidad del sistema. La red de **Centros Diurnos** se financia principalmente mediante el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), un fondo permanente destinado a financiar programas sociales de vivienda, educación, salud y protección para personas en situación de pobreza o pobreza extrema (Ley N.º 5662). A ese financiamiento se suman recursos provenientes de impuestos a licores y cigarrillos de (Ley N.º 7972) y aportes de la Junta de Protección Social.



Impacto esperado

Se espera que los **Centros Diurnos** contribuyan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores en situación de pobreza, abandono o vulnerabilidad, reduciendo el aislamiento, la soledad y el deterioro psicosocial, y promoviendo un envejecimiento activo y saludable mediante servicios integrales de atención diurna. Asimismo, se prevé que la expansión de estas alternativas comunitarias de cuidados de larga duración permita evitar o postergar la institucionalización, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en sus hogares y entornos habituales durante el mayor tiempo posible y fortaleciendo la construcción de redes de apoyo orientadas a preservar su autonomía e inclusión social. Por último, se espera que estos centros contribuyan a disminuir la sobrecarga de cuidado que enfrentan las familias —particularmente las mujeres— al ofrecer espacios estructurados y seguros de atención durante el día.





República Dominicana

Modelo de atención domiciliaria para personas mayores en situación de dependencia



Aspecto innovador clave

Capacitación de las personas cuidadoras

Esta experiencia se destaca por posicionar al cuidado como un motor de desarrollo económico, con énfasis en la generación de empleo formal y de calidad. El modelo impulsa la profesionalización del trabajo de cuidado mediante procesos de formación y certificación de las personas cuidadoras, promoviendo la inserción laboral de mujeres en situación de vulnerabilidad. De este modo, combina mejoras en la calidad de los servicios con la creación de oportunidades económicas más inclusivas para quienes ejercen las tareas de cuidado —principalmente mujeres viviendo en situación de vulnerabilidad— contribuyendo a su autonomía económica.



Origen

El modelo de atención domiciliaria para personas adultas en situación de dependencia forma parte del plan piloto **"Comunidades de Cuidados"**, impulsado por el gobierno desde el año 2020 y coordinado por el programa Supérate junto con el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE).



Objetivos

El propósito primordial del **modelo de atención domiciliaria** es, por un lado, asegurar que las personas mayores en situación de dependencia reciban atención digna y adecuada en sus hogares, y por otro, utilizar el cuidado como un motor económico de generación de empleo formal, especialmente para mujeres en situación de vulnerabilidad.



República Dominicana



Cómo funciona

El modelo de atención está dirigido a personas mayores con dependencia moderada o severa pertenecientes a hogares pobres identificados por el programa de protección social *Supérate*. La selección de beneficiarios se realiza mediante el registro social y una valoración detallada de sus necesidades a través del “Expediente de Desarrollo Integral del Adulto Mayor”. El programa piloto comenzó en dos territorios con altos niveles de pobreza estructural: el municipio rural de Azua de Compostela y la ciudad de Santo Domingo Este.

La prestación de servicios se organiza mediante una alianza entre el Estado y el sector social y privado —cooperativas, mipymes y empresas— bajo un modelo de negocio sostenible orientado a garantizar la calidad del servicio. Si bien en un comienzo se trabajó exclusivamente con cooperativas, la experiencia evidenció una larga curva de aprendizaje en la gestión de personal, por lo que se avanzó hacia un esquema híbrido que integró a empresas y mipymes ya consolidadas, acelerando la implementación. El trabajo de cuidado es realizado por cuidadoras —principalmente mujeres en situación de

vulnerabilidad— que pasan por procesos formales de capacitación y certificación a través de la figura de la cuidadora profesional certificada. El financiamiento proviene de recursos estatales protegidos por ley, ha sido complementado con apoyo del BID, y es administrado por *Supérate* y ejecutado por el CONAPE. El programa está diseñado para aliviar la carga económica y emocional de las familias, reducir el gasto familiar y avanzar hacia un modelo en el que el Estado asuma parte de la responsabilidad asociada al cuidado, generando al mismo tiempo empleo formal para mujeres cuidadoras.

La cobertura se define mediante el registro social, a partir del cual se identificaron cerca de 24.000 personas con altas demandas de cuidado. Al mismo tiempo, se priorizó la profesionalización del rol de la persona cuidadora mediante la capacitación de más de 1.500 personas cuidadoras y la creación de la figura de la “persona cuidadora profesional certificada”. Esta acreditación oficial reconoce el trabajo de cuidado como una ocupación formal, habilita la inserción laboral y garantiza prioridad dentro del sistema de atención.



República Dominicana



Gobernanza

La gobernanza del programa **“Comunidades del Cuidado”**, dentro del cual se inscribe el modelo de atención domiciliaria, se estructura en dos niveles. En el plano intersectorial participan once instituciones del Estado, lideradas por el Ministerio de Economía y Hacienda junto con el Ministerio de la Mujer, un espacio clave para la negociación y la priorización de recursos. A nivel territorial funcionan las Mesas Locales de Cuidado, encargadas de diseñar planes adaptados a las características del territorio, definir prioridades y promover procesos de sensibilización comunitaria sobre la política de cuidados.

Estas mesas cumplen un papel clave en la implementación y sostenibilidad del programa. Además de incorporar el cuidado en la agenda local, promueven el debate comunitario y fortalecen la legitimidad y el arraigo social de la política. Su funcionamiento permite adaptar las intervenciones a las particularidades de cada territorio y consolidar una red de corresponsabilidad entre el Estado, las familias y las comunidades. Las Mesas Locales de Cuidado están conformadas por instituciones públicas, privadas, cooperativas, empresas y líderes comunitarios que, de manera conjunta, ejecutan y fortalecen las acciones contempladas en el Plan Nacional de Cuidado.



Alcance actual y esperado

La implementación del modelo de atención domiciliaria comenzó como una experiencia piloto con una implementación focalizada en dos territorios priorizados.

En esta primera etapa, el programa ya brinda atención domiciliaria a 400 familias, permitiendo poner a prueba el esquema operativo y ajustar sus mecanismos de funcionamiento. El Plan Nacional de Cuidado establece metas de expansión ambiciosas: dentro de los próximos diez años se espera escalar la política hasta alcanzar a aproximadamente 800.000 personas con demandas de cuidado, lo que equivale al 10% de la población objetivo. Como primer paso hacia esa meta, ya se aprobó la ampliación del modelo en tres ciudades adicionales a partir de 2026.



República Dominicana



Inversión y Fuentes de Financiamiento

La política nacional de cuidados cuenta con financiamiento protegido por ley en el presupuesto estatal, lo que refuerza su sostenibilidad y proyección a largo plazo. La experiencia piloto se financia principalmente mediante un préstamo del BID. Los fondos del préstamo son gestionados por el programa *Supérate* y transferidos al CONAPE para la contratación de servicios, la capacitación de personas cuidadoras y la cobertura de pasantías y gastos operativos.



Impacto esperado

Esta política busca garantizar la dignidad de las personas mayores y convertir el cuidado en un motor de desarrollo humano y económico. A través de este piloto se espera mejorar la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores, permitiéndoles permanecer en sus hogares con cuidados personalizados, evitar la institucionalización innecesaria y fortalecer los vínculos familiares y comunitarios.

El modelo también busca formalizar el trabajo de cuidado y ampliar las oportunidades económicas para las mujeres. Uno de sus ejes principales

es la certificación oficial de personas cuidadoras, que permitirá consolidar redes reconocidas de trabajadoras formales y profesionalizar a un sector históricamente invisibilizado. Con ello se espera mejorar las condiciones laborales, dignificar las tareas de cuidado y generar nuevas oportunidades de empleo para mujeres en situación de vulnerabilidad. La meta es que, en el plazo de una década, entre 40.000 y 80.000 mujeres actualmente dedicadas a estas tareas puedan diversificar sus medios de vida o acceder a otros empleos, fortaleciendo así su autonomía económica.

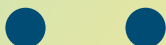
Para conocer más sobre esta experiencia, véase:

[Modelo de atención domiciliaria para personas adultas mayores en República Dominicana](#)



2.3

EXPERIENCIAS DE CUIDADO CENTRADAS EN PERSONAS CUIDADORAS





Chile

Centros Comunitarios de Cuidados (CCC) / "Chile Cuida"



Aspecto innovador clave

Gobernanza y corresponsabilidad

El caso de Chile se distingue por colocar en el centro del programa a las personas cuidadoras no remuneradas, incorporando sus voces desde la etapa de diseño. A través de **Centros Comunitarios de Cuidado**, se ofrecen servicios diseñados para acompañar directamente a las personas cuidadoras y a sus familias. El modelo promueve el involucramiento activo en todo el país y la participación de organizaciones de cuidadoras en esquemas de cogobierno tripartito, asegurando así una construcción representativa que favorece la adaptación territorial. Este enfoque no solo refuerza la pertinencia de las intervenciones, sino que también contribuye al bienestar de las cuidadoras y al reconocimiento de una labor históricamente invisibilizada.



Origen

El modelo de **Centros Comunitarios de Cuidados (CCC)** forma parte del **Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados "Chile Cuida"**. Sus antecedentes datan de 2016, cuando comenzaron a implementarse servicios de relevo domiciliario para cuidadoras que atendían a personas dependientes. Esta línea de acción sigue vigente. Durante el período 2022–2025 se diseñó e inició el programa Centros Comunitarios de Cuidados (CCC), como un nuevo componente de la oferta "Chile Cuida" para complementar el enfoque domiciliario del Programa Red Local de Apoyos y Cuidados mediante dispositivos de base comunitaria.

Se trata de infraestructuras construidas por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo o por otras entidades públicas y ofrecen diversos servicios definidos con base en los intereses y necesidades de las personas cuidadoras. Entre ellos se incluyen talleres, capacitaciones, operativos de salud, servicios de orientación profesional, espacios de contención emocional, grupos de autoayuda y actividades comunitarias. Además, los centros brindan atención y



servicios especializados dirigidos a niñas, niños, adolescentes y personas con dependencia, de modo que puedan recibir cuidados de calidad mientras las personas cuidadoras participan en las actividades del centro.

Este nuevo enfoque surgió de la necesidad de complementar las atenciones domiciliarias ya existentes y de reconocer las redes comunitarias de cuidado que se activaron durante la pandemia, especialmente en lugares donde la presencia estatal era débil. Para construir este servicio, se llevó a cabo una consulta llamada “Diálogos de Cuidado”, que logró convocar a más de 12.000 personas en todo el país.



Objetivos

El propósito central del programa es establecer un servicio que sitúe en el centro a las personas cuidadoras no remuneradas. Sus objetivos son mejorar su bienestar, reducir la sobrecarga que enfrentan y posicionar el cuidado como un derecho y un pilar de la protección social frente al desafío de atender a la dependencia.

La población objetivo son las personas cuidadoras no remuneradas de niñas, niños, adolescentes y personas con dependencia funcional que residen en el área de influencia de cada centro. La mayoría son mujeres con altos niveles de sobrecarga, que cuidan principalmente a personas mayores con dependencia moderada o severa.



Cómo funcionan

Los Centros Comunitarios de Cuidados son espacios barriales que ofrecen una amplia gama de servicios gratuitos, flexibles y cercanos, diseñados para acompañar de manera directa a las personas cuidadoras y a sus familias. Estos centros se han ido consolidando como referentes comunitarios, donde se combinan apoyos prácticos, emocionales y sociales.

Entre los servicios más relevantes destacan los de respiro y relevo, que brindan atención directa a las personas con dependencia, permitiendo que las cuidadoras dispongan de tiempo para descansar o realizar actividades propias. A ello se suma un apoyo integral que incluye acompañamiento psicosocial, atención en salud mental, talleres de autocuidado, iniciativas para la generación autónoma de ingresos y construcción de redes de apoyo.



Un principio básico que rige el funcionamiento de los centros es la simultaneidad: la persona cuidadora puede asistir acompañada de quien requiere cuidados —ya sea una persona mayor, un niño o niña o alguien con dependencia—, lo que elimina una de las barreras más habituales de acceso a los servicios de autocuidado.

El modelo es también innovador en sus mecanismos de articulación y acceso, al operar como una ventanilla única que integra los servicios de 14 ministerios y más de 50 programas, ajustando la oferta a las necesidades específicas de las personas cuidadoras.

La persona usuaria puede llegar por tres vías de entrada: la búsqueda activa sustentada en sistemas robustos de información, la interoperabilidad o derivación entre el sector de salud y el sector social; o la demanda espontánea desde la comunidad. Una vez que ingresa al sistema, la persona cuidadora recibe una credencial que garantiza su reconocimiento y atención preferente en los servicios públicos, junto con el kit “Chile Cuida”, que incluye suministros básicos (almohada viscoelástica, organizadores de pastillas, fichas educativas, entre otros). Posteriormente, se realiza un plan diagnóstico que activa la red local de apoyos y cuidados —que incluyen asistencia domiciliaria— y habilita la participación plena en el centro comunitario.



Gobernanza

Los Centros Comunitarios de Cuidados operan bajo la rectoría del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, a través de su Subsecretaría de Servicios Sociales, responsable de definir lineamientos y transfiere recursos.

La articulación se basa en un modelo de cogobierno tripartito o mesa horizontal entre:

1. el **Estado nacional** (gobierno central);
2. el **Municipio** (como ejecutor directo y responsable local); y
3. las **organizaciones de personas cuidadoras** (cuya participación es central en el codiseño de los servicios).

El modelo se organiza mediante una gobernanza multinivel con un significativo grado de adaptabilidad territorial. El Gobierno nacional ha evitado imponer un modelo de gestión único, permitiendo que el diseño arquitectónico y la oferta de servicios se decidan en conjunto con la comunidad y el municipio respectivo. Asimismo, la gobernanza puede regirse desde distintas instancias municipales —personas mayores, mujeres o salud— que sean más relevantes de cada territorio.



Alcance

Chile se ha propuesto una meta de expansión de instalar al menos 100 Centros Comunitarios de Cuidados para marzo de 2026. Al cierre de 2025 ya se habían inaugurado 62 a nivel nacional. En materia de cobertura, el sistema avanza hacia una universalidad progresiva: la atención domiciliaria, que actualmente alcanza a cerca de 7.000 hogares, tiene como objetivo escalar hasta llegar a 75.000 en los próximos años. La estrategia de focalización territorial prioriza zonas con alta vulnerabilidad o donde la presencia estatal ha sido históricamente limitada, como Arica, con una elevada población migrante; la Araucanía, marcada por una importante presencia de población mapuche; y Magallanes, una zona austral con dispersión geográfica, evitando así concentrar la oferta únicamente en grandes centros urbanos (Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF, 2024).



Inversión y Fuentes de Financiamiento

El financiamiento del programa combina recursos nacionales y locales bajo un esquema coordinado entre distintos ministerios. La operación se sostiene principalmente con fondos del presupuesto nacional administrados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), que transfiere recursos directamente a los municipios responsables de la implementación. Por su parte, el Ministerio de Vivienda y Urbanismo financia la construcción y mejora de la infraestructura mediante subsidios destinados a garantizar espacios adecuados para la prestación de los servicios. El principal desafío hacia el futuro es fortalecer la sostenibilidad fiscal del modelo, revisando los marcos presupuestarios para asegurar los recursos necesarios frente a la creciente demanda de cuidados, sin comprometer la estabilidad financiera ni la continuidad de la atención a largo plazo.



Impacto obtenido y esperado

El modelo ha mostrado un alto impacto positivo tanto en la comunidad como en las personas cuidadoras. Uno de los efectos más significativos se observa en el bienestar de estas últimas, especialmente de aquellas no remuneradas, que son mayoritariamente mujeres. Muchas reportan una reducción de la sobrecarga asociada a las tareas de cuidado y mejoras en su salud mental, dimensiones que suelen quedar invisibilizadas en la política pública. A esto se suma un fuerte componente de reconocimiento social: según una encuesta realizada por la Subsecretaría de Servicios Sociales del MDSF, el 86% de las personas con

credencial cuidadora que participaron en los servicios manifestaron sentirse valoradas por su comunidad, lo que representa un avance sustantivo en la visibilización y dignificación del trabajo de cuidado.

Los efectos también se reflejan en el fortalecimiento de los lazos comunitarios. Más de la mitad de las personas cuidadoras declaran haber desarrollado nuevas formas de colaboración en sus barrios, convirtiéndose en protagonistas activas de redes de apoyo y solidaridad que trascienden el ámbito del hogar (Vera Gutiérrez y Arriagada, 2025).

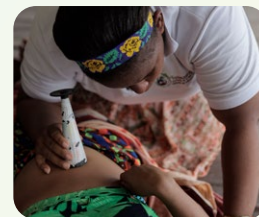


Para conocer más sobre esta experiencia, véase:
[Centros Comunitarios de Cuidado Chile Cuida](#)



Colombia

"Comunidades del Cuidado": programa piloto para el fortalecimiento de organizaciones que lideran iniciativas de cuidado comunitario



Aspecto innovador clave

Corresponsabilidad con el sector comunitario

El caso de Colombia pone de relieve una realidad compartida por muchos países de la región: la provisión de cuidados por parte de sectores comunitarios ante la ausencia de servicios públicos. Ante esta realidad, esta experiencia se destaca por fortalecer organizaciones territoriales autogestionadas por mujeres, especialmente en comunidades étnicas y campesinas. El programa reconoce y pone en valor estas formas de cuidado comunitario estas prácticas comunitarias y busca potenciarlas, reconociendo su rol clave en la provisión de cuidados. Su carácter innovador radica también en llegar a territorios históricamente excluidos, donde la presencia del Estado ha sido limitada, ampliando así el alcance de las políticas de cuidado hacia poblaciones tradicionalmente desatendidas.



Origen

Colombia ha avanzado en la estructuración e implementación de su Sistema Nacional de Cuidado, culminando este proceso con la promulgación de la Ley 2281 de 2023, mediante la cual se formaliza este sistema y establece la corresponsabilidad del Estado frente a las necesidades de cuidado. El Programa Nacional de Cuidados (2024) y el Documento CONPES 4143 —la Política Nacional de Cuidado— de 2025 profundizaron este compromiso, reconociendo que las prácticas de cuidado trascienden el ámbito doméstico y se desarrollan también en espacios colectivos, especialmente en comunidades étnicas y campesinas. Sin embargo, estas prácticas han permanecido históricamente invisibilizadas y carecen de protección adecuada. Este programa piloto se propone revertir esa situación, destacando la importancia de las iniciativas lideradas por mujeres que, pese a brindar cuidados en condiciones precarias, no han recibido la atención que merecen dentro de las políticas públicas.

Frente a esta realidad, el Gobierno nacional decidió impulsar acciones orientadas a mejorar las condiciones en que se provee este servicio, fortaleciendo procesos organizativos territoriales y otorgándoles un lugar central dentro del Sistema Nacional de Cuidado.



Colombia



Objetivos

El programa "**Comunidades del Cuidado**" busca fortalecer organizaciones con iniciativas de cuidado comunitario mediante diagnósticos participativos orientados a elaborar planes para el mejoramiento de condiciones técnicas, de capacidades y dotación, así como a facilitar la entrega de insumos y capital necesarios para sostener y expandir estas prácticas de cuidado. Asimismo, la estrategia impulsa el intercambio de saberes y la creación de redes de colaboración.



Cómo funciona

Este programa piloto está dirigido a organizaciones comunitarias —formales e informales— lideradas por mujeres y orientadas al cuidado de niñas y niños, personas mayores, personas con discapacidad y mujeres cuidadoras, así como a iniciativas vinculadas al cuidado del medio ambiente y los bienes comunes, la preservación de saberes tradicionales y el fortalecimiento de proyectos de vida de las mujeres participantes. El programa prioriza a organizaciones ubicadas en territorios históricamente afectados por el conflicto armado y con baja presencia institucional. El ingreso al programa se realiza mediante una convocatoria pública y la selección considera criterios territoriales y poblacionales, además de exigir una trayectoria mínima de cinco años.

El fortalecimiento de las organizaciones se desarrolló en cinco fases:

- 1. Diagnóstico y plan:** se elaboró un diagnóstico individual con el fin de establecer un plan de fortalecimiento para cada organización.
- 2. Acompañamiento técnico:** se les brindó acompañamiento técnico adaptado a sus necesidades.
- 3. Entrega de capital:** dotación y provisión e insumos destinados a fortalecer las prácticas de cuidado a través de "capital para el bienestar", (por ejemplo, guantes y gafas para parteras, dotación de "casas del cuidado" o "arrullos"), y capital para el cuidado ambiental.
- 4. Intercambio de saberes:** se facilitó el intercambio entre organizaciones para tejer un acervo de conocimiento colectivo.
- 5. Formación para la gestión:** se brindó formación en áreas como formalización, contabilidad o economía solidaria.



Colombia



Gobernanza

La implementación del programa está a cargo del Ministerio de Igualdad y Equidad, a través de la Dirección de Cuidado. La iniciativa cuenta además con el apoyo técnico y operativo del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y del Fondo Mujer Libre y Productiva, junto con el respaldo metodológico de universidades y organizaciones de la sociedad civil. Como aliados de la cooperación internacional participaron la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Embajada de Canadá.

A su vez, la estrategia de territorialización del sistema nacional de cuidado contempla la figura jurídica de las “alianzas público-populares”, aún incipientes y en fase piloto. Esta figura permitirá al Estado contratar directamente a organizaciones comunitarias y sindicatos para ejecutar juntamente con ellos sus servicios.



Alcance

Entre 2024 y 2025, el programa logró fortalecer a 239 organizaciones de cuidado comunitario con presencia en 84 municipios y en 24 de los 32 departamentos del país, lo que evidencia un despliegue territorial diverso y con alcance nacional. Sin embargo, es de notar que esta cobertura resulta limitada frente a las aproximadamente 900 organizaciones que han manifestado interés en participar en la iniciativa. Para la implementación del programa se movilizaron COP 17.800 millones (pesos colombianos) destinados al fortalecimiento de capacidades y sostenibilidad de estas experiencias territoriales.



Inversión y Fuentes de Financiamiento

La Política Nacional de Cuidados cuenta con una inversión estimada de COP 26 billones hasta 2030. Los recursos para su implementación provienen tanto del Presupuesto del Ministerio de Igualdad y Equidad como de aportes de la cooperación internacional, el Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo (IDRC por sus siglas en inglés) de Canadá y Oxfam.

Colombia



Resultados

Los resultados esperados apuntaron a mejorar las condiciones en que las organizaciones proveen los cuidados, contribuir a reconocer el trabajo de cuidados que históricamente realizan las comunidades y fomentar el cuidado como motor de oportunidades para el desarrollo. Entre los avances alcanzados a partir del fortalecimiento comunitario, se destacan los siguientes ejemplos:

- En Quibdó se consolidó la primera Casa de Partería, un espacio donde se garantiza la atención y el bienestar materno y neonatal, al tiempo que se salvaguarda la riqueza cultural y territorial del Chocó, fortaleciendo el tejido comunitario desde el cuidado y la dignidad.
- En Cartagena se dotó un comedor comunitario para personas mayores y se entregaron insumos destinados a actividades culturales y recreativas de las cuidadoras integrantes de la Fundación De Lina con Amor.
- Se consolidó la primera Casa de Cuidado Ancestral Arhuaca, un espacio que transforma la vida de las mujeres tejedoras, liberando tiempo para sus actividades productivas y promoviendo una distribución más equitativa de las tareas de cuidado dentro de la comunidad.

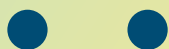


Para conocer más sobre esta experiencia, véase:

[Fortalecimiento de organizaciones que lideran iniciativas de cuidado comunitario en Colombia](#)



Desafíos y lecciones para escalar las experiencias territoriales de cuidado de la región



Las experiencias territoriales documentadas en la sección anterior ilustran distintas modalidades que están transformando la organización social del cuidado en los contextos donde se implementan y muestran cómo pueden mejorar la vida cotidiana tanto de las personas cuidadas como de quienes las cuidan. Representan experiencias concretas con potencial de escalabilidad hacia políticas nacionales y de ser replicadas en otros contextos de la región que enfrentan desafíos similares.

Desde esa perspectiva, esta sección sistematiza los desafíos comunes que estas iniciativas enfrentan para ampliar su cobertura con calidad, y extrae lecciones accionables a partir de los aprendizajes de los nueve casos estudiados.

El análisis se organiza en torno a tres dimensiones interrelacionadas.

1. Gobernanza y financiamiento: crear y expandir servicios requiere leyes, recursos y estructuras de coordinación capaces de articular distintos sectores, niveles de gobierno y actores públicos y privados.

2. Expansión con calidad: acompañar el crecimiento de la cobertura con mecanismos que garanticen estándares adecuados de prestación de servicios.

3. Corresponsabilidad: avanzar hacia una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado entre el Estado, las empresas y las familias, y dentro de estas, entre hombres y mujeres.

Cabe señalar que varios de los casos ofrecen lecciones que atraviesan de manera transversal más de una de estas dimensiones, lo que refuerza el carácter sistémico de los procesos de expansión.

3.1 Gobernanza y financiamiento para la escalabilidad: desafíos y aprendizajes regionales

La gobernanza y el financiamiento son condiciones estructurales necesarias para que los sistemas de cuidado operen de manera coordinada y sostenida en el tiempo. Por ello, el primer pilar de BID Cuida busca apoyar a los países en ambas áreas.

En materia de gobernanza, ese apoyo implica fortalecer los marcos normativos e institucionales que sustentan las políticas de cuidado; promover la coordinación horizontal entre sectores del gobierno y la articulación vertical entre distintos niveles de gobierno

en el diseño, implementación de políticas y toma de decisiones; desarrollar marcos regulatorios para los actores del sector privado—incluyendo políticas laborales y acciones de apoyo al cuidado en el lugar de trabajo—; y avanzar en la planificación territorial de los servicios.

Respecto del financiamiento, el reto es cómo financiar y garantizar la sostenibilidad de estos servicios y sistemas en momentos en que la región enfrenta restricciones fiscales. Esto requiere diseñar esquemas de financiamiento

sostenibles que garanticen la calidad de las prestaciones en el largo plazo, mediante la diversificación de fuentes, la generación de incentivos para la inversión privada en la provisión de servicios —especialmente para familias de bajos ingresos— y la definición de mecanismos focalizado de acceso a servicios

subsidiados cuando no es posible asegurar la gratuidad universal.

Sin una arquitectura institucional sólida y esquemas de financiamiento estables, la expansión de servicios de cuidado de calidad a escala enfrenta limitaciones significativas.

3.1.1 Gobernanza

Desafío 1: Articulación intersectorial

Las políticas de cuidado son, por naturaleza, transversales. Sin embargo, en gran parte de la región actualmente funcionan en silos, de manera fragmentada. Los nueve casos analizados —así como otras iniciativas regionales— crecientemente buscan brindar servicios a distintas poblaciones, lo que requiere contar con mecanismos de coordinación y decisión interinstitucional entre múltiples departamentos y entidades gubernamentales. Por ejemplo, las políticas orientadas a personas mayores demandan articulación entre las áreas de salud y desarrollo social, y frecuentemente también de educación y empleo, dada la escasa profesionalización del sector. Asimismo, las políticas dirigidas a la infancia necesitan coordinación entre educación, desarrollo social y salud.

Un elemento en común en los casos analizados es la creación de instancias de coordinación y toma de decisiones, tales como mesas interministeriales, comisiones y otros mecanismos de diálogo interinstitucional. Estos espacios son fundamentales para reconocer que distintos ministerios inciden en la organización social del cuidado. Sin embargo, su efectividad

depende de su capacidad para superar la fragmentación sectorial y operar como instancias reales de coordinación y decisión.

Lección accionable 1: Establecer una rectoría clara con autoridad para la toma de decisiones

Las experiencias analizadas sugieren la imprescindibilidad de un órgano rector con mandato definido para tomar decisiones y capacidad técnica suficiente para sostener la articulación intersectorial. Los casos de Costa Rica y Brasil ilustran dos formas distintas de organización de una rectoría así concebida.

Ejemplos: Costa Rica y Brasil

En Costa Rica, el Sistema Nacional de Cuidados (SINCA) y su Comisión Técnica Interinstitucional ofrecen una manera de abordar este desafío. Con el fin de evitar que la transversalidad de la agenda diluyera responsabilidades, el SINCA estableció una Secretaría Técnica con función rectora, encargada de garantizar continuidad y apoyo sostenido a los equipos técnicos interministeriales que operan debajo de las instancias formales de diálogo. Este diseño institucional permitió mantener activa la coordinación entre ministerios más allá de los espacios formales de reunión.

El caso de Brasil se destaca por su modelo de gobernanza intersectorial: la Secretaría Nacional de Política de Cuidados y Familia (SNCF), adscrita al Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Combate al Hambre (MDS), es el órgano rector principal y ejerce funciones de coordinación y respaldo técnico. Paralelamente, la implementación de los servicios se apoya en la articulación entre el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS) y el Sistema Único de Salud (SUS). La ejecución descentralizada aprovecha las estructuras ya existentes de ambos sistemas, facilitando la coordinación territorial y ampliando la escalabilidad de las intervenciones.

Desafío 2: Coordinación multinivel y articulación territorial

La implementación de las políticas de cuidado depende en gran medida de los niveles subnacionales de gobierno —provinciales, estatales y municipales—, responsables de la provisión de los servicios, y requiere una coordinación y un diálogo fluido entre estos niveles y el nacional. La articulación vertical entre los distintos ámbitos enfrenta diversos desafíos, tales como la heterogeneidad de las capacidades institucionales locales, las dificultades para traducir los planes nacionales en instrumentos de gestión territorial y una participación significativa de actores comunitarios e informales, frecuentemente no integrados plenamente en los marcos institucionales formales.

Lección accionable 2: Diseñar mecanismos explícitos de articulación entre el nivel nacional y el territorial

La experiencia de los casos analizados indica que la existencia de un marco normativo nacional requiere complementarse con instrumentos operativos que favorezcan la capacidad de acción a nivel subnacional y comunitario. Mecanismos tales como esquemas de adhesión, acompañamiento técnico continuo y reconocimiento de actores locales pueden facilitar la implementación de las políticas en el territorio. En contextos de elevada heterogeneidad de capacidades institucionales, el acompañamiento técnico sostenido a los gobiernos subestatales resulta crucial para la implementación efectiva.

Ejemplos: Brasil y Colombia

En Brasil, la Secretaría de Cuidados impulsó un proceso de adhesión de estados y municipios al Plan Nacional de Cuidados, que conduce a la construcción de planes estatales y municipales propios. Este mecanismo establece un vínculo formal entre la planificación nacional y la territorial, transfiriendo al mismo tiempo capacidad de diseño a las entidades subnacionales. Asimismo, habilita esquemas de cofinanciamiento entre los niveles nacional y federal de gobierno, integrando recursos del sistema de salud y fortaleciendo la sostenibilidad del modelo.

En Colombia, donde existen marcadas disparidades en la capacidad institucional de sus municipios, se implementó un esquema de acompañamiento técnico a municipios y departamentos para incorporar los sistemas locales de cuidado en los planes de desarrollo, y ya tiene presencia en 27 de ellos. Paralelamente, se fortaleció la gobernanza

comunitaria a través de las organizaciones sociales de cuidado, reconociendo y ordenando el papel de los actores informales y comunitarios como parte constitutiva del sistema territorial de cuidados.

Desafío 3: Continuidad institucional de las políticas más allá de los ciclos de gobierno

Los sistemas de cuidado requieren horizontes de implementación de largo plazo, lo que plantea la necesidad de mitigar los riesgos de discontinuidad asociados a ciclos de gobierno y cambios de administración. La ausencia de marcos legales consolidados puede limitar la continuidad de los avances, dificultando la planificación de largo plazo y la expansión progresiva de los servicios como política de estado.

Lección accionable 3.1: Apuntalar las políticas de cuidado en marcos legales y acuerdos interinstitucionales

Los casos analizados muestran que la sostenibilidad de las políticas de cuidado puede alcanzarse por distintas vías: el respaldo legislativo formal, un consenso amplio entre distintos actores políticos y sociales o una combinación de ambos. El factor determinante es la construcción de una institucionalidad que trascienda las administraciones: marcos legales que otorguen estabilidad normativa, mecanismos de evaluación y mejora continua, y acuerdos entre los poderes ejecutivo y legislativo, así como con los gobiernos subnacionales, que apuntalen los compromisos de largo plazo.

Ejemplos: Uruguay, Chile y Panamá

En Uruguay, el Sistema Nacional de Cuidados, vigente desde la aprobación de la Ley 19.353 en 2015, ofrece un ejemplo de institucionalización respaldada por un marco legal. El Plan Nacional de Cuidados 2026-2030 se apoya en ese mandato jurídico, lo que le permite trascender los ciclos electorales. Los Centros SIEMPRE, como parte de este sistema, enfrentan desafíos pendientes en materia de su objetivo de redistribución del cuidado desde enfoque que considera las desigualdades entre hombres y mujeres. Sin embargo, el respaldo normativo del sistema permite sostener los esfuerzos, evaluar los impactos y mejorar progresivamente las prestaciones, con independencia de los ciclos de gobierno.

El caso de Chile ilustra cómo la consolidación institucional puede contribuir a la continuidad de una política pública a través de distintas administraciones. El programa “Chile Cuida”, creado en 2016, se mantuvo y fue profundizado en gobiernos posteriores de diferentes orientaciones políticas. Este recorrido evidencia la importancia que revisten la institucionalización y el consenso social y político para la sostenibilidad de políticas de largo plazo.

En Panamá, la política pública que rige los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) se encuentra institucionalizada a través de la Ley 171 de 2020 (Ley de Protección Integral a la Primera Infancia y al Desarrollo Infantil Temprano), lo que contribuye a la continuidad de la política más allá de los cambios de administración. Asimismo, los esfuerzos por mejorar la calidad de los centros

se iniciaron en 2018, con una evaluación de los establecimientos públicos, y se han sostenido hasta la actualidad mediante la implementación de estándares de calidad y esquemas de pago por resultados.

Lección accionable 3.2: Construir legitimidad social y consenso político

Los casos analizados indican que otra estrategia importante para asegurar la continuidad institucional de las políticas de cuidado más allá de los ciclos de gobierno consiste en fortalecer el diálogo social y construir consensos en torno a ellas. En la medida en que crece la adhesión social a las políticas de cuidado, también se refuerza la sostenibilidad política necesaria para su permanencia.

3.1.2 Financiamiento

Desafío 1: Financiar el sistema de cuidado

Antes las restricciones fiscales que enfrentan las administraciones públicas en la región, un desafío común es optimizar el gasto para financiar las políticas de cuidado. Son pocos los países que han desarrollado mecanismos específicos para dimensionar con precisión la demanda de cuidados para justificar la priorización de la inversión pública en este ámbito, lo que dificulta tanto la planificación como la asignación de recursos adicionales.

Lección accionable 1: Optimizar el gasto

Los casos analizados ofrecen distintas alternativas para optimizar el gasto. Una

Ejemplos: Chile y Uruguay

En Chile, el proceso participativo que involucró a más de 12.000 cuidadoras antes de la expansión del sistema permitió legitimar la política, consolidar su apropiación comunitaria e incrementar las partidas presupuestarias. En Uruguay, el reciente proceso de Diálogo Social sobre Protección y Seguridad Social constituye un ejemplo relevante de construcción de consensos mediante mecanismos institucionalizados y participativos. Entre sus conclusiones, se puso de relieve la necesidad de avanzar hacia la ampliación de los tiempos y licencias de cuidado para promover la corresponsabilidad, así como en el diseño de esquemas de cofinanciamiento para los cuidados de larga duración que permitan responder a la demanda creciente de cuidados vinculada al envejecimiento poblacional.

estrategia de corto plazo consiste en dimensionar la demanda mediante criterios objetivos que permitan justificar las nuevas asignaciones presupuestarias que requieren estas políticas, así como priorizar y redistribuir los recursos ya existentes (Costa Rica). Otra estrategia es la optimización de infraestructura subutilizada para generar eficiencias, lo que permite ampliar la cobertura sin incrementos inmediatos del presupuesto total (Panamá).

Ejemplos: Costa Rica y Panamá

Costa Rica desarrolló un proceso de revisión y coordinación interinstitucional de los presupuestos del sector social, eliminando

duplicidades, automatizando procesos y readecuando perfiles laborales de equipos técnicos y personas cuidadoras. Este esfuerzo permitió ampliar la cobertura en tres años, complementando los recursos nacionales con cooperación internacional. Paralelamente, el país desarrolló una herramienta de baremación sociosanitaria que incorpora la llamada “canasta de la dependencia”, un instrumento que ajusta la línea de pobreza según las necesidades reales de cuidado existentes en los hogares. El baremo funciona como un proceso estandarizado de valoración que permite identificar con precisión la demanda, priorizar la asignación de recursos, fiscalizar el gasto y reducir la discrecionalidad en las decisiones públicas, lo que resulta especialmente relevante en contextos de presupuestos limitados.

En Panamá, la experiencia ilustra el potencial de reasignar funciones a infraestructura existente mediante la identificación de espacios vacíos o subutilizados susceptibles de reconversión en instalaciones para la prestación de servicios. Asimismo, los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) pueden ser adaptados para atender a otros grupos etarios o extender su uso en distintos horarios, optimizando los recursos disponibles sin requerir nuevas inversiones en infraestructura.

Desafío 2: Restricciones estructurales al financiamiento del cuidado como inversión pública

La expansión del financiamiento para el sector enfrenta restricciones estructurales más amplias. Los sistemas de cuentas nacionales tienden a clasificar el gasto social como gasto

corriente, sin reflejar plenamente sus retornos de mediano y largo plazo en capital humano, productividad y desarrollo, lo que en la práctica limita su reconocimiento como inversión (Arenas, I. y Serafini, V., 2024). Esta clasificación dificulta la justificación de incrementos presupuestarios y restringe el espacio fiscal disponible. Además, el carácter intersectorial de las políticas de cuidado complejiza los procesos de asignación de recursos, al distribuir las responsabilidades de financiamiento entre múltiples carteras y prolongar los procesos de coordinación interministerial (Cirimi Obón et al., 2025).

Lección accionable 2: Diversificar las fuentes de financiamiento para contribuir a la sostenibilidad fiscal

La adopción de Marcos Nacionales Integrados de Financiamiento (MNIF) constituye una herramienta útil para alinear recursos con objetivos de desarrollo social, reducir la dependencia de una única fuente presupuestaria y fortalecer la planificación y transparencia en el uso de los fondos públicos (Araneda, Ruelas y Gálvez, 2025). La diversificación de fuentes —combinando recursos del presupuesto público, contribuciones de la seguridad social, fondos específicos y aportes privados o comunitarios— ha demostrado contribuir a una mayor estabilidad y resiliencia fiscal (Alemany, Scuro y Coello Cremades, 2022).

Asimismo, pueden explorarse fuentes innovadoras como bonos de cuidado, canjes o reestructuraciones de deuda por inversión social y recursos de la cooperación internacional

para el financiamiento de infraestructura física y sistemas de información (Cirimi Obón et al., 2025). Además, y considerando los elevados niveles de desigualdad existentes en América Latina y el Caribe (CEPAL, 2024), el espacio fiscal aún no plenamente aprovechado (Ortiz y Cummins, 2017) y los efectos positivos de la inversión en cuidados sobre la productividad y la equidad (Ilkharacan, Kim y Kaya 2015), el fortalecimiento de sistemas tributarios progresivos emerge como una vía estratégica para ampliar el financiamiento del sector.

Ejemplos: Paraguay, Uruguay y Costa Rica

Paraguay combina recursos del Presupuesto General del Estado con fondos nacionales —el Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación y el Fondo “Hambre Cero”—, junto con aportes del Fondo Social de la Represa de Itaipú y de los gobiernos locales, configurando un esquema de financiamiento cruzado que distribuye la carga entre distintos actores y niveles de gobierno y, por ende, acelerando la

implementación de las políticas y programas de cuidado.

Uruguay, por su parte, ha involucrado al sector privado en la provisión de infraestructura para los Centros SIEMPRE —a menudo aprovechando la existente—, diversificando las fuentes y reduciendo, por tanto, el gasto público directo en este componente.

Tanto el modelo del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Uruguay, como el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) de Costa Rica, ilustran cómo los fondos mixtos —que combinan aportes públicos, de la seguridad social y privados— pueden contribuir a garantizar la continuidad en la prestación de servicios esenciales (Alemany, Scuro y Coello Cremades, 2022). Asimismo, la red de Centros Diurnos de Costa Rica se financia a través de cargas tributarias específicas —como los impuestos a licores y cigarrillos— y aportes de la Junta de Protección Social.

3.2 Expansión con calidad: desafíos y aprendizajes regionales

La región enfrenta el desafío de expandir la infraestructura, la fuerza laboral y los servicios de cuidado de calidad para niñas y niños menores de 12 años, personas mayores y personas con discapacidad que requieren apoyos. Para ello, además de garantizar espacios seguros y adecuados, este sector exige principalmente fortalecer la formación y profesionalización de su personal, crear empleos formales con salarios justos y

condiciones que favorezcan el bienestar de las personas cuidadoras. Este pilar contempla, asimismo, el fomento de la participación del sector privado como proveedor de servicios a través de distintas modalidades de colaboración público-privada, el desarrollo de estándares de calidad y mecanismos de monitoreo, y el impulso de soluciones tecnológicas e innovadoras que permitan ampliar la cobertura sin comprometer la calidad de las prestaciones.

Desafío 1: Profesionalización, certificación y bienestar de las personas cuidadoras

El sector enfrenta un déficit estructural de personal calificado, lo que constituye una restricción importante para la expansión de la cobertura con calidad. El panorama regional se caracteriza por una dependencia excesiva del cuidado familiar no remunerado: aproximadamente 25 millones de personas, de las cuales casi el 60% son mujeres, dedican en promedio 7,5 horas semanales a estas tareas (Stampini et al., 2025). En el ámbito remunerado, la contratación de servicios de cuidado continúa fuertemente determinada por criterios de confianza personal por sobre la formación profesional, lo que limita la demanda de perfiles especializados. La fuerza laboral remunerada dedicada a la atención de personas mayores —actualmente estimada en 3 millones de personas— se compone mayoritariamente de mujeres que trabajan en condiciones precarias, con salarios bajos (en promedio equivalentes al 90% del salario mínimo), altos niveles de informalidad (solo el 26% cotiza a la seguridad social) y oportunidades limitadas de capacitación (Stampini et al., 2025).

Incluso con plena disponibilidad presupuestaria, la oferta profesional actual es insuficiente para cubrir la demanda potencial, lo que restringe la expansión inmediata de los servicios. A ello se suma que muchos países aún no han establecido los marcos legales —estatutos o convenios colectivos específicos— que regulen los perfiles asociados al cuidado social de las distintas poblaciones, un proceso

que requiere la participación de todos los sectores involucrados.

Otro desafío relacionado con las personas cuidadoras —en su mayoría mujeres, remuneradas o no— consiste en garantizar su bienestar como una prioridad en sí misma y una condición esencial para la calidad de la prestación del servicio (Lupica, 2025). Estas personas enfrentan una carga emocional y física significativa: son más propensas a experimentar síntomas de estrés (71%), soledad (55%) y depresión (34%) (Stampini et al., 2025). Esta realidad incide directamente en la calidad de la atención que brindan y, por tanto, en la sostenibilidad de los sistemas de cuidado.

Lección accionable 1.1: Avanzar simultáneamente en la formación y certificación de nuevos cuidadores y de quienes ya cuidan

Dado que el proceso de profesionalización requiere tiempo, la evidencia sugiere que ampliar la cobertura sin comprometer la calidad exige una estrategia dual: formar a nuevas personas cuidadoras e incorporarlas en empleos formales, al tiempo que se certifican las competencias de quienes ya prestan estos servicios en condiciones informales y se mejoran sus condiciones laborales. Una parte de estas personas requiere formación adicional para fortalecer sus competencias. Esta estrategia implica también reconocer y ordenar el papel de las organizaciones comunitarias y de la economía popular en la provisión de cuidados.

Ejemplos: República Dominicana y México

República Dominicana ilustra la importancia de adaptar la estrategia de profesionalización a las capacidades disponibles en cada momento. El modelo de atención domiciliaria para personas mayores comenzó centrado exclusivamente en cooperativas. Pero luego, el país avanzó hacia un modelo híbrido que integró también a mipymes y empresas con experiencia en gestión de personal, acelerando así la implementación sin abandonar el objetivo de profesionalización. Paralelamente, el país aprovechó los saberes de su diáspora, incentivando el retorno de migrantes con experiencia como cuidadoras profesionales en sistemas más desarrollados —como los de Estados Unidos y España— para establecer en el territorio nacional empresas especializadas, facilitando la transferencia de conocimientos y agregando valor al sistema en construcción. La creación de la figura de la “cuidadora profesional certificada” representa un avance sustantivo en la formalización y profesionalización del trabajo de cuidados mediante procesos de formación y certificación, promoviendo la inserción laboral de mujeres en situación de vulnerabilidad.

México está avanzando hacia un modelo de expansión de servicios con énfasis en la calidad, a través de la recuperación de la gestión directa de los Centros de Atención y Desarrollo Infantil (CADI y CAI) y de un cambio de paradigma en el cuidado: pasar de un enfoque adultocéntrico a otro centrado integralmente en la niñez y en la crianza sensible. En este marco, las mentorías constituyen una estrategia clave de asistencia

técnica para el desarrollo profesional continuo de las personas cuidadoras, fortaleciendo sus competencias e impulsando la calidad de sus interacciones con niñas y niños en aspectos como la planificación diaria, las prácticas pedagógicas y el apoyo al aprendizaje (Rachter et al., 2024).

Lección accionable 1.2: Incorporar el bienestar de las personas cuidadoras como componente explícito del modelo de atención

Las experiencias analizadas indican que el bienestar de quienes reciben cuidados ya no puede entenderse sin considerar también a quienes los brindan. Reconocer la contribución de las personas cuidadoras y proveer servicios de respiro y apoyo psicosocial no es únicamente una medida de equidad, sino también una condición necesaria para sostener la calidad de las prestaciones. Los modelos que incorporan el bienestar de las cuidadoras como objetivo central —y no como un componente residual— tienden a generar mayor adhesión y continuidad en la utilización de los servicios.

Ejemplos: Chile y Brasil

Los Centros Comunitarios de Cuidados “Chile Cuida” sitúan el bienestar de las personas cuidadoras no remuneradas como propósito central del modelo. El programa ofrece servicios gratuitos y de proximidad que incluyen apoyo psicosocial, talleres de autocuidado, operativos y atención de salud mental, así como iniciativas para la generación de ingresos autónomos. Las personas cuidadoras reciben además una credencial de reconocimiento que les otorga atención

preferente en los servicios públicos y un “Kit Chile Cuida” con insumos para apoyar su trabajo.¹⁰ Un principio estructural del modelo es la simultaneidad: la persona cuidadora puede acudir al centro junto con la persona a la que cuida, eliminando así una de las principales barreras de acceso a los servicios. El principal aprendizaje de esta experiencia es que el modelo logró una fidelización inédita al situar la voz, la presencia y el lenguaje de las personas cuidadoras en el núcleo de la política pública, lo que se refleja en una reducción de la sobrecarga reportada por muchas beneficiarias.

El programa “Cuidado em Casa” de Brasil comparte este enfoque dual, orientado simultáneamente a las personas mayores que requieren apoyo y a sus cuidadoras familiares no remuneradas. El modelo introduce la figura del cuidador social, un perfil profesional de carácter multidimensional cuyas funciones incluyen la asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el acompañamiento en actividades fuera del hogar y la promoción de la convivencia familiar y comunitaria, y la prevención de violencia. Además, el cuidador social orienta a las cuidadoras familiares para reducir el esfuerzo físico y el riesgo de lesiones, y facilita el acceso a servicios y derechos sociales. Un objetivo explícito del modelo es liberar tiempo de las cuidadoras familiares —principalmente mujeres— para el autocuidado o la realización de actividades generadoras de ingresos propios.

Desafío 2: Estandarización con flexibilidad territorial

Garantizar calidad en una cobertura ampliada requiere una combinación de procesos estandarizados —que aseguren coherencia institucional y parámetros comunes— y mecanismos flexibles que permitan adaptaciones a las realidades geográficas y culturales de cada territorio. La tensión entre ambas lógicas es uno de los principales desafíos operativos de la expansión: niveles excesivos de estandarización pueden limitar la adecuación territorial, mientras que la flexibilidad sin marcos comunes puede generar heterogeneidad en la calidad de las prestaciones.

Lección accionable 2: Combinar un núcleo de estándares y componentes flexibles para adaptar el modelo a las realidades geográficas y culturales

Los casos analizados sugieren que los modelos más efectivos combinan un conjunto de estándares, diseños y procesos definidos centralmente —que garantizan calidad mínima y coherencia institucional— con dimensiones de adaptación local en aspectos operativos como horarios, estrategias comunitarias y modalidades de atención. Las mentorías y la asistencia técnica continua al personal de cuidado emergen como herramientas clave para sostener la calidad durante la expansión territorial.

¹⁰. El “Kit Chile Cuida” incluye: credencial oficial de persona cuidadora, organizador con fichas educativas, almohada viscoelástica, cortador de pastillas, termómetro digital, caja organizadora de medicamentos, compresa térmica y un mat de yoga.

Ejemplos: Chile y Panamá

En Chile, el programa “Chile Cuida” asume desde el nivel central el diseño arquitectónico, la organización social y la estructura de las prestaciones, en colaboración con la comunidad y el municipio, una vez que este último acepta la instalación de un centro. Esta estandarización desde el nivel nacional garantiza coherencia en la oferta de servicios independientemente del territorio, al tiempo que transfiere la responsabilidad de la gestión al nivel local.

En Panamá, al priorizar zonas rurales y de alta vulnerabilidad, el modelo adapta los horarios y desarrolla estrategias específicas para involucrar a la comunidad en el uso de los centros, incluyendo su función como espacios de encuentro y alimentación. Esta flexibilidad operativa permite que los estándares de calidad definidos centralmente sean efectivamente aplicables en contextos con características muy distintas a las urbanas.

Desafío 3: Monitoreo y evaluación continua como condición de calidad

La expansión de los servicios de cuidado sin mecanismos sistemáticos de monitoreo y evaluación limita la capacidad de asegurar niveles homogéneos de calidad y de ajustar prácticas para responder a las necesidades reales de la población. En muchos países de la región, estas funciones se incorporan de manera reactiva o como respuesta a problemas identificados ex post, y no como un componente inherente al diseño de la política.

Lección accionable 3: Incorporar sistemas de monitoreo y evaluación desde el diseño de los servicios, combinando estándares de calidad medibles, seguimiento continuo y evaluaciones externas

La evidencia de los casos analizados indica que los sistemas de monitoreo más efectivos articulan tres niveles: el seguimiento individualizado de las personas beneficiarias, el control de la gestión operativa y del uso de los recursos, y la evaluación externa e independiente de los resultados. Una condición transversal es la existencia de estándares de calidad definidos, medibles y verificables que permitan unificar criterios entre proveedores, orientar la asignación de recursos y hacer comparables los resultados entre territorios. Cuando estos elementos operan de forma integrada, el monitoreo deja de cumplir una función meramente diagnóstica y se convierte en un insumo fundamental para la mejora continua, la rendición de cuentas y la legitimación social de las decisiones de expansión.

Ejemplos: Panamá y Uruguay

Panamá desarrolló en 2018 un sistema formal de verificación de calidad para los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI), a partir de una evaluación que evidenció la ausencia de mecanismos sistemáticos para medir y asegurar la calidad. El estudio utilizó instrumentos internacionales —la escala ITERS y la Caregiver Interaction Scale— que mostraron niveles intermedios de calidad y una baja frecuencia de interacciones significativas entre docentes y niños.

Los hallazgos permitieron redirigir la política hacia la mejora de la calidad, impulsando inversiones en infraestructura, actualización curricular y formación docente. A partir de ese diagnóstico se desarrollaron estándares organizados en ocho áreas e implementados mediante 42 medios de verificación, que hoy se aplican en más de un centenar de centros en todo el país. El Ministerio de Desarrollo Social define estos estándares y articula su aplicación con las organizaciones comunitarias que operan los centros, integrándolos a un esquema de financiamiento per cápita y por resultados que incentiva la mejora continua.

La evaluación de impacto de los CAIPI realizada en 2024 encontró efectos positivos en el desarrollo del lenguaje y una reducción del uso de cuidado no remunerado informal, lo que sugiere que los centros están sustituyendo

formas de cuidado de menor calidad y contribuyendo a una mejor distribución del tiempo familiar (Freire et al., de próxima aparición).

En Uruguay, la evaluación de los Centros SIEMPRE fue encomendada a la Universidad de la República, incorporando una mirada externa e independiente que permitiera sustentar las decisiones de expansión del modelo — incluso hacia otras poblaciones, como las personas mayores— sobre evidencia sólida. La participación de una entidad académica externa aportó transparencia al proceso y legitimidad social a los resultados. La evaluación demostró impactos significativos en varios rubros e identificó los ejes susceptibles de profundización, constituyéndose en un insumo directo para las decisiones de política.

3.3 Corresponsabilidad del cuidado: desafíos y aprendizajes regionales

Las experiencias de los nueve países analizados comparten el objetivo de promover una distribución del cuidado más equitativa entre los distintos actores de la sociedad: dentro de los hogares, entre hombres y mujeres; y entre las familias, las comunidades, las empresas y el Estado. Las políticas que promueven la corresponsabilidad incluyen licencias parentales igualitarias, horarios laborales compatibles con las responsabilidades de cuidado, servicios comunitarios accesibles y estrategias que contribuyan a transformar

patrones culturales arraigados e involucrar a los hombres activamente en los cuidados.

Un elemento común en varios países es la definición de distintas modalidades para compartir las responsabilidades, recursos e implementación de servicios entre el Estado, las comunidades locales y las familias (Chile, Colombia). Algunos casos suman además a las empresas (Brasil, Costa Rica, México, República Dominicana) y a las organizaciones sindicales (Uruguay y Colombia).

Desafío 1: Articular la provisión institucional y comunitaria de cuidados

La expansión de los sistemas de cuidado requiere que el Estado asuma un papel protagónico y sostenido. Al mismo tiempo, las comunidades y organizaciones sociales desempeñan un rol importante en la provisión y gestión de servicios, particularmente en territorios donde la presencia estatal es limitada. El desafío consiste en articular ambos roles de modo que se aseguren calidad, escalabilidad y sostenibilidad en el tiempo.

Lección accionable 1: Fortalecer el tejido comunitario bajo una rectoría estatal clara que preserve la responsabilidad pública sobre el acceso y calidad de los servicios

La evidencia de los casos analizados sugiere que la participación comunitaria en la provisión de cuidados es un activo valioso para ampliar la cobertura territorial, pero requiere operar dentro de un marco de rectoría estatal explícita. El Estado debe definir los estándares, garantizar el financiamiento y asumir la responsabilidad última por la calidad y el acceso, evitando que la corresponsabilidad comunitaria se convierta en un mecanismo de sustitución de la provisión pública.

Ejemplos: Chile y Colombia

La experiencia chilena muestra un esquema de corresponsabilidad mediante el cual el gobierno ejerce su función rectora a través de un sistema de gobernanza multinivel en permanente concertación con la comunidad y

los municipios. Este caso sugiere que, cuando el principio de participación comunitaria no está acompañado de una definición clara del papel rector del Estado, existe el riesgo de una retracción de funciones públicas esenciales. Los Centros Comunitarios de Cuidados operan bajo la rectoría del Ministerio de Desarrollo Social y Familia, que define lineamientos y transfiere recursos, pero el diseño y las decisiones operativas se definen mediante una instancia tripartita conformada por el gobierno central, el municipio y las organizaciones de personas cuidadoras. Este aprendizaje subraya la importancia de que los marcos institucionales establezcan con precisión qué responsabilidades corresponden al Estado —asegurar acceso, calidad, sostenibilidad— y cuáles pueden compartirse con actores comunitarios bajo supervisión y financiamiento público.

Por su parte, Colombia está avanzando en el diseño de una figura jurídica de alianzas público-populares, orientada a democratizar la contratación y permitir la participación directa de organizaciones comunitarias históricamente excluidas de la ejecución presupuestaria en la prestación de servicios de cuidado. Esta estrategia reconoce el papel de la economía popular en territorios indígenas, campesinos y otras zonas con limitada presencia institucional. De esta forma, el Estado acompaña, fortalece y apoya económicamente a organizaciones capaces de garantizar que el cuidado sea culturalmente pertinente a las características de sus territorios.

Desafío 2: Lograr una participación del sector privado para aumentar la cobertura

La participación del sector privado en la corresponsabilidad del cuidado tiende a limitarse, en la experiencia regional, a acciones de sensibilización o políticas internas dirigidas a sus propios trabajadores. Su involucramiento como proveedor de servicios es considerablemente más reducido.

Este fenómeno no es exclusivo de la región: a nivel global, el escaso desarrollo de la oferta privada en el sector de los cuidados responde a características estructurales de esta actividad, entre ellas sus externalidades positivas no capturadas por el mercado y sus altos requerimientos relacionales —el cuidado de calidad exige el desarrollo de vínculos entre quien cuida y quien es cuidado— (Folbre, 2001 y 2008). Estas características justifican tanto una mayor intervención pública con marcos colectivos de provisión, como el desarrollo de incentivos específicos para atraer al sector privado hacia este campo.

Lección accionable 2: Definir marcos de colaboración público-privada con rectoría estatal clara que aprovechen capacidades instaladas del sector privado

La evidencia de los casos analizados sugiere que la participación del sector privado puede acelerar la implementación cuando opera bajo una rectoría estatal clara y se orienta hacia áreas concretas donde el sector cuenta con capacidades ya instaladas, como infraestructura, gestión de personal y experiencia operativa. Este tipo de colaboración puede complementar la provisión pública de

servicios, ampliando la cobertura con mayor celeridad.

Ejemplos: República Dominicana y Uruguay

En República Dominicana, la conformación de mipymes para la provisión de cuidado domiciliario ilustra cómo el sector privado puede aportar capacidades de gestión de personal que permiten superar la curva de aprendizaje inicial observada en otros modelos organizativos.

En Uruguay, las empresas contribuyeron con la infraestructura necesaria para los Centros SIEMPRE, lo que permitió aprovechar capacidades ya instaladas y ampliar la oferta de servicios de forma inmediata. Este esquema surge de un mecanismo específico mediante el cual el Ministerio de Trabajo capacita a sus negociadores para incluir cláusulas asociadas a los cuidados en las negociaciones colectivas durante las rondas salariales, favoreciendo así la creación de nuevos centros a través del diálogo laboral.

Desafío 3: Avanzar hacia una corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres dentro de las familias y en la fuerza laboral remunerada

La corresponsabilidad del cuidado —entendida como el principio según el cual mujeres y hombres comparten de manera equitativa la responsabilidad y capacidad de proveer cuidados— enfrenta desafíos tanto en el ámbito doméstico familiar como en el mercado laboral remunerado.

En las familias, dos dimensiones interrelacionadas obstaculizan su materialización.

Por un lado, persiste el supuesto de que cuidar constituye una habilidad natural o intuitiva, cuando en realidad el cuidado de calidad demanda formación, conocimiento y apoyo institucional sostenido. Por otro, las responsabilidades siguen distribuyéndose de manera inequitativa, recayendo de modo desproporcionado sobre las mujeres, lo que limita su participación en el mercado laboral y perpetúa brechas estructurales.

En el ámbito del trabajo remunerado ocurre algo similar: la fuerza laboral del sector continúa siendo predominantemente femenina, reproduciendo en el mercado formal los mismos patrones de segregación ocupacional y estereotipos de género que las políticas de cuidado buscan transformar en los hogares.

Así, el desafío de la corresponsabilidad se plantea simultáneamente en ambos espacios y se refuerza mutuamente, lo que exige respuestas de política que trasciendan las campañas de sensibilización y aborden de manera integral tanto la organización del cuidado en el seno de las familias como las condiciones laborales y la composición de género de quienes realizan estas tareas de manera remunerada.

Lección accionable 3.1: Combinar políticas de formación familiar con medidas estructurales que promuevan la participación masculina en el cuidado

La evidencia internacional indica que las licencias parentales obligatorias e intransferibles para los padres varones han demostrado ser eficaces para promover la

participación masculina en el cuidado dentro del ámbito doméstico (Castro- García, C. y Pazos Morán, M., 2016). La formación de los padres, madres y personas cuidadoras en prácticas de crianza sensible no solo favorece el desarrollo cognitivo, socioemocional y motor de niñas y niños, sino que también mejora los conocimientos y competencias parentales, así como la calidad de la relación progenitores e hijos (Jeong et al., 2021).

Además, los programas de calidad diseñados intencionalmente para promover el involucramiento activo de los padres varones constituyen una estrategia prometedora para avanzar hacia una distribución más equitativa del trabajo doméstico y de cuidado en los hogares (Evans & Jakiela, 2025). Dado que las personas dependientes —especialmente niñas y niños— pasan parte importante de su tiempo en el hogar, el desarrollo de este tipo de políticas constituye también una condición para garantizar la continuidad y la calidad del cuidado más allá de los servicios formales.

Ejemplos: Paraguay y Uruguay

En Paraguay, el programa “Semillas del Futuro” de atención integral a la primera infancia está diseñado para brindar servicios esenciales a niñas y niños, así como para fortalecer capacidades parentales a través de programas de educación y acompañamiento familiar que promuevan prácticas de crianza respetuosa, disciplina sin violencia y corresponsabilidad en el cuidado infantil. Esta estrategia parte del reconocimiento de que el cuidado demanda formación y apoyo institucional, y de que fortalecer las capacidades familiares es

una condición para garantizar la calidad del cuidado en el hogar como complemento de los servicios formales.

En Uruguay, los Centros SIEMPRE funcionan en coordinación con el programa *Parentalidades Comprometidas*, que ofrece espacios de formación en crianza sensible para madres y padres. Una innovación del modelo es que permite que hijas e hijos acompañen a sus padres varones a sus lugares de trabajo para acceder al servicio, generando nuevos vínculos y favoreciendo un mayor involucramiento paterno en el cuidado.

La experiencia, sin embargo, también mostró límites en la redistribución de estas responsabilidades dentro de los hogares, evidenciando que el acceso a servicios no es por sí solo suficiente para transformar las normas sociales que asignan el cuidado predominantemente a las mujeres y que se requieren intervenciones que contemplen las preocupaciones, necesidades y barreras que enfrentan los padres varones para participar en programas de crianza (ALIGN/CIEDUR, 2025).

Lección accionable 3.2: Promover la incorporación de hombres a la fuerza laboral del sector como objetivo explícito de política

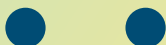
La evidencia disponible identifica un conjunto de medidas con potencial para aumentar la participación masculina en el trabajo de cuidado remunerado. Entre ellas cabe

mencionar la fijación de metas explícitas de incorporación masculina en áreas como la educación inicial, la salud y los cuidados de larga duración; campañas de reclutamiento dirigidas con lenguaje e imágenes no estereotipadas; la promoción de experiencias tempranas, prácticas y voluntariados que acerquen a los varones jóvenes a las tareas de cuidado; el desarrollo de redes de apoyo y programas de mentoría que reduzcan el aislamiento de los hombres en ocupaciones altamente feminizadas; la adopción de acciones afirmativas como cuotas de formación o preferencias de contratación en igualdad de condiciones; y el mejoramiento de las condiciones laborales y del reconocimiento social de estas prácticas, dado que los bajos salarios y el reducido estatus relativo del sector constituyen un obstáculo importante para atraer trabajadores varones (Bustelo, Suaya, Viollaz y Martínez, 2024).

Pese a estas recomendaciones, las experiencias analizadas no abordan de manera explícita objetivos orientados a transformar la composición por sexo de los equipos profesionales que prestan servicios de cuidado, ni reportan intervenciones sistemáticas dirigidas a revertir esta segmentación ocupacional. En consecuencia, se trata de una dimensión crítica aún ausente de la agenda operativa de las políticas de cuidado en la región.



Conclusiones



El análisis de los nueve casos confirma que la región cuenta con aprendizajes valiosos y experiencias concretas que están transformando la organización social del cuidado. Es por esto que el desafío no consiste en diseñar soluciones desde cero, sino en crear las condiciones para escalar aquello que ya ha demostrado su eficacia. Avanzar en esa dirección requiere fortalecer simultáneamente cinco condiciones interdependientes: gobernanza, financiamiento, capital humano, calidad y corresponsabilidad.

En materia de gobernanza, las estructuras de coordinación interinstitucional son un punto de partida necesario pero insuficiente. Consolidar los sistemas de cuidado demanda una rectoría nacional con mandato claro, capacidad técnica y atribuciones efectivas, que se articule con los niveles subnacionales mediante mecanismos que traduzcan los lineamientos nacionales en cobertura efectiva. La institucionalización a través de marcos normativos robustos y acuerdos sociales y políticos amplios es, además, indispensable para garantizar continuidad más allá de los ciclos electorales.

En cuanto al financiamiento, la optimización del gasto existente puede generar márgenes de acción en el corto plazo, pero no sustituye la necesidad de ampliar el espacio fiscal de manera sostenida. La sostenibilidad de largo plazo exige diversificar las fuentes de financiamiento — nacionales, subnacionales, privadas y públicas—, así como reconfigurar la concepción del cuidado como una inversión con retornos demostrables en empleo, productividad y bienestar. Este cambio de

enfoque es fundamental para fortalecer su legitimidad ante las autoridades fiscales.

En cuanto al capital humano, persiste una brecha significativa entre la demanda proyectada de servicios y la disponibilidad de trabajadoras y trabajadores con formación, certificación y condiciones laborales adecuadas. Cerrarla requiere estrategias que combinen la formación de nuevas cohortes de personas cuidadoras, el reconocimiento y certificación de competencias existentes y la provisión de apoyos que garanticen el bienestar de quienes cuidan como requisito indispensable para la calidad del servicio.

Respecto de la expansión de los servicios, si el proceso no cuenta con estándares claros, se corre el riesgo de profundizar la segmentación de las prestaciones, concentrando las de menor calidad en los sectores más vulnerables. Para evitarlo, el escalamiento debe ir acompañado de criterios verificables y sistemas de monitoreo que integren seguimiento operativo, información individualizada y evaluaciones externas.

Finalmente, avanzar hacia una sociedad que cuide y apoye a quienes lo necesitan, así como a quienes cuidan, requiere distribuir esta responsabilidad entre el Estado, las empresas y las familias y, dentro de ellas, entre hombres y mujeres. El papel rector del Estado debe complementarse con marcos que involucren a actores privados y comunitarios, al tiempo que se avanza en una redistribución más equitativa del trabajo de cuidado, tanto al interior de los hogares como en el sector de trabajo

remunerado, mediante medidas concretas que favorezcan una mayor participación masculina.

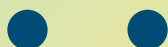
En conjunto, el camino por delante consiste en fortalecer las condiciones institucionales, fiscales, laborales y de aseguramiento

de la calidad necesarias para escalar con consistencia aquello que ya ha probado ser eficaz. En esa transición, el cuidado debe entenderse como una política pública estratégica, capaz de articular bienestar, productividad y cohesión social.





Referencias bibliográficas y fuentes consultadas



Bibliografía consultada por país

1. Uruguay

- ALIGN/CIEDUR. 2025. *Transformando las normas de género a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados*. https://www.alignplatform.org/sites/default/files/2025-03/ciedur_uruguay_report_-_spanish_0.pdf
- Batthyány, K., Genta, N., y Scavino Solari, S. (2017). Análisis de género de las estrategias de cuidado infantil en Uruguay. *Cadernos de Pesquisa*, 47(163).
- Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo (CIEDUR). (2025). *Transformando las normas de género a través del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay*. ALIGN / Informe Final. Salvador, S. (Coord.), Lara, C., Goyeneche, G., Pérez de Sierra, I. y Villegas Plá, B. www.alignplatform.org.
- Diario Oficial / Registro Nacional de Leyes y Decretos, Uruguay. (2015). *Ley N° 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)*. Promulgada: 27/11/2015, Publicada: 08/12/2015.
- INEEd (2022). *Informe sobre el estado de la educación en Uruguay 2019-2020. Resumen ejecutivo (edición revisada)*. <https://www.ineed.edu.uy/images/ieeuy/2019-2020/Informe-estado-educacion-Uruguay2019-2020-Resumen-ejecutivo.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). (2022). *SIEMPRE (Centros de Educación y Cuidados de Sindicatos y Empresas)*. Documento de diseño. Dirección Nacional de Transferencias y Análisis de Datos (DINTAD). <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>.
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). (2020). *La construcción del cuarto pilar de la protección social en Uruguay. Balance y desafíos 2015-2020*. Memoria quinquenio 2015-2020.
- Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) e Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU). (2019). *Implementación de los centros de cuidados y educación con sindicatos y empresas: Una mirada corresponsable de los servicios, las personas que cuidan, las familias, los niños y las niñas, la comunidad y el mundo del trabajo* (G. Corbo, V. Hiriart, D. Curbelo y V. Curto, Eds.): <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/implementacion-centros-cuidados-educacion-sindicatos-empresas>

2. Paraguay

- Instituto Desarrollo (ID). (2014). *Programa para la Primera Infancia. Un área clave de intervención para disminuir las brechas sociales en Paraguay*.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). *Encuesta Permanente de Hogares Continua. EPHC 2023. ANUAL*

Plan Nacional de Niñez y Adolescencia (PNA 2022- 2024). <https://www.minna.gov.py/seccion/107-pna-2022-2024.html>

Presidencia de la República del Paraguay y Ministerio de la Niñez y la Adolescencia (MINNA). (2025, 31 de julio). *Decreto N.º 3638. Por el cual se crea, integra y se establecen las funciones de la Comisión Nacional de Primera Infancia (CONPI) y se aprueba el Programa Nacional de Atención Integral para el Desarrollo de la Primera Infancia Semillas del Futuro*. [Decreto].

3. México

Araujo, M. C., Dormal, M. y Schady, N. (2017). *La calidad de los jardines de cuidado infantil y el desarrollo infantil*. Documento de trabajo N.º 779. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Araujo, M. C., Lopez-Boo, F., Novella, R., Schodt, S. y Tome, R. (2015). *La calidad de los Centros Infantiles del Buen Vivir en Ecuador*. Resumen de políticas del BID N.º 248. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (Enero, 2025). *IMSS construirá los primeros 12 Centros de Educación y Cuidado Infantil (CECI) en Ciudad Juárez*. Sitio Web "Acercando el IMSS al Ciudadano".

Ríos-Salas, V., Balbuena, A., Dunkelberg, E., Freire, S. y Rubio-Codina, M. (2024). *PROGRAMA LUCIÉRNAGA. Promoviendo interacciones de calidad en centros infantiles*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Rubio-Codina, M., Parra, J., Jensen, D. y Aguilar, A. (2021). *Una fotografía sobre la calidad de los centros de atención infantil y el estado del desarrollo infantil en México en niñas y niños menores de tres años: metodología y resultados*. (Nota técnica del BID N.º 29). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social (SNTSS). (17 de julio de 2025). *Nacen Centros de Educación y Cuidado Infantil*. México: Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.

4. Panamá

Consejo Asesor de la Primera Infancia de la República de Panamá. (2011). *Plan de Atención Integral a la Primera Infancia (PAIPI): Armonización y Articulación en el Marco de una Política Pública*. Panamá: Ministerio de Desarrollo Social. (MIDES).

Eyzaguirre Ducci, R., Freire, C., Held Labbe, P. S., Hojman, A., y Martínez, S. (2026). Evidencia experimental sobre los impactos de la educación pública infantil en Panamá. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Freire, C. (2018). *Panamá lucha contra la pobreza multidimensional infantil*. BID Blogs: Primeros Pasos. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Freire Samudio, C. A., Nieto Zamora, I. R., Corriols Díaz, L. O. et al. (2023). *Apoyo al perfeccionamiento y mentoría del talento humano de los Centros de Atención Integral a la Primera Infancia (CAIPI) en Panamá*. (PN-T1334). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Pérez, G. (2023). *Primera Infancia, juventud, combate a la pobreza, emprendimientos sostenibles y protección a los adultos mayores y a las personas con discapacidad fueron las metas cumplidas del MIDES en el 2022*. Panamá: Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

5. Costa Rica

Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social (MDHIS). (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia*. www.imas.go.cr

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). (2023). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2023-2033*.

Viceministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Manual de Aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia*.

6. Brasil

Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome - MDS, Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família. (2025, agosto). *Cuidado em Casa: Atendimento domiciliar integrado para pessoas idosas e suas cuidadoras/es não remuneradas/os: Proposta de Projeto Piloto*. Brasília, D. F.

7. República Dominicana

Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) y Programa Supérate. (2024, 25 de junio). *Convenio interinstitucional entre el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) y el Programa Supérate*. Santo Domingo de Guzmán, Distrito Nacional, República Dominicana.

Supérate. (2024, 25 de junio). *Convenio firmado entre Supérate y CONAPE gestionará construcción de hogares de día para adultos mayores*. Notas de Prensa.

8. Colombia

Alcaldía Mayor de Cartagena de Indias. (2024). *Diagnóstico elaborado para la construcción del Plan de Desarrollo del Distrito de Cartagena de Indias* [Documento técnico].

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2017). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2016-2017*.

Dirección de Cuidado del Ministerio de Igualdad y Equidad; Fundación Oxfam, Colombia; Asociación Santa Rita para la Educación y Promoción (FUNSAREP) y Pontificia Universidad Javeriana. (2025). *Implementación de un programa piloto para el fortalecimiento de organizaciones que lideran iniciativas de cuidado comunitario en territorios periurbanos de Cartagena, Bolívar*. Producto 5 (Versión 1). Documento técnico inédito.

9. Chile

Banco Mundial (BM y Ministerio de Desarrollo Social. (2017). *Primera fase del Subsistema Nacional de Apoyos y Cuidados: Evaluación del proceso de implementación* (P164848). República de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF), Subsecretaría de Servicios Sociales. (2024). *Evaluación ex ante - Proceso formulación presupuestaria 2025: Nombre del programa: Centros Comunitarios de Cuidados* (Versión 2).

Vera Gutiérrez, M. y Arriagada, V. (2025). *Mujeres que Sostienen: Estrategias de participación, emociones y cuidados*. División de Organizaciones Sociales, Ministerio Secretaría General de Gobierno (MSGG).

Referencias bibliográficas

- Alemann, C., Rodríguez Franco, D., Benedetti, F. y Lupica, C. (2025, 15 de septiembre). *Tres ejes clave para escalar políticas de cuidado en América Latina y el Caribe*. <https://blogs.iadb.org/salud/es/tres-mensajes-clave-para-escalar-politicas-de-cuidado-en-america-latina-y-el-caribe/>
- Aleman, C., Scuro, L. y Coello Cremades, R. (Coords.) (2022). *El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género* (LC/TS.2022/134). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres).
- Arango, N., Bosch, M., Stampini, M., Azuara, O., Goyeneche, L., Ibararán, P., Oliveira, D., Reyes Retana, M., Savedoff, W. y Torres, E. (2022). *Envejecer en América Latina y el Caribe: Protección social y calidad de vida de las personas mayores* (Monografía del BID; 1009). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Araneda, E., Ruelas, I. y Gálvez, T. (2025). *Experiencias recientes en la implementación de marcos nacionales de financiación integrados para países de América Latina y el Caribe* (LC/TS.2025/9). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Araujo, C., Berlinski, S., Bosch, M. y Frisancho, V. (Eds.). (2024). *Ampliar las oportunidades: Políticas de igualdad de género e inclusión*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). <https://publications.iadb.org/es/ampliar-las-oportunidades-politicas-de-igualdad-de-genero-e-inclusion.pdf>
- Arenas, I., y Serafini, V. (2024). *Realidades y retos sobre el financiamiento de políticas y sistemas de cuidados. Sistematización de la Comunidad de Aprendizaje sobre Fiscalidad y Cuidados*. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU Mujeres).
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2024). *Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas. Evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina y el Caribe*.
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2025). *Conectando los Cuidados: Foro de Aprendizaje entre Gobiernos*. Reporte del Foro CDMX: Conectando los Cuidados en América Latina (Documento interno, 11 de agosto).

- Bustelo, M., Suaya, A., Viollaz, M. y Martínez, K. (2024). *Incorporación de los hombres en las tareas de cuidado: derribando barreras y replanteando roles en América Latina y el Caribe*. <https://doi.org/10.18235/0005665>
- Castro-García, C. & Pazos-Moran, M. (2016). "[Parental Leave Policy and Gender Equality in Europe](#)". [Feminist Economics](#). Taylor & Francis Journals, vol. 22(3), pages 51-73, July.
- Cirmi Obón, L., Rodríguez, M., Franganillo, V., Vidal, L., Noailles, M., Decros, Z. y De la Vega, L. (2025). *La cocina de los cuidados*. Informe N.º 5. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2024). *Portal de desigualdades en América Latina*. Temas estadísticos de la CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/69190>
- Evans, D.K. & Jakiela, P. (2025). *The World Bank Research Observer*, Volume 40, Issue 2, August, Pages 211–228. <https://doi.org/10.1093/wbro/lkae009>
- Fabiani, B. (2023). *Cuidando a los cuidadores: el panorama del trabajo de cuidados remunerados en América Latina y el Caribe*. <https://publications.iadb.org/es/cuidando-los-cuidadores-el-panorama-del-trabajo-de-cuidados-remune...>
- Folbre, N. (2001). *The invisible heart: Economics and family values*. New York: The New Press.
- Folbre, N. (2008). *Valuing children: Rethinking the economics of the family*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- İlkkaracan, İ., Kim, K., y Kaya, T. (2015). *The impact of public investment in social care services on employment, gender equality and poverty: The Turkish case*. International Labour Organization (ILO).
- International Labor Organization (ILO). (2024). *The impact of care responsibilities on women's labour force participation*. Statistical Brief.
- Jeong, J., Franchett, E. E, Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K. & Yousafzai, A.K. (2021). *Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis*. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003602. Published May 10. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003602>
- Lupica, C. (2025). *La dupla del cuidado: un paradigma innovador de las políticas en América Latina y el Caribe*. <https://www.iadb.org/es/blog/genero-y-diversidad/la-dupla-del-cuidado-un-paradigma-innovador-de-las-politicas-en-america-latina-y-el-caribe>
- Ortiz, I. y Cummins, M. (2017). *Espacio fiscal para la protección social y los ODS: alternativas para ampliar la inversión social en 187 países*. ILO, Working Paper.

Rachter, L., Stampini, M., Tome, R., Duryea, S. y Vinacur, T. (2024). *Cuidado a lo largo del ciclo de vida: construyendo sistemas de cuidado en América Latina y el Caribe* (Nota técnica del BID; IDB-TN-03021). Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Stampini M., Llena-Nozal, A., Soto Iguarán, C., Aranco, N., Benedetti, F., Fabiani, B., García Díaz, M., Killmeier, K., Lupica, C. y Rauet Tejeda, J. (2025). *¿Quién cuida? Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe*. BID-OCDE-AFD: <https://doi.org/10.18235/0013724>

UNDP. 2024. *The missing piece: valuing women's unrecognized contribution to the economy* <https://www.undp.org/latin-america/blog/missing-piece-valuing-womens-unrecognized-contribution-econ...>

Villalobos, P., Déborah, D. y Stampini, M. (2022). *Estimación de las necesidades de recursos humanos para la atención a las personas mayores con dependencia de cuidados en América Latina y el Caribe*. <https://publications.iadb.org/es/estimacion-de-las-necesidades-de-recursos-humanos-para-la-atencion...>

Otras fuentes consultadas

- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2019). *Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México*. Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002091>
- Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2025). *Tres ejes clave para escalar políticas de cuidado en América Latina y el Caribe*. Blog Gente Saludable.
- Cavallero, L. y Gago, V. (2021). *Una lectura feminista de la deuda: ¡Vivas, libres y desendeudadas nos queremos!* (Edición ampliada). Tinta Limón Ediciones.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2025). *Tiempos para cuidar en América Latina y el Caribe: hacia la corresponsabilidad social y de género*. Boletín Igualdad de Género (4).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y ONU Mujeres. (2023). *Avances en materia de normativa del cuidado en América Latina y el Caribe: hacia una sociedad del cuidado con igualdad de género*.
- Cecchini, S., Comelatto, P., Holz, R., Kang, S. y Paes, Y. (2025). Impactos económicos del envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades. Serie Población y Desarrollo (140) (LC/TS.2025/50). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Cirmi Obón, L. (2023). *Economía para sostener la vida*. Madrid: Akal.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *Compromiso de Santiago*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad*. Informe especial N.º 9 (10 de febrero de 2021).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2021). *Panorama social de América Latina 2020* (LC/PUB.2021/2-P/Rev.1). CEPAL.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2023). *Compromiso de Buenos Aires*. Versión accesible (LC/A.2023/2-LC/CRM.15/6/Rev.1).
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). *Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), ONU Mujeres, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Organización Internacional del Trabajo (OIT).

(2025). *Lineamientos para políticas de cuidado desde una perspectiva de género, territorial e interseccional* (LC/CRM.16/4).

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025). *El contenido y el alcance del derecho al cuidado y su interrelación con otros derechos*. (Opinión Consultiva OC-31/25 del 12 de junio de 2025).

Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. En *Ciudadanía y Política Social* (FLACSO/SSRC).

Filgueira, F., Molina, C. G., Papadópulos, J. y Tobar, F. (2006). *Universalismo básico: una alternativa posible y necesaria para mejorar las condiciones de vida*. INDES/BID.

Galián, C., Rubio, M., Escaroz, G. y Alejandre, F. (2023). *Los sistemas de cuidado y apoyo en América Latina y el Caribe: un marco para la acción de UNICEF*. Panamá: UNICEF, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

Lupica, C., Harker Rozo, M., Martínez Gómez, C. B. y Brenes Morera, D. M. (2024). *Impulsando el bienestar, la equidad y la economía en América Latina y el Caribe*. <https://doi.org/10.18235/0013336>

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF). (2024). *Oficio E71168/2024: Informe semestral Glosa 04 Programa 21-01-08 Sistema Nacional de Cuidados* (Mat.: Envía Glosa 04 – SNAC). Subsecretaría de Servicios Sociales.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF). (2024). *Evaluación ex ante - Proceso formulación presupuestaria 2025: Nombre del programa: Centros Comunitarios de Cuidados* (Versión 2). Subsecretaría de Servicios Sociales.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MIDESOF). (2024). *Resumen Ejecutivo Cuenta Pública 2024–2025*.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile (MIDESOF). (s. f.). *86% de las personas cuidadoras han accedido a atención más rápida en servicios públicos gracias a su credencial*. Red Local de Apoyos y Cuidados. <https://apoyosycuidados.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/86-de-las-personas-cuidadoras-han-accedido-a-atencion-mas-rapida-en-servicios-publicos-gracias-a-su-credencial>

Ministerio de las Mujeres Géneros y Diversidad, Argentina (2021). *Mapa Federal del Cuidado*.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2016). *La migración laboral en América Latina y el Caribe: diagnóstico, estrategia y líneas de trabajo de la OIT en la región*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe.

- ONU Mujeres. (2015). *Igualdad de género, desarrollo infantil y creación de puestos de trabajo: cómo aprovechar el “triple dividendo” de los servicios de educación y cuidados en la primera infancia* (Documento de Políticas N.º 2).
- ONU Mujeres. (2017). *El progreso de las mujeres en América Latina y el Caribe 2017: transformar las economías para realizar los derechos*. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2016/12/el-progreso-de-las-mujeres-america-latina-y-el-caribe-2017>
- ONU Mujeres. (2018). *Reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados. Prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe*. <https://lac.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2018/11/estudio-reconocer-redistribuir-y-reducir-el-trabajo-de-cuidados>
- ONU Mujeres. (2021). *Efectos diferenciados por género de la COVID-19 en el desarrollo sostenible. Análisis comparativo de las encuestas de evaluación rápida de género en Chile, Colombia y México*. <https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2021/05/Informe%20Regional%20Comparativo250521%202WEB.pdf>
- ONU Mujeres. (2022). *Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados. Propuestas para América Latina y el Caribe*. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2022/10/financiamiento-de-los-sistemas-integrales-de-cuidados-propuestas-para-america-latina-y-el-caribe>
- ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación* (LC/TS.2022/26). Santiago: Naciones Unidas.
- ONU Mujeres. (2023). *Inversiones públicas en la economía del cuidado. El caso de la provincia de Santa Fe*. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-06/inversiones_publicas_en_la_economia_del_cuidado_santa_fe-final-30.6.2023.pdf
- ONU Mujeres. (2025). *Financiamiento para la igualdad de género y la sociedad de los cuidados. Propuestas desde América Latina y el Caribe en el marco de la 4ª Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo*. Oficina Regional para las Américas y el Caribe.
- ONU Mujeres. (2025). *Territorios que cuidan: el compromiso de ONU Mujeres en América Latina y el Caribe*. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. <https://lac.unwomen.org/es/digital-library/publications/2025/07/financiamiento-para-la-igualdad-de-genero-y-la-sociedad-de-los-cuidados>
- ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2020). *Costos, retornos y efectos de un sistema de cuidado infantil universal, gratuito y de calidad en México*. <https://mexico.unwomen.org/es/digiteca/publicaciones/2020-nuevo/diciembre-2020/costos-retornos-y-efectos-de-un-sistema-de-cuidado-infantil-universal-en-mexico>

- ONU Mujeres y Comisión Económica para América Latina (CEPAL). (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19: hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45916-cuidados-america-latina-caribe-tiempos-covid-19-sistemas-integrales-fortalecer>
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2018). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_633168.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *Informe mundial sobre la protección social 2020–2022. La protección social en la encrucijada: en busca de un futuro mejor*. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@soc_sec/documents/publication/wcms_842103.pdf
- Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2024). *Resolución relativa al trabajo decente y la economía del cuidado* (ILC.112/Resolución V).
- Razavi, S. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options*. United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>
- Red de Género y Comercio. (2025). *Una propuesta feminista para el financiamiento de los cuidados* (Elaborado por Lucía Cirmi Obón). <https://www.generoycomercio.net/post/una-propuesta-feminista-para-el-financiamiento-de-los-cuidados>
- Villegas Plá, B. (2025). *Autonomía económica en Uruguay: aprendizajes de un análisis de igualdad de género, discapacidad e inclusión social*. Informe de país. Londres: ODI Global.

