

¿QUIÉN CUIDA?

→ **Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe**

Marco Stampini, Ana Llena-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejeda





¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Marco Stampini, Ana Llena-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica y Judit Rauet Tejeda

**Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo**

¿Quién cuida? Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe / Marco Stampini, Ana Llena-Nozal, Carlos Soto Iguarán, Natalia Aranco, Fiorella Benedetti, Beatrice Fabiani de Leva, Milagros García Díaz, Karolin Killmeier, Carina Lupica, Judit Rauet Tejeda.

p. cm. — (Monografía del BID ; 1300)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Older people-Long-term care-Latin America. 2. Older people-Long-term care-Caribbean Area. 3. Population aging-Latin America. 4. Population aging-Caribbean Area. 5. Caregivers-Latin America. 6. Caregivers-Caribbean Area. 7. Caregivers-Government policy-Latin America. 8. Caregivers-Government policy-Caribbean Area. I. Stampini, Marco. II. Llena-Nozal, Ana. III. Soto Iguarán, Carlos. III. Aranco, Natalia. IV. Benedetti, Fiorella. V. Fabiani, Beatrice. VI. García Díaz, Milagros. VII. Killmeier, Karolin. VIII. Lupica, Carina. IX. Rauet Tejeda, Judit. X. Organization for Economic Cooperation and Development. XI. Agence Française de Développement. XII. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Mercados Laborales. XIII. Serie.

IDB-MG-1300

Códigos JEL: J14, J16, J18, N36

Palabras clave: cuidados de largo plazo, economía del cuidado, trabajadoras del cuidado, cuidadoras familiares, envejecimiento poblacional, recursos humanos, América Latina y el Caribe.

DOI de la OCDE: <https://doi.org/10.1787/dc0029b6-en>

DOI del BID: <http://dx.doi.org/10.18235/0013724>

ISBN (PDF): 9789264624573



Copyright. 2025. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra está licenciada bajo la licencia Creative Commons Atribución 3.0 Intergovernmental Organization (CC BY 3.0). (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/deed.en>). Al utilizar esta obra, usted acepta estar sujeto a los términos de esta licencia.

Atribución: debe citar la obra como "Stampini M., A. Llena-Nozal, C. Soto Iguarán, N. Aranco, F. Benedetti, B. Fabiani de Leva, M. García Díaz, K. Killmeier, C. Lupica, J. Rauet Tejeda. "¿Quién cuida? Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe". BID-OCDE-AFD (2025)".

Traducciones: debe citar la obra original, identificar los cambios en el original y agregar el siguiente texto: En caso de discrepancia entre la obra original y la traducción, solo se debe considerar válido el texto de la obra original.

Adaptaciones: debe citar la obra original y agregar el siguiente texto: Esta es una adaptación de una obra original de la OCDE, de la AFD y del BID. Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en esta adaptación no deben ser reportados como representativos de los puntos de vista oficiales de la OCDE o de sus países miembros, de la AFD, del BID, su Directorio Ejecutivo, o los países que representan.

Material de terceros: la licencia no se aplica al material de terceros en la obra. Si utiliza dicho material, usted es responsable de obtener el permiso del tercero y de cualquier reclamo de infracción.

No debe utilizar el logotipo, la identidad visual o la imagen respectiva de la OCDE, de la AFD o del BID sin permiso expreso, ni sugerir que la OCDE, la AFD o el BID respaldan su uso de la obra.

De conformidad con la sección 8 de la licencia mencionada, toda mediación relacionada con controversias que surjan en virtud de dicha licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa que surja en virtud de esta licencia deberá ser sometida a arbitraje de conformidad con las normas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil Internacional (CNUDMI).

Respecto de la OECD, esta obra se publica bajo la responsabilidad del Secretario General de la OCDE. Las opiniones expresadas y los argumentos empleados en la misma son exclusivamente de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista oficiales de los países miembros de la OCDE.

Para la AFD y el BID respectivamente, las opiniones expresadas y los argumentos empleados en esta obra son los de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista oficiales de la AFD, del BID, su Directorio Ejecutivo, ni de los países que representa.

Los nombres de países y territorios utilizados en esta obra siguen la práctica del BID.

Esta obra, así como los datos y los mapas incluidos en este documento, se entienden sin perjuicio del estatuto o la soberanía sobre ningún territorio, de la delimitación de fronteras y límites internacionales y del nombre de cualquier territorio, ciudad o área.

Descargo de responsabilidad territorial específico a la OCDE:

Los datos estadísticos para Israel son proporcionados por y bajo la responsabilidad de las autoridades israelíes competentes. El uso de estos datos por la OCDE es sin perjuicio del estatus de los Altos del Golán, de Jerusalén Este y de los asentamientos israelíes en Cisjordania bajo los términos del derecho internacional.



NOTA EDITORIAL:

Por razones de claridad y estilo, en este documento se ha optado por emplear **“personas cuidadoras”** o **“cuidadoras”** de manera indistinta para referirse a todas las personas que brindan cuidados, independientemente de su sexo. Esta elección busca reflejar la realidad de América Latina y el Caribe, donde una amplia mayoría de quienes realizan estas labores son mujeres, así como simplificar la lectura y mantener la fluidez del texto.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Agradecimientos





Natalia Aranco (Banco Interamericano de Desarrollo, BID), Fiorella Benedetti (BID), Beatrice Fabiani de Leva (BID), Milagros García Díaz (BID) y Marco Stampini (BID) lideraron la redacción de los capítulos 2, 3 y 4, así como de los anexos A, B y C. Ana Llena-Nozal (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE), Karolin Killmeier (OCDE) y Judit Rauet Tejeda (OCDE) encabezaron la preparación de los capítulos 5 y 6 y del Anexo D. Carlos Soto Iguaarán (Agencia Francesa de Desarrollo, AFD) y Carina Lupica (BID) estuvieron a cargo de la elaboración del Capítulo 7. Todos los autores contribuyeron a la revisión y edición de la totalidad de los capítulos. De igual forma, el resumen ejecutivo, la introducción y la visión general fueron elaborados de manera conjunta por todos los autores.

Este informe fue financiado en parte por los proyectos de cooperación técnica del BID *Long-Term Care Human Resources and Business Ecosystem* (RG-T4162) y *Long-Term Care Policy Dialogue and Knowledge Generation in Latin America and the Caribbean* (RG-T4313). Este último forma parte de la *Aging Facility: Strengthening Capacity for Health, Long-Term Care and Social Services* (RG-O1682), una subvención específica financiada por la AFD.

Los autores agradecen a los delegados y expertos de los países que respondieron a un cuestionario sobre políticas de cuidados, aportando insumos de gran valor para la preparación de este informe. Entre ellos, se encuentran Eduardo Soria, Colleen Walcott, Lorena Godoy, Daniela Ochoa Ovando, Mariana Borges Dias, Kenio Lima, Nilton Pereira Junior, Spártaco Galvão Fogaça de Almeida, Tarcisio Nema de Aquino, Angela Pinto dos Santos, Talita Vieira Antônio, Felipe Mello, Mirian Queiroz, Tatiane Roda, Constanza Piriz, Constanza Contreras, Nicole Martínez, Francisco Adiazola Santibañez, Isidora Parra, Natalia Moreno, Alicia Ferreira Moret, Manuel Pérez Zafra, Ezequiel Ortiz Cruz, Aura Hernández, Jazmine Lara, Gloriana Mora Cascante, Allan Rímola Rivas, Elisa Ordóñez, Ximena Guevara, Irma Yolanda Núñez, Melissa Dehaarte, Sara Ney, Denise Edelmire-Shearer, Erica Haughton, Douladel Tyndale, Mariana López Ortega, Rubén Eduardo Figueroa, María Elena Aguilar, Diana Mejía, Lawrence Jaisingh, Florencia Krall, Susana Muñiz, Patricia Cossani y David Lee.

En el BID, los autores desean agradecer a Ferdinando Regalía (gerente del Sector Social), Pablo Ibararán (jefe de la División de Protección Social y Mercados Laborales), María Caridad Araujo (jefa de la División de Género y Diversidad), David Kaplan, Graciana Rucci, Agustín Filippo, Osmel Manzano y Valeria Massarelli por su supervisión, comentarios y aportes a este informe.

En la OCDE, los autores expresan su especial agradecimiento a Francesca Colombo (jefa de la División de Salud) por supervisar la preparación de este informe y aportar valiosos comentarios a varias versiones preliminares. También agradecen a Stefano Scarpetta y Mark Pearson (direc-



tor y subdirector de Empleo, Trabajo y Asuntos Sociales de la OCDE) por su orientación y sus numerosos comentarios a distintas versiones del informe.

En la AFD, los autores hacen extensivo su agradecimiento a la División de Salud y Protección Social y, en particular, a Andrea Morales y Cecilia Poggi (AFD), así como a Alfonso Martínez e Ivanna Moreira (Expertise France), por su revisión y valiosas contribuciones.

La foto de portada se tomó en el Centro de Atención y Servicios para el Adulto Mayor de la Dirección de Prestaciones Económicas y Sociales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la Ciudad de México (México). Este centro abrió sus puertas en 2010 con el objetivo de promover un envejecimiento saludable y, desde 2023, alberga el primer centro de día para personas mayores con dependencia funcional, implementado con el apoyo del proyecto del BID ME-T1539 (Apoyo al Desarrollo de un Sistema de Cuidados de Larga Duración en el Instituto Mexicano del Seguro Social). Carlos Organista (Comunicación 360) tomó la fotografía el 5 de agosto de 2025 y en ella aparecen Aurora Rivas Velázquez (persona mayor) y Cynthia Miranda Rojas (cuidadora y podóloga).

El resto de las fotos utilizadas en este informe proviene de una base de datos del BID compilada durante la novena reunión de la Red de Políticas de Cuidados de Larga Duración en América Latina y el Caribe (RedCUIDAR+), que tuvo lugar en Costa Rica en 2023.

Collin Stewart se encargó de la edición profesional de la versión en inglés. Mikel A. Alcázar e Irene Larraz tradujeron el documento al español; Joao dos Santos y Lilian de C. Martinez, al portugués; y Cécile B. Laurent y Djhimy Regis, al francés. El diseño gráfico y la diagramación estuvieron a cargo del equipo de diseño editorial de Words for Development: Jesús R. Martínez, Laura Scaron y Pablo López. Cualquier error u omisión es responsabilidad exclusiva de los autores. El contenido y los hallazgos de este informe reflejan las opiniones de los autores y no necesariamente las de la OCDE, la AFD, el BID, su Directorio Ejecutivo ni los países que representan.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Prefacio





El desarrollo de servicios de cuidados de larga duración se ha convertido en una prioridad a medida que América Latina y el Caribe avanzan en la construcción de sus sistemas de cuidado. El envejecimiento de la población y la caída de las tasas de fecundidad en la región están incrementando la demanda de cuidados, que crecerá de forma exponencial en las próximas décadas (hasta 23 millones de personas de 65 años o más con necesidad de cuidados en 2050). Esta transición demográfica, impulsada por una mayor esperanza de vida, mejoras en la salud y niveles de vida más altos, es señal de un logro colectivo.

Ahora bien, este cambio también plantea desafíos para las personas, las familias y las sociedades. En el plano individual, el envejecimiento se asocia a mayores necesidades de salud y de cuidados, así como al imperativo de proteger a las personas frente a los riesgos vinculados a vidas más largas. Para las sociedades, el envejecimiento plantea interrogantes sobre las políticas públicas y la sostenibilidad financiera. Adaptar los sistemas de protección social a estas nuevas realidades se ha convertido en una prioridad urgente. Tanto la cobertura como la calidad de los servicios de cuidados de larga duración en los países de la región son bajas: menos del 20% de las personas mayores con necesidades de cuidado recibe servicios públicos, lo que revela que queda mucho por hacer.

Un paso clave para abordar esta cuestión es reconocer a quienes brindan cuidados, garantizando que las personas cuidadoras (remuneradas y no remuneradas) cuenten con apoyo, formación y reconocimiento por sus contribuciones esenciales. Los recursos humanos constituyen un pilar fundamental en la construcción de sistemas de cuidados de larga duración. Esta publicación ofrece el análisis más completo hasta la fecha sobre la situación de las cuidadoras (remuneradas y no remuneradas) de personas mayores en América Latina y el Caribe. Asimismo, presenta una evaluación en profundidad de las políticas y los programas existentes para apoyarlas, reconocer su labor y contribuir a su bienestar y desarrollo profesional. Este análisis pionero es un insumo fundamental para los responsables de políticas públicas y los actores de la sociedad civil que trabajan para mejorar los cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe. Así, este documento destaca lecciones aprendidas, buenas prácticas y enfoques innovadores que pueden inspirar las futuras reformas en los países de la región, así como en otros países de la OCDE.

Resulta crucial tener en cuenta las necesidades tanto de las cuidadoras profesionales remuneradas como de los familiares que brindan cuidados sin recibir remuneración. Cerca de 25 millones de personas cuidadoras no remuneradas en la región (un 60% de las cuales son mujeres y miembros de la familia) desempeñan un papel esencial en la prestación de cuidados cotidianos, pero sus aportes suelen estar subvalorados o carecen del respaldo necesario. Tanto para mantener el bienestar de quienes cuidan como para sostener los sistemas de cuidados de larga duración, es indispensable reforzar medidas de apoyo como los servicios de respiro, la formación y los incentivos económicos. Al mismo tiempo, los países deben invertir en servicios formales de cuidado para



atender la creciente demanda y garantizar altos estándares de calidad. Las personas que trabajan brindando cuidados de larga duración —frecuentemente mujeres en condiciones laborales vulnerables— son centrales para unos cuidados sostenibles y de calidad. Apoyarlos implica asegurar un trabajo decente y una formación adecuada, así como reconocer su contribución a la sociedad. Este doble foco en el cuidado remunerado y no remunerado ayuda a construir un sistema de cuidados de larga duración integral y resiliente, a la vez que genera empleo. Al mismo tiempo, aborda la pobreza de tiempo que excluye a millones de personas, en su mayoría mujeres, de la educación, el trabajo y la participación ciudadana.

Este informe busca fomentar un diálogo más cercano sobre cuidados de larga duración entre los países de América Latina y el Caribe —incluidos los que son miembros u observadores en proceso de adhesión a la OCDE— y la comunidad más amplia de la OCDE. Lo hace ofreciendo una panorámica sobre la situación de las cuidadoras remuneradas y no remuneradas de personas mayores, reconociendo su papel en los sistemas de cuidados de larga duración. Se apoya en trabajos previos de la OCDE sobre el tema, en particular *Who Cares?* (2020) y *Beyond Applause* (2023), y pone énfasis en los aspectos especialmente relevantes para la región. Recurre a evidencia tanto de países de América Latina y el Caribe como de países de la OCDE con sistemas de cuidados de larga duración consolidados. Destaca iniciativas en curso, prácticas exitosas y áreas de mejora.

Las tres organizaciones que trabajaron conjuntamente para hacer posible este informe —el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y la Agencia Francesa de Desarrollo (AFD)— están comprometidas con dar mayor visibilidad a las y los trabajadores de cuidados de larga duración y mejorar la atención a las personas mayores. El BID ha incorporado recientemente el desarrollo de sistemas de cuidado entre sus prioridades operativas. Así, ha puesto en marcha la iniciativa BID Cuida para incrementar el financiamiento, la asistencia técnica y el conocimiento orientados a crear sistemas de cuidado, ampliar servicios de calidad y promover la corresponsabilidad en el trabajo de cuidados. La OCDE, en el marco de su Reunión Ministerial de 2024, recibió el mandato de mantener a la fuerza laboral de cuidados de larga duración en su agenda de políticas y de monitorear los avances y los indicadores en este ámbito. Al promover inversiones inclusivas y sostenibles, la AFD busca contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, apoyar el desarrollo de sociedades más igualitarias e inclusivas y promover la igualdad entre hombres y mujeres, objetivos todos ellos respaldados por el fortalecimiento de la fuerza laboral de cuidados de larga duración.

Ferdinando RegalíaGerente del Sector Social,
BID**Stefano Scarpetta**Director de Empleo, Trabajo
y Asuntos Sociales,
OCDE**Agnès Soucat**Directora de Salud y
Protección Social,
AFD



"El cuidado humanizado es el arte de acompañar con compasión y empatía, donde cada gesto y cada palabra tienen el poder de transformar vidas. La conexión emocional y la comprensión profunda son tan importantes como la técnica y el conocimiento médico. El cuidado es la esencia de la vida, donde la ciencia se encuentra con la compasión".

Enrique V. Iglesias

Presidente, Fundación ASTUR

Expresidente del Banco Interamericano de Desarrollo



Índice

Agradecimientos	v
Prefacio	viii
Siglas y abreviaturas	xv
Resumen ejecutivo	xvii
Introducción: guía para lectores	xxii
1 Panorama	1
1.1 La región de América Latina y el Caribe necesitará más personas cuidadoras remuneradas para cubrir la brecha del cuidado no remunerado	2
1.2 Las personas cuidadoras no remuneradas difícilmente cubrirán la demanda creciente	3
1.3 La región carece de suficientes personas cuidadoras remuneradas y calificadas, y sus condiciones laborales son deficientes	4
1.4 Las políticas de apoyo a personas cuidadoras familiares avanzan lentamente, con la capacitación y la información como prioridades	5
1.5 Las políticas de apoyo a las y los trabajadores de cuidados de larga duración tienden a centrarse más en las competencias y la formación	8
1.6 El camino a seguir: cómo los países pueden mejorar las condiciones laborales de las personas cuidadoras	11
2 Oferta y demanda de cuidados de larga duración: la brecha de recursos humanos	17
2.1 El envejecimiento de la población incrementa la demanda de cuidados de larga duración	18
2.2 La oferta de cuidados tiene dificultades para igualar la demanda	23
2.3 Los países necesitan invertir en recursos humanos para los cuidados de larga duración	28



3 La relevancia de las cuidadoras familiares	33
3.1 ¿Cuántas cuidadoras familiares de personas mayores hay en la región?	36
3.2 La mayoría de las personas cuidadoras no remuneradas son mujeres y carecen de formación	37
3.3 Hombres y mujeres apoyan a las personas mayores de distinta forma	40
3.4 ¿A quiénes cuidan?	43
3.5 Las consecuencias del cuidado no remunerado	44
4 El papel de las personas trabajadoras remuneradas en cuidados de larga duración	54
4.1 ¿Cuántas personas cuidadoras remuneradas hay en la región?	56
4.2 Género, edad, educación, etnicidad y estatus migratorio de las cuidadoras	58
4.3 Las cuidadoras remuneradas carecen de formación	62
4.4 Las cuidadoras remuneradas realizan múltiples tareas	65
4.5 ¿A quiénes cuidan?	66
4.6 Condiciones laborales precarias e inseguras	67
4.7 La carga emocional y física del cuidado	75
5 Políticas para cuidadoras familiares	76
5.1 Las agendas de política incluyen cada vez más a las cuidadoras familiares	77
5.2 La información, el apoyo emocional y la capacitación ayudan a las cuidadoras familiares a desempeñar mejor sus tareas	80
5.3 Las políticas para reducir el impacto económico del cuidado son escasas	88
5.4 Las políticas para mejorar la conciliación entre la vida laboral y el cuidado familiar son escasas	90
6 Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración sostenible y competente	93
6.1 Las regulaciones laborales influyen en el sector de cuidados de larga duración	94
6.2 Pocos países refuerzan los derechos laborales mediante políticas específicas para las personas trabajadoras de cuidados de larga duración	100
6.3 Las medidas de seguridad son habituales y mejoran el bienestar de las y los trabajadores, favorecen la retención y elevan la calidad de los cuidados	105



6.4 Los países impulsan una fuerza laboral sostenible en cuidados de larga duración mediante el desarrollo de competencias	109
6.5 La región ha dado pasos iniciales para aumentar la productividad en el sector de cuidados de larga duración	123
7 El camino a seguir: hacia un fortalecimiento de los recursos humanos en cuidados de larga duración	127
7.1 Mejorar la calidad del empleo en los cuidados de larga duración	129
7.2 Utilizar un enfoque centrado en la persona para formar a cuidadoras remuneradas y no remuneradas.....	138
7.3 Apoyar a las cuidadoras familiares para prevenir las consecuencias negativas del cuidado	148
7.4 Promover la participación de los hombres en los cuidados familiares y remunerados	154
7.5 Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración más resiliente	158
Referencias	164
Anexos	187
Anexo A • Encuestas de uso del tiempo	188
Anexo B • Metodología para identificar a las personas cuidadoras.....	192
Anexo C • La encuesta del BID a personas cuidadoras	194
Anexo D • Políticas nacionales de cuidados.....	198



Siglas y abreviaturas

ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
AFD	Agencia Francesa de Desarrollo
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

Lista de las instituciones por país

PAÍS	SIGLAS	NOMBRE COMPLETO	TRADUCCIÓN
Argentina		Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores	
Argentina	FATSA	Federación de Asociaciones de la Sanidad Argentina	
Argentina	INAES	Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social	
Bolivia		Consejo de Coordinación Sectorial 'Por una Vejez Digna'	
Brasil	IPEA	<i>Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada</i>	Instituto de Investigación Económica Aplicada
Chile	SENCE	Servicio Nacional de Capacitación y Empleo	
Colombia	CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social	
Colombia	SENA	Servicio Nacional de Aprendizaje	
Costa Rica	CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social	
Costa Rica	IMAS	Instituto Mixto de Ayuda Social	
Costa Rica	INA	Instituto Nacional de Aprendizaje	
Costa Rica	SINCA	Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia	



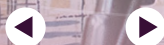
PAÍS	SIGLAS	NOMBRE COMPLETO	TRADUCCIÓN
Costa Rica	UNED	Universidad Estatal a Distancia	
Francia	AFPA	<i>Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes</i>	Agencia Nacional para la Formación Profesional de Adultos
Francia	CESU	<i>Chèque Emploi Service Universel</i>	Cheque de Empleo de Servicio Universal
Francia	URSSAF	<i>Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales</i>	Organismos de Recaudación de Cotizaciones de la Seguridad Social y de Asignaciones Familiares
Honduras	CEM-H	Centro de Estudios de la Mujer	
Italia	DOMINA	<i>Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici</i>	Asociación Nacional de Empleadores Domésticos
México	CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales	
México	IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social	
México	INAPAM	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores	
México	INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía	
México	INGER	Instituto Nacional de Geriátrica	
México	ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	
Perú	EsSalud	Seguro Social de Salud	
Perú	PADOMI	Programa de Atención Domiciliaria	
República Dominicana	CONAPE	Consejo Nacional de la Persona Envejeciente	
República Dominicana	FENAMUTRA	Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras	
República Dominicana	INFOTEP	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional	
Uruguay	INEFOP	Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional	
Uruguay	SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados	



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Resumen ejecutivo





Brindar cuidados adecuados en una de las regiones que envejecen con mayor rapidez en el mundo es un objetivo ambicioso. En América Latina y el Caribe, alrededor de ocho millones de personas de 65 años o más requieren ayuda actualmente para realizar sus actividades cotidianas, desde tareas básicas como comer y bañarse hasta responsabilidades más complejas como la gestión de la medicación y sus finanzas. Se proyecta que esta cifra casi se triplique y alcance los 23 millones en 2050, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de la mayor prevalencia de enfermedades crónicas. Ante este cambio, el modelo tradicional de cuidado familiar no remunerado, proporcionado principalmente por mujeres, se vuelve insostenible.

América Latina y el Caribe enfrentarán pronto una crisis en la oferta de personas cuidadoras, tanto remuneradas como no remuneradas. Para 2050, la demanda de cuidado familiar de larga duración será más del doble que en la actualidad, lo que ejercerá presión sobre la fuerza laboral. La caída de la fecundidad, el aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo y una mayor dispersión geográfica de las familias son algunos de los factores que agravarán la crisis al reducir el número potencial de cuidadoras familiares. Si bien algunos países han desarrollado sistemas nacionales de cuidados de larga duración, en la mayor parte de la región predominan servicios públicos incipientes, arreglos de cuidado sin ánimo de lucro y no regulados, así como opciones privadas de costo elevado. La fuerza laboral actual, de tres millones de personas cuidadoras remuneradas, deberá expandirse hasta alcanzar aproximadamente 14 millones en 2050 para responder a la creciente demanda de cuidados.

La distribución desigual del cuidado no remunerado entre mujeres y hombres sigue teniendo consecuencias significativas. El cuidado no remunerado continúa siendo la norma: casi 25 millones de personas cuidadoras en la región dedican, en promedio, 7,5 horas semanales a atender a familiares mayores. Para responder a las tendencias demográficas, esta cifra deberá incrementarse hasta 60,5 millones en 2050. Por otro lado, las responsabilidades de cuidado no se reparten por igual: casi un 60% de quienes cuidan son mujeres. Además, ellas dedican más tiempo a tareas intensivas y menos flexibles, como el baño y la alimentación, y proporcionan más “cuidado pasivo”, es decir, supervisan a las personas dependientes mientras realizan otras tareas. Esto limita su tiempo disponible para el trabajo remunerado o el descanso. En México, por ejemplo, las mujeres destinan, en promedio, 20 horas semanales al cuidado pasivo, frente a 17 horas que dedican los hombres. El nivel educativo no protege frente a este desequilibrio: quienes han cursado educación secundaria o superior dedican, en promedio, el mismo tiempo semanal al cuidado no remunerado que quienes cuentan con niveles educativos más bajos. Si bien el cuidado puede fortalecer los vínculos afectivos y el crecimiento personal, la evidencia



muestra que las cuidadoras no remuneradas tienen menos probabilidades de contar con un empleo remunerado y que, cuando lo tienen, tienden a ocupar puestos de menor calidad y a presentar peor salud emocional y física.

Las cuidadoras remuneradas suelen enfrentar condiciones laborales precarias y oportunidades limitadas de formación. El sector del cuidado remunerado en América Latina y el Caribe se encuentra con financiamiento insuficiente y, en gran medida, es informal. La mayoría de sus tres millones de trabajadores son mujeres de mediana edad, muchas de ellas afrodescendientes o indígenas. Las cuidadoras tienden a trabajar a tiempo parcial, sin contratos ni protección social, y la mayoría percibe ingresos por debajo del salario mínimo (con ingresos que, en promedio, equivalen al 90% del salario mínimo). La mayor parte de la oferta formativa disponible está fragmentada o es informal, y un 37% de las cuidadoras remuneradas trabaja sin ningún tipo de formación. De hecho, menos de la mitad ha completado un curso de cuidados.

Hacia una respuesta integral de políticas

Brindar apoyo a las cuidadoras familiares no remuneradas aliviará su carga, a la vez que les permitirá seguir desempeñando un papel fundamental. En la región, el apoyo a las cuidadoras no remuneradas avanza lentamente en tres frentes. El primero es el acceso a información, la capacitación y el apoyo emocional. Los registros en línea de cuidadoras y los portales de información de Costa Rica o México ofrecen modelos prometedores en este ámbito. El segundo es la compensación económica mediante transferencias monetarias, como las que ofrecen Chile y Costa Rica, así como los créditos previsionales, un tema en discusión en varios países. El tercer ámbito de apoyo es la conciliación entre la vida laboral y personal a través de políticas de licencias, como las de México o Ecuador, y de arreglos laborales flexibles, como en Chile y Bogotá (Colombia), para ayudar a mitigar el costo físico, emocional y financiero del cuidado.

La fuerza laboral remunerada necesita profesionalizarse y ampliarse para incrementar la calidad del cuidado. Los esfuerzos actuales para mejorar las condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas en la región se centran en la formación, el aumento del empleo formal y las normas de seguridad. En la mayoría de los países, los salarios mínimos del sector están regulados por la legislación laboral general. La falta de reconocimiento formal de la profesión del cuidado sigue representando un desafío significativo en muchos países, lo que dificulta la regulación, la organización y las protecciones laborales.



En este contexto, los convenios colectivos son fundamentales para mejorar las condiciones laborales. Sin embargo, las bajas tasas de sindicalización y la fragmentación de la fuerza laboral dificultan la consecución de convenios colectivos en el sector de cuidados de larga duración. Los registros oficiales constituyen otra herramienta para fortalecer el reconocimiento de la profesión. Además, aportan información sobre oportunidades de empleo y de formación, así como sobre los servicios de apoyo disponibles para las personas cuidadoras. Argentina, Costa Rica y Uruguay han puesto en marcha registros nacionales.

Países como Argentina, Chile, Colombia y Uruguay están desarrollando sistemas de formación mediante perfiles ocupacionales y marcos de competencias. No obstante, buena parte de la formación existente aún no alcanza los estándares internacionales. Para cerrar esa brecha, los países podrían estandarizar los planes de estudio, promover la experiencia práctica y garantizar un acceso asequible y flexible a la formación, incluidas las opciones en línea.

Existen modelos innovadores que abren camino hacia un empleo formal y mejores condiciones laborales. Entre ellos se encuentran las cooperativas de cuidados (por ejemplo, la Incubadora de Cooperativas y Mutuales de Cuidados en Argentina), las plataformas digitales de contratación patrocinadas por el Gobierno y los sistemas de vales implementados, por ejemplo, por Brasil (herramienta eSocial) y Colombia (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, PILA). Hasta el momento, las condiciones laborales se regulan principalmente mediante normativas generales, sobre todo en materia de seguridad. Por ello, mejorar la formación y las condiciones laborales de las cuidadoras es crucial no solo para su bienestar —muchas reportan síntomas de depresión y estrés—, sino también para garantizar la calidad y la continuidad de los cuidados.

Una base sólida de recursos humanos bien capacitados hace que los sistemas de cuidados de larga duración sean más resilientes. Para mejorar las condiciones laborales de la próxima generación de personas cuidadoras no remuneradas y remuneradas, y con el objetivo de abordar la brecha de recursos humanos del sector, los países podrían ampliar o replicar buenas prácticas de acceso a la seguridad social para proteger a las cuidadoras. Por ejemplo, podrían hacer que los gastos de cuidado sean deducibles de impuestos (como en Argentina, Francia y México), o fortalecer la fiscalización mediante inspecciones y prácticas regulatorias (como en Argentina, Chile y Uruguay). También es importante fomentar la redistribución de las responsabilidades de cuidados de larga duración entre mujeres y hombres, y capacitar a las y los trabajadores para gestionar emergencias y eventos extremos. Promover la participación de los hombres en roles de cuidado mediante cambios de políticas y culturales también puede ayudar a redistribuir responsabilidades y elevar el estatus de la profesión, como muestran los ejemplos de la Escuela de Hombres al Cuidado en Bogotá y, en Europa, la campaña «Hombres en el cuidado infantil» en Bélgica o los incentivos para el personal en Noruega.



La pandemia de COVID-19 dejó en evidencia la vulnerabilidad de los sistemas existentes y subrayó la necesidad de invertir a largo plazo en la planificación, el fortalecimiento de la capacidad de la fuerza laboral y la coordinación intersectorial. Entre las buenas prácticas en este ámbito figuran el *Manual de preparación para emergencias en cuidados de larga duración* de Ontario y los materiales de sensibilización para directivos y supervisores de los sectores de salud y servicios sociales de Suecia. Aunque algunas de estas políticas no están extendidas ni consolidadas en América Latina y el Caribe, existen iniciativas prometedoras que pueden replicarse, y los países también pueden inspirarse en buenas prácticas de otras partes del mundo.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Introducción: guía para lectores





Este estudio pone de relieve la situación de las cuidadoras de personas mayores en América Latina y el Caribe, así como sobre las políticas y los programas que pueden mejorar su estatus y bienestar. Basándose en el informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) titulado *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly* (2020), enfoca su análisis en los países de América Latina y el Caribe. Este documento impulsa una agenda de políticas para promover empleos de calidad en los cuidados de larga duración y ampliar los servicios de apoyo para las cuidadoras familiares.

El informe se organiza de la siguiente forma:

- El **Capítulo 1** ofrece una visión general de todo el estudio, presenta los principales hallazgos y las cifras que se desarrollan en los siguientes capítulos. Para aquellos lectores con poca disponibilidad de tiempo, funciona como un resumen ejecutivo ampliado.
- El **Capítulo 2** presenta los hechos que sustentan este informe. Comienza analizando las tendencias de longevidad que impulsan la demanda de cuidados de larga duración. Luego, examina cómo la oferta de estos cuidados enfrenta dificultades para satisfacer la demanda actual y creciente debido a varios factores, entre ellos: (i) la baja natalidad y el aumento de la participación de las mujeres en el mercado laboral, que reducen la disponibilidad de cuidado familiar no remunerado; (ii) el limitado desarrollo de servicios de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos; y (iii) el alto costo de los servicios privados de cuidados de larga duración de buena calidad. Esta escasez de oferta podría derivar en una crisis para el modelo de cuidados existente.
- Los **capítulos 3** y **4** presentan las evaluaciones nacionales comparadas más recientes y completas de las cuidadoras de larga duración no remuneradas y remuneradas, respectivamente. Analizan sus características sociodemográficas, las condiciones y la calidad del empleo, las tareas que realizan y cómo el cuidado afecta a su bienestar. El análisis se basa en encuestas de uso del tiempo para cuidadoras no remuneradas, encuestas de fuerza laboral para cuidadoras remuneradas y datos de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aplicada a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas.
- Los **capítulos 5** y **6** detallan las políticas y los programas implementados por los países de América Latina y el Caribe para apoyar y mejorar el bienestar de las cuidadoras de larga duración no remuneradas y remuneradas. El **Capítulo 5** se centra en iniciativas para proporcionar información, formación y apoyo emocional; en políticas que reducen el impacto económico sobre las personas cuidadoras; y en políticas que mejoran la conciliación entre la vida laboral y personal de las cuidadoras. El **Capítulo 6**, por su parte, analiza las regulaciones de empleo, los



derechos laborales, las normas de seguridad y las iniciativas para elevar el reconocimiento y la productividad de la profesión del cuidado. El análisis se basa en entrevistas con representantes gubernamentales y actores clave, así como en una revisión de la literatura.

- El **Capítulo 7** cierra el estudio destacando buenas prácticas que ayudan a construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración sostenible y competente. Las buenas prácticas de América Latina y el Caribe se complementan con otras de países de la OCDE que pueden inspirar políticas y programas en la región. El capítulo aborda políticas y programas que mejoran la calidad del empleo en los cuidados de larga duración, la formación con un enfoque centrado en la persona (tanto para cuidadoras remuneradas como no remuneradas), los servicios de apoyo a las cuidadoras familiares, la importancia de promover la participación de los hombres en el cuidado familiar y remunerado, y la necesidad de adaptar la fuerza laboral de cuidados de larga duración a los efectos del aumento de fenómenos meteorológicos extremos. Este capítulo de cierre no incluye un resumen de los hallazgos de los capítulos anteriores, que ya se presentan en la visión general del **Capítulo 1**, sino que se centra en proponer una hoja de ruta para los países de América Latina y el Caribe.

- Los anexos describen los datos y la metodología utilizados en los **capítulos 3** y **4** para analizar a las cuidadoras no remuneradas y a quienes trabajan en cuidados de larga duración (**anexos A**, **B** y **C**). Además, incluyen hallazgos adicionales derivados de las entrevistas con representantes gubernamentales y actores clave, utilizadas en los **capítulos 5** y **6** (**Anexo D**).

Las políticas y los programas analizados en este informe fueron mencionados en entrevistas con representantes gubernamentales y expertos realizadas entre marzo y octubre de 2024, o bien extraídos de documentos oficiales. No pretenden ofrecer un panorama exhaustivo de las políticas y programas de la región. El estado de implementación de estas políticas se verificó por última vez en julio de 2025.

Por su parte, el BID llevó a cabo su encuesta de personas cuidadoras entre noviembre de 2023 y marzo de 2025.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

1 Panorama





1.1 La región de América Latina y el Caribe necesitará más personas cuidadoras remuneradas para cubrir la brecha del cuidado no remunerado

América Latina y el Caribe es una de las regiones que envejece con mayor rapidez en el mundo. Actualmente, alrededor de ocho millones de personas de 65 años o más en la región requieren apoyo para las actividades cotidianas y se proyecta que esta cifra alcance los 23 millones en 2050. Estas actividades se clasifican, por lo general, como actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las actividades básicas de la vida diaria son esenciales para la supervivencia e incluyen comer, bañarse, usar el sanitario, vestirse y desplazarse dentro de una habitación. Las actividades instrumentales son más complejas e incluyen, por ejemplo, tomar la medicación, hacer tareas del hogar, cocinar o gestionar las finanzas personales.

A medida que las poblaciones envejecen, las necesidades de cuidado se vuelven más complejas debido a los mayores niveles de dependencia funcional y a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas. Este cambio tensiona el modelo vigente de cuidado, que depende principalmente de familiares. El aumento de la participación femenina en el mercado de trabajo, la disminución de las tasas de fecundidad y la existencia de estructuras familiares más dispersas están reduciendo la disponibilidad de cuidado no remunerado. Para 2050, salvo que se desarrollen programas públicos o que los programas de personas cuidadoras remuneradas sean más accesibles, la demanda de cuidado familiar de larga duración ejercerá presión sobre la participación en el mercado laboral, ya que una de cada tres personas de 45 a 64 años tendrá que brindar cuidado familiar.

Aunque algunos países de la región, como Uruguay y Costa Rica, han desarrollado sistemas nacionales de cuidados de larga duración, la región sigue caracterizándose por contar con servicios públicos incipientes, servicios de baja calidad ofrecidos por organizaciones sin fines de lucro y servicios del sector privado poco accesibles. A medida que aumenten las necesidades de cuidado y disminuye la disponibilidad de familiares, tanto los gobiernos como los mercados deberán reforzar su participación en el sector de cuidados de larga duración. En este contexto, es posible que los gobiernos necesiten desarrollar sistemas de cuidados de larga duración financieramente sostenibles que amplíen la cobertura y mejoren la calidad, con un enfoque que favorezca el envejecimiento en la comunidad y recurra a las instituciones de larga estadía solo como último recurso. Al mismo tiempo, el sector privado podría ampliar la oferta de servicios de cuidados de larga duración, generando empleo y brindando opciones de cuidado, ya sea mediante contratos públicos o directamente a las familias que puedan costearlos. Los gobier-



nos deberán desempeñar un papel crucial en la definición de estándares de calidad y en la supervisión de la provisión privada de cuidados.

Las y los trabajadores del cuidado son clave para responder a la creciente demanda de cuidados de larga duración. La región necesitará expandir su fuerza laboral de cuidados de larga duración de 3 millones a unos 14 millones para 2050. Los países deben invertir en la formación y profesionalización de las cuidadoras para garantizar la calidad de los servicios de cuidados de larga duración. Esta inversión no debe limitarse a las cuidadoras remuneradas, ya que las familias seguirán asumiendo una parte importante de las responsabilidades de cuidado. Brindar apoyo a las cuidadoras familiares (por ejemplo, mediante formación, acompañamiento emocional o políticas de trabajo flexible o de licencias) será fundamental para proteger su bienestar físico y emocional.

1.2 Las personas cuidadoras no remuneradas difícilmente cubrirán la demanda creciente

El cuidado no remunerado¹ es generalizado en los países de América Latina y el Caribe. Actualmente, se estima que 25 millones de personas cuidadoras no remuneradas apoyan a personas mayores en la región, quienes dedican, en promedio, 7,5 horas semanales a estas actividades. Para mantener la relación actual persona cuidadora-persona mayor, el número de cuidadoras no remuneradas tendría que aumentar hasta 60,5 millones en 2050, una cifra que será difícil de alcanzar debido a la caída de la fecundidad y a la reducción del tamaño de las familias.

Aproximadamente el 60% de las cuidadoras no remuneradas de personas mayores son mujeres. Debido a normas sociales, actitudes y estereotipos, ellas dedican más horas a estas tareas que los hombres, con una diferencia de 2,4 horas semanales. Las mujeres asumen las tareas menos flexibles y más exigentes, como el apoyo en actividades básicas de la vida diaria (por ejemplo, preparar comidas y alimentar a las personas mayores a horas fijas, bañarlas o llevarlas a citas médicas). Además, es más probable que las mujeres se encarguen del “cuidado pasivo”, es decir, que supervisen a una persona dependiente mientras realizan otras actividades. Esta práctica incrementa sus responsabilidades de cuidado, al tiempo que limita su tiempo para el trabajo remunerado, la educación o el ocio. La participación en el cuidado no remunerado de personas mayores no varía según el nivel educativo.

1. Dado que la mayor parte del cuidado no remunerado lo brindan familiares, este informe utiliza indistintamente los términos “cuidadoras familiares” y “cuidadoras no remuneradas”.



Aunque el cuidado brinda sentido y satisfacción, también afecta negativamente al empleo y la salud física y mental. Cuidar fortalece las relaciones, promueve la solidaridad y refuerza habilidades interpersonales como la empatía y la comunicación. Sin embargo, cuando estas tareas se vuelven excesivas y no cuentan con el apoyo adecuado, pueden tener efectos negativos. Las cuidadoras no remuneradas tienen 8 puntos porcentuales menos de probabilidad de tener un empleo remunerado y, quienes se mantienen ocupadas, trabajan, en promedio, 2 horas menos por semana. Además, muchas cuidadoras experimentan estrés (71%), soledad (55%) y depresión (34%) como resultado de dormir menos horas de las necesarias y desatender el autocuidado. Estos efectos negativos en la salud son más fuertes cuando el cuidado es una obligación y no una elección. Por ello, la formación y el apoyo psicológico pueden mitigar estos impactos.

1.3 La región carece de suficientes personas cuidadoras remuneradas y calificadas, y sus condiciones laborales son deficientes

La oferta de las y los trabajadores de cuidados de larga duración en los países de América Latina y el Caribe no alcanza a cubrir la demanda de cuidados. El sector emplea aproximadamente a tres millones de cuidadoras remuneradas de personas mayores, lo que representa el 1% del empleo total y el 2,3% del empleo femenino. Dadas las tendencias demográficas actuales —envejecimiento acelerado de la población y contracción de las redes de cuidado informal—, el número de cuidadoras remuneradas deberá aumentar hasta aproximadamente 14 millones para 2050.

La mayoría de las personas que brindan cuidados remunerados (95%) son mujeres, generalmente en la década de los 40. La fuerza laboral remunerada es diversa desde el punto de vista étnico: más de la mitad son afrodescendientes y los pueblos indígenas representan el 3%. En comparación con los países de la OCDE, la región de América Latina y el Caribe presenta una menor proporción de migrantes en el sector de cuidados de larga duración, que actualmente se nutre principalmente de la fuerza laboral nacional.

El nivel de formación de las cuidadoras remuneradas es insuficiente: un 37% realiza su trabajo sin ningún tipo de formación y el 16% recurre al autoaprendizaje. Menos de la mitad ha completado un curso de cuidados: el 10% hizo un curso corto de menos de 60 horas, el 12% cursó una formación de duración media de 60 a 150 horas y un cuarto (25%) completó un curso de más de 150 horas.



El trabajo de cuidados es complejo e implica diversas tareas heterogéneas. Las cuidadoras a domicilio se concentran principalmente en la higiene y el cuidado personal de quienes cuidan —el 71% de quienes participaron en la encuesta del BID informó realizar estas tareas— y en las tareas del hogar, realizadas por el 47% de las personas encuestadas. Las cuidadoras institucionales, por su parte, ponen el énfasis en tareas relacionadas con la higiene (75%) y la atención sanitaria (45%).

Las cuidadoras remuneradas trabajan un promedio de 31 horas a la semana, lo que sugiere que su empleo suele ser a tiempo parcial. Este tipo de trabajo tiende a aumentar su vulnerabilidad y limita sus oportunidades, así como su acceso a prestaciones laborales y a la protección social.

Con frecuencia, las cuidadoras remuneradas trabajan en condiciones precarias e inseguras. La informalidad y la falta de protección social están muy extendidas: solo el 26% cotiza a la seguridad social y apenas un tercio cuenta con contrato escrito. Cuando trabajan de manera informal, las cuidadoras remuneradas tienden a percibir menos que el salario mínimo. Pese a estas condiciones precarias, el 45% de las cuidadoras lleva más de seis años en la profesión y casi el 60% considera que continuará en ella. La formación es una herramienta clave para mejorar las condiciones laborales en el sector, incrementar los salarios y ofrecer una trayectoria profesional que impacte positivamente en los ingresos.

Asimismo, la formación resulta fundamental para mejorar el bienestar y la salud mental de las cuidadoras remuneradas, quienes pueden verse afectadas por la alta carga emocional del trabajo. Quienes brindan cuidados remunerados experimentan síntomas de depresión (20%) y estrés (45%).

1.4 Las políticas de apoyo a personas cuidadoras familiares avanzan lentamente, con la capacitación y la información como prioridades

Las políticas para apoyar a las cuidadoras no remuneradas se agrupan en tres categorías: (i) información, formación y apoyo psicológico; (ii) apoyo a los ingresos y créditos previsionales; y (iii) licencias y horarios de trabajo flexibles que permitan compatibilizar el empleo con el cuidado no remunerado.



1.4.1 La información y la capacitación ayudan a las personas cuidadoras no remuneradas a brindar mejores cuidados

Se están llevando a cabo iniciativas prometedoras para crear portales de información en línea, dado que proporcionar información y conocimientos a las cuidadoras no remuneradas es clave para mejorar sus condiciones de vida. Tanto Costa Rica como México han lanzado portales en línea para sensibilizar sobre el trabajo de las cuidadoras familiares, con sitios web que incluyen recursos importantes, como derechos laborales e información sobre oportunidades de formación.

Varios países están creando registros de personas cuidadoras, que funcionan como puertas de entrada a la información y a los servicios de apoyo. En Chile y Costa Rica, quienes se inscriben en estos registros obtienen acceso preferencial a los servicios públicos.

La formación para cuidadoras familiares está disponible en la mayoría de los países de la región, a menudo sin costo. Su objetivo es permitir a las familias gestionar mejor las responsabilidades de cuidado, así como mejorar el bienestar de las cuidadoras y la calidad de los cuidados que brindan. Algunos países hacen que la formación sea más asequible mediante asignaciones y subvenciones. Chile, por ejemplo, ofrece una asignación diaria por asistencia a un curso de cuidados básicos para personas mayores y una asignación adicional para la compra de herramientas a quienes completen la formación.

La región cuenta con pocas iniciativas integrales para apoyar a las cuidadoras mediante intervenciones psicosociales y asesoramiento. Estas iniciativas están diseñadas para ayudarlas a afrontar el estrés, la soledad y la depresión. En Brasil (Bahía) las cuidadoras pueden recibir sesiones terapéuticas grupales y asesoramiento individual a través del Programa de Apoyo al Cuidador.² También hay ejemplos en Perú y Colombia.

1.4.2 Hay políticas que pueden reducir el impacto económico negativo del cuidado

Las transferencias monetarias pueden aliviar la carga financiera asociada a la prestación de cuidados y, por ello, algunos países han introducido este beneficio para cuidadoras familiares. Sin embargo, estas transferencias deben diseñarse cuidadosamente para evitar que perpetúen el modelo tradicional de cuidado (basado en el trabajo no remunerado de las mujeres) y para respetar las preferencias y la autonomía de las personas mayores. En Chile, quienes cuidan a

2. Programa de Apoio ao Cuidador.



personas con discapacidad pueden recibir un monto reducido en efectivo. En Costa Rica, un programa de transferencias por cuidados apoya a los hogares de bajos ingresos con un miembro en situación de dependencia funcional.

Actualmente, los países de la región no ofrecen créditos previsionales para familiares que cuidan a personas mayores, pero están considerando este beneficio. Este tipo de créditos pueden mitigar de manera eficaz el impacto de las interrupciones laborales en el valor de las pensiones contributivas y limitar el riesgo de pobreza en la vejez. Son poco frecuentes en la región, aunque algunos países —como Bolivia, Chile, México y Uruguay— los otorgan para compensar el tiempo dedicado al cuidado de hijos. En Colombia, se está explorando una medida similar para subsidiar las cotizaciones a pensión y salud de las personas que cuidan a familiares mayores con dependencia funcional.

1.4.3 Las políticas pueden mejorar la conciliación entre la vida laboral y personal de las cuidadoras familiares

Las opciones de licencias, remuneradas y no remuneradas, son escasas para las personas cuidadoras en la región. La licencia por cuidados de larga duración solo existe en Chile, Ecuador y México. En muchos casos, las personas recurren a regímenes de licencias generales, como días personales, para cubrir periodos de cuidado, ya que suelen ser las únicas opciones disponibles. Además, existen licencias específicas para brindar cuidados en Costa Rica (para personas en estado crítico), Perú (para familiares) y Honduras (cuidado general). Garantizar el acceso a licencias de cuidado tanto para hombres como para mujeres ayuda a fomentar una distribución más equitativa de las responsabilidades.

También resultan escasas las modalidades de trabajo flexible y las opciones de servicios de respiro que ayudan a compatibilizar el empleo, las responsabilidades de cuidado y el bienestar personal. Estos esquemas permiten conciliar las obligaciones laborales con las tareas de cuidado y continuar ambas actividades sin agotamiento. En Chile, está disponible el teletrabajo parcial o total para quienes cuidan a niños menores de catorce años, a personas con discapacidad o a personas con dependencia severa o moderada. Los servicios de respiro están disponibles en Bogotá (Colombia) gracias al programa Manzanas del Cuidado, y en Chile a través del programa Chile Cuida.



1.5 Las políticas de apoyo a las y los trabajadores de cuidados de larga duración tienden a centrarse más en las competencias y la formación

La fuerza laboral de cuidados de larga duración es relativamente pequeña en América Latina y el Caribe. La mejora de las condiciones laborales del sector se ve limitada por la falta de una definición clara y de un reconocimiento oficial de la profesión de cuidador. Como resultado, en la mayoría de los países, el sector de cuidados de larga duración se rige por normativas laborales generales. No obstante, algunos países han adoptado recientemente políticas específicas dirigidas a las y los trabajadores de cuidados de larga duración.

1.5.1 Pocos países están mejorando los derechos laborales mediante políticas específicas para la fuerza laboral de cuidados de larga duración

Algunos países de la región cuentan con regulaciones salariales específicas para el sector de cuidados de larga duración. Es el caso de Argentina, Costa Rica y Uruguay, que disponen de regulaciones explícitas que atañen directamente a las trabajadoras de cuidados de larga duración, mientras que Argentina y República Dominicana logran ese efecto de manera indirecta a través de regulaciones sobre el trabajo doméstico de cuidado.

Los convenios colectivos de trabajo representan una vía importante para mejorar las condiciones laborales de las cuidadoras. Sin embargo, la región no cuenta con grandes sindicatos de personas cuidadoras, lo que también puede deberse a que muchos países carecen de una definición oficial de la profesión del cuidado. Los registros oficiales de personas cuidadoras constituyen otra herramienta para otorgar mayor reconocimiento a la profesión y hacerla más atractiva, con ventajas para cuidadoras, empleadores y gobiernos por igual. No obstante, solo tres países de la región (Argentina, Costa Rica y Uruguay) cuentan con registros nacionales.

El empleo informal está muy extendido en el sector de cuidados de larga duración y se correlaciona con la falta de formación. En este sentido, algunos países (como Argentina y Uruguay) buscan ampliar el empleo formal mediante estrategias de formación que resultan más eficaces cuando, al finalizar la capacitación, las personas cuidadoras se incorporan a un registro oficial que les da acceso a oportunidades laborales. Otros países también procuran incrementar el empleo formal entre las cuidadoras a domicilio de manera indirecta a través de políticas diseñadas para formalizar el trabajo doméstico remunerado (como en Argentina, Brasil y Uruguay). Algunos



cursos de formación en Argentina, Chile y México también promueven nuevos emprendimientos al exigir a los participantes que elaboren un plan de negocios que sienta las bases para formalizar los servicios de cuidado, ya sea obteniendo los permisos necesarios para operar o prestando servicios de cuidado de manera formal. Además, la certificación puede funcionar como un valor agregado para las y los trabajadores informales y potencialmente mejorar sus ingresos.

1.5.2 Las medidas de salud y seguridad aumentan la retención, el bienestar de las y los trabajadores y la calidad del cuidado

Las medidas de salud y seguridad que previenen la carga emocional y física entre las cuidadoras son fundamentales, ya que mejoran el bienestar de las trabajadoras y la calidad del cuidado. En la mayoría de los países existen regulaciones de salud y seguridad para instituciones de cuidados de larga duración, pero no así para el cuidado a domicilio. Las medidas regulatorias para estos establecimientos suelen incluir límites de capacidad, procesos obligatorios de autorización, especificaciones detalladas sobre las cualificaciones del personal, proporciones de residentes por trabajador, requisitos de infraestructura y normas de seguridad. En la mayoría de los países, los servicios de cuidado deben cumplir estas normas para obtener la autorización de funcionamiento, aunque las inspecciones de cumplimiento se realizan con grados de regularidad variables. Sin embargo, estas normas se implementan principalmente para garantizar la seguridad de los residentes. Aunque también impactan —de forma directa o indirecta— en la salud y seguridad de las y los trabajadores, los países aún carecen de regulaciones en áreas básicas (por ejemplo, sobre cómo movilizar a las personas para evitar el dolor de espalda).

Un ejemplo de medidas de salud y seguridad son los ratios (relaciones) de personal, que definen el número de personas cuidadoras por cada residente. Diez países de la región (Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay) cuentan con este tipo de regulación. En la mayoría de ellos, el número de cuidadoras requeridas aumenta en función del grado de dependencia de los residentes y varía según el momento del día (diurno o nocturno). Igualmente, estos países suelen emitir regulaciones sobre el tipo específico de personas trabajadoras (o combinaciones de ellas) necesarias en cada establecimiento.



1.5.3 La región apuesta por el desarrollo de competencias para construir una fuerza laboral sostenible en cuidados de larga duración

La formación y los programas educativos son críticos para desarrollar la fuerza laboral de cuidados de larga duración. En este sentido, el primer paso hacia una capacitación mejor focalizada y estandarizada es definir perfiles ocupacionales, algo que varios países (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Trinidad y Tobago, y Uruguay) ya han realizado, mientras que El Salvador está en proceso de hacerlo.

La segunda acción clave es crear marcos de competencias, que definen las habilidades esenciales que se necesitan de cada perfil ocupacional. Ocho países (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Trinidad y Tobago y Uruguay) cuentan con estos marcos y El Salvador se encuentra desarrollando uno.

Pese a los avances, aún existe un amplio margen de mejora: los niveles de formación de las cuidadoras son bajos. La mayoría de los países exige que los asistentes de cuidado personal cuenten con una formación mínima o certifiquen sus conocimientos antes de autorizar su trabajo en servicios oficiales de cuidados de larga duración. No obstante, la duración de estos programas oficiales varía considerablemente y solo unos pocos países cuentan con programas más largos que las 260 horas recomendadas por el Protocolo Iberoamericano de Formación en Cuidados (Argentina, Barbados, República Dominicana y Ecuador).

Debido a la falta de planes de estudio oficiales, en muchos países las cuidadoras que desean formarse recurren a cursos informales, que, si bien pueden estar estructurados y conducir a un certificado, se imparten fuera del sistema educativo formal. Por lo general, no otorgan una cualificación reconocida por el Gobierno. Este tipo de cursos son impartidos por una variedad de organizaciones —universidades públicas y privadas, ONG, instituciones públicas y del sector privado con fines de lucro—, lo que configura un panorama formativo heterogéneo.

En este contexto, muchos países de la región cuentan con programas que reconocen los aprendizajes previos y la experiencia laboral de las personas cuidadoras con el fin de acreditar las competencias adquiridas (Chile, Colombia, Ecuador, República Dominicana, Guyana y Uruguay). En Colombia, por ejemplo, el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) otorga gratuitamente certificaciones profesionales para cuidadoras. Este tipo de reconocimiento avala oficialmente los conocimientos, las habilidades y las aptitudes que se necesitan para desempeñar una ocupación específica, independientemente de si se adquirieron a través de una formación formal



o por vías informales. Para las cuidadoras —muchas de las cuales trabajan de manera informal, a menudo en hogares—, ofrece la oportunidad de que sus competencias sean valoradas y reconocidas, lo que facilita su acceso al empleo formal.

1.5.4 Primeros pasos para impulsar la productividad en los cuidados de larga duración

La región no está priorizando en la actualidad las políticas para incrementar la productividad en el sector de cuidados de larga duración. Una posible explicación es que la escasez de fuerza laboral aún no resulta tan apremiante como en la mayoría de los países de la OCDE y, de igual forma, que los países de América Latina y el Caribe disponen de recursos limitados para invertir en enfoques innovadores. Así, Chile y Uruguay son los únicos países de la región que han adoptado soluciones tecnológicas en servicios de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos.

La falta de coordinación entre la atención sanitaria y los cuidados de larga duración puede incrementar las cargas de trabajo, duplicar tareas, disminuir la eficiencia y mermar el bienestar general de las y los trabajadores. Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú y Trinidad y Tobago incorporaron la coordinación en sus políticas nacionales de envejecimiento y cuidados, reconociendo su importancia para la provisión de cuidados de larga duración. Pese a ello, la coordinación del cuidado es un concepto relativamente nuevo y aún se encuentra en proceso de implementación.

1.6 El camino a seguir: cómo los países pueden mejorar las condiciones laborales de las personas cuidadoras

Para mejorar las condiciones de la próxima generación de personas cuidadoras no remuneradas y remuneradas y abordar la brecha de recursos humanos del sector, los países necesitan promover políticas integrales que: (i) mejoren la calidad de los empleos en los cuidados de larga duración; (ii) amplíen las oportunidades de formación, asegurando un enfoque centrado en la persona; (iii) brinden apoyo adicional a las cuidadoras no remuneradas; (iv) fomenten la redistribución de las responsabilidades de cuidados de larga duración entre mujeres y hombres; y (v) fortalezcan las capacidades de los recursos humanos en cuidados de larga duración para enfrentar los efectos de emergencias causadas por eventos extremos. Aunque algunas de estas políticas apenas empiezan a surgir en la región, existen iniciativas prometedoras que pueden replicarse, y los países también pueden inspirarse en buenas prácticas de otras partes del mundo.



1.6.1 Mejorar la calidad de los empleos en los cuidados de larga duración para profesionalizar el sector

Mejorar la calidad de los empleos en los cuidados de larga duración exige elevar el estatus de la profesión, ampliar el acceso a la seguridad social y aprovechar el potencial de las iniciativas del sector privado, incluidas las plataformas de empleo y las cooperativas de personas cuidadoras.

Una estrategia clave en este ámbito es invertir en la profesionalización de los empleos de cuidados de larga duración. Tres buenas prácticas (en América Latina y el Caribe o en otras regiones) son: (i) que las instituciones nacionales (generalmente ministerios de Educación o de Trabajo) registren y reconozcan los perfiles ocupacionales; (ii) certificar competencias; y (iii) ofrecer orientación profesional y servicios de intermediación laboral, lo que incluye ayudar a las personas a definir sus objetivos profesionales y a desarrollar trayectorias, así como apoyar a quienes buscan empleo mediante servicios que vinculen la oferta y la demanda de puestos en cuidados de larga duración. Italia ofrece un ejemplo inspirador de reconocimiento del perfil ocupacional de las personas cuidadoras: cuenta con un convenio colectivo nacional para quienes brindan cuidados a domicilio (que incluye un contrato de trabajo estandarizado).

La formalización de los empleos de cuidados de larga duración es un segundo objetivo fundamental que los países pueden promover mediante plataformas digitales, vales de cuidado e incentivos fiscales. Simplificar el acceso a los sistemas de seguridad social es una estrategia directa para incrementar el empleo formal entre las cuidadoras. Esto puede lograrse desarrollando sistemas de afiliación flexibles y fáciles de usar, por ejemplo, a través de plataformas digitales y vales de cuidado. Las exenciones, los créditos fiscales o las reducciones de las cotizaciones a la seguridad social (dirigidas a cualquiera de las partes de la relación laboral) constituyen otra vía importante para promover acuerdos más formales al reducir el costo de las contribuciones.

Francia ofrece un buen ejemplo de plataforma que ayuda a formalizar los empleos de cuidados de larga duración: la plataforma Pajemploi y el Cheque de Empleo de Servicio Universal (CESU,³ por sus siglas en francés) son sistemas compatibles que simplifican el proceso de contratación y pago de personas cuidadoras. La plataforma Pajemploi permite a quienes emplean a personas para el cuidado infantil gestionar de forma digital contratos, salarios y horarios, a la vez que tramita sin fricción las cotizaciones a la seguridad social. La plataforma se limita a servicios para niños y niñas de hasta seis años y está gestionada por los Organismos de Recaudación de Cotizaciones de la Seguridad Social y de Asignaciones Familiares (URSSAF, por sus siglas

3. *Chèque Emploi Service Universel.*



en francés).⁴ Permite que las transacciones sean trazables, reduciendo así el uso de dinero en efectivo y mejorando la supervisión y el control financieros. Los URSSAF también implementan el CESU, un mecanismo de vales que facilita la declaración y el pago de salarios y cotizaciones a la seguridad social para relaciones laborales regulares u ocasionales en servicios personales, incluidos los servicios de cuidado.

Las plataformas para vincular la oferta y la demanda de servicios de cuidados de larga duración son una opción reciente con potencial para mejorar la calidad de los empleos. Así, estas plataformas inscriben a personas cuidadoras remuneradas (que a menudo son contratadas como trabajadoras domésticas, sin acceso a la seguridad social), les ofrecen opciones de formación y las conectan con familias que buscan servicios. Hasta ahora, existen en Argentina (desarrolladas por el sector privado) y en Costa Rica (impulsadas por el Gobierno). El estado brasileño de Paraná lanzará pronto una plataforma con estas características.

Las cooperativas, un modelo cada vez más utilizado para la prestación de cuidados de larga duración, también mejoran la calidad de los empleos en el sector. Pueden mitigar algunos de los desafíos más apremiantes de las cuidadoras, como las condiciones laborales precarias e inseguras, la carga emocional y física, así como la falta de formación. En algunos países de ingresos altos, las cooperativas figuran entre los principales empleadores de las y los trabajadores del cuidado y también se están adoptando como uno de los modelos para organizar a las personas cuidadoras dentro de los sistemas nacionales de cuidados en Argentina, República Dominicana y Uruguay.

1.6.2 Ampliar la formación con un enfoque centrado en las personas

La formación desempeña un papel clave para transitar de un modelo tradicional de asistencia médica y prestación de servicios a un enfoque integral, centrado en la persona, que enfatiza en los derechos, las preferencias y la calidad de vida de quienes reciben cuidados, con la dignidad y la atención personalizada como principios fundamentales. Este nuevo paradigma requerirá formar a las cuidadoras en una combinación de competencias técnicas, relacionales y de autocuidado.

La formación debe diseñarse para promover la calidad de los cuidados de larga duración y, al mismo tiempo, adaptarse a las restricciones de tiempo y a las preferencias de las cuidadoras. Los países pueden considerar aumentar gradualmente la duración de los cursos de formación

4. Unions de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.



hasta alcanzar el umbral deseado de 260 horas. En cuanto a la metodología, el conocimiento teórico, si bien es valioso, debe complementarse con conocimientos prácticos y formación en el puesto de trabajo.

Los programas formativos tienen que ajustarse a la evolución de las necesidades de cuidado. Entre las áreas clave de adaptación están el apoyo al envejecimiento saludable y la atención a personas con mayores niveles de dependencia funcional, lo cual exige una formación más especializada. Una buena práctica consiste en ofrecer a las personas cuidadoras que hayan completado la formación básica la posibilidad de ampliar sus competencias especializándose en la asistencia a personas con alta dependencia, incluidas aquellas con condiciones neurodegenerativas y neurológicas. Otras especializaciones son la coordinación entre la atención sanitaria y los servicios sociales y la organización de la prestación de servicios.

Asimismo, resulta fundamental establecer planes de estudio oficiales para cuidadoras a fin de abordar los bajos niveles de formación de la región. Esto requiere coordinación interinstitucional, así como colaboración entre organismos públicos, actores del sector privado y organizaciones de la sociedad civil. Otro elemento clave para ampliar programas de calidad es contar con personas formadoras calificadas, que deben comprender en profundidad el modelo de cuidado centrado en la persona.

Para aumentar la participación de las cuidadoras en la formación, los cursos deben ser asequibles y con horarios flexibles. Los programas subvencionados pueden ayudar a atraer trabajadores al sector de los cuidados y a mejorar las competencias de las cuidadoras no remuneradas. La flexibilidad puede incrementarse organizando la formación por módulos. La formación en línea también es una herramienta prometedora para ofrecer flexibilidad, pero debe complementarse con prácticas presenciales.

1.6.3 Fortalecer el apoyo a las personas cuidadoras no remuneradas

Sin apoyo práctico y emocional, el cuidado puede perjudicar la salud física y mental de las personas. Esto es especialmente relevante para las cuidadoras no remuneradas, que asumen responsabilidades de cuidado con escasa o nula formación. Dado el papel central la familia en la provisión de cuidados de larga duración, es esencial brindar apoyo con: (i) información, apoyo psicológico y evaluaciones de quien brinda cuidados; (ii) servicios de respiro; (iii) licencias y trabajo flexible para quienes continúan trabajando; y, cuando sea posible, (iv) una combinación de prestaciones monetarias y beneficios fiscales y previsionales.



Brindar a las cuidadoras no remuneradas información sobre cómo cuidar y sobre los servicios que tienen a su disposición representa un primer paso relevante. El apoyo psicosocial o los servicios de asesoramiento también abordan la carga emocional del cuidado y fortalecen la resiliencia de las cuidadoras familiares. Las evaluaciones de la persona cuidadora constituyen otra buena práctica que orienta apoyos individualizados. El Carer Gateway del Gobierno de Australia es un buen ejemplo de portal de información en línea con detalles sobre derechos, prestaciones y opciones de apoyo para personas cuidadoras. Para acceder a los servicios del Gateway se requiere una evaluación de la persona cuidadora.

Los servicios de respiro constituyen otra buena práctica que puede reducir los efectos negativos del cuidado familiar, al permitir que las cuidadoras tomen pausas breves de sus labores. Fuera de la región, las personas en situación de dependencia en Alemania, Dinamarca, Finlandia y los Países Bajos tienen derecho a periodos cortos de atención residencial, diurna o domiciliaria. Por ejemplo, en Alemania pueden utilizar estos servicios durante seis semanas al año y, en Israel, durante dos semanas. Este tipo de servicios públicos brinda a las cuidadoras familiares tiempo para el autocuidado y la recuperación.

La flexibilidad laboral, como la reducción de la jornada y el trabajo a distancia, ayuda a las cuidadoras familiares a conservar sus empleos. El acceso a licencias relacionadas con el cuidado o la posibilidad de pasar temporalmente a un horario de trabajo parcial también son buenas prácticas que les permiten seguir empleadas mientras se brinda cuidado de larga duración a un familiar. Fuera de la región, Canadá ofrece un ejemplo inspirador: la *Critical Illness Leave* (licencia por enfermedad grave), que concede hasta 17 semanas para cuidar a una persona adulta, con una ayuda económica de aproximadamente el 55% del salario que se deja de percibir.

Las transferencias monetarias dirigidas a personas cuidadoras para compensar el impacto económico de sus responsabilidades pueden considerarse una buena práctica cuando garantizan el acceso pleno a la seguridad social, incluida la atención de salud y las pensiones. Alemania, España, Finlandia y Reino Unido ofrecen este tipo de transferencias. Los alivios fiscales son una vía alternativa para apoyar financieramente a las cuidadoras familiares, aunque resultan más pertinentes en países con altos niveles de empleo formal. Los créditos previsionales también pueden mitigar el impacto del cuidado no remunerado de larga duración sobre el derecho y el monto de las pensiones contributivas, limitando así el riesgo de pobreza en edades avanzadas.



1.6.4 Incluir a los hombres como cuidadores remunerados y no remunerados

La presión sobre los arreglos de cuidado existentes hace indispensable involucrar a los hombres tanto como cuidadores no remunerados como remunerados. Además de las licencias por cuidado y las modalidades de trabajo flexible, dos estrategias complementarias pueden apoyar este objetivo: (i) transformar los roles de género tradicionales (por ejemplo, la Escuela de Hombres al Cuidado de Bogotá); y (ii) aumentar la participación de los hombres en ocupaciones vinculadas al cuidado (por ejemplo, la campaña «Hombres en el cuidado infantil» de Bélgica o los incentivos de dotación de personal en los servicios de educación y cuidado de Noruega).

Fomentar la participación de los hombres en el cuidado tiene múltiples beneficios. En el plano individual, puede reforzar el sentido de propósito, la realización personal y el vínculo emocional, al tiempo que fortalece habilidades de comunicación y empatía transferibles a los ámbitos personal y profesional. En el plano sistémico, una mayor presencia de los hombres en roles de cuidado contribuye a diversificar y profesionalizar la fuerza laboral del sector, lo que podría elevar el reconocimiento social de estas ocupaciones.

1.6.5 Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración más resiliente

Las personas mayores son especialmente vulnerables a los impactos en la salud de los eventos meteorológicos, los desastres naturales y las emergencias sanitarias. Tanto los sistemas de salud como los de cuidados están poco preparados para responder adecuadamente a emergencias imprevistas, como puso de manifiesto la pandemia de COVID-19. En muchos países, esta crisis evidenció un financiamiento y una planificación insuficientes, la ausencia de estrategias y protocolos de respuesta adecuados y una fuerza laboral demasiado escasa y con formación insuficiente.

A medida que aumentan los riesgos de estos eventos adversos, resulta más apremiante que los sistemas de cuidados de larga duración y su fuerza laboral se adapten a choques externos. Los países deberían centrarse en la preparación ante desastres, la reducción y prevención del riesgo, el auxilio y la respuesta, así como en la reconstrucción y la recuperación. Es necesario desarrollar capacidades para reducir los impactos adversos de las amenazas y minimizar el riesgo de desastres. Para construir una fuerza laboral más resiliente, los perfiles ocupacionales y los planes de estudio de la formación deberían incorporar medidas de adaptación a eventos extremos.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

2

Oferta y demanda de cuidados de larga duración: la brecha de recursos humanos



2.1 El envejecimiento de la población incrementa la demanda de cuidados de larga duración

2.1.1 El rápido envejecimiento de la población deja poco tiempo para adaptar los sistemas económicos y las políticas públicas

América Latina y el Caribe es una de las regiones que envejece con mayor rapidez en el mundo. Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de las tasas de fecundidad, se proyecta que la proporción de la población total de 65 años o más pase del 9,5% en 2023 al 18,9% en 2050. Para el año 2046, la proporción de personas mayores superará a la de niños de 0 a 14 años. La población de personas de 80 años o más también crece rápidamente y se prevé que aumente de un 1,8% de la población total en 2023 a un 4,9% en 2050.⁵ En 1995, una persona de 65 años en la región podía esperar vivir 15 años adicionales. Esa esperanza de vida aumentó a 18 años más en 2023 y se proyecta que alcance los 20 años en 2050. Este logro destacado obedece a mejoras significativas en las condiciones socioeconómicas y la salud pública, así como a un mejor diagnóstico y manejo de enfermedades crónicas.

Las mujeres viven más que los hombres, lo que da lugar a una tendencia denominada feminización del envejecimiento. La esperanza de vida al nacer es de 78,6 años para las mujeres frente a 72,8 para los hombres, una diferencia de casi seis años que, a los 65 años, se reduce a 2,5 años y a 1,1 años a los 80.

Aunque algunos países todavía se benefician del tramo final del bono demográfico, toda la región experimentará este envejecimiento poblacional, que ocurrirá antes de alcanzar altos niveles de ingreso. Algunos (por ejemplo, Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica y Uruguay) ya presentan una alta proporción de personas mayores (entre el 12% y el 16% de la población total). En otros, la población mayor representa una proporción menor, pero crece a un ritmo acelerado debido a caídas pronunciadas de la fecundidad y a avances en la esperanza de vida. Este segundo grupo experimentará una transición demográfica más rápida y, por tanto, dispondrá de menos tiempo para adaptar sus sistemas económicos y políticas públicas a los desafíos de la transición.

5. Se prevén tendencias similares en Asia, donde la proporción de la población mayor de 65 años pasará del 10% en 2023 al 19% en 2050, mientras que la proporción de la población mayor de 80 años aumentará del 1,8% al 5,2% en el mismo periodo. Europa, una región más avanzada en la transición demográfica, verá crecer la proporción de personas mayores de 65 años del 20% en 2023 al 33% en 2050, mientras que la población mayor de 80 años aumentará del 5,4% al 10,4%. Por su parte, en Norteamérica, una región que, al igual que Europa, también ha avanzado más en esta transición, las proyecciones de envejecimiento poblacional son menos marcadas: la proporción de mayores de 65 años crecerá del 18% en 2023 al 23% en 2050, y la de mayores de 80 años del 4% al 8,8%. En África, la proporción de la población mayor de 65 años pasará del 4% en 2023 al 6% en 2050, mientras que la de mayores de 80 años crecerá del 0,5% al 0,9%. Todas las proyecciones de población aquí recogidas se basan en el escenario de "variante media" de las Naciones Unidas. Todos los datos de esta sección provienen de Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas (DESA, 2024), recuperado de <https://population.un.org/wpp/>.



2.1.2 La población mayor necesitará más apoyo

Que la población viva más tiempo es una buena noticia, aunque también significa que más personas requerirán cuidados. A medida que las personas envejecen, sus funciones sensoriales, físicas o cognitivas pueden empezar a deteriorarse, ya sea por la progresión de enfermedades crónicas o como resultado de la “acumulación a lo largo de la vida de daños moleculares y celulares” (OMS, 2015). En consecuencia, pueden perder la capacidad de vivir de forma independiente y necesitar ayuda para realizar actividades cotidianas. En otras palabras, requieren cuidados de larga duración, entendidos como cualquier atención personal o intervención de carácter social o sanitario que apoye a las personas que presentan, o corren el riesgo de presentar, pérdidas en su capacidad intrínseca para mantener un nivel de capacidad funcional coherente con sus derechos básicos, libertades fundamentales y dignidad humana (OMS, 2015).

En América Latina y el Caribe, aproximadamente ocho millones de personas de 65 años o más (una de cada siete) necesitan apoyo actualmente para realizar actividades básicas de la vida diaria, como comer o bañarse (Aranco, Ibarrarán y Stampini, 2022).⁶ Las mujeres representan dos tercios de esta población (Aranco et al., 2018). Impulsada principalmente por el aumento del número de personas mayores (y en menor medida por el incremento de la prevalencia de la dependencia funcional), esta cifra se triplicará en las próximas décadas.⁷ Para 2050, la región tendrá aproximadamente 23 millones de personas mayores que requerirán apoyo para actividades básicas de la vida diaria.

Estos datos subestiman la demanda de cuidados de larga duración, ya que muchas más personas necesitan apoyo para actividades instrumentales de la vida diaria, como cocinar o tomar medicamentos (véase el **Recuadro 2.1** ). Por ejemplo, el porcentaje de personas mayores con dificultades en al menos una actividad instrumental es del 36% en Brasil, del 25% en Colombia, del 18% en Argentina y del 14% en México (Matus-López y Chaverri-Carvajal, 2021). Lamentablemente, pocas encuestas incluyen datos sobre dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Por consiguiente, la mayoría de las cifras presentadas en este capítulo se refieren a necesidades de cuidado para actividades básicas de la vida diaria.

6. La prevalencia de la dependencia funcional varía según el país, desde un mínimo del 5,3% en El Salvador hasta un máximo del 25,5% en México. Parte de esta heterogeneidad puede deberse a: (i) diferencias culturales que influyen en cómo las personas evalúan su propio nivel de dependencia funcional; y (ii) diferencias en el diseño y la implementación de las encuestas (Aranco et al., 2018; Aranco, Ibarrarán y Stampini, 2022).

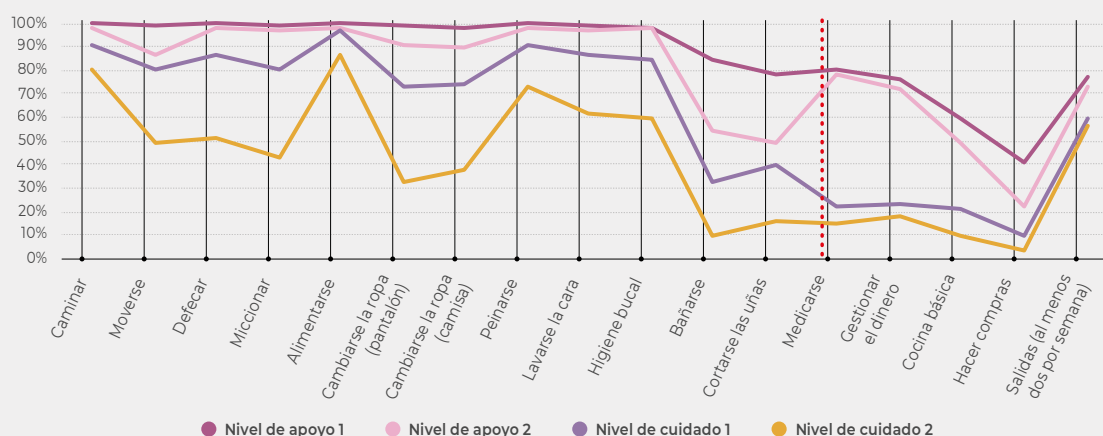
7. En las estimaciones de Aranco, Ibarrarán y Stampini (2022), se proyecta que la prevalencia de la dependencia de cuidados en la población de 65 años y más en América Latina y el Caribe aumente del 14,3% en 2020 al 15,7% en 2050. Esto explica el 6% del incremento en el número de personas mayores con necesidades de cuidado. El aumento en el número de personas mayores explica el 94% restante.

RECUADRO 2.1 ACTIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

La dependencia funcional describe una situación en la que una persona presenta dificultades y requiere apoyo para realizar determinadas actividades cotidianas, de forma permanente o temporal. Estas actividades se subdividen en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Las primeras son esenciales para la supervivencia e incluyen comer, bañarse, usar el sanitario, vestirse y desplazarse dentro de una habitación. Las segundas implican mayor complejidad cognitiva y motora e incluyen, por ejemplo, realizar tareas del hogar, cocinar, usar transporte para desplazarse fuera del hogar, tomar la medicación o gestionar las finanzas personales.

Dado que las actividades instrumentales son más complejas, las personas suelen perder antes la capacidad de realizarlas por sí mismas (Katz, 1963; Dunlop et al., 1997). Esto puede apreciarse en el **Gráfico 2.1**, basado en datos del seguro de cuidados de larga duración de Japón, que muestra el porcentaje de personas —en las distintas categorías de necesidad de cuidados del sistema— que pueden realizar cada actividad de manera independiente. Las personas de la categoría “nivel de necesidad de apoyo 1” suelen poder realizar las ABVD de forma independiente, pero requieren ayuda para las AIVD (línea morada, en la parte superior). En el otro extremo, las personas de la categoría “nivel de necesidad de cuidados 2” requieren apoyo tanto para las ABVD como para las AIVD (línea naranja, en la parte inferior). Dentro de cada categoría, la necesidad de apoyo para las AIVD es siempre mayor que para las ABVD.

GRÁFICO 2.1 PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PUEDEN REALIZAR DE MANERA INDEPENDIENTE ABVD Y AIVD (POR CATEGORÍA DE NECESIDAD DE CUIDADOS EN EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE JAPÓN)



Fuente: MHLW, 2013.

Notas: La línea vertical roja de puntos separa las actividades básicas (a la izquierda) de las instrumentales (a la derecha). Las personas se clasifican en siete categorías según el nivel de apoyo o de cuidados que necesitan. De menor a mayor nivel de dependencia funcional, estas categorías son: nivel de apoyo 1; nivel de apoyo 2; nivel de cuidados 1; nivel de cuidados 2; nivel de cuidados 3; nivel de cuidados 4; nivel de cuidados 5 (Yamada y Arai, 2020). Los niveles de apoyo y de cuidados reflejan el método de evaluación utilizado por el sistema japonés de cuidados de larga duración.

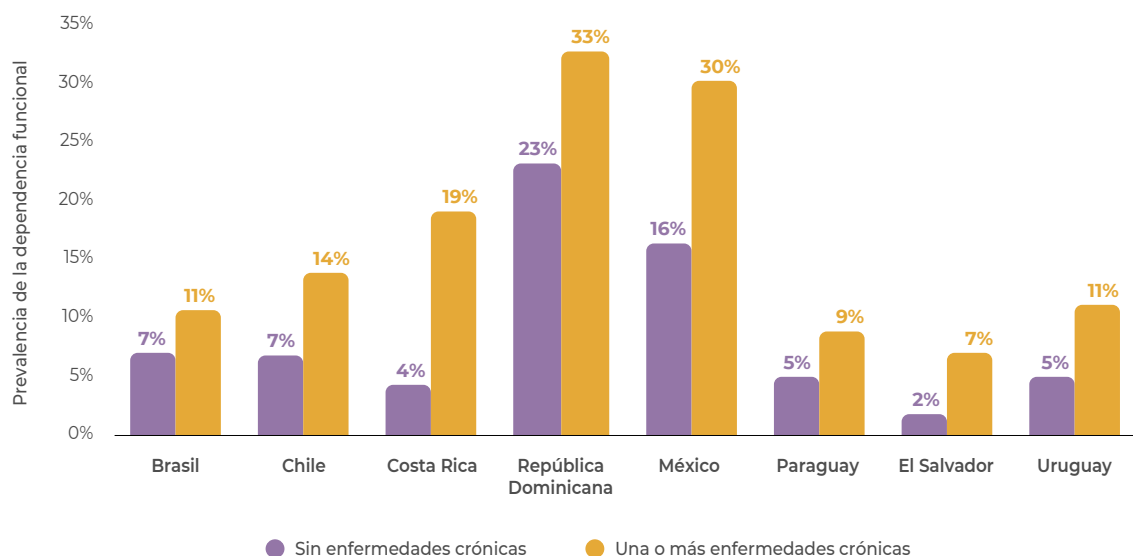


2.1.3 Las necesidades de cuidados de larga duración serán más complejas

En todos los países con datos disponibles, tanto la prevalencia como la severidad de la dependencia funcional aumentan de manera constante con la edad. Sin embargo, existe una variación considerable entre países. Por ejemplo, en México, el 15,2% de las personas de 65 a 69 años tiene necesidades de cuidado, mientras que el 55,2% de quienes superan los 85 años las presenta. En Costa Rica, estas cifras son el 12,4% y el 34%, respectivamente; en Brasil, van del 5,1% en el grupo de 65 a 69 años al 29,1% entre los mayores de 85 (Aranco et al., 2022). Además, en México, las personas de 65 a 69 años con dependencia funcional requieren apoyo en un promedio de 2,2 ABVD, frente a 2,6 en la población dependiente de 80 años o más. Estas cifras son 1,5 y 1,9, respectivamente, en Costa Rica, y 2,8 y 3,4 en Brasil.

Las necesidades de cuidado y las enfermedades crónicas se correlacionan en ambos sentidos. Por un lado, las condiciones crónicas incrementan las necesidades futuras de cuidado. La evidencia de México muestra que la hipertensión, la artritis, la diabetes y el accidente cerebrovascular son buenos predictores de necesidades de cuidado en etapas posteriores de la vida (González-González et al., 2019). Por otro lado, las personas con dependencia funcional tienen mayor probabilidad de desarrollar enfermedades crónicas, ya que tienden a realizar menos actividad física y pueden presentar signos de problemas nutricionales y depresión (Maresova et al., 2019). Como resultado, quienes presentan condiciones crónicas pueden tener más del doble de probabilidades de ser dependientes de cuidados que quienes no las presentan (**Gráfico 2.2** ). El aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas en muchos países de la región explica la expectativa de que las necesidades de cuidado sean más frecuentes en el futuro (Aranco, Ibarrarán y Stampini, 2022).

GRÁFICO 2.2 PREVALENCIA DE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL SEGÚN PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS POR PAÍS, PERSONAS DE 65 AÑOS O MÁS



Fuente: Aranco et al. (2022).

Otro factor asociado al aumento de las necesidades de cuidado es el rápido incremento del número de personas que viven con demencia en la región. Se espera que este grupo crezca de 4,5 millones en 2019 a 13,7 millones en 2050, a un ritmo que supera el promedio proyectado a nivel mundial. Actualmente, se estima que el 9% de las personas de 65 años o más en la región vive con demencia. No obstante, esta cifra probablemente esté subestimada debido al diagnóstico insuficiente. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia de cuidados entre las personas mayores, ya que deteriora de manera progresiva múltiples funciones cognitivas, disminuyendo en última instancia la autonomía y la capacidad para realizar tareas cotidianas (OPS, 2023). Esta condición también impone una carga emocional y financiera significativa a las familias. En la mayoría de los casos, los familiares son los cuidadores principales y, con frecuencia, ven mermado su bienestar mental y físico (véase el **Capítulo 3** .

Las necesidades de cuidado difieren en cada persona, evolucionan con el tiempo y pueden prevenirse o demorarse. Se desarrollan a lo largo de un continuo que abarca la capacidad intrínseca plena, la prefragilidad, la fragilidad y la dependencia funcional.⁸ La demanda de cuidados

8. Aunque existen varias definiciones de fragilidad, el concepto se refiere en general a un estado clínico en el que la capacidad de las personas mayores para hacer frente a estresores cotidianos o agudos se ve comprometida debido al deterioro funcional asociado a la edad y a la pérdida de funciones. Las personas prefrágiles corren un alto riesgo de volverse frágiles (Chen, Mao y Lang, 2014). La dependencia funcional significa que una persona tiene dificultades para realizar al menos una actividad de la vida diaria.



de larga duración comienza con las personas mayores en prefragilidad, quienes aún pueden prevenir la aparición de la fragilidad mediante una combinación de ejercicio físico, estimulación cognitiva, intervenciones nutricionales, conexiones sociales y otras actividades. Las personas mayores frágiles se benefician de los mismos tipos de intervenciones, pero pueden empezar a requerir cuidados personales adicionales para apoyo con las AIVD, como hacer compras o limpiar sus viviendas. Las personas mayores con dependencia funcional requieren servicios adicionales para apoyar sus ABVD (por ejemplo, el baño). Las intervenciones oportunas pueden reducir de forma efectiva las necesidades futuras de cuidado y aumentar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias, incluso en niveles altos de dependencia funcional.

2.1.4 Las necesidades de cuidados de larga duración se concentrarán más en ciertos grupos de población

Las necesidades de cuidado son más frecuentes entre las mujeres en todas las edades. Por ejemplo, entre las personas de 65 a 69 años en Chile, el 5,8% de las mujeres y el 4,8% de los hombres presentan dependencia funcional. En Uruguay, las cifras son el 5,0% para las mujeres y el 3,2% para los hombres. Esto puede explicarse, al menos en parte, porque las mujeres tienen una mayor probabilidad de padecer condiciones de salud discapacitantes (Luy y Minagawa, 2014). Junto con la mayor esperanza de vida de las mujeres, la mayor prevalencia de la dependencia funcional entre ellas explica por qué en la región hay, en promedio, dos mujeres mayores con necesidades de cuidado por cada hombre mayor con necesidades de cuidado (Aranco et al., 2018).

Las necesidades de cuidado también son más frecuentes entre las personas en situación de vulnerabilidad económica. Un nivel de ingreso bajo se asocia con peor salud y con un menor acceso a servicios de salud de calidad a lo largo de la vida (Blas y Kurup, 2010). Ambos factores incrementan la probabilidad de una pérdida progresiva de las capacidades funcionales.

2.2 La oferta de cuidados tiene dificultades para igualar la demanda

Los servicios de cuidados de larga duración pueden ser provistos por el Estado, el mercado, las organizaciones sin fines de lucro o las familias; este conjunto de opciones se conoce como el “diamante del cuidado” (**Gráfico 2.3** ) (Razavi, 2007). La región de América Latina y el Caribe se caracteriza por servicios públicos incipientes, una oferta limitada y de baja calidad del sector sin fines de lucro, servicios del sector privado poco accesibles y una dependencia excesiva del cuidado familiar, que se vuelve rápidamente insostenible.

GRÁFICO 2.3 EL DIAMANTE DEL CUIDADO: ACTORES INVOLUCRADOS EN LA PROVISIÓN DE CUIDADOS



Fuente: Razavi (2007).

2.2.1 Los servicios públicos son muy limitados

Los cuidados de larga duración están ganando relevancia lentamente en la agenda de políticas de la región. Por el momento, Costa Rica y Uruguay son los únicos países que han aprobado por ley un sistema nacional de cuidados de larga duración y han llevado a cabo su despliegue a gran escala (el Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay y el Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia en Costa Rica). Otros países avanzan en la misma dirección. Como se muestra en el **Cuadro D.1**, muchos países han aprobado políticas nacionales de cuidado o de envejecimiento que abarcan a las personas mayores y buscan mejorar la atención tanto para personas cuidadoras como para quienes reciben cuidados. Panamá aprobó en 2024 una ley que establece un sistema nacional de cuidados. Brasil aprobó recientemente una ley sobre cuidados que incluye los cuidados de larga duración. Colombia aprobó un plan nacional. Honduras creó el Gabinete de Cuidados dentro del Gabinete Social para orientar el desarrollo de un sistema nacional de cuidados. Chile, Ecuador, México, Perú y República Dominicana están discutiendo planes similares (**Recuadro 2.2**).⁹ Argentina creó un Observatorio Integral del Sistema de Cuidado de Personas Adultas y Mayores, bajo el Ministerio de Salud, para estudiar el sistema de cuidados

9. Existen programas de menor escala o de ámbito local en Chile (Chile Cuida), Colombia (Manzanas del Cuidado en Bogotá) y Brasil (Programa de Asistentes para Personas Mayores en São Paulo; Programa de Mejores Cuidados para Personas Mayores —Programa Maior Cuidado— en Belo Horizonte).



de larga duración. Sin embargo, cabe señalar que los servicios de cuidados de larga duración existen en la mayoría de los países de la región, aunque no estén organizados oficialmente bajo un sistema o una ley nacional.¹⁰

En la práctica, la cobertura de los servicios de cuidados de larga duración financiados con fondos públicos sigue siendo baja. En los países con mayor cobertura (Argentina, Costa Rica y Barbados), el 20% de las personas mayores que necesitan ayuda con las actividades básicas de la vida diaria recibe servicios (Aranco et al., 2022). Para contener el gasto y no superar su capacidad, estos servicios complementan las evaluaciones de necesidades de cuidado con criterios de elegibilidad relacionados con la edad o la vulnerabilidad socioeconómica. En Uruguay, por ejemplo, solo las personas con necesidades severas de cuidado que sean menores de 30 o mayores de 80 años son elegibles para recibir los servicios de asistentes personales en el hogar (el programa emblema del sistema). Aunque cualquier persona que cumpla los requisitos de edad y dependencia funcional puede recibir los servicios, se considera el ingreso del hogar para fijar el monto del subsidio estatal. Las personas de ingresos medios o altos pueden recibir los servicios del Sistema Nacional Integrado de Cuidados¹¹ en São Paulo, Brasil.

10. Para más información sobre sistemas de cuidados en América Latina y el Caribe, véase: Rachter et al. (2024) y ONU Mujeres y CEPAL (2021).

11. *Programa Acompanhante de Idoso.*



RECUADRO 2.2 REFORMAS PENDIENTES EN DEBATE

En los últimos años, Chile, Ecuador, México, Perú y República Dominicana han llevado a cabo esfuerzos para avanzar en reformas de cuidado. Algunas de estas iniciativas, en forma de proyectos de ley o propuestas, aún se encuentran en fase de estudio, mientras que otras han sido archivadas, lo que evidencia los debates y desacuerdos en curso en torno a las políticas de cuidado (Comisión de la Mujer y la Familia, 2024a).

En Chile, el Proyecto de Ley n.º 16905-31, que reconoce el derecho al cuidado y establece el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados, fue aprobado por la Cámara de Diputadas y Diputados y espera su tramitación en el Senado. En República Dominicana, un proyecto presentado en 2024 busca crear un sistema nacional de cuidados que reconozca los derechos al cuidado y al autocuidado, así como a brindar y recibir cuidados, y que abarque a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas. De modo similar, en Ecuador, un proyecto de ley de 2021 que propone el Sistema Nacional Integral de Cuidados sigue en revisión. La aprobación de esta ley se sumaría a la vigente Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano de 2023, que se centra en el derecho al cuidado de la niñez “y otras personas dependientes”, sin mencionar específicamente a las personas mayores.

En México se han presentado diversas iniciativas. En 2020, la Cámara de Diputados aprobó una propuesta para reformar los artículos 4 y 73 de la Constitución a fin de incluir un sistema nacional de cuidados, pero la iniciativa quedó pendiente en el Senado. En 2024, el Senado declaró concluidos todos los asuntos enviados antes del 1 de septiembre de 2021, por lo que sería necesario reabrir el proceso legislativo para que se retome esta reforma. Pese a este intento fallido, tanto la iniciativa de ley general para un sistema nacional de cuidados (presentada en 2021) como las modificaciones a la Ley General de Desarrollo Social, que integran la política nacional de cuidados en la política de desarrollo social, continúan en revisión. Estas últimas fueron aprobadas por la Cámara de Diputados en 2024.

Perú elaboró cuatro proyectos de ley para crear y regular un sistema nacional de cuidados (2735/2022-PE, que propone reconocer el derecho al cuidado y crear un sistema nacional de cuidados; 3242/2022-CR, que propone crear un sistema nacional de cuidados para personas mayores; 4705/2022-CR, que propone reconocer a las personas cuidadoras y el derecho al cuidado a través de un sistema nacional de cuidados; y 5308/2022-CR, que propone reconocer, regular y garantizar el derecho al cuidado mediante un sistema nacional de cuidados). Sin embargo, estos proyectos fueron rechazados por la Comisión de la Mujer y Familia del Congreso en 2024.



2.2.2 Pocas personas pueden costear servicios privados de buena calidad

El sector privado cumple un papel clave en la provisión de cuidados de larga duración, pero solo los hogares de mayores ingresos pueden pagar servicios con fines de lucro si no reciben un subsidio estatal. En México, por ejemplo, menos del 9% de las personas mayores puede costear una residencia de calidad (López-Ortega y Aranco, 2019). En Uruguay, la pensión contributiva promedio no cubre el costo de un establecimiento residencial que cumpla los estándares mínimos de calidad (Aranco y Sorio, 2019). Las organizaciones sin fines de lucro han operado tradicionalmente en el sector, pero con un enfoque asistencial que las lleva a priorizar la pobreza, el abandono y la violencia doméstica por sobre la dependencia de cuidados. La calidad de sus servicios suele ser baja.

2.2.3 El cuidado familiar, cada vez menos disponible

Tradicionalmente, y aún hoy, la mayor parte de la responsabilidad del cuidado de larga duración recae en las familias y, dentro de ellas, en las mujeres. Sin embargo, diversos cambios demográficos y sociales están reduciendo la disponibilidad de cuidado familiar no remunerado y volviendo insostenible este arreglo. La participación de las mujeres en el mercado laboral —un elemento fundamental de la igualdad— ha crecido de forma sostenida. Así, el porcentaje de mujeres (de 15 años y más) que trabaja o busca trabajo en la región pasó del 35% en 1990 al 52% en 2023. Esto significa que muchas familias ya no cuentan con un miembro dedicado permanentemente al trabajo doméstico, incluidos los cuidados.

Al mismo tiempo, las tasas de fecundidad están disminuyendo de manera significativa. El número de hijos por mujer bajó de 2,6 en 2000 a 1,8 en 2023.¹² En 16 de 26 países de la región, las tasas de fecundidad están por debajo del umbral de reemplazo de 2,1 hijos por mujer.¹³ Esto implica que la generación adulta actual, que mañana será la de personas mayores con necesidades de cuidado, tendrá menos hijos potencialmente disponibles para brindar cuidados de larga duración. La tendencia hacia hogares más pequeños y familias más dispersas geográficamente agrava todavía más la situación: el tamaño promedio del hogar disminuyó de 4,3 miembros en 2000 a 3,3 en 2023.¹⁴ La migración y el divorcio, además de la menor fecundidad, contribuyen a esta tendencia.

Ya hoy, un alto porcentaje de personas mayores vive sola. Aproximadamente el 30% de las personas de 80 años o más vive sola en Argentina (2019), al igual que el 20% en República Dominicana (2019) y Surinam (2018).¹⁵ Esta proporción es aún mayor entre las mujeres (en Argentina, por ejemplo, alcanza el 35%).

12. Datos de 2025 del Departamento de Estadística de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), recuperados de <https://ilostat.ilo.org>.

13. Datos de 2023 de la División de Población de las Naciones Unidas (2024), recuperados de <https://population.un.org/wpp/>.

14. Datos de 2024 de CEPALSTAT, recuperados de <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/index.html>.

15. Datos de 2023 de la División de Población de las Naciones Unidas (2022), recuperados de <https://www.un.org/development/desa/pd/household-size-and-composition>.



2.2.4 Más del doble de demanda de cuidado familiar: un reto para la fuerza laboral

Casi 25 millones de personas brindan actualmente cuidado familiar de larga duración (véase el **Capítulo 3**). Esto equivale aproximadamente al 5% de la población en edad de trabajar (de 14 a 64 años) y al 18% de la población de 45 a 64 años, que es el grupo etario en el cual, por lo general, los hijos deben proporcionar cuidados de larga duración a sus padres. En términos de participación laboral, se trata de una edad crítica en la que resulta difícil encontrar un nuevo empleo si se perdió el anterior por tener que cuidar a uno de los padres.

Según una proyección basada en los arreglos de cuidado actuales, la región necesitará 60,5 millones de personas cuidadoras familiares para 2050, lo que constituirá el 13% de la población en edad de trabajar y el 32% de quienes tienen entre 45 y 64 años.¹⁶ Esta tendencia probablemente continúe, ya que las bajas tasas de fecundidad y los cambios en los arreglos de convivencia aumentan la demanda de cuidado familiar de larga duración y reducen el conjunto de potenciales cuidadoras familiares.

Las cifras anteriores indican que depender exclusivamente de familiares para apoyar a las personas mayores generará una presión creciente sobre la oferta laboral y podría volverse insostenible en un plazo breve. Como se analiza en el **Capítulo 3**, las cuidadoras familiares suelen obtener gran satisfacción de sus funciones, pero la ausencia de apoyo —ya sea del Gobierno o del mercado— puede conducir a cargas de trabajo excesivas. Esto puede, en última instancia, perjudicar su bienestar económico y su salud emocional y física.

2.3 Los países necesitan invertir en recursos humanos para los cuidados de larga duración

Quienes trabajan en cuidados desempeñan un papel crucial para responder a la demanda de cuidados de larga duración. Según Villalobos Dintrans, Oliveira y Stampini (2024), la región requerirá 14 millones de trabajadores en 2050 para atender las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores, muy por encima de la cifra actual estimada de tres millones (presentada en el **Capítulo 4**). Esta fuerza laboral debe tener una composición multidisciplinaria que incluya cuidadoras remuneradas, auxiliares de enfermería, enfermeras, médicos y coordinadores de cuidados, entre otros.

16. La estimación de 60,5 millones de personas cuidadoras familiares se obtiene de multiplicar la relación actual entre cuidadoras familiares y personas mayores (25 millones frente a 57 millones) por el número proyectado de personas mayores en 2050 (138 millones; datos de la División de Población de las Naciones Unidas, 2024, recuperados de <https://population.un.org/wpp/>).



Considerando las mayores necesidades de cuidado y la menor disponibilidad de cuidado familiar, tanto los gobiernos como los mercados deberán intensificar su participación en este sector. En particular, se requerirá que los gobiernos desarrollen sistemas de cuidados de larga duración que mejoren los niveles actuales de cobertura y calidad, poniendo el foco en servicios que permitan envejecer en la comunidad y recurrir a residencias como último recurso (véase el **Recuadro 2.3**

RECUADRO 2.3 SERVICIOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN QUE FAVORECEN ENVEJECER EN EL HOGAR

En respuesta a una preferencia generalizada por envejecer en el propio entorno, todos los países están transitando desde la atención institucional (residencias, hogares de cuidados) hacia la priorización de servicios prestados en el hogar o en la comunidad.

Los centros de día, los asistentes personales a domicilio y la teleasistencia suelen combinarse para apoyar el envejecimiento en el hogar y retrasar la institucionalización. Los centros de día pueden ofrecer distintos modelos de intervención dirigidos a personas mayores que van desde la pre-fragilidad hasta necesidades moderadas de cuidado (Benedetti, Sancho y Hernández, 2024). En todos los casos, buscan promover los vínculos sociales y comunitarios para prevenir la soledad y evitar o demorar la progresión de las necesidades de cuidado. Cuando las necesidades de cuidado son más severas, el modelo de intervención puede desplazarse de los centros de día a servicios prestados en el hogar por asistentes de cuidado personal (Aranco y Ibarrarán, 2020; Lloyd-Sherlock et al., 2024; Jara Maleš y Chaverri-Carvajal, 2020). La teleasistencia se entiende en este informe como el apoyo a los cuidados de larga duración (y no a la atención de salud) y puede combinarse con todos los demás servicios para reducir el número de horas de cuidado en el hogar, ya sea prestado por cuidadoras remuneradas o no remuneradas (Benedetti, Acuña y Fabiani, 2022). La atención institucional puede ser el único arreglo posible cuando las personas mayores requieren cuidado continuo las 24 horas (por ejemplo, cuando el deterioro cognitivo se combina con una discapacidad física severa).

Si bien en algunos países se asigna a una sola persona cuidadora la prestación de todo el apoyo que necesita una persona usuaria, este no es el arreglo ideal; los planes de cuidado deberían ejecutarse por equipos con competencias multidisciplinarias. En todos los sistemas, los gestores de cuidados deben desempeñar un papel fundamental en el diseño de los planes, el seguimiento de su implementación, la coordinación del trabajo de otros profesionales y la garantía de la satisfacción de las personas usuarias y sus familias. En última instancia, el tipo de fuerza laboral en cuidados de larga duración que necesiten los países dependerá de los servicios y soluciones que prioricen.



Se cuenta con literatura limitada sobre el costo de las reformas analizadas en este informe. Estimar los costos netos es complejo porque muchas políticas tienen efectos indirectos sobre los presupuestos, por ejemplo, mediante ahorros en salud o contribuciones al crecimiento económico (véase el **Recuadro 2.4** ). Además, los sistemas de cuidados de larga duración no tendrán que financiarse exclusivamente con presupuestos públicos. Los países necesitarán modelos de seguro social y copagos para aumentar la sostenibilidad financiera (Fabiani et al., 2025).

Se convocará al sector privado a ampliar la oferta de servicios de cuidados de larga duración, aprovechando las oportunidades de negocio y generando empleo. Una porción de estos servicios se proveerá a los gobiernos como componente de los sistemas de cuidados de larga duración, mientras que otra será adquirida directamente por las familias que puedan costearlos. Por ello, los gobiernos deberán desempeñar un papel central en la fijación de estándares para esta oferta privada, la supervisión de su calidad y la garantía de acceso.

Cualquiera sea la ruta elegida, invertir en recursos humanos será esencial para asegurar la satisfacción de las necesidades de cuidado de las personas mayores. Una inversión clave será la formación y profesionalización de las personas cuidadoras para garantizar la calidad de los servicios de cuidados de larga duración (Cafagna et al., 2019). La inversión en recursos humanos no tiene por qué limitarse a las cuidadoras remuneradas. Las familias seguirán asumiendo una parte importante de las responsabilidades de cuidado. Brindar apoyo a los familiares (por ejemplo, mediante formación, acompañamiento emocional o políticas de trabajo flexible o de licencias) será fundamental para proteger su bienestar físico y emocional.



RECUADRO 2.4 EL COSTO DE INVERTIR EN RECURSOS HUMANOS PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

El aumento del empleo formal y la mejora de las condiciones laborales de las cuidadoras elevarán el gasto en los sistemas de cuidados de larga duración, lo que plantea el reto de la sostenibilidad financiera.

A pesar de la creciente atención sobre el gasto en cuidados de larga duración, todavía resulta escasa la evidencia sobre el impacto de dicho gasto. Gran parte de la evidencia disponible se centra en resultados relacionados (como la participación en el mercado laboral o la disponibilidad de cuidados), por lo que el efecto sobre el gasto solo puede inferirse. Si bien ofrecer más y mejores servicios con apoyo público puede requerir la priorización de los cuidados de larga duración sobre otras partidas, algunas iniciativas han demostrado contribuir al crecimiento económico y a las cotizaciones a la seguridad social, lo cual compensa parte de la inversión pública. Esto puede implicar costos más altos en el corto plazo, pero menor rotación de personal y mejores resultados de cuidado en el largo plazo.

Por ejemplo, evidencia reciente sobre las licencias por cuidado sugiere que tienen un efecto positivo tanto en la oferta de cuidados como en la participación laboral, porque ayudan a compatibilizar las tareas de cuidado y el empleo. Saad-Lessler (2020) encontró que la licencia familiar remunerada de California incrementó la oferta de cuidados entre mujeres trabajadoras y personas con mayor nivel educativo. La política también aumentó la oferta laboral al limitar las reducciones de horas trabajadas o las salidas del empleo (Anand et al., 2022; Coile, Rossin-Slater et al., 2022; Kim, 2020). Concretamente, en los estados de California, Nueva Jersey y Nueva York, el acceso a la licencia familiar remunerada condujo a una reducción de siete puntos porcentuales en las mujeres que dejaban sus empleos para cuidar a sus cónyuges. La evidencia sobre licencias no remuneradas en Corea muestra que permitir a cuidadoras informales tomar una licencia no remunerada de hasta 90 días, con protección del puesto, ha mantenido a las personas en la fuerza laboral ante nuevas demandas de cuidado. Esto benefició especialmente a las mujeres, que tradicionalmente asumen los roles principales de cuidado.

En la fuerza laboral formal de cuidados de larga duración, mejorar las condiciones laborales puede reducir la costosa rotación de personal. Un estudio encontró que, para un establecimiento promedio en Estados Unidos, el ahorro marginal asociado a una caída de diez puntos porcentuales en la rotación equivalía al 3% de los costos anuales totales (Mukamel et al., 2009). La experiencia de Nueva Zelanda ilustra que mejorar las condiciones mediante aumentos salariales puede facilitar el reclutamiento y la retención, aunque estas medidas deben estar acompañadas de asignaciones presupuestarias adecuadas. Sin esa alineación



presupuestaria, los resultados pueden incluir reducción de horas, aumento de cargas y funciones y, a veces, una disminución en la calidad del cuidado (Ravenswood y Douglas, 2022).

Considerando el potencial de los avances tecnológicos, junto con cambios en las modalidades de trabajo, también puede suponerse que en el futuro se necesiten menos trabajadores para atender al mismo número de personas mayores. Los Países Bajos han elaborado proyecciones en esta línea (Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte de los Países Bajos, 2018).

Algunos estudios también muestran el impacto positivo de la formación en la eficiencia y, en última instancia, en los costos. Por ejemplo, el programa piloto *Enhanced Home Care* de California mostró que la formación adicional de los asistentes de cuidado personal en gestión de medicación, salud mental y nutrición se tradujo en menores tasas de incumplimiento terapéutico y en mejoras de salud (OCDE, 2020). Otra evidencia de Australia respalda que las y los trabajadores de cuidado, cuando están adecuadamente formados y supervisados, pueden apoyar a las enfermeras en la gestión de medicamentos en entornos de atención domiciliaria, especialmente para personas con bajo riesgo de eventos adversos por medicación (Lee et al., 2015).

En conjunto, sigue siendo limitada la evidencia sobre el impacto de las licencias (remuneradas y no remuneradas) para reducir el efecto negativo del cuidado. Por ello, sería útil disponer de más datos e investigaciones para estimar mejor este impacto en contextos nacionales específicos.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

3 La relevancia de las cuidadoras familiares





Las familias desempeñan un papel fundamental en el cuidado de las personas mayores. En América Latina y el Caribe, aproximadamente el 80% de las personas mayores que necesitan ayuda para las actividades cotidianas la reciben de una persona cuidadora no remunerada. Esta proporción varía entre el 76,4% en Uruguay y el 98,6% en México (Aranco et al., 2022). Dado que la mayor parte del cuidado no remunerado lo brindan familiares, este informe utiliza los términos “cuidadoras familiares” y “cuidadoras no remuneradas” de manera intercambiable.¹⁷

El cuidado no remunerado predomina en todos los países, independientemente de su nivel de ingreso o de la disponibilidad de servicios públicos y privados de cuidado. A modo de comparación, el cuidado no remunerado también predomina en los países de la OCDE, aunque su proporción es 20 puntos porcentuales menor que en América Latina y el Caribe: en promedio, el 60% de las personas mayores con dependencia de cuidados en estos países depende de cuidadoras no remuneradas de larga duración (Llena-Nozal, Rocard y Sillitti, 2022). Si bien el tiempo dedicado al cuidado indirecto no remunerado (como la limpieza del hogar o la preparación de alimentos) tiende a disminuir a medida que aumenta el ingreso de los países, no ocurre lo mismo con el trabajo de cuidado directo no remunerado, que implica asistencia en actividades de cuidado personal (Folbre y Yoon, 2008; Grantham, Dowie y Haan, 2021). Esto se debe, principalmente, a roles culturales sobre el papel que las familias —y, en particular, las mujeres— deben desempeñar en el cuidado de sus miembros (Watkins y Overton, 2024).

Este capítulo analiza el cuidado no remunerado o familiar de personas mayores en América Latina y el Caribe. Estimamos el número de personas que brindan cuidados no remunerados a personas mayores y analizamos sus características demográficas y socioeconómicas; el tiempo dedicado a las tareas de cuidado no remunerado, destacando las diferencias entre hombres y mujeres; y las posibles consecuencias para las cuidadoras no remuneradas cuando no reciben el apoyo que necesitan. Las fuentes de datos de este capítulo se explican en el **Recuadro 3.1**

17. Véase la **Nota editorial**



RECUADRO 3.1 DATOS DISPONIBLES Y PRINCIPALES DESAFÍOS EN EL ANÁLISIS DE CUIDADORAS NO REMUNERADAS

Las encuestas de uso del tiempo son una fuente clave de datos sobre el cuidado no remunerado de personas mayores, ya que aportan información detallada sobre las características de las cuidadoras y las tareas que realizan: a las personas encuestadas se les pregunta cuánto tiempo dedican a actividades específicas en un día o una semana determinados. Muchos de los hallazgos presentados en este capítulo se basan en las encuestas de uso del tiempo más recientes de nueve países (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguay y Uruguay), que representan aproximadamente el 70% de la población de la región.¹ El **Anexo A**  presenta información sobre las encuestas utilizadas, las preguntas consideradas y las decisiones metodológicas que sustentan los resultados de este capítulo.

Comparar datos de distintas encuestas de uso del tiempo puede ser complejo. En algunos casos, no es posible separar el cuidado de personas mayores del cuidado brindado a personas más jóvenes con discapacidad. Las encuestas varían en cuanto a si incluyen el cuidado de personas fuera del hogar, las tareas de cuidado que consideran, el período de referencia y la edad de la población encuestada. El **Anexo A**  analiza estas limitaciones con mayor detalle.

Este capítulo también utiliza datos de una encuesta del BID a personas cuidadoras, que abarca toda la región, incluidos muchos países que no disponen de encuestas de uso del tiempo. Además, proporciona información sobre bienestar emocional, bienestar físico y formación, que no se captura en las encuestas de uso del tiempo. Esta encuesta del BID recopiló datos de 48.016 cuidadoras no remuneradas de personas mayores en 26 países de la región. El **Anexo B**  presenta información básica sobre la encuesta, las preguntas utilizadas y las decisiones metodológicas que sustentan los resultados de este capítulo.

Es importante reconocer que la encuesta del BID a personas cuidadoras no está diseñada para ser representativa de la población de cuidadoras no remuneradas y/o remuneradas de personas mayores en América Latina y el Caribe. Como se expone en Fabiani et al. (2024), la encuesta se difundió a través de plataformas de redes sociales y fue de autoaplicación, lo que puede haber generado, por ejemplo, una subrepresentación de personas cuidadoras de mayor edad o de zonas más remotas. El **Anexo C**  aborda la validez y las limitaciones de esta fuente de datos, compara estadísticas descriptivas de la encuesta del BID con cifras de encuestas nacionales representativas de uso del tiempo, de fuerza laboral y de hogares, y discute posibles explicaciones de las diferencias. También sostiene que el hecho de que los resultados y las tendencias se mantuvieran estables a medida que creció el número de observaciones (de las 27.000 utilizadas en Fabiani et al., 2024, a las 64.592 analizadas en este informe) respalda la credibilidad del análisis.

1. Datos para 2023 de la División de Población de las Naciones Unidas (2024), recuperado de <https://population.un.org/wpp/>.



3.1 ¿Cuántas cuidadoras familiares de personas mayores hay en la región?

En América Latina y el Caribe, 25 millones de personas de 15 años o más brindan cuidados no remunerados a personas mayores (**Cuadro 3.1** )¹⁸, lo que equivale al 4% de la población de ese rango de edad. En otras palabras, hay una cuidadora familiar por cada dos personas mayores en la región. Esta relación varía sustancialmente entre los países con encuestas de uso del tiempo, desde un mínimo de una persona cuidadora por cada 13 personas mayores en Colombia hasta aproximadamente una cuidadora por cada persona mayor en El Salvador. De los 25 millones de cuidadoras familiares en la región, aproximadamente el 60% (14,7 millones) cuida a una persona mayor de su propio hogar, y el 40% (10,3 millones) cuida a una persona mayor fuera del hogar.

Son muchos los factores que pueden explicar por qué la prevalencia del cuidado no remunerado varía entre países. Uno es la disponibilidad de una red familiar cercana, lo cual depende no solo del tamaño y la composición de las familias, sino también de valores culturales sobre el papel de las mujeres y de los hijos. Otro es la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios públicos o privados de cuidados de larga duración, que inciden en la posibilidad de cubrir las necesidades de cuidado fuera del ámbito familiar, reduciendo así la necesidad de cuidadoras no remuneradas. Por último, la calidad de los datos podría ser otra razón que explique las grandes diferencias entre países. La calidad de la información recopilada a través de encuestas de uso del tiempo es heterogénea, posiblemente porque no están diseñadas específicamente para medir el cuidado de personas mayores.

18. Esta cifra está subestimada, ya que las encuestas de uso del tiempo no permiten identificar a las cuidadoras de personas mayores con discapacidad (véase el Anexo A). El umbral se fija en 14 porque es la edad mínima legal para trabajar en muchos países de la región (como Brasil, El Salvador y Paraguay).



CUADRO 3.1 NÚMERO DE PERSONAS CUIDADORAS NO REMUNERADAS
POR PAÍS, ÚLTIMO AÑO DISPONIBLE

PAÍS	DENTRO DEL HOGAR (MILES)	FUERA DEL HOGAR (MILES)	TOTAL (MILES)
Argentina	226	972*	1.198
Brasil	5.308	3.879*	9.187
Chile	568	427	995
Colombia	283	35	318
Costa Rica	163	51	214
El Salvador	400	89*	488
México	4.514	2.564	7.078
Paraguay	125	64*	189
Uruguay	69	36	104
Otros países	3.079*	2.144*	5.223
América Latina y el Caribe (total)	14.735	10.260	24.995

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de uso del tiempo de Argentina (2021), Chile (2023), Colombia (2020), Costa Rica (2022), El Salvador (2022), México (2019), Paraguay (2016) y Uruguay (2021); datos de la Encuesta del Instituto de Investigación Económica Aplicada (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada—IPEA) en Brasil (2022); y datos de la División de Población de las Naciones Unidas (2024).

Nota: * Para cada grupo (dentro del hogar; fuera del hogar), el número de personas cuidadoras se estima a partir de la razón de cuidadoras no remuneradas por persona mayor en los países con datos disponibles. Véase el **Anexo A** para más detalles.

3.2 La mayoría de las personas cuidadoras no remuneradas son mujeres y carecen de formación

3.2.1 La mayoría de las personas cuidadoras son mujeres de mediana edad

Las mujeres constituyen aproximadamente el 60% de las cuidadoras no remuneradas de personas mayores. La proporción más alta se observa en Colombia, con el 76%, seguida de Paraguay, con el 66% (véase el **Cuadro 3.2**). La dimensión de género del cuidado —y del trabajo no remunerado en general— está ampliamente documentada en la literatura (Hanna et al., 2023; Alonso et al., 2019), y se encuentra arraigada en estereotipos tradicionales que suponen que las mujeres tienen una ventaja “natural” frente a los hombres a la hora de asumir tareas de cuidado y labores domésticas (Watkins y Overton, 2024).



Las cuidadoras no remuneradas tienen, en promedio, 48 años. Son más jóvenes en México, con una edad promedio de 45 años, y mayores en Colombia, con 55 años (**Cuadro 3.2**). Son sustancialmente mayores que quienes cuidan a niños (35 años en promedio) y a personas con discapacidad (38).¹⁹ Esto refleja que la responsabilidad de cuidar a personas mayores suele llegar más tarde en la vida, cuando envejecen padres y cónyuges. Una quinta parte de las cuidadoras son, a su vez, personas mayores (frente al 3% entre quienes cuidan a niños).²⁰ Esto es motivo de preocupación, dadas las consecuencias negativas del cuidado no remunerado sobre la salud de las personas cuidadoras (véase la **Sección 3.5**).

CUADRO 3.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS CUIDADORAS NO REMUNERADAS DE PERSONAS MAYORES

PAÍS	MUJERES (%)	EDAD PROMEDIO (AÑOS)	NIVEL EDUCATIVO		ETNICIDAD	
			EDUCACIÓN BÁSICA (% CON NIVEL COMPLETO)	SECUNDARIA O SUPERIOR (% CON NIVEL COMPLETO)	INDÍGENAS (%)	AFRODESCENDIENTES (%)
Argentina	58	52	39	53		
Brasil	62	50	14	50	0,3	10
Chile	62	53	23	71		-
Colombia	76	55	19	59	1	5
Costa Rica	60	51	39	49	-	-
El Salvador	56	46	-	-	-	-
México	57	45	46	39	41	-
Paraguay	66	49	27	50	-	-
Uruguay	62	[45-49]	42	47	1	7
Promedio	59	48	31	46	23	4

Fuente: Véase el **Cuadro 3.1**.

Nota: En Uruguay, los datos de edad se reportan en intervalos de 5 años. El promedio está ponderado por el número de cuidadoras no remuneradas en cada país; las celdas vacías indican que no hay datos disponibles.

19. Todas las diferencias mencionadas en el informe son estadísticamente significativas con base en los datos disponibles.

20. En contraste, las personas menores de 18 años representan solo el 6% de las cuidadoras de personas mayores.

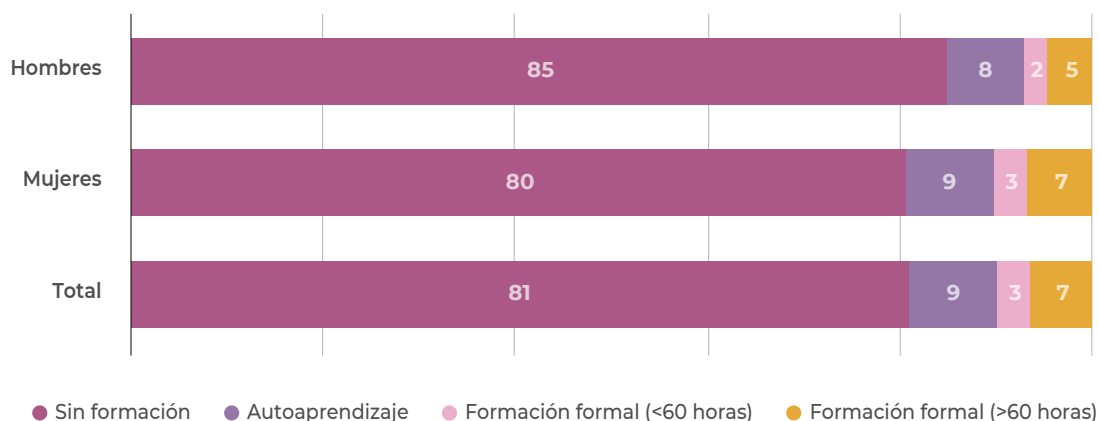


3.2.2 La mayoría de las cuidadoras no cuenta con formación relacionada con el cuidado

Menos de la mitad (46%) de las cuidadoras no remuneradas ha completado la educación secundaria, mientras que el 31% solo ha completado la educación básica (véase el **Cuadro 3.2** ); el 23% restante no la ha finalizado. Estos niveles educativos son similares a los de la población general y a los de quienes cuidan a niños.

Las cuidadoras no remuneradas tienen muy poca formación específica en cuidados. Menos de un 20% declara haber recibido algún tipo de capacitación en cuidados, y solo el 7% completó un curso de más de 60 horas (**Gráfico 3.1** ). La mayor parte de la formación se obtuvo mediante autoaprendizaje. Estos hallazgos plantean un desafío, ya que la formación de las personas cuidadoras se asocia con una mayor calidad del cuidado y una mejor salud de las propias cuidadoras (Fabiani et al., 2024). Como se muestra en la **Sección 3.5** , las cuidadoras formadas reportan menores niveles de estrés y depresión que las no formadas.

GRÁFICO 3.1 PORCENTAJE DE PERSONAS CUIDADORAS NO REMUNERADAS SEGÚN SU NIVEL DE FORMACIÓN POR SEXO



Fuente: Elaboración propia con base en datos de la encuesta del BID a personas cuidadoras.

3.3 Hombres y mujeres apoyan a las personas mayores de distinta forma

En promedio, las personas cuidadoras no remuneradas de la región dedican 7,5 horas semanales al cuidado de personas mayores. Esta cifra varía significativamente entre países, desde un máximo de 19 horas semanales en Argentina hasta un mínimo de 5 horas en Costa Rica (véase el **Gráfico 3.2**). Resulta interesante que quienes cuidan a personas mayores que viven fuera de su hogar dedican más tiempo a actividades de cuidado que quienes cuidan a personas mayores dentro del hogar (8,9 horas semanales frente a 6,6 horas, en promedio).

Como se señaló en la **Sección 3.1** , la variación en el número total de horas dedicadas al cuidado puede deberse al número y al tipo de actividades de cuidado incluidas en cada encuesta, así como al grado de precisión en la identificación de las personas mayores como receptoras de cuidados (véase el **Anexo A** para más detalles). Además, las personas encuestadas pueden reportar parte de su trabajo de cuidado como trabajo doméstico, ya que en ocasiones resulta difícil distinguir entre ambos.

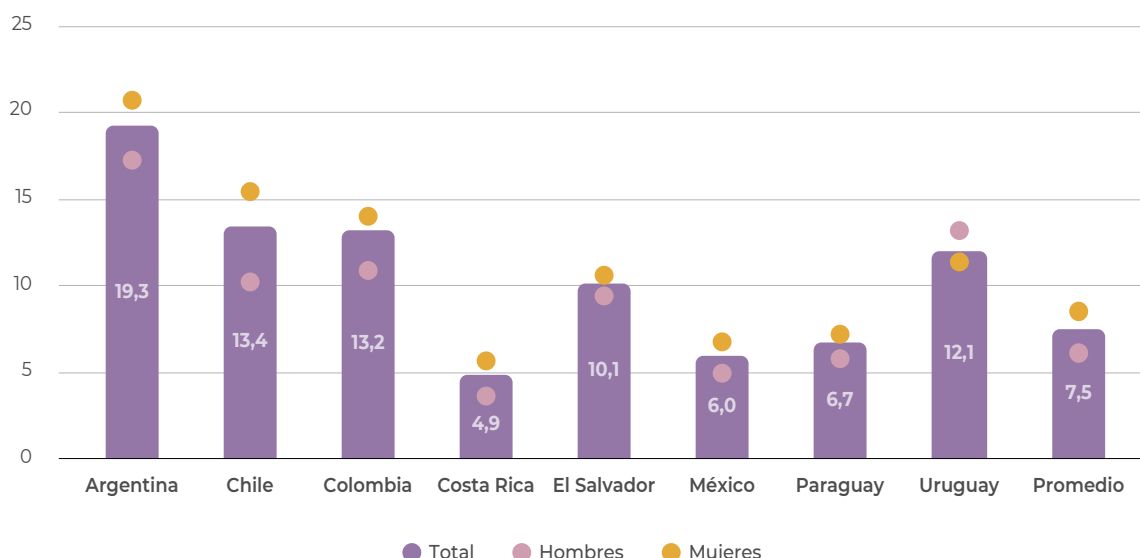
3.3.1 Las mujeres dedican más horas al cuidado y ayudan más con actividades básicas

Las mujeres aportan el 71% del total de horas de cuidado de personas mayores en los nueve países con encuestas de uso del tiempo. Esto se debe a que las mujeres tienen más probabilidades de desempeñar el rol de cuidadoras y, cuando lo hacen, dedican más tiempo al cuidado que los hombres.

Las cuidadoras destinan, en promedio, 8,5 horas semanales al cuidado de personas mayores, es decir, 2,4 horas más que sus pares varones, quienes dedican 6,1 horas en promedio (**Gráfico 3.2**). Uruguay es el único país donde los cuidadores hombres dedican más tiempo al cuidado de personas mayores que las mujeres. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Amarante y Rossel (2018), quienes analizan indicadores que miden las actitudes de la población hacia los roles de las mujeres en Colombia, México, Perú y Uruguay, y sostienen que Uruguay es el país más igualitario.



GRÁFICO 3.2 TIEMPO QUE LAS PERSONAS CUIDADORAS DEDICAN AL CUIDADO DE PERSONAS MAYORES
HORAS SEMANALES, POR SEXO Y PAÍS



Fuente: Véase el Cuadro 3.1.

Nota: El promedio está ponderado por el número de personas cuidadoras no remuneradas en cada país.

Además de dedicar más horas al cuidado, las mujeres asumen las tareas menos flexibles y más exigentes.²¹ Dedicar sistemáticamente más tiempo a apoyar a las personas mayores en actividades básicas, que son más demandantes físicamente y menos flexibles en cuanto a sus horarios, como la alimentación, el vestido o el baño. Los hombres, en cambio, se concentran en actividades instrumentales, como hacer compañía o realizar mandados (véase el Cuadro 3.3). Esto ocurre en todos los países. En promedio, hombres y mujeres dedican un tiempo similar a las tareas relacionadas con la salud, aunque este resultado varía según el país. Este análisis muestra otra dimensión importante de género en el cuidado no remunerado de larga duración: las actividades que asumen en mayor medida las mujeres implican brindar apoyo a diario, varias veces al día, por lo que son más difíciles de compatibilizar con el trabajo remunerado.

21. La información sobre el tiempo dedicado por tipo de actividad solo está disponible para las personas cuidadoras que brindan cuidados de larga duración dentro de su hogar.



CUADRO 3.3 TIEMPO DEDICADO AL CUIDADO NO REMUNERADO DE PERSONAS MAYORES, POR TIPO DE ACTIVIDAD
HORAS SEMANALES, POR SEXO Y PAÍS

		ABVD	AIVD	SALUD	PERSONALES	TRASLADO	TOTAL
Argentina	hombres			3,3	13,8	0,1	17,3
	mujeres			3,8	16,0	1,0	20,7
Chile	hombres	3,2	2,1	2,3			7,2
	mujeres	10,2	1,3	2,9			10,0
Colombia	hombres	4,3		4,5			8,8
	mujeres	6,7		6,0			12,6
Costa Rica	hombres	1,1	1,6	0,8			3,5
	mujeres	3,3	1,7	1,0			5,9
El Salvador	hombres	0,0	8,4	1,2			9,6
	mujeres	0,1	9,4	1,2			10,6
México	hombres	2,2	0,9	0,9			4,0
	mujeres	4,5	0,5	0,8			5,8
Paraguay	hombres	0,7	0,7	4,5			5,9
	mujeres	2,8	0,5	3,9			6,7
Uruguay	hombres	2,0	15,0	1,1			18,1
	mujeres	5,1	8,0	2,7			15,8
Promedio	hombres	2,1	1,7	1,3			5,4
	mujeres	4,9	1,3	1,5			7,6

Fuente: Véase el [Cuadro 3.1](#).

Notas: No todos los tipos de actividad están incluidos en todas las encuestas (véase el [Anexo A](#) para más detalles). Para la definición de ABVD y AIVD, véase el [Recuadro 2.1](#). “Salud” se refiere a actividades que apoyan la salud de la persona cuidada; “actividades personales” son actividades de cuidado personal, incluidas actividades básicas e instrumentales; “traslado” incluye el tiempo destinado a trasladar a personas mayores. Brasil se excluyó porque su encuesta no permite medir el número de horas dedicadas al cuidado de personas mayores. El promedio está ponderado por el número de personas cuidadoras no remunerados en cada país.

Las personas cuidadoras que conviven con quien recibe cuidados —en particular, las mujeres— también dedican varias horas semanales al “cuidado pasivo”, es decir, están disponibles aunque no se encuentren realizando una tarea específica. En México, las cuidadoras dedican, en promedio, 20 horas semanales al cuidado pasivo (con una diferencia de tres horas entre cuidadoras y cuidadores hombres), cifras que no recoge el [Cuadro 3.3](#), pues son pocas las encuestas de uso del tiempo que recopilan información sobre el cuidado pasivo. Al omitirse este aspecto, se subestima el volumen total de cuidado no remunerado y el análisis de la brecha entre mujeres y hombres puede sesgarse.



3.3.2 Los niveles educativos más altos no implican necesariamente menos tiempo dedicado al cuidado de personas mayores

El efecto de la educación sobre el tiempo no remunerado dedicado a apoyar a personas mayores no parece seguir un patrón claro. En promedio, las personas con educación secundaria o superior dedican la misma cantidad de tiempo semanal al cuidado no remunerado que quienes tienen niveles educativos más bajos.

Estos resultados varían según el país: en Costa Rica, México y Paraguay, contar con niveles educativos más altos se asocia con menos horas de cuidado por semana, mientras que, en Uruguay y Colombia, ocurre lo contrario. En Argentina y Chile, ambos grupos de personas cuidadoras dedican prácticamente el mismo tiempo a apoyar a las personas mayores (no hay datos para Brasil y El Salvador). Este hallazgo va en la misma línea de Ferrant y Thim (2019), quienes analizan datos de Bangladés, Etiopía, Perú y Sudáfrica y muestran que la educación no se correlaciona con una cantidad inferior de tiempo dedicado al trabajo no remunerado.

3.4 ¿A quiénes cuidan?

En la mayoría de los casos, las cuidadoras no remuneradas cuidan a su madre (59%) o a su padre (22%). En el 13% de los casos, brindan cuidados a su pareja. Aproximadamente un 30% cuida a otros familiares o amigos, incluidos suegros, hermanos o vecinos.²² Las personas que reciben cuidados no remunerados tienen, en promedio, 81 años y son mayoritariamente mujeres (71%). Además, presentan con frecuencia enfermedades crónicas y discapacidades físicas (más del 40% en cada caso); el 28% tiene algún tipo de demencia, un porcentaje que llega al 35% en Brasil y a casi un 40% en Chile. Quienes cuidan a personas con demencia tienen mayor probabilidad de sobrecarga mental y física y requieren apoyos específicos (véase la **Sección 3.5**).

Los datos de encuestas de uso del tiempo muestran que aproximadamente una cuarta parte (26%) de quienes cuidan a personas mayores también cuidan a niños, ya sea en el mismo hogar o en otros hogares. A quienes cuidan tanto a niños como a personas mayores se les conoce como personas cuidadoras de la generación “sándwich” o “bisagra” (*sandwich o pivot generation carers*).

22. El total sobrepasa el 100%, ya que hay quienes están al cuidado de más de una persona.



(Burke y Calvano, 2017). A medida que aumenta la esperanza de vida y se posterga la maternidad o paternidad, crecerá el número de cuidadoras de la generación sándwich, así como el desafío de equilibrar múltiples responsabilidades de cuidado, trabajo y otras exigencias de la vida.

3.5 Las consecuencias del cuidado no remunerado

Cuidar a un familiar o a un amigo —ya sea por obligación, afecto o ambos— puede resultar muy gratificante. Al mismo tiempo, las cuidadoras asumen costos significativos en términos de tiempo y de bienestar físico y emocional (Watkins y Overton, 2024). Existe abundante evidencia a nivel mundial de que el cuidado no remunerado tiene al menos dos consecuencias: (i) las cuidadoras no remuneradas tienen menor probabilidad de contar con un empleo remunerado o, cuando lo tienen, suelen ser empleos de menor calidad; y (ii) tienden a presentar peor salud emocional y física (Watkins y Overton, 2024; Brimblecombe et al., 2018). La intensidad de estos efectos depende de las características de la persona cuidadora; del tipo e intensidad del cuidado brindado; de la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios profesionales de cuidado; y de las características del mercado laboral que facilitan o dificultan compatibilizar el trabajo remunerado y el cuidado no remunerado (Spann et al., 2020; Lightman y Link, 2021; Brimblecombe y Cartagena, 2022).

3.5.1 Las cuidadoras no remuneradas tienen menor probabilidad de participar en el mercado laboral

Al disponer de menos tiempo, las cuidadoras no remuneradas tienen menor probabilidad de contar con un empleo. Cuando se insertan en el mercado laboral, es más probable que sean empleos a tiempo parcial o que actúen como trabajadoras por cuenta propia, que coticen menos a la seguridad social y que se jubilen antes (Watkins y Overton, 2024; Charmes, 2019).

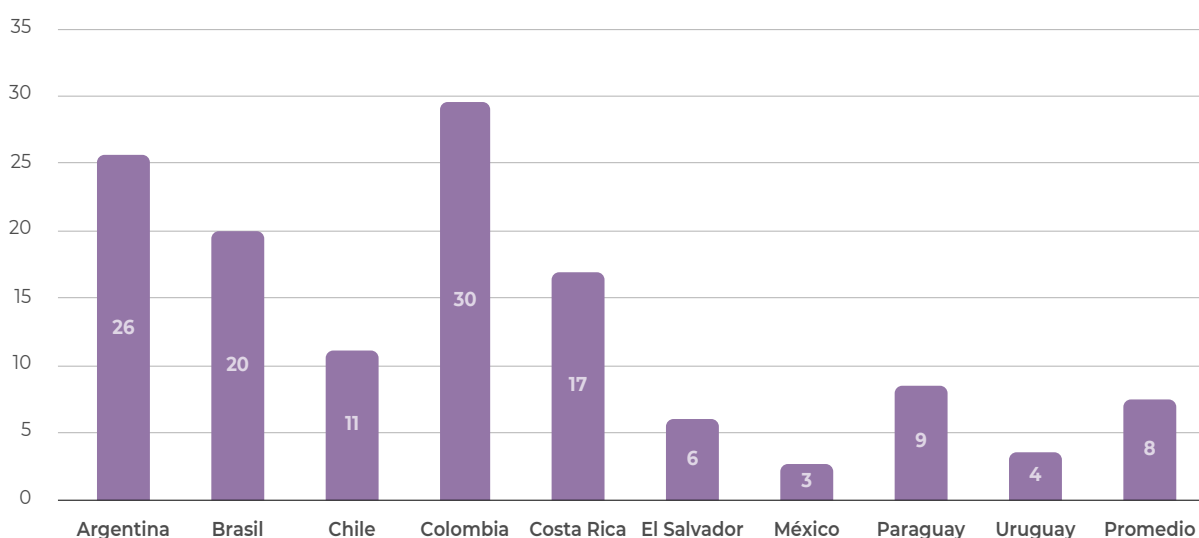
Este estudio encuentra que el 51% de las cuidadoras no remuneradas de personas mayores tiene un empleo, frente al 60% entre quienes no enfrentan responsabilidades de cuidado de personas mayores (en ambos casos, considerando solo a personas de 18 años o más). Este resultado puede explicarse en parte porque las personas cuidadoras son, en promedio, mayores que la población adulta en general (49 frente a 43 años), lo que disminuye la probabilidad de que estén en edad laboral activa. Para controlar este factor, se repitió el análisis considerando solo a personas de 30 a 59 años, que presumiblemente ya terminaron su educación y no han llegado a la edad de jubilación. En este caso, brindar cuidados a personas mayores sigue aso-



ciándose, en promedio, con una reducción de ocho puntos porcentuales en la probabilidad de tener empleo. La brecha es mayor en Colombia (30 puntos porcentuales), Argentina (26 puntos porcentuales) y Brasil (20 puntos porcentuales) (véase el **Gráfico 3.3**).²³

GRÁFICO 3.3 DIFERENCIA EN LA TASA DE EMPLEO, SEGÚN LAS RESPONSABILIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES

DIFERENCIA EN PUNTOS PORCENTUALES DE LA TASA DE EMPLEO ENTRE NO CUIDADORAS Y CUIDADORAS DE 30 A 59 AÑOS, POR PAÍS



Fuente: Véase el **Cuadro 3.1** .

Nota: El promedio está ponderado por el número de cuidadoras no remuneradas en cada país.

Las responsabilidades de cuidado generan brechas entre mujeres y hombres en los mercados laborales

La distribución desigual de las responsabilidades de cuidado entre mujeres y hombres es un factor clave que contribuye a las brechas de participación laboral e ingresos entre ambos. Aunque la mayor parte de la evidencia se centra en el cuidado infantil —y en lo que se ha llamado la “penalización por maternidad”—, los estudios sobre el cuidado de personas mayores muestran resultados similares.

23. Se realizó un análisis preliminar para este informe con el fin de evaluar si la brecha de participación laboral entre cuidadoras y no cuidadoras guarda alguna relación con los niveles generales de empleo de los países. Las encuestas de uso del tiempo y los datos de la Organización Internacional del Trabajo sobre tasas de empleo de la población de 15 a 65 años no mostraron un patrón claro.



Aproximadamente el 25% de las mujeres en 22 países de la región trabajó a tiempo parcial en 2019, frente a solo el 11% de los hombres (Araujo et al., 2024). En un análisis que abarca Chile, Colombia, Costa Rica y México, Stampini et al. (2020) muestran que las mujeres que cuidan a sus padres tienen menor probabilidad de participar en el mercado laboral. En México, tener un padre o una madre con necesidades de cuidado reduce la probabilidad de empleo de las mujeres (pero no la de los hombres) y, entre las mujeres que siguen trabajando, reduce el número de horas trabajadas (Stampini et al., 2022). De manera similar, Brito y Contreras (2024) encuentran que las hijas de padres con problemas de salud en Chile tienen menor empleo e ingresos, pero los hijos varones no, lo que amplía la brecha de ingresos entre hombres y mujeres. En la misma línea, Lightman y Link (2021) estudian 25 países (incluidos Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú y Uruguay) y encuentran que, en hogares con personas mayores, la proporción del ingreso del hogar que corresponde a las mujeres disminuye en un 22%, algo que ocurre en todos los países salvo en Perú, donde la proporción se mantiene constante, y en Paraguay, donde aumenta levemente.

Los datos de la Encuesta del Sistema Nacional de Cuidados de México (2022) muestran que el 68,4% de las mujeres que no trabajan, pero quisieran hacerlo, declara que no puede debido a la falta de opciones de cuidado. Las encuestas de uso del tiempo aportan evidencia coherente con estos hallazgos. Entre las mujeres que no trabajan —el 31% en Colombia y el 43% en Uruguay— señalan las responsabilidades familiares como la principal razón para no tener empleo. En los hombres, estos porcentajes son el 1% y el 4%, respectivamente. A partir de los datos del Estudio Longitudinal de Envejecimiento Brasileño, Giacomini et al. (2019) encuentran que el 26% de quienes cuidan a personas mayores dejó de trabajar o estudiar debido a las responsabilidades de cuidado, con un diferencial de género significativo (el 30% en mujeres y el 14,5% en hombres).



Las responsabilidades de cuidado reducen las horas de trabajo remunerado, en particular entre personas con menor nivel educativo

Entre quienes siguen empleados, el cuidado de personas mayores reduce el número de horas trabajadas con remuneración. Quienes cuidan a personas mayores y tienen un empleo remunerado trabajan, en promedio, dos horas menos por semana que las y los trabajadores sin responsabilidades de cuidado. Este resultado se explica íntegramente por la diferencia en las horas pagadas entre mujeres cuidadoras y no cuidadoras, que alcanza las tres horas semanales. El cuidado de personas mayores no parece afectar el número de horas trabajadas por los hombres. Este efecto es consistente por sexo en todos los países, salvo en Argentina y Uruguay, donde las mujeres cuidadoras declaran trabajar más horas en empleos remunerados que las no cuidadoras (véase el **Cuadro 3.4** .

CUADRO 3.4 TIEMPO DEDICADO AL TRABAJO REMUNERADO SEGÚN CONDICIÓN DE CUIDADO
HORAS POR SEMANA ENTRE PERSONAS OCUPADAS DE 30 A 59 AÑOS

	HOMBRES			MUJERES			TOTAL		
	NO CUIDADOR	CUIDADOR	BRECHA	NO CUIDADOR	CUIDADOR	BRECHA	NO CUIDADOR	CUIDADOR	BRECHA
Argentina	46	44	1	37	41	-4	42	43	-1
Brasil	42	40	2	38	36	1	40	38	2
Chile	45	43	2	38	36	2	42	39	3
Colombia	49	47	1	43	40	3	46	42	4
Costa Rica	56	52	4	44	40	4	51	46	6
El Salvador	56	49	8	48	42	5	53	46	7
México	51	50	1	40	36	4	46	42	4
Paraguay	46	36	10	37	34	2	42	35	7
Uruguay	43	41	2	36	37	-2	40	39	1
Promedio	46	46	0	39	36	3	43	41	2

Fuente: Véase el **Cuadro 3.1** .

Nota: El promedio está ponderado por el número de personas cuidadoras no remuneradas en cada país.



En promedio, el cuidado tiene un efecto negativo más marcado sobre las horas pagadas entre las personas sin educación secundaria que entre quienes tienen secundaria completa o tienen niveles educativos más altos. Este hallazgo se encuentra en la misma línea de la evidencia existente que indica que la pobreza de ingresos y de tiempo coexisten y se refuerzan mutuamente.²⁴

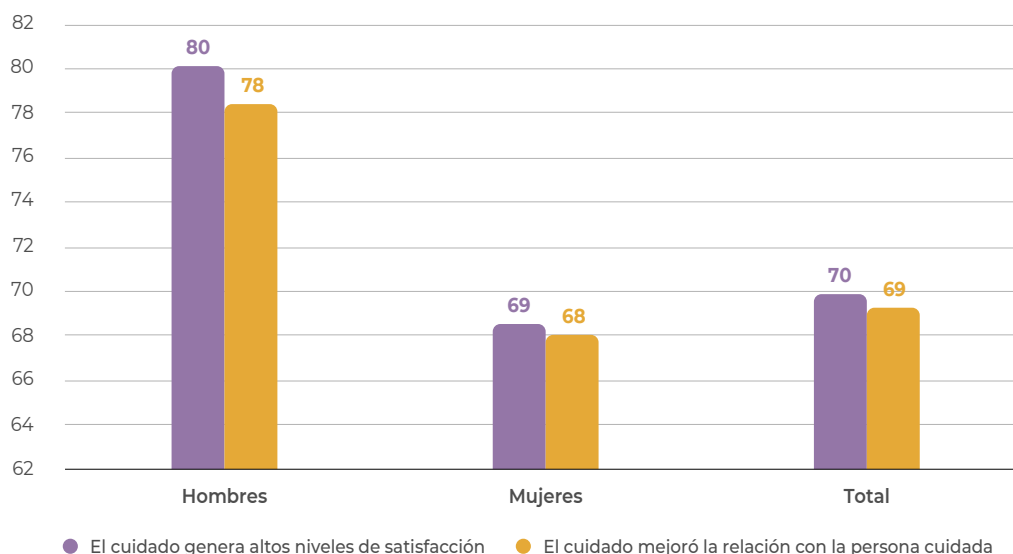
3.5.2 El cuidado puede generar satisfacción, pero también tensiona el bienestar emocional y físico de las personas cuidadoras

Con mayor frecuencia, el cuidado es una fuente de satisfacción. Casi el 70% de los participantes en la encuesta del BID a personas cuidadoras (véase el **Recuadro 3.1**) reportó que el cuidado les aporta altos niveles de satisfacción, y una proporción similar afirmó que mejoró su relación con la persona cuidada. Ambos porcentajes son más altos entre los cuidadores hombres (**Gráfico 3.4**), lo que puede deberse a que ellos asumen más frecuentemente las tareas de cuidado por iniciativa propia y no como una obligación: el 61% de los cuidadores no remunerados varones indicó que asumió la responsabilidad porque quiso, frente al 53% de las mujeres.

24. La pobreza monetaria suele medirse como un ingreso por debajo de un umbral determinado (la "línea de pobreza"). Aunque la pobreza monetaria no captura todas las dimensiones de la pobreza, es un indicador de la capacidad de una persona u hogar para cubrir ciertas necesidades críticas (como alimentación o vivienda) a través del mercado. La pobreza de tiempo se define como la sensación persistente de no tener suficiente tiempo para hacer todo lo que se debe (o se quiere) hacer (Giurge et al., 2020).



GRÁFICO 3.4 EFECTOS POSITIVOS DEL CUIDADO EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CUIDADORAS
% DE PERSONAS CUIDADORAS



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Sin embargo, la satisfacción es solo una faceta de la experiencia. Las personas cuidadoras también señalan niveles elevados de estrés, soledad y depresión. Más del 70% de las personas encuestadas reportó al menos algún nivel de estrés, más de la mitad se sienten solas y un tercio presenta síntomas de depresión (medidos por el PHQ-2²⁵). Además, casi un 40% de las cuidadoras afirma que sus responsabilidades de cuidado impactaron negativamente en su salud (**Cuadro 3.5** .

Las consecuencias del cuidado no remunerado sobre la salud están ampliamente documentadas en la literatura (Watkins y Overton, 2024; Brimblecombe et al., 2018). Quienes cuidan a personas mayores tienen mayor probabilidad que la población general de experimentar episodios de depresión y reportan un mayor uso de medicamentos como antidepresivos, tranquilizantes, analgésicos y fármacos gastrointestinales (Coe y van Houtven, 2009).

25. El Cuestionario sobre la Salud del Paciente-2 (PHQ-2, por sus siglas en inglés) indaga la frecuencia del estado de ánimo deprimido y de la pérdida de interés o placer en actividades antes gratificantes, con referencia a las dos semanas previas.



Estos efectos negativos sobre la salud y el bienestar emocional son más frecuentes entre las mujeres cuidadoras, como se muestra en el **Cuadro 3.5**, cuyos resultados coinciden con hallazgos previos en la literatura (Brimblecombe et al., 2018; Bom et al., 2019; Pinquart y Sörensen, 2003).

Los mayores niveles de estrés y depresión reportados por las mujeres (**Cuadro 3.5**) pueden explicarse, al menos en parte, por creencias culturales arraigadas que moldean cómo se perciben los roles y responsabilidades de cuidado dentro del hogar según el género. Evidencia cualitativa sugiere que el “sentido del deber” hacia la familia es más fuerte en las mujeres que en los hombres, lo que provoca que ellas se sientan con mayor probabilidad “atrapadas” en su rol de cuidadoras (Watkins y Overton, 2024; Zygouri, Cowdell y Ploumis, 2021). En países mediterráneos, donde los lazos familiares son más fuertes y las políticas de cuidados de larga duración son más débiles, las hijas que cuidan a sus padres experimentan mayores impactos en la salud mental que sus pares en países con sistemas de cuidados más sólidos (Brenna y Di Novi, 2016).

Los impactos más pronunciados en las mujeres también coinciden con la evidencia que señala diferencias en las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres. Una revisión sistemática cualitativa de Zygouri et al. (2021) encuentra que los estereotipos culturales influyen no solo en la probabilidad de brindar cuidados, sino también en las formas de desempeñar las tareas y en las estrategias para enfrentar la carga del cuidado. Las mujeres se sienten más limitadas a la hora de pedir ayuda o de encontrar tiempo personal para el autocuidado, lo que intensifica la carga emocional asociada al cuidado.

CUADRO 3.5 EFECTOS NEGATIVOS DEL CUIDADO EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CUIDADORAS
% DE PERSONAS CUIDADORAS CON LA CONDICIÓN

SEXO	ALGO DE ESTRÉS	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	IMPACTO NEGATIVO EN LA SALUD
Hombres	60	26	49	27
Mujeres	73	35	56	40
Total	71	34	55	39

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.



Las consecuencias del cuidado sobre la salud emocional y física de las cuidadoras no remuneradas también dependen de la condición de la persona cuidada (por ejemplo, la severidad de las necesidades de cuidados de larga duración o el deterioro cognitivo). Quienes cuidan a personas mayores con demencia o problemas de salud mental tienen mayor probabilidad de experimentar estrés o depresión, como se muestra en el **Cuadro 3.6**. Este resultado coincide con hallazgos previos en la literatura. En un metanálisis que incluye evidencia de Colombia y Brasil, Magaña, Martínez y Loyola (2020) encuentran que los resultados negativos de salud se intensifican entre cuidadoras no remuneradas de personas con demencia o accidente cerebrovascular.

CUADRO 3.6 EFECTOS NEGATIVOS DEL CUIDADO EN EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS CUIDADORAS

% DE CUIDADORAS CON LA CONDICIÓN, SEGÚN LA CONDICIÓN DE SALUD DE LA PERSONA CUIDADA

	ALGO DE ESTRÉS	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	IMPACTO NEGATIVO EN LA SALUD
Trastorno de salud mental	81	43	64	55
Demencia	80	41	64	53
Discapacidad física	77	38	60	47
Pérdida de visión y audición	76	37	60	44
Enfermedad crónica	75	34	58	40
Enfermedad terminal	71	36	60	39
Sin enfermedad	47	23	35	14
Total	71	34	55	39

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Cuidar a personas mayores es físicamente exigente y rara vez permite pausas prolongadas. Los datos de encuestas de uso del tiempo respaldan el argumento de que el cuidado puede afectar negativamente a la salud al dejar menos tiempo para dormir y para el autocuidado. Quienes cuidan a personas mayores duermen, en promedio, dos horas menos por semana que quienes no tienen esa responsabilidad, con poca diferencia entre mujeres y hombres (véase el **Cuadro 3.7**). Llama la atención que cuidar a una persona mayor impacta más el sueño que cuidar a un niño, una responsabilidad que tradicionalmente se asocia a la falta de sueño. Sin embargo, quienes cuidan a niños duermen, en promedio, una hora más por semana que quienes cuidan a personas mayores.

**CUADRO 3.7 EFECTOS DEL CUIDADO EN EL TIEMPO DE SUEÑO**

HORAS SEMANALES DE SUEÑO

	PERSONAS QUE NO CUIDAN A PERSONAS MAYORES	CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES	TOTAL
Hombres	53	51	53
Mujeres	54	52	54
Total	54	52	54

Fuente: Véase el Cuadro 3.1 ➔.

Los datos de la encuesta del BID a personas cuidadoras sugieren que los efectos negativos sobre la salud, el estrés y la depresión son más probables cuando el cuidado es una obligación y no una elección. Quienes cuidan a personas mayores porque no hay nadie más disponible tienen mucha mayor probabilidad de experimentar estrés (el 84% frente al 64%), soledad (el 69% frente al 46%) y sentimientos de depresión (el 46% frente al 25%), en comparación con quienes cuidan por iniciativa propia. También es mucho más probable que reporten impactos negativos en su salud (el 55% frente al 28%) (véase el Cuadro 3.8 ➔).

CUADRO 3.8 IMPACTOS NEGATIVOS EN LA SALUD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS, SEGÚN EL MOTIVO DEL CUIDADO

% DE PERSONAS CUIDADORAS CON LA CONDICIÓN

MOTIVOS DEL CUIDADO	ALGO DE ESTRÉS	SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	SENTIMIENTOS DE SOLEDAD	IMPACTO NEGATIVO EN LA SALUD
Por iniciativa propia	64	25	46	28
Yo era la única persona que podía hacerlo	84	46	69	55
Me lo pidieron otras personas	70	39	58	46
Otros motivos	75	40	62	39
Total	72	34	55	39

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.



La formación puede mitigar los impactos en la salud de las personas cuidadoras

La formación puede mitigar los efectos negativos del cuidado sobre la salud. Así, las cuidadoras no remuneradas que recibieron algún tipo de capacitación reportan menores niveles de estrés y depresión y es menos probable que afirmen que el cuidado impacta negativamente en su salud. Los beneficios de la formación se observan tanto en hombres como en mujeres (**Cuadro 3.9** ). Estos resultados coinciden con la evidencia de intervenciones —con muestras pequeñas— que presentan mejoras en diversas medidas del bienestar de las cuidadoras como resultado de su participación en programas de capacitación y apoyo (Aksoydan et al., 2019). Esta es una de las razones por las que los países de la región han trabajado para desarrollar oportunidades de formación para cuidadoras no remuneradas (véase el **Capítulo 5** .

CUADRO 3.9 IMPACTOS NEGATIVOS EN LA SALUD DE LAS PERSONAS CUIDADORAS, SEGÚN SU FORMACIÓN
% DE PERSONAS CUIDADORAS CON LA CONDICIÓN

SÍNTOMA	SEXO	NO RECIBIÓ FORMACIÓN	RECIBIÓ ALGUNA FORMACIÓN	TOTAL
Algo de estrés	Hombres	61	53	60
	Mujeres	75	68	73
	Total	73	67	72
Síntomas de depresión	Hombres	26	23	26
	Mujeres	36	31	35
	Total	35	30	34

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

4 El papel de las personas trabajadoras remuneradas en cuidados de larga duración





Las y los trabajadores remunerados en cuidados de larga duración brindan cuidados (ya sea en un establecimiento, en el domicilio de la persona usuaria o en la propia residencia de quien cuida) a cambio de una compensación monetaria. Aquí se incluye a cuidadoras remuneradas y auxiliares de enfermería que no están tituladas ni certificadas como enfermeras, pero que prestan servicios de cuidados de larga duración, así como a las trabajadoras domésticas que brindan cuidados a personas mayores. Este capítulo estima el número de personas cuidadoras remuneradas en América Latina y el Caribe, analiza sus características demográficas y socioeconómicas y ofrece un perfil detallado de esta fuerza laboral, su nivel de formación, las tareas que realizan y a quiénes cuidan, sus condiciones laborales y el efecto del trabajo de cuidado en su bienestar emocional. El **Anexo B** explica la metodología utilizada en este capítulo para identificar a las personas cuidadoras remuneradas a partir de encuestas de hogares y de fuerza laboral, mientras que el **Recuadro 4.1**, a continuación, presenta información sobre los datos utilizados y sus limitaciones.

RECUADRO 4.1 DISPONIBILIDAD DE DATOS Y PRINCIPALES DESAFÍOS PARA ANALIZAR EL PERFIL DE LAS CUIDADORAS REMUNERADAS

Los microdatos de las encuestas de hogares y de las encuestas de fuerza laboral pueden utilizarse para estimar el número de cuidadoras remuneradas de personas mayores en la región. Las encuestas de hogares ofrecen una perspectiva integral de las condiciones de vida, y abarcan demografía, educación, salud, vivienda y patrones de consumo. En cambio, las encuestas de fuerza laboral aportan información sobre empleo, distribución ocupacional y estructuras salariales. Este capítulo analiza encuestas de hogares o de fuerza laboral realizadas entre 2013 y 2024 en 17 países. El **Anexo B** detalla con mayor profundidad los métodos de estimación. El análisis también se apoya en datos de la encuesta del BID a personas cuidadoras. Para una discusión de esta fuente y sus limitaciones, véanse el **Recuadro 3.1** y el **Anexo C**.

Nuestro análisis presenta dos limitaciones. Primero, las encuestas de fuerza laboral y de hogares no permiten separar a las cuidadoras remuneradas de personas mayores de quienes cuidan a personas más jóvenes con discapacidad. Esta falta de granularidad puede generar imprecisiones al estimar cuántas trabajadoras brindan cuidados específicamente a personas mayores y al analizar sus condiciones. Segundo, estas fuentes no permiten identificar a las trabajadoras domésticas que brindan cuidados a personas mayores. Este estudio estima su número con base en el porcentaje de trabajadoras domésticas con responsabilidades de cuidados de larga duración reportado en la literatura (Fabiani, 2023), pero no puede analizar en qué difieren sus características de las del conjunto de trabajadoras domésticas.



4.1 ¿Cuántas personas cuidadoras remuneradas hay en la región?

En América Latina y el Caribe hay aproximadamente tres millones de cuidadoras remuneradas de personas mayores: 1,2 millones trabajan en entornos domiciliarios, 289.000 en establecimientos residenciales y 1,5 millones son trabajadoras domésticas con responsabilidades de cuidado de adultos (véase el **Cuadro 4.1**). Estas cifras reflejan el predominio del cuidado en el hogar en la región. Además, el elevado número de trabajadoras domésticas con responsabilidades de cuidado (en relación con cuidadoras institucionales o a domicilio) sugiere que el cuidado a menudo no se reconoce como una profesión diferenciada.

CUADRO 4.1 NÚMERO DE CUIDADORAS REMUNERADAS DE PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

PAÍS	PERSONAS CUIDADORAS INSTITUCIONALES REMUNERADAS	PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS EN EL HOGAR	TRABAJADORAS DOMÉSTICAS REMUNERADAS CON RESPONSABILIDADES DE CUIDADO	TOTAL DE PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS
Argentina	39.586	79.001	111.027	229.614
Bolivia	974	693	10.465	12.132
Brasil	89.614	697.227	612.756	1.399.596
Chile	14.938	46.467	33.363	94.768
Colombia	17.749	5.412	88.177	111.337
Costa Rica	4.778	5.044	10.295	20.117
Ecuador	517	22.097	34.709	57.322
El Salvador	190	1.232	17.723	19.145
Guyana	448	451	726	1.625
Honduras	458	3.011	13.954	17.423
Jamaica	4.668	2.012	4.576	11.256
México	47.355	110.149	274.161	431.664
Panamá	1.204	4.121	7.492	12.817
Paraguay	1.060	6.543	26.159	33.762
Perú	7	14.055	52.627	66.688
Trinidad y Tobago	5.962	4.514	2.178	12.654
Uruguay	14.275	17.808	9.911	41.994
Total	248.781	1.019.835	1.310.299	2.573.915
ALC	289.225	1.187.681	1.537.734	3.014.641

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de hogares y de fuerza laboral (véase el **Anexo B**).

Nota: Para estimar el número total de personas cuidadoras remuneradas en la región, se sumó el total combinado de los países del cuadro (2,57 millones) y luego se extrapolaron a toda la región (3 millones) con base en la razón promedio de personas cuidadoras remuneradas por población total en cada país. Las estimaciones de población provienen de las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas (2023) para el año de cada encuesta de hogares. Para las estimaciones de este cuadro, las personas cuidadoras se identificaron mediante el enfoque basado en tareas, salvo en Argentina y Colombia (que utilizan el enfoque basado en la industria). La clasificación de México agrupa a quienes cuidan a niños y a quienes realizan cuidado personal, ambos bajo "cuidado personal". Para las estimaciones de México en este cuadro, se supuso que la mitad de las cuidadoras personales trabaja con personas adultas, en línea con Fabiani (2023).

En conjunto, el sector de cuidados de larga duración representa el 1% del empleo total en la región y el 2,3% del empleo femenino. La participación del sector en el empleo femenino total es mayor en Uruguay (el 5,2% del empleo femenino), Trinidad y Tobago (el 4,2%), Argentina (el 3,5%) y Brasil (el 3%). En el otro extremo de la distribución, el sector aporta aproximadamente el 0,9% del empleo femenino en Perú y el 1,1% en Colombia (**Gráfico 4.1** ). Estas cifras subrayan el papel clave de la economía del cuidado en el empleo de las mujeres en la región. Las diferencias entre países pueden explicarse por varios factores, entre ellos aspectos demográficos y económicos, la participación en la fuerza laboral y las políticas y sistemas que configuran la economía del cuidado.

En los países de la OCDE, el sector de cuidados de larga duración representa el 1,9% del empleo total (OCDE, 2023a), aproximadamente el doble de la proporción observada en América Latina y el Caribe. Esta comparación pone de relieve el desarrollo limitado del sector en la región y refleja diferencias estructurales en las dinámicas del mercado laboral, los sistemas de protección social y los marcos de política. En los países de la OCDE, la fuerza laboral de cuidados de larga duración se beneficia de un marco institucional más sólido, mayores niveles de inversión pública y privada, y mayor formalidad en el empleo, todo lo cual contribuye a que el sector posea una participación más alta en el empleo total.

GRÁFICO 4.1 TRABAJO DE CUIDADO REMUNERADO COMO PORCENTAJE DEL EMPLEO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de encuestas de hogares y de fuerza laboral (véase el **Anexo B** .

Nota: El promedio está ponderado por el número de personas cuidadoras remunerados en cada país.

4.2 Género, edad, educación, etnicidad y estatus migratorio de las cuidadoras

4.2.1 La mayoría de las personas cuidadoras remuneradas son mujeres de mediana edad y con nivel educativo limitado

Las mujeres constituyen el 95% de las trabajadoras remuneradas del cuidado en la región. Esta cifra es muy elevada si se considera que las mujeres solo representan el 43% de la fuerza laboral total. Colombia registra el porcentaje más bajo de cuidadoras, con el 92%, mientras que Paraguay alcanza el más alto, con el 99% (véase el **Cuadro 4.2** ). Históricamente, las mujeres han asumido responsabilidades de cuidado dentro de sus familias, y ese rol socialmente aceptado se ha extendido y consolidado en los mercados laborales.

Las cuidadoras remuneradas suelen tener entre 40 y 50 años, con una edad promedio de 44 años (**Cuadro 4.2** ), es decir, cuatro años más que la edad promedio de las personas ocupadas (40), si bien existen diferencias importantes entre países. Así, la persona cuidadora remunerada promedio es más joven en Paraguay (35) y mayor en Trinidad y Tobago (53). En América Latina y el Caribe, las personas cuidadoras remuneradas tienen un perfil etario similar al de los países de la OCDE, donde la mediana de edad es de 45 años, un año y medio por encima de la fuerza laboral general (OCDE, 2020).

En promedio, cuatro de cada diez personas cuidadoras remuneradas han completado la educación secundaria. En este sentido, México presenta el mayor porcentaje de personas cuidadoras con secundaria completa (56%), seguido por Perú y Chile (48%), mientras que Uruguay registra tasas notablemente más bajas de educación secundaria (10%). Existen diferencias significativas en el nivel educativo entre cuidadoras remuneradas institucionales y a domicilio: en Argentina, el 38% de las cuidadoras institucionales tiene educación básica o menos, frente al 60% de las cuidadoras a domicilio (INDEC, 2024); en Chile, los porcentajes son el 15% y el 33%, respectivamente (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2022). Los niveles educativos de las cuidadoras reflejan la estructura particular de los sistemas de cuidado en cada país. Por ejemplo, en países donde las auxiliares de enfermería suelen brindar cuidados a personas mayores (a menudo en ausencia de un perfil de cuidadora claramente definido), el nivel educativo promedio de las cuidadoras tiende a ser superior, ya que estos roles exigen calificaciones más avanzadas. En cambio, el nivel educativo promedio es menor en países como Uruguay, que han desarrollado el perfil profesional de cuidadora y exigen requisitos educativos bajos para la formación específica de ingreso (véase el **Capítulo 6** .

4.2.2 La participación de minorías étnicas y personas migrantes en el cuidado varía entre países

La composición étnica de la fuerza laboral remunerada de cuidados varía significativamente entre los países de la región. Así, más de la mitad (el 54%) de las cuidadoras remuneradas se identifica como afrodescendiente. En Brasil y Trinidad y Tobago se registran las mayores proporciones: 67% y 52%, respectivamente (véase el **Cuadro 4.2**). El promedio regional está fuertemente influido por Brasil, que cuenta con una gran fuerza laboral de cuidados y una población afrodescendiente numerosa. Por ello, la cifra regional debe interpretarse considerando los contextos específicos y los pesos demográficos de cada país. Los pueblos indígenas representan el 3% de las cuidadoras remuneradas, un porcentaje que no difiere significativamente de su participación en el conjunto de la fuerza laboral (5,5%). De este porcentaje, estimado con datos de siete países, destaca la cifra de Perú, donde los pueblos indígenas constituyen el 26% de la fuerza laboral remunerada de cuidados (**Cuadro 4.2**).²⁶ Estas diferencias pueden estar influidas por factores históricos, culturales y demográficos propios de cada país.

En promedio, las personas migrantes internacionales constituyen el 8% de las y los trabajadores remunerados del cuidado.²⁷ Las mayores participaciones se observan en Costa Rica (23%) y Chile (22%), lo que indica que la migración transfronteriza es un componente clave de la oferta laboral de cuidados en estos países. En contraste, Ecuador y Paraguay registran participaciones mucho menores (2%). Los patrones migratorios en la fuerza laboral de cuidados no han cambiado sustancialmente respecto de los observados para 2019 por Fabiani (2023). Más información sobre estos cambios puede consultarse en el **Recuadro 4.2**.

Los patrones migratorios en el sector de cuidados de la región difieren de los observados en los países de la OCDE, donde las personas migrantes constituyen, en promedio, el 20% de la fuerza laboral de cuidados de larga duración, con máximos en Israel (71%), Irlanda (48%), Canadá (34%) y Suiza (31%) (OCDE, 2020). Italia también depende en gran medida de trabajadores nacidos en el extranjero para cubrir la demanda de servicios de cuidado: el 72% de sus asistentes de cuidado personal proviene del exterior (Domina National Observatory on Domestic Work, 2024). El **Cuadro 4.2** sugiere que, a diferencia de los países de altos ingresos de otras regiones, el número de trabajadores nacionales en el sector de cuidados en América Latina y el Caribe podría seguir siendo suficiente para satisfacer la demanda actual de servicios remunerados, lo

26. Esto se alinea con los datos sobre trabajo doméstico remunerado. En México, las mujeres indígenas representan el 28,4% de las trabajadoras del hogar y, en Guatemala, el 27,6% (OIT, 2021).

27. Los migrantes internacionales constituyen el 8% de las personas cuidadoras remuneradas, frente al 6% del conjunto de la población ocupada. Sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa.



que se traduce en menores participaciones de personas migrantes en el sector. En contraste, los países de la OCDE presentan una mayor demanda de servicios de cuidado, pero enfrentan dificultades para hacer atractivo este trabajo para la mano de obra nacional, por lo que la demanda se cubre principalmente con migración internacional.

CUADRO 4.2 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS

PAÍS	MUJERES (%)	EDAD PROMEDIO (AÑOS)	EDUCACIÓN SECUNDARIA (%)	INDÍGENA (%)	AFRODESCENDIENTE (%)	MIGRANTE INTERNACIONAL (%)
Argentina	95	43	39			8
Brasil	93	45	21	1	67	
Chile	96	50	48	12		22
Colombia	92	44	35	5	10	5
Costa Rica	97	47	18			23
Ecuador	94	44	42	3	6	2
Jamaica	94	45	33			
México	97	44	56			
Panamá	94	43	31	6	25	17
Paraguay	99	35	31			2
Perú	98	44	48	26	8	
Trinidad y Tobago	98	53	34		52	9
Uruguay	97	46	10	3	9	3
Promedio	95	44	39	3	54	8

Fuente: Elaboración propia con datos de encuestas de hogares y de fuerza laboral (véase el [Anexo B](#) .

Notas: El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país. Las celdas vacías indican falta de datos o un número insuficiente de observaciones.

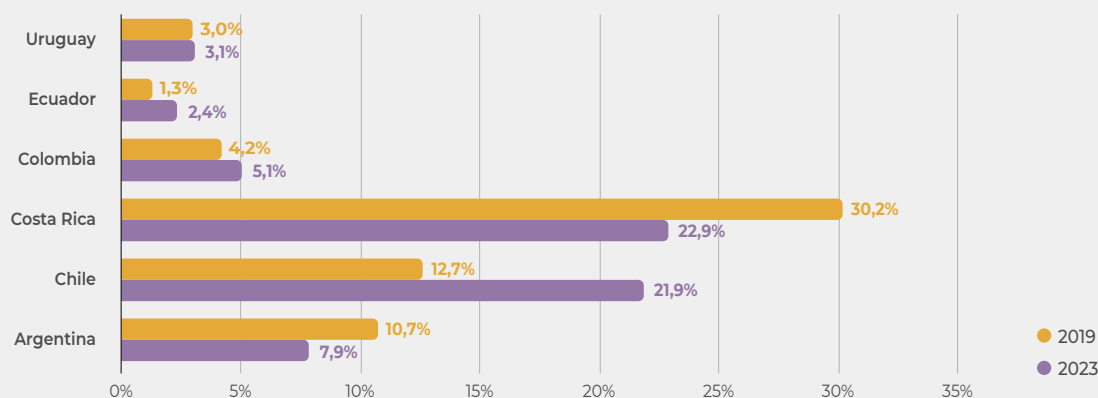
RECUADRO 4.2 MIGRACIÓN INTERNACIONAL Y FUERZA LABORAL DE CUIDADOS, ~ 2019 FRENTE A 2023

El porcentaje de cuidadoras remuneradas que son migrantes internacionales se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con un ligero aumento del 7,9% en 2019 al 8,2% en 2023. Esta proporción supera su participación en el empleo total (6%), pero la diferencia no es estadísticamente significativa. Además, este promedio oculta variaciones importantes entre países que reflejan distintos patrones migratorios en respuesta a la pandemia de COVID-19.

El porcentaje de migrantes internacionales en la fuerza laboral de cuidados remunerados aumentó en Chile, Colombia, Uruguay y Ecuador en los últimos años. En Chile, la proporción pasó del 12,7% en 2017 al 21,9% en 2022; en Colombia, creció del 4,2% al 5,1% entre 2019 y 2022. En contraste, Costa Rica registró una caída de siete puntos porcentuales en la participación de cuidadoras internacionales, que pasó del 30,2% a 22,9%. De igual modo, en Argentina, la proporción de migrantes internacionales entre cuidadoras remuneradas disminuyó del 10,7% en 2019 al 7,9% en 2024 (véase el **Gráfico 4.2**

Estas tendencias pueden obedecer a cambios en los beneficios netos de migrar y de trabajar en el sector de cuidados (doméstica o internacionalmente) durante la pandemia de COVID-19. Así, el aumento de la demanda de cuidados para personas mayores en algunos países pudo atraer a cuidadoras internacionales para cubrir vacíos en los recursos humanos locales. La inestabilidad política, económica y social en países cercanos también podría explicar el incremento de la fuerza laboral internacional de cuidados, ya que las y los trabajadores buscan mejores condiciones de empleo en el exterior. Además, los cambios en las políticas migratorias pueden haber afectado el flujo internacional de trabajadores, con consecuencias para la composición de la fuerza laboral de cuidados de larga duración.

GRÁFICO 4.2 PORCENTAJE DE CUIDADORAS REMUNERADAS QUE SON MIGRANTES INTERNACIONALES, ~2019 FRENTE A 2023



Fuente: Elaboración propia con datos de encuestas de hogares y de fuerza laboral (véase el **Anexo B**



4.3 Las cuidadoras remuneradas carecen de formación

El 37% de las cuidadoras remuneradas trabaja sin ningún tipo de formación, y solo una cuarta parte ha completado un curso específico de cuidados de larga duración (de 150 horas o más). Los cursos de 60 a 150 horas representan el 12% del total, mientras que el autoaprendizaje y los cursos breves de menos de 60 horas conforman el 26% restante (véase el **Cuadro 4.3**). Como se analiza más adelante en los **capítulos 6** y **7**, los cursos de menos de 150 horas pueden no preparar adecuadamente a las personas cuidadoras para los desafíos de su labor (Aldaz Arroyo et al., 2023). Considerando que el Protocolo Iberoamericano de Formación en Cuidados recomienda una duración mínima de 260 horas (Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2022), estos datos confirman el déficit de formación en los recursos humanos del sector de cuidados de larga duración en la región.

Los países con mayor nivel de formación se ubican en el Cono Sur y el Caribe. Por ejemplo, el 40% de las personas cuidadoras en Argentina y casi el 42% en Trinidad y Tobago han completado un curso extendido de más de 150 horas. Los países que dependen en mayor medida de cuidadoras sin formación se concentran en Centroamérica (**Cuadro 4.3**).

En promedio, las cuidadoras remuneradas que trabajan en instituciones tienen más probabilidades de haber realizado alguna capacitación específica en cuidados (de cualquier duración) que quienes trabajan en entornos domiciliarios (el 59% frente al 45%, respectivamente). En algunos países, la diferencia en los niveles de formación entre el personal institucional y el domiciliario es mayor. En Barbados, por ejemplo, el 82% de las y los trabajadores institucionales ha realizado un curso de formación específico, frente al 56% de quienes trabajan a domicilio, y el porcentaje de cuidadoras institucionales que cursó más de 150 horas duplica al de las cuidadoras a domicilio (el 75% frente al 35%). En Jamaica, más del 80% del personal en establecimientos de cuidado tiene algún tipo de formación, una proporción 31 puntos porcentuales superior a la del personal domiciliario. En Ecuador, las cifras son el 62% y el 34%, respectivamente. Este último país, como se analiza en el **Capítulo 6**, está avanzando para mejorar la situación formativa de su fuerza laboral de cuidados.

Otras encuestas en América Latina y el Caribe confirman el déficit de formación entre las cuidadoras remuneradas. En Chile, una encuesta de 2020 a cuidadoras remuneradas pertenecientes a 17 residencias encontró que solo la mitad había participado en cursos de capacitación (por ejemplo, en primeros auxilios o uso de equipos de protección personal) durante los dos años previos. Además, no existía un programa específico para formar a las y los trabajadores en la



interacción con las personas usuarias ni en el desarrollo de las habilidades necesarias, lo que hacía que las cuidadoras se percibieran como poco calificados (SENADIS, 2021). En Uruguay, López Gómez (2021) realizó una encuesta en 80 establecimientos de cuidados de larga duración de Montevideo y halló que el 55% de las trabajadoras entrevistadas no tenía formación, mientras que solo el 17% había asistido a cursos de más de 90 horas.

En una muestra pequeña de trabajadoras de cuidados de larga duración en Perú, solo el 12% había recibido más de 60 horas de formación (Navarrete-Mejía et al., 2020). En Jamaica, una encuesta de 2016 a cuidadoras que brindan atención no institucional a personas mayores halló que el 92% no había recibido formación formal. Solo el 8% reportó haber realizado cursos breves en escuelas o en enfermería práctica. Entre quienes no tenían formación, más del 30% (en particular, menores de 45 años) expresó su deseo de inscribirse en enfermería u otra capacitación especializada (Holder-Nevins et al., 2018). En Colombia, el alto costo de la formación aparece como el principal factor que explica esta brecha (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2013).

**CUADRO 4.3 NIVEL DE FORMACIÓN****% DE PERSONAS CUIDADORAS, POR PAÍS**

PAÍS	SIN FORMACIÓN	AUTOAPRENDIZAJE	CURSO CORTO (<60 HORAS)	CURSO DE DURACIÓN MEDIA (60-150 HORAS)	CURSO EXTENDIDO (>150 HORAS)
Argentina	24	13	9	14	40
Barbados	39	3	11	9	39
Belice	44	13	8	12	23
Bolivia	48	22	7	4	19
Brasil	27	11	13	20	29
Chile	45	16	12	8	19
Colombia	42	21	9	8	20
Costa Rica	45	16	10	6	22
Ecuador	45	18	8	7	21
El Salvador	60	24	4	3	9
Guatemala	38	30	7	7	17
Guyana	38	13	9	10	30
Honduras	54	22	7	3	14
Jamaica	42	6	11	8	33
México	54	20	6	5	15
Panamá	58	15	9	7	10
Paraguay	48	21	6	4	21
Perú	39	20	7	10	23
República Dominicana	45	22	9	6	18
Trinidad y Tobago	29	6	11	12	42
Uruguay	27	11	14	16	32
Venezuela	40	22	9	6	24
Promedio	37	16	10	12	25

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Notas: Las observaciones para Bahamas, Haití y Surinam son limitadas y, por ello, no se informan de manera individual en el cuadro. No obstante, estos países sí están incluidos en el cálculo del promedio regional. El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país.



4.4 Las cuidadoras remuneradas realizan múltiples tareas

El trabajo de cuidado es complejo y conlleva una amplia combinación de tareas. Así, las cuidadoras remuneradas apoyan a las personas usuarias en sus necesidades cotidianas de cuidado, ayudan a mantener un entorno limpio, reportan cambios en la condición de las personas atendidas y brindan apoyo emocional (OIT, 2018). Sus responsabilidades pueden incluir la atención de necesidades personales y terapéuticas como higiene, alimentación, vestido, movilidad física, ejercicio, comunicación, administración de medicación oral y cambio de curaciones. También deben monitorear la condición de la persona cuidada e informar de cualquier cambio a los profesionales de la salud o de servicios sociales. Asimismo, como parte de sus tareas, pueden encargarse del mantenimiento del entorno de la persona usuaria, como cambiar la ropa de cama, lavar la ropa y los platos, y limpiar los espacios habitables. Además, ofrecen apoyo emocional y psicológico mediante la conversación o actividades como la lectura en voz alta.

La evidencia de la encuesta del BID a personas cuidadoras indica que las principales actividades realizadas por las cuidadoras remuneradas incluyen higiene y cuidado personal (el 72% de los encuestados declara realizar estas tareas), tareas del hogar (45%), acompañamiento y recreación (40%), actividades de atención en salud (34%) y apoyos prácticos (17%) (véase el **Cuadro 4.4**).²⁸ Estas tareas varían entre cuidadoras remuneradas a domicilio y cuidadoras institucionales. Ambos tipos de cuidadoras asisten principalmente a las personas mayores en higiene y cuidado personal, lo que incluye actividades como vestir, bañar, usar el sanitario, cambiar pañales, comer y beber. Sin embargo, quienes trabajan en ámbitos institucionales tienen mayor probabilidad de apoyar en atención en salud (que incluye tareas como medición de glucosa, manejo de oxígeno y curación de heridas) que quienes trabajan a domicilio (el 45% frente al 33%). Por el contrario, las personas cuidadoras a domicilio realizan con mayor frecuencia tareas del hogar (como preparación de alimentos, limpieza y compras) que quienes trabajan en instituciones (el 47% frente al 25%) (**Cuadro 4.4**).

CUADRO 4.4 TAREAS LLEVADAS A CABO POR LAS CUIDADORAS REMUNERADAS
% DE PERSONAS CUIDADORAS

ÁMBITO DE TRABAJO	HIGIENE Y CUIDADO PERSONAL	APOYO PRÁCTICO	ATENCIÓN EN SALUD	COMPAÑÍA Y RECREACIÓN	TAREAS DOMÉSTICAS
Domicilio	71	17	33	39	47
Instituciones	75	16	45	44	25
Total	72	17	34	40	45

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

28. Los porcentajes no suman el 100% porque las personas encuestadas podían seleccionar múltiples actividades, por lo que la misma persona cuidadora puede declarar que realiza más de un tipo de tarea. Por ejemplo, una cuidadora remunerada puede brindar apoyo tanto en higiene y cuidado personal como en tareas domésticas.



4.5 ¿A quiénes cuidan?

Como ocurre en el caso del cuidado no remunerado (véase el [Capítulo 3](#)), el cuidado remunerado presenta una doble dimensión de género: las mujeres constituyen la mayoría de la fuerza laboral del sector y también representan el 77% de las personas que reciben cuidados remunerados, según datos de la encuesta del BID a personas cuidadoras ([Cuadro 4.5](#)).²⁹ Los hombres tienen una probabilidad relativamente mayor de cuidar a otros hombres. Mientras tanto, quienes se identifican con otras identidades de género constituyen apenas el 4% de las cuidadoras remuneradas, pero representan el 12% de quienes brindan cuidados a personas mayores con otras identidades de género ([Cuadro 4.5](#)). Fomentar una mayor participación de los hombres (y de todas las identidades de género) en el cuidado remunerado podría contribuir a mitigar la escasez de personal y promover la igualdad de género en los cuidados de larga duración (OCDE, 2020) (véase el [Capítulo 7](#)).

CUADRO 4.5 SEXO DE LAS PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS Y DE QUIENES RECIBEN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

SEXO	GÉNERO DE LA PERSONA CUIDADA, % POR FILA (% POR COLUMNA ENTRE PARÉNTESIS)			
	MUJER	HOMBRE	OTRO	TOTAL
Mujer	80 (96)	20 (80)	0.3 (82)	100 (92)
Hombre	36 (3)	63 (18)	0.3 (6)	100 (6)
Otro	70 (1)	26 (1)	4 (12)	100 (1)
Total	77 (100)	23 (100)	0.4 (100)	100 (100)

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Notas: Las cifras fuera de paréntesis son porcentajes por fila. Por ejemplo, las mujeres constituyen el 80% de quienes reciben cuidados de cuidadoras mujeres. Las cifras entre paréntesis corresponden a porcentajes por columna. Por ejemplo, el 96% de las personas cuidadas que son mujeres reciben cuidados de cuidadoras mujeres. Las estimaciones porcentuales para el grupo de otras identidades de género pueden ser imprecisas, dado el reducido número de observaciones en la muestra (102 personas cuidadas están clasificadas como de otras identidades de género).

²⁹ Aranco et al. (2018) estimaron que dos tercios de las personas mayores con necesidades de cuidado son mujeres, pero su análisis se limitó a quienes presentan dificultades en las actividades básicas de la vida diaria, en lugar de centrarse en las personas que reciben cuidados de larga duración remunerados.

Las personas que reciben cuidados remunerados de larga duración tienen, en promedio, 83 años y múltiples problemas de salud. Los más frecuentes son las discapacidades físicas (48%), seguidas de demencia, Alzheimer o deterioro cognitivo (40%) y enfermedades crónicas (30%). Aunque su edad es similar a la de quienes reciben cuidados no remunerados (**Sección 3.4** ) , la prevalencia de demencia entre quienes reciben cuidados remunerados es mucho mayor (el 40% frente al 28%). Según la encuesta del BID a personas cuidadoras, la prevalencia de demencia y condiciones cognitivas es bastante más elevada en los entornos residenciales que en los domiciliarios: el 54% de quienes trabajan en establecimientos de cuidados de larga duración atiende a personas con demencia, Alzheimer o deterioro cognitivo, frente al 37% de quienes brindan cuidados remunerados a domicilio.

Estos hallazgos son similares a los de una encuesta realizada en 2016 en Jamaica, que incluyó a cuidadoras de personas mayores que recibían cuidados no institucionales. El estudio mostró que la edad promedio de las personas cuidadas era de 82 años, siendo las mujeres el 60% de quienes necesitaban asistencia. También halló una alta prevalencia de afecciones crónicas, como hipertensión y diabetes, entre las personas mayores. Además, el 45% de las personas cuidadoras reportó brindar ayuda con una o más actividades de la vida diaria (Holder-Nevins et al., 2018).

4.6 Condiciones laborales precarias e inseguras

4.6.1 El cuidado remunerado suele ser un trabajo a tiempo parcial

El cuidado remunerado suele ser a tiempo parcial, con un promedio regional de 31 horas semanales. En Argentina y Uruguay, las cuidadoras profesionales trabajan aún menos horas —21 y 26 horas semanales, respectivamente— (véase el **Cuadro 4.6** ) . Asimismo, datos de Chile indican que las jornadas a tiempo parcial son más comunes en el ámbito domiciliario que en el residencial: las cuidadoras remuneradas trabajan, en promedio, 33 y 38 horas, respectivamente (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2022). Colombia, Jamaica y Perú son las excepciones, con 40 horas o más, en promedio.

El predominio del trabajo a tiempo parcial también se observa en los países de la OCDE, donde el 45% de las y los trabajadores de cuidados de larga duración tiene empleo a tiempo parcial (OCDE, 2020). Evidencia de Italia revela que el 58% de las cuidadoras remuneradas de personas mayores trabaja menos de 40 horas por semana (Domina National Observatory on Domestic



Work, 2024). Estas condiciones de empleo importan: las y los trabajadores a tiempo parcial son más vulnerables a la pobreza, tienen perspectivas limitadas de desarrollo profesional y, en algunos países, enfrentan acceso restringido a prestaciones laborales y a la protección social (OCDE, 2018).

CUADRO 4.6 HORAS SEMANALES TRABAJADAS POR PROFESIONALES DEL CUIDADO REMUNERADO
HORAS SEMANALES, POR PAÍS

PAÍS	PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS	TOTAL DE PERSONAS OCUPADAS
Argentina	21	33
Brasil	31	39
Chile	31	38
Colombia	41	44
Costa Rica	27	43
Ecuador	29	35
Jamaica	44	43
México	29	41
Panamá	36	37
Paraguay	37	43
Perú	40	39
Trinidad y Tobago	37	39
Uruguay	26	38
Promedio	31	39

Fuente: Elaboración propia con base en encuestas de hogares y encuestas de fuerza laboral.

Nota: El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país.

4.6.2 Las cuidadoras remuneradas suelen percibir salarios bajos

En promedio, las cuidadoras remuneradas ganan el 90% del salario mínimo (véase el [Cuadro 4.7](#)). De acuerdo con la encuesta del BID a personas cuidadoras, quienes trabajan en hogares perciben menos ingresos que quienes trabajan en instituciones (Fabiani et al., 2024), cifras que subrayan la precariedad que enfrentan las y los profesionales del cuidado, especialmente en comparación con la población general, que, en promedio, gana casi el doble del salario mínimo (1,9 veces).



CUADRO 4.7 INGRESO LABORAL MENSUAL DE PROFESIONALES DEL CUIDADO Y DE LA POBLACIÓN OCUPADA COMO PROPORCIÓN DEL SALARIO MÍNIMO NACIONAL

PAÍS	PERSONAS OCUPADAS	TOTAL DE PERSONAS CUIDADORAS
Argentina	1.6	0.6
Brasil	2.3	0.9
Chile	2.3	1.1
Colombia	1.3	0.6
Costa Rica	1.5	0.6
Ecuador	1.0	0.6
Jamaica	1.5	0.4
México	1.7	1.2
Panamá	1.2	0.6
Paraguay	1.1	0.6
Perú	1.2	0.8
Trinidad y Tobago	2.6	1.3
Uruguay	2.7	0.8
Promedio	1.9	0.9

Fuente: Elaboración propia con datos de encuestas de hogares y de fuerza laboral.

Nota: Este cuadro utiliza el salario mínimo vigente en el año de las encuestas de hogares o de fuerza laboral, y se basa en el Sistema de Información de Mercados Laborales y Seguridad Social del BID (2024). Para México y Costa Rica, se usa el salario mínimo de 2022 (el más reciente disponible). Para Trinidad y Tobago, se utiliza un salario mínimo de T\$ 12,50 por hora (US\$ 1,84), reportado por Mahabir et al. (2013) para 2011. Este valor se multiplicó por 160 horas para hacerlo comparable con las estadísticas de ingreso laboral mensual. Para Argentina, Brasil, Perú y Uruguay, las cifras de salario mínimo se obtuvieron de los diarios oficiales de cada país según el año de la encuesta de empleo u hogares. El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país

4.6.3 Los empleos de cuidado remunerado suelen ser informales y carecen de acceso a protección social contributiva

El empleo informal y la falta de protección social están muy extendidos entre las cuidadoras remuneradas. Apenas el 26% cotiza a la seguridad social, frente al 54% del total de ocupados. El empleo formal es más alto en Uruguay (el 61%) y más bajo en México, Paraguay y Perú, donde el 6% o menos de las cuidadoras remuneradas cotiza a la seguridad social (véase el [Cuadro 4.8](#)). Como se muestra en el [Capítulo 6](#), las mayores tasas de formalidad en Uruguay se pueden vincular a los esfuerzos de este país por mejorar las condiciones laborales del trabajo doméstico y por establecer un sistema nacional de cuidados. Esto pone de relieve la importancia de las políticas de cuidados y laborales para mejorar las condiciones del sector.



Solo el 33% de las cuidadoras remuneradas cuenta con contrato escrito (**Cuadro 4.8 ☹**), lo que puede explicarse en parte porque más de la mitad trabaja por cuenta propia (el 56%). Este hallazgo coincide con la literatura existente: por ejemplo, información de la encuesta de hogares de Chile revela que una de cada dos asistentes de cuidado personal tiene contrato escrito (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2022). En Panamá, el 65% de las asistentes de cuidado personal carece de contrato formal (INEC, 2019), mientras que en México lo hace hasta el 78% (INEGI, 2024).

Las cuidadoras a domicilio suelen enfrentar condiciones más precarias que los que trabajan en instituciones. Según la encuesta del BID a personas cuidadoras, entre quienes trabajan en hogares, el 29% cotiza a la seguridad social, el 30% cuenta con contrato escrito y el 58% trabaja por cuenta propia, frente al 42%, 57% y 35%, respectivamente, entre las y los trabajadores institucionales.



**CUADRO 4.8 COTIZACIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL,
TIPO DE CONTRATO Y RELACIÓN LABORAL**
% DE PERSONAS CUIDADORAS, POR PAÍS

PAÍS	COTIZA A LA SEGURIDAD SOCIAL		CONTRATO ESCRITO / RECIBO DE PAGO	RELACIÓN LABORAL		
	PERSONAS OCUPADAS	PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS		POR CUENTA PROPIA / CONTRATISTA INDEPENDIENTE	PERSONA ASALARIADA (POR HORA O MENSUAL)	OTRO
Argentina	48	28	27	64	27	9
Barbados		34*	41	32	56	12
Belice		19	34	46	37	17
Bolivia		12*	32	69	24	7
Brasil	65	35	43	48	39	13
Chile	70	47	36	45	34	21
Colombia	41	19	40	51	34	15
Costa Rica	70	37	36	47	37	16
Ecuador	29	17	30	57	30	12
El Salvador		14*	21	62	26	12
Guatemala		9*	27	69	21	10
Guyana		17*	21	38	43	19
Honduras		7*	23	56	30	14
Jamaica		21*	19	27	46	27
México	38	5	17	71	14	14
Panamá	58	37	32	50	34	16
Paraguay	22	6	30	61	26	14
Perú	19	4	19	70	20	10
República Dominicana		14*	29	54	34	12
Trinidad y Tobago		16*	26	38	47	15
Uruguay	77	61	67	32	57	11
Venezuela		22*	27	70	23	7
Promedio	54	26	33	56	30	14

Fuente: Las cotizaciones a la seguridad social (columnas 2 y 3) se calcularon con base en datos de encuestas de hogares y de fuerza laboral. El tipo de contrato (columna 4) y la relación laboral (columnas 5, 6 y 7) se basan en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Nota: Para los países marcados con un asterisco (*), los datos de cotizaciones a la seguridad social provienen de la encuesta del BID a personas cuidadoras. Las celdas vacías indican falta de datos. Las observaciones para Bahamas, Haití y Surinam son limitadas y, por ello, no se informan individualmente en el cuadro; sin embargo, estos países sí se incluyen en el cálculo del promedio regional. El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país.



4.6.4 El abuso verbal y físico es habitual

Las cuidadoras remuneradas experimentan niveles significativos de abuso verbal y físico, sin diferencias apreciables entre sexos: el 38% declara haber sufrido abuso verbal y el 16%, abuso físico (véase el **Cuadro 4.9**).³⁰ Según la encuesta del BID a personas cuidadoras, ambos tipos de abuso son más frecuentes en establecimientos que en los domicilios de las personas usuarias. Además, quienes se identifican como afrodescendientes reportan mayores niveles de abuso verbal y físico que quienes se identifican con otras etnias. Los niveles de abuso varían poco entre países.

Estas cifras concuerdan con los hallazgos de la Encuesta de la Fuerza Laboral de Cuidados³¹ de Nueva Zelanda de 2019, que documentó agresiones verbales y violencia física frecuentes por parte de personas usuarias y sus familias: casi la mitad de gerentes, cuidadoras y personal de apoyo reportó haber sufrido violencia física ocasional o frecuente por parte de personas usuarias, y casi dos tercios del personal de enfermería reportaron haber sufrido experiencias similares (Ravenswood, Douglas y Ewertowska, 2021). Esta violencia puede manifestarse como abuso verbal y físico, intimidación, degradación, humillación o críticas persistentes de pacientes, colegas o directivos. Asimismo, las y los trabajadores de cuidados de larga duración se abstienen muchas veces de denunciar estos incidentes por temor a represalias o a perder el empleo (Fasanya y Dada, 2015), por lo que los resultados de este reporte podrían estar subestimando la magnitud del problema.

CUADRO 4.9 PORCENTAJE DE PERSONAS CUIDADORAS REMUNERADAS QUE EXPERIMENTAN ABUSOS

ÁMBITO DE TRABAJO	ABUSO VERBAL	ABUSO FÍSICO
Domicilio	38	15
Institución	45	25
Total	38	16

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

30. Una proporción significativa de las personas encuestadas (el 10% en el caso del maltrato verbal y el 7% en el del maltrato físico) eligió la opción "Prefiero no responder".

31. *Care Workforce Survey*.



4.6.5 Pese a sus condiciones laborales precarias, las personas cuidadoras no esperan cambiar de rubro

Aunque sus condiciones laborales a menudo son inadecuadas, el 45% de las personas cuidadoras lleva más de seis años en la profesión. Para muchas, el cuidado constituye una trayectoria estable y duradera (véase el **Cuadro 4.10** ). La profesión es más estable en países como Uruguay y Argentina, donde el 56% y el 60% de las cuidadoras, respectivamente, ha trabajado en el sector por más de seis años. Además, datos de la encuesta del BID a personas cuidadoras indican que el 59% de las cuidadoras remuneradas cree que permanecerá en la profesión: el 62% de quienes trabajan en instituciones y el 59% de quienes brindan cuidados remunerados a domicilio señalan que desean seguir desempeñándose como cuidadoras en los próximos años.

No resulta sencillo contar con información que permita comparar los niveles de retención del sector de cuidados de larga duración con los promedios de las fuerzas laborales de cada país. Sin embargo, en los países de la OCDE, la permanencia promedio en el sector es dos años menor que en otros sectores (salvo en los Países Bajos y Noruega). Además, evidencia de Alemania revela que es particularmente difícil retener a las y los trabajadores de cuidados durante el primer año tras finalizar la formación. Datos del Panel Socioeconómico Alemán³² indican que solo el 68% de las y los trabajadores de cuidados de larga duración permanece en la profesión del primer al segundo año. No obstante, tras esa elevada rotación inicial, la retención tiende a estabilizarse (OCDE, 2020).

32. *Sozio-oekonomisches Panel.*



CUADRO 4.10 ANTIGÜEDAD LABORAL Y EXPECTATIVAS DE CARRERA

PAÍS	ANTIGÜEDAD EN EL EMPLEO ACTUAL		ANTIGÜEDAD EN LA PROFESIÓN		ESPERA SEGUIR TRABAJANDO COMO PERSONA CUIDADORA EN LOS PRÓXIMOS AÑOS
	1 AÑO O MENOS	MÁS DE 1 AÑO	6 AÑOS O MENOS	MÁS DE 6 AÑOS	
Argentina	38	62	40	60	67
Barbados	23	77	51	49	64
Belice	43	57	70	30	75
Bolivia	43	57	71	29	58
Brasil	40	60	52	48	57
Chile	38	62	61	39	58
Colombia	40	60	61	39	63
Costa Rica	36	64	53	47	60
Ecuador	42	58	68	32	60
El Salvador	40	60	71	29	61
Guatemala	40	60	57	43	68
Guyana	36	64	57	43	67
Honduras	47	53	73	27	51
Jamaica	37	63	55	45	58
México	38	62	57	43	58
Panamá	35	65	63	37	49
Paraguay	31	69	59	41	61
Perú	43	57	57	43	58
República Dominicana	46	54	67	33	63
Trinidad y Tobago	39	61	46	54	63
Uruguay	29	71	44	56	71
Venezuela	45	55	55	45	68
Promedio	39	61	55	45	59

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Nota: Las observaciones para Bahamas, Haití y Surinam son limitadas y, por ello, no se informan individualmente en el cuadro; sin embargo, estos países sí se incluyen en el cálculo del promedio regional. El promedio está ponderado por el número de cuidadoras remuneradas en cada país.



4.7 La carga emocional y física del cuidado

El trabajo remunerado de cuidados se asocia con altos niveles de estrés y síntomas de depresión, al igual que el cuidado no remunerado, como se analizó en el **Capítulo 3** ➔. En la encuesta del BID a personas cuidadoras, una de cada cinco cuidadoras reporta síntomas de depresión y más del 45% declara sentir estrés.

Las cuidadoras remuneradas presentan tasas elevadas de depresión y estrés en comparación con las registradas en la población general. Por ejemplo, Brito et al. (2022) estiman que el 10,2% de los brasileños de 18 años o más autorreporta síntomas depresivos. Esta cifra es 16 puntos porcentuales menor que la tasa observada entre cuidadoras remuneradas. Chile es una excepción: en este país, la prevalencia general de síntomas depresivos se estima entre el 15,8% (Ministerio de Salud de Chile, 2018) y el 18,1% (Daray et al., 2017), en línea con el 17% reportado entre cuidadoras remuneradas en la encuesta del BID a personas cuidadoras.

Los impactos negativos en la salud emocional son menores entre las y los trabajadores con formación específica en cuidados. La evidencia de la encuesta del BID a personas cuidadoras muestra que la formación se asocia positivamente con menores niveles de estrés y depresión (Fabiani et al., 2024). Esto sugiere que proporcionar a las cuidadoras las herramientas y conocimientos necesarios para desempeñar sus tareas de forma óptima y para cuidarse a sí mismos es clave para mejorar su bienestar. Como se analiza en el **Capítulo 6** ➔, los países de la región están reconociendo la importancia de la capacitación en el sector de cuidados de larga duración y trabajan en el diseño de opciones formativas para cuidadoras remuneradas.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

5 Políticas para cuidadoras familiares





Como se pone de manifiesto en el **Capítulo 3** , las cuidadoras familiares son las principales proveedoras de cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe. Este arreglo para el cuidado de las personas mayores está arraigado culturalmente y, en algunos países, incluso consignado en la ley.³³

El cuidado brindado por familiares y amistades aporta sustancialmente a la sociedad, favorece el envejecimiento en el hogar y ayuda a contener el gasto público en cuidados de larga duración (Costa-Font et al., 2015). Sin embargo, cuando el cuidado es intenso y no cuenta con los apoyos adecuados, afecta negativamente la autonomía económica, así como la salud mental y física de las personas cuidadoras. También reduce las tasas de empleo y provoca pérdida de cotizaciones a la protección social y de impuestos.

Los países de la región reconocen cada vez más el papel fundamental de las cuidadoras familiares no remuneradas y están intensificando sus esfuerzos para apoyar su labor, incluyéndolas explícitamente en políticas nacionales de cuidados o de envejecimiento, brindándoles información, capacitación y apoyo emocional, introduciendo medidas de flexibilidad laboral que permiten compatibilizar responsabilidades de cuidado y trabajo, y reconociendo el trabajo de cuidado mediante apoyos financieros directos. Este capítulo analiza las políticas que los países de la región han implementado para ayudar a las cuidadoras no remuneradas a cuidarse mejor a sí mismas y a las personas a su cargo.³⁴

5.1 Las agendas de política incluyen cada vez más a las cuidadoras familiares

5.1.1 Algunas políticas nacionales de cuidados o de envejecimiento mencionan explícitamente a las cuidadoras familiares

Varios países (como Brasil, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Uruguay) han incluido específicamente a las cuidadoras no remuneradas como población objetivo en sus políticas o planes nacionales de cuidados (véase el **Cuadro D.1** ). El alcance de este reconocimiento y las acciones

33. Por ejemplo, en México, el artículo 9 de la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece que las familias deben cumplir su función social cuidando de manera constante y permanente a sus integrantes mayores (Gobierno de México, 2024).

34. Parte de la información presentada en este capítulo se recopiló a través de entrevistas con representantes gubernamentales y expertos (véase la **Introducción** ). A esta información se hace referencia como Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.



concretas previstas varían de un país a otro. En algunos casos, los países se limitan a identificarlas, como un primer paso para comprender sus características y necesidades, mientras que otros implementan medidas para reducir y redistribuir su carga de cuidado (como Brasil, Colombia y Uruguay) o ponen el foco explícitamente en intervenciones que apoyen su bienestar mental, emocional y físico (como El Salvador). Por último, la política nacional de cuidados de Costa Rica menciona el apoyo a las cuidadoras no remuneradas en la gestión y la compatibilización de sus responsabilidades de cuidado con la participación en el mercado laboral. En el caso de Chile, si bien el país aún no cuenta con una política nacional de cuidados o de envejecimiento que resalte la importancia de las cuidadoras familiares, el programa Chile Cuida, que se analiza más adelante, sí reconoce su relevancia y les ofrece beneficios.

A las cuidadoras no remuneradas también se les reconoce en políticas relacionadas con el envejecimiento en Barbados, Colombia, Costa Rica y Trinidad y Tobago. Estas políticas subrayan, en distinta medida, la necesidad de apoyar, formar y proporcionar recursos para que las cuidadoras familiares puedan brindar cuidados de mayor calidad a las personas mayores. Otros países han intentado establecer políticas similares, pero todavía no las han aprobado.

5.1.2 Los países reconocen el valor económico del cuidado no remunerado

El valor del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado está cobrando importancia en América Latina y el Caribe a medida que los países avanzan en su reconocimiento legal. Así, las constituciones de Ecuador,³⁵ Bolivia³⁶ y República Dominicana lo reconocen oficialmente (Güezmes García y Vaeza, 2023). Otros países intentan seguir el mismo camino: en Chile, por ejemplo, la Comisión de la Mujer y la Equidad de Género presentó un proyecto de ley que reconoce el trabajo doméstico y de cuidados (Senado de la República de Chile, 2019). Reconocer y valorar el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (a menudo pasado por alto en las políticas económicas y sociales) sienta las bases para políticas de apoyo a las cuidadoras, como beneficios de seguridad social, derechos pensionales o compensaciones por el trabajo no remunerado a través de programas públicos de asistencia. Esto afirma que todas las formas de trabajo, incluidas las que se realizan en el hogar sin remuneración, tienen un valor intrínseco y contribuyen al bienestar nacional.

35. La Constitución de 2008 establece lo siguiente: "Se reconoce como labor productiva el trabajo no remunerado de autosustento y cuidado humano que se realiza en los hogares".

36. "El Estado reconoce el valor económico del trabajo del hogar como fuente de riqueza y deberá cuantificarse en las cuentas públicas".



También ha habido esfuerzos regionales para reconocer a las cuidadoras no remuneradas y mejorar su bienestar. Un hito fue la aprobación, en 2013, de la Ley Marco sobre Economía del Cuidado por parte del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, que reconoce el trabajo doméstico de cuidado no remunerado como trabajo productivo (PARLATINO, 2013). En 2022, la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de los Estados Americanos elaboró la Ley Modelo Interamericana de Cuidados³⁷ que reconoce el trabajo de cuidados no remunerado como trabajo legítimo (OEA, 2022). La ley promueve políticas que generen empleo, impulsen la igualdad de género y ofrezcan oportunidades para que las cuidadoras no remuneradas —especialmente para las que pertenecen a grupos en situación de desventaja— puedan acceder al trabajo remunerado. En 2025, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reconoció el cuidado como un derecho humano autónomo en tres dimensiones: el derecho a ser cuidado, el derecho a cuidar y el derecho al autocuidado.³⁸

Los países de la región están midiendo cada vez más el valor económico del cuidado no remunerado. Colombia,³⁹ Costa Rica⁴⁰ y México (INEGI, 2013) lo hacen incorporando la economía del cuidado a los sistemas de cuentas nacionales mediante “cuentas satélite” que estiman cuánto aporta el trabajo no remunerado al desarrollo económico y social del país. Las encuestas de uso del tiempo —disponibles en Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Brasil (a través de un módulo en la encuesta nacional de hogares)— son otra herramienta valiosa para medir el valor económico del trabajo no remunerado (incluido el de cuidados). Aunque su precisión y comparabilidad para medir cuidados de larga duración no remunerados dista de ser perfecta, como se analiza en el **Recuadro 3.1** , estas encuestas resultan útiles para el análisis y el diseño de políticas.

Algunos países también cuentan con iniciativas locales que reconocen el valor del cuidado familiar. En México, la Constitución de la Ciudad de México estableció en 2017 el derecho al cuidado y enfatizó la necesidad de apoyar a las cuidadoras remuneradas,⁴¹ mientras que el estado de

37. Esta ley modelo es una herramienta regional para abordar la crisis de los cuidados y sentar las bases de un nuevo pacto en la organización social del cuidado; redefinir el papel del cuidado en la sociedad; respetar, promover y proteger los derechos económicos de las mujeres; redefinir el cuidado no remunerado como trabajo; y proteger, asegurar y garantizar los derechos de las personas dependientes promoviendo políticas de cuidado que impulsen la creación de empleo y la igualdad de género, y que faciliten la incorporación al mercado laboral de quienes realizan cuidado no remunerado a tiempo completo, en particular de los grupos en situación de desventaja.

38. Véase: https://www.corteidh.or.cr/docs/comunicados/cp_55_2025.pdf.

39. Ley 1413 de 2010, Colombia.

40. Ley 9325 de 2015, Costa Rica.

41. Constitución Política de la Ciudad de México, 2017.



Jalisco estableció disposiciones similares en 2024.⁴² Asimismo, el estado de Nuevo León puso en marcha en 2024 la estrategia Cuidamos Nuevo León como parte de su Ley de Cuidados, una iniciativa sustentada en tres pilares: reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados.⁴³

En Bolivia, el municipio de Cochabamba fue un paso más allá de la ley nacional y, en 2015, implementó una Ley Municipal de Economía del Cuidado Solidario para elevar el estatus social del trabajo de cuidados no remunerado.⁴⁴ En 2019, se aprobó otra ley municipal para fomentar la corresponsabilidad en el trabajo de cuidados no remunerado y garantizar la igualdad de oportunidades para todas las personas.⁴⁵ Esta ley establece la creación de centros y servicios de cuidados para niños, adolescentes, personas mayores y personas con discapacidad (Consejo Municipal de Cochabamba, 2019; Consejo Municipal de Cochabamba, 2016).

5.2 La información, el apoyo emocional y la capacitación ayudan a las cuidadoras familiares a desempeñar mejor sus tareas

Brindar a las cuidadoras información accesible, formación práctica y apoyo emocional resulta esencial para mejorar su bienestar general y la calidad del cuidado que proporcionan. Como se describe en el **Capítulo 3**, las cuidadoras formadas reportan menos estrés y depresión que quienes no han recibido formación. Una orientación clara y fiable les permite afrontar la complejidad de sus funciones y buscar apoyo cuando lo necesitan. Además, la formación a medida mejora sus habilidades y su confianza. Los mecanismos de apoyo emocional también son cruciales porque ayudan a reducir la carga psicológica y física del cuidado, garantizando que las personas cuidadoras estén mejor preparadas para sostener sus esfuerzos en el largo plazo.

42. Ley del Sistema Integral de Cuidados para el estado de Jalisco, 2024.

43. Véase: www.nl.gob.mx/es/boletines/gobierno-de-nuevo-leon-presenta-estrategia-para-el-sistema-integral-de-cuidados.

44. Ley Municipal de Economía del Cuidado Solidaria, Cochabamba, 2015.

45. Ley Municipal de Corresponsabilidad en el Trabajo de Cuidado No Remunerado para la Igualdad de Oportunidades, Cochabamba, 2019.



5.2.1 Los servicios de información son recientes y la orientación, insuficiente

Las campañas de información sensibilizan sobre los desafíos que enfrentan las cuidadoras no remuneradas y sobre los recursos de apoyo que tienen a su disposición, y también pueden promover el reconocimiento social del trabajo de cuidado. La información para cuidadoras familiares es, posiblemente, el elemento fundacional del apoyo y resulta especialmente importante porque muchas personas no se perciben a sí mismas como tales. A menudo, estas personas asumen este rol de manera gradual y sin darse cuenta, lo que implica que pueden desconocer las medidas de apoyo diseñadas para ellas.

Varios países han puesto en marcha campañas informativas. Si bien la mayoría se ha centrado en personas cuidadoras de niños, también han contribuido a visibilizar el cuidado de personas con discapacidad y de personas mayores. El entonces Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de Argentina implementó en 2021-2022 las campañas «Contemos los cuidados» y «Cuidar en igualdad».⁴⁶ Chile y Ecuador (Quito) también desarrollaron campañas para reconocer el trabajo de las personas cuidadoras no remuneradas en 2023: «Hagamos visible lo invisible»⁴⁷ y «Cuida a quien te cuida», respectivamente (Quito Informa, 2024). En Costa Rica, la campaña «Cuidate para cuidar bien»,⁴⁸ implementada por el Instituto Mixto de Ayuda Social, brindó información sobre la importancia de los servicios de respiro y los programas disponibles. Entre ellos, figuran el programa Cuidador Cuidado de la Caja Costarricense de Seguro Social y talleres de autoestima y empoderamiento.

Las campañas de información pueden complementarse con portales en línea que brinden a las personas cuidadoras acceso a información detallada sobre sus derechos, prestaciones y los servicios de apoyo disponibles. El Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica⁴⁹ y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)⁵⁰ han desarrollado ejemplos de este tipo de portales.

Los registros de personas cuidadoras no remuneradas van un paso más allá de las campañas informativas, ya que no solo proporcionan información, sino que también recopilan datos que pueden utilizarse para adaptar el apoyo a las cuidadoras. En la actualidad, solo Chile (Registro Social de Hogares) y Costa Rica (Ley 10.192) cuentan con sistemas nacionales en los que las

46. Véase: www.argentina.gob.ar/generos/cuidados/camp-nac-cuidar-en-igualdad.

47. Véase el video publicado por la Red Local de Apoyos y Cuidados el 7 de noviembre de 2023 en <https://www.youtube.com/watch?v=37zwYRBvHUY>.

48. Se mantiene la forma 'Cuidate', sin tilde, por ser la denominación oficial del programa en Costa Rica y reflejar el uso local.

49. Véase: www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien.

50. Véase: www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras.



cuidadoras familiares pueden inscribirse para obtener acceso preferente a servicios públicos.⁵¹ En Brasil, el estado de Paraná ha comenzado a construir un registro como parte del programa Paraná, Amigo de las Personas Mayores.⁵² Colombia y Perú tienen planes similares (Comisión de la Mujer y la Familia, 2024; Ministerio de Igualdad y Equidad de Colombia, 2024; Congreso de la República del Perú, 2024).

Algunos países ofrecen servicios psicosociales y asesoramiento a las cuidadoras. Estos servicios les proporcionan estrategias para afrontar sus labores (como autocuidado, manejo del estrés, resolución de problemas y orientación para la toma de decisiones) que mejoran su bienestar emocional y la calidad del cuidado (Brimblecombe et al., 2018; Larkin, Henwood y Milne, 2019). Brasil cuenta con iniciativas pioneras: a nivel nacional, las familias de las personas usuarias pueden recibir apoyo psicológico a través del programa Mejor en Casa del Ministerio de Salud⁵³ (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración), mientras que, a nivel estatal, el Programa de Apoyo a la Persona Cuidadora de Bahía se dirige a cuidadoras informales en situación de vulnerabilidad y les ofrece servicios de respiro, acupuntura, meditación, sesiones grupales psicoeducativas y terapéuticas, y asesoramiento individual.⁵⁴ Perú y Colombia también cuentan con iniciativas similares a través de sus ministerios de Salud (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2022).

5.2.2 Más de la mitad de los países ofrecen formación para cuidadoras familiares

Como se señala en el **Capítulo 3**, las personas cuidadoras familiares a menudo carecen de formación, lo que puede aumentar su carga emocional y disminuir la calidad del cuidado. La formación debería abarcar una amplia gama de temas, incluidos modos adecuados de interactuar con personas con demencia, respuesta ante conductas agresivas, gestión de la medicación

51. Véase: <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.

52. Paraná amigo da pessoa idosa.

53. La iniciativa Mejor en Casa (*Melhor em Casa*) de Brasil forma parte del enfoque innovador de Comunidades Compasivas para el Cuidado, promovido por el Ministerio de Salud. Moviliza a la sociedad civil y a los servicios de salud para crear redes comunitarias de apoyo a quienes enfrentan fragilidad, enfermedades potencialmente mortales o duelos, destacando que el cuidado es una responsabilidad social compartida que trasciende los límites clínicos tradicionales. Véase: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/cuidados-paliativos/comunidades-compassivas>.

54. Información de la presentación realizada en la 11.ª reunión de la Red de Políticas de Cuidados de Larga Duración en América Latina y el Caribe (RedCUIDAR+). Véase: <https://vimeo.com/1040202108>. El programa está dirigido a personas cuidadoras informales inscritas en el Centro de Referencia Estatal de Atención a la Salud de la Persona Mayor (*Centro de Referência Estadual de Atenção à Saúde do Idoso—CREASI*), gestionado por el Ministerio de Salud. Véase: www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/.



y técnicas para movilizar o alzar personas sin riesgo de lesión para quien cuida ni para quien recibe cuidados (Cès et al., 2019). También debería incluir habilidades relacionales (como acompañamiento al final de la vida y abordaje de la depresión), autocuidado y herramientas para apoyar la reinserción laboral una vez concluidas las responsabilidades de cuidado. Por último, los programas formativos deberían adoptar un enfoque de atención centrada en la persona y dotar a las cuidadoras de capacidades para construir relaciones significativas con las personas cuidadas, apoyar su autonomía en las actividades cotidianas, fomentar su participación en la toma de decisiones y promover su colaboración en actividades con propósito. Este enfoque es esencial para favorecer el bienestar tanto de las personas cuidadas como de sus cuidadoras familiares (véase la **Sección 7.2**

En América Latina y el Caribe, el alcance, la duración y la modalidad de la formación para cuidadoras no remuneradas varían ampliamente (véase el **Cuadro 5.1**

La formación integral solo está disponible en unos pocos países. En Chile, el Servicio Nacional de Capacitación y Empleo ofrece un programa integral de 140 horas para cuidadoras de personas mayores. En Medellín (Colombia), existe un Diplomado de formación a cuidadores y cuidadoras de personas mayores de 120 horas. Asimismo, el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, en Brasil,⁵⁵ y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ofrecen cursos para cuidadoras de personas mayores frágiles.⁵⁶

Otros países ofrecen formaciones más breves. Ecuador, por ejemplo, cuenta con la Certificación para cuidadores informales de adultos mayores, impartida por la Facultad de Medicina de la Universidad San Francisco de Quito, con un costo de US\$ 250 y dos meses de duración. En Colombia, la Universidad de Antioquia y la Pontificia Universidad Javeriana ofrecen programas de 20 horas para personas cuidadoras familiares (Gómez, 2023; Pontificia Universidad Javeriana, s. f.). Además, el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa de Chile ofrece un curso de 15 horas para personas cuidadas y sus familias (ChileAtiende, 2024). En México, tanto el Instituto Nacional de Geriátrica como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado —en alianza con la Universidad Nacional Autónoma de México— ofrecen cursos cortos en línea.⁵⁷ Hasta ahora, Costa Rica se ha centrado en la formación en autocuidado, impartida a través del portal Cuidar.cr.⁵⁸

55. Universidade Federal de Minas Gerais.

56. Véase: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/comunicacao/noticias/inscricoes-para-curso-de-cuidador-de-idosos-estao-abertas>.

57. Véanse: <https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-y-unam-disenar-exitoso-curso-para-cuidadores-de-personas-envejecidas> y <https://www.gob.mx/inger/acciones-y-programas/curso-basico-de-cuidadores>.

58. Véase: <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>.



En ocasiones, la formación se ofrece como parte de programas de atención a domicilio. Es el caso de Salud en tu Casa en México⁵⁹ y del Programa de Atención Domiciliaria en Perú (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración). El programa peruano, además, ofrece un taller especializado de cuatro semanas con conocimientos prácticos sobre el cuidado de personas mayores. El taller se centra en las principales condiciones que afectan a las personas mayores y enseña técnicas esenciales de atención en el hogar (EsSalud, 2015).

La mayoría de los programas de formación para cuidadoras familiares son gratuitos. En algunos casos, especialmente en cursos más extensos, incluyen compensaciones por el tiempo invertido. En Chile, quienes participan en el curso de 140 horas del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo pueden acceder a un subsidio diario de asistencia de CLP\$ 4.000 (US\$ 4,25) y a un complemento de CLP\$ 5.000 (US\$ 5,31) si cuidan a una persona con dependencia severa (SENCE, s. f.). También tienen derecho a seguro contra accidentes y, al completar la formación, pueden recibir un subsidio adicional de CLP\$ 360.000 (US\$ 382,76) para herramientas e insumos de capacitación. En Medellín (Colombia), quienes concluyen el diplomado de 120 horas para personas cuidadoras familiares acceden a un subsidio de COL\$ 1.323.174 (US\$ 316,17) (Galvis, 2023). Por último, en Barbados, el programa Cuidado de Personas Mayores⁶⁰ ofrece a los participantes que asisten a todas las sesiones un estipendio semanal de BB\$ 125 (US\$ 63,62).

Recientemente se han impulsado iniciativas para certificar a las cuidadoras familiares al finalizar la formación, a fin de asegurar que cuentan con las calificaciones y competencias básicas necesarias para desempeñar sus tareas. Más allá de garantizar la calidad, la certificación también contribuye a reconocer el papel fundamental de las cuidadoras informales en la sociedad y la economía (Llena-Nozal, Rocard y Sillitti, 2022). Así, la certificación puede considerarse un paso hacia la profesionalización del trabajo de cuidados, pues puede incentivar más formación y abrir trayectorias de empleo en los sectores de cuidados de larga duración, salud o servicios sociales. En la región, esta práctica es incipiente, pero está en crecimiento. Por ejemplo, el programa virtual Te Cuido y Me Certifico (de Colombia), con una duración de entre cuatro y seis semanas, permite a las cuidadoras familiares certificar sus competencias (SENA, 2024).

59. Véase: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>.

60. *Care of the Elderly*.



CUADRO 5.1 CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIONES DISPONIBLES EN PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

PAÍS	FORMACIÓN	ORGANIZADOR	POBLACIÓN OBJETIVO Y REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD	DURACIÓN	OTRA INFORMACIÓN (CONTENIDO, MODALIDAD, COSTO)
Barbados	Programa de Formación en Habilidades: Atención a Personas Mayores (<i>Skills Training Program: Care of the Elderly</i>).	Barbados Vocational Training Board.	>16 años y 9 años de escolaridad formal.	2 semestres.	Gratuito para nacionales; no nacionales pagan tasa. Estipendio semanal de BB\$ 125 con asistencia completa. Contenido: baño, vestido, cocina, RCP y primeros auxilios básicos.
Brasil	Fundamentos del cuidado a personas mayores frágiles: Programa de Personas Cuidadoras de Personas Mayores (<i>Fundamentos do Cuidado com o Idoso Frágil: Programa Cuidador de Idosos</i>).	Hospital das Clínicas (UFMG) y Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares; Fundação Unimed; en alianza con el Ministério Público do Trabalho.	> 18 años.	60 horas en 3 meses.	En línea y gratuito. Incluye “Kit de la persona cuidadora de personas mayores frágiles” (con materiales sobre cuidados y salud para personas mayores). Impartido por médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales.
Chile	Cuidados Básicos Integrales para Personas Mayores.	Ministerio del Trabajo y Previsión Social / SENCE.	>16 años, pertenecientes a un hogar dentro del 60% de la población con menores ingresos o mayor vulnerabilidad socioeconómica a nivel nacional, según el Registro Social de Hogares. Sin requisitos para personas migrantes.	140 horas.	Incluye un subsidio diario de asistencia de CLP\$ 4.000, seguro contra accidentes, un aporte para herramientas por CLP\$ 360.000 para quienes completen la formación y un subsidio adicional de cuidado de CLP\$ 5.000 por día para quienes cuidan a personas con dependencia severa.
	Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.	Ministerio de Salud.	Cuidadoras de personas inscritas en un centro de atención primaria de salud, clasificadas con dependencia severa (índice de Barthel), parte del Programa de Dependencia Severa.	<15 horas.	Adaptado a las necesidades individuales; énfasis en aprender haciendo. Disponible todo el año, sin cupos.



PAÍS	FORMACIÓN	ORGANIZADOR	POBLACIÓN OBJETIVO Y REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD	DURACIÓN	OTRA INFORMACIÓN (CONTENIDO, MODALIDAD, COSTO)
	Te Cuido y Me Certifico.	Servicio Nacional de Aprendizaje.	>18 años, documento de identidad (cédula de ciudadanía, cédula de extranjería o Permiso por Protección Temporal) y al menos 6 meses de experiencia en la labor a certificar.	4 a 6 semanas.	Programa virtual de reconocimiento de aprendizajes previos.
Colombia	Diplomado de Cuidadores de Personas Mayores.	Municipio de Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina.	Personas cuidadoras informales	120 horas.	Aborda aspectos personales, familiares, de salud, recreativos y sociales, salud mental, familia y envejecimiento. Beneficios adicionales: kits educativos, botiquines de primeros auxilios, kits de higiene, kits de cuidados básicos y primarios.
	Cuidado al Adulto Mayor para Cuidadores No Formales.	Pontificia Universidad Javeriana y Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina.	Cuidadoras informales de personas mayores (familiares y no familiares)	20 horas.	Javeriana: en línea. Costo: COL\$ 352.000 (US\$ 83,87). Antioquia: gratuito.
Ecuador	Certificación para Cuidadores Informales de Adultos Mayores.	Universidad San Francisco de Quito.	Personas cuidadoras informales.	2 meses.	En línea. Costo: US\$250. Contenido: cuidado de personas mayores y autocuidado.
Jamaica	Programa de Formación para personas Cuidadoras de Adultos Mayores (Older Adult Caregiver Training Program)	Centro de envejecimiento MONA.	Personas cuidadoras, familiares de personas mayores, personas mayores y cualquier persona interesada en brindar cuidados a personas mayores.	<20 horas.	Brinda información y habilidades sobre el cuidado de personas mayores y aportes sobre el proceso de envejecimiento. Se prevén dos cursos nuevos: Comprender la salud mental y Primeros auxilios y RCP.



PAÍS	FORMACIÓN	ORGANIZADOR	POBLACIÓN OBJETIVO Y REQUISITOS DE ELIGIBILIDAD	DURACIÓN	OTRA INFORMACIÓN (CONTENIDO, MODALIDAD, COSTO)
México	Capacitación para pacientes y personas cuidadoras de Salud en tu Casa.	Secretaría de Salud de la Ciudad de México	Afiliación al programa Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos de la Ciudad de México.	Adaptada a las necesidades de cada hogar.	Brigadas de profesionales de la salud visitan los hogares en las 16 alcaldías de la Ciudad de México para evaluar a pacientes y cuidadoras. Incluye formación en temas de salud y seguimiento para pacientes y cuidadoras.
	Taller para Personas Cuidadoras Informales.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	Personas cuidadoras que brindan apoyo en actividades básicas de la vida diaria (ABVD) a personas mayores	-	Talleres presenciales. Contenido: elaboración de un plan de cuidados; cuidados cotidianos, observación y apoyo médico; síndromes geriátricos y su manejo; suministro de medicamentos, nutrición y bienestar; sueño y descanso en las personas mayores; vestido, baño y otros cuidados; movilidad y traslados; ABVD; apoyo para prevenir el colapso del cuidador.
	Formación Inicial para Cuidadores de Personas Mayores.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	Abierto al público en general.	40 horas.	Curso masivo en línea: elementos teóricos y prácticos para mejorar el cuidado de las personas mayores. Módulos: plan de cuidados, higiene y cuidados, alimentación, ejercicio, movilidad, apoyo en tratamientos farmacológicos, cuidados de quien cuida.
	Programa de Capacitación.	Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.	Personas cuidadoras.	5 horas cada viernes.	Herramientas teóricas y prácticas, principalmente sobre la distribución equitativa de los cuidados a las personas mayores y el autocuidado.
Perú	Programa de Atención Domiciliaria.	Seguro Social de Salud—EsSalud.	Personas cuidadoras familiares.	4 semanas	Apoyo individualizado para cuidadoras familiares.

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración, complementado con: Gobierno de Brasil (s. f.); UNASUS (s. f.); ChileAtiende (2024); SENCE (s. f.); Pontificia Universidad Javeriana (s. f.); SENA (2024); Gómez (2023); Galvis (2023); UWI (2019); SEDESA (2023); IMSS (s. f.); Gobierno de México (2017); Asamblea Legislativa de Tobago (2024).



5.3 Las políticas para reducir el impacto económico del cuidado son escasas

El apoyo financiero a las cuidadoras familiares es especialmente relevante para los hogares de bajos ingresos y para quienes deben abandonar sus empleos para brindar cuidados. Este apoyo contribuye a protegerlos de la pobreza al compensar la pérdida de ingresos. Sin embargo, se necesitan medidas adicionales para garantizar su acceso a la seguridad social y su protección frente al riesgo de pobreza en la vejez.

5.3.1 Los apoyos económicos para cuidadoras familiares son escasos

A nivel nacional, solamente Chile y Costa Rica ofrecen apoyo financiero a cuidadoras familiares para aliviar los impactos económicos asociados al cuidado (véase el **Cuadro 5.2** ). En Chile, el Ministerio de Salud cuenta con un programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa que otorga una transferencia mensual de CLP\$ 32.991 (US\$ 35,07) a cuidadoras desempleadas de hogares en situación de vulnerabilidad social (ChileAtiende, 2024). En Costa Rica, por su parte, las personas que cuidan a adultos mayores con dependencia severa pueden recibir una transferencia de US\$ 184 mensuales si tienen más de 55 años, son jefas o jefes de hogar y viven en pobreza o pobreza extrema (IMAS, 2020b). Además, en el marco del programa Cuidado de Familias del Instituto Mixto de Ayuda Social, las familias en situación de vulnerabilidad pueden recibir apoyo (hasta dos veces al año) para la compra de dispositivos técnicos o medicamentos para personas con enfermedades crónicas, degenerativas o terminales, o con discapacidad.

En el ámbito local, México cuenta con varios ejemplos de transferencias para cuidadoras familiares: en la Ciudad de México, en el municipio de Cuauhtémoc y en el estado de Coahuila. En Brasil, el estado de Paraná aprobó un estipendio mensual para cuidadoras familiares de personas mayores como parte del programa Paraná, Amigo de las Personas Mayores, cuya implementación está prevista para diciembre de 2025.

**CUADRO 5.2 TRANSFERENCIAS MONETARIAS PARA PERSONAS CUIDADORAS FAMILIARES**

PAÍS	NOMBRE DE LA TRANSFERENCIA MONETARIA	PERSONAS BENEFICIARIAS	MONTO
Brasil (Paraná)	Bolsa Cuidador Familiar	Cuidadoras de hogares vulnerables que cuidan a personas mayores.	Medio salario mínimo nacional.
Chile	Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.	Personas cuidadoras desempleadas de hogares socialmente vulnerables que atienden a personas con dependencia severa.	CLP\$ 32.991 mensuales (monto máximo).
	Transferencia por Cuidados, Instituto Mixto de Ayuda Social.	Personas cuidadoras que encabezan un hogar en pobreza o pobreza extrema, mayores de 55 años, que cuidan a personas con dependencia severa.	US\$ 184 mensuales.
Costa Rica	Atención a Familias, Instituto Mixto de Ayuda Social.	Hogares vulnerables con integrantes con enfermedad crónica, degenerativa o terminal, o con discapacidad.	Dos pagos al año: CRC\$ 125.000 en abril y CRC\$ 100.000 en junio para compra de ayudas técnicas o medicamentos.
México	Apoyo Económico para Personas Guardianes del Hogar que Cuidan Familiares Directos con Enfermedades Cognitivas, Oncológicas o Discapacidad 2024.	Personas cuidadoras en situación de vulnerabilidad que residen en la alcaldía y cuidan a familiares directos.	MXN\$ 1.800 mensuales (≈US\$ 93).
	Coahuila. Programa Bienestar Integral del Adulto Mayor.	Personas mayores de 60 años en situación de vulnerabilidad.	Pago único al cierre del ejercicio y estipendio mensual para personas cuidadoras.

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración; Dirección de Desarrollo Social (2023); INAPAM (2021); Gobierno de Colombia (n.d.); IMAS (2020a); IMAS (2020b); Observatorio de Desarrollo Social/Alianza del Pacífico (2022); ChileAtiende (2024); Ministerio de Inclusión y Economía Social de Ecuador (n.d.); PROASOL (n.d.).

Nota: Este cuadro se centra en transferencias que apuntan explícitamente a cuidadoras familiares. No incluye prestaciones monetarias condicionadas a la compra de servicios formales de cuidado.

5.3.2 Varios países avanza con distintas iniciativas de apoyo a cuidadoras familiares

Los países de la región han encontrado maneras creativas de apoyar a las cuidadoras familiares, incluso con presupuestos limitados para cuidados de larga duración. En Colombia, Bogotá desarrolló el programa Manzanas del Cuidado, descrito con más detalle en la siguiente sección. Entre otros servicios, este programa ayuda a las personas cuidadoras a continuar sus estudios para reducir el impacto económico de largo plazo del cuidado.

La Red de Cuidado costarricense, una “red de atención progresiva para el cuido integral de las personas adultas mayores”, coordina iniciativas de personas, familias, grupos comunitarios



organizados, organizaciones no gubernamentales e instituciones del Estado.⁶¹ Se implementa a nivel local, en cantones o comunidades donde diversos actores están interesados y comprometidos con conformar la estructura social necesaria para llevarla a cabo (CONAPAM, 2023).

5.4 Las políticas para mejorar la conciliación entre la vida laboral y el cuidado familiar son escasas

Las licencias para brindar cuidados de larga duración, las modalidades de trabajo flexible y los servicios de respiro pueden ayudar a combinar el cuidado no remunerado con el empleo, y reducir así el impacto económico del cuidado no remunerado. Si estas políticas se implementan para hombres y mujeres de manera efectiva, también pueden contribuir a reducir la desigualdad de género en el cuidado.

5.4.1 Solo unos pocos países cuentan con licencias para brindar cuidado familiar

Los esquemas de licencia que permiten ausentarse del trabajo explícitamente para cuidar a familiares mayores existen únicamente en Chile, Ecuador y México.⁶² En unos pocos países adicionales, la normativa permite a los trabajadores tomar días de licencia para cuidar a familiares enfermos de cualquier edad. Este es el caso de Costa Rica, El Salvador, Honduras y Perú (Güezmes García y Vaeza, 2023). Además, Brasil y Perú avanzan hacia la inclusión de opciones de licencia en sus políticas nacionales de cuidados.

Allí donde no existen licencias específicas para el cuidado familiar, los trabajadores deben recurrir a esquemas más generales, como días de licencia personal o por emergencia, para cubrir periodos de cuidado. Barbados, por ejemplo, cuenta con una licencia personal no remunerada de seis a doce meses por motivos personales. Además, existen licencias cortas y remuneradas por emergencias en países como Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Paraguay, Perú y Uruguay (OIT, 2022). Estas licencias especiales por razones familiares urgentes son breves (no más de unos pocos días) y pueden ser remuneradas o no. Según la legislación nacional, los trabajadores tienen derecho a una licencia por

61. La red ofrece servicios de cuidados de larga duración: atención domiciliar básica y especializada, vivienda comunitaria y hasta dos años de atención residencial. También brinda apoyo en trámites administrativos y otorga subsidios para alimentación, higiene, ayudas técnicas y equipamiento y mejoras del hogar.

62. Véase: <https://webapps.ilo.org/globalcare/>.



emergencia en situaciones como un accidente o una enfermedad súbita de un familiar, o con ocasión de eventos familiares significativos como nacimientos o defunciones. Perú aprobó la Ley 30795/2018, que permite a quienes cuidan a familiares con enfermedades como el Alzheimer y otras demencias tomar licencia sin riesgo de sanciones ni de reducción salarial.

Las modalidades de trabajo flexible están disponibles en tres países, si bien otros las están considerando. Estos esquemas representan otra vía para ayudar a las personas cuidadoras a compatibilizar las responsabilidades laborales con las de cuidado. En Chile, por ejemplo, el teletrabajo es una opción disponible para quienes cuidan a una persona mayor.⁶³ En Costa Rica, está disponible para cuidadoras de personas con discapacidad, y se trabaja para incluir a quienes cuidan a personas mayores. En Perú, la regulación del teletrabajo de 2022 otorgó a los trabajadores de los sectores público y privado la posibilidad de adoptar esta modalidad de empleo, con el objetivo de facilitar el acompañamiento y la provisión de cuidados oportunos a personas en situación de mayor vulnerabilidad (Congreso de la República del Perú, 2022).

5.4.2 La disponibilidad de servicios de respiro varía ampliamente entre países y también dentro de cada uno

Los servicios de respiro brindan a las cuidadoras no remuneradas una pausa de sus tareas habituales. Contribuyen a su salud física y mental, y ayudan a reducir su aislamiento social. La evidencia de países de ingresos altos muestra que su uso solo es elevado cuando se trata de servicios de calidad, accesibles, asequibles y ajustados a las necesidades de las personas cuidadoras. Las formas más comunes de respiro incluyen servicios residenciales, diurnos o a domicilio. Su duración y frecuencia es variable: algunos ofrecen estancias breves (por ejemplo, en centros de día), mientras que otros permiten estancias más largas (por ejemplo, en residencias, durante vacaciones o enfermedades de la persona cuidadora). Los servicios de respiro son de tiempo limitado, bajo demanda y funcionan como apoyo en fechas o eventos específicos.

En América Latina y el Caribe existen algunos ejemplos de servicios de respiro.⁶⁴ En Chile, por ejemplo, se ofrecen a través de Chile Cuida, programa actualmente implementado en 151 de 345 municipios. Todos los servicios bajo el paraguas de Chile Cuida deben estar coordinados

⁶³. Ley de Conciliación de la Vida Personal, Familiar y Laboral N.º 21.645 (2023), Chile.

⁶⁴. Todos los servicios de cuidados de larga duración —ya sean a domicilio o institucionales— que no requieren la presencia de una persona cuidadora familiar también brindan respiro. Este informe no describe los servicios de cuidados de larga duración disponibles en la región porque se centra en las cuidadoras. Esta sección ofrece ejemplos de servicios que proporcionan respiro por un tiempo limitado, con mayor énfasis en las personas cuidadoras que en quienes reciben los cuidados. Estos servicios pueden considerarse complementarios de los servicios de cuidados de larga duración más intensivos que se centran, principalmente, en las personas receptoras de cuidados o lo hacen de manera equilibrada entre receptores y personas cuidadoras.



e interconectados por el Programa Red Local de Apoyos y Cuidados. En el marco de este programa, las cuidadoras familiares en situación de vulnerabilidad social que atienden a personas con dependencia moderada o severa pueden acceder, en promedio, a dos visitas domiciliarias por semana de un asistente personal, de cuatro horas cada una (Gobierno de Chile/Dirección Sociocultural, 2016; Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2024a; Molina et al., 2020). A nivel subnacional, el municipio de Las Condes (también en Chile) ofrece un servicio de respiro para personas desempleadas que cuidan de forma permanente a un familiar con dependencia física o cognitiva severa. La persona cuidadora debe presentar alto riesgo de sobrecarga, no poder cubrir sus propias necesidades y carecer de oportunidades de autocuidado debido a las exigencias del cuidado. Por un lado, las personas cuidadas reciben visitas periódicas de un equipo multidisciplinario (kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo, trabajador social y técnico en enfermería); por otro, las personas cuidadoras son monitoreadas dos a tres veces por semana y un fin de semana al mes, y reciben visitas quincenales del equipo, según la evaluación de cada caso.⁶⁵ Este tipo de servicios de respiro también se encuentra en Costa Rica.⁶⁶

El ámbito municipal ofrece dos ejemplos adicionales. En Bogotá (Colombia), las Manzanas del Cuidado, distribuidas por la ciudad, concentran diversos servicios, accesibles a una distancia de aproximadamente 20 minutos a pie. Este programa está dirigido a personas cuidadoras (en particular, mujeres) y a sus familias, a quienes ofrece actividades y talleres que promueven el crecimiento personal, físico e intelectual mientras las personas mayores reciben atención. Las Manzanas del Cuidado también permiten completar la educación secundaria y acceder a consultas médicas y asesoramiento psicojurídico.⁶⁷ En la actualidad, Bogotá cuenta con 25 de estos espacios.⁶⁸ La Ciudad de México, por su parte, está replicando la experiencia mediante un programa denominado Utopías. También en México, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha comenzado recientemente a ofrecer programas de respiro a través de viajes turísticos subsidiados para cuidadoras y personas cuidadas. Además, aprovecha estos viajes para brindar información y asesoramiento relacionados con los cuidados de larga duración.

65. Véase: <https://www.lascondes.cl/inicia-programa-el-respiro-para-apoyar-a-cuidadores-de-adultos-mayores/>.

66. Véase: <https://www.imas.go.cr/cuidateparacuidarbien/servicios-de-respiro.html>.

67. Véase: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/>.

68. Véase: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/donde-encontrarlas/>.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe



6 Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración sostenible y competente



La fuerza laboral formal de cuidados de larga duración es relativamente pequeña en América Latina y el Caribe y, como se explica en el **Capítulo 2** , el envejecimiento de la población pronto ejercerá una presión adicional sobre ella. En todo el mundo, los salarios bajos, las condiciones laborales precarias, la falta de reconocimiento social y las oportunidades limitadas de desarrollo profesional contribuyen a que la profesión resulte poco atractiva, lo que deriva en problemas de retención y una elevada rotación (Vadean y Saloniki, 2020; Hussein et al., 2016). A su vez, esta alta rotación se asocia con una menor calidad de los cuidados y con mayores tasas de mortalidad entre los residentes de centros de larga estadía (Akosa Antwi y Bowblis, 2016).

Este capítulo presenta un panorama integral de las políticas vigentes para mejorar las condiciones de trabajo, el bienestar y la formación de las y los trabajadores remunerados del sector de cuidados de larga duración en la región. El análisis evidencia la diversidad de enfoques entre países y subraya la importancia de continuar invirtiendo e innovando en políticas que fortalezcan la fuerza laboral formal de cuidados de larga duración.⁶⁹

6.1 Las regulaciones laborales influyen en el sector de cuidados de larga duración

Las regulaciones laborales configuran la relación entre personas empleadoras y empleadas, y delimitan los derechos y responsabilidades de ambas partes. También definen los perfiles ocupacionales de cada sector y regulan aspectos como la jornada laboral máxima, los salarios mínimos, las prestaciones, la cobertura de protección social y la seguridad en el trabajo. Su objetivo es promover el trabajo decente, en el que las normas laborales internacionales, la protección social y los derechos fundamentales de las y los trabajadores se articulen con la creación de empleo.

En muchos países no existe una definición clara del sector de cuidados de larga duración ni un reconocimiento oficial de la profesión de cuidador, lo que dificulta el diseño y la implementación de regulaciones y leyes específicas para el sector. En ausencia de normas sectoriales, las y los trabajadores de cuidados de larga duración suelen registrarse por la normativa laboral general o, en el caso de quienes brindan cuidados en el hogar, por las regulaciones del trabajo doméstico. Por ello, esta sección describe las regulaciones laborales vigentes en la región que se aplican a las personas que se desempeñan en trabajos cuidados de larga duración, hayan

69. Parte de la información que se presenta en este capítulo se obtuvo a través de entrevistas con representantes gubernamentales y expertos (véase la **Introducción** ). Esta información aparece referida al Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.



sido o no diseñadas explícitamente para ellos. Algunas regulaciones también incluyen a trabajadores remunerados sin contrato formal, sin embargo, este capítulo no presenta un inventario exhaustivo de dichas políticas.

6.1.1 La mayoría de los países regulan los cuidados de larga duración a través de leyes laborales, no de normativa sectorial específica

De los 17 países de América Latina y el Caribe incluidos en este análisis, ocho han incorporado políticas que regulan la situación de las y los trabajadores de cuidados de larga duración dentro de políticas y planes nacionales de cuidados (Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, República Dominicana y Uruguay) o dentro de políticas nacionales de envejecimiento (Barbados y Trinidad y Tobago). Además, todos los países analizados cuentan con marcos más amplios aplicables a quienes se encuentran en la economía formal, que inciden indirectamente en las personas cuidadoras mediante regulaciones sobre salario mínimo, protección del empleo, normas de seguridad y derecho a la formación.

El contenido de las regulaciones específicas del sector de cuidados de larga duración vigentes es muy heterogéneo (**Cuadro 6.1** ). En general, abarcan cuatro áreas:

1. Derechos laborales y condiciones de trabajo. Los países han aprobado políticas para regular los derechos laborales de las personas cuidadoras formalmente empleadas. Ejemplos de ello son los salarios mínimos de referencia en Costa Rica y Uruguay; los convenios colectivos sectoriales para personal hospitalario y de cuidados en Argentina y Uruguay; y las protecciones previstas en leyes de derechos laborales en Argentina, Barbados y Honduras. Colombia, Barbados y Argentina también regulan de manera más amplia los derechos laborales y las condiciones de trabajo para todo tipo de personal de cuidados.
2. Normas de seguridad y calidad de la atención. Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana y Uruguay han adoptado medidas para garantizar la seguridad y la calidad de la atención en establecimientos residenciales. Barbados vela por el cumplimiento en materia de salud y seguridad a través de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo⁷⁰ y de los Reglamentos de Servicios de Salud.⁷¹ La formación del personal sanitario en Guyana también busca mejorar la calidad de los cuidados.

⁷⁰. *Safety and Health at Work Act.*

⁷¹. *Health Services Regulations.*



3. Formación de personas cuidadoras. Varios países (por ejemplo, Chile, Guyana y Uruguay) han optado por regular la formación en cuidados mediante leyes o como parte de sus planes nacionales de cuidados y de envejecimiento. Buscan armonizar la disponibilidad, la calidad o el acceso a la formación de las cuidadoras y, a largo plazo, profesionalizar los cuidados y atender la escasez de mano de obra.
4. Productividad. Algunos países están impulsando la productividad de las y los trabajadores de cuidados de larga duración mediante el uso de tecnologías y la mejora de la coordinación entre los ámbitos social, sanitario y de cuidados de larga duración.

CUADRO 6.1 LEGISLACIÓN Y REGULACIONES QUE AFECTAN A LAS Y LOS TRABAJADORES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

PAÍS	POLÍTICAS, REGULACIONES Y ACUERDOS	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ENFOQUE DE LA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO CUBIERTO
Argentina	Reglamentación Laboral para Personas que Brindan Cuidados Domiciliarios y/o Actividades Polivalentes, 2021 (provincias de Mendoza, Río Negro, Entre Ríos y Chaco; Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires)	Ex Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidados a domicilio, diurnos y residenciales
	Ley N.º 5670: Establecimientos para Personas Mayores (Ciudad de Buenos Aires), 2016	Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado residencial y diurno
	Ley Nacional N.º 26.844 (2013): Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares	Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidados en el hogar
	Resolución 3315/2023: Directrices para la organización y funcionamiento de residencias para personas mayores	Ministerio de Salud	Estándares de seguridad y calidad de la atención; derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado residencial y diurno
Barbados	Política Nacional de Envejecimiento: Hacer de un envejecimiento saludable y activo una realidad para todos (2022–2033)	Ministerio de Empoderamiento de las Personas y Asuntos de las Personas Mayores	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado remunerado (institucional) y no remunerado
	Reglamentos de Servicios de Salud, 2005	Ministerio de Salud	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado residencial (hogares de ancianos)



PAÍS	POLÍTICAS, REGULACIONES Y ACUERDOS	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ENFOQUE DE LA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO CUBIERTO
Bolivia	Resolución N.º 002/2021: Estándares Básicos para la Atención a Personas Adultas Mayores en Centros de Acogida de Larga Estadía	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional	Estándares de seguridad y calidad de la atención; derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado residencial
	Ley 15.069: Política Nacional de Cuidados, 2024	Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre; Ministerio de las Mujeres; y Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
Brasil	Resolución del Directorio Colegiado (RDC) N.º 502/2021: Funcionamiento de Instituciones de Larga Estancia para Personas Mayores	Ministerio de Salud	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado residencial
	Boletín N.º 16905-31, que reconoce el derecho a los cuidados y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (primer trámite constitucional), 2024	Ministerio de Desarrollo Social y Familia; Ministerio de Hacienda; Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
Chile	Decreto 20 de la Ley 19.828: Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores, 2021	Ministerio de Salud	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado residencial
	Ley 2281 de 2023: incluye la creación del Sistema Nacional de Cuidados	Ministerio de Igualdad y Equidad	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado remunerado y no remunerado
Colombia	Ley 1251 de 2008: por la cual se dictan normas para la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores	Ministerio de Protección Social	Formación	Cuidado remunerado y no remunerado
	Decreto 681: Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022-2031	Ministerio de Salud y Protección Social	Formación	Cuidado remunerado y no remunerado
	Ley 1315 de 2009: se establecen condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención	Ministerio de la Protección Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado residencial y diurno
	Ley 2297 de 2023: establece medidas efectivas y oportunas en beneficio de la autonomía de las personas con discapacidad y los cuidadores o asistentes personales	Ministerio de Salud y Protección Social	Formación y condiciones de trabajo	Cuidado remunerado y no remunerado



PAÍS	POLÍTICAS, REGULACIONES Y ACUERDOS	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ENFOQUE DE LA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO CUBIERTO
Costa Rica	Ley 10.192: creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia, 2022	Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
	Estrategia Nacional de Envejecimiento Saludable 2022–2026	Ministerio de Salud	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
	Decreto Ejecutivo N.º 44730-S: Norma para la Autorización y Habilitación de Hogares de Larga Estancia para la Atención Integral de Personas Adultas Mayores, 2024	Ministerio de Salud	Estándares de seguridad y calidad de la atención; derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado residencial
	Decreto de Salarios Mínimos	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; Consejo Nacional de Salarios	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado formal
República Dominicana	Proyecto de Ley para la Creación del Sistema Nacional de Cuidados (presentado a la Comisión de Derechos Humanos en diciembre de 2024)	Secretaría Nacional de Cuidados	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
	Resolución N.º 11/2022 del Comité Nacional de Salarios: salario mínimo para el trabajo doméstico	Ministerio de Trabajo	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Trabajo doméstico
	Convenio Colectivo para Cuidadores, 2023	Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras; Consejo Nacional de las Personas Envejecientes (CONAPE)	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Sector público
	Reglamento de los Centros de Atención Integral para Personas Mayores	Consejo Nacional de las Personas Envejecientes (CONAPE)	Estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado formal
Ecuador	Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios de Atención y Cuidados para Personas Adultas Mayores, 2019	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención	Cuidado residencial, domiciliario y diurno
El Salvador	Política Nacional de Corresponsabilidad en los Cuidados 2022–2030	Oficina de Bienestar Social	Estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado remunerado y no remunerado
Guyana	Normas mínimas para establecimientos de cuidado de personas mayores, 2017	Ministerio de Protección Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado residencial
Honduras	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, 2007	Secretaría de Desarrollo Social	Estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado residencial y diurno
México	Proyecto de reforma de la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados, 2021	Por determinar	Derechos laborales y condiciones de trabajo; formación	Cuidado remunerado y no remunerado



PAÍS	POLÍTICAS, REGULACIONES Y ACUERDOS	INSTITUCIÓN RESPONSABLE	ENFOQUE DE LA POLÍTICA	TIPO DE CUIDADO CUBIERTO
Perú	Decreto Supremo N.º 007/2018 de la Ley 30490 sobre personas adultas mayores	Ministerio de Salud; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado remunerado (residencial y diurno)
Trinidad y Tobago	Política Nacional de Envejecimiento, 2006/2007	Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social y Servicios para la Familia	Estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado remunerado
Uruguay	Ley N.º 19.353: creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2015	Ministerio de Desarrollo Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado remunerado
	Decreto N.º 117/016 — reglamentación del Servicio de Asistentes Personales para cuidados de larga duración a personas con dependencia severa	Banco de Previsión Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Cuidado remunerado (domiciliario y residencial)
	Decreto N.º 356/016: habilitación, regulación y fiscalización de establecimientos de cuidados para personas mayores	Ministerio de Salud Pública	Derechos laborales y condiciones de trabajo; estándares de seguridad y calidad de la atención; formación	Cuidado residencial y diurno
	Consejo de Salarios N.º 21: Servicio Doméstico	Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	Derechos laborales y condiciones de trabajo	Trabajo doméstico

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

Las siguientes secciones describen con mayor detalle estas políticas, leyes y regulaciones que afectan a las y los trabajadores de cuidados de larga duración en la región.

6.2 Pocos países refuerzan los derechos laborales mediante políticas específicas para las personas trabajadoras de cuidados de larga duración

Los derechos laborales, como los salarios mínimos, las políticas de protección social y los convenios colectivos sectoriales, mejoran las condiciones de trabajo de las personas cuidadoras al garantizarles un ingreso digno y protección en caso de enfermedad, discapacidad, desempleo y vejez (Vadean y Allan, 2020).

Un desafío de política pública actual consiste en lograr una definición y un reconocimiento oficiales de la profesión de cuidador de larga duración. Por ejemplo, hasta hace poco, en Jamaica el cuidado no se reconocía como un empleo formal, pero ahora está incluido en las estadísticas de la fuerza laboral, abarcando a personas cuidadoras remuneradas de atención personal, muchas de las cuales eran previamente trabajadoras domésticas y han pasado a desempeñarse como cuidadoras a tiempo completo. Así, varios países reconocen oficialmente a las personas cuidadoras incluyéndolas en los registros públicos que se muestran en el **Cuadro 6.4** . En la práctica, una variedad de profesiones formales brinda cuidados de larga duración, como enfermeras, auxiliares de enfermería, cuidadoras, asistentes personales, terapeutas y trabajadoras domésticas.⁷²

6.2.1 En la mayoría de los países, los salarios en el sector de cuidados de larga duración se rigen por normativas generales

Las leyes que regulan los niveles salariales en el sector formal también inciden en la remuneración de las y los trabajadores de cuidados de larga duración. La normativa de cada país fija salarios mínimos y define cómo deben ajustarse periódicamente con base en un referente (por ejemplo, la tasa de inflación). Dado que los salarios de las y los trabajadores de cuidados suelen situarse cerca del salario mínimo, estas regulaciones resultan particularmente relevantes para el sector.

Unos pocos países cuentan con regulaciones salariales adicionales aplicables específicamente a los trabajadores formales del sector de cuidados de larga duración (**Cuadro 6.2**). Estas regulaciones afectan a las y los trabajadores de cuidados de manera directa (en Argentina, Costa Rica y Uruguay) o indirectamente a través de normativas para el trabajo doméstico (en Argentina, República Dominicana y Uruguay).

⁷². Si bien Colombia carece actualmente de estudios específicos sobre su fuerza laboral de cuidados de larga duración, la Ley 2297 de 2023, aunque se centra en la discapacidad, ofrece un marco de principios orientadores para brindar cuidados.

**CUADRO 6.2 SALARIOS MÍNIMOS Y AJUSTES**

PAÍS	POLÍTICA	TIPO DE TRABAJO	TIPO DE MEDIDA
Argentina	Ley Nacional N.º 26.844 de 2013: Régimen Especial de Contrato de Trabajo para el Personal de Casas Particulares	Trabajadoras domésticas que se desempeñan en hogares privados	Salario mínimo, actualizado mensualmente. El aumento reciente de diciembre de 2024 a enero de 2025 fue de 1,2%.
Costa Rica	Decreto de Salarios Mínimos	Trabajadoras domésticas que se desempeñan en hogares privados	Salario mínimo para asistentes de hogar (¢15.983,96), actualizado anualmente. De 2024 a 2025, el aumento fue de 2,37%.
República Dominicana	Resolución N.º 11/2022 del Comité Nacional de Salarios	Trabajadoras domésticas	Salario mínimo de 10.000 pesos mensuales.
Uruguay	Servicio de Asistentes Personales Para Cuidados de Larga Duración para Personas en Situación de Dependencia Severa. Ley 19.353 y Decreto 117/016	Asistentes personales	Salario mínimo de \$U 23.354 mensuales. (Implica un salario horario de \$U 292, más de dos veces el salario mínimo horario nacional de \$U 118).

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

6.2.2 Los países abordan de forma indirecta la informalidad y la falta de protección social en los cuidados de larga duración

Como se vio en el **Capítulo 4**, el sector de cuidados de larga duración presenta elevados niveles de informalidad. En los países donde a las personas cuidadoras se les contrata a través de un programa o sistema público (como Mejor en Casa en Brasil, el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa en Chile, el Programa de Atención Domiciliaria en Perú o los programas de atención domiciliaria del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay), trabajan formalmente y cotizan a la seguridad social. De manera similar, el personal de instituciones acreditadas y registradas (residenciales o centros de día) suele ser contratado formalmente. Sin embargo, el número de personas cuidadoras incorporadas mediante un programa público o que trabajan en una institución acreditada es relativamente reducido, lo que se traduce en bajos niveles de empleo formal en el conjunto del sector.

Algunos países buscan aumentar el empleo formal mediante estrategias de formación (analizadas en la **Sección 6.4**). Estas resultan más eficaces cuando, al finalizar la capacitación, las personas cuidadoras se inscriben en un registro oficial que les brinda acceso a oportunidades de empleo, una práctica implementada en Argentina y Uruguay.

Otros países tratan de ampliar el empleo formal entre quienes brindan cuidados en el hogar de manera indirecta, a través de políticas diseñadas para formalizar el trabajo doméstico. Desde 2007, Uruguay ha aplicado diversas medidas para incrementar las cotizaciones a la seguridad



social, la cobertura médica y el acceso a licencias parentales de las trabajadoras domésticas.^{73,74} Brasil y Argentina han tomado medidas similares (Global Deal, 2023). En Argentina, un acuerdo tripartito condujo a un incremento progresivo del salario mínimo para el trabajo doméstico, con una categoría específica que incluye a quienes brindan cuidados. Jamaica también introdujo reglas especiales de cotización a la seguridad social para el trabajo doméstico, a fin de aliviar la carga tributaria y promover el empleo formal. En Colombia, la Política Nacional de Cuidados planea diseñar e implementar una hoja de ruta para facilitar la realización de inspecciones laborales y la inscripción de trabajadoras domésticas en un registro nacional que garantice sus derechos laborales y una remuneración justa (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración).

Además, unos pocos países ofrecen incentivos para la contratación formal de personal en los hogares. Las familias que contratan cuidadoras a domicilio pueden evitar los contratos formales para reducir trámites y contener costos. Para disminuir la carga administrativa, Brasil y Colombia implementaron plataformas —la herramienta eSocial y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA), respectivamente— que simplifican las obligaciones laborales, tributarias y de seguridad social derivadas de la relación empleador–persona cuidadora. Para reducir el costo financiero de la formalización, México y Argentina introdujeron esquemas de deducción de impuestos por gastos de cuidado informados en la declaración anual del impuesto sobre la renta (OIT, 2018). No obstante, el alcance e impacto de estas medidas siguen siendo limitados.

6.2.3 Los convenios colectivos y los registros nacionales pueden mejorar las condiciones laborales

La falta de una definición oficial de la profesión de cuidador es una de las razones por las que, en la mayoría de los países, las personas que trabajan en el sector no están organizadas. Por ello, la región no cuenta con sindicatos de cuidadoras de gran alcance y sus demandas suelen incluirse junto con las del trabajo doméstico. En este contexto, los convenios colectivos son fundamentales para mejorar las condiciones laborales.

Las bajas tasas de sindicalización y la fragmentación de la fuerza laboral dificultan la posibilidad de conseguir convenios colectivos en el sector de cuidados de larga duración. Muchas cuidadoras trabajan en domicilios particulares o en establecimientos pequeños, lo que complica su organización y representación efectiva. Los altos niveles de informalidad debilitan aún más el

⁷³. Decreto N.º 224/007, Uruguay.

⁷⁴. Ley N.º 19161 de noviembre de 2013.



poder de negociación y limitan los esfuerzos para asegurar salarios, prestaciones y condiciones de trabajo estandarizadas en todo el sector. Solo tres países de la región (Argentina,⁷⁵ República Dominicana y Uruguay) cuentan con convenios colectivos que inciden sobre las personas que brindan cuidados de larga duración (véase el **Cuadro 6.3** ).

CUADRO 6.3 CONVENIOS COLECTIVOS

PAÍS	CONVENIOS COLECTIVOS	ÁREAS DE ENFOQUE
Argentina	Convenio Colectivo de Trabajo para Atención, Cuidado e Internación Domiciliaria de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina (CCT 743/16), 2025 (renovación anual)	Salario básico, asignación por maternidad, beneficio para cuidado de hijos, contribución solidaria
	Convenio Colectivo de Trabajo (CCT 122/75) que comprende al personal técnico, administrativo y de maestranza de clínicas, sanatorios, institutos con internación, establecimientos geriátricos y sanatorios de neuropsiquiatría (Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina), 2025 (renovación anual)	Salario básico, asignación por maternidad, contribución solidaria
República Dominicana	Convenio colectivo entre la Federación Nacional de Mujeres Trabajadoras y el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente, 2023	Capacitación para 200 cuidadores
Uruguay	Convenio Colectivo Grupo 15. Servicios de Salud. Decreto 540/006. Casas de Salud y Residenciales de Ancianos (con fines de lucro), 2006	Salario mínimo, períodos de descanso, bioseguridad, turnos nocturnos y uniformes
	Plan de Provisión Colectiva del Programa Asistentes Personales, N.º 117/2016	Responsabilidad colectiva y modelo integrado y humanizado de cuidados, plan individualizado de cuidados, registro de prestadores de cuidados, marcos contractuales, contención y apoyo a través de procesos asociativos, nuevas opciones de formación e inserción laboral

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

Los registros oficiales constituyen otra herramienta para otorgar mayor reconocimiento a la profesión de cuidador y hacerla más atractiva, ya que, además de reconocer formalmente a las personas cuidadoras, pueden informarles sobre oportunidades laborales, vinculándolos con potenciales empleadores. También pueden ser una fuente de información sobre formación y otros servicios de apoyo para cuidadoras.

75. En Argentina, la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina tiene dos convenios colectivos que incluyen a personas cuidadoras que trabajan en distintos ámbitos. El Convenio Colectivo de Trabajo 743/16 para Atención y Hospitalización Domiciliaria exige que las empresas de atención domiciliaria contraten formalmente a todo su personal. El Convenio Colectivo de Trabajo 122/75 para el Personal Técnico, Administrativo y de Maestranza de Clínicas, Sanatorios, Institutos con Internación, Establecimientos Geriátricos y Sanatorios de Neuropsiquiatría impone el mismo requisito a los establecimientos residenciales de larga duración. Su cumplimiento es elevado: el 70% de estos establecimientos ha registrado formalmente a sus trabajadores (Ministerio de Salud de Argentina, 2025). Este último convenio contempla dos categorías de personal exclusivas de los establecimientos residenciales de larga duración: "asistente geriátrico" y "mucamo/a de sala, consultorios externos y geriátrico".



Los registros de personas cuidadoras también pueden beneficiar a los empleadores y a los gobiernos. Para los empleadores, garantizan que la persona contratada cumpla las normas profesionales requeridas (por ejemplo, no tener antecedentes de abuso, negligencia o conducta indebida). Los gobiernos pueden emplearlos para monitorear la calidad de los cuidados brindados, hacer cumplir la normativa del sector y seguir la disponibilidad, la demanda y los déficits de personas cuidadoras a fin de planificar necesidades futuras de cuidado.

Argentina, Costa Rica y Uruguay cuentan con registros nacionales (**Cuadro 6.4** ). Las cuidadoras que cumplan los requisitos (formación, certificación y otros) y deseen ser reconocidas oficialmente deben inscribirse. Perú también tenía planes de establecer un registro de este tipo.⁷⁶ En este sentido, los registros pueden incluir únicamente las y los trabajadores del cuidado, como en Argentina, o ser más amplios e incorporar otros servicios de cuidado públicos o privados, como prestadores institucionales, como en Costa Rica y Uruguay.

En algunos casos, como en Argentina, los registros nacionales pueden ser una puerta de entrada a la formación, ya que quienes hayan obtenido un certificado de cuidador domiciliario de 80 a 199 horas pueden iniciar el proceso de inscripción. Sin embargo, para figurar en el registro deben completar la formación mínima recomendada de 200 horas (véase la **Sección 6.4** ) cursando un programa estandarizado.⁷⁷ En otros casos, como en Costa Rica, los registros ofrecen información sobre autocuidado, oportunidades de formación y otros servicios públicos de apoyo.⁷⁸

CUADRO 6.4 REGISTROS NACIONALES DE PERSONAS CUIDADORAS FORMALES

PAÍS	REGISTROS NACIONALES DE PERSONAS CUIDADORAS Y SERVICIOS DE CUIDADOS	
Argentina	Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios	Requisitos: mayor de 18 años, certificado de cuidador domiciliario y documento de identidad.
Costa Rica	Cuidar.CR	Plataforma que facilita la comunicación, las transacciones y la gestión para prestadores y usuarios de servicios de cuidados, que incluye al menos: un directorio de personas cuidadoras formales, un portal integrado de los servicios existentes del sistema nacional de cuidados y recursos de autocuidado para el bienestar de las cuidadoras.
Uruguay	Registro Nacional de Cuidados	Abierto a: prestadores de servicios de cuidados de larga duración (cuidados a domicilio y establecimientos residenciales), servicios diurnos para niños, servicios diurnos para personas mayores y con discapacidad, servicios de cuidados a domicilio (asistentes personales), servicios de cuidado remoto (teleasistencia) y servicios de formación de cuidadoras.

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

⁷⁶. Proyecto de ley 7893/2023-CR, 2023, Perú.

⁷⁷. Curso curricular complementario. Véase: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/presentacion_curso_cccl_0.pdf.

⁷⁸. Véase: <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/nueva-plataforma-digital-permite-acceder-servicios-de-cuido-para-personas-adultas-en>.



6.3 Las medidas de seguridad son habituales y mejoran el bienestar de las y los trabajadores, favorecen la retención y elevan la calidad de los cuidados

Las medidas de seguridad para prevenir la sobrecarga emocional y física de las personas cuidadoras son esenciales para mejorar su bienestar. También favorecen la retención al impactar positivamente en la satisfacción laboral y reducir los problemas de salud (Miranda et al., 2011; Etti et al., 2025; Okros y Virga, 2022). Además, estas medidas incrementan la calidad de los cuidados. Las medidas de seguridad vinculadas a la salud —por ejemplo, regulaciones sobre cómo movilizar a personas mayores sin accidentes ni sobreesfuerzos— serían particularmente importantes para las cuidadoras, pero aún no se abordan más allá de formaciones que incluyen prácticas de manejo seguro.

La mayoría de los países cuentan con requisitos de salud y seguridad para los establecimientos de cuidados de larga duración (véase el **Cuadro 6.5**). Estas medidas suelen incluir límites de capacidad, procesos obligatorios de autorización, especificaciones detalladas sobre la cualificación del personal, ratios de residente-trabajador, requisitos de infraestructura y normas de seguridad. En la mayoría de los países, los prestadores deben cumplir estas normas para obtener el permiso de funcionamiento.⁷⁹ Las inspecciones de cumplimiento se realizan con distintos grados de regularidad.

79. Argentina cuenta con un programa en marcha para mejorar la calidad de los cuidados en las residencias de larga estadía, tanto públicas como privadas. Este programa busca optimizar los procesos, la gestión de recursos, la calidad del trabajo y la calidad de vida de las personas mayores. La Resolución 3315/2023 del Ministerio de Salud de la Nación aprobó el documento “Lineamientos para la organización y funcionamiento de residencias de larga estadía para personas mayores. Modelo de atención centrada en la persona”, que incluye los Anexos V y VI: “Buenas prácticas en residencias de larga estadía y herramienta de autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad” y “Procesos para el reconocimiento de establecimientos comprometidos con la calidad — Residencias de larga estadía”. La Sección 2 del Anexo V, “Recursos humanos”, establece que las residencias de larga estadía deben garantizar la cantidad y la calidad suficientes de recursos para brindar el apoyo y los cuidados que requieren los residentes. Esta intervención debe promover equipos interdisciplinarios de personal técnico y profesional competente, con los conocimientos y las actitudes éticas y relacionales necesarias para brindar una atención centrada en la persona. El Ministerio de Salud de la Nación ha comenzado a implementar esta herramienta de evaluación de la calidad mediante una prueba piloto en hogares de ancianos públicos y privados (Ministerio de Salud de Argentina, 2025).

**CUADRO 6.5 MEDIDAS DE SALUD Y SEGURIDAD**

PAÍS	NOMBRE	REGULACIÓN	SECTOR CUBIERTO
Argentina	Resolución 3315/2023. Directrices para la organización y funcionamiento de residencias para personas mayores. Modelo de atención centrado en la persona.	Infraestructura, materiales, protocolos, personal (formación y funciones), razón de trabajadores por residente, cuestionario de autoevaluación de calidad de cuidados	Residencias y centros de día
	Ley I N.º 5670 sobre Establecimientos para Personas Mayores de la Ciudad de Buenos Aires	Inspecciones	Establecimientos residenciales y centros de día privados
	RESOL-2023-896-INSSJP-DE#INSSJP — Programa de Atención Integral en Residencias de Larga Estadía para Personas Mayores	Estándares mínimos de infraestructura, recursos humanos, servicios, costos y pagos para residencias proveedoras del INSSJP	Residencias de larga estadía y residencias psicogerontológicas
Barbados	Regulaciones sobre Servicios de Salud, 2005	Reglas de infraestructura por tipo de establecimiento	Todo el personal de salud
Bolivia	Resolución N.º 002/2021 (Ministerio de Salud, Agencia Estatal de Vigilancia de la Salud). Normas básicas y estándares para la atención integral en centros de larga estadía para personas adultas mayores	Reglas sobre infraestructura, materiales y servicios, inspecciones y recursos humanos	Residencias de larga estadía
Brasil	Resolución de Directoría Colegiada N.º 502 (2021). Funcionamiento de las Instituciones de Larga Permanencia para Personas Mayores	Estándares mínimos de infraestructura, recursos humanos y condiciones de seguridad para trabajadores	Residencias de larga estadía
Chile	Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para A Personas Mayores (2021)	Estándares mínimos de infraestructura, condiciones de seguridad para trabajadores, formación mínima exigida y dotación de personal (tit. IV, arts. 14–20)	Residencias de larga estadía
Colombia	Ley 1315 de 2009. Condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención.	Criterios de ingreso, reglas sobre personal	Centros de protección, centros día y residencias
	Estándares de calidad	Reglas sobre recursos humanos, formación, capacitación y estado de las instalaciones	Centros de día, hogares geriátricos, atención domiciliar y teleasistencia
Costa Rica	Decreto Ejecutivo N.º 44730-S: Norma para la habilitación de hogares de larga estadía para la atención integral de la persona adulta mayor (2024)	Requisitos mínimos sobre recursos humanos (calificaciones, dotación por especialidad), y medidas de seguridad/infraestructura	Residencias de larga estadía
República Dominicana	Reglamento de Centros de Atención Integral para Personas Mayores	Requisitos mínimos para centros de atención	Residencias y centros de día
Ecuador	Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios de Atención y Cuidados para Personas Adultas Mayores (2018)	Disposiciones sobre recursos humanos (perfiles, gestión, reemplazos, contratación) y medidas de seguridad y calidad	Atención diurna y residencial, atención domiciliar y centros sociales
El Salvador	Política Nacional de Corresponsabilidad de los Cuidados 2022–2030	Disposiciones para ampliar y mejorar la infraestructura de los centros de cuidados para personas en situación de dependencia	Residencias y centros de día
Honduras	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados (2007)	Formación de recursos humanos técnicos y profesionales; organismos de supervisión; recursos humanos; infraestructura y equipamiento de instituciones de atención a personas mayores y jubiladas	Centros de día y residencias



PAÍS	NOMBRE	REGULACIÓN	SECTOR CUBIERTO
Perú	Decreto Supremo N.º 007-2018 de la Ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor	Estándares mínimos de infraestructura, recursos humanos e higiene	Centros de día y residencias
Trinidad y Tobago	Política Nacional sobre Envejecimiento (2006/7)	Atención sanitaria y estándares para hospitales y centros de cuidados	Residencias

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

Un ejemplo de medidas de salud y seguridad son los ratios (relaciones) de personal, que definen el número de personas cuidadoras por residente. Contar con ratios adecuados es clave para garantizar que las personas residentes reciban los cuidados que necesitan y para prevenir consecuencias negativas (mentales, físicas y emocionales) para quienes brindan cuidados. Sin embargo, no existe un consenso internacional claro sobre cuáles son los ratios idóneos.

Diez países de América Latina y el Caribe regulan esto (Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Uruguay), como se muestra en el **Cuadro 6.6** . En la mayoría, el número exigido de personas cuidadoras aumenta con el grado de dependencia de cuidado de los residentes y también varía según si se trata del día o de la noche. Por ejemplo, en Chile debe haber una persona cuidadora por cada seis personas mayores con dependencia severa; para personas con dependencia leve o moderada, la relación es de uno a 12 durante el día y de uno a 15 por la noche. De manera similar, en Bolivia el número de auxiliares de enfermería requeridos se incrementa con el nivel de dependencia: dos para 20 residentes con necesidades leves, cinco para 20 con necesidades moderadas y aún más para dependencias más severas. En Colombia, la dotación de personal por residente es determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social según el alcance del centro.⁸⁰ En Ecuador, los ratios difieren entre residencias y centros de día: en residencias son de uno a 10 durante el día y de uno a 15 por la noche; en los centros de día, de uno a 35. Uruguay establece una relación de uno a 10 para centros de día y, en residencias, de un trabajador por cada cinco residentes dependientes durante el día y de uno a 10 en los turnos nocturnos. En Barbados, los hogares para personas mayores exigen una persona cuidadora por cada 10 residentes, mientras que los hogares de enfermería requieren una enfermera titulada por cada ocho residentes. En Perú, los hogares de larga estadía requieren una persona cuidadora por cada 10 usuarios, con la misma relación para los centros de día; en los centros nocturnos, el número de personas cuidadoras depende de las necesidades del establecimiento.

80. Ley 1315/2009.



Los países que fijan ratios de personal suelen establecer también requisitos sobre la composición de la fuerza laboral. Por ejemplo, para residentes con dependencia severa en Argentina, por turno se exige un enfermero con matrícula por cada 30 residentes, un auxiliar de enfermería por cada siete residentes y un asistente gerontológico por cada 10 residentes.⁸¹ Otros países, como Costa Rica, no especifican relaciones numéricas, pero sí reglas sobre la composición del personal en los establecimientos de cuidados. Por ejemplo, los hogares de larga duración deben contar con acceso a profesionales en psicología, nutrición, fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, medicina general, geriatría y odontología.

CUADRO 6.6 RATIOS Y REQUISITOS DE PERSONAL

PAÍS	REGULACIÓN SOBRE RATIOS Y COMPOSICIÓN DEL PERSONAL	
Argentina	Resolución 3315/2023: Directrices para la organización y funcionamiento de Residencias para Personas Mayores	Los requisitos de dotación en instituciones de cuidados de larga duración aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.
Barbados	Regulaciones sobre Servicios de Salud, 2005	Requisitos de dotación para hogares de ancianos y para residencias con servicios de enfermería.
Bolivia	Resolución N.º 002/2021: Estándares Básicos para la Atención de Personas Adultas Mayores en Centros de Acogida de Larga Estadía	Los requisitos de dotación en instituciones de cuidados de larga duración aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.
Brasil	Resolución de Directorio Colegiado N.º 502 (2021): Funcionamiento de Instituciones de Larga Estadía para Personas Mayores	Los requisitos de dotación en instituciones de cuidados de larga duración aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.
Chile	Reglamento de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (2021)	Los requisitos de dotación en instituciones de cuidados de larga duración aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.
Colombia	Ley 1315 de 2009: Condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención	Los requisitos de dotación en instituciones de cuidados de larga duración aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.
Costa Rica	Decreto Ejecutivo N.º 44730-S (2024): Norma para la autorización y habilitación de hogares de larga estadía para la atención integral de las personas mayores	Composición del personal en hogares de cuidado residencial.
Ecuador	Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios de Atención y Cuidados para Personas Adultas Mayores (2018)	Requisitos de personal para atención diurna, domiciliaria, residencial y en centros sociales.
Perú	Decreto Supremo N.º 007-2018 de la Ley 30490, Ley de la Persona Adulta Mayor	Requisitos de personal para centros residenciales y de día.
Uruguay	Decreto N.º 356/016: Regulación, habilitación y fiscalización de servicios de atención para personas mayores, art. 19	Los requisitos de dotación para centros de día y residencias aumentan según el nivel de dependencia de los residentes.

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

81. Resolución 3315/2023, Argentina. La mayoría de las provincias cuentan con normativas locales para el funcionamiento de establecimientos de cuidados de larga duración para personas mayores, que por lo general fijan los ratios cuidador-residente.



Un desafío importante para la salud y la seguridad de las cuidadoras es definir y poner en práctica medidas en los entornos del hogar, lo cual es intrínsecamente difícil dada la naturaleza del trabajo, que se realiza en la intimidad de las viviendas de las personas que reciben cuidados.

6.4 Los países impulsan una fuerza laboral sostenible en cuidados de larga duración mediante el desarrollo de competencias

Una estrategia clave para desarrollar la fuerza laboral de cuidados de larga duración es ofrecer, mejorar y ampliar los programas de formación y educación. Los países de la región han mejorado de forma notable la disponibilidad, accesibilidad y contenidos de estos programas. Como se detalla en el **Cuadro D.1** , cuatro de ellos (Colombia, El Salvador, Trinidad y Tobago y Uruguay) han incluido explícitamente la mejora y la ampliación de las oportunidades de formación y certificación en sus políticas de cuidados o de envejecimiento.

6.4.1 Los países de la región aún enfrentan dificultades para alinear las competencias de las personas cuidadoras con la demanda del mercado laboral

Seguir ajustando las competencias de las y los trabajadores a la demanda del sector de cuidados de larga duración sigue constituyendo un reto en América Latina y el Caribe. Una razón es la falta de una definición clara de la profesión de cuidador (véase la **Sección 6.2** ) , lo que dificulta identificar las competencias necesarias.

Muchos países han diseñado perfiles ocupacionales como primer paso hacia una formación mejor orientada y más estandarizada

Los países suelen elaborar perfiles ocupacionales para identificar y mapear la demanda de competencias para una ocupación específica. Estos perfiles describen en detalle las funciones, tareas y características del puesto. Por lo general, se desarrollan a partir de la experiencia del mercado laboral (prestadores de cuidados de larga duración) y de las características de la población que requiere servicios (edad, prevalencia de necesidades de cuidado, disponibilidad de cuidadoras familiares, etcétera). Por ejemplo, una persona con dependencia leve que vive en su hogar requiere competencias y formación distintas a las de una persona con dependencia severa que



vive en una residencia. Una vez definido el perfil ocupacional, el país puede desarrollar marcos de competencias y planes de estudio estandarizados (véase la **Sección 6.4.2** ) para orientar la oferta de habilidades hacia la demanda del mercado.

Varios países de la región ya cuentan con perfiles ocupacionales para cuidadoras de personas mayores (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, República Dominicana —solo el sector público—, México, Trinidad y Tobago y Uruguay). Estos perfiles se describen con más detalle en el **Cuadro 6.7** . Además, El Salvador está elaborando un perfil en el marco de su Política Nacional de Corresponsabilidad Social de los Cuidados (ISDEMU, 2024).⁸² Bolivia y México han desarrollado un perfil ocupacional para las personas que trabajan en hogares de manera remunerada con funciones que se superponen con las de las cuidadoras. De igual forma, Jamaica y Honduras cuentan únicamente con perfiles de personal sanitario.

Argentina, Brasil y Uruguay utilizan el mismo perfil ocupacional para personas cuidadoras que trabajan en domicilios y en instituciones, mientras que otros países, como México y Ecuador, definen perfiles separados según el tipo de servicio. Colombia también ha definido dos perfiles, diferenciados no por el entorno de trabajo (hogar o residencia), sino por el foco del cuidado brindado: las cuidadoras de apoyo personal se orientan más al acompañamiento en actividades de la vida diaria, mientras que las cuidadoras institucionales se centran más en el apoyo relacionado con la salud y trabajan, por lo general, bajo la supervisión de personal sanitario. La misma distinción existe en Costa Rica. Algunas provincias de Argentina (Mendoza, Río Negro y Entre Ríos) definieron perfiles específicos para cuidadoras polivalentes, es decir, trabajadoras que pueden brindar cuidados tanto en hogares y residencias como en ámbitos sanitarios. En otros países, los perfiles de las cuidadoras se vinculan a un solo entorno de trabajo: por ejemplo, al cuidado en el hogar en Barbados y al cuidado residencial en Trinidad y Tobago.

Chile ha dado un paso más al delinear una ruta de progresión profesional para cada perfil (desde el cuidado primario hasta la dirección de residencia) (OIT, 2023). El país también está definiendo nuevos perfiles para incorporar a la lista anterior, como cuidadoras gerontológicas, asistentes sociales comunitarias y cuidadoras de personas con dependencia severa.

82. Línea estratégica 6.



CUADRO 6.7 PERFILES OCUPACIONALES

PAÍS	PERFIL OCUPACIONAL	ÁMBITO	TAREAS INCLUIDAS
Argentina	Cuidador de personas adultas	Domicilios particulares; instituciones de cuidados residenciales y no residenciales	Apoyar en ABVD y AIVD; administrar medicación u otras tareas de salud bajo supervisión de personal de enfermería o médico.
	Perfiles de cuidador polivalente en Mendoza, Río Negro, Entre Ríos, Chaco y Ciudad de Buenos Aires	Domicilios particulares y/o establecimientos de salud públicos o privados	Apoyar en ABVD, AIVD, acceso a servicios de salud y necesidades fisiológicas; coordinar con personal sanitario y otros profesionales; informar a las personas mayores y vincularlas con la comunidad.
Barbados	Trabajador de ayuda a domicilio	Domicilios particulares	Asistir/supervisar en ABVD y AIVD; administrar medicación.
Bolivia	Trabajador doméstico remunerado	Domicilios particulares	Apoyar en ABVD; brindar apoyo a familiares.
Brasil	Cuidador de personas mayores	Domicilios particulares y centros residenciales/diurnos	Apoyar en ABVD y AIVD; supervisar tratamientos médicos; promover actividades sociales.
Chile	Asistente sociocomunitario	Organizaciones no gubernamentales; establecimientos públicos y privados	Brindar servicios de apoyo sociocomunitario.
	Trabajador de hogar particular	Domicilios particulares	Apoyar en ABVD y AIVD.
	Cuidador primario	Organizaciones no gubernamentales; establecimientos públicos y privados	Apoyar en ABVD; brindar cuidados primarios.
Colombia	Cuidador personal domiciliario	Cuidador personal domiciliario	Cuidador personal domiciliario
	Cuidador personal institucional	Cuidador personal institucional	Cuidador personal institucional
Costa Rica	Asistente domiciliario para personas mayores	Asistente domiciliario para personas mayores	Asistente domiciliario para personas mayores
	Profesional de enfermería en servicios integrales para personas mayores	Domicilios particulares, centros diurnos y otros establecimientos de atención	El rol del personal de enfermería en los servicios integrales para personas mayores se creó para que los profesionales que trabajan en instituciones puedan estandarizar y optimizar sus funciones y competencias profesionales, con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios que se brindan en estos centros.
Ecuador	Cuidador	Centros gerontológicos residenciales	Brindar apoyo en ABVD; apoyo a la rehabilitación; administrar medicamentos; monitoreo de salud.
	Cuidador / facilitador de talleres	Centros gerontológicos diurnos	Brindar apoyo en ABVD y en actividades sociales y de estimulación.
México	Cuidador de personas mayores en instituciones	Establecimientos de cuidados residenciales	Brindar apoyo en ABVD y AIVD; rehabilitación; estimulación cognitiva.
	Cuidador de personas mayores en domicilios particulares	Domicilios particulares	Planificar la asistencia y cuidados básicos; apoyar ABVD y AIVD; asistir en cuidados de salud en el hogar.



PAÍS	PERFIL OCUPACIONAL	ÁMBITO	TAREAS INCLUIDAS
Trinidad y Tobago	Asistente de cuidados	Establecimientos de cuidados de larga duración y hogares geriátricos	Comunicarse en el trabajo; seguir políticas de salud y seguridad; planificar y organizar tareas; apoyar ABVD; colaborar en evaluaciones; mantener entorno; preparar camas; realizar mediciones clínicas; aplicar primeros auxilios básicos.
Uruguay	Cuidadores	Entornos de cuidado residenciales y domiciliarios	Asistir a personas en situación de dependencia desde un enfoque de derechos; promover autonomía y bienestar; atender necesidades básicas, instrumentales y avanzadas; asegurar calidad del servicio y mejorar condiciones de cuidado.

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

Muchos países también están trabajando en la creación de marcos de competencias

Los marcos de competencias definen qué habilidades esenciales necesitan las personas trabajadoras de cada perfil ocupacional para desempeñarse adecuadamente. Así, los perfiles ocupacionales sirven de base para elaborar marcos de competencias, que a su vez pueden utilizarse para diseñar planes de estudio estandarizados a nivel nacional (véase la **Sección 7.2** ). Ocho países de la región (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Uruguay y Trinidad y Tobago) ya cuentan con marcos de competencias para el sector de cuidados de larga duración y El Salvador está desarrollando el suyo.

Los perfiles ocupacionales descritos arriba ya incluyen los marcos de competencias para cada ocupación específica en Argentina, Chile, Colombia y Uruguay. En otros países (Costa Rica,⁸³ Ecuador,⁸⁴ México y Trinidad y Tobago), los marcos de competencias se definen por separado. Por otro lado, el número y el tipo de competencias varían según el país. Argentina y Uruguay, por ejemplo, definen cinco áreas, pero con enfoques muy distintos. Mientras que Argentina opta por competencias cognitivas, psicomotoras, físicas, sensoriales y digitales, cada una ponderada por su importancia para la profesión, Uruguay define organizar recursos para optimizar los cuidados, apoyar las actividades cotidianas según las necesidades individuales, promover la integración social, comprender la normativa de los centros de cuidados y conocer la legislación laboral, con descripciones detalladas de las habilidades, conocimientos y responsabilidades requeridas en cada área.

Algunos países definen funciones muy diferenciadas dentro de la fuerza laboral de cuidados de larga duración, mientras que otros adoptan un marco más unificado entre entornos de cuidado. En Chile, las competencias exigidas para cada perfil son muy distintas. Para el perfil de cuidador

83. Marco de cualificaciones para la Asistencia Integral para la persona adulta mayor del Ministerio de Educación Pública, Costa Rica.

84. Protocolo de Atención Integral para Personas Adultas Mayores en Centros y Servicios Gerontológicos, Ecuador.



primario se incluyen asistir a personas con dependencia en las actividades cotidianas, apoyar el mantenimiento de la salud y monitorear la aplicación de los planes de intervención. En cambio, el asistente sociocomunitario debe gestionar el acceso a servicios sociales, coordinar apoyos en red y brindar respiro a cuidadoras primarias. En Colombia, los marcos de competencias para cuidadoras personales a domicilio y para cuidadoras en instituciones son muy similares: ambos requieren comunicación, escucha activa, pensamiento crítico, relaciones interpersonales y trabajo en equipo. La única diferencia es que las cuidadoras personales deben saber seguir instrucciones, mientras que las cuidadoras institucionales necesitan evaluar y dar seguimiento a las actividades.

México adopta un enfoque más práctico para definir las competencias requeridas de las cuidadoras formales. Su marco para cuidadoras a domicilio (Cuidado básico de la persona adulta mayor en domicilio) describe las tareas que se espera que desempeñen, en lugar de fijar áreas amplias de competencias. Recientemente, el Instituto Nacional de Geriátrica y el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER) lanzaron el Estándar de Competencia en Atención Centrada en la Persona para Personas Mayores con Dependencia Funcional,⁸⁵ con el fin de avanzar en la profesionalización de las cuidadoras (CONOCER, 2024). Para cuidadoras de personas mayores en establecimientos de asistencia social permanentes o temporales, rige un marco distinto.⁸⁶

Por último, El Salvador y Costa Rica están elaborando un currículo nacional para la formación de cuidadoras personales (Marco Nacional de Cualificaciones, 2019). Como paso preliminar, ambos países trabajan en caracterizar y definir perfiles de competencias para las cuidadoras y las tareas que deberán desempeñar.

6.4.2 Los países exigen requisitos muy distintos para trabajar en el sector de cuidados de larga duración

Como se vio en el **Capítulo 4**, en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe, las cuidadoras remuneradas tienen relativamente poca formación. Aproximadamente una de cada tres trabaja sin capacitación y otro tercio solo ha realizado autoaprendizaje y cursos breves de menos de 60 horas (véase la **Sección 4.3**). Los cursos extensos, de 150 horas o más, son poco frecuentes, especialmente en Centroamérica y en partes del Caribe.

85. Estándar de Competencia EC1519.01. Cuidados centrados en la persona mayor con dependencia funcional.

86. Estándar de Competencia EC0665. Atención a personas mayores en establecimientos de asistencia social permanentes o temporales.



La mayoría de los países establece requisitos mínimos de escolaridad reducidos para acceder a la formación

Varios países (como Chile, Honduras, Jamaica, Perú, México, República Dominicana y Uruguay) permiten que personas con educación básica o incluso sin estudios formales se inscriban en un curso de formación para cuidadoras personales (véase el **Cuadro 6.8, Panel A**). Otros países, como Argentina, Barbados, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guyana y Trinidad y Tobago, exigen el título de educación media o secundaria. En Costa Rica, los requisitos educativos varían según la institución que ofrece la formación: las instituciones públicas y las universidades, como el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) y la Universidad Estatal a Distancia (UNED), exigen el título de educación secundaria, mientras que algunas instituciones privadas pueden requerir solo educación básica o primaria.

En cambio, el personal de enfermería del sector de cuidados de larga duración enfrenta requisitos de ingreso más elevados, que van desde el título de secundaria hasta títulos técnicos. El título de secundaria es un requisito común para iniciar estudios de enfermería en Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia,⁸⁷ Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, Perú y Trinidad y Tobago. Un grupo más reducido de países, como Barbados y Guyana, exige habilidades más especializadas y requiere un título técnico posterior a la educación secundaria para la formación en enfermería. Además, México exige contar con bachillerato, un nivel educativo entre la secundaria y la universidad en el que suelen estar alumnos de 15 a 18 años.

Muchos países solo fijan requisitos mínimos de educación y formación para el personal de enfermería que brinda cuidados de larga duración

La mayoría de los países no exige que las cuidadoras personales cuenten con un nivel mínimo de formación o con certificación de conocimientos para trabajar en servicios oficiales de cuidados de larga duración (**Cuadro 6.8, Panel B**). Para que la educación y la formación se consideren formales, deben estar reconocidas por normas o reglamentos nacionales y cumplir ciertos criterios aprobados o acreditados por una autoridad gubernamental (como un ministerio o una secretaría de Educación, Salud o Trabajo). Dan lugar a una certificación, cualificación o licencia oficial válida para el empleo o el reconocimiento profesional. Varios países (Argentina, Costa Rica, República Dominicana, Barbados, Trinidad y Tobago y Uruguay) exigen que las personas cuidadoras completen este tipo de formación formal (a diferencia de la formación no formal

87. En 2013, el Servicio Nacional de Aprendizaje, en alianza con el Ministerio de Salud, creó un programa para operadores de cuidados básicos de personas con dependencia funcional. El requisito de ingreso era haber completado la educación básica.



o informal⁸⁸) para poder trabajar en una institución acreditada. En Uruguay, las cuidadoras cuentan con dos vías para obtener el reconocimiento oficial: completar la formación formal o atravesar una serie de etapas para obtener una certificación de competencias laborales basada en la experiencia o en conocimientos previos.

Los programas oficiales de formación, cuando existen, varían ampliamente en su duración (**Cuadro 6.9**). Son pocos los que superan las 260 horas recomendadas por el Protocolo Iberoamericano de Formación en Cuidados. Barbados exige tanto formación formal como una certificación de competencias para trabajar como cuidadora personal: la Junta de Formación Profesional de Barbados ofrece un curso de dos semestres como programa principal, aunque otras instituciones imparten cursos similares. Independientemente de dónde se curse la formación, todas las personas candidatas deben superar el mismo examen de certificación de competencias para habilitarse. En Costa Rica, el curso de 700 horas para cuidadoras personales lo imparte el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA). En Uruguay y en República Dominicana, instituciones públicas y privadas acreditadas ofrecen cursos formales más breves (152 horas en Uruguay, con un componente práctico de 62 horas; y 200 horas en República Dominicana, de las cuales 120 se destinan a práctica).⁸⁹ En Ecuador, la formación oficial es un título técnico universitario de dos años que incluye un mínimo de 240 horas, con prácticas en residencias de larga duración, centros de día o un hospital especializado en la atención de personas mayores. Solo es obligatoria para trabajar en servicios del sector público. Además, las cuidadoras personales deben certificar sus competencias a través de un centro de formación reconocido por el Ministerio del Trabajo para obtener una licencia que debe renovarse cada tres años.

Como se señala en la **Sección 6.2**, las personas cuidadoras a domicilio en Argentina deben estar inscritas en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Además, deben cumplir el requisito mínimo nacional de 200 horas de formación para poder registrarse. Una vez inscritas, la cantidad exacta de horas necesarias para obtener la certificación (la habilitación oficial para ejercer la profesión) no se fija de forma centralizada a nivel nacional, sino que la determina cada jurisdicción provincial o municipal. Por ejemplo, como se mencionó, la Ciudad de Buenos Aires ofrece un curso obligatorio presencial de 400 horas que incluye práctica en domicilios, instituciones y comunidades. Al finalizar, las personas egresadas reciben un certificado nacional reconocido por el Ministerio de Educación que les permite inscribirse en el Registro Nacional

88. La formación informal es el aprendizaje empírico, “sobre la marcha”, sin currículo ni certificación y no constituye capacitación intencional. La formación no formal es un aprendizaje organizado y estructurado que ocurre fuera del sistema educativo formal y puede conducir a un certificado, aunque normalmente no a una titulación reconocida por el Gobierno.

89. Por el Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP).



de Cuidadores Domiciliarios. Esta práctica también contribuye a aumentar el empleo formal en el ámbito de los cuidados.

Chile y El Salvador están trabajando en la definición de requisitos mínimos de formación para cuidadoras personales. Chile está diseñando un programa de formación formal para cuidadoras personales que exigirá un mínimo de 120 horas, con componentes prácticos. El Salvador está desarrollando un nuevo plan de estudios y laboratorios prácticos para la formación “manos a la obra”, y se espera que establezca requisitos mínimos para elevar los actuales bajos niveles educativos entre las cuidadoras.

Muchos países con cursos de formación formal los ofrecen de manera gratuita (por ejemplo, Argentina o Uruguay) o con tasas subsidiadas (por ejemplo, Barbados y Ecuador). En Barbados, quienes cursan en modalidad parcial abonan una tasa. En Ecuador, las y los trabajadores afiliados al Ministerio de Inclusión Económica y Social reciben descuentos. En Trinidad y Tobago, los requisitos educativos para asistente de atención a pacientes —la ocupación más comparable a cuidadora, aunque con un enfoque sanitario relativamente fuerte— los fija un organismo del Ministerio de Educación, el Programa de Asociación para la Formación y el Empleo de Jóvenes (YTEPP⁹⁰, por sus siglas en inglés). La participación tiene un costo de T\$ 200 (US\$ 29,46). El **Cuadro 6.9**  ofrece más detalles sobre estos programas.

En el caso del personal de enfermería (**Cuadro 6.8, Panel B** ), la mayoría de los países exige educación formal. Así, Trinidad y Tobago requiere educación formal con formación específica en geriatría, pero solo para quienes trabajan en hogares geriátricos. En Barbados y Jamaica, las personas que finalizan sus estudios de enfermería reciben una licencia del Consejo de Enfermería que debe renovarse cada dos años (Parlamento de Barbados 2008; Consejo de Enfermería de Jamaica, 2018).

90. Youth Training and Employment Partnership Program. Véanse: <https://health.gov.tt/careers/nursing> y <https://www.ytepp.edu.tt/k-course/patient-care-assistant/>.



CUADRO 6.8 CALIFICACIONES MÍNIMAS

PANEL A: CALIFICACIONES MÍNIMAS PARA INICIAR UNA FORMACIÓN O CURSO EDUCATIVO PARA TRABAJAR EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	
Personas cuidadoras en cuidados de larga duración	Enfermería en cuidados de larga duración
Educación básica o sin requisito mínimo: Chile, Costa Rica, Honduras, Jamaica, Perú, México, República Dominicana (básica), Uruguay (básica)	Secundaria: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Jamaica, Perú, Trinidad y Tobago
Secundaria completa: Argentina, Barbados, Bolivia, Costa Rica (Instituto Nacional de Aprendizaje, Universidad Estatal a Distancia), Colombia, Ecuador, Guyana, Trinidad y Tobago	Título técnico posterior a la secundaria: Barbados, Guyana
	Bachillerato: México
PANEL B: CALIFICACIONES MÍNIMAS REQUERIDAS PARA EJERCER EN CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN	
Personas cuidadoras en cuidados de larga duración	Enfermería en cuidados de larga duración
Formación / educación formal: Argentina, Barbados, Costa Rica, Ecuador (sector público), República Dominicana, Trinidad y Tobago, Uruguay	Formación / educación formal: Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, México, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago
Sin requisito mínimo: Brasil, Bolivia, Chile, El Salvador, Honduras, Jamaica, México, Perú	Licenciamiento / colegiatura: Barbados, Jamaica

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

Notas: El licenciamiento suele renovarse periódicamente, por ejemplo, aprobando un examen, demostrando educación continua, acreditando experiencia mediante empleo prolongado en el área o pagando una tasa.

**CUADRO 6.9 DURACIÓN Y COSTO DE LOS PROGRAMAS FORMALES Y OBLIGATORIOS DE FORMACIÓN**

PAÍS	FORMACIÓN	DURACIÓN	COSTO	INSTITUCIÓN	INFORMACIÓN ADICIONAL
Argentina	Curso de Formación de Cuidadores Domiciliarios	Mín. 200 horas	Gratuito	Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios; Ministerio de Capital Humano	Cada jurisdicción provincial o municipal fija la carga horaria exacta para la certificación (por ejemplo, 400 horas en la Ciudad de Buenos Aires).
Barbados	Cuidado de Personas Mayores	Dos semestres	Tarifa subsidiada solo para estudiantes de tiempo completo	Barbados Vocational Training Board	
República Dominicana	Cuidados y Atención a Personas Adultas Mayores	200 horas (incluye 120 horas de práctica)	Gratuito	Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional	Modalidad presencial o virtual.
Ecuador	Título técnico universitario de dos años	200 horas	Tarifa subsidiada para trabajadores afiliados al Ministerio de Inclusión Económica y Social	Varios oferentes	Incluye prácticas en residencias de larga duración, centros de día y un hospital especializado en la atención de personas mayores. Solo es obligatorio para trabajar en servicios del sector público.
Trinidad y Tobago	Curso de Asistente de Cuidados de Pacientes	Información no disponible	TT\$ 200	Youth Training and Employment Partnership Program	
Uruguay	Curso Básico en Atención a la Dependencia	152 horas (incluye 62 horas de práctica)	Gratuito	Sistema Nacional Integrado de Cuidados; Ministerio de Desarrollo Social	

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

6.4.3 Los países refuerzan y reconocen las competencias adquiridas a lo largo de la vida

Muchos países cuentan con cursos no obligatorios, lo que genera un panorama formativo heterogéneo

Ante la falta de currículos oficiales de formación, en muchos países las cuidadoras deben recurrir a cursos no formales. Estos cursos pueden estar organizados y estructurados, pero se imparten fuera del sistema educativo formal. Aunque pueden otorgar un certificado, por lo general no están acreditados por organismos públicos. En los países donde no existe otra formación acreditada, estas ofertas se utilizan como capacitación inicial; en otros, funcionan como opor-



tunidades de aprendizaje continuo y de especialización a lo largo de la carrera profesional.⁹¹ Si bien los cursos estandarizados formales son el formato ideal para capacitar a quienes brindan cuidados, cuando no existen, los cursos no formales pueden proporcionar ciertos conocimientos y habilidades. Estos son impartidos por distintos tipos de organizaciones (como universidades públicas y privadas, ONG, instituciones públicas y el sector privado con fines de lucro), lo que genera un panorama formativo heterogéneo. Dado el nivel educativo comparativamente bajo y la alta proporción de personas trabajadoras con educación básica entre quienes trabajan en el sector, la formación continua y el fortalecimiento de competencias resultan especialmente relevantes en la región.

Varios países, como Barbados, Guyana y Ecuador, ofrecen una oferta educativa amplia, con cursos no formales que cumplen la recomendación de duración del Protocolo Iberoamericano (260 horas). Por ejemplo, el Barbados Community College ofrece un diploma de posgrado de un año en enfermería gerontológica.⁹²

Existen cursos no formales más cortos en Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Guyana y Uruguay (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración). En El Salvador, tanto proveedores públicos como privados ofrecen programas de formación para cuidadoras personales, con una duración promedio de 200 horas, con un 20% del tiempo destinado a práctica. Guyana cuenta con numerosas opciones de capacitación para personas cuidadoras, aunque ninguna es obligatoria para trabajar en el sector. La educación continua la brindan el Ministerio de Salud (formación para agentes de salud comunitaria), la Universidad de Guyana (programa de 60 horas en Cuidado de Personas Mayores), la Carnegie School of Home Economics (certificado de un año en Cuidado de Personas Mayores) y los Centros de Aprendizaje para Adultos.

En Chile, el Ministerio del Trabajo y Previsión Social, a través del Servicio Nacional de Capacitación y Empleo (SENCE), ofrece el programa gratuito Servicio de Cuidados Básicos Integrales para Personas Mayores, una iniciativa que certifica competencias en cuidados y apoya el aumento del empleo formal en servicios de cuidado, incluida la elaboración de planes de negocio. En Bolivia, la Escuela de Gestión Pública Plurinacional ofrece un curso virtual y asíncrono sobre cuidados de larga duración para personas mayores en centros residenciales. Este curso de 50 horas, respaldado por el Ministerio de Justicia, cuesta Bs 100 (US\$ 14,5) y está abierto al funcionariado público y a personal de instituciones privadas. Asimismo, Uruguay, como parte

91. La formación inicial (también llamada formación de entrada) se refiere a la capacitación previa al empleo para una ocupación y, por lo general, se divide en dos etapas: una formación básica, seguida de especializaciones. En cambio, la formación continua (o perfeccionamiento) es una capacitación dirigida que se imparte después de la formación profesional inicial para complementar, mejorar o actualizar los conocimientos, habilidades y/o competencias que se hayan adquirido previamente.

92. Véase: <https://bcc.edu.bb/Divisions/HealthSciences/Academics/Programmes/HSDPGYRPT/>.



de su estrategia para apoyar a las cuidadoras que trabajan en su Sistema Nacional Integrado de Cuidados, ha lanzado una serie de talleres para compartir conocimientos, buenas prácticas y herramientas que mejoren el desempeño relacional y laboral, con el fin de elevar la calidad de los servicios (Balsa et al., 2025). En Brasil, la formación de cuidadoras personales se realiza principalmente a través de organizaciones de la sociedad civil. El Ministerio de Salud ofrece ocasionalmente cursos a distancia, pero son esporádicos y no están estandarizados.

En Argentina, Honduras, Jamaica, Perú y Trinidad y Tobago, las opciones son más limitadas. En Argentina, quienes están inscritos en el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios pueden acceder a formación gerontológica continua en línea y a oportunidades laborales más amplias. En Jamaica, el Campus Mona de la Universidad de las Indias Occidentales introdujo formación en cuidados de larga duración, inicialmente en Kingston y ahora en expansión a otras regiones. Sin embargo, la capacitación de cuidadoras personales en el país sigue sin estandarizarse, y las escuelas privadas desarrollan sus propios planes de estudio. En Honduras, el Centro de Estudios de la Mujer imparte diplomados en cuidados de larga duración para trabajadoras del hogar.

Los proveedores de formación en la región son una mezcla de organizaciones públicas, privadas y de la sociedad civil. En Perú, el Seguro Social de Salud (EsSalud) es el principal proveedor de capacitación en cuidados para personas mayores. Esta formación se complementa con la Cruz Roja, que también ofrece capacitación con un enfoque sanitario. En Trinidad y Tobago, el Geriatric Adolescent Partnership Program, un programa de formación de corta duración, vincula a jóvenes con personas mayores y acerca la profesión a las y los jóvenes (entre 17 y 35 años) dotándolos de habilidades para brindar cuidados geriátricos y acompañamiento.

Por lo general, los cursos de formación en la región priorizan las competencias técnicas y tienden a dejar de lado otros aspectos esenciales, como el autocuidado, la resiliencia emocional, la comunicación y el fomento de proyectos de vida en la vejez. Estas brechas siguen siendo un desafío crítico para la formación en cuidados de larga duración (véase el **Recuadro 6.1**



RECUADRO 6.1 LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN CARECEN DE CONTENIDOS CLAVE SOBRE CUIDADO EMOCIONAL Y AUTOCUIDADO

La mayoría de los programas de formación en los países de América Latina y el Caribe se centra en habilidades técnicas y dedica menos atención al manejo de la carga emocional de brindar cuidados. También carecen de componentes importantes sobre autocuidado y resiliencia emocional. Varias investigaciones previas han mostrado que, en Colombia, Costa Rica y Uruguay, la formación para las y los trabajadores de cuidados de larga duración tiende a enfocarse principalmente en destrezas técnicas vinculadas a la atención sanitaria o a la higiene y el confort: se pone considerablemente menos énfasis en competencias como la comunicación, la gestión del tiempo, el autocuidado y el fomento de proyectos de vida en la vejez, elementos clave del enfoque de Cuidados Centrados en la Persona. En otras palabras, algunos componentes de este enfoque están presentes, pero no se integran de manera sistemática en los planes de estudio (Aldaz Arroyo et al., 2023). El **Capítulo 7** profundiza en el enfoque de Cuidados Centrados en la Persona y subraya la importancia de incorporarlo plenamente en los programas de formación.

Como se menciona en el **Capítulo 4**, las personas cuidadoras están expuestas a niveles significativos de maltrato verbal y físico, y una de cada cinco presenta síntomas de depresión. Aunque estos resultados también se observan en países de la OCDE, en América Latina y el Caribe las y los trabajadores están poco preparados para gestionar las exigencias emocionales de sus funciones, como confirma la evidencia en Chile. Mediante la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos, investigadores del Ministerio de Desarrollo Social y Familia encontraron que las cuidadoras identifican tres áreas principales en las que necesitan desarrollar competencias: asistencia técnica o profesional para el cuidado (61%); compartir las responsabilidades de cuidado con otras personas (57%); y apoyo psicosocial o atención a su propia salud (52%) (Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile, 2024b).

Algunos países de la región están abordando esta brecha. Por ejemplo, Uruguay elaboró el Manual para Humanizar los Cuidados (Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay, 2022), un documento que ofrece a las cuidadoras herramientas prácticas de autocuidado para mitigar el desgaste físico y emocional de sus responsabilidades. Además, el sistema costarricense ha propuesto colaborar con el Colegio de Profesionales en Psicología para implementar pruebas psicométricas que aseguren la idoneidad de las contrataciones en establecimientos de cuidados de larga duración (Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración).



La educación continua en el sector suele ser obligatoria solo para el personal de enfermería

En Barbados, Ecuador y Jamaica, los programas de formación continua son obligatorios para las enfermeras que trabajan en el sector de cuidados de larga duración una vez obtenida la certificación o licencia (Ministerio de Salud de Barbados, 2015; Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración). En Ecuador, este requisito se aplica únicamente a quienes trabajan en los servicios sociales del Ministerio de Inclusión Económica y Social. En Argentina, por su parte, las personas cuidadoras (denominadas “asistentes gerontológicas”) deben realizar formación continua obligatoria para renovar sus credenciales, pero solamente en la Ciudad de Buenos Aires.

Varios países reconocen los aprendizajes previos para acceder a la formación y al empleo

Son comunes las iniciativas para reconocer los aprendizajes, habilidades y experiencia previos de quienes trabajan en el sector de los cuidados, que avalan oficialmente la pericia, las capacidades y las aptitudes para una ocupación específica, con independencia de si el conocimiento se adquirió mediante formación formal o por vías informales. Dado que muchas cuidadoras trabajan de manera informal, estas iniciativas permiten valorar y reconocer sus habilidades, facilitando así su incorporación al mercado laboral formal. Por ello, pueden ser un primer paso hacia trayectorias formativas progresivas que respalden su avance en el mercado de trabajo. Las iniciativas de reconocimiento de aprendizajes previos pueden apoyar a las personas candidatas en la verificación de su experiencia, realizar evaluaciones conforme a los estándares de la cualificación seleccionada y, en última instancia, otorgar una certificación. Cuando falten ciertas competencias, deberían ofrecerse programas de formación para cerrar brechas.

Varios países (Chile, Colombia, Ecuador, República Dominicana, Guyana y Uruguay) cuentan con este tipo de programas, y El Salvador está desarrollando uno. En todos ellos, quienes acreditan un cierto número de años de experiencia en el sector pasan por un proceso de evaluación de competencias. Si lo superan, reciben una certificación que les permite trabajar en instituciones acreditadas. Además de la experiencia previa, Colombia y Uruguay consideran la formación anterior, incluso si no es la exigida oficialmente.

Costa Rica y Uruguay tienen disposiciones especiales para certificar a cuidadoras institucionales (personas que trabajan en residencias de larga duración o centros de día). En Uruguay, por ejemplo, las cuidadoras con más de dos años empleados en residencias pueden obtener una certificación de competencias laborales. La institución debe postular directamente, presentando



do una nómina de trabajadores a evaluar (para los 300 cupos anuales disponibles)⁹³. De forma similar, en Costa Rica, una colaboración entre la unidad de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS) y el Instituto Nacional de Aprendizaje (INA) buscará certificar a trabajadores con experiencia en hogares de larga estadía y centros de día. Se evaluará a las y los trabajadores mediante exámenes y quienes cumplan los estándares de conocimiento recibirán certificación y licencia. La formación y la certificación se ofrecerán de forma gratuita, tanto presencial como en línea.

6.5 La región ha dado pasos iniciales para aumentar la productividad en el sector de cuidados de larga duración

Los países exploran hoy tres grandes estrategias para mejorar la productividad en el sector de cuidados de larga duración: mejorar la composición de habilidades de la fuerza laboral, promover el uso de tecnología y liberar recursos mediante una mejor coordinación entre los servicios sociales, de salud y de cuidados de larga duración. Si la **Sección 6.4** abordó los esfuerzos para mejorar la composición de habilidades de la fuerza laboral, especialmente a través de la estandarización de la formación y el perfeccionamiento, este apartado se centra en las otras dos estrategias: tecnología y mejora de la coordinación con los servicios de salud.

6.5.1 Algunos países promueven la tecnología, pero los enfoques son heterogéneos

Las políticas para aumentar la productividad en el sector de cuidados de larga duración no constituyen, por ahora, una prioridad en la región. Una posible explicación es que la escasez de personal aún no es tan acuciante como en la mayoría de los países de la OCDE y que los recursos para la innovación son limitados. Además, impulsar ganancias de productividad no es sencillo en un sector intensivo en trabajo: muchas de las tareas que realizan los equipos de salud y de lo social son difíciles de automatizar y deben ser efectuadas por una persona.

93. Véanse: <https://www.inefop.uy/uruguay-certifica-cuidados> y <https://universidad.claeh.edu.uy/blog/cuidadores-recibieron-certificados-de-competencias-uclaeh-fue-el-centro-evaluador/>.

Aun así, aprovechar la tecnología (por ejemplo, mediante sensores y alarmas, facilitando el intercambio electrónico de información o minimizando tareas repetitivas y físicamente exigentes) puede ayudar a que quienes brindan cuidados concentren su tiempo en la atención personal a las personas a su cargo. El **Capítulo 7** ofrece ejemplos de estas iniciativas en el sector de cuidados de larga duración en países de la OCDE, así como del sector salud en América Latina y el Caribe. En cuidados de larga duración, específicamente, Chile ofrece teleasistencia (véase el **Recuadro 2.3**). Además, en Uruguay, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados ofrece un servicio de teleasistencia subsidiado para personas mayores de 70 años con dependencia funcional leve o moderada.⁹⁴

6.5.2 Las políticas para mejorar la coordinación con los servicios de salud o sociales son escasas

La coordinación entre los cuidados de larga duración y los servicios de salud y/o sociales resulta particularmente relevante para las personas mayores, cuyas necesidades diversas suelen requerir atención multidisciplinaria. La falta de coordinación entre los sistemas de cuidados de larga duración y de salud aumenta el riesgo de hospitalizaciones innecesarias, estancias hospitalarias prolongadas y reingresos (OCDE, 2024; Steventon et al., 2018). Aranco et al. (2024) estiman que contar con servicios de cuidados de larga duración podría evitar el 7% de los días de hospitalización entre las personas mayores en México y el 12% en Brasil. La falta de coordinación también afecta al bienestar de las y los profesionales de los cuidados de larga duración, ya que puede duplicar tareas e incrementar las cargas de trabajo (OCDE, 2020).

Pese a su relevancia, la coordinación entre los cuidados de larga duración y los servicios de salud y/o sociales es poco frecuente en la región. Lograrla es complejo, porque distintos servicios son provistos por instituciones diferentes (a veces incluso por ministerios distintos) y operan con reglas, legislaciones y mecanismos de financiación propios. Aun así, existen experiencias que vale la pena destacar, y el **Recuadro 6.2** presenta ejemplos adicionales de esfuerzos de coordinación dentro del propio sector de cuidados.

En 2011, Costa Rica puso en marcha la Red de Atención Progresiva para Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores (CONAPAM, 2012). Su objetivo es organizar la atención con un enfoque centrado en la persona, brindando apoyo para las actividades (instrumentales) de la vida diaria y para otras necesidades que pueda tener la persona (emocionales, de salud, económicas

94. Véase: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/teleasistencia-casa>.



o culturales). Una evaluación de la red concluyó que se ajusta a las necesidades de la población y que convendría ampliar su cobertura, por ejemplo, mediante campañas de sensibilización y capacitación del personal administrativo (Villavicencio Salas, 2017).

En Colombia, la Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022–2033 busca fortalecer los servicios y promover la comunicación entre los servicios de salud y los sociosanitarios para usar los recursos con mayor eficiencia. Una vía para lograrlo es ajustar la definición de servicios sociosanitarios y desarrollar un registro nacional de prestadores de servicios sociosanitarios (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2024).

En Brasil, una iniciativa local en Belo Horizonte (*Maior Cuidado*) destaca los beneficios de integrar los servicios sociales y de salud. El programa, desarrollado conjuntamente por la Secretaría Municipal de Salud y la Secretaría Municipal de Asistencia Social, brinda asistencia domiciliar a personas mayores en situación de vulnerabilidad y con dependencia de cuidados. Equipos intersectoriales de enfermeros, trabajadores sociales y agentes comunitarios de salud trabajan de forma conjunta para revisar los casos nuevos y existentes y diseñar planes individuales de cuidado. Evaluaciones independientes muestran que el programa mejoró la salud de las personas mayores y el bienestar de las cuidadoras familiares, además de generar ahorros en salud (Lloyd-Sherlock et al., 2024; Lloyd-Sherlock et al., 2025).



RECUADRO 6.2 COORDINAR LA ATENCIÓN EN EL SECTOR DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

En muchos países de la región, la coordinación de cuidados es un concepto relativamente nuevo que aún se está implementando. Brasil,¹ Colombia,² Costa Rica, Perú³ y Trinidad y Tobago⁴ la incluyeron en sus políticas nacionales de envejecimiento y cuidados, reconociendo su importancia para los cuidados de larga duración. Varios países han creado instancias de coordinación. Por ejemplo, el Consejo Nacional de Política Económica y Social de Colombia equilibra la autonomía territorial con el mantenimiento de un marco unificado de prestación en un sistema de salud descentralizado donde todos los servicios se brindan a nivel municipal. De manera similar, la política nacional de cuidados de Costa Rica dio lugar a la creación del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos (SNAC), que facilita la coordinación intersectorial e interinstitucional entre las distintas organizaciones involucradas en la provisión de cuidados de larga duración (por ejemplo, los ministerios, el Instituto Nacional de Aprendizaje, el Instituto Mixto de Ayuda Social).

Bolivia⁵ estableció el Consejo de Coordinación Sectorial 'Por una Vejez Digna' para centralizar la regulación y supervisión de los Centros de Día para Personas Mayores (Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional de Bolivia, 2021). En Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables creó un grupo de trabajo sectorial temporal para coordinar acciones de cuidados y mejorar los servicios y las condiciones tanto de cuidadoras remuneradas como no remuneradas. Por último, Guyana no cuenta con una política específica para mejorar la coordinación de servicios, pero sus programas utilizan los criterios y herramientas de Atención Integrada para las Personas Mayores⁶, que ofrecen pautas sobre cómo brindar atención integrada (OMS, 2024).

1. La Política Nacional de Cuidados promueve la integración y coordinación de las políticas públicas entre sectores clave, incluidos salud, asistencia social y seguridad social.

2. El objetivo de la Estrategia Nacional de Envejecimiento Saludable de Colombia es armonizar el sistema de salud y permitirle responder mejor a las necesidades de las personas mayores con un enfoque de curso de vida.

3. El proyecto de ley que propone crear la política nacional de cuidados incluye una disposición sobre la coordinación de los cuidados.

4. Política de Envejecimiento (Aging Policy).

5. Ley General de las Personas Adultas Mayores, N.º 369, Artículo 14.

6. Integrated Care for Older People.



7 El camino a seguir: hacia un fortalecimiento de los recursos humanos en cuidados de larga duración





Las personas cuidadoras son la columna vertebral de los cuidados de larga duración: tanto si brindan cuidados sin remuneración como si reciben un salario, ya sea en instituciones o a domicilio, resultan esenciales para garantizar la calidad de la atención. Sin embargo, a pesar de este papel crucial, su labor suele estar subvalorada. Tanto el cuidado no remunerado como el remunerado se asocian con menores niveles de ingreso. En el caso de quienes brindan cuidados sin remuneración, esto se debe a que las responsabilidades de cuidado afectan su participación laboral, la cantidad de horas trabajadas y el tipo de empleo al que pueden acceder (**Capítulo 3**). En el caso de las cuidadoras remuneradas, influyen los bajos salarios del sector, las bajas tasas de empleo formal y de protección laboral, así como la alta prevalencia de trabajos a tiempo parcial (**Capítulo 4**). Como se subrayó antes, tanto las cuidadoras familiares como las remuneradas tienen más probabilidades que la población general de experimentar síntomas de depresión y altos niveles de estrés cuando no reciben los apoyos adecuados.

Los países de la región reconocen cada vez más la importancia de apoyar a quienes brindan cuidados. El **Capítulo 5** destaca los avances en el diseño de mecanismos de apoyo para que las cuidadoras familiares puedan conciliar mejor el trabajo y el cuidado, y estar más preparadas para enfrentar los desafíos de atender a una persona con dependencia funcional. De igual manera, el **Capítulo 6** describe las políticas existentes para mejorar las condiciones laborales de las cuidadoras remuneradas, que van desde la fijación de salarios mínimos y la ampliación de la cobertura de seguridad social hasta el diseño e implementación de currículos de formación. No obstante, a pesar de los avances, todavía persisten desafíos de envergadura.

Este capítulo se centra en el camino a seguir y analiza iniciativas adicionales que los países podrían implementar para mejorar la situación de quienes brindan cuidados, remunerados y no remunerados.



7.1 Mejorar la calidad del empleo en los cuidados de larga duración

7.1.1 Las inversiones para profesionalizar el empleo en los cuidados de larga duración son esenciales para incrementar la calidad

Los países deberían invertir en la profesionalización de los empleos en cuidados de larga duración para mejorar su calidad. En este proceso, las políticas de empleo y desarrollo de habilidades, la formación (tratada en la **Sección 7.2**) y la certificación cumplen un papel central (OIT, 2023).

Un paso clave hacia la profesionalización de la fuerza laboral de cuidados consiste en que las instituciones nacionales registren y reconozcan los perfiles ocupacionales y certifiquen las competencias, un tema sobre el que se presentaron ejemplos de avances en la región en el **Capítulo 6**. En Brasil, por ejemplo, la definición de un perfil ocupacional para personas cuidadoras aumentó los niveles de empleo formal (Valenzuela, Scuro y Vaca, 2020). Así, los países de América Latina y el Caribe que aún no han avanzado en este proceso pueden adoptar un enfoque más estructurado, siguiendo ejemplos como el de Italia. Allí, la Asociación Nacional de Empleadores de Trabajo Doméstico (DOMINA)⁹⁵ desempeñó un papel central en la elaboración del convenio colectivo nacional y en la definición de un contrato de trabajo estandarizado para trabajadoras domésticas, incluidas las cuidadoras de larga duración, las niñeras y el personal de limpieza. De forma complementaria, la asociación creó el Observatorio Nacional del Trabajo Doméstico⁹⁶ para monitorear y analizar las tendencias del sector, apoyar la formulación de políticas basadas en evidencia y contribuir al perfeccionamiento del convenio colectivo nacional. Estas iniciativas han impulsado significativamente la profesionalización y regulación de las cuidadoras y trabajadoras domésticas en Italia: en 2023 había 834.000 trabajadoras domésticas formales, de las cuales casi la mitad (49,6%) eran cuidadoras (DOMINA, 2024).

La orientación profesional y los servicios de intermediación laboral también son fundamentales, lo cual incluye ayudar a las personas a definir sus objetivos profesionales y trazar trayectorias laborales a partir del análisis de sus circunstancias (intereses, habilidades, actitudes, educación y experiencia) y de la dinámica del mercado de trabajo local. También implica apoyar a quienes buscan empleo mediante servicios que vinculen la oferta y la demanda de puestos en cuidados de larga duración. Esta intermediación puede realizarse en colaboración con el sector privado, como se discute más adelante en esta sección.

95. Associazione Nazionale Datori di Lavoro Domestici.

96. Osservatorio del Lavoro Domestico.

7.1.2 Las cuidadoras necesitan una mayor cobertura de seguridad social

Impulsar el empleo formal en el sector mejora la calidad de vida de las cuidadoras al brindarles (a ellas y a sus familias) protección de ingresos en la vejez o ante el desempleo, la enfermedad, la discapacidad o el fallecimiento. Esto también ayuda a que el sector resulte más atractivo para los y las potenciales trabajadores.

Como se señaló en el **Capítulo 6**, los países de la región han avanzado en el aumento del empleo formal en el sector, ya sea mediante acciones específicas dirigidas a las personas cuidadoras (como en República Dominicana o Uruguay) o de forma indirecta, a través de esfuerzos más amplios para formalizar el trabajo doméstico en general (Argentina, Brasil y Uruguay). Sin embargo, varios desafíos estructurales han limitado mayores progresos: la falta de coordinación entre políticas, la heterogeneidad de los perfiles de trabajadoras informales, la prevalencia de empleos a tiempo parcial, la capacidad institucional limitada, la escasa participación de las y los trabajadores en la formulación de las políticas y el hecho de que gran parte del cuidado se brinda en los hogares, donde resulta complicado llevar a cabo inspecciones (OIT, 2018).

Las plataformas digitales y los vales de cuidado como modelos innovadores para ampliar el empleo formal en el sector

Simplificar el acceso a los sistemas de seguridad social constituye una estrategia directa para formalizar el empleo entre quienes brindan cuidados. Así, los países pueden desarrollar sistemas de afiliación flexibles y fáciles de usar que reflejen la diversidad de condiciones laborales del sector (jornadas parciales y completas, uno o varios empleadores, cooperativas, etcétera). Estos sistemas reducen la complejidad administrativa y simplifican los trámites que muchas veces representan barreras tanto para las personas empleadoras como para las y los trabajadores.

Las plataformas digitales y los vales de cuidado representan vías para lograr esa simplificación. Se trata de herramientas innovadoras que ofrecen un mecanismo unificado para agilizar transacciones y fomentar la transparencia, la rendición de cuentas y la trazabilidad. Para establecer estas plataformas se requiere capacidad técnica y voluntad política para crear bases de datos integradas, de amplia cobertura y con sistemas robustos de seguridad y resguardo (OIT, 2024). En este sentido, la herramienta eSocial de Brasil y el Formulario Integrado de Pago de Aportes en Colombia, ambos mencionados en el **Capítulo 6**, representan buenos ejemplos en la región.

Fuera de América Latina y el Caribe, la plataforma francesa Pajemploi permite a los empleadores gestionar de forma digital los contratos, salarios y jornadas de quienes brindan cuidados, al



tiempo que gestiona sin fricciones las cotizaciones a la seguridad social. Aunque se circunscribe solamente al cuidado de niños pequeños (de hasta seis años), esta experiencia podría adaptarse al sector de cuidados de larga duración. En esta plataforma, los beneficiarios deben contratar a una asistente certificada o a un proveedor de cuidado infantil con contrato indefinido y reciben un subsidio que cubre parcialmente los salarios y las contribuciones de los patrones. Además, Pajemploi ofrece un modelo de contrato en línea con las condiciones de trabajo (salario, jornada, vacaciones, etcétera) que deben firmar ambas partes. Cada mes, los empleadores pagan a sus trabajadoras y declaran en línea el período trabajado y la remuneración correspondiente. Después, a partir de esa información, Pajemploi descuenta el salario neto de la cuenta del empleador, una vez consideradas las contribuciones y los subsidios. Al mismo tiempo, las y los trabajadores reciben un comprobante de pago electrónico con información personalizada sobre sus derechos. Por otro lado, existe un sistema simplificado llamado Pajemploi+, para el que ambas partes deben registrarse de mutuo acuerdo: en ese caso, el empleador solo declara el salario y la plataforma realiza el pago directo a la trabajadora, lo que reduce las cargas administrativas, mejora la transparencia, minimiza el uso de dinero en efectivo y favorece el cumplimiento normativo. Al digitalizar los pagos, la plataforma garantiza mayor trazabilidad de las transacciones, ofreciendo un mejor control financiero. Esta plataforma está gestionada por los Organismos de Recaudación de Cotizaciones de la Seguridad Social y de Asignaciones Familiares (URSSAF).

También en Francia, el Cheque de Empleo de Servicio Universal (CESU,⁹⁷ por sus siglas en francés) es un ejemplo contundente de uso de vales para declarar y gestionar relaciones laborales —de tiempo completo o parcial, regulares u ocasionales— en servicios personales, incluidos los de cuidado. El CESU, gestionado asimismo por los URSSAF, está diseñado para simplificar la contratación y el pago de personas cuidadoras al integrar el salario con las cotizaciones a la seguridad social. Las personas se inscriben como empleadoras en el sitio web del CESU, informan de las horas trabajadas y la remuneración, y la plataforma procesa esa información. Los URSSAF calculan y recaudan las cotizaciones, y los empleadores pueden solicitar deducciones fiscales. Al igual que Pajemploi+, existe un mecanismo simplificado llamado CESU+, en el que los empleadores solo declaran el salario del período correspondiente. Como beneficio no salarial, algunas empresas entregan a sus empleadas vales CESU prefinanciados, que pueden utilizarse para pagar servicios personales. Al agilizar estos procesos, el CESU reduce la complejidad administrativa para los empleadores y, al mismo tiempo, garantiza que las cuidadoras accedan a protecciones esenciales, incluidas el seguro de salud, las prestaciones por desempleo y las pensiones.

⁹⁷. *Chèque Emploi Service Universel*.



Impulsar el empleo formal de las personas cuidadoras mediante incentivos fiscales

Los incentivos fiscales dirigidos a ambas partes del contrato laboral representan otra estrategia esencial para aumentar el empleo formal de las personas cuidadoras, ya que reducen el costo de las cotizaciones a la seguridad social. Así, los gobiernos pueden aplicar medidas como exenciones, créditos fiscales o reducciones de contribuciones tanto para empleadores como para cuidadoras.

Aunque con un alcance limitado, los ejemplos de Argentina y México comentados en el **Capítulo 6** son de relevancia, puesto que incorporan esquemas de deducción específicamente orientados a gastos de cuidado (OIT, 2018). Fuera de la región, en Francia, los residentes de establecimientos de cuidados de larga duración pueden acceder a deducciones fiscales por gastos vinculados a la dependencia, siempre que cumplan ciertas condiciones.⁹⁸ Ese mismo país también contempla una deducción para cuidadoras a domicilio (OCDE, 2024).⁹⁹ Estos incentivos focalizados no solo alivian la carga financiera de las familias y de quienes requieren cuidados, sino que además fomentan el cumplimiento de las normas de empleo formal y contribuyen a conseguir una fuerza laboral de cuidados de larga duración más robusta y regulada.

Reforzar la fiscalización para incrementar el empleo formal de las cuidadoras

Para ser efectivas, las políticas destinadas a expandir el empleo formal deben acompañarse de mecanismos que garanticen su correcta aplicación, lo cual implica dotar a las autoridades de los recursos humanos y financieros necesarios para inspeccionar y regular a las instituciones de cuidados de larga duración, y diseñar formas creativas de hacer exigibles estas políticas dentro de los hogares particulares (Suaya, Kaplan y Etcheverry, 2023).

El sector del trabajo doméstico ofrece buenos ejemplos de cómo lograrlo. En la región, Argentina, Chile y Uruguay han avanzado en aumentar la proporción de empleos formales en este sector al reforzar la capacidad estatal para asegurar que los empleadores cumplan la ley (para una descripción detallada de estas políticas, véase Suaya, Kaplan y Etcheverry (2023).

98. La reducción de impuestos equivale al 25% de los gastos realizados en el año, con un tope de 10.000 euros (US\$ 11.700) por persona.

99. El crédito fiscal puede alcanzar el 50% de los gastos del año, con un tope de 12.000 euros (US\$ 14.000).



Ajustar las regulaciones para contemplar el trabajo por cuenta propia

Las personas que trabajan por cuenta propia suelen compatibilizar múltiples empleos, así como jornadas y horarios irregulares, lo que dificulta el cumplimiento normativo y el cálculo de sus aportes a la seguridad social (Azura et al., 2023).

Como se mostró en el **Capítulo 4** , muchas cuidadoras remuneradas trabajan por cuenta propia (véase el **Cuadro 4.8** ) , lo que complica su incorporación al sistema de seguridad social. Sin embargo, existen diversas estrategias para mejorar su protección social. Los incentivos fiscales (comentados antes) son eficaces para fomentar el empleo formal. Otros mecanismos, como las retenciones automáticas y los sistemas de información interoperables que permitan estimar los ingresos totales provenientes de distintas fuentes, pueden reforzar la capacidad de control del Estado.

7.1.3 Aprovechar las iniciativas del sector privado que mejoran la calidad del empleo en los cuidados de larga duración

El sector privado cumple un papel primordial en la provisión de servicios de cuidados de larga duración, ya sea financiados por el sector público o por las familias. Incluso en países donde los gobiernos no han avanzado en la creación de sistemas de cuidados, entidades privadas con y sin fines de lucro ofrecen servicios demandados por las familias. Estas entidades forman parte creciente de la “economía plateada” (Okumura et al., 2020; Jiménez et al., 2021), y aportan inversión, experiencia e innovación que pueden ayudar a afrontar el aumento previsto de la demanda de cuidados de larga duración. El sector privado también tiene el potencial de generar millones de empleos en la economía del cuidado en las próximas décadas. Por ello, como complemento a los servicios públicos, los gobiernos pueden promover el crecimiento de la oferta privada de cuidados de larga duración, regular su calidad y fomentar su asequibilidad.

De Anca et al. (2025) elaboraron una hoja de ruta para desarrollar un ecosistema emprendedor de cuidados de larga duración en América Latina y el Caribe. Este plan está pensado para gobiernos (por ejemplo, en el ámbito municipal) que buscan aprovechar el potencial del sector privado. Para ello, hay dos elementos clave que contribuyen a mejorar la calidad de los empleos en cuidados: la creación de plataformas que conecten a personas cuidadoras con la demanda de servicios de cuidados de larga duración y la creación de cooperativas de cuidadoras. Se abordan estos dos elementos en detalle a continuación.



Las plataformas podrían mejorar el acceso al empleo conectando a las personas cuidadoras con la demanda de cuidados de larga duración

En los últimos años, tanto *start-ups* como gobiernos han comenzado a desarrollar plataformas (sitios web o aplicaciones de celular) para vincular los servicios que brindan cuidadoras independientes con las familias que pueden contratarlos. Cuando las impulsan los gobiernos, estas plataformas pueden formar parte de esfuerzos más amplios para mapear la oferta existente de cuidados de larga duración (incluidos hogares, residencias y centros de día, etcétera).

Estas plataformas inscriben a cuidadoras remuneradas y registran información clave para quienes desean contratarlos. Por ejemplo, permiten verificar la identidad, realizar controles de antecedentes penales y conocer y comprobar su nivel de formación. Además, suelen incluir micromódulos de capacitación para reforzar habilidades y también pueden permitir que los empleadores califiquen la calidad del servicio recibido, de modo que las cuidadoras construyan una reputación profesional. Esa calificación la pueden consultar otras familias que buscan servicios de cuidado, lo que permite cerrar una brecha de información que, de otro modo, solo podría cubrirse mediante referencias personales a nivel local.

Las familias que buscan una persona cuidadora seleccionan criterios de búsqueda (por ejemplo, días y horarios del servicio, experiencia con condiciones específicas como demencia, tipo de formación cursada) y acceden a un listado de cuidadoras que cumplen con esos requisitos. Después, pueden contactarlas e iniciar una conversación (por ejemplo, a través de un chat dentro de la plataforma) que puede derivar en un contrato. De forma alternativa, las familias pueden crear una vacante y esperar a que las postulantes les contacten.

Los gobiernos que fomentan estas iniciativas tratan de ampliar las oportunidades de empleo de las cuidadoras y formalizar progresivamente su trabajo. En la actualidad, muchas personas cuidadoras son contratadas como trabajadoras domésticas, no cuentan con un contrato escrito y, por tanto, no aportan a la seguridad social. Tras registrarse en las plataformas, pueden acceder a capacitación y transitar con mayor facilidad hacia empleos con mejores condiciones laborales. Los gobiernos, a su vez, pueden acceder a información sobre las cuidadoras y su historial laboral.

Si bien las plataformas tienen un gran potencial para ampliar las oportunidades laborales, existen preocupaciones sobre la calidad del empleo que generan. La experiencia general del trabajo en plataformas en la región se caracteriza por condiciones precarias, incluida la inseguridad laboral y de ingresos, así como la falta de protecciones laborales y sociales (CEPAL y OIT, 2021). Por ello, los gobiernos que impulsen el empleo en cuidados mediante plataformas deberían desarrollar o hacer cumplir marcos regulatorios adecuados que protejan a las y los trabajadores del cuidado.



Un ejemplo de este tipo de plataforma es [Cuidarlos](#), un cibermercado (*marketplace*) de servicios de cuidados de larga duración a domicilio en Argentina. La plataforma, que funciona como intermediaria entre personas cuidadoras y familias que las contratan, también ofrece capacitación en cuidados de larga duración con contenidos elaborados en colaboración con la Fundación INECO.¹⁰⁰ Actualmente, más de 10.000 personas cuidadoras formadas están registrados, lo que la convierte en la base de datos de cuidadoras de personas mayores más grande del país. Cuidarlos también ha establecido alianzas con gobiernos locales (en la Ciudad de Buenos Aires y la provincia de San Juan) para promover la inscripción, formación y empleo de cuidadoras individuales.

El sector privado ha desarrollado otras plataformas que operan como intermediarias entre familias y cuidadoras, cobrando un porcentaje del salario de la persona cuidadora. Por ejemplo, la brasileña Nonno conecta a familias y empresas con más de 850 profesionales registradas para cuidados tanto a domicilio como en residencias. A diferencia de Cuidarlos o Cuidar.cr, Nonno, que opera en 56 municipios de cuatro estados del sur de Brasil, se encarga del emparejamiento (*match*) entre usuarios y cuidadoras.

Las cooperativas hacen menos atomizado el mercado de cuidados y amplían las oportunidades de desarrollo profesional de las cuidadoras

Las cooperativas son un modelo cada vez más extendido para brindar cuidados de larga duración, con beneficios tanto para las cuidadoras como para las personas mayores y sus familias, ya que pueden mitigar varios de los problemas más urgentes del colectivo: condiciones laborales precarias e inseguras, sobrecarga emocional y física, así como falta de formación. Al actuar como intermediarias entre cuidadoras y usuarios, las cooperativas pueden supervisar aspectos esenciales de la relación laboral (contratos, acceso a la seguridad social y horarios), lo que brinda mayor respaldo y seguridad a las cuidadoras, aspectos esenciales en un trabajo exigente y estresante. Además, las cooperativas impulsan la profesionalización de sus miembros a través de oportunidades de formación.

Desde la perspectiva de las familias, contratar servicios de cuidado a través de cooperativas las libera de responsabilidades legales y administrativas como empleadoras. También reduce las interrupciones del servicio por contingencias (licencias médicas o vacaciones), ya que otros miembros de la cooperativa pueden actuar como reemplazos. Desde la política pública, resulta más sencillo supervisar y regular cuando los servicios los brinda una organización y no individuos dispersos.

100. Instituto de Neurología Cognitiva (<https://www.ineco.org.ar/>).



Un ejemplo es la cooperativa española [Suara](#), con sede en Cataluña y activa desde antes de 1990. Suara reúne a más de 5.500 profesionales que acompañan a lo largo de todo el ciclo de vida y ofrece cerca de 300 servicios (cuidado infantil, escuelas, empleo, vivienda, formación profesional, salud y cuidados de larga duración). Se rige por una asamblea de socios que involucra a cada miembro en la toma de decisiones. Solo en 2023, Suara atendió a más de 49.000 personas.

En América Latina y el Caribe, las cooperativas de cuidado también están creciendo. Desde 2021, el Gobierno de Argentina —a través del Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social (INAES)— implementa la Incubadora de Cooperativas y Mutuales de Cuidado. La iniciativa promueve cooperativas y mutuales orientadas al cuidado de personas mayores, la infancia, el apoyo a personas con discapacidad y la inclusión social y laboral de grupos vulnerables. En su primer año trabajó con 66 cooperativas inscritas y acompañó a asociaciones en su transición al modelo cooperativo. Además, organizó talleres y cursos para cuidadoras de personas mayores, otorgó apoyos económicos para compras esenciales y brindó otras formas de asistencia para fortalecer y sostener a estas cooperativas.

El Sistema Nacional Integrado de Cuidados de Uruguay comenzó en 2022 a promover cooperativas de personas cuidadoras para complementar el modelo de proveedor individual en el Programa de Asistentes Personales.¹⁰¹ Desde su creación en 2016, este programa se basó en contratos privados entre cuidadoras y usuarios, lo que generó dificultades: por ejemplo, cuando una familia quería cambiar de persona cuidadora asumía costos de despido, y se registraron algunos casos de irregularidades contractuales y aislamiento. Para responder a estos problemas, en 2022 el Gobierno lanzó un piloto que permite a los usuarios contratar asistentes personales a través de cooperativas. En Uruguay, las cooperativas participan en el sistema de Consejos de Salarios y, por tanto, en la negociación colectiva (véase el **Capítulo 6**). Los usuarios, a su vez, pueden apoyarse en la cooperativa como intermediaria en la relación con las cuidadoras. Actualmente operan 12 cooperativas de cuidado en el país.

Las cooperativas también son el modelo de provisión elegido por el Gobierno de República Dominicana para su programa Comunidades de Cuidado, iniciado en 2021,¹⁰² que desarrolla soluciones para las necesidades de cuidado de hogares de bajos ingresos y en situación de vulnerabilidad, aliviando su carga económica e impulsando la participación de las mujeres en el mercado laboral. Además de identificar a las familias con necesidades de cuidado, la iniciativa

101. Este programa subvenciona 80 horas mensuales de cuidados a domicilio para personas con dependencia severa de cuidados que sean menores de 30 años o mayores de 80. Véase: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/9769>.

102. Véanse: https://mepyd.gob.do/wp-content/uploads/drive/VAES/Informes/Resumen%20ejecutivo%20Comunidades%20de%20Cuidado_MEPyD_WEB.pdf y <https://www.youtube.com/watch?v=zoJdWj2EQRi>.



ofrece a mujeres y hombres vinculados al programa Supérate la posibilidad de formarse y certificarse como cuidadoras, creando empleo y ampliando la oferta de trabajadoras calificadas. El programa subsidia este tipo de cuidado a domicilio a través de cooperativas, y a la vez permite que estas cooperativas ofrezcan servicios a familias que pueden pagar su costo.

7.1.4 Otras políticas para mejorar las condiciones laborales de las personas cuidadoras

Existe un conjunto de herramientas adicionales para mejorar las condiciones de trabajo en el sector de cuidados de larga duración, empezando por las que promueven la seguridad laboral. Algunas tareas de cuidado son físicamente exigentes (mover a una persona dentro y fuera de la cama, bañarla, etcétera) y pueden provocar trastornos musculoesqueléticos en las personas cuidadoras. Por ello, es importante diseñar directrices para el lugar de trabajo y técnicas de apoyo a la gestión, como protocolos con requisitos para manipular a las personas de forma segura, por ejemplo, mediante el uso de dispositivos tecnológicos (Evanoff et al., 2003). Del mismo modo, adaptaciones en el entorno doméstico —como la altura adecuada de los asientos que facilite pasar de sentado a de pie— pueden reducir las lesiones del personal (Coman et al., 2018). Así, Noruega ofrece buenos ejemplos de intervenciones en el lugar de trabajo (como ergonomía, entrenamiento físico y terapia cognitivo-conductual) con resultados positivos en la prevención del dolor lumbar entre quienes brindan cuidados personales en tareas físicamente demandantes (Rasmussen et al., 2013).

El uso de tecnología, incluidas tecnologías digitales (por ejemplo, sensores y tabletas), también ayuda a mejorar e incrementar la productividad de los puestos de cuidado. Así, la tecnología puede agilizar tareas administrativas, la coordinación, el monitoreo y los traslados, maximizando el tiempo que las y los trabajadores dedican al cuidado directo (OCDE, 2023a; Eurocarers, 2024; NHS, 2019). En Finlandia, el esquema de teleasistencia denominado “atención remota” ayudó a las y los trabajadores de cuidados de larga duración a reducir el tiempo de desplazamiento. En Japón, se usa cada vez más *software* de inteligencia artificial para ayudar a optimizar los horarios de recogida y regreso de usuarios de centros diurnos o también, por ejemplo, para detectar caídas, lo cual también ha contribuido a disminuir la carga de monitoreo de las cuidadoras. Además, la inteligencia artificial se ha considerado o ya se ha implementado para evitar daños prevenibles en entornos de cuidados de larga duración (OCDE, 2023a). A medida que bajen los precios de equipos avanzados, como los robots, es probable que las soluciones tecnológicas innovadoras se prioricen (OCDE, 2024) y que también crezcan en América Latina y el Caribe.



Algunos países de la región han empezado a integrar tecnología en sus sectores públicos con iniciativas que podrían ser útiles para los servicios de cuidados de larga duración si se extendieran a ese ámbito. Por ejemplo, Brasil creó en 2023 una Secretaría de Información Digital dentro de su Ministerio de Salud, mientras que Chile lanzó el Hospital Digital para ampliar el acceso a especialistas mediante infraestructura digital (Ministerio de Salud de Chile, 2022). El uso de telemedicina asíncrona en Chile permite a especialistas en geriatría brindar atención a distancia en todo el país, abordando condiciones complejas como la multimorbilidad y el Alzheimer (Congreso Nacional de Chile, 2024). Colombia y Perú también han introducido teleconsultas, aunque continúan limitadas al sector de salud general. Estas tecnologías todavía no se han aplicado a los cuidados de larga duración, pero han mostrado potencial para mejorar la prestación de servicios. Por ello, su expansión a este ámbito podría mejorar las condiciones laborales al ofrecer mayor flexibilidad mediante servicios remotos, permitiendo a las profesionales gestionar mejor sus cargas de trabajo y, cuando sea apropiado, trabajar desde el hogar.

7.2 Utilizar un enfoque centrado en la persona para formar a cuidadoras remuneradas y no remuneradas

Como se describe en los **capítulos 3** y **4**, la falta de formación reduce tanto la calidad de los cuidados de larga duración como el bienestar de quienes brindan cuidados, una actividad que se asocia con mayores niveles de estrés y ansiedad, salarios más bajos y menor satisfacción laboral (Husebø et al., 2019; Gresham et al., 2018; Rajamohan, Porock y Chang, 2019). Por ello, es esencial garantizar que las cuidadoras remuneradas y no remuneradas accedan a formación de calidad para así proteger, promover y desarrollar la fuerza laboral de cuidados de larga duración.

En el **Capítulo 6** se analiza cómo los países de la región han avanzado en la formación de la fuerza laboral de cuidados de larga duración. Para profundizar esos avances, es necesario incorporar de forma transversal un enfoque centrado en la persona en los marcos de formación, diseñar programas que atiendan las necesidades tanto de las cuidadoras como de las personas que reciben cuidados y adaptar la formación a la evolución de las necesidades de las personas mayores. Todo ello puede lograrse ampliando la oferta y la accesibilidad de los programas de formación.



7.2.1 Incorporar el enfoque centrado en la persona en los marcos de formación de manera transversal

Un enfoque de cuidados centrado en la persona pone en primer plano los derechos, las preferencias y la calidad de vida de quienes reciben cuidados y se basa en los principios de la dignidad y la atención personalizada (Bermejo, 2021). Se ha demostrado que los modelos de atención centrada en la persona reducen de manera significativa la cantidad de medicación administrada (Galiana et al., 2019; Husebø et al., 2019) y retrasan la necesidad de institucionalización (Gresham et al., 2018). Este último resultado es especialmente importante, dado que la mayoría de las personas prefiere envejecer en su hogar y mantener los vínculos con su entorno.

Pasar de un modelo tradicional de asistencia médica orientado al servicio a un enfoque integral centrado en la persona requiere financiamiento para asegurar dotaciones de personal adecuadas, así como programas de formación diseñados específicamente. Al integrar estos valores en la formación, los sistemas de cuidados pueden responder mejor a las necesidades complejas y cambiantes de las personas y, en última instancia, brindar cuidados de mayor calidad. El **Cuadro 7.1** resume las principales diferencias entre el enfoque centrado en la persona y el centrado en el servicio.

**CUADRO 7.1 EL ENFOQUE CENTRADO EN EL SERVICIO
FRENTE AL ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA**

ENFOQUE CENTRADO EN EL SERVICIO (EL SISTEMA DEL PASADO)	ENFOQUE CENTRADO EN LA PERSONA (EL OBJETIVO)
Se centra en las limitaciones y debilidades de las personas que reciben cuidados.	Se centra en la dignidad y el valor de cada persona: sus valores, capacidades, habilidades y deseos.
Los profesionales toman las decisiones.	Las personas mayores y/o quienes ellas elijan toman las decisiones.
Prioriza programas, planes, terapias y protocolos.	Desarrolla un proyecto de vida significativo, un plan para un futuro posible y deseable.
Visión basada en el trastorno de las personas mayores.	Visión integral y de desarrollo de las personas mayores.
Aborda "situaciones problemáticas" (trastornos de conducta, conductas alteradas) con enfoques que evitan o minimizan conductas consideradas desviadas.	Identifica necesidades insatisfechas y ayuda a satisfacerlas (escuchando y respetando a la persona).
Incluye creencias edadistas con estereotipos y prejuicios sobre las personas mayores.	Reconoce y valora las diferencias y la singularidad de cada sujeto. Asume la diversidad humana como un valor.
Utiliza un lenguaje técnico-profesional que a veces resulta despectivo y edadista.	Utiliza un lenguaje no negativo, no discriminatorio e inclusivo.

Fuente: Bermejo (2021).



Si bien algunos países de América Latina y el Caribe han comenzado a incorporar elementos del modelo centrado en la persona en sus programas de formación, este enfoque sigue sin ser predominante en los planes de estudio de la región. En este sentido, un enfoque de cuidados centrado en la persona requiere una combinación de habilidades técnicas, relacionales y de autocuidado. Las habilidades técnicas incluyen prácticas, como mover a una persona de forma segura y ajustar su postura. Las habilidades relacionales abarcan, por ejemplo, la comunicación efectiva y el acompañamiento al final de la vida. Por último, este enfoque pone especial énfasis en el bienestar de quienes brindan cuidados, enseñándoles habilidades de autocuidado para identificar señales de agotamiento y mejorar su salud física y emocional (Aldaz Arroyo et al., 2023).

Una evaluación de los programas de formación en Colombia, Costa Rica y Uruguay muestra que solo han incorporado parcialmente el enfoque centrado en la persona. Aspectos clave de este enfoque —como la comunicación, la gestión del tiempo, la promoción de proyectos de vida en la vejez y los derechos humanos— reciben una atención y un tiempo limitados. Para subsanar estas carencias, los evaluadores proponen cuatro currículos de formación para cuidadoras en centros de día y residenciales. Los países de la región también pueden mirar a sistemas más avanzados, como los de España, Finlandia o Francia, para estudiar cómo transversalizar el enfoque centrado en la persona en sus marcos formativos (Aldaz Arroyo et al., 2023).

La Alianza Europea de Competencias para los Cuidados de Larga Duración ofrece un buen ejemplo fuera de la región. Este programa aspira a formar al menos al 60% de los profesionales del sector (3,8 millones de trabajadores) en áreas relacionadas con la atención centrada en la persona y la digitalización de aquí a 2030. Esta estrategia se alinea con los objetivos del Plan de Acción del Pilar Europeo de Derechos Sociales.

7.2.2 Diseñar la formación para atender las necesidades tanto de quienes brindan cuidados como de quienes los reciben

La carga formativa debe equilibrar la garantía de calidad del servicio con las limitaciones de tiempo de las personas cuidadoras. Por un lado, más horas de formación ayudan a mejorar la calidad de los cuidados. Por otro, el nivel educativo limitado de muchas cuidadoras, sumado a sus dificultades para conciliar trabajo, familia y estudio, hace poco probable que puedan comprometerse con programas muy extensos.

Como se expone en el **Capítulo 6**, la carga horaria varía considerablemente entre países de la región y, en la mayoría de los casos, los estándares quedan por debajo de los europeos. España, por ejemplo, exige 450 horas de formación, mientras que Italia exige 1.000 horas. Aldaz Arroyo



et al. (2023) recomiendan al menos 300 horas para personas sin experiencia y 260 horas para quienes ya la tienen. De forma similar, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social recomienda cursos de entre 260 y 380 horas (OISS, 2022). Los países de la región pueden avanzar gradualmente hacia estos objetivos.

Los currículos deben combinar de forma efectiva teoría y práctica. Si bien el conocimiento teórico es valioso, debe complementarse con formación práctica y aprendizaje en el puesto de trabajo. Para un aprendizaje efectivo, los contenidos teóricos deben servir de base a la formación práctica, de modo que las cuidadoras apliquen sus conocimientos en situaciones reales. Por ello, integrar teoría y práctica aumenta la pertinencia de la formación (Surr et al., 2017).

No todos los programas de la región incluyen prácticas en el puesto de trabajo y los que sí lo hacen dedican poco tiempo a este componente. En este sentido, una buena práctica se observa en Corea del Sur, que asigna el mismo tiempo a cada tipo de formación: 80 horas de teoría, 80 horas de práctica y 80 horas de experiencia en el puesto. En Francia, el 50% de la formación de las y los trabajadores de cuidados se realiza en el puesto de trabajo (Aldaz Arroyo et al., 2023).

La formación basada en competencias se adapta mejor a las y los trabajadores de cuidados que los métodos tradicionales, que suelen organizarse por materias: primero se transmite la información para que se memorice y después se evalúa. En cambio, la formación basada en competencias es un sistema estructurado de capacitación y evaluación que permite adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para desempeñar actividades laborales conforme a un estándar específico (OIT, 2020). Así, se centra en evaluar las destrezas requeridas para un puesto concreto. Las sesiones teóricas y prácticas se diseñan a partir de estándares de competencia, por lo que las personas participantes trabajan hasta dominar esas competencias con el objetivo de cumplir los criterios de un entorno laboral real.

7.2.3 Ajustar los programas de formación a la evolución de las necesidades de cuidado

El contenido de los programas de formación debe ajustarse dinámicamente para reflejar las prioridades emergentes en materia de cuidados y, del mismo modo, los perfiles ocupacionales también han de adaptarse en consecuencia. Entre las áreas clave de adaptación figuran el apoyo al envejecimiento saludable y la atención a personas con mayores niveles de dependencia, lo que exige una formación más especializada. La creciente prevalencia de afecciones neurodegenerativas o multipatológicas también requiere modificar la combinación de habilidades del personal de cuidados de larga duración (Fujisawa y Colombo, 2009). Estas adaptaciones



garantizan que los perfiles ocupacionales y los programas de formación sigan siendo pertinentes, oportunos y acordes con las necesidades cambiantes de los sistemas de cuidados de larga duración.

La mayoría de las necesidades de cuidado pueden cubrirse formando a cuidadoras para apoyar a las personas dependientes en sus actividades de la vida diaria. Sin embargo, cuando existe una dependencia severa o necesidades específicas de salud y rehabilitación, se requiere formación para tareas más complejas (OCDE, 2020). Estas tareas suelen formar parte del perfil de auxiliares de enfermería, enfermeras, terapeutas ocupacionales y cuidadoras que trabajan con personas con alta dependencia de cuidados.

En esta línea, una buena práctica es ofrecer a quienes ya completaron la formación básica la posibilidad de ampliar sus competencias mediante especializaciones en atención a personas con alta dependencia, incluidas personas con condiciones neurodegenerativas y neurológicas, así como con movilidad reducida.¹⁰³ Estas formaciones buscan dotar a las personas cuidadoras de herramientas para afrontar conductas complejas e identificar cambios en las necesidades, como ocurre con la demencia. También deben incluir competencias específicas para mantener la autonomía, fomentar la comunicación y reforzar la interacción social de las personas con demencia.

Para responder a las demandas del envejecimiento poblacional, los programas de enfermería deberían incorporar cursos de geriatría y gerontología. Algunos países de la OCDE han avanzado en esta dirección y pueden servir de ejemplo para la región. Austria y Japón, por ejemplo, han introducido programas de becas para incentivar la especialización en este campo (OCDE, 2020).

Por último, la formación debe adaptarse a las necesidades de coordinación entre los servicios de salud y los servicios sociales, fundamental para asegurar la continuidad asistencial y ahorrar recursos en ambos sectores (véase el **Recuadro 7.1** ). La figura del gestor de cuidados (*care manager*) representa el mecanismo profesional de coordinación más extendido para lograr esta integración y articular la atención entre los sistemas sanitario y de cuidados de larga duración con un enfoque centrado en la persona y a lo largo del curso de vida (Hofmarcher, Oxley y Rusticelli, 2007).

Los gestores de cuidados son el núcleo del sistema japonés de cuidados de larga duración.¹⁰⁴ Esta función, introducida tras la creación del sistema en el año 2000, desempeña un papel

103. Un ejemplo de este tipo de formación puede encontrarse en el Programa 3 de Aldaz Arroyo et al. (2023).

104. La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) produjo un video que explica el rol de los gestores de cuidados. Está disponible en [inglés](#) y en [español](#).



esencial ayudando a las personas a escoger los servicios que mejor se ajustan a sus necesidades, como cuidados en el hogar, servicios de salud y actividades comunitarias. Estos profesionales ayudan a las personas mayores y a sus familias a identificar retos y necesidades en la vida cotidiana, y luego proponen un plan personalizado con los servicios más adecuados para mantener la autonomía. También supervisan la puesta en práctica del plan mediante visitas domiciliarias periódicas y el seguimiento del bienestar físico y mental, a fin de asegurar que el plan siga siendo apropiado.

En Francia, la Agencia Nacional para la Formación Profesional de los Adultos¹⁰⁵ ha implementado un programa de formación especializada para “Responsables de Coordinación de Servicios a Domicilio”. Este programa enfatiza las habilidades necesarias para diseñar y organizar la prestación de servicios en el hogar, gestionar y coordinar equipos de personas cuidadoras a domicilio y elevar la calidad del servicio. En Reino Unido, los Coordinadores de Salud y Servicios Sociales del Servicio Nacional de Salud desempeñan una función similar, al ayudar a las personas con necesidades complejas a navegar por sus itinerarios de atención (NHS, 2025).

105. Agence Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes.



RECUADRO 7.1 COORDINACIÓN ENTRE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y ATENCIÓN SANITARIA

Además de instituir la figura del gestor de cuidados, varios países han intentado impulsar programas de atención integrada que combinan servicios sanitarios y cuidados de larga duración. Bélgica y Luxemburgo conectan a pacientes y cuidadoras con hospitales, coordinadores de cuidados, prestadores de atención a domicilio, médicos ambulatorios y otros profesionales dentro de una misma red. Bélgica lo hizo mediante 19 programas de formas alternativas de atención para personas mayores en 2019 y en la actualidad está incorporando los hallazgos en un nuevo plan de atención integrada.¹ Luxemburgo está conformando equipos de prestadores para determinadas enfermedades, como la diabetes y las enfermedades neurodegenerativas (Ministerio de Salud y Seguridad Social de Luxemburgo, 2023).

Francia ha experimentado con distintas versiones de programas de atención integrada para personas mayores. En 2014, lanzó el programa “Itinerarios de Salud para Personas Mayores”² para personas de 75 años o más y sus cuidadoras en nueve regiones francesas. El programa ayuda a que las personas mayores permanezcan en su hogar el mayor tiempo posible, mejorando la coordinación de la atención y la calidad de vida. Un nuevo piloto, el “Pago Global para Equipos de Profesionales de la Salud en la Comunidad”³ retoma esta experiencia: asigna un presupuesto global a un grupo de al menos cinco profesionales (como mínimo tres médicos de cabecera y una enfermera) para brindar atención a un colectivo determinado, por ejemplo, personas de 65 años o más.

Japón ofrece servicios de atención integrada comunitaria centrados en la persona que articulan a prestadores del sistema sanitario, los servicios sociales y cuidadoras de larga duración. La coordinación comienza con la evaluación del nivel de dependencia. En primer lugar, un evaluador de los servicios sociales municipales aplica un cuestionario estándar para determinar el grado de autonomía de la persona cuidada en sus actividades cotidianas. Al mismo tiempo, un médico evalúa el estado de salud. Con ambos insumos, una comisión multidisciplinaria de expertos (de salud, servicios sociales y cuidados de larga duración) emite una decisión sobre el nivel de apoyos o cuidados al que la persona tiene derecho. Después, la coordinación intersectorial continúa a través del gestor, responsable de preparar el plan de cuidados que combina servicios de larga duración y de atención sanitaria.

1. Véase: <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/qualite-des-soins/soins-aux-personnes-agees/formes-alternatives-de-soins-aux-personnes-agees-projets#etat-des-lieux-2023>.

2. *Parcours Santé des Aînés*.

3. *Expérimentation d'un paiement forfaitaire en équipe de professionnels de santé en ville*. Véase: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article-51-lfss-2018-innovations-organisationnelles-pour-la-transformation-du/les-experimentations/article/experimentation-d-un-paiement-en-equipe-de-professionnels-de-sante-en-ville>.



7.2.4 Estandarizar y ampliar la oferta de programas de formación

Establecer un currículo oficial para personas cuidadoras es clave para abordar los bajos niveles y la heterogeneidad de la formación observados en la región, lo cual exige coordinación interinstitucional y colaboración entre entidades públicas, actores del sector privado y organizaciones de la sociedad civil. Como se detalla en el **Capítulo 6**, varios países de la región (Argentina, Barbados, Costa Rica, Ecuador —sector público—, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Uruguay) cuentan con programas de formación que las cuidadoras deben completar para ser reconocidas oficialmente como tales. Aún más países exigen estos requisitos para las enfermeras que trabajan en cuidados de larga duración. Idealmente, completar este curso debería asociarse con mayores ingresos. Por ejemplo, en Italia, el salario mínimo por hora para cuidadoras de personas con dependencia funcional es de 7,91 euros (US\$ 9,2) si la persona cuidadora no tiene formación (nivel CS) y de 9,5 euros (US\$ 11) si ha completado la formación (nivel DS).¹⁰⁶

La formación oficial puede definirse a partir de los cursos ya impartidos por instituciones de educación y formación técnico-profesional. Esta fue la vía elegida en República Dominicana, al involucrar al Instituto Nacional de Formación Técnico Profesional (INFOTEP) en el pilotaje de la estrategia Comunidades de Cuidados descrita en el **Capítulo 6**. La oferta también puede ampliarse mediante alianzas con instituciones privadas, con y sin fines de lucro. En estos arreglos, los gobiernos siguen siendo responsables de definir los estándares formativos y asegurar la calidad, mientras que las instituciones privadas se encargan de su impartición.

Uruguay amplió su oferta de formación a través de convenios entre el Instituto Nacional de Empleo y Formación Profesional (INEFOP) y centros formadores acreditados por el Ministerio de Educación. Así, el Gobierno dicta cursos directamente y también a través de 40 entidades privadas autorizadas (Sistema de Cuidados, 2020). Un ejemplo exitoso fuera de la región es Corea del Sur: en solo 14 años, formó y certificó a 2,2 millones de personas cuidadoras mediante 1.187 instituciones educativas acreditadas por el Gobierno que ofrecen cursos para cuidadoras. Gracias a una planificación cuidadosa, estos esfuerzos comenzaron dos años antes del lanzamiento del Sistema Nacional de Cuidados.

Por último, un factor clave para expandir programas de alta calidad es contar con formadores calificados. Por ello, son esenciales los programas de formación de formadores, que doten a quienes enseñan de habilidades pedagógicas, conocimientos actualizados y competencias

¹⁰⁶. Valores para 2025. Véase la *Associazione sindacale nazionale dei datori di lavoro domestico* para las [definiciones de las categorías profesionales](#) y el [cuadro de salarios mínimos](#).



prácticas para preparar eficazmente a las y los trabajadores del cuidado. El Protocolo Iberoamericano de Formación en Cuidados, que propone un marco curricular para quienes brindan cuidados a personas en situación de dependencia, define perfiles específicos de formadores para sus módulos. En el módulo de atención primaria, por ejemplo, se requiere formación técnica o profesional formal en salud, al menos un año de experiencia laboral reciente en el sector, así como dominio de técnicas de facilitación y de evaluación de programas de capacitación, especialmente los orientados a personas mayores (OISS, 2022). Además, los formadores deben contar con un conocimiento profundo del modelo de cuidados centrados en la persona presentado antes en este mismo capítulo.

7.2.5 Aumentar la participación de más personas en las oportunidades de formación

Para que más personas cuidadoras accedan a la formación, los cursos deben ser asequibles y tener horarios flexibles que permitan compatibilizar estudio y trabajo.

Los gobiernos deberían evitar que el costo de la formación se convierta en una barrera para quienes desean trabajar en el sector. En este sentido, los programas con subsidio público pueden atraer a trabajadoras hacia los cuidados y, además, mejorar las competencias de las cuidadoras informales. En la región, muchos países ofrecen cursos reconocidos oficiales sin costo (Argentina, Uruguay) o con tarifas subsidiadas (Barbados, Chile y Ecuador). Fuera de la región también se han dado pasos en esta dirección. Japón, por ejemplo, incrementó notablemente el número de cuidadoras mediante un programa de apoyo financiero para la formación en cuidados de larga duración dirigido a insertar o reinserir cuidadoras en el mercado laboral. Otros países de la OCDE han aplicado políticas similares (OCDE, 2020).

Las barreras de tiempo que limitan la participación en la formación son tan relevantes como las económicas. Para afrontarlas, los cursos deben diseñarse con suficiente flexibilidad para adaptarse a los horarios y ritmos de aprendizaje de las participantes. Esto permite que el aprendizaje en línea sea una herramienta prometedora por su potencial para crear entornos formativos inclusivos y equitativos. Además, cada vez se desarrollan más aplicaciones móviles y plataformas que amplían el acceso a módulos de formación para personas cuidadoras, lo que les ofrece maneras innovadoras de fortalecer sus habilidades. Para que estas herramientas sean efectivas, deben contar con contenidos bien diseñados y entornos de aprendizaje adecuados a las necesidades de las cuidadoras. Un estudio controlado demostró que el aprendizaje móvil es más costoefectivo que las clases tradicionales dirigidas por un docente para capacitar a cuidadoras a domicilio en atención a la demencia. Un enfoque híbrido —*e-learning* complementado con



redes de apoyo en línea guiadas por mentores y encuentros presenciales de acompañamiento— también resultó eficaz para desarrollar competencias (Su et al., 2021).

Una buena práctica es el curso en línea sobre cuidados personalizados con enfoque centrado en la persona lanzado por el Gobierno de España. Se trata de una formación gratuita, de ritmo flexible y 25 horas de duración, que ofrece recursos audiovisuales diseñados para propiciar la reflexión sobre las prácticas de cuidado, tanto para personas cuidadoras remuneradas como no remuneradas. Otro ejemplo europeo es la aplicación App for Dem, que brinda recursos educativos abiertos y gratuitos para afrontar los desafíos cotidianos de quienes brindan cuidados a personas con demencia, poniendo énfasis en el enfoque centrado en la persona, con estrategias prácticas para mejorar la calidad del cuidado. Por su parte, la plataforma argentina cuidabien.org ofrece formación y apoyo para personas cuidadoras familiares, con foco en el fortalecimiento de su capacidad para brindar cuidados efectivos. Con todo, el *e-learning* requiere ser complementado con prácticas en el puesto de trabajo.

Otra estrategia para ganar flexibilidad consiste en organizar la formación en módulos progresivos, lo que permite mayor adaptación a necesidades y horarios. Para las y los trabajadores del sector, estructurar la formación en módulos abre una ruta que combina formación inicial con aprendizaje a lo largo de la vida. Quienes ya tienen experiencia o brechas específicas pueden elegir módulos puntuales según sus necesidades, lo que evita redundancias y les permite concentrarse en las competencias que desean adquirir. De esta forma, se asegura que las habilidades se mantengan actualizadas y alineadas con la evolución de las necesidades de las personas con dependencia, y se fomenta una fuerza laboral más ágil y receptiva.

La Unión Europea ha respaldado este enfoque mediante una Recomendación “relativa a un enfoque europeo de las microcredenciales para el aprendizaje permanente y la empleabilidad”. Las microcredenciales certifican resultados de experiencias formativas de corta duración y apoyan un proceso continuo de desarrollo y actualización de habilidades y conocimientos. Así, este marco mejora la calidad, transparencia, accesibilidad y flexibilidad de los programas de aprendizaje, a la vez que promueve la inclusión, el acceso y la igualdad de oportunidades (Consejo Europeo, 2022).

Para atraer personas a la formación y al empleo en el sector —y evitar que abandonen poco después de empezar a trabajar—, también es crucial apoyar decisiones profesionales informadas. Quienes evalúan ingresar deben valorar su idoneidad para el rol, considerando los retos y habilidades que implica, antes de dar el paso. En Francia, por ejemplo, el servicio público de em-



pleo¹⁰⁷ ofrece información clara y accesible sobre aspectos clave de las profesiones de cuidado: tareas principales, habilidades y competencias requeridas, condiciones de trabajo esperables y niveles de remuneración. Además, el [Programa de Inmersión](#)¹⁰⁸ brinda la posibilidad de realizar estancias cortas, no remuneradas, de observación en empresas e instituciones de cuidado. Estas prácticas permiten conocer el trabajo en un entorno real y decidir de manera informada si seguir una carrera en el ámbito de los cuidados.

7.3 Apoyar a las cuidadoras familiares para prevenir las consecuencias negativas del cuidado

Sin apoyos prácticos y emocionales adecuados, brindar cuidados puede afectar negativamente la salud física y mental de quienes cuidan, algo que resulta especialmente cierto para las cuidadoras familiares, que asumen la responsabilidad con muy poca formación. Dado su papel central en los cuidados de larga duración, es esencial ofrecerles un conjunto de apoyos que les ayude a desempeñar sus tareas de forma segura y gratificante. Además de la formación —que se trata en la [Sección 7.2](#)—, existen otras medidas que los países pueden adoptar para reducir los efectos negativos del cuidado no remunerado. Aunque en América Latina y el Caribe estas iniciativas aún se encuentran en una etapa temprana, ya hay experiencias prometedoras, así como ejemplos valiosos fuera de la región.

7.3.1 Información, apoyo psicológico y evaluaciones de las personas cuidadoras

Los familiares a menudo asumen el cuidado sin experiencia previa ni información útil, por lo que es posible que no sepan cómo organizar el cuidado o realizar tareas técnicas. Igualmente, su conocimiento de los recursos públicos o privados disponibles puede ser limitado y también pueden desconocer qué tipo de estimulación física o cognitiva ofrecer a la persona con necesidades de cuidado y no percibir la importancia de ampliar sus interacciones sociales.

Por estas razones, proporcionar información sobre cómo cuidar y sobre los servicios disponibles es un primer paso fundamental para reducir el malestar emocional y evitar que las personas cuidadoras se sientan perdidas y aisladas. El [Carer Gateway](#) del Gobierno de Australia es un buen

¹⁰⁷. France Travail.

¹⁰⁸. Immersion Facilitée.



ejemplo de portal en línea con información sobre derechos, prestaciones y opciones de apoyo para personas cuidadoras. El Gobierno de Francia, por su parte, también mantiene un [sitio web](#) con información sobre cuidados de larga duración y sobre el rol de las personas cuidadoras.

Los servicios de apoyo psicosocial o de asesoramiento son otra estrategia clave para afrontar la carga emocional del cuidado y fortalecer la resiliencia de las cuidadoras familiares. La región ofrece algunos ejemplos prometedores. Como se describe en la **Sección 5.2**, el Programa de Apoyo al Cuidador¹⁰⁹ en Bahía (Brasil) comparte conocimientos y ofrece acompañamiento para mejorar la atención a las personas mayores. Lo hace a través de reuniones semanales con actividades grupales, discusiones temáticas sobre el cuidado, intercambio de experiencias y apoyo individual.¹¹⁰ Fuera de la región, países como Dinamarca y Letonia subvencionan parcialmente la atención en salud mental para cuidadoras familiares.

Las evaluaciones de la persona cuidadora son otra buena práctica para orientar apoyos individualizados. Este tipo de evaluación analiza cómo las responsabilidades de cuidado afectan la salud física y mental de quien cuida, su empleo, su tiempo libre y sus relaciones. Se trata del primer paso para diseñar un plan de apoyo adaptado al contexto de cada persona cuidadora.

Algunos países de la OCDE realizan evaluaciones de las personas cuidadoras, entre ellos Australia, Canadá, Escocia, Inglaterra y Países Bajos y algunos municipios de Suecia. En Australia, la evaluación es requisito para acceder a servicios a través del Carer Gateway. En Inglaterra, el sistema valora las necesidades de quien cuida junto con las de la persona receptora de cuidados, aunque no necesariamente al mismo tiempo. Las evaluaciones se realizan con independencia del resultado de la valoración de la persona cuidada (Gobierno del Reino Unido, 2016). En Canadá, la sobrecarga de la persona cuidadora se evalúa mediante el Caregiver Risk Evaluation, un algoritmo que identifica a personas cuidadoras en riesgo de angustia o agotamiento, basado en la valoración interRAI Home Care (CIHI, 2021). Por ello, se anima a los países de América Latina y el Caribe a seguir estos ejemplos, ya que este tipo de evaluación permite ajustar los apoyos a las necesidades de las personas cuidadoras y trabajar de forma preventiva para evitar crisis (Hanson, Magnusson y Nolan, 2008).

Al diseñar apoyos para cuidadoras familiares, conviene considerar necesidades específicas según la edad. Por ejemplo, es fundamental que las y los jóvenes puedan continuar con sus estudios. Un modelo que puede inspirar a los países de la región es el proyecto Me-We, financiado por la Unión Europea en el marco de Horizon 2020.¹¹¹ Este proyecto busca fortalecer la

¹⁰⁹. Programa de Apoio ao Cuidador.

¹¹⁰. Véase: www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/comofuncionaosus/centros-de-referencia/creasi/programa-de-apoio-ao-cuidador.

¹¹¹. Véase: <https://me-we.eu/>.



resiliencia de personas cuidadoras adolescentes (15–17 años) en seis países europeos (Eslovenia, Italia, Países Bajos, Suecia, Suiza y Reino Unido), con objetivos de largo plazo como reducir la deserción escolar, mejorar su empleabilidad y disminuir los trastornos mentales. Aunque no es deseable que las adolescentes asuman responsabilidades de cuidado, estos mecanismos pueden ser útiles en contextos donde esta realidad es ineludible.

7.3.2 Servicios de respiro

Los servicios de respiro son otra buena práctica para mitigar los efectos negativos del cuidado familiar, al permitir que las personas cuidadoras tomen descansos breves de sus responsabilidades.¹¹² Aunque la evidencia no es concluyente (Brimblecombe et al., 2018), algunos estudios muestran beneficios importantes para el bienestar de las cuidadoras. Por ejemplo, Yeandle y Wigfield (2012) hallan que el respiro permitió que el 50% de las personas cuidadoras dispusiera de más tiempo para sí mismas y también que la salud de quienes no tuvieron acceso a respiro se deterioró con mayor rapidez.

Estas prácticas son todavía limitadas en América Latina y el Caribe (véase el **Capítulo 5**). Fuera de la región, el apoyo público al respiro se brinda principalmente en especie. En ocho países europeos (Dinamarca, Finlandia, Francia, Irlanda, Islandia —Reikiavik—, Lituania, Luxemburgo y Portugal), así como en Australia, Corea y Estados Unidos, el respiro está disponible en especie, por ejemplo, mediante servicios residenciales, diurnos o a domicilio. En Canadá, todas las provincias apoyan el respiro, fundamentalmente en especie. Alemania y Eslovaquia son los únicos países europeos que lo apoyan con transferencias monetarias en lugar de en especie. Francia ofrece la opción de recibir una transferencia en efectivo para cubrir necesidades de cuidado cuando la persona cuidadora principal no está disponible (Spasova et al., 2018). Por lo general, estos servicios tienen límites; por ejemplo, pueden utilizarse durante seis semanas al año en Alemania, o hasta 500 euros (US\$ 590) en Francia (Rocard y Llena-Nozal, 2022).

Un aspecto clave al diseñar servicios de respiro es que sean accesibles y lo bastante flexibles como para ajustarse a las necesidades tanto de las cuidadoras como de las personas que reciben cuidados. La evidencia de diversos países sugiere que la utilización puede ser baja cuando los beneficiarios potenciales perciben que los servicios son inadecuados o no se ajustan a sus preferencias.

112. Todos los servicios de cuidados de larga duración que no requieren la presencia de cuidadoras familiares —ya sea en el hogar o en centros— también ofrecen respiro. Este informe no describe los servicios de cuidados de larga duración disponibles en los países de la región porque se centra en las personas cuidadoras. Esta sección presenta algunos ejemplos de servicios que brindan respiro por un tiempo limitado, con un énfasis mayor en quienes cuidan que en quienes reciben cuidados. Estos servicios pueden considerarse complementarios de los cuidados de larga duración más intensivos, que se enfocan principalmente en las personas que reciben cuidados.

7.3.3 Licencias y trabajo flexible para cuidadoras familiares que siguen trabajando

El acceso a licencias vinculadas al cuidado o a la opción de pasar temporalmente a una jornada parcial son buenas prácticas que ayudan a las personas a conservar su empleo mientras brindan cuidados de larga duración a un familiar. Aunque estas prácticas son comunes en la región para el cuidado infantil, solo Chile, Ecuador y México cuentan con algún tipo de licencia remunerada para cuidados de larga duración. En este sentido, ningún otro país ofrece licencias (remuneradas o no) de este tipo.¹¹³

En Alemania, quienes cuidan a personas con dependencia tienen derecho hasta a seis meses de licencia no remunerada o a trabajar a tiempo parcial durante un máximo de 24 meses (Comisión Europea, 2018). También pueden acceder a un préstamo sin intereses (según el tamaño del empleador) mientras su ingreso se reduce. En Francia, las personas cuidadoras pueden tomarse hasta tres meses de licencia no remunerada por vez, con un máximo de 12 meses a lo largo de su vida laboral (Comisión Europea/Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros y CPE, 2016). Existen disposiciones similares en España y en Bélgica a través de su programa de “crédito de tiempo” (Triantafyllou et al., 2010).

En Canadá, la Compassionate Care Leave permite ausentarse hasta 28 semanas dentro de un período de 52 semanas para cuidar a un familiar con enfermedad terminal, con derecho a prestaciones del seguro de empleo. Canadá también cuenta con la Critical Illness Leave, que ofrece hasta 17 semanas para cuidar a un adulto. Esta licencia es remunerada, con una ayuda financiera de aproximadamente el 55% del salario perdido (Gobierno de Canadá, 2025). Sin embargo, como está limitada al cuidado de personas con enfermedades terminales, no cubre otras necesidades de cuidado. Los Países Bajos tienen una política similar con una duración oficial de 10 días y compensación, ampliable por convenios colectivos. En Estados Unidos, algunos estados (como California, Nueva York y Nueva Jersey) también cuentan con licencias familiares remuneradas.

Existe evidencia sólida de que las licencias para cuidados impactan de manera positiva en la oferta laboral, especialmente entre las mujeres (Saad-Lessler, 2020; Coile et al., 2022). No obstante, su implementación presenta desafíos. De la misma forma, las licencias acotadas (por ejemplo, de pocos días o restringidas a enfermedades terminales) representan un avance en el reconocimiento de los derechos de las personas cuidadoras, pero pueden no brindar un apoyo significativo, sobre todo si no son remuneradas.

113. Véase <https://webapps.ilo.org/globalcare/> y seleccione la opción “Licencia de cuidados de larga duración”.



Las y los empleados podrían mostrarse reacios a solicitar licencias para cuidados de larga duración por temor a afectar su progreso profesional y el ingreso del hogar. Además, el uso efectivo de estas licencias puede depender de la intensidad de las responsabilidades de cuidado y de la generosidad de la compensación. Así, quienes brindan cuidados menos intensivos podrían preferir usar vacaciones o días por enfermedad, en especial si pedir una licencia específica puede llegar a perjudicar sus oportunidades laborales. En cambio, quienes brindan cuidados intensivos tenderían más a tomar una licencia legal, incluso si no es remunerada. Cabe destacar que tasas de compensación bajas probablemente reduzcan su utilización, por lo que se requiere un apoyo financiero adecuado para que estas políticas sean efectivas.

A diferencia del cuidado de niños pequeños, el cuidado de familiares con enfermedad o discapacidad es impredecible en duración e intensidad (OCDE y Comisión Europea, 2013). Por ello, las licencias para el cuidado de personas mayores deben contemplar la naturaleza episódica de las enfermedades, los deterioros o mejoras en la salud e incluso los cambios en la disponibilidad de cuidados formales (Oldenkamp et al., 2017). En este sentido, es útil que las licencias puedan fraccionarse en varios períodos.

Un desafío particular para la región consiste en introducir estos esquemas en contextos de alta informalidad laboral. Los países podrían explorar la desvinculación de los derechos y las prestaciones respecto del empleo formal y de los sistemas contributivos. Por ejemplo, ofrecer un conjunto básico de prestaciones de protección social a todas las personas trabajadoras, sean formales o informales. Otros dos retos son garantizar el derecho efectivo a la reincorporación tras la licencia y definir una duración adecuada para evitar que la licencia se convierta en una vía de prejubilación (De Brouwer, 2023).

La flexibilidad laboral —como la reducción de la jornada y el teletrabajo— también contribuye a que las cuidadoras familiares conserven su empleo (Arksey y Glendinning, 2007; Yoshini et al., 2023). Esta flexibilidad facilita conciliar trabajo y cuidados, reduciendo así la probabilidad de recortar las horas laborales de forma más drástica (Arksey y Glendinning, 2007). En Reino Unido, por ejemplo, todos los empleados —incluidas las personas cuidadoras— pueden solicitar un arreglo de trabajo flexible tras un período inicial de 26 semanas de permanencia en el empleo. Este tipo de políticas podría ser prometedor en América Latina y el Caribe, donde los arreglos flexibles han crecido: el 67% de las empresas encuestadas en 24 países de la región comenzó a utilizarlos después de la crisis provocada por la pandemia de COVID-19 (Alaimo et al., 2022).

Las licencias y el trabajo flexible también pueden desempeñar un papel clave en la redistribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres. No solo mejoran la conciliación entre el empleo y el cuidado familiar, sino que además incentivan la participación



de las mujeres en el mercado laboral. Para impulsar cambios reales en las normas sociales, es esencial promover la flexibilidad laboral para hombres y mujeres en todos los sectores y ocupaciones. Si estos acuerdos se implementan sobre patrones de género desiguales, podrían reforzar los roles tradicionales y limitar el acceso de las mujeres a puestos de alta responsabilidad y a oportunidades de desarrollo profesional (Araujo et al., 2024).

7.3.4 Prestaciones monetarias y créditos fiscales y previsionales

Algunos países ofrecen apoyo a los ingresos de las cuidadoras familiares que no pueden emplearse debido a sus responsabilidades de cuidado (véase la **Sección 5.3**). Este esquema corre el riesgo de reproducir el modelo tradicional en el que las responsabilidades de cuidado recaen sobre las mujeres y no reconoce la autonomía de las personas mayores para elegir los servicios de cuidados de larga duración que prefieren. Además, estas prestaciones a menudo no cubren el costo total del cuidado y, por tanto, no pueden considerarse una compensación plena por el esfuerzo de las personas cuidadoras.

Una posible solución al problema de la autonomía de elección es dirigir las transferencias en efectivo directamente a las personas con cuidados, permitiéndoles contratar a una persona cuidadora familiar o profesional, un modelo que emplea el programa Cash and Counseling financiado por Medicaid en Estados Unidos (Doty, 2023). Este programa otorga a los participantes elegibles una asignación mensual que puede utilizarse para adquirir una amplia gama de bienes y servicios según sus necesidades individuales. Todos los gastos deben recibir aprobación previa de un gestor de casos. Entre esos bienes y servicios puede estar la contratación de una persona cuidadora familiar, a quien se le da empleo formal (y, por ende, con acceso a la seguridad social).

Cuando las transferencias monetarias se dirigen a las cuidadoras (aceptando que las personas con cuidados pierdan autonomía de elección), es importante diseñar esquemas en los que el trabajo de las cuidadoras familiares sea plenamente reconocido como empleo formal. Esto garantiza el acceso a prestaciones de seguridad social, incluida la atención de salud y las pensiones. Alemania, España y Finlandia siguen este enfoque (Spasova et al., 2018). Para diferenciar estas transferencias de otros programas de apoyo a ingresos, la elegibilidad debe basarse en el nivel de necesidad de cuidados del receptor, medido con una herramienta de evaluación oficialmente aprobada.

El alivio fiscal es otra forma de apoyar económicamente a las cuidadoras familiares. Esta herramienta aún no se ha utilizado en los países de América Latina y el Caribe. Ahora bien, en la mayoría de los casos fuera de la región, el criterio principal de elegibilidad es el grado de de-



pendencia de cuidados de la persona mayor, combinado con otros criterios como su edad y la relación con la persona cuidadora (por ejemplo, en Bélgica, Canadá, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia e Irlanda). Algunos esquemas (por ejemplo, en Francia y Japón) vinculan las desgravaciones al gasto en servicios de residencias de larga estadía. España, por su parte, ha desarrollado una deducción fiscal para personas que combinan empleo remunerado y responsabilidades de cuidado familiar.

Para cuidadoras familiares que necesitan reducir su jornada laboral o salir del mercado de trabajo para cuidar a una persona dependiente, ofrecer créditos previsionales también es una buena práctica. Estos créditos pueden mitigar el impacto de los cuidados de larga duración sobre el derecho a pensiones contributivas y sobre su cuantía, limitando así el riesgo de pobreza en la vejez. Pueden diseñarse de múltiples maneras: desde ajustes en las fórmulas de pensión hasta la asignación de un monto único al momento de jubilarse, o disposiciones que permitan a las cuidadoras no remuneradas aportar a la seguridad social.

Algunos sistemas de seguridad social de la región (como los de Bolivia, Chile y Uruguay, por ejemplo) han introducido créditos previsionales o mecanismos equivalentes para cubrir periodos de cuidado infantil (OISS, 2019). Sin embargo, esta práctica no es común para los cuidados de larga duración. En Colombia, se presentó un proyecto de ley en 2019 para subsidiar las contribuciones a pensión y salud de quienes cuidan a familiares mayores en situación de dependencia, pero no fue aprobado (Aranco et al., 2022).

Un desafío en el diseño de estos créditos es identificar correctamente a los beneficiarios. A diferencia de los créditos por cuidado infantil, los créditos por cuidados de larga duración deben vincularse a algún tipo de evaluación funcional o de salud, por lo que requieren un alto grado de coordinación entre los sistemas de pensiones y de cuidados de larga duración. El diseño puede considerar requisitos adicionales de elegibilidad, como el número de horas de cuidado brindado por la persona cuidadora. Pueden tomarse ejemplos de países de la OCDE como Alemania, Bélgica, España, Eslovaquia, Estonia, Finlandia, Francia, Hungría, Irlanda, Italia, Polonia y Suecia.

7.4 Promover la participación de los hombres en los cuidados familiares y remunerados

Como se describe a lo largo de este informe, en América Latina y el Caribe, las tareas de cuidado (remuneradas y no remuneradas) recaen desproporcionadamente en las mujeres, y las tendencias demográficas y sociales ejercen una fuerte presión sobre el modelo de cuidados



existente. Por ello, es necesario redefinir el cuidado con base en el principio de corresponsabilidad, de modo que las sociedades reconozcan el valor del trabajo de cuidado y redistribuyan las tareas entre el sector público, el mercado, la comunidad y las familias. Este enfoque también pone énfasis en asegurar una distribución equitativa de las responsabilidades entre hombres y mujeres dentro de los hogares. Esta reestructuración generará múltiples beneficios para los propios hombres, entre ellos, una mayor sensación de ser valorados por las personas a las que brindan cuidados, un sentido más fuerte de propósito y de realización personal al contribuir al bienestar de sus seres queridos, así como el desarrollo de habilidades esenciales de comunicación y empatía, aplicables en distintos ámbitos de la vida, incluido el laboral.

La sección anterior analiza cómo la implementación efectiva de las licencias por cuidado y del trabajo flexible puede favorecer la participación de los hombres en las tareas de cuidado de personas mayores. Esta sección explora estrategias adicionales para (i) transformar las normas de género tradicionales y (ii) aumentar la participación masculina en los sectores vinculados al cuidado.

7.4.1 Desarrollar políticas para transformar las normas tradicionales sobre los roles de género

Alcanzar la corresponsabilidad en los cuidados exige cuestionar las normas tradicionales de género y de masculinidad para propiciar cambios de comportamiento. Así, resulta fundamental contar con instrumentos que incentiven la participación masculina en el cuidado, pero dichos instrumentos deben estar respaldados por normas sociales ampliamente aceptadas que promuevan su aplicación. Las normas y estereotipos tradicionales perpetúan la idea de que, para los hombres, el cuidado familiar se limita principalmente al aporte económico, y refuerzan la expectativa de que las mujeres sean las cuidadoras principales. Por ello, los países deben abordar las dimensiones culturales que sostienen los patrones tradicionales de género.

Si bien la evidencia no documenta cambios sustantivos en las normas tradicionales de género, hay señales alentadoras: diversas encuestas muestran que los hombres declaran brindar una cantidad importante de cuidados, aunque el número real de horas dedicadas pueda ser menor. Esto sugiere que más hombres están reconociendo el cuidado como una responsabilidad que también les compete (Van der Gaag et al., 2023). Los datos de la encuesta IMAGES para Brasil, Chile y México revelan que los hombres que vieron a sus padres participar en las tareas del hogar tienen más probabilidad de involucrarse en el trabajo doméstico. Esta “transferencia intergeneracional del cuidado” puede desempeñar un papel clave en la transformación de las



relaciones de género y en la reducción de las desigualdades, además de abrir un abanico de posibilidades futuras tanto para niños como para niñas (IPPF, WHR y Promundo, 2017).

Las políticas que buscan cambiar las normas sociales en torno al cuidado apuntan a aliviar la carga de trabajo de cuidado de las mujeres y a fomentar una mayor participación masculina en estas actividades. Así, la información, la educación y la sensibilización son elementos clave para impulsar una distribución equitativa de las responsabilidades de cuidado entre hombres y mujeres.

Los países de América Latina y el Caribe han puesto en marcha algunas iniciativas para transformar los roles tradicionales de cuidado y fomentar una mayor participación de los hombres en estas tareas. Sin embargo, la mayoría de estos programas se diseñaron principalmente para promover la participación masculina en el cuidado de niñas y niños, sin considerar otras etapas de la vida en las que los hombres también deberían asumir responsabilidades de cuidado, como el cuidado de sus propios padres o suegros. Aun así, estas iniciativas ofrecen marcos valiosos que podrían adaptarse para aumentar la participación masculina en los cuidados de larga duración.

En la región, vale la pena destacar varias estrategias gubernamentales orientadas a transformar las normas sociales. En Argentina, el Ministerio de Trabajo elaboró una guía y un curso de formación sobre masculinidades en el ámbito laboral, que incluye un módulo sobre paternidad y corresponsabilidad (MTESS, 2022). Esta iniciativa cuestiona los roles de género tradicionales y promueve una distribución más equitativa de las responsabilidades de cuidado en los entornos profesionales.

Bogotá lanzó en 2021 la Escuela de Hombres al Cuidado, una iniciativa que busca redistribuir de forma equitativa los beneficios directos, indirectos, emocionales y ambientales del trabajo de cuidado incentivando la participación de los hombres. La estrategia se implementa a través de tres servicios: una unidad móvil que utiliza actividades artísticas y herramientas pedagógicas para involucrar a los hombres y transformar percepciones sobre el cuidado, ciclos de formación presenciales y clases en línea.

En Chile, el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género organiza talleres sobre masculinidades para las empresas que buscan la certificación en gestión de la igualdad de género y conciliación. Estos talleres impulsan un enfoque más inclusivo del cuidado en el lugar de trabajo, alentando a hombres y mujeres a compartir las responsabilidades.

En Panamá, República Dominicana y Uruguay, los gobiernos han desarrollado lineamientos, herramientas y guías de buenas prácticas, y también han llevado a cabo actividades de capacitación y talleres para organizaciones de trabajadores y de empleadores. Estas iniciativas



promueven la corresponsabilidad en las tareas de cuidado, especialmente en el contexto de un mercado laboral más formal.

Por último, el Programa H, creado por Promundo (coordinador), Instituto PAPI y ECOS (Brasil), y Salud y Género (México), ofrece talleres para hombres jóvenes sobre nuevas masculinidades, sexualidad y cuidados, que incluyen programas socioeducativos, manuales y herramientas para promover la igualdad de género entre la juventud. Evaluaciones del impacto del programa en 12 países muestran cambios significativos en las actitudes hacia las normas de género, con transformaciones observables en el comportamiento. En Brasil y Chile, estos programas influyeron positivamente en las actitudes de género, redujeron la violencia y aumentaron las conductas de autocuidado entre los hombres (Doyle y Kato-Wallace, 2021).

A pesar de los avances, estos programas tienen un alcance limitado para lograr que el cuidado de las personas mayores se redistribuya entre hombres y mujeres. La evidencia sobre su impacto en las normas de género tradicionales es escasa y ha mostrado resultados mixtos. Por ello, se requiere mayor experimentación y evaluaciones rigurosas para entender qué políticas e incentivos generan cambios duraderos en las normas y promueven una distribución más equilibrada de los cuidados, tanto en el hogar como en la sociedad (Bustelo et al., 2024).

7.4.2 Políticas para aumentar la participación de los hombres en los sectores vinculados al cuidado

Los hombres están marcadamente subrepresentados en ámbitos tradicionalmente asociados al cuidado, como la educación inicial, los cuidados de larga duración y la salud. Para promover la diversidad en la fuerza laboral y responder a la creciente necesidad de profesionales capacitados, algunos países de ingresos altos han puesto en marcha estrategias para incrementar la participación masculina en estos sectores. Aunque varias iniciativas se centran exclusivamente en el cuidado infantil, podrían ampliarse o adaptarse al cuidado de personas mayores.

Entre los esfuerzos para aumentar la presencia masculina en el cuidado destacan las campañas de reclutamiento y las estrategias de comunicación que visibilizan oportunidades laborales para hombres. Un ejemplo es la campaña «Hombres en el cuidado infantil», lanzado por la Comunidad Flamenca de Bélgica en 2002 para incrementar la participación masculina en el cuidado infantil. La iniciativa realizó una campaña publicitaria atractiva, distribuyó un manual de reclutamiento y organizó eventos para debatir el rol de los hombres en el cuidado. La matrícula de hombres en los centros de formación aumentó tras el primer año (Litjens y Taguma, 2017).



Algunos países han aplicado medidas de acción afirmativa para incentivar a los hombres a formarse y trabajar en sectores de cuidado. En 1997, Noruega fijó como objetivo que al menos el 20% del personal en educación y cuidado infantil fuera masculino para el año 2000. El enfoque fue multifacético e incluyó incentivos para estudiantes de secundaria y preferencias de contratación en caso de méritos equivalentes. Aunque el país no alcanzó la meta, la participación masculina en el sector aumentó gradualmente del 5,7% al 10,8% entre 2003 y 2022 (Engel et al., 2015; OCDE, 2019a; SSB, 2023). Este enfoque también puede ser pertinente para los servicios de cuidados de larga duración.

Mejorar las condiciones laborales en el sector —como se subraya en los **capítulos 6** y **7**— representa otra vía para fomentar la participación masculina. En este sentido, garantizar un trabajo decente para quienes brindan cuidados, resaltar el valor social de su labor, ampliar la protección social y avanzar en la formalización y profesionalización del sector son elementos clave para atraer a más trabajadores, incluidos los hombres.

Un mayor ingreso de los hombres a los roles remunerados de cuidado puede contribuir a elevar tanto el estatus social como la remuneración de estos empleos. La evidencia muestra que, cuando una profesión está feminizada, los salarios tienden a ser menores, incluso controlando por educación, experiencia y habilidades. Dado el envejecimiento de la población, este sector ofrece una oportunidad evidente de creación de empleo para mujeres y hombres. Por ello, fomentar que más hombres ingresen a las profesiones de cuidado puede ayudar a revalorizar estos puestos y a asegurar una fuerza laboral más diversa y capacitada.

7.5 Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración más resiliente

7.5.1 Efectos de los eventos extremos en las poblaciones que envejecen

Se espera que los eventos extremos —como fenómenos meteorológicos, desastres naturales o emergencias sanitarias— se intensifiquen en el futuro. En este sentido, las personas mayores y las personas con discapacidad están entre las más vulnerables a los impactos en la salud que provocan estas amenazas, debido a su movilidad reducida, a sistemas inmunológicos debilitados, al aislamiento social y al acceso limitado a servicios (IPCC, 2023; HelpAge International, 2015; Charveriat et al., 2023).



Los sistemas de cuidados de larga duración y sus trabajadores deben estar mejor preparados para enfrentar estos riesgos mediante inversiones en resiliencia y capacidad de adaptación. En la actualidad, los sistemas de salud y de cuidados no están suficientemente preparados para este tipo de *shocks* imprevistos, como quedó en evidencia durante la pandemia de COVID-19. En muchos países, la crisis reveló financiamiento y planificación insuficientes, estrategias y protocolos de respuesta inadecuados, y escasez de trabajadores bien formados. La falta de preparación y de capacidad de respuesta contribuyó en numerosos casos a la pérdida de vidas humanas.

El **Cuadro 7.2**  sintetiza cómo los fenómenos meteorológicos extremos y los eventos naturales adversos impactan en la fuerza laboral del cuidado, tomando como referencia los trabajos de Curtis et al. (2017) y Tsakonas et al. (2024). Curtis et al. (2017) proponen estrategias de adaptación para los sistemas de salud y de cuidados basadas en un marco conceptual con tres dimensiones: infraestructura física, institucional y social. Tsakonas et al. (2024) revisan la literatura existente sobre las implicaciones de los eventos meteorológicos extremos para la fuerza laboral de la salud. Aunque su análisis se centra en países de la OCDE, los hallazgos tienen implicaciones globales. Además, sus conclusiones y recomendaciones pueden extenderse al sector de cuidados.

Las personas cuidadoras se ven directamente afectadas —al igual que los usuarios de residencias de larga estadía o de hogares particulares— por la infraestructura física (edificios, instalaciones, servicios básicos y redes de transporte) que no resiste adecuadamente los eventos naturales adversos. Esta infraestructura determina de forma directa cómo y dónde el personal de salud brinda cuidados, lo que influye en su eficiencia y movilidad. Por ejemplo, los materiales de construcción que no garantizan confort térmico en episodios de temperaturas extremas constituyen un riesgo laboral, pues generan estrés, fatiga y malestar físico y mental, lo que limita la eficiencia y la capacidad de respuesta ante emergencias. A su vez, el acceso restringido a los lugares de trabajo o la falta de productos y tecnologías esenciales durante o después de desastres puede obstaculizar una prestación efectiva de servicios tanto en entornos institucionales como domiciliarios. La adaptación implica adoptar medidas para hacer que las estructuras sean resilientes frente a cualquier tipo de desastre.



CUADRO 7.2 IMPACTOS DE LOS EVENTOS EXTREMOS EN LA FUERZA LABORAL DE CUIDADOS, SEGÚN EL TIPO DE INFRAESTRUCTURA

TIPO DE INFRAESTRUCTURA	ROL/IMPLICACIONES PARA LAS Y LOS TRABAJADORES	IMPACTOS DE LOS EVENTOS ADVERSOS
Infraestructura física: edificios, servicios públicos y redes de transporte.	Determina dónde y cómo operan las y los trabajadores.	Peores condiciones laborales y mayor riesgo ocupacional si los edificios no están adecuadamente contruidos para resistir eventos adversos.
Infraestructura institucional: políticas, recursos humanos y prácticas profesionales.	Las políticas influyen en la regulación, el reclutamiento y los estándares profesionales de prestación de servicios.	Planificación insuficiente que limita la capacidad de prevenir y responder a desastres; capacitación inadecuada para la gestión del riesgo de desastres; aumento de la carga de trabajo.
Infraestructura social: grupos y redes sociales y comunitarias.	Colaboración con organizaciones comunitarias, personas cuidadoras informales y servicios a domicilio.	Interrupción de los servicios de cuidado; aumento de la carga de trabajo.

Fuente: Adaptado de Curtis et al. (2017) y Tsakonas et al. (2024).

7.5.2 Lecciones y acciones implementadas tras los *shocks*

Los países, por lo general, diseñan e implementan medidas para mitigar y adaptarse a *shocks* externos y emergencias de manera reactiva, es decir, después de que ocurran. Así sucedió en Francia tras la ola de calor de 2003, en la que murieron más de 13.000 personas mayores.

El informe de la comisión investigadora de la Asamblea Nacional francesa hizo hincapié en la prevención proactiva, los sistemas de alerta temprana y las respuestas institucionales coordinadas. Tras la ola de calor, el Ministerio de Salud emitió un decreto que especifica un plan de respuesta organizativa para los establecimientos sociales y de cuidados de larga duración en caso de crisis sanitaria o climática. El país también elaboró lineamientos nacionales para crear el Plan Bleu, que son planes integrales de gestión de riesgos para preparar a los centros ante una amplia gama de crisis o situaciones excepcionales de salud pública. Estos planes designan a un coordinador de respuesta ante crisis, establecen convenios formales con instituciones sanitarias cercanas y detallan buenas prácticas preventivas y protocolos sobre cómo debe actuar el establecimiento durante las fases de alerta y emergencia.

De forma similar, el Ministerio de Cuidados de Larga Duración de Ontario publicó el Manual de Preparación para Emergencias en Cuidados de Larga Duración¹¹⁴ para ayudar a los hogares de cuidado a desarrollar planes eficaces de emergencia y evacuación, asegurar el cumplimiento normativo, mejorar la calidad mediante el intercambio de buenas prácticas y vincular a los hogares con recursos externos. En Suecia, el Gobierno produjo materiales para sensibilizar a

¹¹⁴. Long-Term Care Emergency Preparedness Manual.



directivos y supervisores de los sectores de salud y cuidados sociales, con orientaciones sobre cómo prepararse para olas de calor y eventos climáticos extremos, incluidas herramientas y prácticas disponibles. La planificación es esencial, pero debe complementarse con formación y desarrollo de capacidades para fortalecer la habilidad del personal de anticipar, planificar y responder de manera eficaz ante las crisis.

Una forma efectiva de preparar a la fuerza laboral frente a *shocks* es incorporar medidas de resiliencia y adaptación en los perfiles ocupacionales y en los planes de estudio tanto de la formación inicial como de la continua. La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto grandes desafíos en la gestión de crisis de los servicios de cuidados en Europa, en buena medida por la insuficiencia de personal y por contar con muchas personas cuidadoras poco preparadas y con arreglos contractuales precarios (Ortega, Sancho y Stampini, 2021). Para responder eficazmente a futuras crisis, las iniciativas de capacitación deben complementarse con esfuerzos para mejorar las condiciones laborales de las cuidadoras. Elevar la satisfacción laboral, reducir la rotación y priorizar el bienestar físico y mental del personal se traduce en una fuerza laboral más capaz de implementar de manera efectiva las estrategias de adaptación y gestión del riesgo.

7.5.3 Adaptar competencias y habilidades para enfrentar eventos extremos y emergencias

La fuerza laboral en cuidados de larga duración debe ajustar sus competencias para responder a los desafíos que provocan los eventos meteorológicos extremos, las crisis sanitarias o los desastres naturales. Así, el foco debe estar en la preparación ante desastres, la reducción y prevención del riesgo, el auxilio y la respuesta, y la reconstrucción y recuperación. Las iniciativas de adaptación deben desarrollar capacidades para disminuir los efectos adversos de las amenazas y minimizar el riesgo de desastres (UNDRR, 2009).

La Organización Mundial de la Salud (2023) propone una serie de pasos para construir una fuerza laboral de salud más resiliente. Este marco operativo, que aquí se extiende a los sistemas de cuidados, pone primero el acento en fortalecer la capacidad organizacional. Ello implica: (i) elaborar planes de contingencia que contemplen el despliegue de personal suficiente durante *shocks* agudos; (ii) asegurar la participación de las y los trabajadores en la toma de decisiones, la planificación y la gestión de eventos meteorológicos extremos; y (iii) desarrollar capacidades integrando cambio climático y salud en programas de formación que aborden brechas existentes.

Introducir un liderazgo transformador es una primera capa para reforzar la capacidad de la fuerza laboral en este ámbito. Este tipo de liderazgo requiere competencias vinculadas a generar espacios para el cambio de la cultura organizacional, rendición de cuentas en la toma de



decisiones en tiempo real, navegación del riesgo, planificación ágil, comunicación y colaboración (Tsakonas et al., 2024). Estas competencias son especialmente importantes para quienes ocupan funciones de gestión y gobernanza que contribuyen a la implementación estratégica y transversal de políticas de adaptación y de manejo de desastres. Para el resto de las y los trabajadores, también cumplen un papel clave al sensibilizar a las personas cuidadas y al público en general sobre cómo prepararse y responder eficazmente ante desastres.

Una segunda capa, relacionada con la capacidad técnica y profesional de las y los trabajadores, incluye formación en competencias básicas sobre eventos meteorológicos extremos y preparación ante desastres. Jagals y Ebi (2021) identifican cuatro dominios para estas competencias. En el caso de quienes brindan cuidados, esto supone la capacidad de:

- a. Comprender los eventos meteorológicos extremos, sus impulsores y posibles impactos, lo que implica usar e interpretar información climática para actuar de forma preventiva ante desastres.
- b. Realizar evaluaciones para identificar las consecuencias de estos eventos para las personas mayores. Esto significa incorporar factores meteorológicos que puedan agravar la dependencia de cuidados en las evaluaciones de las personas.
- c. Entender e implementar acciones de adaptación, resiliencia y gestión del riesgo para apoyar a las personas mayores; por ejemplo, garantizar la hidratación durante las olas de calor.
- d. Trabajar dentro de una red coordinada y estructurada, en colaboración con terceros, para sensibilizar a la comunidad y apoyar a las cuidadoras familiares.

Todavía existe una brecha importante de información y de propuestas concretas sobre cómo adaptar los sistemas de cuidados y su fuerza laboral a los impactos de *shocks* externos y desastres. Las recomendaciones de esta sección provienen de análisis centrados principalmente en trabajadores y sistemas de salud. Es fundamental ajustar estas propuestas a las características específicas de los sistemas de cuidados y de quienes brindan cuidados.

El **Gráfico 7.1**  resume las recomendaciones clave para apoyar y reconocer a las cuidadoras de personas mayores en América Latina y el Caribe.



GRÁFICO 7.1 RECOMENDACIONES CLAVE PARA APOYAR Y RECONOCER A LAS CUIDADORAS DE PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

1

Mejorar la calidad de los empleos en cuidados de larga duración

- Invertir en la profesionalización de los empleos de cuidados para elevar la calidad del servicio.
- Ampliar y fortalecer la cobertura de la seguridad social de las personas cuidadoras.
- Impulsar iniciativas del sector privado (como plataformas y cooperativas) que mejoren la calidad del empleo y el desarrollo profesional de las cuidadoras.
- Implementar políticas complementarias (incentivos fiscales, fiscalización y regulación del trabajo por cuenta propia) para mejorar las condiciones laborales y la formalización.

2

Formar a cuidadoras remuneradas y familiares con un enfoque centrado en la persona

- Incorporar el enfoque centrado en la persona en marcos y planes de estudio.
- Diseñar formaciones que atiendan las necesidades tanto de cuidadoras como de personas cuidadas.
- Actualizar contenidos y modalidades de formación a medida que evolucionan las necesidades de cuidado.
- Estandarizar requisitos de formación y ampliar la oferta y el alcance de los programas.
- Aumentar la participación reduciendo barreras y ofreciendo opciones flexibles.

3

Apoyar a las cuidadoras familiares para prevenir efectos negativos del cuidado

- Proveer información accesible, apoyo psicológico y evaluaciones estructuradas de las necesidades de la persona cuidadora.
- Ofrecer opciones de respiro para aliviar la carga y prevenir el agotamiento.
- Asegurar acceso a licencias por cuidados y arreglos laborales flexibles para cuidadoras con empleo.
- Otorgar transferencias monetarias y créditos fiscales/previsionales que mitiguen los costos del cuidado.

4

Promover la participación de los hombres en el cuidado familiar y remunerado

- Adoptar políticas que transformen las normas de género tradicionales sobre los roles de cuidado.
- Implementar medidas específicas para aumentar la entrada y permanencia de hombres en ocupaciones vinculadas al cuidado.

5

Construir una fuerza laboral de cuidados de larga duración más resiliente

- Evaluar y abordar los impactos de eventos extremos en las personas mayores y en los sistemas de cuidado.
- Aplicar las lecciones aprendidas e institucionalizar las acciones de respuesta tras los shocks.
- Adaptar las habilidades y competencias de la fuerza laboral ante eventos adversos extremos y emergencias.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe

Referencias





- Akosa Antwi, Y. y J. R. Bowblis. 2016. "The impact of nurse turnover on quality of care and mortality in nursing homes: evidence from the Great Recession". *Upjohn Institute Working Paper* 16-249. Kalamazoo, MI: W.E. Upjohn Institute for Employment Research. <https://doi.org/10.17848/wp16-249>.
- Aksoydan, E., A. Aytar, A. Blaževičienė, R. L. van Bruchem-Visser, A. Vaskelytė, F. Mattace-Raso, S. Acar, A. Altıntaş, E. Akgün-Çitak, S. Attepe-Özden, Ç. Başkıcı, S. Kav y G. Kızıltan. 2019. "Is training for informal caregivers and their older persons helpful? A systematic review". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 83 (julio-agosto): 66–74. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.02.006>.
- Alaimo, V., V. Alarcón, J. P. Hernández Ramírez, D. S. Kaplan, R. Novella y M. N. Chaves. 2022. "El futuro del trabajo en América Latina y el Caribe: la flexibilidad, ¿llegó para quedarse?". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004504>.
- Aldaz Arroyo, E., E. Berrios Prieto, L. Fernández Cordero, M. Leiva Marín, L. C. López Franco, A. López Gómez, F. Benedetti y P. Díaz-Veiga. 2023. "Hacia la profesionalización de las personas cuidadoras: formación y competencias necesarias para el cuidado de largo plazo". *Nota técnica del BID* IDB-TN-02717. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005055>.
- Alonso, C., M. Brussevich, M. E. Dabla-Norris, Y. Kinoshita y M. K. Kochhar. 2019. "Reducing and redistributing unpaid work: stronger policies to support gender equality". Washington, DC: Fondo Monetario Internacional. <https://doi.org/10.5089/9781513514536.001>.
- Amarante, V. y C. Rossel. 2018. "Unfolding patterns of unpaid household work in Latin America". *Feminist Economics* 24 (1): 1–34. <https://doi.org/10.1080/13545701.2017.1344776>.
- Anand, P., L. Dague y K. Wagner. 2022. "The role of paid family leave in labor supply responses to a spouse's disability or health shock". *Journal of Health Economics* 83: 102621. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2022.102621>.
- Aranco, N., M. Stampini, P. Ibarrarán y M. Medellín. 2018. "Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe". *Nota de política del BID* IDB-PB-273. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0000984>.
- Aranco, N. y R. Sorio. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay". *Nota técnica del BID* IDB-TN-1615. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001821>.
- Aranco, N. y P. Ibarrarán. 2020. "Servicios de apoyo personal para personas con dependencia funcional: antecedentes, características y resultados". *Nota técnica del BID* IDB-TN-1884. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002310>.



- Aranco, N., M. Bosch, M. Stampini, O. Azuara Herrera, L. Goyeneche, P. Ibararán, D. Oliveira, M. Reyes Retana Torre, W. D. Savedoff y E. Torres Ramirez. 2022. "Envejecer en América Latina y el Caribe: protección social y calidad de vida de las personas mayores". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004287>.
- Aranco, N., P. Ibararán y M. Stampini. 2022. "Prevalencia de la dependencia funcional entre las personas mayores en 26 países de América Latina y el Caribe". *Nota técnica del BID* IDB-TN-2470. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004250>.
- Aranco, N., S. Bauhoff, N. V. Schwarz y M. Stampini. 2024. "¿Están las hospitalizaciones prolongadas sustituyendo la atención primaria y de largo plazo?: evidencia de Brasil y México". *Documento de trabajo del BID* IDB-WP-1632. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013126>.
- Araujo, M. C., E. Bastias-Butler, S. Bauhoff, S. Berlinski, M. Bosch, M. Busso, J. P. Cristia, Y. Cruz-Aguayo, S. Duryea, L. Etcheverry, L. Flabbi, V. Frisncho, M. P. Gerardino, A. Gómez Vidal, M. Guizzo Altube, E. Iriarte, D. S. Kaplan, S. Naranjo Bautista, E. Näslund-Hadley, S. M. Perez-Vincent, M. Reyes Retana Torre, D. Ríos-Zertuche, A. M. Rivera Bianchi, C. Scartascini, M. Stampini, D. A. Vera-Cossio, P. Yáñez-Pagans y P. Zúñiga Brenes. 2024. "Ampliar las oportunidades: políticas de igualdad de género e inclusión". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013261>.
- Arksey, H. y C. Glendinning. 2007. "Combining work and care: carers' decision-making in the context of competing policy pressures". *Social Policy & Administration* 42 (1): 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00587.x>.
- Asamblea Legislativa de Tobago. 2024. "Your path to better caregiving". Tobago House of Assembly. <https://health.tha.gov.tt/dhwsp-to-upskill-caregivers-in-tobago/>.
- Azuara Herrera, O., L. Carmona, M. Mondragón y F. Vivanco. 2023. "Mejorar las vidas de los trabajadores independientes: el camino hacia su aseguramiento efectivo". *Nota técnica del BID* IDB-TN-02744. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005030>.
- Balsa, A., C. Irazoqui, M. Papadopolus, S. Salvador, P. Villalobos y D. Zak. 2025. "Sistema de Cuidados: diagnóstico, desafíos, recomendaciones y análisis de sostenibilidad financiera". Sistema de Cuidados, República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/sistema-cuidados-diagnostico-desafios-recomendaciones-analisis>.



- Banco de Previsión Social. 2024. “Trabajo doméstico remunerado en Uruguay: avances y brechas en el acceso a la seguridad social”. *Comentarios de Seguridad Social* 114. <https://www.bps.gub.uy/bps/file/21945/1/114.-trabajo-domestico-remunerado-en-uruguay.-avances-y-brechas-en-el-acceso-a-la-seguridad-social.-actualizacion.pdf>.
- Benedetti, F., J. Acuña y B. Fabiani. 2022. “Teleasistencia: innovaciones tecnológicas para el cuidado de personas a distancia”. *Nota técnica del BID* IDB-TN-02475. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004383>.
- Benedetti, F., M. Sancho y M. Hernández. 2024. “Why and how to develop day centers: putting the well-being of older people and caregivers first”. *Nota técnica del BID* IDB-TN-2924. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0012960>.
- Bermejo, L. 2021. “Marco teórico de referencia para residencias de personas mayores en situación de dependencia”. EUROsociAL. https://eurosociAL.eu/wp-content/uploads/2022/01/Herramienta_88-residencias-de-personas-mayores-en-situacion-de-dependencia.pdf.
- Blas, E. y A. S. Kurup, eds. 2010. “Equity, social determinants and public health programmes”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>.
- Bom, J., P. Bakx, F. Schut y E. van Doorslaer. 2019. “Health effects of caring for and about parents and spouses”. *The Journal of the Economics of Ageing* 14: 100196. <https://doi.org/10.1016/j.jeo.2019.100196>.
- Brenna, E. y C. Di Novi. 2016. “Is caring for older parents detrimental to women’s mental health? The role of the European North–South gradient”. *Review of Economics of the Household* 14: 745–78. <https://doi.org/10.1007/s11150-015-9296-7>.
- Brimblecombe, N. y J. Cartagena Farias. 2022. “Inequalities in unpaid carer’s health, employment status and social isolation”. *Health & Social Care in the Community* 30 (6): 6564–76. <https://doi.org/10.1111/hsc.14104>.
- Brimblecombe, N., J. Fernandez, M. Knapp, A. Rehill y R. Wittenberg. 2018. “Review of the international evidence on support for unpaid carers”. *Journal of Long-Term Care*: 25–40. <https://doi.org/10.31389/jltc.3>.
- Brito, E. y D. Contreras. 2024. “The caregiving penalty: Caring for sick parents and the gender pay gap”. Providence, RI: Brown University. https://ebritore.github.io/jmp/JMP_emilia_brito.pdf.
- Brito, V. C. A., R. Bello-Corassa, S. R. Stopa, L. M. V. Sardinha, C. M. Dahl y M. C. Viana. 2022. “Prevalence of self-reported depression in Brazil: National Health Survey 2019 and 2013”. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 31 (spe1). <https://doi.org/10.1590/SS2237-9622202200006.especial>.



- Burke, R. J. y L. M. Calvano, eds. 2017. "The sandwich generation: Caring for oneself and others at home and at work". Cheltenham, Reino Unido: Edward Elgar Publishing.
- Bustelo, M., A. Suaya, M. Viollaz y K. Martínez. 2024. "Incorporación de los hombres en las tareas de cuidado: derribando barreras y replanteando roles en América Latina y el Caribe". *Nota de política del BID* IDB-PB-397. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005665>.
- Cafagna, G., N. Aranco, P. Ibarrarán, M. Oliveri, N. Medellín y M. Stampini. 2019. "Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001972>.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) y OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2021. "Decent work for platform workers in Latin America". *Employment Situation in Latin America and the Caribbean* 24. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/5484c1bf-c259-4a9a-aa98-22db13d52a8b/content>.
- Cès, S., V. Hlebec y S. Yghemonos. 2019. "Valuing informal care in Europe: analytical review of existing valuation methods". Bruselas: Eurocarers. https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/10/Value-of-care_web.pdf.
- Charmes, J. 2019. "The unpaid care work and the labour market: an analysis of time use data based on the latest world compilation of time-use surveys". Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/publications/unpaid-care-work-and-labour-market-analysis-time-use-data-based-latest>.
- Charveriat, C., E. Bodin, B. Cartier y G. Haq. 2023. "Climate justice in an ageing world: discussion paper". Londres: HelpAge International. <https://www.helpage.org/wp-content/uploads/2023/11/Climate-justice-in-an-ageing-world.pdf>.
- Chen, X., G. Mao y S. Leng. 2014. "Frailty syndrome: an overview". *Clinical Interventions in Aging* 9: 433–441. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>.
- ChileAtiende. 2024. "Programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa". ChileAtiende. <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/7792-programa-de-atencion-domiciliaria-para-personas-con-dependencia-severa>.
- CIHI (Canadian Institute for Health Information). 2021. *Using the interRAI HC Caregiver Risk Evaluation (CaRE) algorithm as a decision-support tool*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-hc-care-job-aid-en.pdf>.
- Coe, N. B. y C. H. Van Houtven. 2009. "Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent". *Health Economics* 18 (9): 991–1010. <https://doi.org/10.1002/hec.1512>.



- Coile, C., M. Rossin-Slater y A. Su. 2022. "The impact of paid family leave on families with health shocks". Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research. <https://doi.org/10.3386/w30739>.
- Coman, R., C. Caponecchia y A. McIntosh. 2018. "Manual handling in aged care: impact of environment-related interventions on mobility". *Safety and Health at Work* 9 (4): 372–380. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.02.003>.
- Comisión de Mujer y Familia. 2024a. "Acta de la décima primera sesión extraordinaria de la Comisión de Mujer y Familia". Gobierno del Perú. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTgyMTU2/pdf>.
- . 2024b. "Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR". Gobierno del Perú. <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresco/detalle/preview/file?id=Document=e15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2eIP2lphiOp78e>.
- Comisión Europea. 2018. "Peer review on Germany's latest reforms of the long-term care system, January 11–12, 2018". Bruselas: Comisión Europea. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1024&langId=en&newsId=9008&furtherNews=yes>.
- Comisión Europea/Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros y CPE (Comité de Política Económica). 2016. "Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability". *Institutional Paper* 37, vol. 2. Bruselas: Comisión Europea. <https://doi.org/10.2765/776073>.
- CONAPAM (Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor). 2023. "Modalidades de atención". Presidencia de la República, Gobierno de Costa Rica. <https://conapam.go.cr/modalidades-de-atencion/>.
- Congreso de la República del Perú. 2022. "Ley n.º 31572: teletrabajo". <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3618445/Ley%2031572.pdf.pdf?v=1662944800>.
- . 2024. "Dictamen recaído en los Proyectos de Ley 4705/2022-CR y 5308/2022-CR". <https://wb2server.congreso.gob.pe/service-alfresco/alfresco/detalle/preview/file?id=Document=e15567c6-a446-45ea-a2a9-da4232013ca0&key=47j6sp1KH2eIP2lphiOp78e>.
- Congreso Nacional de Chile. 2024. "Minuta Programa Hospital Digital". https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/35893/1/BCN_Minuta_Hospital_Digital_Final.pdf.
- CONOCER (Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales). 2024. "Presentación de estándar de competencia EC1519.01 Prestación de cuidados centrados en la persona mayor con dependencia funcional". Secretaría de Educación Pública, Gobierno de México. <https://conocer.gob.mx/blog/prensa/presentacion-de-estandar-de-competencia-ec1519-01-prestacion-de-cuidados-centrados-en-la-persona-mayor-con-dependencia-funcional/>.



- Consejo de Enfermería de Jamaica. 2018. "Checklist for nurses and midwives trained abroad". The Nursing Council of Jamaica. <https://ncj.org.jm/wp-content/uploads/2018/09/Registration-requirements.pdf>.
- Consejo Europeo. 2022. "Recomendación del Consejo de 16 de junio de 2022 relativa a un enfoque europeo de las microcredenciales para el aprendizaje permanente y la empleabilidad (2022/C 243/02)". *Diario Oficial de la Unión Europea* C 243: 10–25. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627\(02\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32022H0627(02)).
- Consejo Municipal de Cochabamba. 2016. "Ley Municipal 0090 "Economía del cuidado solidario"". https://americalatinagenera.org/wp-content/uploads/2016/08/Ley_Municipal.pdf.
- . 2019. "Ley Municipal 0380 de corresponsabilidad en el trabajo del cuidado no remunerado para la igualdad de oportunidades". https://oig.cepal.org/sites/default/files/2019_ley380cochabamba_bol.pdf.
- Costa-Font, J., C. Courbage y K. Swartz. 2015. "Financing long-term care: ex ante, ex post or both?". *Health Economics* 24 (S1): 45–57. <https://doi.org/10.1002/hec.3152>.
- Curtis, S., A. Fair, J. Wistow, D. V. Val y K. Oven. 2017. "Impact of extreme weather events and climate change for health and social care systems". *Environmental Health* 16 (Suppl 1): 128. <https://doi.org/10.1186/s12940-017-0324-3>.
- Daray, F. M., A. L. Rubinstein, L. Gutierrez, F. Lanás, N. Mores, M. Calandrelli, R. Poggio, J. Ponzo y V. E. Irazola. 2017. "Determinants and geographical variation in the distribution of depression in the Southern Cone of Latin America: a population-based survey in four cities in Argentina, Chile and Uruguay". *Journal of Affective Disorders* 220: 15–23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.031>.
- De Anca, C., N. M. Campos, C. Galdón y E. Gutiérrez. 2025. "Plan para la construcción de un ecosistema emprendedor para los cuidados de largo plazo en América Latina y el Caribe". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013369>.
- De Brouwer, O. y I. Tojerow. 2023. "The growth of disability insurance in Belgium: determinants and policy implications". *IZA Discussion Paper* 16376. Bonn: Institute of Labor Economics. <https://ssrn.com/abstract=4541358>.
- DESA (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). 2024. "World population prospects 2024". <https://population.un.org/wpp/>.
- Dirección de Desarrollo Social. 2023. "Informe de la evaluación interna 2024 del Programa Social "Apoyo económico para personas guardianes del hogar que cuidan familiares directos con enfermedades cognitivas, oncológicas o discapacidad"". Alcaldía Cuauhtémoc. <https://transparencia.alcaldiacuauhtemoc.mx:81/media/07-01-2024/3051/Evaluacion-Guardianes.pdf>.



- DOMINA (National Observatory on Domestic Work). 2024. "Sixth annual report". Roma: DOMINA. https://www.osservatoriolavorodomicilio.it/documenti/summary_annual_report_2024.pdf.
- Doty, P. 2023. "Presupuesto con consejos: cuidados a largo plazo autogestionados en el domicilio y en la comunidad". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004857>.
- Doyle, K. y J. Kato-Wallace. 2021. "Program H: a review of the evidence—nearly two decades of engaging young men and boys in gender equality". Washington, DC: Equimundo. <https://www.equimundo.org/wp-content/uploads/2021/11/Program-H-Eva.-Report-2.-September-2021.pdf>.
- Dunlop, D., S. Hughes y L. Manheim. 1997. "Disability in activities of daily living: patterns of change and a hierarchy of disability". *American Journal of Public Health* 87 (3): 378–383. <https://doi.org/10.2105/ajph.87.3.378>.
- Engel, B., J. Peeters, T. Rohrmann y K. Emilsen. 2025. "Men and gender equality: tackling gender-segregated family roles and social care jobs". Bruselas: Comisión Europea, Dirección General de Justicia.
- EsSalud (Seguro Social de Salud). 2015. "Manual del cuidador en el domicilio". https://www.essalud.gob.pe/cruzada-por-la-humanizacion/pdf/manual_del_cuidador_en_el_domicilio.pdf.
- Etti, N., M. Weigl y N. Gambashidze. 2025. "Psychological safety, job satisfaction, and the intention to leave among German early-career physicians". *International Journal for Quality in Health Care* 37 (1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf002>.
- Eurocarers. 2024. "Integrating artificial intelligence within informal care and long-term care". https://eurocarers.org/wp-content/uploads/2024/07/Eurocarers-AI_pp.pdf.
- Evanoff, B., L. Wolf, E. Aton, J. Canos y J. Collins. 2003. "Reduction in injury rates in nursing personnel through introduction of mechanical lifts in the workplace". *American Journal of Industrial Medicine* 44 (5): 451–457. <https://doi.org/10.1002/ajim.10294>.
- Fabiani, B. 2023. "Cuidando a los cuidadores: el panorama del trabajo de cuidados remunerados en América Latina y el Caribe". *Nota técnica del BID* IDB-TN-02783. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005147>.
- Fabiani, B., M. Stampini, N. Aranco, F. Benedetti y P. Ibarrarán. 2024. "Cuidadoras de personas mayores: sobrecargadas y mal pagadas: evidencia de una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo en América Latina y el Caribe. Versión 1: junio 2024". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013053>.



- Fabiani, B., J. Costa-Font, N. Aranco, M. Stampini y P. Ibararán. 2025. "Funding options for long-term care services in Latin America and the Caribbean". *The Journal of the Economics of Ageing* 30: 100550. <https://doi.org/10.1016/j.jjeoa.2025.100550>.
- Ferrant, G. y A. Thim. 2019. "Measuring women's economic empowerment: time use data and gender inequality". *OECD Development Policy Papers* 16. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
- Folbre, N. y J. Yoon. 2008. "Economic development and time devoted to direct unpaid care activities". Ginebra: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. <https://www.unrisd.org/es/library/publications/economic-development-and-time-devoted-to-direct-unpaid-care-activities-an-analysis-of-the-harmonized>.
- Fujisawa, R. y F. Colombo. 2009. "The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand". *OECD Health Working Papers* 44. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
- Galiana, J. y W. A. Haseltine. 2019. "Person-centered long-term care". En *Aging well*, editado por J. Galiana y W. A. Haseltine. Singapur: Palgrave Macmillan. https://doi.org/10.1007/978-981-13-2164-1_4.
- Galvis, Y. 2023. "Medellín capacitó a 302 ciudadanos con el diplomado de formación de cuidadores y cuidadoras de personas mayores". Alcaldía de Medellín.
- Giacomin, K. C., Y. A. O. Duarte, A. A. Camarano, D. P. Nunes y D. Fernandes. 2019. "Care and functional disabilities in daily activities—ELSI-Brazil". *Revista de Saúde Pública* 52 (Suppl 2): 9. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000650>.
- Giurge, L. M., A. V. Whillans y C. West. 2020. "Why time poverty matters for individuals, organisations and nations". *Nature Human Behaviour* 4: 993–1003. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0920-z>.
- Global Deal. 2023. "Unlocking the potential of social dialogue for long-term care".
- Gobierno de Brasil. s. f. "Inscrever-se em cursos na Universidade Aberta do SUS". Serviços e Informações do Brasil. www.gov.br/pt-br/servicos/inscrever-se-na-universidade-aberta-do-sus.
- Gobierno de Canadá. 2025. "El caregiving benefits". <https://www.canada.ca/en/services/benefits/ei/caregiving/benefits-amounts.html>.
- Gobierno de Chile/Dirección Sociocultural. 2016. "Programa Chile Cuida". www.camara.cl/verDoc.aspx?prmlID=42768&prmTIPO=DOCUMENTOCOMISION.
- Gobierno de Colombia. s. f. "Colombia Mayor".



- Gobierno de México. 2017. “Cursos para cuidadores de adultos mayores, impartidos por el INAPAM”. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam/articulos/cursos-para-cuidadores-de-adultos-mayores-impartidos-por-el-inapam?idiom=es>.
- . 2024. “Ley de los derechos de las personas adultas mayores”. Diario Oficial de la Federación. Gobierno de México. www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LDPAM.pdf.
- Gobierno del Estado de Jalisco. 2024. “Núm. 29518/LXIII/24: Ley del Sistema Integral de Cuidados para el Estado de Jalisco”. Gobierno del Estado de Jalisco. https://congresoweb.congresoajal.gob.mx/bibliotecavirtual/legislacion/Leyes/Documentos_PDF-Leyes/Ley%20del%20Sistema%20Integral%20de%20Cuidados%20para%20el%20Estado%20de%20Jalisco-190424.pdf.
- Gobierno del Reino Unido. 2016. “Carers (Scotland) Act 2016”. www.legislation.gov.uk/asp/2016/9/contents.
- Gómez, A. 2023. “150 cuidadoras y cuidadores de personas mayores fueron certificados por la Alcaldía de Medellín”. Alcaldía de Medellín. <https://www.medellin.gov.co/es/sala-de-prensa/noticias/150-cuidadoras-y-cuidadores-de-personas-mayores-fueron-certificados-por-la-alcaldia-de-medellin/>.
- González-González, C. A., M. Stampini, G. Cafagna, M. C. Hernández Ruiz y P. Ibararán. 2019. “Simulaciones del costo de un sistema de apoyo para los adultos mayores en situación de dependencia en México”. *Documento de trabajo del BID* IDB-WP-1033. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002091>.
- Grantham, K., G. Dowie y A. Haan, eds. 2021. “Women’s economic empowerment: insights from Africa and South Asia”. Routledge.
- Gresham, M., M. Heffernan, H. Brodaty, I. Haapala, S. Biggs y S. Kurrle. 2018. “The Going to Stay at Home program: combining dementia caregiver training and residential respite care”. *International Psychogeriatrics* 30 (11): 1697–1706. <https://doi.org/10.1017/s1041610218000686>.
- Güezmes García, A. y M. N. Vaeza (coords.). 2023. “Advances in care policies in Latin America and the Caribbean: towards a care society with gender equality”. *Project Documents (LC/TS.2022/175/Rev.1)*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe / Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2023-03/S2201159_en.pdf.
- Hanna, T., C. Meisel, J. Moyer, G. Azcona, A. Bhatt y S. Duerto. 2023. “Forecasting time spent in unpaid care and domestic work”. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres y Frederick S. Pardee Center for International Futures. <https://data.unwomen.org/publications/forecasting-time-spent-unpaid-care-and-domestic-work>.



- Hanson, E., L. Magnusson y J. Nolan. 2008. "Swedish experiences of a negotiated approach to carer assessment: the Carers-Outcome Agreement Tool". *Journal of Research in Nursing* 13 (5): 391–407. <https://doi.org/10.1177/1744987108095161>.
- HelpAge International. 2015. "Climate change in an ageing world". HelpAge International. <https://www.helpage.org/resource/climate-change-in-an-ageing-world/>.
- Hofmarcher, M., H. Oxley y E. Rusticelli. 2007. "Improved health system performance through better care coordination". *OECD Health Working Papers* 30. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/246446201766>.
- Holder-Nevins, D., K. James, J. McKoy Davis, D. Willie-Tyndale, C. Thompson y D. Eldemire-Shearer. 2018. "Who cares? sociodemographic and health characteristics of carers of older persons in Jamaica". *The West Indian Medical Journal* 67 (5): 465–470. <https://www.mona.uwi.edu/fms/wimj/article/3835>.
- Husebø, B. S., C. Ballard, D. Aarsland, G. Selbæk, D. D. Slettebø, C. Gulla, I. Aasmul, T. Habiger, T. Elvegaard, I. Testad y E. Flo. 2019. "The effect of a multicomponent intervention on quality of life in residents of nursing homes: a randomized controlled trial (COSMOS)". *Journal of the American Medical Directors Association* 20 (3): 330–339. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.11.006>.
- Hussein, S., M. Ismail y J. Manthorpe. 2016. "Changes in turnover and vacancy rates of care workers in England from 2008 to 2010: panel analysis of national workforce data". *Health & Social Care in the Community* 24 (5): 547–556. <https://doi.org/10.1111/hsc.12214>.
- IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social). 2020a. "23.700 familias en vulnerabilidad reciben 100 mil colones para atender necesidades básicas". Gobierno de Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/es/comunicado/23700-familias-en-vulnerabilidad-reciben-100-mil-colones-para-atender-necesidades>.
- . 2020b. "Catálogo de servicios dirigidos a personas con dependencia". Gobierno de Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Cat%C3%A1logo%20de%20servicios.pdf>.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social). s. f. "Personas cuidadoras". Gobierno de México. <https://www.imss.gob.mx/personamayor/cuidados/personas-cuidadoras>.
- INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores). 2021. "Informe de seguimiento y monitoreo de las políticas, programas o proyectos para la atención de las personas adultas mayores". Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. <https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InfSegPPP21.pdf>.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2024. "Encuesta Permanente de Hogares: principales indicadores". Instituto Nacional de Estadística y Censos.



- INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo). 2019. “Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples”. Instituto Nacional de Estadística y Censo de Panamá.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2013. “Sistema de Cuentas Nacionales de México: cuentas satélite de trabajo no remunerado de los hogares; fuentes y metodologías”. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825216900.pdf.
- . 2020. “Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) 2019”. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/#documentacion>.
- . 2024. “Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)”.
- IPCC (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático). 2023. “Health, wellbeing and the changing structure of communities”. En *Climate Change 2022: Impacts, adaptation and vulnerability—Working Group II contribution to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, 1041–1170. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009325844.009>.
- IPPF (International Planned Parenthood Federation), WHR (Western Hemisphere Region) y Promundo. 2017. “State of the World’s Fathers: Latin America and the Caribbean”. IPPF/WHR y Promundo.
- ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer). 2024. “Política nacional de corresponsabilidad de los cuidados”. <https://www.mujeerestransformando.org/wp-content/uploads/2024/03/Politica-Nacional-de-Corresponsabilidad-de-los-Cuidados.pdf>.
- Jagals, P. y K. L. Ebi. 2021. “Core competencias for health workers to deal with climate and environmental change”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (8): 3849. <https://doi.org/10.3390/ijerph18083849>.
- Jara Maleš, P. y A. Chaverri-Carvajal. 2020. “Servicios de apoyo al cuidado en domicilio: avances y desafíos para la atención de la dependencia en Costa Rica”. *Nota técnica del BID IDB-TN-2031*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002767>.
- Jiménez, C., J. Requejo, M. Foces, M. Okumura, M. Stampini y A. Castillo. 2021. “Economía plateada: mapeo de actores y tendencias en América Latina y el Caribe”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003237>.
- Katz, S., A. B. Ford, R. W. Moskowitz, B. A. Jackson y M. W. Jaffe. 1963. “Studies of illness in the aged: the index of ADL—A standardized measure of biological and psychosocial function”. *JAMA* 185 (12): 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>.



- Kim, S. 2020. "Effects of paid leave policies on working caregivers' labor supply". *Innovation in Aging* 4 (Suppl_1): 30–31. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.099>.
- Larkin, M., M. Henwood y A. Milne. 2019. "Carer-related research and knowledge: findings from a scoping review". *Health & Social Care in the Community* 27 (1): 55–67. <https://doi.org/10.1111/hsc.12586>.
- Lee, C. Y., C. Beanland, D. Goeman, A. Johnson, J. Thorn, S. Koch y R. A. Elliott. 2015. "Evaluation of a support worker role, within a nurse delegation and supervision model, for provision of medicines support for older people living at home: the Workforce Innovation for Safe and Effective (WISE) Medicines Care study". *BMC Health Services Research* 15: 460. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1120-9>.
- Lightman, N. y C. Link. 2021. "Gender, class and the cost of unpaid care: an analysis of 25 countries". *Journal of Comparative Family Studies* 52 (2): 206–244. <https://doi.org/10.3138/jcfs-52-2-004>.
- Litjens, I. y M. Taguma. 2017. "Early childhood education and care staff recruitment and retention: a review for Kazakhstan". París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/about/programmes/edu/ecec/migrate/KAZ-ECEC.pdf>.
- Llena-Nozal, A., E. Rocard y P. Sillitti. 2022. "Providing long-term care: options for a better workforce". *International Social Security Review* 75 (3–4). <https://doi.org/10.1111/issr.12310>.
- Lloyd-Sherlock, P., K. Giacomini, P. Carvalho y L. Sempé. 2024. "Programa Maior Cuidado: una intervención integrada de base comunitaria para adultos mayores". *Nota técnica del BID IDB-TN-2889*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005535>.
- Lloyd-Sherlock, P., R. Amaral, P. Carvalho, W. Bomfim, J. Barbosa y K. Giacomini. 2025. "The effects of Programa Maior Cuidado on the health of family caregivers: preliminary findings". Brazilian Care Association. <https://cuidadosa.org/wp-content/uploads/2025/05/The-effects-of-Programa-Maior-Cuidado-on-the-health-of-family-caregivers.-Preliminary-findings.pdf>.
- López Gómez, A. D. 2021. "Desarrollo de las habilidades de cuidado para la prevención del estrés laboral crónico en personas cuidadoras formales de personas adultas mayores institucionalizadas en establecimientos de larga estancia de Montevideo, Uruguay". *Anales en Gerontología* 13 (1): 145–171. <https://archivo.revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/46180>.
- López-Ortega, M. y N. Aranco. 2019. "Envejecimiento y atención a la dependencia en México". *Nota técnica del BID IDB-TN-1614*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001826>.



- Luy, M. y Y. Minagawa. 2014. "Gender gaps—life expectancy and proportion of life in poor health". *Health Reports* 25 (12): 12–19.
- Mahabir, R., V. Jagessar, C. Neptune y D. Cox. 2013. "Understanding wages in a small open economy: the case of Trinidad and Tobago". *Central Bank of Trinidad and Tobago Working Paper* 11/2013 (febrero): 8–9.
- Magaña, I., P. Martínez y M. S. Loyola. 2020. "Health outcomes of unpaid caregivers in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis". *Journal of Clinical Nursing* 29 (21–22): 3950–3965. <https://doi.org/10.1111/jocn.15450>.
- Marco Nacional de Cualificaciones. 2019. "Estándar de cualificación: asistencia integral para la persona adulta mayor".
- Maresova, P., E. Javanmardi, S. Baraković, J. Baraković Husić, S. Tomsone, O. Krejcar y K. Kuca. 2019. "Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age: a scoping review". *BMC Public Health* 19 (1): 1431. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7762-5>.
- Matus-López, M. y A. Chaverri-Carvajal. 2021. "Population with long-term care needs in six Latin American countries: estimation of older adults who need help performing ADLs". *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18 (15): 7935. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157935>.
- Ministerio de Salud y Seguridad Social de Luxemburgo. 2024. "Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences". Luxemburgo: Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale. <https://santesecu.public.lu/dam-assets/fr/publications/g/guidelines-reseau-competences/guidelines-reseau-de-competences.pdf>.
- Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. 2022. "Humanización de los cuidados: guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia". <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/guia-para-cuidadores-cuidadoras-atencion-personas-situacion-dependencia>.
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. 2024a. "Identificación personas cuidadoras / Registro Social de Hogares". Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile. Consultado el 1 de marzo de 2025. <https://registrosocial.gob.cl/cuidados>.
- . 2024b. "Informe de cuidados". Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Chile. https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/storage/docs/cuidados/Informe_de_Cuidados-2024.pdf.
- Ministerio de Igualdad y Equidad de Colombia. 2024. "Programa nacional de cuidado: documento técnico de formulación de programas estratégicos". https://www.minigualdadyequidad.gov.co/documents/d/guest/programa_nacional_de_cuidado.



Ministerio de Inclusión y Economía Social de Ecuador. s. f. “¿Qué tipos de bonos y pensiones entrega el MIES?”. Consultado el 1 de junio de 2025. <https://www.inclusion.gob.ec/que-tipos-de-bonos-y-pensiones-entrega-el-mies>.

Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional de Bolivia. 2021. “Modelo “Guía para la atención a personas adultas mayores en centros de larga estadía””. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://iberoamericamayores.org/wp-content/uploads/2022/10/Modelo-de-Guia-para-la-atencion-a-personas-adultas-en-CALE.pdf>.

Ministerio de Salud de Argentina. 2025. “Observatorio Integral del Sistema de Cuidados a Largo Plazo de Personas Mayores: informe correspondiente al año 2024”. Ministerio de Salud de Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/observatorio_integral_sistemas_de_cuidados-01072025.pdf.

Ministerio de Salud de Barbados. 2015. “A guide for continuing professional education: registration of nurses and midwives”. Consejo de Enfermería de Barbados, Ministerio de Salud. <http://www.health.gov.bb/attachments/M.O.H.%20Nursing%20Council%20Booklet.pdf>.

Ministerio de Salud de Chile. 2018. “Encuesta Nacional de Salud 2016–2017: segunda entrega de resultados”. Gobierno de Chile. https://redsaud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/02/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018-ilovepdf-compressed.pdf.

———. 2022. “Resumen ejecutivo: Programa Hospital Digital”. Gobierno de Chile. https://www.dipres.gob.cl/597/articles-285478_r_ejecutivo_institucional.pdf.

Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte de los Países Bajos. 2018. “Actieprogramma Werken in de Zorg”. La Haya: Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte de los Países Bajos. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-835599.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. 2013. “Cuidador institucional de personas adultas mayores: características, situación actual y redes de apoyo”. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/cuidador-institucional-personas-adultos-mayores.pdf>.

———. 2024. “Informe al Congreso de la República: política pública nacional de envejecimiento y vejez 2022–2031”. Gobierno de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-nacional-envejecimiento-vejez-2022-2031.pdf>.

MHLW (Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón). 2013. “Report submitted by the MHLW at the 45th meeting of Long-term Care Insurance Subcommittee, Social Security Council of MHLW”. http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t8n_1.pdf.



- Miranda, H., L. Punnett, R. Gore y J. Boyer. 2011. "Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers". *Occupational & Environmental Medicine* 68 (1): 52–57. <https://doi.org/10.1136/oem.2009.051474>.
- Molina, H., L. Sarmiento, N. Aranco y P. Jara. 2020. "Envejecimiento y atención a la dependencia en Chile". *Nota técnica del BID* IDB-TN-2004. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002678>.
- MTESS (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina). 2022. "Masculinidades para la equidad en las relaciones laborales: Convenio 190 OIT". <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuadernillo-masculinidades-para-la-equidad-en-las-relaciones-laborales.pdf>.
- Mukamel, D., W. Spector, R. Limcangco, Y. Wang, Z. Feng y V. Mor. 2009. "The costs of turnover in nursing homes". *Medical Care* 47 (10): 1039–1045. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181a3cc62>.
- Navarrete-Mejía, P. J., J. F. Parodi, M. T. Rivera-Encinas, F. M. Runzer-Colmenares, J. C. Velasco-Guerrero y E. Sullcahuaman-Valdiglesias. 2020. "Perfil del cuidador de adulto mayor en situación de pandemia por SARS-CoV-2, Lima-Perú". *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 13 (1): 26–31. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2020.131.596>.
- NHS (National Health Service). 2019. "Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future". <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>.
- . 2025. "Care co-ordinators". <https://www.england.nhs.uk/personalisedcare/workforce-and-training/care-co-ordinators/>.
- Observatorio de Desarrollo Social/Alianza del Pacífico. 2022. "Programa de protección social al adulto mayor – Colombia Mayor". <https://observatorioalianzapacifico.cepal.org/es/covid-19/medida/programa-de-proteccion-social-al-adulto-mayor-colombia-mayor>.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2019. "Good practice for good jobs in early childhood education and care: eight policy measures from OECD countries". París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/64562be6-en>.
- . 2020. "Who cares? attracting and retaining care workers for the elderly". *OECD Health Policy Studies*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.
- . 2023a. "Beyond applause? improving working conditions in long-term care". París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/27d33ab3-en>.



- . 2023b. “Skills in Latin America: insights from the Survey of Adult Skills”. *OECD Skills Studies*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/5a-b893f0-en>.
- . 2024a. “Is care affordable for older people?”. *OECD Health Policy Studies*. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/450ea778-en>.
- . 2024b. “Tax and benefit policy descriptions for France 2024”. París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/topics/policy-sub-issues/incomes-support-redistribution-and-work-incentives/TaxBEN-France-latest.pdf>.
- OEA (Organización de los Estados Americanos). 2022. “Ley Modelo Interamericana de Cuidados”. <https://www.oas.org/es/cim/docs/LeyModeloCuidados-ES.pdf>.
- OISS (Organización Iberoamericana de Seguridad Social). 2019. “Medidas compensatorias de los cuidados no remunerados en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica”. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2019/03/OISS-2019-Medidas-compensatorias-de-los-ciudadanos-no-remunerados-res.-baja.pdf>.
- . 2022. “Protocolo iberoamericano de formación en cuidados: recomendaciones para el diseño de mallas curriculares para la formación en cuidados a personas adultas mayores en situación de dependencia desde una perspectiva de derechos humanos”. Madrid: Organización Iberoamericana de Seguridad Social. <https://iberoamericanamayores.org/wp-content/uploads/2022/11/Protocolo-Iberoamericano-de-Formacion-en-Cuidados-digital-1.pdf>.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2012. “International standard classification of occupations: ISCO-08—structure, group definitions and correspondence tables, volume 1”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
- . 2013. “Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/publications/domestic-workers-across-world-global-and-regional-statistics-and-extent-0>.
- . 2018. “El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/publications/major-publications/care-work-and-care-jobs-future-decent-work>.
- . 2020. “Competency-based training (CBT): an introductory manual for practitioners”. Beirut: Oficina Regional para los Estados Árabes de la Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@arabstates/@ro-beirut/documents/publication/wcms_757836.pdf.



- . 2021. “El trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe, a 10 años del Convenio núm. 189”. Lima: Oficina Regional para América Latina y el Caribe de la Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/el-trabajo-domestico-remunerado-en-america-latina-y-el-caribe-diez-anos-del>.
- . 2022. “Los cuidados en el trabajo: invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/es/publications/major-publications/los-cuidados-en-el-trabajo-invertir-en-licencias-y-servicios-de-cuidados>.
- . 2023. “Guide for national discussion on training and certification services for caregivers in Latin America”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. <https://www.ilo.org/publications/experiences-training-and-certification-care-work-latin-america>.
- . 2024. “ILO strategy for the promotion of formalization in Latin America and the Caribbean”. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo. https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/FORLAC-English_web_0.pdf.
- Okros, N. y D. Virga. 2022. “Impact of workplace safety on well-being: the mediating role of thriving at work”. *Personnel Review* 52 (7): 1861–1877. <https://doi.org/10.1108/PR-10-2021-0709>.
- Okumura, M., M. Stampini, C. Buenadicha, A. Castillo, F. Vivanco, M. A. Sánchez, P. Ibararán y P. Castillo. 2020. “La economía plateada en América Latina y el Caribe: el envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión”. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002598>.
- Oldenkamp, M., U. Bültmann, R. Wittek, R. Stolk, M. Hagedoorn y N. Smidt. 2017. “Combining informal care and paid work: the use of work arrangements by working adult-child caregivers in the Netherlands”. *Health & Social Care in the Community* 26 (1): 122–131. <https://doi.org/10.1111/hsc.12485>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2015. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/item/9789241565042>.
- . 2023. “Operational framework for building climate resilient and low carbon health systems”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/item/9789240081888>.
- . 2024. “Manual de atención integrada para las personas mayores: guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. segunda edición”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/item/9789240103726>.



- ONU Mujeres (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres) y CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2021. "Towards the construction of comprehensive care systems in Latin America and the Caribbean". <https://www.bit.ly/ConstructionCareSystem>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2023. "La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo". Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/demencia-america-latina-caribe-prevalencia-incidencia-repercusiones-tendencias-lo-largo>.
- Ortega, I., M. Sancho y M. Stampini. 2021. "Fragilidad de las instituciones de cuidado a la vejez ante el COVID-19: lecciones aprendidas y recomendaciones para la reforma de los servicios". *Documento para discusión del BID* IDB-DP-00851. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003111>.
- Parlamento de Barbados. 2008. "Nurses Act". www.health.gov.bb/attachments/Nurses%20Act,%202008-3.pdf.
- PARLATINO (Parlamento Latinoamericano y Caribeño). 2013. "Ley marco: economía del cuidado". https://parlatino.org/pdf/leyes_marcos/leyes/ley-economia-cuidado-pma-19-oct-2013.pdf.
- Pinquart, M. y S. Sörensen. 2003. "Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis". *Psychology and Aging* 18 (2): 250–267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>.
- Pontificia Universidad Javeriana. s. f. "Cuidado al adulto mayor para cuidadores no formales". Pontificia Universidad Javeriana. <https://educacionvirtual.javeriana.edu.co/cuidado-adulto-mayor-no-formales>.
- Prado, C., C. Muros Cortés, M. García Díaz, L. Gutiérrez, J. R. Jáuregui, P. Wachholz, L. M. Gutiérrez Robledo, S. Torres Castro, N. Sobers, S. Millar, R. Pereyra, W. Villareal Lafuente, N. Aranco, F. Benedetti, B. Fabiani, M. Stampini y V. Irazola. 2025. "Online survey for assessing the experiences and effect of caregiving on paid and unpaid caregivers of older persons: design and pilot testing in six Latin American and Caribbean countries". Manuscrito no publicado.
- PROASOL (Programa de Acción Solidaria). s. f. "Nuestras transferencias monetarias". Consultado el 1 de junio de 2025. <https://proasol.gob.hn/nuestras-transferencias-sociales/>.
- Quito Informa. 2024. "'Cuida a quien te cuida', una campaña impulsada por el Municipio de Quito". <https://www.quitoinforma.gob.ec/2024/03/06/cuida-a-quien-te-cuida-una-campana-impulsada-por-el-municipio-de-quito/>.



- Rachter, L., M. Stampini, R. Tomé, S. Duryea y T. Vinacur. 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. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0013198>.
- Rajamohan, S., D. Porock y Y. P. Chang. 2019. "Understanding the relationship between staff and job satisfaction, stress, turnover, and staff outcomes in the person-centered care nursing home arena". *Journal of Nursing Scholarship* 51 (5): 560–568. <https://doi.org/10.1111/jnu.12488>.
- Rasmussen, C., A. Holtermann, O. Mortensen, K. Sjøgaard y M. Jørgensen. 2013. "Prevention of low back pain and its consequences among nurses' aides in elderly care: a stepped-wedge multi-faceted cluster-randomized controlled trial". *BMC Public Health* 13: 1088. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1088>.
- Ravenswood, K., J. Douglas y T. Ewertowska. 2021. "The New Zealand Care Workforce Survey 2019 report". Auckland: New Zealand Work Research Institute. https://nzpri.aut.ac.nz/_data/assets/pdf_file/0003/504093/Care-Workforce-Survey-2019-Report-edited.pdf.
- Ravenswood, K. y J. Douglas. 2022. "The impact of the pay equity settlement: data from the 2019 New Zealand Care Workforce Survey". Auckland: New Zealand Work Research Institute. https://workresearch.aut.ac.nz/_data/assets/pdf_file/0004/628681/Pay-Equity-Report-2022.pdf.
- Razavi, S. 2007. "The political and social economy of care in a development context: conceptual issues, research questions and policy options". *Gender and Development Programme Paper* No. 3. Ginebra: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social. <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>.
- Rocard, E. y A. Llana-Nozal. 2022. "Supporting informal carers of older people: policies to leave no carer behind". París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>.
- Saad-Lessler, J. 2020. "How does paid family leave affect unpaid care providers?". *The Journal of the Economics of Ageing* 17: 100265. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2020.100265>.
- SEDESA (Secretaría de Salud de la Ciudad de México). 2023. "Salud en tu casa". <https://www.salud.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/salud-en-tu-casa>.
- SENA (Servicio Nacional de Aprendizaje). 2024. "'Yo te cuido y me certifico': nuevo impulso para las personas cuidadoras". <https://www.sena.edu.co/es-co/Noticias/Paginas/noticia.aspx?IdNoticia=7258>.
- SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad). 2021. "Diagnóstico del trabajo de cuidado remunerado en residencias SENADIS: estudio de caracterización y representación del cuidado desde las trabajadoras de trato directo". Santiago: Servicio Nacional de la Discapacidad.



- Senado de la República de Chile. 2019. “Boletín 12490-07: modifica la Carta Fundamental para incluir, dentro de las garantías constitucionales, el reconocimiento al trabajo doméstico y a la labor consistente en el cuidado de personas”. https://tramitacion.senado.cl/appsenado/templates/tramitacion/index.php?boletin_ini=12490-07.
- SENCE (Servicio Nacional de Capacitación y Empleo). s. f. “Avanzando en cuidados: cursos SENCE para cuidadores de personas mayores”. SENCE (Servicio Nacional de Capacitación y Empleo). Consultado el 1 de junio de 2025. <https://sence.gob.cl/personas/noticias/avanzando-en-cuidados-cursos-sence-para-cuidadores-de-personas-mayores>.
- Sistema de Cuidados. 2020. “Rendimos cuentas”. Gobierno de Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/2020-03/Cuidados%20rinde%20cuentas%20-%20Marzo%202020.pdf>.
- Spann, A., J. Vicente, C. Allard, M. Hawley, M. Spreeuwenberg y L. de Witte. 2020. “Challenges of combining work and unpaid care, and solutions: a scoping review”. *Health & Social Care in the Community* 28 (3): 699–715. <https://doi.org/10.1111/hsc.12912>.
- Spasova, S., R. Baeten, S. Coster, D. Ghailani, R. Peña-Casas y B. Vanhercke. 2018. “Challenges in long-term care in Europe: a study of national policies”. Bruselas: Comisión Europea, Red Europea de Política Social. <https://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20225&langId=en>.
- SSB (Statistics Norway). 2023. “Child care references 2023 (BTU-2023)”.
- Stampini, M., M. Oliveri, P. Ibararán, D. Londoño, H. J. Rhee y G. M. James. 2020. “¿Trabajar menos para cuidar de los padres?: los efectos laborales de la atención a la dependencia en el hogar en América Latina”. *Documento de trabajo del BID* IDB-WP-1105. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002738>.
- Stampini, M., M. L. Oliveri, P. Ibararán y C. Flores. 2022. “Who works less when a parent needs long-term care? Gender disparities in labor market effects in Mexico”. *Journal of Long-Term Care* (2022): 130–141. <https://doi.org/10.31389/jltc.116>.
- Steventon, A., S. Deeny, R. Friebel, T. Gardner y R. Thorlby. 2018. “Emergency hospital admissions in England: which may be avoidable and how?”. Londres: The Health Foundation. https://www.health.org.uk/sites/default/files/Briefing_Emergency%2520admissions_web_final.pdf.
- Su, H. F., M. Koo, W. L. Lee, H.-C. Sung, R.-P. Lee y W.-I. Liu. 2021. “A dementia care training using mobile e-learning with mentoring support for home care workers: a controlled study”. *BMC Geriatrics* 21: 126. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02075-3>.



- Suaya, A., D. S. Kaplan y L. Etcheverry. 2023. "Políticas públicas para valorar el trabajo remunerado del hogar en América Latina y el Caribe". *Nota de política del BID* IDB-PB-00393. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0005348>.
- Surr, C. A., C. Gates, D. Irving, J. Oyebode, S. J. Smith, S. Parveen, M. Drury y A. Dennison. 2017. "Effective dementia education and training for the health and social care workforce: a systematic review of the literature". *Review of Educational Research* 87 (5): 966–1002. <https://doi.org/10.3102/0034654317723305>.
- Tsakonas, K., S. Badyal, T. Takaro y G. Buse. 2024. "Rapid review of the impacts of climate change on the health system workforce and implications for action". *Journal of Climate Change and Health* 19: 100337. <https://doi.org/10.1016/j.joclim.2024.100337>.
- Triantafillou, J., M. Naiditch, K. Repkova, K. Stiehr, S. Carretero, T. Emilsson, P. Di Santo, R. Bednarik, L. Brichtova, F. Ceruzzi, L. Cordero, T. Mastroiannakis, M. Ferrando, K. Mingot, J. Ritter y D. Vlan-toni. 2010. "Informal care in the long-term care system". *European Overview Paper*. Interlinks. <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768>.
- UNASUS (Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde). s. f. "UNASUS website". <https://www.unasus.gov.br/cursos/busca?status=com%20oferta%20aberta&busca=&ordenacao=Relev%-C3%A2ncia%20na%20busca>.
- UNDRR (Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres). 2009. "Terminología sobre reducción del riesgo de desastres". <https://www.undrr.org/publication/2009-unis-dr-terminology-disaster-risk-reduction>.
- UWI (University of the West Indies). 2019. "Mona Aging and Wellness Centre". <https://www.mona.uwi.edu/sites/default/files/uwi/reports/wellness.pdf>.
- Vadean, F. y S. Allan. 2020. "The effects of minimum wage policy on the long-term care sector in England". *British Journal of Industrial Relations* 59 (2): 307–334. <https://doi.org/10.1111/bjir.12572>.
- Vadean, F. y E. Saloniki. 2020. "Determinants of staff turnover and vacancies in the social care sector in England". Discussion paper. University of Kent. <https://kar.kent.ac.uk/83303/1/dp2020-01.pdf>.
- Valenzuela, E., S. Scuro y P. Vaca. 2020. "Desigualdad, crisis de los cuidados y migración del trabajo doméstico remunerado en América Latina". *Serie Asuntos de Género* 158. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bits-treams/3807d08e-c4b5-41de-9fe5-ad115f2f1447/content>.
- Van der Gaag, N., B. Heilman, T. Gupta y J. Edmeades. 2023. "State of the World's Fathers 2023: centering care in a world in crisis". Washington, DC: Promundo-US. <https://www.equimundo.org/resources/state-of-the-worlds-fathers-2023/>.



- Villalobos Dintrans, P., D. Oliveira y M. Stampini. 2024. "Human resources for care in Latin America and the Caribbean: current needs and future demands". *Journal of the American Medical Directors Association* 25 (2): 232–236. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.08.026>.
- Villavicencio Salas, K. 2017. "Diagnóstico: 'Mirada sobre la Red de Atención Progresiva para el Cuido Integral de las Personas Adultas Mayores, de la Municipalidad de Cartago'". Organización Mundial de la Salud. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2018/07/DX-MUNI.-def.pdf>.
- Watkins, M. y L. Overton. 2024. "The cost of caring: a scoping review of qualitative evidence on the financial well-being implications of unpaid care to older adults". *Ageing & Society* 45 (7): 1465–1492. <https://doi.org/10.1017/S0144686X24000382>.
- Yamada, M. y H. Arai. 2020. "Long-term care system in Japan". *Annals of Geriatric Medicine and Research* 24 (3): 174–180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>.
- Yeandle, S. y A. Wigfield. 2012. "Training and supporting carers: the national evaluation of the Caring with Confidence programme". Leeds: University of Leeds. <https://essl.leeds.ac.uk/sociology-research-expertise/dir-record/research-projects/873/evaluation-of-the-caring-with-confidence-programme>.
- Zygouri, I., F. Cowdell y A. Ploumis. 2021. "Gendered experiences of providing informal care for older people: a systematic review and thematic synthesis". *BMC Health Services Research* 21: 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06736-2>.



¿QUIÉN CUIDA?

→ Cómo apoyar y reconocer a quienes cuidan de personas mayores en América Latina y el Caribe



Anexos





Anexo A • Encuestas de uso del tiempo

Las encuestas de uso del tiempo miden el tiempo que las personas dedican al trabajo remunerado, al trabajo no remunerado y a actividades académicas, de ocio o culturales. Históricamente, se han utilizado para analizar la contribución económica del trabajo no remunerado.

Este informe utiliza los datos más recientes de encuestas de uso del tiempo¹¹⁵ de nueve países: Argentina (2021), Brasil (2022),¹¹⁶ Chile (2022), Colombia (2020), Costa Rica (2022), El Salvador (2017), México (2019), Paraguay (2016) y Uruguay (2021). Las encuestas son representativas a nivel nacional, con la excepción de la de Chile (que solo cubre áreas urbanas), la de Colombia (que excluye los departamentos de Orinoquía y Amazonía) y la de Uruguay (que cubre Montevideo y localidades o ciudades con una población superior a 5.000 personas). En total, incluyen a 555.269 personas mayores de 14 años.

Este informe define a las cuidadoras de personas mayores como las personas encuestadas que declaran haber dedicado tiempo a apoyar a personas mayores en sus actividades de la vida diaria durante el período de referencia. Todas las encuestas preguntan por el tiempo que las personas encuestadas dedicaron a brindar apoyo a tres grupos de población: niños, personas con discapacidad o en necesidad permanente de apoyo y personas mayores. Lamentablemente, la mayoría de las encuestas no permite identificar a las cuidadoras de personas mayores con discapacidad (porque no preguntan la edad de quienes reciben esos cuidados). Dado que la prevalencia de la discapacidad es mayor entre las personas mayores, esto conduce a una subestimación importante del número de cuidadoras de personas mayores.

Idealmente, el tiempo declarado dedicado al cuidado de una persona mayor debería incluir el cuidado brindado tanto a personas dentro del hogar como a personas que residen en otros hogares. Esto último podría ser particularmente relevante, por ejemplo, en el caso de personas mayores que aún viven solas pero cuentan con una hija, hijo u otro familiar que les apoya en tareas específicas. Solo cinco de los nueve países incluidos en este análisis cuentan con información sobre el tiempo dedicado al cuidado de una persona mayor que vive en otro hogar: Chile, Colombia, Costa Rica, México y Uruguay. Para los países que no disponen de esta información

¹¹⁵. Para mayo de 2025.

¹¹⁶. Los datos de Brasil provienen de un módulo especial de la *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios Contínua*.



(Argentina, Brasil, El Salvador y Paraguay), las estimaciones presentadas en el **Cuadro 3.1** se basan en el supuesto de que la relación entre personas mayores y personas cuidadoras que brindan apoyo a otros hogares es la misma que en los países con datos disponibles.

Las encuestas incluyen preguntas sobre las tareas realizadas por las personas cuidadoras familiares únicamente cuando prestan cuidados de larga duración a un miembro de su propio hogar. La misma información no está disponible para los cuidados brindados fuera del hogar. Por lo general, las preguntas abarcan tres tipos de actividades: actividades básicas (como alimentar o bañar), actividades instrumentales (que pueden implicar, por ejemplo, brindar compañía y conversación o hacer mandados) y actividades relacionadas con la salud (por ejemplo, llevar a alguien al médico o administrar medicamentos). Para Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay, el número de horas de cuidados de larga duración equivale al número de horas de apoyo brindado a personas mayores en actividades básicas, actividades instrumentales y tareas relacionadas con la salud.

En México, El Salvador y Paraguay, las encuestas no recolectan información sobre el apoyo en actividades básicas brindado a personas mayores. Esta información solo se releva para personas que requieren apoyo permanente. Para estos países, suponemos que se brinda apoyo en actividades básicas a las personas mayores cuando el hogar tiene al menos un miembro mayor. Por lo tanto, el número de horas de cuidados de larga duración es la suma de las horas de apoyo en actividades instrumentales brindado a miembros mayores, el apoyo en tareas relacionadas con la salud brindado a miembros mayores y el apoyo en actividades básicas brindado a miembros que requieren apoyo permanente (condicionado a que el hogar tenga al menos un miembro mayor). En otras palabras, se asume que la “persona con necesidades permanentes de cuidado” es una persona mayor. Esta suposición no es ideal y puede conducir a sobreestimar el tiempo dedicado a cuidar a personas mayores. Sin embargo, dado que la prevalencia de la dependencia funcional aumenta con la edad, se espera que este sesgo sea reducido.

La encuesta de Brasil solo permite identificar a las cuidadoras de personas mayores, sin estimar el tiempo dedicado a brindar cuidados de larga duración ni identificar las actividades realizadas por las personas cuidadoras.

Existen otras salvedades metodológicas al analizar los resultados, en particular, para las comparaciones entre países. En primer lugar, la edad a partir de la cual se considera mayor a la persona que recibe cuidados varía según el país. En El Salvador, México y Paraguay se considera mayor a partir de los 60 años; en Argentina y Uruguay, 65; y en Chile, 66. En Colombia y Costa Rica, la edad de la persona que recibe cuidados puede inferirse a partir de la base de datos, por lo que las y los investigadores pueden fijar el umbral de edad. Para estos países, el umbral se estableció en 65 años.



En segundo lugar, las actividades incluidas en cada categoría (básicas, instrumentales y relacionadas con la salud) difieren en tipo y número entre países. El **Cuadro A.1** resume las actividades incluidas en cada encuesta. Las horas declaradas de cuidados de larga duración pueden ser menores en los países cuyas encuestas cubren un número más reducido de actividades.

CUADRO A.1 ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DE CUIDADO DE PERSONAS MAYORES INCLUIDAS EN LAS ENCUESTAS, POR PAÍS

GRUPO	VARIABLE	ARGENTINA	CHILE	COLOMBIA	COSTA RICA	EL SALVADOR	MÉXICO	PARAGUAY	URUGUAY
Actividades básicas	Alimentarse	✓	✓	✓		✓*	✓*	✓*	✓
	Bañarse/higiene		✓				✓*		
	Vestirse		✓		✓				
	Usar el inodoro		✓	✓					✓
	Acostar / cambiar de posición		✓				✓*		
Actividades relacionadas con la salud	Administrar medicamentos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Terapia						✓		✓
	Llevar al médico		✓	✓			✓	✓	✓
Actividades instrumentales	Leer o acompañar		✓			✓			✓
	Realizar mandados / transporte	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓
	Usar dispositivos electrónicos		✓		✓		✓		✓
	Comunicación		✓						

Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas de uso del tiempo.

Nota: El símbolo ✓ identifica a los países cuyas encuestas incluyen al menos una pregunta en esa categoría; * reportado bajo "personas con necesidades permanentes de cuidado"; las celdas combinadas indican que las actividades se incluyen en una única pregunta.

En tercer lugar, el período de referencia para recordar el tiempo dedicado a actividades de cuidado también difiere según el país. Este estudio reporta el número total de horas por semana dedicadas al cuidado de personas mayores. Cuando a las personas encuestadas se les pide recordar el número total de horas dedicadas a cierta actividad durante toda una semana (Costa Rica, Paraguay), este análisis reporta esa cifra. Cuando se les pide responder sobre un día particular (Argentina, Colombia, El Salvador, Uruguay), multiplicamos el número que reportan por siete, bajo el supuesto de que ese "día particular" equivale al promedio semanal. Finalmente,



en casos como México, donde se pregunta por dos días representativos —un día laborable y un día de fin de semana—, se calcula la suma ponderada de ambas cifras (horas dedicadas en un día laborable*5 + horas dedicadas en un día de fin de semana*2).¹¹⁷

En cuarto lugar, algunas personas cuidadoras pueden realizar más de una tarea simultáneamente (por ejemplo, acompañar y alimentar), lo que potencialmente podría arrojar más de 24 horas de cuidado en un solo día. Para estos casos, el máximo de horas contabilizadas es de 24.

117. Para una guía metodológica para el análisis de las encuestas de uso del tiempo, véase: https://genlac.econo.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2024/12/Gui%CC%81a-Metodolo%CC%81gica-Uso-del-Tiempo_ESP_2024-12.pdf



Anexo B • Metodología para identificar a las personas cuidadoras

Para identificar a las personas cuidadoras, este estudio utiliza los microdatos más recientes tanto de encuestas de hogares como de encuestas de fuerza de trabajo en los países que cuentan con códigos ocupacionales y un tamaño muestral suficiente. En general, las encuestas de fuerza de trabajo son más adecuadas que las encuestas de hogares para analizar las características y las condiciones laborales de las y los profesionales del cuidado remunerado, por lo que el informe recurre a ellas siempre que es posible. Los años de las encuestas utilizadas en el análisis abarcan desde 2013 en Trinidad y Tobago hasta 2024 en Costa Rica (**Cuadro B.1** .

CUADRO B.1 FUENTES DE DATOS UTILIZADAS PARA IDENTIFICAR A LAS PERSONAS CUIDADORAS

PAÍS	FUENTE	AÑO	TIPO
Argentina	Encuesta Permanente de Hogares	2024	LFS
Bolivia	Encuesta Continua de Hogares	2017	HS
Brasil	<i>Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua</i>	2023	HS
Chile	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional	2022	HS
Colombia	Gran Encuesta Integrada de Hogares	2022	LFS
Costa Rica	Encuesta Continua de Empleo	2024	LFS
Ecuador	Encuesta Nacional de Empleo Desempleo y Subempleo	2023	LFS
El Salvador	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	2023	HS
Guyana	<i>Labour Force Survey</i>	2021	LFS
Honduras	Encuesta Permanente de Hogares de Propósitos Múltiples	2018	HS
Jamaica	<i>Labour Force Survey</i>	2014	LFS
México	Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo	2024	HS
Panamá	Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples	2019	HS
Paraguay	Encuesta Permanente de Hogares	2017	HS
Perú	Encuesta Nacional de Hogares	2023	HS
Trinidad y Tobago	<i>Continuous Sample Survey of the Population</i>	2013	LFS
Uruguay	Encuesta Continua de Hogares	2023	HS

Fuente: Elaboración propia.

Nota: HS = encuesta de hogares; LFS = encuesta de fuerza laboral.



De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (2013), existen dos enfoques distintos para identificar a las personas cuidadoras:

- El enfoque basado en tareas clasifica a personas cuidadoras y trabajadoras domésticas mediante la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO-88 y CIUO-08).
- El enfoque basado en la industria categoriza el empleo por rama de actividad utilizando la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU, Revisión 3 o 4).

Este estudio utiliza el enfoque basado en tareas (o códigos ocupacionales). Esta información permite identificar qué personas prestan cuidados a personas mayores. El enfoque se centra en las tareas específicas que realizan las y los profesionales, en lugar de la rama de actividad.

A partir de la clasificación oficial de ocupaciones de cada país, se seleccionaron los mejores códigos para categorizar las actividades pertinentes para este análisis. En línea con la OCDE (2020), este estudio define a las personas cuidadoras remuneradas como aquellas que brindan asistencia en cuidados personales de rutina en el hogar o en instituciones distintas de los hospitales, sin estar calificadas o certificadas como personal de enfermería. Las y los enfermeros no están incluidos en esta definición ni en nuestras estimaciones en el presente estudio.

Este estudio estima el número total de personas cuidadoras remuneradas en 17 países. Asimismo, analiza las características de las personas cuidadoras remuneradas en los 14 países que contaban con 30 o más observaciones por categoría.¹¹⁸ El **Cuadro B.2** , basado en la Organización Internacional del Trabajo (2012), describe las tareas específicas y las ocupaciones incluidas en este grupo.

CUADRO B.2 PERFILES DE CUIDADO ANALIZADOS

CÓDIGO	PROFESIÓN	DEFINICIÓN
5321, 5322(a)	Personal de cuidados personales	Personas que brindan cuidados personales y asistencia con la movilidad y las actividades de la vida diaria a pacientes y personas mayores, convalecientes y personas con discapacidad en entornos sanitarios y residenciales.

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Organización Internacional del Trabajo (2012).

Notas: El código "5329 - Personal de cuidados personales en servicios de salud no clasificados en otra parte" no se incluyó porque la mayoría de las actividades que abarca forman parte de la atención sanitaria y quedan fuera del alcance del análisis.

118. El tamaño de la muestra suele ser demasiado pequeño para analizar estadísticas descriptivas. Según el teorema central del límite, la distribución de las medias muestrales se aproxima a una distribución normal a medida que aumenta el tamaño de la muestra, independientemente de la distribución de la población. Por lo general, se considera que un tamaño muestral de 30 o más es suficiente para que este teorema se cumpla de forma aproximada.



Anexo C • La encuesta del BID a personas cuidadoras

Diseño de la encuesta

La encuesta del BID a personas cuidadoras fue desarrollada e implementada por el Banco Interamericano de Desarrollo en dos fases. En primer lugar, el BID contrató al Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria para diseñar y pilotear el cuestionario. El proceso comenzó con una revisión exhaustiva de encuestas existentes sobre trabajo de cuidados remunerado y no remunerado en América Latina y el Caribe. El equipo elaboró y validó el cuestionario con un panel de personas expertas de las disciplinas de estadística, gerontología, investigación clínica, economía y diseño de encuestas. Adicionalmente, se probó el instrumento para evaluar su claridad y aceptabilidad.

Tras la fase de diseño, el equipo del instituto realizó un piloto inicial en tres idiomas (inglés, español y portugués) en seis países (Argentina, Barbados, Bolivia, Brasil, México y República Dominicana). Este piloto se dirigió a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas que cuidan a personas de 60 años o más, ya sea en instituciones o en los hogares de quienes reciben los cuidados. La encuesta se distribuyó en línea y por correo electrónico, SMS y mensajes de WhatsApp. También se administró en persona por entrevistadores capacitados. Prado et al. (2025) contiene una descripción detallada del proceso de elaboración y prueba del cuestionario.

Una vez finalizado el cuestionario, el BID contrató a la firma SENSATA SAS para escalar la recolección de datos. SENSATA difundió la encuesta a través de plataformas como Facebook, Instagram y WhatsApp, utilizando técnicas de marketing y comunicación. La encuesta se lanzó en noviembre de 2023. El cuestionario se presenta en el Anexo 3 de Fabiani et al. (2024), que analiza las primeras 27.000 observaciones recogidas hasta mayo de 2024.

De noviembre de 2023 a marzo de 2025, la encuesta recopiló información sobre 64.592 personas cuidadoras de 26 países de América Latina y el Caribe. De ellas, el 74,3% (48.016 personas) son personas cuidadoras no remuneradas y el 25,7% (16.576 personas) trabajan como personas cuidadoras remuneradas (el 86% en los hogares de las personas cuidadas y el 14% en entornos institucionales).

Cálculo de pesos

Para corregir el hecho de que algunos países están sobrerrepresentados en la encuesta del BID a personas cuidadoras, lo cual afecta el cálculo de los promedios regionales, este estudio pondera las observaciones según la distribución de la población mayor en los países de la región. Idealmente, las ponderaciones se basarían en la distribución de personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, pero esta información solo está disponible para algunos países de la región (véanse el **Cuadro 3.1** y el **Cuadro 4.1**).

Además, las personas cuidadoras remuneradas se ponderan dentro de cada país bajo el supuesto de que el 9,4% de las cuidadoras remuneradas trabaja en entornos institucionales y el 90,6% en los hogares de quienes reciben los cuidados. Estas proporciones se basan en la razón regional de los datos del **Cuadro 4.1**, que es similar a la observada en los datos recopilados por la encuesta del BID a personas cuidadoras (13,6%).

La siguiente ecuación proporciona la ponderación para las personas cuidadoras de la categoría j ($j=1$ para no remuneradas, $j=2$ para remuneradas en entorno institucional y $j=3$ para remuneradas en hogares) en el país c :

$$w_{jc} = \frac{N_j \cdot \frac{olderpop_c}{olderpopLAC}}{n_{jc}}$$

Donde:

- n_{jc} es el número de observaciones de personas cuidadoras de la categoría j en el país c en la encuesta del BID a personas cuidadoras.
- N_j es el número total de personas cuidadoras de la categoría j en América Latina y el Caribe. Esto equivale a 25 millones para personas cuidadoras no remuneradas (véase el **Cuadro 3.1**); 289.225 para personas cuidadoras remuneradas en entornos institucionales (véase el **Cuadro 4.1**); y 2.725.415 para personas cuidadoras remuneradas en hogares (véase el **Cuadro 4.1**).
- $olderpop_c$ es el número de personas mayores en el país c , según el conjunto de datos de Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas.
- $olderpopLAC$ es el número total de personas mayores en los 26 países de América Latina y el Caribe incluidos en el análisis, según el conjunto de datos de Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas.



Análisis de la representatividad de la encuesta

Para evaluar la representatividad de la encuesta, el análisis compara estadísticas descriptivas básicas sobre edad y sexo de la encuesta del BID a personas cuidadoras con cifras de fuentes representativas a nivel nacional: encuestas de uso del tiempo en el caso de las personas cuidadoras no remuneradas (véase el **Capítulo 3**) y encuestas de fuerza de trabajo y de hogares para las personas cuidadoras remuneradas (véase el **Capítulo 4**). El **Cuadro C.1** contiene los resultados de este ejercicio, que muestran que:

- Las personas cuidadoras en la encuesta del BID son relativamente de mayor edad que en las encuestas representativas a nivel nacional. Esto es válido para todos los países con datos disponibles, tanto para cuidadoras remuneradas como no remuneradas.
- El porcentaje de mujeres cuidadoras en la encuesta del BID es más alto que en las encuestas representativas a nivel nacional, con una diferencia particularmente grande entre las cuidadoras no remuneradas.

Estas diferencias pueden reflejar sesgos en el alcance de la población de interés, posiblemente debido a la autoadministración mediante una encuesta en línea. Aplicar un cuestionario exclusivamente en línea genera el riesgo de tres tipos de sesgos en la muestra. El primero es un sesgo de cobertura, porque las personas sin acceso a internet o con limitaciones en el uso de la tecnología quedan excluidas de la encuesta, lo que dificulta generalizar los resultados a la población objetivo. El segundo es un sesgo de selección: dado que la participación es voluntaria, la muestra obtenida mediante una encuesta con estas características puede no representar a la población general de personas cuidadoras. Por último, puede existir un sesgo de no respuesta, porque las características de quienes no responden o proporcionan respuestas incompletas pueden diferir de las de quienes eligen responder. Las tasas de no respuesta o de respuesta incompleta suelen ser más altas en las encuestas en línea que en otras modalidades.

**CUADRO C.1 COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS BÁSICAS ENTRE LA ENCUESTA DEL BID Y ENCUESTAS REPRESENTATIVAS A NIVEL NACIONAL**

PAÍS	REMUNERADO O NO REMUNERADO	EDAD (AÑOS)		% DE MUJERES	
		ENCUESTA DEL BID A PERSONAS CUIDADORAS	ENCUESTAS REPRESENTATIVAS A NIVEL NACIONAL	ENCUESTA DEL BID A PERSONAS CUIDADORAS	ENCUESTAS REPRESENTATIVAS A NIVEL NACIONAL
Argentina	Remunerado	49,6	41,2	92,5	76,9
	No remunerado	55,9	52,4	91	58,0
Brasil	Remunerado	53,9	44,1	91,9	93,6
	No remunerado	57,5	49,9	90,8	61,7
Chile	Remunerado	57,7	43,8	95,3	87,3
	No remunerado	60	56,5	90,6	59,8
Colombia	Remunerado	50,2	41,3	91,1	92,7
	No remunerado	54,5	55,9	87,1	76,3
Costa Rica	Remunerado	50,6	42,1	89,9	64,2
	No remunerado	55,2	51,2	87,6	57,7
Ecuador	Remunerado	49,6	43,1	93,2	93,7
	No remunerado	53,8	n. d.	84,6	n. d.
Jamaica	Remunerado	51,1	40,4	96,7	68,9
	No remunerado	55,8	n. d.	89,8	n. d.
México	Remunerado	52,6	37,3	91,5	96,6
	No remunerado	54,5	46,9	85,8	54,9
Panamá	Remunerado	51,9	41,0	88,5	60,3
	No remunerado	54,7	n. d.	90,7	n. d.
Paraguay	Remunerado	48,6	36,4	93,8	90,2
	No remunerado	52,5	48,6	87,2	65,5
Perú	Remunerado	53	36,3	93,0	98,0
	No remunerado	56,8	n. d.	84,9	n. d.
Trinidad y Tobago	Remunerado	50,5	44,4	93,9	97,6
	No remunerado	55,2	n. d.	86,5	n. d.
Uruguay	Remunerado	54,4	45,5	93,9	90,0
	No remunerado	54,5	60-64	94,0	60,7
Promedio	Remunerado	52,4	41,3	91,92	85,7
	No remunerado	56,3	49,1*	91,8	59,0

Fuente: Elaboración propia.

Notas: Las estimaciones representativas a nivel nacional provienen de encuestas de uso del tiempo (véase el Anexo A) y de encuestas de hogares y de fuerza laboral (véase el Anexo B). *El promedio no incluye a Uruguay, dado que la edad se reporta en rangos en los datos de Uruguay. n. d. = no disponible.



Anexo D • Políticas nacionales de cuidados

CUADRO D.1 ESTADO Y PANORAMA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS NACIONALES DE CUIDADOS EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

LOS PROYECTOS DE LEY O PROPUESTAS SE MUESTRAN EN COLOR NARANJA Y LAS POLÍTICAS Y LEYES APROBADAS EN COLOR VERDE

PAÍS	POLÍTICA	ENTIDAD RESPONSABLE	PROPÓSITO Y POBLACIÓN OBJETIVO	INCLUSIÓN DE CUIDADOS REMUNERADOS Y NO REMUNERADOS
Argentina	Proyecto de Ley Cuidar en Igualdad	Ex Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad	Crear el Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina para abordar de forma integral los cuidados, incluidos los de las personas mayores	Sí (aborda la necesidad de formalizar los cuidados)
Barbados	<i>National Policy on Ageing (2022–2033): Making Healthy and Active Ageing a Reality for All</i>	Ministry of People Empowerment and Elder Affairs	Prioridad en cuidados de larga duración: diseño, coordinación y provisión de sistemas, servicios, instalaciones y recursos de apoyo de alta calidad y accesibles para personas mayores	Sí (Estrategia G.1.2)
Brasil	Ley Orgánica 15069/2024	Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre; Ministerio de las Mujeres; y Ministerio de Derechos Humanos y Ciudadanía	Establecer la Política Nacional de Cuidados, incluyendo a las personas trabajadoras del cuidado (formales e informales) como dos de los cinco grupos prioritarios	Sí
Chile	Boletín 16905-31 que reconoce el derecho a cuidar y crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados	Ministerio de Desarrollo Social y Familia	Garantizar de forma gradual y progresiva el derecho a cuidar, remunerado o no; enmarcar los cuidados de manera amplia, incluyendo a las personas mayores	Sí (art. 3, art. 7 f)
Colombia	Ley 2281 de 2023 que crea el Sistema Nacional de Cuidado, con una misión institucional mandatada por el Plan Nacional de Desarrollo “Colombia Potencia Mundial de la Vida” (2022–2026)	Ministerio de Igualdad y Equidad	Fortalecer e integrar servicios de formación, bienestar, generación de ingresos y desarrollo de capacidades para personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas	Sí
	Política Pública Nacional de Envejecimiento y Vejez 2022–2031	Ministerio de Salud y Protección Social	Población objetivo: toda persona residente en Colombia, en particular quienes tienen 60 años o más	Sí. Línea estratégica de acción 6, línea de acción 3



PAÍS	POLÍTICA	ENTIDAD RESPONSABLE	PROPÓSITO Y POBLACIÓN OBJETIVO	INCLUSIÓN DE CUIDADOS REMUNERADOS Y NO REMUNERADOS
Costa Rica	Política Nacional de Cuidados (2021–2031)	Ministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social	Crear un sistema de cuidados para personas en situación de dependencia: foco en dependencia permanente o prolongada	Línea estratégica de acción 5
República Dominicana	Política Nacional de Cuidados	-	-	-
Ecuador	Ley Orgánica del Derecho al Cuidado Humano	Ministerio de Inclusión Económica y Social	Establece el derecho al cuidado de niños, dependientes directos u otros familiares que requieran cuidados o protección	Solo no remunerados
	Proyecto de Ley del Sistema Nacional Integral de Cuidados, 2021	Comisión del Derecho al Trabajo y la Seguridad Social	Población objetivo: toda persona que requiera cuidados, incluyendo personas mayores y cuidadoras (especialmente mujeres)	Sí
El Salvador	Política Nacional de Corresponsabilidad de los Cuidados 2022–2030	Oficina de Bienestar Social	Población objetivo incluye a personas adultas (18+) que requieren cuidados por discapacidad o envejecimiento, y a personas trabajadoras del cuidado, remuneradas y no remuneradas	Sí
México	Varios proyectos se encuentran en proceso de aprobación legislativa	-	Reconocer el derecho al cuidado y crear el Sistema Nacional de Cuidados	-
Perú	Proyecto de Ley 2735; Proyecto de Ley 3242/2022-CR; Proyecto de Ley 4705/2022-CR; Proyecto de Ley 5308/2022-CR	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Los cuatro proyectos han sido presentados. Proponen reconocer el derecho al cuidado y crear el Sistema Nacional de Cuidados	Sí
Trinidad y Tobago	<i>National Policy on Aging</i>	Ministry of Health and of Social Development and Family Services	Población objetivo: personas mayores. Gestionada por la Division of Ageing	Sí
Uruguay	Plan Nacional de Cuidados 2021–2025	Ministerio de Desarrollo Social	No se centra específicamente en las personas mayores, pero las incluye a ellas y a sus personas cuidadoras como poblaciones objetivo	Sí

Fuente: Cuestionario OCDE-BID sobre Fuerza Laboral en Cuidados de Larga Duración.

El presente informe analiza el creciente aumento de la demanda de personas cuidadoras en el ámbito de los cuidados de larga duración en una de las regiones que envejecen más rápidamente del mundo. Destaca las condiciones laborales precarias de las cuidadoras remuneradas, las consecuencias para las cuidadoras no remuneradas, así como las oportunidades limitadas de formación y la carga particular que recae sobre las mujeres en ambos colectivos. Además, describe políticas y buenas prácticas para apoyar a las cuidadoras familiares, ampliar y profesionalizar la fuerza laboral de cuidados y construir sistemas de cuidados más resilientes para América Latina y el Caribe, aprovechando también la experiencia de los países de la OCDE.