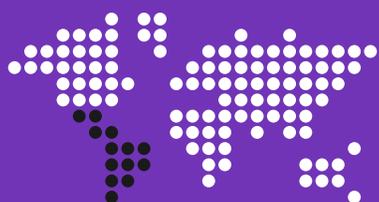


**FINANCIAMIENTO DE
LOS SISTEMAS
INTEGRALES
DE CUIDADOS**

**Propuestas para América
Latina y el Caribe**

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE



 **ONU**
MUJERES 

Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados Propuestas para América Latina y el Caribe

Estudio elaborado por la Oficina Regional para las Américas y el Caribe de ONU Mujeres
Octubre 2022
© ONU Mujeres

Autoría del estudio: Julio Bango, Jorge Campanella y Patricia Cossani

Dirección General: María Noel Vaeza, Directora Regional de ONU Mujeres para las Américas y el Caribe, Cecilia Alemany, Directora Regional Adjunta de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe de ONU Mujeres

Equipo coordinador del estudio: Raquel Coello, Especialista Regional en políticas de Empoderamiento Económico, Beatriz García y Marta San Juan, técnicas para el área de Empoderamiento Económico de ONU Mujeres

Edición y revisión de contenidos: María Verónica Espinel, asistente técnica de Coordinación programática, y Constanza Narancio, asesora en Comunicación de ONU Mujeres

Diseño editorial: Teresa López, diseñadora gráfica y editorial de ONU Mujeres

El contenido y la información de esta publicación puede ser utilizado siempre que se cite la fuente.

Cita: ONU Mujeres (2022). *Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados. Propuestas para América Latina y el Caribe.*

Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados



Propuestas para América
Latina y el Caribe

Elaborado por Julio Bango, Jorge Campanella
y Patricia Cossani

Octubre, 2022

Tabla de contenidos

| | |
|---|----|
| Prólogo | 4 |
| Introducción | 6 |
| 1. La interdependencia del financiamiento entre los cuatro pilares del bienestar: educación, salud, seguridad social y cuidados | 12 |
| 2. Consideraciones sobre el financiamiento de los sistemas de cuidados | 20 |
| 2.1. Qué tipo de sistemas financiar: las premisas para el financiamiento | 21 |
| 2.2. La dinámica del financiamiento | 24 |
| 2.2.1. La intertemporalidad del financiamiento | 25 |
| 2.2.2. La progresividad del financiamiento | 25 |
| 2.2.3. La rigidez del financiamiento | 26 |
| 2.3. El financiamiento de los componentes del sistema de cuidados | 27 |
| 2.3.1. Creación y ampliación de servicios | 29 |
| 2.3.2. Regulación de los servicios, políticas de tiempo y de las condiciones laborales | 31 |
| 2.3.3. Formación de las personas que cuidan | 33 |
| 2.3.4. Gestión de la información y el conocimiento | 34 |
| 2.3.5. Comunicación para promover el cambio cultural | 34 |
| 2.4. Los modelos de financiamiento | 38 |
| 2.4.1. Modelos de financiamiento basados en rentas generales | 40 |
| 2.4.2. Modelos de financiamiento basados en seguros | 42 |
| 3. Elementos para dimensionar económicamente las necesidades de inversión en cuidados | 46 |
| 3.1. Identificación de la demanda existente de cuidados | 48 |
| 3.2. Diagnóstico de línea de base | 48 |
| 3.3. Estimación de la brecha entre oferta y demanda de servicios y de formación en cuidados | 50 |
| 3.4. Diseño y costeo de los componentes del sistema de cuidados | 51 |

| | |
|--|----|
| 3.5. Construcción de escenarios de progresividad en la implementación de los componentes del sistema de cuidados | 54 |
| 3.6. Costeo de escenarios y proyección de retornos económicos de la inversión en cuidados | 55 |
| 3.7. Testeo de innovaciones en materia de servicios y otros componentes | 56 |
| 3.8. Propuesta de plan de acción y definición de la estrategia de financiamiento | 57 |
| <hr/> | |
| 4. Fondos solidarios: una propuesta para el financiamiento de los sistemas de cuidados | 58 |
| 4.1. Principales características de un fondo solidario de cuidados | 60 |
| 4.2. Potenciales fuentes de financiamiento de un fondo solidario de cuidados | 63 |
| 4.3. Los pagos individuales como complemento al fondo solidario | 67 |
| <hr/> | |
| Conclusiones | 69 |
| <hr/> | |
| Notas | 72 |
| <hr/> | |
| Referencias bibliográficas | 76 |
| <hr/> | |
| Anexo | 81 |

Prólogo

En los últimos diez años la importancia de los cuidados se ha ido visibilizando e incorporando progresivamente en la agenda política de América Latina y el Caribe, fruto de la creciente voluntad y compromiso de los gobiernos de la región de avanzar en la implementación gradual de sistemas integrales de cuidados y de los esfuerzos y la movilización de las organizaciones de mujeres y feministas por dar visibilidad y colocar la cuestión en el centro de los debates sobre la sostenibilidad y los modelos de desarrollo.

Así se recoge en la Agenda Regional de Género, acordada por los Estados miembros de la CEPAL reunidos en la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, a través de la cual los Gobiernos han aprobado una serie de acuerdos imprescindibles para el diseño e implementación de políticas de cuidados, reafirmando el principio de universalidad y progresividad para el acceso a servicios de cuidado de calidad, la importancia de la corresponsabilidad tanto entre hombres y mujeres, como entre el Estado, el mercado, las comunidades y las familias, así como la importancia de promover la sostenibilidad financiera de las políticas públicas de cuidados orientadas a alcanzar la igualdad de género.

La crisis del Covid-19 evidenció las vulnerabilidades de los sistemas políticos, económicos y de protección social, profundizando las desigualdades sociales y de género, y provocando severos retrocesos en los avances alcanzados durante las últimas décadas. Simultáneamente, la pandemia visibilizó la centralidad que los cuidados tienen en el funcionamiento de las economías y las sociedades, a la vez que mostró su insostenible e injusta organización que carga fundamentalmente a las mujeres con el trabajo no remunerado que realizan al interior de los hogares y el trabajo remunerado en condiciones precarias y mal pagadas.

Una condición básica para avanzar en sistemas integrales de cuidados radica en encontrar caminos que hagan viable y sostenible su financiamiento. En la región, este resulta ser un desafío no menor, en el contexto actual donde la mayor inflación, el bajo crecimiento económico proyectado y el significativo incremento de la deuda

generan importantes presiones sobre las finanzas públicas y restricciones en la política fiscal. A pesar de esta complejidad, la urgencia de actuar hace impostergable enfrentar este desafío.

Mediante esta publicación, desde ONU Mujeres esperamos aportar a este debate identificando vías concretas para el financiamiento de los sistemas de cuidados, en el contexto más amplio del financiamiento de los sistemas de protección social.

MARÍA NOEL VAEZA

Directora Regional para las Américas y el Caribe
ONU Mujeres

Introducción

El cuidado, como elemento fundamental que permite la sostenibilidad de la vida y el funcionamiento de las sociedades, ha ido ganando visibilidad e importancia durante esta última década, incorporándose progresivamente en las agendas políticas de los países de América Latina y el Caribe.

Varios gobiernos de la región han identificado que la actual organización de los cuidados no es sustentable en el corto, mediano y largo plazo, dado que su provisión está casi exclusivamente bajo la responsabilidad de las mujeres en el ámbito familiar y se realiza mayoritariamente de manera no remunerada o en condiciones laborales altamente precarizadas. Esta injusta e insostenible forma de responder a las crecientes demandas de cuidados no solo profundiza la desigualdad de género entre hombres y mujeres, sino que además impacta negativamente las economías en el presente y condiciona la sostenibilidad económica y el bienestar de las sociedades en el mediano plazo. En este contexto, numerosos países de América Latina y el Caribe han expresado una creciente voluntad y han puesto en marcha acciones específicas para avanzar en la implementación gradual de sistemas integrales de cuidados.

Los esfuerzos y la movilización de las organizaciones sociales han sido determinantes para posicionar la cuestión de los cuidados en las agendas públicas. Por su parte, las investigaciones académicas independientes han permitido dar luz a una realidad, hasta hace pocos años invisible, y los esfuerzos agregados de la cooperación internacional han contribuido para ubicar la construcción de sistemas de cuidados en una perspectiva estratégica, como condición del desarrollo y el bienestar de las sociedades. Dichos esfuerzos van ganando en concreciones con la instrumentación de sistemas de cuidados, o el inicio de su construcción -con diferentes grados de desarrollo- en los países de América Latina y el Caribe: Uruguay como país pionero, seguido de Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana, entre otros.

Esta fuerte impronta que está teniendo la inclusión de la agenda de los cuidados en la región está siendo abonada además por pronunciamientos e iniciativas institucionales que convergen en configurar un escenario oportuno para la promoción de los sistemas de cuidados en América Latina y el Caribe.

Fue en Quito en 2007, en la X Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, que se comenzó a instar a los organismos y tratados internacionales a incorporar la temática del cuidado, también a los países en avanzar hacia el reconocimiento constitucional del cuidado como un derecho humano (Pautassi, 2018). Durante la XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de 2020, los países de la región acordaron en el Compromiso de Santiago la necesidad de “implementar políticas contracíclicas sensibles a las desigualdades de género para mitigar los efectos de crisis y recesiones económicas en la vida de las mujeres, y promover marcos normativos y políticas que dinamicen la economía en sectores clave, incluido el de la economía del cuidado”¹. Asimismo, a instancias de México y Argentina, varios países de la región² y del mundo emitieron, en 2021, una declaración internacional sobre la importancia del cuidado en el ámbito de los derechos humanos en el marco del 48° período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas. A ello se suman la Ley Marco sobre Economía del Cuidado, aprobada por el Parlatino en 2013, y la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, desarrollada por la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) con apoyo del programa EUROsociAL+. Si bien ninguno de estos marcos es vinculante para los Estados, sí constituyen estándares que establecen un marco de reconocimiento del cuidado como una cuestión a ser normada por los países brindando orientaciones desde la perspectiva de corresponsabilidad de género para implementar sistemas nacionales de cuidados.

La irrupción de la pandemia del Covid-19, además de las consecuencias que ha tenido en términos de pérdida de vidas, impactos negativos en el empleo y en el aumento de la pobreza y la desigualdad, ha profundizado la crisis de la actual organización social de los cuidados. En todos los países de la región se pudo constatar el impacto que provocó el cierre de los centros educativos y de servicios de cuidado en el marco de las medidas de distanciamiento social. Las familias y sobre todo las mujeres han visto incrementada su carga de cuidados en el hogar (ONU Mujeres 2021)³.

De los 23,6 millones de puestos de trabajo de las mujeres que se perdieron en el peor momento de la crisis, el segundo trimestre de 2020, a fines de 2021 aún faltaban por recuperar unos 4,2 millones. En el caso de los hombres, en cambio, ya se habían recuperado prácticamente por completo los 26 millones de puestos perdidos en ese

momento (OIT, 2022). Las mujeres que lograron mantener sus puestos de trabajo vieron igualmente incrementada su carga total de trabajo con el trabajo de cuidados no remunerado, por el cierre de los servicios públicos y las limitaciones para acceder a los servicios de cuidado por la vía del mercado. Ante estos efectos constatados, la crisis del Covid-19 también ha generado una mayor visibilización del déficit de cuidados lo que constituye una oportunidad para plantear la necesidad de avanzar en las políticas públicas y sistemas de cuidados (ONU Mujeres y CEPAL 2021)⁴.

De esta manera, y a efectos de desarrollar todos los aspectos que están implicados en la implementación de los sistemas de cuidados, resulta adecuado establecer cuál ha de ser la definición que ha de informar las consideraciones y propuestas sobre su financiamiento.

Recuadro 1. Definición de sistemas integrales de cuidados

Conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados -que hoy realizan mayoritariamente las mujeres, desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural.

Dichas políticas han de implementarse con base en la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado, sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social – con la sociedad civil, el sector privado y las familias- y de igualdad de género.

La implementación del sistema implica una gestión intersectorial para el desarrollo gradual de sus componentes -servicios, regulaciones, formación, gestión de la información y el conocimiento, y comunicación para la promoción del cambio cultural- que atienda a la diversidad cultural y territorial”.

FUENTE: ONU Mujeres y CEPAL (2021).

Se trata entonces de implementar simultáneamente -en el grado y ritmo que cada situación específica lo requiera- políticas que garanticen el acceso al cuidado a todas las personas que lo necesitan y las condiciones laborales y derechos de

quienes lo prestan, abordando los diferentes componentes que deben ser parte de un sistema integral de cuidados: establecer las reglas de juego para el sector privado y definir estándares de calidad comunes a los servicios públicos y privados, desarrollar políticas de formación de los recursos humanos que aseguren la calidad de los servicios y contribuyan a la dignificación y profesionalización de las trabajadoras y trabajadores del cuidado, implementar políticas de gestión de la información y gestión del conocimiento que aporten a una toma de decisiones debidamente informada y a la transparencia de la gestión pública y políticas de comunicación que promuevan el derecho de las personas a recibir cuidados de calidad y que favorezcan una cultura en la que varones y mujeres asuman corresponsablemente el cuidado de las personas a su cargo.

Ahora bien, una condición básica para que se consolide la construcción de sistemas integrales de cuidados en la región radica en encontrar caminos que hagan viable y sostenible su financiamiento. La búsqueda de vías de financiamiento para estos no puede verse desde una perspectiva aislada, sino que debe enmarcarse en la discusión del financiamiento del Estado de bienestar en su conjunto, esto es, del financiamiento con vistas a la universalización de los pilares de la protección social: los sistemas educativos, de salud y seguridad social, sumando a los cuidados como cuarto pilar.

Este documento ha sido concebido con propósito de servir de marco orientador para poder identificar y considerar las diferentes vías de financiamiento para el desarrollo de sistemas de cuidados. Consideramos que las fuentes de financiamiento contempladas en los siguientes capítulos responden a propuestas viables y sostenibles que permiten su construcción y mantenimiento.

El documento se organiza con un primer capítulo que aborda la necesidad de construcción de sistema integrales de cuidados como cuarto pilar del bienestar e intenta plantear las interdependencias que en términos de financiamiento comporta la relación de los cuidados con la educación, la salud y la seguridad social.

El segundo capítulo desarrolla un conjunto de aspectos que están implicados y que deben ser considerados a la hora de pensar el financiamiento de los sistemas de cuidados, que van desde qué tipo de sistemas se requiere financiar, cuáles

son los aspectos relativos a la dinámica del financiamiento, la identificación de los componentes a financiar, así como una descripción de los modelos de financiamiento de políticas de cuidados que surgen de la experiencia comparada.

El tercer capítulo se encarga de plantear una secuencia posible para dimensionar económicamente los sistemas de cuidados a efectos de establecer una estrategia de financiamiento que le dé sustento. Finalmente, el cuarto capítulo desarrolla una propuesta a considerar para el financiamiento de los sistemas de cuidados: los Fondos Solidarios de Cuidados. Lejos de ser una propuesta final, constituye un ejercicio abierto para promover un diálogo sobre bases concretas y la toma de decisiones políticas hacia su concreción.

Esperamos a través de esta publicación realizar un aporte para alcanzar modelos de financiamiento solidarios desde un punto de vista socioeconómico e intergeneracional.

1. La interdependencia del financiamiento entre los cuatro pilares del bienestar: educación, salud, seguridad social y cuidados

Los regímenes de bienestar o sistemas de protección social⁵ de la región, aún con sus características propias y grados de desarrollo desigual en términos de cobertura y calidad de las prestaciones, **se erigieron sobre la base de tres pilares: la salud, la educación y la seguridad social** (ONU Mujeres y Cepal, 2020a). La carencia de financiamiento de estos sistemas ha sido uno de sus factores críticos, por lo que la creación del sistema de cuidados como un nuevo pilar de la protección social y su financiamiento debe encararse como parte de un proceso de reformulación y sostenibilidad de los regímenes de bienestar pues, como se verá, las implicancias e interdependencias con los otros pilares son múltiples.

Los sistemas de protección social, configurados en muchos países a lo largo del siglo XX, constituyen el intento de los Estados de dar cobertura, mediante políticas públicas, a la satisfacción de derechos y necesidades que, como la salud, la educación y la seguridad social están presentes durante toda la vida de las personas. **Existe un cuarto aspecto, el cuidado, que además de ser una función social relevante, es un requerimiento que se presenta también a lo largo del ciclo de vida.** El cuidado es esencial para todas las personas en su día a día. Lo que ocurre es que, en función de la edad, el estado de la salud, las condiciones físicas o las circunstancias, las personas demandan una cantidad de cuidados diferente y están en mayor o menor capacidad de brindárselo a terceras personas. Así, una persona requiere de cuidados para adquirir su autonomía cuando atraviesa su infancia, luego probablemente ya en la edad adulta deba cuidar de las nuevas generaciones y quizás en su vejez requiera nuevamente de cuidados. **Por lo tanto, el cuidado, además de acompañar el ciclo de vida de las personas y ser un factor clave del desarrollo personal, es también un componente esencial de la reproducción de la sociedad, al permitir el sostenimiento de la vida y el funcionamiento de las actividades en su conjunto.**

Sin embargo, **a diferencia de la salud, la educación y la seguridad social, históricamente, no se han establecido políticas públicas de cuidados que satisfagan las necesidades de las personas.** Ello se debe a que los sistemas de protección se constituyeron sobre la base de una división sexual del trabajo que prescribía culturalmente roles de género asociados a mujeres y hombres: el denominado sistema “*bread winner*” (o “gana pan”) en que los varones generan

los ingresos económicos para las familias y las mujeres se encargan de las tareas domésticas y de cuidados de niñas, niños y otras personas que lo requieren en el hogar. Además, los sistemas de protección social se basaron en la diferenciación entre el régimen contributivo y el no contributivo, otorgando mayores derechos al primero y excluyendo de sus beneficios a quienes realizan trabajo no remunerado o trabajo informal. Todo ello, en una región donde la informalidad es persistente, donde los Estados tienen una limitada capacidad de generar ingresos sostenibles y estables y existen importantes sesgos de acceso a la seguridad social por parte de la población.

Estos regímenes de bienestar - o sistemas de protección social - encuentran sus límites, además, en las transformaciones en curso de las sociedades actuales. De una parte, los procesos de transición demográfica suponen un incremento del peso relativo de la población de personas mayores, generando una creciente demanda por cuidados que ya no es posible satisfacer desde la esfera privada.

Por otra parte, hay una serie de procesos que están en la base y explican el creciente déficit de cuidados en las sociedades, a saber: los cambios culturales, los cambios en los roles de las mujeres y su integración al mundo del trabajo, de la política y otros ámbitos de la sociedad, como fruto de la lucha de los movimientos feministas, que no han venido acompañados de la necesaria activación de los hombres en la esfera y las responsabilidades del cuidado, así como la presión que las crisis económicas han generado para desarrollar nuevas estrategias de sobrevivencia, en las que muchos hogares no logran mantenerse a través de un único ingreso, los cambios en los arreglos familiares con un aumento relevante del peso relativo de los hogares con jefatura femenina, entre otros.

Adicionalmente, los países de América Latina y el Caribe y del mundo afrontan nuevos desafíos derivados de las sucesivas crisis, agudizadas en los últimos años por la pandemia del Covid-19 y la crisis inflacionaria, que generan mayores dificultades para enfrentar la reducción de la pobreza y la desigualdad.

La pandemia ha agudizado los problemas estructurales que las economías de la región ya enfrentaban previamente al año 2020, en lo que refiere a cómo financiar el régimen de bienestar, derivados del aumento del déficit fiscal, la caída de los ingresos tributarios, el aumento del gasto público, el aumento de la deuda

externa, el incremento del desempleo, la desigualdad, la pobreza y la informalidad, así como el descenso de la productividad (CEPAL, 2021). En ese contexto, **cabría preguntarse si es prioritaria la inversión en un sistema de cuidados. La respuesta es definitivamente sí**, puesto que **la construcción del sistema de cuidados no puede verse aislada de los mencionados desafíos, sino que, por el contrario, debe ser concebida como el desarrollo de un vector más -junto a las políticas de empleo, salud, educación, vivienda- de una estrategia exitosa para superarlos.** Entre otras razones, porque no será factible enfrentar con éxito la superación de la pobreza si no se implementan políticas de cuidados en una región donde una porción muy importante de los hogares que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad son hogares con mujeres cabeza de familia a cargo de niñas y niños, en los que la pobreza de tiempo genera un círculo vicioso con la pobreza de ingresos, en el que se retroalimentan.

Los cambios aludidos señalan **la necesidad de ampliar los regímenes de bienestar incorporando a los pilares de la salud, educación y seguridad social, un cuarto pilar: el de los cuidados.** Esto implica que los Estados garanticen el cuidado en tanto es un derecho de todas las personas que lo necesitan, mediante la implementación de políticas públicas que modifiquen la actual organización social de los cuidados y que articulen el esfuerzo del propio Estado, la comunidad, las familias y el mercado, mediante la conformación de sistemas integrales de cuidados. Se requiere, en ese contexto, una discusión franca sobre cómo han de financiarse los regímenes de bienestar y la protección social y, en ese marco, la creciente demanda por cuidados, en este siglo.

Sin embargo, la tarea de la construcción de sistemas de cuidados no puede ser el resultado de una acción voluntarista y reñida con la realidad, particularmente en el contexto desafiante, señalado anteriormente, por lo que resulta necesario plantear algunas de las claves que permitan avanzar en su adecuado financiamiento y los hagan sostenibles.

Antes de poner el foco en las dimensiones a tener en cuenta para definir el financiamiento de los sistemas de cuidados y en los modelos y estrategias para concretarlo, es importante establecer **algunos elementos que pautan la interdependencia y aportaciones mutuas entre los cuidados y los restantes**

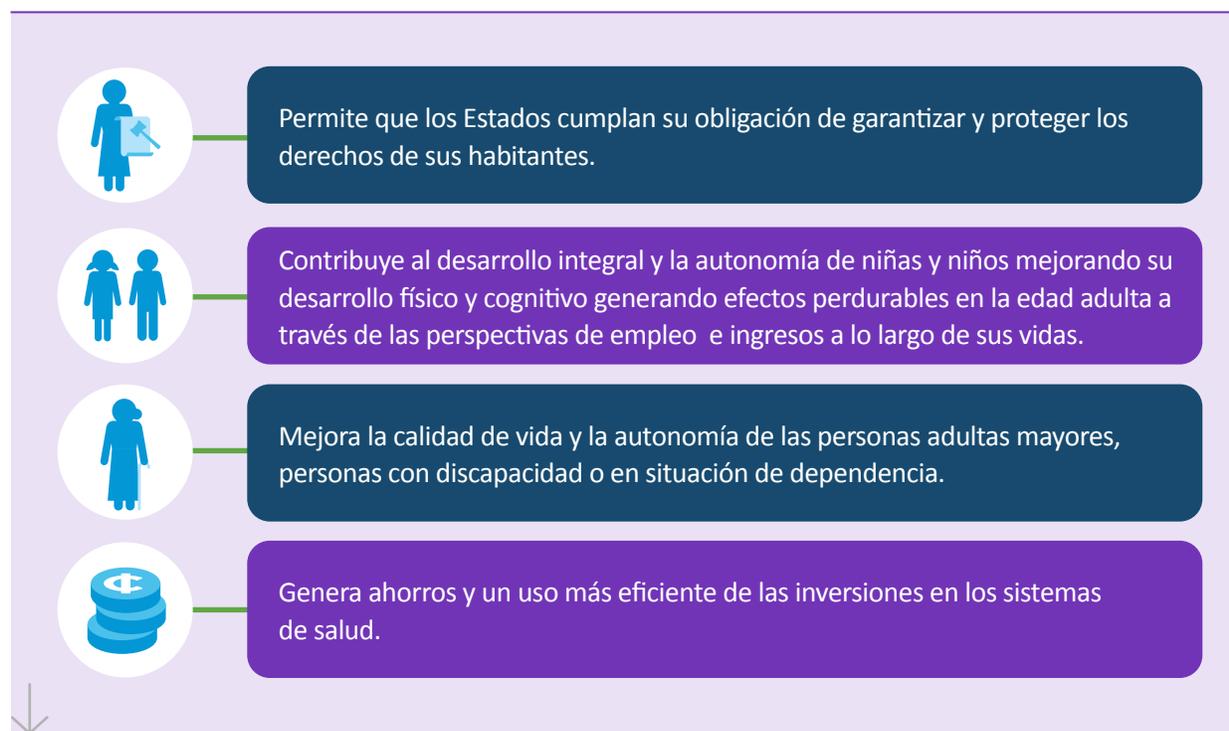
pilares del bienestar, identificando cuáles son los efectos positivos que la inversión en sistemas de cuidados reporta no sólo al bienestar de las personas sino también a las economías de los países y a las sociedades en su conjunto (ONU Mujeres y CEPAL 2021).

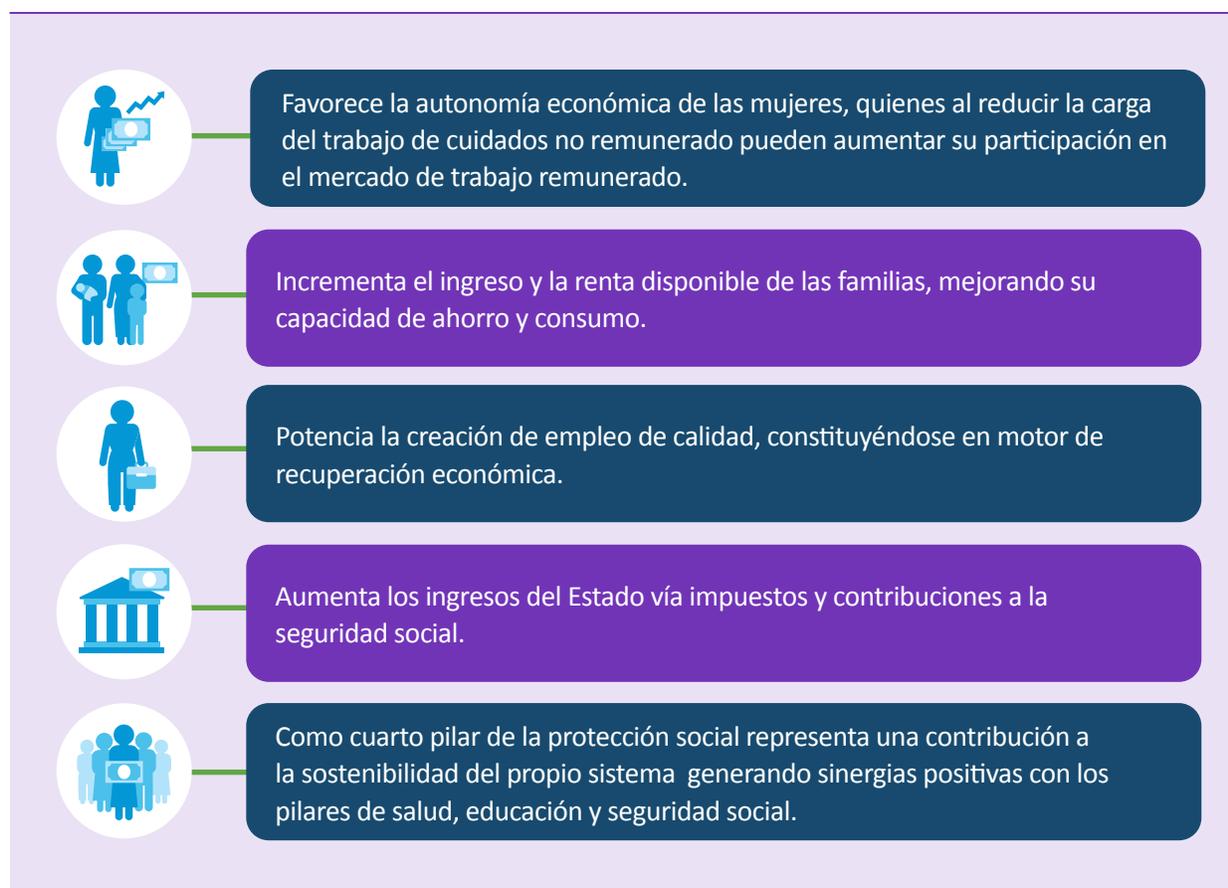
- En relación con la **educación**, la apuesta por el cuidado durante la primera infancia hace posible el desarrollo integral y contribuye a la autonomía de niñas y niños, eleva sus capacidades cognitivas y mejora el desempeño escolar. Adicionalmente, apostar por garantizar el cuidado en la primera infancia permite, a largo y mediano plazo, hacer **más eficiente la inversión en educación a la niñez y adolescencia y mejora la productividad y los ingresos personales, a lo largo de la vida** (Kagan, 2013; Heckman et al., 2010; ONU Mujeres e INMUJERES, 2021).
- En lo referente a la **salud**, el cuidado de personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, **genera ahorros en gastos de salud**, pues reduce las hospitalizaciones, evitando la sobrecarga de los sistemas de salud y permitiendo hacer inversiones más eficientes, algo particularmente relevante en el contexto de envejecimiento poblacional ya reseñado.
- En relación con el **empleo y la seguridad social**, la oferta de servicios de cuidados para los grupos poblacionales mencionados genera las condiciones para la autonomía económica de miles de mujeres, al disminuir la carga de trabajo de cuidados no remunerados y **reducir la principal barrera estructural que estas enfrentan para acceder al mercado de trabajo** de forma remunerada. De esta manera, la inversión en políticas de cuidados y la creación de una economía de servicios en torno a estos, **genera retornos a la sociedad e ingresos adicionales para los hogares**, dinamizando las economías locales a partir de la mejora de las rentas de las familias. **La inversión en cuidados es también una generadora neta de empleo**. Diversos estudios muestran como el potencial generador de empleo de la inversión en el sector cuidados es hasta tres veces mayor que la misma inversión en el sector de la construcción (De Henau y Himmelweit, 2021)⁶, constituyéndose así en un motor de la recuperación económica. Todo ello contribuye a **aumentar los ingresos del Estado vía impuestos y contribuciones a los sistemas de seguridad social**. Por su parte, la legislación, regulación y fiscalización del empleo de calidad en la economía del cuidado mejora las condiciones laborales del sector y plantea mejoras en las condiciones de retiro

(sistemas de pensiones). De esta manera se promueve una distribución del ingreso también a lo largo del ciclo de vida.

En definitiva, la inversión en sistemas de cuidados, como cuarto pilar de la protección social, representa una contribución a la sostenibilidad del propio desarrollo: Ante el escenario del fin del bono demográfico en la región, la alta proporción de personas mayores en relación con la cantidad de personas activas requerirá una mayor inversión en salud y seguridad social para asegurar el bienestar de la población. En este escenario es clave que todas las personas en capacidad de trabajar puedan hacerlo, y que lo hagan con niveles de productividad que permitan generar la riqueza que se requerirá para financiar el bienestar. En este sentido, las políticas de cuidados se constituyen en un instrumento importante para promover el empleo de calidad, generando mayores ingresos vía impuestos y contribuciones a la seguridad social, así como propiciar una mayor participación de las mujeres en el mercado de trabajo, aportando desde su pleno potencial y generando un retorno a la sociedad, de los recursos invertidos en los sistemas de educación (ONU Mujeres, 2022).

Recuadro 2. Principales beneficios de la inversión en cuidados





FUENTE: Elaboración propia.

Apostar por estas **inversiones y garantizar la sostenibilidad del financiamiento de los sistemas de cuidados debiera ser parte de una cuestión central de las políticas económicas y fiscales** como lo es la propia sostenibilidad del financiamiento de los regímenes de bienestar en su conjunto. En el escenario actual de crisis descrito anteriormente, CEPAL (2021) propone una “expansión fiscal sostenible”, caracterizada -entre otros aspectos sustantivos- por la generación de acuerdos internacionales para el manejo de la deuda, una política progresiva y eficiente de ingresos tributarios que colabore en la reducción de las desigualdades y financie el gasto público, el establecimiento de reglas de juego para la reducción de la evasión y elusión fiscal y la restructuración de la deuda soberana. En este marco se propone una “expansión del gasto público con orientación estratégica”, entre cuyos aspectos se plantea la necesidad de universalizar el sistema de protección social. Para financiar dicha expansión, se propone además una estrategia para fortalecer los ingresos públicos de forma progresiva y eficaz, incluyendo, entre otras medidas, el refuerzo del impuesto a la renta de las personas físicas, la ampliación del alcance de impuestos sobre bienes

inmuebles y patrimonio y la revisión de los gastos tributarios e incentivos fiscales para orientarlos hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (CEPAL, 2021).

La propuesta reseñada pone en el centro del debate la cuestión principal de que **no es posible financiar el bienestar que todas las personas merecen si no existe una contribución efectiva de toda la sociedad, especialmente de quienes tienen mayores capacidades económicas**. Pero sobre todo muestra empíricamente que es un camino viable y que es el que han recorrido aquellas sociedades que hoy ostentan mayores niveles de desarrollo humano. Solo para dar una muestra de ello se consigna que la recaudación promedio en los países de América Latina y el Caribe, por concepto de impuesto a la renta de las personas físicas, representa un 2,3% del PIB, mientras que para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) representa un 8,1% del PIB. Por lo tanto, **el financiamiento de los sistemas de cuidados, como del resto de los pilares de los sistemas de protección social (educación, salud y seguridad social), requiere de un pacto fiscal y social desde el cual las sociedades puedan definir metas de bienestar. No es posible el bienestar colectivo sin solidaridad.**

2. Consideraciones sobre el financiamiento de los sistemas de cuidados

2.1 Qué tipo de sistemas financiar: las premisas para el financiamiento

De acuerdo con lo planteado por Fleitas (2020), se pueden distinguir tres grandes tipos de sistemas de cuidados, según sus objetivos de cobertura: sistemas universales, mixtos y focalizados.

Los **sistemas universales** tienen mayor cobertura, provista en un único sistema formal e integrado, y procuran alcanzar a todas las personas que satisfacen los criterios de elegibilidad que cada uno establece. Estos sistemas son los que requieren mayor inversión pública⁷.

Los **sistemas mixtos** son aquellos que pueden tener cobertura universal en un cierto componente y no tener cobertura o tenerla focalizada para otros. Como resultado de ello, son sistemas con cobertura relativamente amplia, pero fragmentada, y con una menor inversión, en comparación a los sistemas universales⁸.

Finalmente, los **sistemas focalizados** se caracterizan por ofrecer cobertura sólo para una proporción pequeña de la población que requiere cuidados (generalmente a los segmentos de bajos ingresos), por lo que el total de la inversión financiada públicamente es relativamente baja (por ejemplo, 0,6% del PIB en Estados Unidos y 1,5% del PIB en el Reino Unido (Colombo et al., 2011)).

Partiendo de la consideración del **cuidado como un derecho humano y, por lo tanto, de carácter universal**, la creación de sistemas de cuidados tiene como orientación fundamental la modificación de la actual organización social de los cuidados y persigue como objetivo el que todas las personas puedan autocuidarse, cuidar y ser cuidadas en condiciones de igualdad y calidad. El cumplimiento de estas premisas hace necesario incorporar algunos aspectos básicos que han de pautar el financiamiento de los sistemas de cuidados: **la universalidad del acceso y la calidad en el ejercicio del derecho al cuidado, la inclusión de la perspectiva de igualdad de género en todos los componentes de la implementación de los sistemas, la corresponsabilidad social y la solidaridad intergeneracional, así como la inclusión de la equidad territorial** como criterio de despliegue del sistema.

Diagrama 1. Las premisas para el financiamiento de los sistemas de cuidados



FUENTE: Elaboración propia.

Usualmente cuando se alude a la **universalidad** del ejercicio de un derecho se hace referencia a la necesidad de derribar barreras que impiden o dificultan el acceso adecuado y oportuno a ese derecho a todas las personas. En tal sentido, asegurar la provisión de servicios de calidad, diferenciados y accesibles es esencial para que las políticas públicas lleguen a todas las personas y no profundicen las desigualdades, generando servicios estratificados en función de la capacidad de pago de las personas, su ubicación geográfica, su origen nacional o cualquier otra condición.

La inclusión de la **perspectiva de igualdad de género** es un aspecto decisivo pues define la propia identidad del sistema de cuidados. Los sistemas de cuidados pueden promover la autonomía económica de las mujeres y contribuir a la superación de una injusta división sexual del trabajo, o por el contrario pueden perpetuar modelos patriarcales de discriminación y exclusión. En este sentido, los instrumentos utilizados -y por tanto el financiamiento de estos- han de condicionar los fines que persigue la

política de cuidados. A título de ejemplo, las transferencias monetarias brindadas a mujeres jefas de hogar por cuidar pueden terminar consolidando su rol de cuidadoras e impidiendo la liberación de tiempo para el desarrollo de sus proyectos vitales. Los instrumentos y decisiones de políticas que se tomen no son neutrales respecto al objetivo que se persigue, por lo que el impacto de la política de cuidados, en términos de su contribución a la igualdad de género y por lo tanto en su contribución a la modificación de la actual organización social de los cuidados, debe constituir una de las premisas de los instrumentos de financiamiento a utilizar.

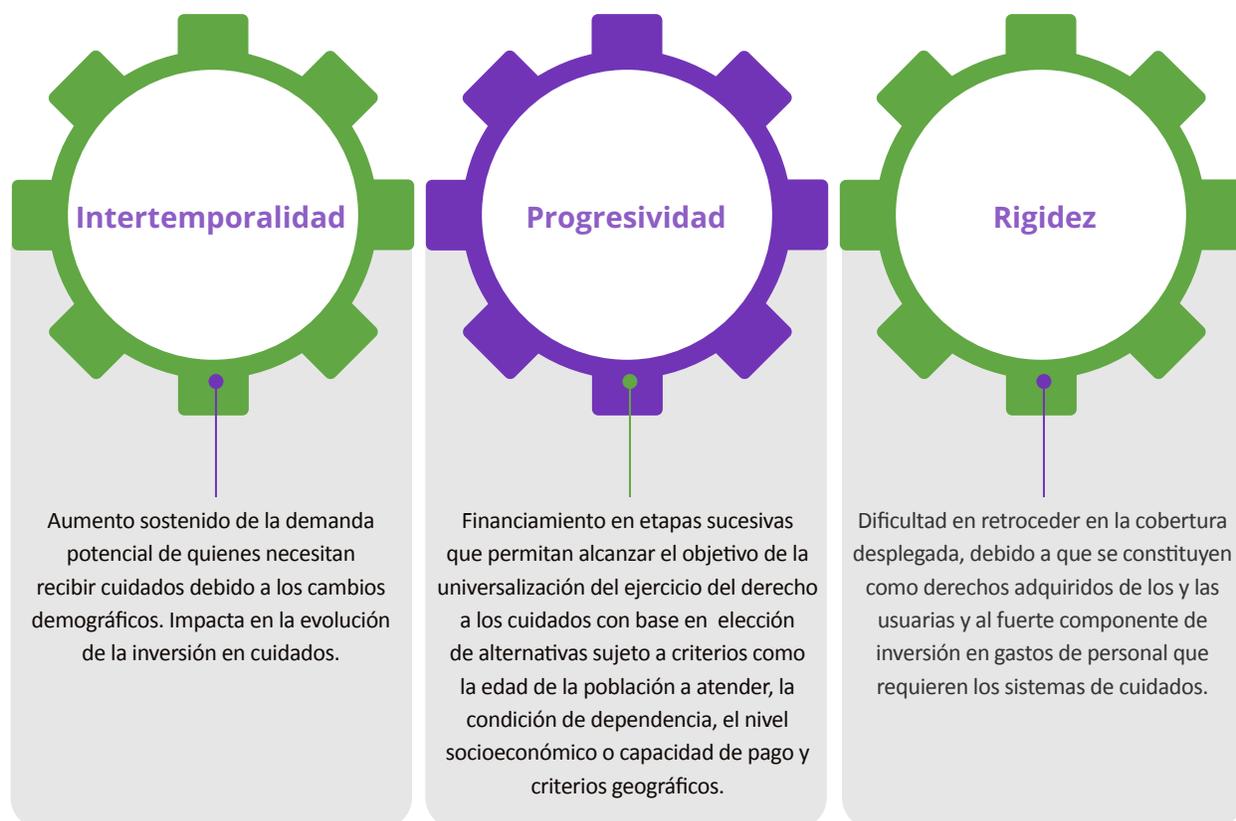
Definir la **corresponsabilidad social**, como uno de los principios orientadores de la construcción de sistemas de cuidados, implica considerarla como el resultado de la suma de esfuerzos de todos los actores de la sociedad que tienen la capacidad de ser proveedores de bienestar: el Estado a nivel central y descentralizado (nacional/federal, provincial o municipal), el mercado, las familias y la comunidad en su conjunto. Por esta razón, el principio de corresponsabilidad, así como la solidaridad intergeneracional son elementos clave para pensar las estructuras, los modelos y las fuentes de financiamiento de estos sistemas, como se verá más adelante, basados en la solidaridad desde un punto de vista socioeconómico e intergeneracional.

La **equidad territorial** entendida como la dimensión espacial de la justicia social, busca establecer una configuración geográfica que asegure las mismas condiciones de acceso a todas las personas independientemente del lugar en el que habiten. La cuestión de la equidad territorial debería ser uno de los criterios para la orientación del financiamiento de la inversión en cuidados como parte de la definición de la progresividad de la implementación, de modo tal de asegurar el ejercicio y acceso a servicios de cuidados de calidad por parte de todas las personas.

2.2 La dinámica del financiamiento

Otro conjunto de consideraciones vinculadas al financiamiento refiere a las **dinámicas demográficas en los países de la región**, las que inciden directamente en el comportamiento que se espera tenga la demanda por cuidados. Estos factores tienen sus efectos sobre la evolución intertemporal de la inversión en cuidados, y por ende en los esquemas de despliegue progresivo a utilizar. En la dinámica del financiamiento de los sistemas de cuidados inciden también la **progresividad** y ritmo con el que decidan implementarse y las **rigideces** derivadas de las inversiones en las que se requiere incurrir

Diagrama 2. La dinámica del financiamiento



FUENTE: Elaboración propia.

2.2.1 La intertemporalidad del financiamiento

El proceso de transición demográfica en curso en América Latina y el Caribe, -caracterizado por una caída de la fecundidad y de la mortalidad, acompañado de un aumento de la esperanza de vida- conlleva, no solo a una relativa menor población con capacidad de sostener la dinámica económica y el financiamiento de los sistemas de protección social (Saad, Miller y Martínez, 2009), sino también un creciente incremento de la población que demanda cuidados⁹. En efecto, si se analiza la evolución real y proyectada de tasa de dependencia en edad (la cantidad de personas entre 15 y 64 años con relación a la suma de personas entre 0 y 14 años, más los de 65 y más años) durante el período 1950 – 2100 para América Latina y el Caribe¹⁰ se observa que hacía el año 1965 el valor de la tasa solo alcanzaba a 1,1, mostrando una relación casi de paridad entre personas adultas por dependientes. Este valor se asociaba a las altas tasas de natalidad en los países de la región, sin embargo, desde ese año la tendencia es sostenidamente creciente, estimándose que para el año 2025 alcance su máximo en la serie con una tasa de 2,1 personas adultas por dependiente. A partir de entonces, la tasa volverá a disminuir de forma sostenida, pero esta vez explicada por el crecimiento del número de personas mayores de 65 años.

De esta manera se configura un escenario muy probable de aumento sostenido de la demanda potencial de quienes necesitan recibir cuidados, lo que tiene efectos evidentes sobre la evolución intertemporal de la inversión en cuidados. Por ejemplo, si se observa la experiencia de los países de la OCDE, en el año 2015 los recursos públicos volcados a políticas de cuidados de larga duración representaban el 1,7% del PIB, con una tasa anual de crecimiento de 4,6% entre 2005 y 2015 (Medellín et al., 2018). La forma de internalizar en el modelo de financiamiento del sistema de cuidados el aumento sostenido en la demanda será mediante las decisiones relativas a la velocidad de su implementación, o sea, a la definición de parámetros de progresividad (ONU Mujeres, 2022) para el despliegue del sistema seleccionado.

2.2.2 La progresividad del financiamiento

La progresividad en el despliegue de los sistemas de cuidados deberá ser entendida como el esquema articulado de etapas sucesivas que permitan alcanzar el objetivo de la universalización del ejercicio del derecho a los cuidados en una sociedad.

Normalmente, se necesitan varios años hasta alcanzar una cobertura universal que garantice el acceso adecuado al cuidado de calidad, por ello, es necesario analizar y definir escenarios de progresividad para su despliegue. En su diseño, operan tanto los factores que actúan como condicionamientos a la progresividad, donde algunos operan como un freno (por ejemplo, los recursos disponibles), y otros como impulso a su despliegue (las metas u objetivos que se plantea la propia política pública, las demandas sociales, etc.). Por eso, la forma que adopte el esquema de progresividad será singular para cada país, Estado o región. Difícilmente se pueden replicar a diferentes realidades sociales, la misma cantidad de etapas, los alcances en cada una de ellas, la velocidad del avance en el despliegue, las metas intermedias, etc.

Se trata de un proceso de elección de alternativas sujeto a restricciones, en el cual permanentemente se intentan optimizar los objetivos de la política, dadas las diferentes limitaciones que enfrenta su implementación. Además, el esquema de progresividad podrá revisarse y redefinirse de manera periódica, en función de los cambios en los objetivos de la política y en los otros factores que condicionan su despliegue.

Ante la incipiente implementación de sistemas de cuidados en países de la región, los principales criterios a considerar para definir la progresividad en el despliegue refieren a: (i) la edad de la población a atender; (ii) la condición de dependencia; (iii) el nivel socioeconómico o capacidad de pago; (iv) los criterios geográficos (ONU Mujeres, 2022).

2.2.3 La rigidez del financiamiento

Al igual que sucede con el pilar de seguridad social de la matriz de protección social, la inversión en cuidados a lo largo del tiempo presenta una relativa rigidez, tanto por las características intrínsecas del cuidado, como por su composición. En efecto, más allá de la progresividad definida, en el despliegue de los sistemas de cuidados, en particular de los servicios de atención, es difícil retroceder en la cobertura desplegada, considerando que se constituyen como derechos adquiridos de los y las usuarias.

Por otra parte, como lo muestran recientes trabajos de escenarios prospectivos de estimación de la inversión requerida en servicios de cuidado infantil y para

personas en situación de dependencia¹¹, los gastos recurrentes, en particular los salarios, suponen el 80% con relación a los de construcción, presentando además una participación creciente a lo largo del tiempo. Esta estructura de costos le otorga una rigidez importante al gasto y por lo tanto a la necesidad de sostener los niveles de financiamiento a lo largo del tiempo.

2.3 El financiamiento de los componentes del sistema de cuidados

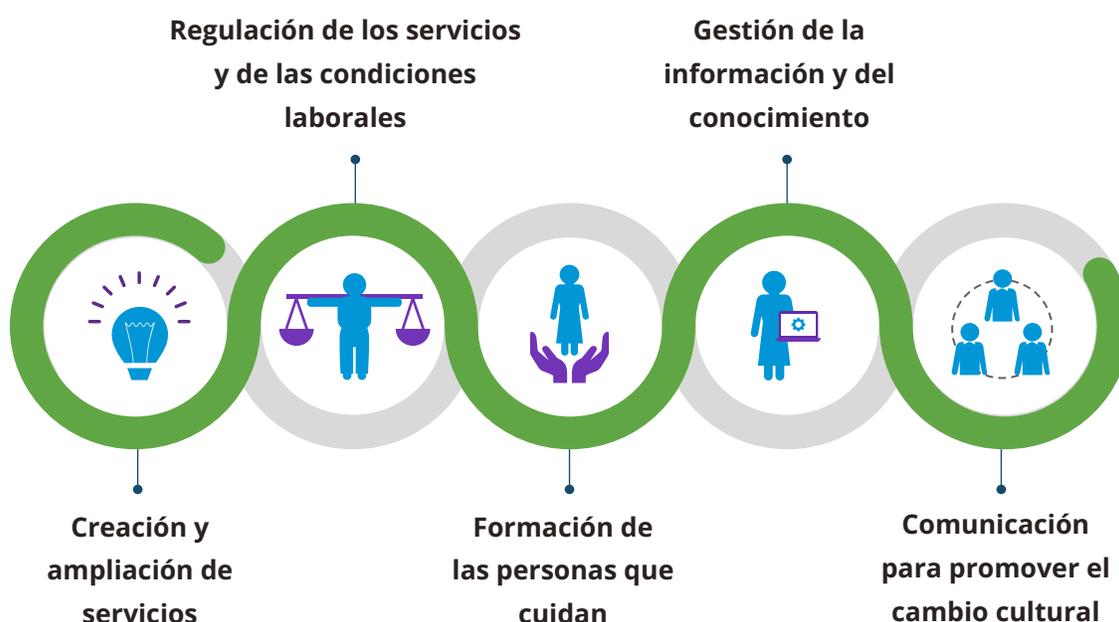
El desafío de poner en marcha e ir consolidando de manera progresiva sistemas de cuidados de corte universal supone, desde su definición, la consideración en el diseño y por lo tanto en el financiamiento de sus cinco componentes de forma incremental, en consonancia con los sucesivos planes de acción que establezca cada país de acuerdo con sus puntos de partida, sus prioridades de política en cada etapa, sus restricciones y oportunidades.

Esto implica pensar en **mecanismos de financiación que aborden** de manera integral y gradual los distintos componentes de los sistemas integrales de cuidados:

- a. la creación de **nuevos servicios** y la **ampliación de la cobertura de servicios existentes** que aseguren el acceso al cuidado de calidad de quienes lo requieran;
- b. la **formación de las trabajadoras y los trabajadores remunerados de cuidado** para garantizar cuidados de calidad al mismo tiempo que fortalecen sus propias trayectorias laborales;
- c. la **regulación de servicios, políticas de tiempo y de las condiciones laborales** que incluye tres dimensiones principales: (1) la regulación de los servicios en cuanto a la calidad en la atención que brindan tanto en los servicios públicos como en los privados; (2) la regulación de las políticas de tiempo, como licencias de maternidad, paternidad y parentales o permisos por cuidados, entre otros, y (3) las condiciones laborales de los y las trabajadoras del cuidado;

- d. la **gestión de la información y el conocimiento** para facilitar la integralidad de los sistemas de cuidados, y la posibilidad de tomar decisiones políticas de forma adecuada sustentadas en información de calidad;
- e. la **comunicación para la promoción del cambio cultural** en relación con la corresponsabilidad de género en el cuidado, que lleve a que hombres y mujeres repartan de forma equitativa la tarea del cuidado en los tiempos intrafamiliares y apostando a la corresponsabilidad social, donde Estado, mercado, comunidad y familias sean responsables del sostenimiento de la vida.

Diagrama 3. Los cinco componentes de los sistemas integrales de cuidados



FUENTE: ONU Mujeres y CEPAL (2021). Hacia la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación.

A continuación, se recorren los principales aspectos que tienen mayor impacto desde el punto de vista del financiamiento de los sistemas de cuidados para cada uno de los cinco componentes de los sistemas.

2.3.1 Creación y ampliación de servicios

La creación o expansión de servicios de cuidados debe ser la ruta prioritaria a la hora de reducir la carga de cuidados de los hogares, en especial la de las mujeres. Esta alternativa debe ser priorizada ante la posibilidad de realizar transferencias monetarias para el cuidado a las familias, herramienta que puede ser utilizada tanto en primera infancia como para las demás personas en situación de dependencia.

Si bien la opción de las transferencias monetarias para el cuidado puede garantizar un complemento económico para las familias, no necesariamente transforma la distribución sexual del trabajo y puede reforzar el rol de las mujeres en las tareas domésticas y de cuidados en el interior de los hogares.

En varios países de la Unión Europea se brindan ambas alternativas. Por ejemplo, en países como Alemania, España o Luxemburgo existen bonos para la contratación de Cuidados de Larga Duración (CLD). En Francia, si bien se realizan transferencias para la contratación de proveedores privados, se excluye expresamente la posibilidad de contratar a familiares directos evitando así que sean las mujeres del hogar quienes ocupan ese rol. En la región latinoamericana sucede lo mismo en Uruguay donde no se puede contratar hasta el cuarto grado de consanguinidad para la atención a la dependencia severa en domicilio.

España tiene habilitada ambas modalidades -bonos y transferencias- y esto brinda la posibilidad de comparar los costos y comprender porque es una opción más que tentadora para los gobiernos. Tal como señalan Matus y Rodríguez (2016) “la reducción de las transferencias del gobierno central a las comunidades autónomas ha supuesto una preferencia de éstas por ofrecer prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar en lugar de servicios”. Esto se debe a que “esta prestación tiene un costo promedio 41% menor que la ayuda domiciliaria y 83% menor que la atención residencial” de acuerdo con la estimación realizada a partir de los datos de costos presentados por De Prada y Borje (2014).

Los distintos diagnósticos sobre la oferta de servicios de cuidados en los países de América Latina y el Caribe, aun con sus heterogeneidades en términos de los niveles de cobertura, muestran que existe una brecha importante entre la oferta y

la demanda por servicios de cuidados. Esta brecha sucede en los servicios para la infancia, pero también y de manera aún más pronunciada, en los dirigidos a otras personas en situación de dependencia que requieren asistencia y apoyos. Por esta razón constituye un aspecto crítico planificar y realizar inversión en infraestructura de servicios de cuidados. La prioridad en cuanto a la construcción de infraestructura social debiera dirigirse a la primera infancia, ya que en lo concerniente a los servicios de cuidado para personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, la alternativa de la implementación del cuidado a domicilio puede resolver buena parte de la demanda por cuidados en ese sector, más allá que sea también necesario invertir en residencias para el cuidado permanente de personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia.

La región parte de un déficit de infraestructura, lo que implica que la inversión en cuidados puede tener un gran impacto no sólo en términos de calidad de la atención sino también a través de la creación de puestos de trabajo directos e indirectos y en el incremento de la recaudación fiscal (De Henau et al., 2016).

Otro elemento sustantivo del componente servicios guarda relación con los modelos de gestión. En el caso de los servicios de cuidado para la primera infancia, se requiere que los horarios de atención de niñas y niños sean compatibles con sus necesidades y con los tiempos de trabajo de madres y padres u otros adultos a cargo de su cuidado, por lo que es conveniente ofertar servicios de modalidad diaria con una franja de horarios extendida.

Además, es recomendable pasar del concepto de “cupos” de los centros de cuidados, al concepto de “plazas”. En los países de la región es práctica común que los servicios de cuidado infantil se organicen con un cupo fijo en un horario limitado, por ejemplo, centros de cuidado que funcionan diariamente de 10 a 18 horas con un cupo de 50 niñas y niños. Pasar al concepto de plaza supondría -siguiendo el ejemplo- establecer un horario de funcionamiento flexible del centro de 7 a 19 horas al cual asisten niñas y niños con una frecuencia acorde a sus necesidades y a los tiempos de sus madres y padres. De esta manera se lograría que un centro con capacidad para 50 niñas y niños pueda ofrecer el servicio para 70 u 80 en distintos horarios. Esto es lo que supone definir una planificación pensada “desde las personas” y no

“desde los servicios”: no limitar la cobertura por cantidad de niños y niñas de manera global en el día sino hacerlo por franjas horarias y días necesarios, manteniendo los estándares de calidad.

2.3.2 Regulación de los servicios, políticas de tiempo y de las condiciones laborales

Más allá de los mecanismos regulatorios (normas, fiscalización, sanciones e incentivos) que se desarrollen para que el Estado pueda garantizar que los servicios alcancen **niveles adecuados de calidad**, es imprescindible que los países inviertan en una infraestructura acorde - como se señalaba en el apartado anterior-, con equipos multidisciplinarios de trabajadores y trabajadoras capacitadas de acuerdo a los diferentes tipos de servicios y poblaciones atendidas, con salarios adecuados, en ejercicio de derechos laborales y que cuenten con el equipamiento necesario. Todos estos aspectos deben ser considerados a la hora de establecer la presupuestación.

Otro elemento importante en cuanto al diseño de políticas de cuidados y sus costos asociados es el vinculado a la **regulación de las políticas de tiempo** para el cuidado de personas dependientes, la cual requiere de normativa específica.

Aquí es conveniente repasar tres aspectos: un primer elemento refiere a **las licencias de maternidad, paternidad y parentales**, donde solo 11 de 30 países analizados cuentan o superan el piso mínimo de las 14 semanas establecidas por el convenio n° 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre protección de la maternidad (ONU Mujeres, 2018), lo que representa un primer desafío para la región. Un segundo aspecto alude al porcentaje de salario que es cubierto durante el período de la licencia maternal. Si las mujeres deben renunciar a parte o una parte importante de su salario para poder hacer usufructo de la licencia, esto se convierte en una dificultad extra para garantizar este derecho sobre todo en hogares más vulnerables. Como tercer aspecto, la licencia de paternidad en la mayoría de los países es muy reducida siendo generalmente menor a 10 días, por lo que el aumento de las licencias paternas y parentales es otro desafío para la región con importantes costos, pero de gran impacto en la distribución del trabajo de cuidados.

Recuadro 3. Licencias parentales en Uruguay

Uruguay es el primer país en la región en avanzar respecto a las licencias de medio horario por cuidados, derecho que puede ser usufructuado por la madre o el padre. El análisis del uso de dichas licencias permite una serie de recomendaciones para mejorar el impacto de este tipo de instrumentos en la organización social del cuidado. Entre ellas, es destacable la necesidad de establecer tiempos de ausencia del mercado laboral exclusivos para los padres y que puedan ser usados durante el primer año de vida del niño o la niña, sin superponerlo obligatoriamente con el tiempo de lactancia o el permiso de maternidad de las madres. Ambos instrumentos deberían ser parte de lo que la región se proponga para avanzar en la corresponsabilidad de cuidados entre hombres y mujeres.

FUENTE: Batthyány (2015).

Otro aspecto de la regulación con impacto en los costos de los sistemas de cuidados es el vinculado a **las condiciones de empleo** de los y las trabajadoras ocupadas en el sector cuidados, quienes son mayoritariamente mujeres. La OIT (2019) estima que de los 381 millones de personas trabajadoras dedicadas a la prestación de cuidados a nivel mundial 249 millones son mujeres y 132 millones de hombres.

En América Latina y el Caribe los cuidados remunerados tienen altos niveles de informalidad, alrededor del 72,3% de las trabajadoras/es domésticas están en esta situación. Por otro lado, dichas trabajadoras/es carecen de cualificaciones, sólo el 26,7% cuenta con educación secundaria (OIT, 2021). Además, como esta tarea está socialmente poco valorada, los salarios son bajos, sobre todo en lo que refiere a la atención de personas en situación de dependencia por motivos de vejez o discapacidad. En la región, el salario medio mensual de las personas trabajadoras domésticas supone un 44,7% del salario mensual del resto de personas asalariadas (OIT, 2021). Es imprescindible que los y las trabajadoras del cuidado se identifiquen como tales, ya que hoy en día es un sector fragmentado, por modalidad de servicio y población que atiende. Esto tiene como consecuencia la fragmentación en torno a las negociaciones colectivas y/o al momento de conformar reivindicaciones colectivas.

En este sentido, la OIT (2019) hace un llamado para hacer realidad el trabajo decente para el personal de cuidado, incluidas los y las trabajadoras remuneradas del hogar y los y las trabajadoras migrantes. Para ello se requiere extender la protección laboral y social a todas las personas empleadas en el cuidado, promover su profesionalización evitando al mismo tiempo la erosión de las competencias profesionales, asegurar la representación y la negociación colectiva y evitar estrategias de ahorro en los sectores del cuidado, tanto públicos como privados, que reducen los salarios o acortan el tiempo de cuidado directo (OIT, 2019).

2.3.3 Formación de las personas que cuidan

El financiamiento de una estrategia de formación profesional robusta que asegure la calificación de las personas que cuidan de manera remunerada es un aspecto clave en la construcción de un sistema de cuidados de carácter universal. Generar trayectorias de formación tiene no solo consecuencias directas sobre la calidad de la atención que se brinda sino también sobre las posibilidades laborales que pueden desarrollar las personas, en su mayoría mujeres, ocupadas en la tarea de cuidados de forma remunerada.

Este elemento, junto con las acciones en torno a la regulación laboral, otorgará la posibilidad de organizarse como colectivo, de formalizar su tarea y de mejorar sus condiciones laborales y acceder a empleos dignos ejerciendo el derecho al autocuidado.

Desarrollar una estrategia de formación profesional implica el desarrollo de cursos en diferentes niveles que contengan especializaciones por población objetivo y en base a la tipología de servicios que el país adopte. En este sentido, uno de los elementos clave es poder pensar en perfiles laborales transversales que habiliten la movilidad de las trabajadoras dentro del mercado de trabajo, aunque esto implique mayores cargas horarias y niveles de especialización.

Para consolidar la estrategia de formación en todas sus dimensiones se debe contar con **tres elementos fundamentales**: una **estructura institucional** que lo lidere y articule, una **regulación que asegure la calidad** de la formación y una **propuesta de implementación** que cumpla con los objetivos de metas acordados.

Adicionalmente, una herramienta clave para completar la estrategia es avanzar con los **sistemas de evaluación y certificación de competencias laborales** de las personas que ya se desempeñan en el sector. La región cuenta con varios perfiles ocupacionales que pueden identificarse como tales y con sistemas propios para el proceso de evaluación y certificación, pero pocas veces se cubren los costos de estos procesos por lo que poder incluirlos tendría gran impacto desde el punto de vista de género y de la calidad. Por otro lado, también es necesario fortalecer la institucionalidad para llevar adelante estos procesos (Herramienta EUROsociAL+, 2022).

2.3.4 Gestión de la información y el conocimiento

Es imprescindible contar con una adecuada **gestión de la información y del conocimiento**, para tomar decisiones de política pública eficientes. Para alcanzar este objetivo es imprescindible contar con **sistemas de información robustos y que dialoguen entre sí**. En relación con los costos, los impactos serán claves al momento de la instalación de este tipo de instrumentos, pero es imprescindible contar con recursos para mantenerlos en el tiempo.

Esto incluye el **levantamiento de datos estadísticos**, el **desarrollo de cuentas satélite de las cuentas nacionales** que registren el aporte del trabajo no remunerado en el producto bruto interno, la **medición sistemática del uso del tiempo y otro tipo de estudios** que permitan también la medición de impactos en la reducción y redistribución del trabajo de cuidados no remunerado, así como de la calidad de las políticas que se implementan.

2.3.5 Comunicación para promover el cambio cultural

El componente de **comunicación debe promover la transformación cultural** de la sociedad para conseguir que la responsabilidad del cuidado de las personas sea compartida colectivamente. Desde la perspectiva de igualdad de género, los hombres deben comprometerse con el cuidado cotidiano y las mujeres recuperar tiempo personal y libertad en la consecución de sus proyectos de vida. La estrategia de comunicación deberá colaborar en la generación de las condiciones subjetivas que permitan la progresiva conquista de este nuevo sentido común en torno al cuidado.

Recuadro 4. Ejemplos de comunicación para promover el cambio cultural en los sistemas de cuidados

En **Uruguay** en el marco del Sistema Nacional Integrado de Cuidados se realizaron varias campañas de sensibilización sobre la importancia del cuidado como derecho humano y de la corresponsabilidad social y de género. En particular la campaña sobre corresponsabilidad de género fue emitida por los medios de comunicación masiva utilizando el espacio que brinda la Ley n° 19.307 “Ley de medios. regulación de la prestación de servicios de radio, televisión y otros servicios de comunicación audiovisual” para campañas de bien público incluyendo horarios centrales de radio y televisión.

FUENTE: SNIC Uruguay, disponible [aquí](#), (visitada en 27 de julio 2022).

Asimismo, existen otros ejemplos de países que han incorporado el componente de comunicación para el cambio cultural en su camino hacia la conformación de un sistema integral de cuidados:

En **Argentina** se inició en 2020 la Campaña Nacional “Cuidar en Igualdad”. Esta campaña recorre todo el país con dos objetivos, por un lado recuperar en clave federal territorial conceptualizaciones, saberes, conocimientos y prácticas preexistentes en los distintos territorios en torno a los cuidados, que permitan detectar prioridades que nutran la formulación de política pública en materia de cuidados, y por otro, propiciar la sensibilización federal en relación a las prácticas y políticas de cuidados, desde un enfoque integral, federal y de igualdad de género, promoviendo mayor conciencia y corresponsabilidad colectiva sobre el derecho a cuidar y a recibir cuidados.. La campaña se concibe como herramienta para construir un diagnóstico federal, colectivo, territorial y multiactoral y para promover la transformación de aquellos estereotipos que reproducen la feminización de los trabajos de cuidado.

FUENTE: Gobierno de Argentina, disponible [aquí](#), (visitado el 19 de septiembre de 2022).

En **Ecuador**, durante la emergencia sanitaria provocada por la Covid-19 en 2020, se lanzó una campaña de comunicación sobre corresponsabilidad de los cuidados, a través de la cual se difundieron comunicados en las redes sociales sobre la sobrecarga de trabajo no remunerado de las mujeres y la necesidad de promover la corresponsabilidad de los cuidados en tiempos de pandemia y confinamiento.

FUENTE: Gobierno de la República de Ecuador, disponible [aquí](#), (visitado el 15 de agosto de 2022).



En **República Dominicana**, también durante la crisis sanitaria ocasionada por la Covid-19 en 2020, se lanzó la campaña de difusión de información “En esta Casa somos Equipo” con el objetivo de destacar las buenas prácticas de la convivencia en tiempos de cuarentena y llevar orientaciones de cómo fomentar la igualdad, la corresponsabilidad, la masculinidad positiva, entre otras.

FUENTE: Gobierno de República Dominicana, Ministerio de la mujer, disponible [aquí](#), (visitada el 6 de septiembre de 2022).

Más allá de los talleres o acciones de sensibilización **que deben realizarse a nivel comunitario** y sobre todas las acciones del resto de los componentes de los sistemas de cuidados, es imprescindible realizar **campañas masivas de comunicación que reconozcan el derecho al cuidado**, la necesidad de una nueva organización social de los cuidados y los derechos de las personas que requieren cuidado, la relevancia del desarrollo infantil y de los derechos de las personas que requieren apoyo o asistencia por motivos de vejez o discapacidad para el bienestar de la sociedad. También es importante realizar campañas que reconozcan la corresponsabilidad del Estado, la sociedad y todos los miembros de la familia en garantizarlo.

Un ejemplo de la distribución presupuestal entre componentes de la fase inicial del Despliegue del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay - Período 2016-2020 se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1. Evolución de presupuesto incremental del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay como % del PIB y peso relativo de los componentes

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | Total |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Total incremental | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Aumento de cobertura de servicios de cuidado | 82% | 90% | 87% | 90% | 92% | 89% |
| Expansión de servicios existentes para la primera infancia | 55% | 49% | 45% | 44% | 50% | 48% |
| Creación de servicios innovadores | 9% | 9% | 9% | 8% | 7% | 8% |
| Subtotal Primera infancia | 64% | 58% | 54% | 53% | 57% | 56% |
| Servicios para personas con dependencia severa | 16% | 28% | 29% | 34% | 33% | 30% |
| Servicios para personas con dependencia Leve – Moderada | 2% | 5% | 4% | 3% | 3% | 3% |
| Subtotal Dependencia | 18% | 32% | 33% | 37% | 35% | 33% |
| Formación de personas que cuidan | 3% | 2% | 4% | 3% | 3% | 3% |
| Atención a la Primera infancia | 1% | 1% | 1% | 1% | 0% | 1% |
| Atención de la Dependencia | 1% | 1% | 3% | 3% | 2% | 2% |
| Regulación, generación de I+D y comunicación | 15% | 8% | 9% | 7% | 6% | 8% |
| Incremental como % del PIB | 0,06% | 0,13% | 0,13% | 0,17% | 0,21% | - |

FUENTE: Elaboración propia con base a datos del SNIC Uruguay.

2.4 Los modelos de financiamiento

El **modelo de financiamiento** es una parte constitutiva del propio sistema de cuidados. De la misma forma que sucede con los restantes pilares de la matriz de protección social, en la definición de los modelos de financiamiento inciden notoriamente el **alcance y la profundidad prevista del sistema**, lo que se relaciona directamente con: (i) **la población objetivo**, o sea al grupo de personas que necesitan ser cuidadas y las personas que cuidan, que serán abarcadas por el sistema, (ii) **los criterios para el ingreso progresivo** de esa población, (iii) **las metas de cobertura** o velocidad de la progresividad del sistema, (iv) los principales **componentes a desarrollar**, particularmente cuáles servicios y/o beneficios entregará asegurando niveles adecuados de calidad. Pero además es necesario analizar y definir las posibles fuentes para su financiamiento, que deberán estar ajustadas a la realidad de cada país y a las restricciones que pueden operar en cada sociedad en particular.

Diagrama 4. Elementos que inciden en el modelo de financiamiento de los sistemas integrales de cuidados



FUENTE: Elaboración propia.

No se puede desconocer el hecho de que **la mayoría de los países de la región ya están financiando**, con base en fondos públicos de rentas generales, **la implementación de programas y políticas que pueden ser consideradas como cuidados** (centros de cuidado infantil, escuelas con tiempo curricular extendido, centros o residenciales de cuidados de larga duración, formación de personas educadoras para la atención de la primera infancia, etc.).

Sin embargo, y a pesar de que aún no se encuentran articuladas bajo la lógica de un sistema integral de cuidados formal y público, constituyen la base o punto de partida para el despliegue progresivo del sistema, que gradualmente garantice el acceso de toda la población que necesita cuidados y de quienes cuidan también. Si se reconoce a los cuidados como un derecho, el Estado debe garantizar su ejercicio, y es esperable que lo haga con base en un sistema de cuidados formal y con financiamiento de base pública¹², al que puedan acceder no sólo quienes pueden pagar por ellos, sino todas las personas con independencia de su nivel de renta o activos.

Como fue señalado en los párrafos anteriores, el modelo de financiamiento requiere también **la definición e identificación de las fuentes de recursos** (Medellín et al., 2018). Con base en los modelos de financiamiento aplicados en países que cuentan con desarrollos más maduros de políticas de cuidados, y pensando en su adaptación a la realidad de los países de la región latinoamericana que se encuentran en las fases iniciales del despliegue, es posible distinguir dos grandes **categorías de modelos de financiamiento** en cuidados:

- a. Modelos **basados en rentas generales**; cuyos recursos provienen del presupuesto nacional/federal o en ocasiones de los gobiernos.
- b. Modelos **basados en seguros**; públicos de aporte obligatorio o seguros privados.

Seguidamente se mencionan las principales características de cada uno de ellos y las fuentes de financiamiento asociadas. Corresponde aclarar que, en cualquier caso, los modelos de financiamiento que se describen son incompletos, ya que no abarcan a la totalidad de los componentes del sistema, refieren principalmente al financiamiento de los servicios de cuidados y, muy particularmente, aquellos dirigidos a los cuidados

de larga duración para personas en situación de dependencia. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta que siempre deben ser complementados por otros mecanismos que resuelvan el financiamiento del resto de los componentes del sistema.

2.4.1 Modelos de financiamiento basados en rentas generales

Estos modelos de financiamiento tienen como principales características que sus ingresos provienen de la **recaudación de impuestos generales**, y que el costo de todas las acciones a implementar se descarga sobre las arcas de las haciendas de los países. Este tipo de modelo es aplicado en los países nórdicos, donde se desarrollan sistemas universales con amplia cobertura de servicios o, en el extremo opuesto, en sistemas de cobertura basados en programas focalizados para la población de menores ingresos, como es el caso de Estados Unidos o del Reino Unido (Fleitas, 2020).

Adicionalmente, y como se señala en Medellín et al. (2018), estos modelos de financiamiento se basan en **mecanismos ex post** ya que la financiación ocurre una vez que se ha presentado la necesidad de cuidado. En efecto, luego de analizar las fuentes de financiamiento de cuidados de larga duración en un grupo de 23 países de la OCDE, este autor encuentra que las fuentes *ex post* (impuestos, gastos de bolsillo) son las predominantes y, además, **los impuestos son la fuente más utilizada por los gobiernos**, que en promedio representan el 52% del financiamiento aplicado.

Estos modelos presentan varios **problemas**; el primero de ellos es que estas nuevas demandas por recursos a rentas generales se dan en contextos de economías que siempre presentan **dificultades presupuestales** relevantes. Basta considerar que, como resultado de la pandemia de Covid-19 y para atenuar el impacto de la crisis social y económica generada por esta causa, los países de la región han implementado medidas expansivas del gasto, a la vez que la crisis genera una caída de los ingresos públicos; el resultado de ello, un incremento del déficit fiscal y un aumento del nivel de deuda pública (CEPAL, 2021). Este contexto en las cuentas fiscales para el corto y mediano plazo reduce el margen para la aplicación de este modelo de financiamiento.

Otro problema está asociado a los posibles **impactos negativos sobre la distribución del ingreso**. En efecto, existen riesgos de que se generen mayores inequidades distributivas, en el caso de que se recurra a aumentos de impuestos

generales y/o un aumento de la carga tributaria sobre sectores con baja capacidad para enfrentarlo.

Un tercer problema para considerar son los posibles efectos asociados a los **cambios en las administraciones de Gobiernos**. Los modelos con base en rentas generales enfrentan el riesgo de que el financiamiento del sistema pueda verse comprometido en períodos donde el gobierno cambie las prioridades, tanto en relación con el direccionamiento del gasto público como al abatimiento del déficit fiscal. Esto puede ocasionar que los gastos para financiar el sistema no queden dentro de los objetivos principales, y que por lo tanto la disponibilidad de recursos sea una fuerte limitación para sostener y expandir el sistema.

Por otra parte, la implementación de un sistema financiado por rentas generales enfrenta problemas de **economía política**. Aunque resulte una obviedad, es claro que cualquier aumento de impuestos genera resistencias sociales, en particular en aquellos sectores sobre los que recaerá la carga impositiva presente y/o futura. Además, la resistencia de este grupo será aún mayor siempre que no sea percibida una contrapartida o beneficio a cambio del aumento de la carga tributaria que soportarán.

Una forma de mitigar algunos de los problemas señalados, en particular el uso de impuestos generales es analizar el uso de otras fuentes alternativas a rentas generales para generar recursos; por ejemplo, los impuestos selectivos. En efecto, la evidencia reciente muestra que el uso de **impuestos selectivos** al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas tiene efectos positivos, no sólo en la salud, sino también en los ingresos fiscales (OPS-OMS, 2019)¹³. Estudios recientes donde se simuló el impacto de un aumento de impuestos que permitiera elevar los precios de los productos entre un 20% y 50 % de sus niveles actuales, para un período de 50 años; muestran que a lo largo de todo el período e incluso a corto plazo, los aumentos de impuestos generan beneficios a la salud e ingresos fiscales sustanciales. No obstante, la aplicación de este tipo de impuestos encuentra fuertes resistencias por parte de las empresas productoras y comercializadoras de dichos productos (OPS-OMS, 2019).

Otra fuente diferente a los impuestos selectivos **es la imposición o contribución obligatoria de determinados grupos de población**, por ejemplo, la población activa (a veces sólo a partir de determinada edad) y/o de los jubilados. Esquemas

de este tipo aplicados a países de la región llevaría a que los costos incrementales que se generen a medida que el sistema se expanda recayeran fundamentalmente sobre la población económicamente activa y en particular de aquellos más gravados por las contribuciones. Nuevamente aparecen los aspectos de economía política en su aplicación, en el sentido de que la aceptación de este tipo de impuesto es más probable si las personas de mayores ingresos reciben algún nivel de beneficio al momento de requerir cuidados, aun cuando el nivel del subsidio pueda ser mayor para las personas con menores ingresos. Adicionalmente, comparte con los anteriores mecanismos el desafío de que la recaudación de impuestos es menor en tiempos de recesión económica (Fleitas, 2020).

Una fuente alternativa diferente a los impuestos es la **asignación de partidas específicas**. En este caso los recursos tienen su origen en la participación de los fondos generados por alguna actividad específica (emblemática) con excedentes extraordinarios y de forma sostenida en el tiempo. Ejemplo de ello en la región pueden ser los fondos provenientes de la generación y venta de energía eléctrica excedentaria, las rentas por explotación de recursos naturales no renovables, etc.¹⁴. La aplicación de este instrumento para este tipo de modelo también presenta algunas dificultades. En primer lugar, no necesariamente se trataría de un aumento genuino de recursos disponibles sino de una reasignación de recursos existentes, por lo cual el gasto en cuidados competiría con otras asignaciones alternativas e incluso afectaría a algunas que ya estén recibiendo esos fondos. Pero, además, esta fuente puede presentar cierta variabilidad a lo largo del tiempo, de forma que los montos asignados cambian de un año a otro, lo cual sería un problema dada la rigidez que presentan los gastos en cuidado.

2.4.2 Modelos de financiamiento basados en seguros

Estos modelos de financiamiento se edifican con **mecanismos *ex ante***, teniendo como principal característica que el origen de sus fondos proviene de contribuciones específicas que realizan las personas antes de demandar servicios de cuidado. Tienen como fundamento económico que los cuidados se asemejan a otros mercados de seguros, ya que funcionan con base a la agregación de personas con diferente nivel de riesgo (tipo, intensidad y duración de los cuidados) en el futuro.

Existen dos grandes tipos de modelos de aseguramiento; los de **seguros privados**, que se basan en contratos entre entidades aseguradoras y personas, y los **seguros sociales o públicos**. En Fleitas (2020) se señala el escaso desarrollo de los mercados de seguros privados para cuidados, incluso en los países de la OCDE, por el propio riesgo inherente de asegurar cuidados.

En efecto, uno de los principales **problemas** es el de la **selección adversa**, o sea que quienes más contratan estos seguros son las personas de mayor edad y/o peor salud (quienes tienen un mayor riesgo de solicitar servicios de cuidado que cubre el seguro) al contrario que las personas jóvenes y sanas que no lo demandan. La selección adversa incide en el costo que las aseguradoras esperan enfrentar y por lo tanto en el valor (alto) de la prima que deberán cobrar. Para mitigar este tipo de problemas las aseguradoras pueden verse tentadas a poner límites de edad para ingresar o rechazar a personas que presentan ciertas enfermedades, sin embargo, estos mecanismos de defensa de las empresas pueden dejar fuera del seguro a las personas que más lo necesitan.

Un segundo tipo de problema que enfrenta el mercado de seguros es el de la incertidumbre. En efecto, el aseguramiento por cuidados tiene la dificultad de predecir con anticipación los costos futuros de atención u otros tipos de situaciones que modifiquen los riesgos de ser cuidado/a futuro o en los mercados de proveedores de los servicios de cuidados que afectan los costos de los servicios. Nuevamente, las aseguradoras trasladan estos factores de incertidumbre, que inciden en el costo esperado de la atención a brindar en el futuro, al costo de la prima; y con ello la barrera económica de acceso al seguro privado se hace más potente.

Estas limitaciones de los seguros privados han dado lugar al desarrollo de mecanismos públicos de aseguramiento, como forma de facilitar el acceso de las familias de menores ingresos. La experiencia internacional muestra que la contribución a los seguros públicos se realiza mediante contribuciones específicas y obligatorias, mayoritariamente asociadas a la seguridad social (Alemania, Japón, Holanda, Luxemburgo y Corea del Sur), o como en el caso de Bélgica donde el financiamiento se recoge a través de los aportes al seguro de salud (Fleitas, 2020).

Al igual que los seguros privados, el aseguramiento público se limita principalmente a atender gastos en cuidados de larga duración, los que deben ser cubiertos por las personas beneficiarias o sus familias, aunque existe una importante variación en el nivel de gasto que deben asumir. En efecto, en Bélgica el seguro cubre un porcentaje fijo del costo (que no depende de los ingresos del asegurado) y el resto se complementa con gasto de bolsillo. Por su parte, en Japón y Corea del Sur el gasto se comparte con las personas usuarias a través de un porcentaje establecido y en Alemania el Estado realiza una contribución fija, donde las y los usuarios son responsables de todo gasto que exceda esa contribución.

Pero además los modelos de financiamiento basados en aseguramiento público tienen otros escollos en su aplicación. En primer lugar, requieren **aumentar los aportes** de las y los trabajadores activos, e incluso de las personas jubiladas como lo hacen Alemania¹⁵ y Japón, sea a la seguridad social o al seguro de salud (Cafagna et al., 2019). Adicionalmente su aplicación en países latinoamericanos tiene algunos de los desafíos específicos, entre los que se destacan: (i) las altas tasas de informalidad, lo que redundaría en una menor base contributiva; (ii) los efectos sobre el empleo formal que genera este aumento de las contribuciones a la seguridad social o seguros de salud; (iii) así como los bajos niveles salariales de buena parte de los y las trabajadoras. Estos efectos hacen que los seguros sociales no lleguen a alcanzar a la población más vulnerable, generando una fuerte barrera para acceder a los servicios de cuidados que requieren.

Diagrama 5. Limitaciones de los actuales modelos de financiamiento de las políticas de cuidados



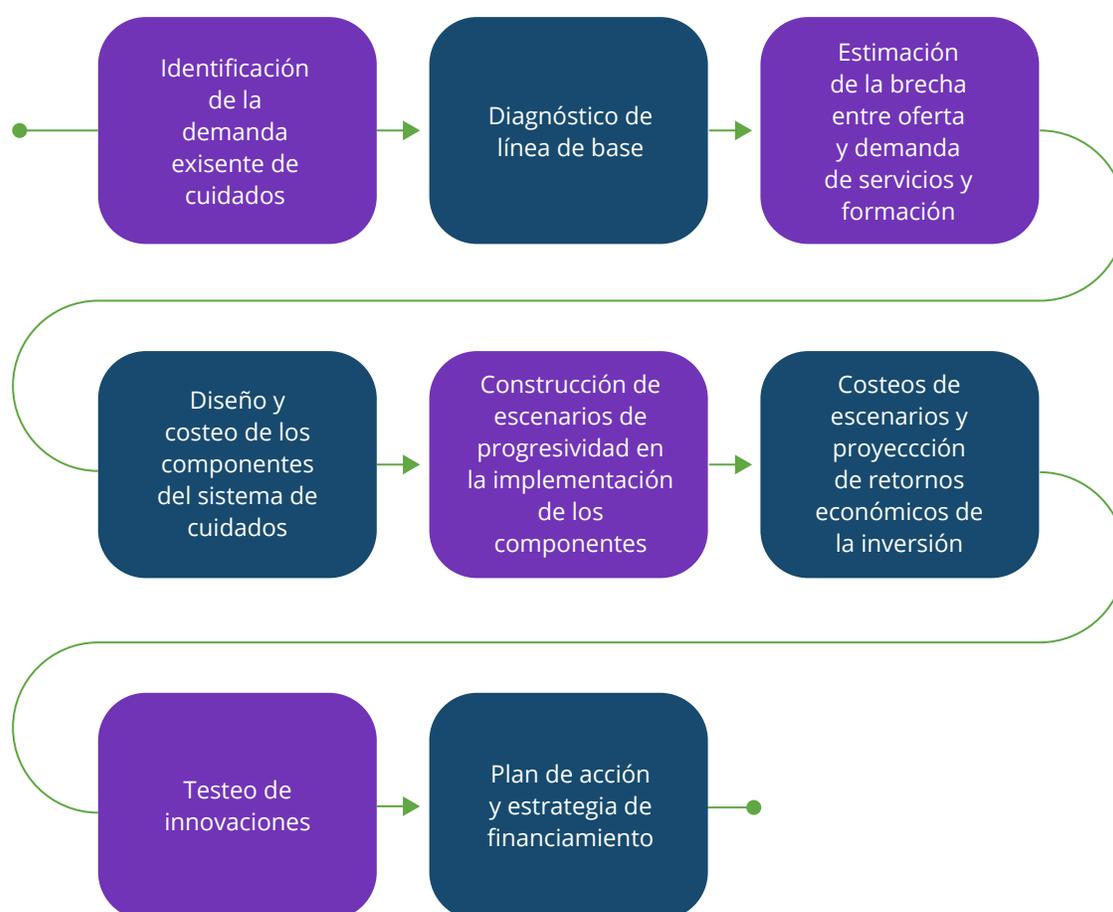
FUENTE: Elaboración propia.

3. Elementos para dimensionar economicamente las necesidades de inversión en cuidados

Una vez que se han desarrollado los principales aspectos a considerar en el financiamiento de los sistemas, tales como son las premisas en que ha de basarse su dinámica, los componentes a financiar y los modelos de financiamiento existentes, habrá de plantearse aquí un posible camino crítico para poder dimensionar económicamente la inversión a realizar, y por tanto a financiar, una vez que se avanza en la toma de decisiones políticas sobre la implementación progresiva del sistema de cuidados.

Dimensionar económicamente las necesidades de inversión en cuidados requiere de la secuencia temporal que se propone a continuación (Diagrama 6):

Diagrama 6. Propuesta de plan de acción y definición de estrategia de financiamiento de un sistema de cuidados



FUENTE: Elaboración propia.

3.1 Identificación de la demanda existente de cuidados

Partiendo de la premisa de la universalidad de los sistemas de cuidados, es necesario establecer **cuál es la demanda potencial** de las personas que requieren cuidados. De cara a la definición de una estrategia para el financiamiento de cuidados este es un paso fundamental, ya que permite dimensionar cuáles serán las necesidades económicas a cubrir.

En el caso de la infancia la identificación es relativamente sencilla, dado que todas las niñas y los niños necesitan cuidados para garantizar su bienestar y desarrollo integral. **En el caso de las personas en situación de dependencia**, es necesario contar con estadísticas de la prevalencia en el país o en un territorio dado, así como del grado de dependencia y el tipo de asistencia y apoyo requerido. La situación a este respecto es deficitaria ya que, en la medida que las políticas de cuidados o asistencia a personas mayores y en situación de dependencia tienen un desarrollo relativo menor, no se cuenta con estudios al respecto en la mayoría de los países de la región. Por ello se requiere definir para cada caso procedimientos de estimación de la prevalencia, mientras se avanza en la realización de dichos estudios.

3.2 Diagnóstico de línea de base

En general, los países de la región ya están invirtiendo en acciones, programas y políticas de cuidados. El desarrollo de la implementación es heterogéneo en cuanto a sus alcances de cobertura y a la calidad de las prestaciones. Además, estas diversas acciones no han sido implementadas desde una perspectiva sistémica, y de ahí los esfuerzos que se vienen procesando para construir sistemas de cuidados que permitan aprovechar con eficacia y eficiencia las capacidades instaladas en el Estado y la sociedad, con el objetivo de modificar la actual organización social de los cuidados.

Como se ha reseñado, **la inversión en materia de servicios se ha volcado** -en términos de las diferentes poblaciones objetivo del sistema- **mayoritariamente a la infancia**, existiendo un rezago mayor en el desarrollo de **servicios dirigidos al cuidado de las personas mayores y personas con discapacidad** en situación de dependencia.

Para poder identificar y dimensionar económicamente esta línea de base es necesario, en primer lugar, establecer un marco conceptual sobre **cuáles han de ser los servicios que han de considerarse como servicios de cuidados y cuáles** -aun pudiendo ser muy relevantes- **no formarán parte del sistema**. Una herramienta para avanzar en este sentido es la conformación de un **catálogo de servicios de cuidados** que incluya las definiciones necesarias para el avance del sistema, las tipologías y modalidades de servicios - públicos y privados- y los elementos normativos y herramientas para avanzar en un Registro Nacional de Cuidados que, entre otras cuestiones, disponga a aquellas personas que son habilitadas para trabajar en el sector.

De la misma manera, habrán de identificarse las políticas y acciones que involucran centralmente a los cuidados en **los restantes componentes del sistema** (formación, regulación, gestión de la información y el conocimiento y comunicación). A título de ejemplo:

- cursos de formación de cuidadoras/es en atención a la primera la infancia
- curso de formación de cuidadoras/es en atención a la dependencia
- sistemas de certificación de competencias laborales
- esquemas de licencias maternas, paternas y parentales
- inversión en sistemas de información y registros de servicio, personas usuarias y prestadoras de servicios de cuidados.
- relevamiento de estudios estadísticos sobre prevalencia de la dependencia en la población, encuestas de uso del tiempo, etc.

- identificación de campañas de comunicación u otras estrategias de promoción del derecho y de la corresponsabilidad en torno a los cuidados.
- identificación de experiencias locales de respuesta a déficits de cuidados a nivel comunitario.

El corolario de este proceso -desde los acuerdos conceptuales hasta la identificación de cada una de las acciones por componente- es **la creación de un programa presupuestal que etiquete cada uno de los gastos en cada organismo con relación a los cuidados**. Esto permite por un lado dimensionar la inversión que ya se realiza en cuidados, las responsabilidades institucionales e imaginar una siguiente etapa.

3.3 Estimación de la brecha entre oferta y demanda de servicios y de formación en cuidados

Identificada la demanda por cuidados, así como la línea de base de los componentes del sistema, se hace necesario realizar una estimación de la **brecha entre oferta y demanda** a fin de proyectar el posterior diseño y costeo de dichos componentes.

A título de ejemplo, deberá estimarse la brecha en materia de servicios, pero también la brecha entre oferta y demanda de formación en cuidados, de modo que se tengan elementos para el diseño e implementación de nuevos servicios o ampliación de los existentes, así como para la definición de una estrategia de formación, respectivamente.

3.4 Diseño y costeo de los componentes del sistema de cuidados

El diagnóstico de la línea de base ha de permitir constatar los activos con que se dispone, pero también cuáles son las ausencias y los aspectos no cubiertos. Ello constituye el punto de partida para el **diseño y posterior costeo de los diferentes componentes**. Para ilustrar se tomará como ejemplo el componente de servicios en la medida que es uno de los que conlleva una inversión relativa sustantiva.

En materia de **servicios de cuidado para la primera infancia** existen inversiones importantes y distintos modelos de gestión con variantes en las modalidades de atención. Por esta razón parece pertinente analizar para cada caso nacional o subnacional, cuáles son los requerimientos no cubiertos y proponer ampliaciones de servicios existentes o diseñar innovaciones que se ajusten a las necesidades existentes.

En el caso de los servicios para personas mayores y con discapacidad en situación de dependencia, puede afirmarse que existe un déficit importante en materia de servicios de cuidado a domicilio (que pueden tener distintas variantes), pero también hay necesidad de aumentar la oferta de servicios de cuidado permanente y sobre todo de avanzar en la definición e implementación de estándares de calidad básicos. Definida la estrategia de ampliación o diseño de nuevos servicios de cuidado, ha de procederse al costo unitario de los modelos de gestión.

Recuadro 5. Metodologías y herramientas para la estimación de costos y beneficios de la inversión en cuidados

Recientemente, se han desarrollado diversas metodologías y herramientas que permiten estimar los costos de ofrecer servicios de cuidados, a la vez que calcular los beneficios de sus potenciales efectos colaterales en el PIB, el empleo y los ingresos fiscales de segunda vuelta, permitiendo así la construcción de escenarios prospectivos.

Una primera metodología, desarrollada por **la Universidad Técnica de Estambul, el Centro de Estudios de la Mujer en Ciencias, Ingeniería y Tecnología (ITU WSC-SET) y el Instituto Levy de Economía con el apoyo de OIT, PNUD y ONU Mujeres**, se aplicó para calcular el impacto que la inversión pública en servicios de cuidado en Estambul tendría sobre el empleo, la igualdad de género y la reducción de la pobreza en Turquía (Ilkcaracan, Kim y Kaya, 2015).

Posteriormente **ONU Mujeres y OIT (2021)**, en el marco del programa conjunto **“Promover el empleo decente para las mujeres a través de políticas de crecimiento inclusivo e inversiones en la economía del cuidado”**, desarrollaron la **Guía para las inversiones públicas en la economía del cuidado: Herramienta de apoyo en materia de política para estimar los déficits de servicios de cuidado, el costo de las inversiones para cubrirlos y sus beneficios económicos** como parte de las iniciativas de respuesta socioeconómica a la pandemia del Covid-19. La herramienta tiene por objeto proporcionar una metodología para determinar las deficiencias de cobertura en los servicios de cuidado (en particular la salud pública, los cuidados de larga duración, el cuidado y educación de la primera infancia y la educación primaria y secundaria), estimar los costos de las inversiones y el gasto público para eliminar dichas deficiencias de cobertura y evaluar los diversos beneficios sociales, laborales y fiscales de tales inversiones a corto y largo plazo (ONU Mujeres y OIT, 2021).

Esta herramienta está siendo adaptada en **Argentina** para un análisis en las provincias de **Santa Fe** y **Chaco** consistente en: (i) estimar la demanda potencial de cuidados para niños y niñas de 0 a 8 años; de adultos mayores y de personas con discapacidad, ii) estimar la oferta de



servicios de cuidado (centros de cuidado para primera infancia, jornada extendida de educación primaria hasta 8 años, cuidados de larga duración institucionalizados y domiciliarios para adultos mayores y para personas con discapacidad severa) y iii) estimar los déficits de cobertura y calidad. A partir de las estimaciones, se establecen diversos escenarios de expansión de la infraestructura de cuidados y se estima el esfuerzo fiscal necesario para cubrir las deficiencias. El análisis también estima el impacto que tendrá la expansión de infraestructura en la creación de empleo.

Más recientemente, ONU Mujeres (2022) ha desarrollado una **Metodología para la estimación de los costos e impactos económicos de servicios de cuidados en América Latina y el Caribe** que permite estimar los costos de implementación de servicios de cuidados infantiles y para personas adultas mayores, para valorar algunos de sus potenciales efectos colaterales en el producto, el empleo y los ingresos fiscales de segunda vuelta y construir escenarios prospectivos. La propuesta parte de **la metodología** desarrollada por **el ITU WSC-SET y el Instituto Levy, mencionados** anteriormente, y fue complementada inicialmente por Filgueira (2020a y 2020b) para realizar la estimación de costos y efectos en el producto, en el empleo y en los ingresos fiscales del sistema de cuidados infantiles y de la extensión del tiempo escolar en educación primaria. También por ONU Mujeres e INMUJERES (2021) para la estimación de costos e identificación de retornos económicos de servicios de cuidado de las personas mayores en la situación de dependencia en **México**. Dicha metodología está actualmente siendo aplicada en países como Panamá, Paraguay, Perú o República Dominicana.

FUENTE: Elaboración propia.

3.5 Construcción de escenarios de progresividad en la implementación de los componentes del sistema de cuidados

Una vez que se cuenta con la definición de las distintas acciones a implementar para cada uno de los componentes, así como sus costos, se requiere avanzar en la construcción de escenarios alternativos en lo que respecta a la progresividad con que han de implementarse.

Si bien la premisa que sustenta la construcción de sistema de cuidados es la de garantizar el derecho al cuidado de todas las personas, dada la situación de déficits de partida de la región, es claro que esta es una meta que no es factible alcanzar en el corto plazo, en primer lugar, por las restricciones presupuestarias, pero también por las restricciones que impone la gestión para la implantación de los servicios. De esta manera, será necesario-siguiendo el ejemplo- prever distintos escenarios posibles en el incremento de la cobertura de la población objetivo. Como ya se ha expresado, el establecimiento de los escenarios de progresividad en la implementación supone además la definición de un conjunto de variables que pautan las prioridades de política entre las que podrían incluirse: edad de la población a atender; condición de dependencia; nivel socioeconómico o capacidad de pago; criterios geográficos, situación de vulnerabilidad social, etnicidad, etc.

3.6 Costeo de escenarios y proyección de retornos económicos de la inversión en cuidados

Efectuada la construcción de escenarios de progresividad en base a los criterios seleccionados y con el coste unitario de los servicios a implementar, se está en condiciones de proyectar los niveles de inversión que se requerirán para cada escenario y para los períodos que se establezcan. A la vez es relevante realizar el ejercicio de los retornos económicos que la inversión en cuidados tendrá en materia de creación empleos e incremento de la recaudación fiscal¹⁶.

Recuadro 6. Costos y retornos de inversión de cuidados infantiles para niñas y niños menores de 6 años en México

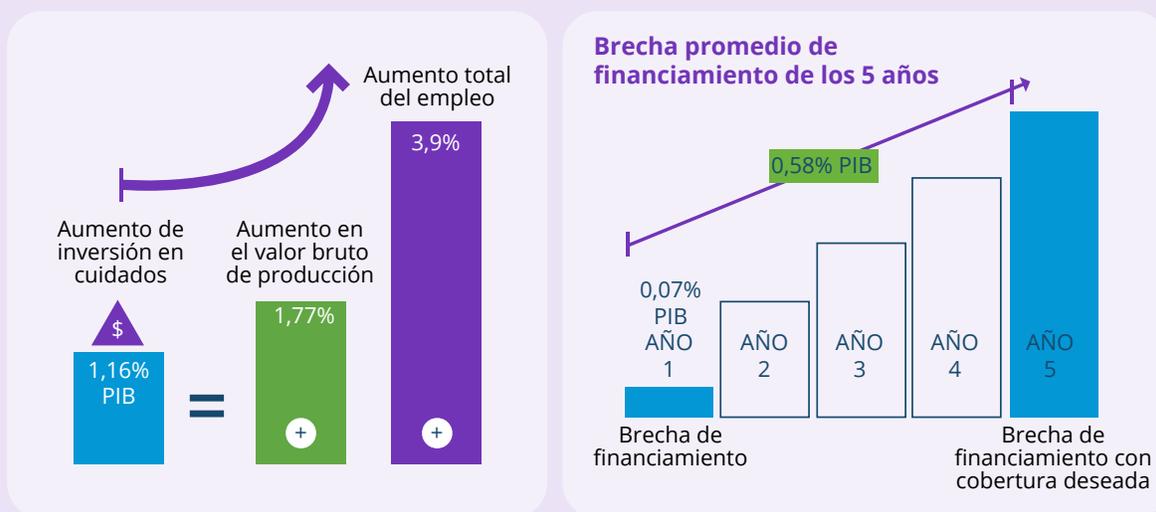
En **México**, ONU Mujeres, en colaboración con CEPAL y el Instituto Nacional de las Mujeres, elaboró un estudio para estimar los costos anuales totales, los retornos de inversión y los potenciales efectos en el empleo, la economía y los ingresos fiscales adicionales de un sistema de cuidados infantiles universal, gratuito y de calidad para niñas y niños menores de 6 años.

El estudio se elaboró construyendo diversos escenarios prospectivos con un enfoque de progresividad con diferentes niveles de cobertura, salarios y calidad del servicio en el sistema de cuidados infantiles de menores de 6 años, para un total de 5 años.

Según estos cálculos, la configuración de un sistema de cuidados infantil conllevaría un aumento total del valor bruto de la producción promedio anual de 1,77% y un aumento total del empleo promedio anual de 3,9% con respecto a la población ocupada del 2019. La inversión sería equivalente a un 1,16% del PIB, inversión que generaría una recaudación fiscal adicional, a través de impuestos y cotizaciones sociales de 0,29% del PIB. Considerando que el actual sistema de cuidados infantiles en México tiene actualmente un costo



fiscal aproximado de 0,45% del PIB, el financiamiento adicional necesario promedio en 5 años sería de 0,58% del PIB.



FUENTE: ONU Mujeres y CEPAL (2020b).

3.7 Testeo de innovaciones en materia de servicios y otros componentes

Previo a la implementación a nivel nacional de innovaciones en determinados servicios o medidas es posible realizar un testeo de estas a través de la implementación de acciones piloto que permitan extraer enseñanzas para la replicación/escalamiento de servicios y también de otros componentes del sistema de cuidados.

El desarrollo, actualmente en curso, de algunas experiencias piloto en países de la región está permitiendo el testeo no sólo de servicios de cuidados innovadores, sino también de acciones ligadas al componente de formación de recursos humanos, y también se están testeando modalidades de gobernanza y gestión interinstitucional e intersectorial que permitan extraer conclusiones relevantes para la institucionalización del sistema de cuidados en dichos países¹⁷.

3.8 Propuesta de plan de acción y definición de la estrategia de financiamiento

Transcurrido el proceso descrito se ha de estar en condiciones de efectuar la **toma de decisiones políticas** acerca del alcance y fases de la construcción de un sistema de cuidados en cada país.

Ello ha de verse reflejado en un plan acción con objetivos y metas para cada una de las poblaciones objetivo definidas y para cada uno de los distintos componentes del sistema, por otro lado debe diseñarse una estrategia que proponga un modelo de financiamiento acorde a las metas definidas e identificar los recursos presupuestales necesarios. La propuesta de modelo de financiamiento se presenta en el capítulo siguiente.

4. Fondos solidarios:
una propuesta para el
financiamiento de los
sistemas de cuidados

Considerando el incipiente desarrollo que tienen los sistemas de cuidados en los países de América Latina y el Caribe, en el presente capítulo se presenta una propuesta de modelo de financiamiento basado en la constitución de un **fondo solidario de cuidados**, que intenta combinar las fortalezas y mitigar las debilidades de los modelos analizados, asegurando la sostenibilidad financiera en el despliegue de sistemas integrales de cuidados, dotado de bases sólidas para la necesaria estrategia de ampliación paulatina y escalamiento futuro del sistema, con metas de cobertura que tiendan a la universalidad en los diferentes tipos de servicios.

Con base en las experiencias internacionales, será necesario un pensamiento ecléctico en relación con los mecanismos y fuentes de financiamiento del fondo, procurando una adecuada combinación de los recursos de rentas generales, contribuciones específicas y de aseguramiento; combinados también con pagos directos de las familias de las personas usuarias, desde una lógica de corresponsabilidad.

En la experiencia internacional se encuentran pocos ejemplos de políticas o programas de cuidados financiados de esta forma. Sin embargo, en la región, se pueden citar dos ejemplos de fondos solidarios como modelos de financiamiento de políticas públicas, aunque no directamente de cuidados. Uno de ellos es el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) en Costa Rica y el otro es Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Uruguay.

Recuadro 7. Ejemplos de fondos solidarios como modelos de financiamiento de políticas públicas

FODESAF – Costa Rica

El Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF) fue creado por medio de la Ley n° 5662 de 1974 y sus recursos se vuelcan en el financiamiento de varias políticas sociales, entre ellas la Red de Cuido de Infancia (REDCUDI) que beneficia a las poblaciones de mayor vulnerabilidad y pobreza, la cual en el año 2020 recibió un 7,7% del Fondo. Los recursos del FODESAF provienen de los aportes de rentas generales, en particular de los



ingresos de la recaudación de impuestos a las ventas, previstos en el presupuesto nacional anual, y el aporte que hacen los empleadores públicos y privados, equivalente al 5% de los salarios pagos a sus trabajadores y trabajadoras.

FONASA - Uruguay

El FONASA fue creado en el marco de la reforma del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) con la Ley n° 18.131 de 2007 en Uruguay. Lo relevante de este ejemplo es que fue diseñado como parte del proceso mismo de creación del Sistema Integrado de Salud y las particularidades de su despliegue, que guardan algunas semejanzas con los sistemas de cuidados. En efecto, el SNIS tuvo como punto de partida a las personas que ya estaban cubiertas por prestadores privados y públicos, para luego, a partir de un cronograma de incorporaciones progresivas de casi 10 años de duración, ir incluyendo a niñas, niños y adolescentes a cargo de las personas trabajadoras, sus parejas (si no tenían cobertura previa), personas mayores, trabajadoras y trabajadores por cuenta propia, profesionales, etc., algunos de los cuales tenían cobertura a través de cajas de auxilio que se iban incorporando al sistema integral.

Se alimenta de aportes obligatorios de las y los trabajadores formales, sus patronos, personas jubiladas y pensionistas, y recibe un complemento del presupuesto nacional con fuente en rentas generales. Se estipularon franjas de aporte diferenciadas de acuerdo con los ingresos y las personas que fueran cubiertas a través de una persona beneficiaria específica, como cónyuges, hijos e hijas.

FUENTE: Cossani (2021).

4.1 Principales características de un fondo solidario de cuidados

Con base en estas experiencias, y en particular siguiendo a Arbulo et al. (2012) para el caso del FONASA, se pueden extraer algunos **elementos para tener en cuenta en el diseño de un fondo solidario** de los sistemas de cuidados, ver diagrama 7:

1. El fondo debe ser parte constitutiva del propio sistema y debe integrar, a la lógica de un sistema formal público, los recursos que ya se estén aplicando.
2. El fondo debe permitir financiar la integración de nuevos colectivos que están por fuera de la atención de cuidados, constituyéndose en un pilar fundamental para todos los prestadores preexistentes y los nuevos que se vayan incorporando (públicos y privados), generando condiciones para la mejora en la calidad de la prestación y la eficiencia en el uso de los recursos.
3. El fondo, junto con otras alternativas y modelos de aseguramiento, debe permitir el distanciamiento en el tiempo entre contribuciones de los aportantes y la utilización de los servicios (uso de servicios en base a la necesidad y no en base al aporte realizado).
4. Los pagos que realiza el fondo a los prestadores (públicos y privados) deben asociarse al riesgo de utilizar el servicio. Esto abona el principio de solidaridad intergeneracional.
5. El fondo deberá dotarse de fuentes de recursos públicos que garanticen una base mínima de inversión y sostenibilidad, mediante la asignación de partidas específicas de rentas generales o de impuestos específicos.
6. Complementariamente el fondo podrá recibir como fuentes de financiamiento las contribuciones directas de las personas, las mismas que estarán en función de su capacidad contributiva, atendiendo así a criterios de equidad en los aportes.
7. Algunos servicios o prestaciones provistas por el sistema de cuidados podrán requerir de pagos complementarios de las personas usuarias (gastos de bolsillo). En estos casos se debe asegurar que no actúen como barrera de acceso a los mismos.
8. El modelo de financiamiento basado en el fondo solidario debe asegurar un vínculo estrecho entre la expansión de la cobertura del sistema con la expansión del propio fondo. El sistema se expande al mismo ritmo que lo hace la recaudación de recursos destinados al fondo solidario, en particular los de contribuciones directas de las personas.

Diagrama 7. Principales características de un fondo solidario

1. Ser parte constitutiva del propio sistema.
2. Integrar recursos que ya se estén invirtiendo en cuidados.
3. Incorporar nuevos colectivos que estén por fuera de la atención de cuidados.
4. Ser un pilar de apoyo para los prestadores de servicios.
5. Generar condiciones para la mejora en la calidad de la prestación y la eficiencia en el uso de los recursos.
6. Permitir distanciamiento en el tiempo entre los aportes y la utilización de los servicios.
7. Asociar los pagos a prestadores de servicios en función del riesgo de utilizarlos.
8. Identificar fuentes de recursos públicos que garanticen una base mínima de inversión y sostenibilidad.
9. Establecer los aportes directos de las personas en función de su capacidad contributiva.
10. Generar mecanismos para que los gastos de bolsillo no actúen como barrera de acceso.
11. Asegurar un vínculo estrecho entre la ampliación de la cobertura del sistema y la expansión del fondo.

FUENTE: Elaboración propia.

4.2 Potenciales fuentes de financiamiento de un fondo solidario de cuidados

En base a las características señaladas precedentemente, un tema central en el diseño de un fondo solidario de cuidados es el análisis del **origen y participación de las fuentes de recursos** necesarias para su constitución. Como se señaló anteriormente, los modelos existentes, ya sean basados en rentas generales o en seguros, presentan diversas limitaciones. En este sentido, se propone que el fondo solidario pueda dotarse de sistemas mixtos de financiación, procedentes de varias fuentes, pero que tengan una orientación finalista, es decir, que esté previamente explicitado el destino de uso de estos recursos destinados a financiarlo. Para ello básicamente **se proponen dos fuentes principales, los aportes directos de las y los trabajadores formales, sus empleadores, personas jubiladas y pensionistas y los aportes complementarios de rentas generales.**

a. Los aportes directos de las y los trabajadores formales, sus empleadores, personas jubiladas y pensionistas.

Siguiendo algunas de las experiencias revisadas, los aportes o contribuciones deberían ser obligatorios y como porcentaje de los ingresos personales, preferentemente con tasas de aportes diferenciales por edades. Este tipo de aporte operaría como “aporte solidario” dado que para quienes no requieran de cuidados (ellos y ellas directamente o un familiar a cargo), les otorga el derecho a recibirlo más adelante, en tanto para quienes sí tienen la necesidad de cuidado, reciben el beneficio a la vez que están haciendo los aportes al fondo.

b. Los aportes complementarios de rentas generales.

Para ser menos pesada la carga a la población trabajadora y jubilada y evitar los efectos que pueden tener sobre el mercado de trabajo (aumento de los costos

del empleo formal, informalidad, etc.), el fondo debería contar con el aporte de rentas generales, pero evitando que sea mediante el mecanismo del aumento de impuestos generales.

Para ello, las alternativas recomendables serían los **impuestos específicos**, creando nuevos o mediante la asignación parcial de la recaudación de impuestos selectivos existentes, o haciendo partícipe al fondo en asignaciones específicas, dependiendo de las posibilidades de cada país. Por ejemplo, en algunos casos se podrá recurrir a la participación en cánones o regalías por explotaciones de recursos no renovables, o de infraestructura (represas hidroeléctricas, canales de navegación, etc.). En otros casos, esta aportación puede generarse a través de la recaudación de impuestos específicos, como los impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas, entre otros.

Quizás como una variante de un **impuesto selectivo** podría aplicarse un impuesto a vehículos, aprovechando que varios países tienen impuestos que ya gravan la transferencia de vehículos (CEPAL, 2021). Esta modificación de los impuestos ya existentes podría enfocarse en vehículos que usen combustibles derivados del petróleo y/o de alta gama.

Asimismo, no debería descartarse como fuente de recursos públicos para el Fondo de Cuidados, los **impuestos a las herencias o donaciones**. En efecto, en CEPAL (2021) se presentan argumentos con relación a que las donaciones o herencias recibidas por los individuos desde fuera de la unidad familiar, deben ser consideradas en la base impositiva. Sin embargo, es necesario una revisión de estos a la hora de analizar su inclusión como fuente de recursos públicos para el fondo destinado a cuidados. En efecto, estos impuestos a las herencias y donaciones tienen baja recaudación dado que se aplican a tasas progresivas y con un punto de partida en valores muy altos (lo que equivale a tramos exentos muy grandes), alcanzando solo a las transferencias de alto valor. En América Latina y el Caribe, la recaudación procedente de este tipo de impuestos es aún muy marginal, diez veces inferior a la que recaudan los países de la OCDE, donde los impuestos a las herencias y donaciones representan apenas el 0,1% del PIB (CEPAL, 2021). Además, la elusión es alta, ya que las personas ponen en práctica estrategias dirigidas a transferir el patrimonio antes del fallecimiento mediante ventas

subvaluadas de acciones o derechos sociales, contratos de rentas vitalicias u otros, por lo que su poder recaudatorio es bajo (CEPAL, 2021), pero claramente existe margen para trabajar y mejorar la recaudación sobre estos impuestos.

Una propuesta adicional sería una modificación a la tasa de los **impuestos a las transacciones de activos financieros**, que ya existen en varios países de la región, y aplicada a movimientos de efectivo desde cuentas corrientes u otros instrumentos bancarios. En América Latina y el Caribe la recaudación por este tipo de impuestos supone de media el 0,4% del PIB lo que lo sitúa en niveles similares a los de la OCDE (CEPAL, 2021).

Otra alternativa complementaria como mecanismo de recaudación de fondos públicos para volcar al Fondo de Cuidados pueden ser los **impuestos sobre el patrimonio de las personas físicas**. Como se señala informe de CEPAL (2021), escoger el patrimonio como base imponible es adecuado, puesto que la riqueza se distribuye de forma más desigual que el ingreso y el consumo, que son las bases imponibles alternativas. De esta forma, el aumento de la carga impositiva para financiar los cuidados se haría mejorando la progresividad del sistema tributario. Sin embargo, a la fecha solo tres países de la región (Argentina, Colombia y Uruguay) lo aplican, aunque con recaudación muy pequeña aún (la mayor llega al 0,1% del PIB, en el caso de la Argentina) (CEPAL, 2021)¹⁸. Complementariamente también podría pensarse en modificaciones a los impuestos a la **enajenación de bienes inmuebles** asociados a la venta de segundas viviendas.

Adicionalmente otras estrategias para la generación de recursos para el fondo pueden incluir la adecuación de los marcos impositivos a las nuevas buenas prácticas de la tributación internacional como los **impuestos digitales y medioambientales**.

Finalmente, la necesidad de recursos públicos para constituir el Fondo de Cuidados puede resultar una oportunidad para mejorar las acciones de combate a **la evasión y elusión de impuestos**. Según reporta la CEPAL (2020), la evasión del impuesto al valor agregado en la región supera el 40% en países como Panamá y la República Dominicana, en contraste con valores por debajo del 20% en México, Chile y Uruguay. Se debe tener en cuenta que este impuesto representa en promedio la cuarta parte de la carga impositiva total en los países, por lo tanto, cualquier mejora en reducir

la evasión tendrá efectos importantes en la recaudación. La misma o peor realidad muestra la evasión del impuesto a la renta de las personas físicas en los países de la región. Según datos de CEPAL (2020), el rango de tasas de evasión está entre el 18,7% en México y el 69,9% en Guatemala; esto tiene su correlato en los ingresos tributarios captados que representan el 0,4% del PIB en Guatemala y el 3,5% del PIB en México.

Como señala CEPAL (2020), las empresas multinacionales y los particulares ponen en práctica numerosas maniobras para no pagar los impuestos en los países donde generan sus utilidades. En uno de los estudios citados en el informe, en 2013 la pérdida de ingresos tributarios alcanzaría al 4,4% del PIB en la Argentina, y el 2,3 % del PIB en Perú y algunos países centroamericanos, en tanto en países del Caribe, incluida Guyana, alcanza casi al 7,0% del PIB. Más allá de la magnitud de la evasión tributaria, se resalta la importancia de su combate efectivo, tanto para lograr mayores recursos para las arcas públicas, como por cuestiones de equidad distributiva.

El despliegue del sistema requerirá seguramente de obras de infraestructura para cuidados; construcción de centros infantiles, centros diurnos y de larga estadía para personas dependientes, aulas para la formación en cuidados, etc. Para ello pueden aprovecharse parte de los **acuerdos de financiamiento con organismos multilaterales de crédito** (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco de Desarrollo de América Latina, etc.) para financiar las obras de infraestructura, donde una parte pueda estar destinada para infraestructura de cuidados (estableciendo idealmente al menos un porcentaje de los fondos a tal fin como parte del acuerdo). La inversión en infraestructura puede ser complementada a través de aportes privados en forma de locales y/o equipamiento para el funcionamiento de algunos servicios de cuidado¹⁹. En todo caso, la principal fuente de aporte del sector privado a la financiación de los sistemas de cuidados debe venir del pago de los impuestos correspondientes por las utilidades y los beneficios y por las contribuciones a la seguridad social de sus empleados.

4.3 Los pagos individuales como complemento al fondo solidario

En caso de que los recursos generados para financiar el fondo de cuidados no resulten suficientes podría ser necesario establecer mecanismos para que las personas (u otros integrantes de la familia) asuman una parte del costo de los servicios, a través de los pagos individuales, también llamados gastos de bolsillo o copagos²⁰. Los copagos no son solamente una fuente adicional de recursos, sino que también operan como moderadores de la demanda de cuidados ya que permite limitar la demanda excesiva de servicios que podría generarse si las personas no enfrentaran ningún costo por su utilización. En algunos casos, estos pagos ingresan al fondo directamente complementando los recursos procedentes de otras fuentes de financiamiento, en otros casos son gastos directamente pagados por las personas o sus familiares por servicios de cuidado recibidos.

En todo caso, la generación de ingresos complementarios para financiar los sistemas de cuidados mediante copagos o gastos de bolsillo tienen algunas limitaciones que es necesario señalar. Un primer aspecto es que **este tipo de mecanismo de financiamiento es aplicable exclusivamente a los servicios de cuidado y a la formación en cuidados** ya que para los restantes componentes del sistema (la regulación de los estándares de calidad de los servicios y el empleo, las políticas de gestión de la información y gestión del conocimiento y las políticas de comunicación) no tiene sentido su utilización, por lo que siempre deberán tener un carácter complementario de financiamiento para el sistema. En estos casos se requiere definir para cada uno de los servicios o acciones de formación, los mecanismos y el monto de financiamiento que proporciona el fondo y cuáles quedarán a cargo de las personas usuarias.

Un elemento para considerar es **el tipo de población a la que va dirigido** el servicio o formación. Por ejemplo, los servicios de cuidado destinados a la primera infancia e infancia podrían tener menores niveles de copago, con base en que

normalmente las familias con niños y niñas pequeños están integradas por personas jóvenes, que por lo general tienen menores ingresos relativos que las personas de más edad. No obstante, esto podría también aplicar para personas adultas mayores cuyos ingresos pensionales, particularmente en el caso de las mujeres, pueden ser igualmente reducidos por haber participado menos tiempo en el mercado laboral y/o cotizado por menos monto debido a sus menores salarios. En todo caso, un elemento fundamental a la hora de fijar copagos es que los mismos se **establezcan en función de la capacidad de pago de las personas** que deben hacerlo.

Se requiere también definir el mecanismo que aplicará el fondo de cuidados para determinar si el pago será una **suma fija** o **un porcentaje** del costo del servicio. Cada una de estas opciones tiene ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, los aportes por **suma fija** pueden llevar a que las personas accedan a servicios de diferente calidad y la provisión quede segmentada con base a los ingresos de las personas usuarias y/o su familia. Por su parte, los esquemas de **porcentajes del gasto**, si bien permiten asegurar una base de calidad relativamente homogénea, a la vez que favorecer a las personas más vulnerables ya que son de aplicación escalonada²¹, pueden no resultar del todo atractivo para los sectores de población con mayores ingresos (que serían quienes más aportarían al fondo). Por otro lado, estos esquemas presentan costos administrativos relevantes asociados a la determinación y actualización de los ingresos de las personas para establecer las escalas de subsidio que les corresponde.

En cualquier caso, la puesta en marcha de pagos individuales o copagos es un tema complejo de alta sensibilidad, puesto que **puede generar efectos negativos** derivados de la decisión de no utilizar el sistema que se intente implementar, lo que a la larga puede suponer costos mayores para otros pilares de la protección social como la salud o la educación, como se señaló al inicio de este documento. Por ello, el nivel de cofinanciamiento que se espera de las familias es una decisión política, que tiene que ver con el nivel de gasto público que la sociedad decida realizar en cuidados, y que debe integrarse con las decisiones de población objetivo, progresividad y fuentes de financiamiento (Fleitas, 2020).

Conclusiones

La centralidad de los cuidados ha ido ganando terreno en las agendas y en las políticas públicas de los países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, su implementación efectiva no será posible mientras no se aborde de manera realista, pero valiente, la cuestión de su financiamiento. A su vez, no puede quedar desligado de una mirada más amplia sobre el financiamiento de los sistemas de protección social entendiendo que los cuidados deben integrarse en los mismos como un cuarto pilar, junto a la salud, la educación y la seguridad social.

Este debate debe abordarse con plena conciencia del contexto, particularmente desafiante, que viven los países de América Latina y el Caribe debido a las altas tasas de informalidad laboral, el limitado espacio fiscal con sistemas tributarios regresivos y un elevado nivel de endeudamiento. La crisis de los cuidados agudiza las consecuencias de la crisis social y económica impactando en la pobreza y la desigualdad. Transformar este círculo vicioso en un círculo virtuoso a través de los múltiples efectos positivos y retornos que genera la inversión en sistemas integrales de cuidados no es solo necesario, sino que es una estrategia inteligente para la recuperación y para lograr sociedades más justas y prósperas.

Por ello, la urgente necesidad de abordar la cuestión del financiamiento de los sistemas integrales de cuidados debe enfrentarse desde una perspectiva amplia e innovadora, trascendiendo los esquemas clásicos de financiamiento de los regímenes contributivo y no contributivo de los sistemas de protección social, buscado incorporar diferentes fuentes de financiamiento y promoviendo distintas medidas que amplíen el espacio fiscal y lo hagan más eficiente en términos de recaudación y redistribución.

En este sentido, la propuesta aquí realizada de un fondo solidario de cuidados pretende ser, antes que una iniciativa cerrada, un esquema que promueva el diálogo para la toma de decisiones. Entre sus fortalezas se encuentra la inclusión de los aprendizajes que arroja la experiencia comparada en materia de financiamiento de varios países de la región y la OCDE; y al mismo tiempo que se hace cargo de las actuales restricciones que tienen los países de América Latina y el Caribe, la propuesta provee iniciativas y estrategias innovadoras para construir la viabilidad

y sustentabilidad del fondo. Todo ello requiere concretar consensos políticos para su puesta en marcha, con las modificaciones que la realidad de cada país demande, pero con la conciencia de que su puesta en marcha no puede esperar.

Notas

- 1 Compromiso de Santiago – XIV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe.
- 2 Lista de copatrocinadores de la región de América Latina y el Caribe: Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay.
- 3 Un análisis comparativo de las encuestas de evaluación rápida en Chile, Colombia y México sobre los efectos de la pandemia en la vida de hombres y mujeres mostró cómo las mujeres incrementaron su carga de trabajo de cuidado no remunerado de niñas/os, existiendo una brecha entre mujeres y hombres de 3,5 puntos porcentuales ONU Mujeres (2021). *Efectos diferenciados por género de Covid-19 en el desarrollo sostenible. Análisis comparativo de las encuestas de evaluación rápida de género en Chile, Colombia y México.*
- 4 El documento cuenta con un mayor desarrollo sobre los impactos de la pandemia en la organización social de los cuidados.
- 5 Aquí se utilizarán indistintamente las denominaciones “régimen de bienestar” y “sistema de protección social” para denominar los sistemas de políticas sociales basados en tres pilares: los sistemas de salud, de educación y de seguridad social. Nótese que en otros casos la expresión “Sistema de Protección Social” alude al conjunto de políticas y programas sociales que tienen como personas destinatarias o beneficiarias a aquellas en situación de pobreza o vulnerabilidad social.
- 6 Los países incluidos fueron Dinamarca, Suecia, Francia, Alemania, Reino Unido, Estados Unidos, España e Italia (más la UE-28 en su conjunto).
- 7 En países como Noruega, Suecia y Países Bajos, el gasto alcanzaba hacia el año 2009 al 3,5% del PIB (Colombo et al., 2011).
- 8 Hacia el 2009, en República Checa el gasto alcanzaba 1,4% del PIB, mientras que sólo representa el 0,4% del PIB en Polonia. (Colombo et al., 2011).
- 9 A los efectos del pilar de Cuidados, el fenómeno que está sucediendo en los países de la región es una disminución en la cantidad de niñas y niños, acompañado por un aumento de la población mayor. El saldo de ambos fenómenos en un aumento de la demanda por cuidados, ya que la cantidad menor de niños y niñas es más que compensada por el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores.
- 10 Ver Indicadores demográficos interactivos de CEPAL, [aquí](#).
- 11 Esta metodología fue desarrollada fundamentalmente por de Ilkharacan, Kim y Kaya (2015) y complementada en algunos aspectos por ONU Mujeres e INMUJERES., (2020a) y ONU Mujeres e INMUJERES., (2020b), para primera infancia e infancia y luego adaptada por ONU Mujeres et al. (2021) para personas mayores en situación de dependencia.

- 12 En este punto, es relevante establecer la diferencia entre quién financia, un programa o servicio de cuidado, de quién está a cargo de la prestación de este. Por lo tanto, cuando se habla de un sistema de cuidados financiado con base pública eso no es sinónimo de prestación pública directa. Un servicio puede contar con financiamiento público, y ser prestado por actores privados; ejemplo de ello, entre muchos otros, son los Centros Infantiles en Uruguay (Centros CAIF) o en República Dominicana (CAIFI Comunitarios).
- 13 En Filipinas se recaudaron US\$ 3.900 millones más en los tres primeros años de aplicación de la Ley del “Impuestos al Pecado”, con la mayor parte proveniente del impuesto al tabaco. En 2013, México estableció un impuesto de \$1 por litro para las bebidas azucaradas, lo cual llevó a una disminución de 12% en el consumo para fines del 2014 y a una disminución aún mayor de 17% en los hogares de bajos ingresos. El impuesto generó US\$ 1.300 millones en ingresos fiscales para el gobierno mexicano en el 2014.
En 2011, Hungría introdujo un impuesto sobre los productos alimenticios con un contenido de azúcar, sal y otros ingredientes. El consumo de productos alimenticios no saludables disminuyó considerablemente, y en los primeros cuatro años, el impuesto generó U\$S 219 millones para gastos de salud pública.
- 14 Un ejemplo de ello pueden ser los fondos por venta de energía eléctrica generada por la represa de Itaipú, con los que Paraguay ya financia proyectos socioambientales o de infraestructura.
- 15 En la década de 1990, Alemania introdujo un seguro social para financiar la atención a la dependencia a través de un impuesto al salario iniciando con el 1% pero incrementándolo sostenidamente hasta el 2,55% actual. Además, a partir de 2004, los pensionistas también deben realizar contribuciones y las personas sin hijos contribuyen con una tasa mayor sobre su salario (2,85%).
- 16 La metodología para este tipo de ejercicios se encuentra disponible en ONU Mujeres (2022). Una aplicación práctica de la misma para el caso de México se encuentra disponible en ONU Mujeres y CEPAL (2020b) (Ver también recuadro 5). Otra herramienta para elaborar estos cálculos es la desarrollada por ONU Mujeres y OIT (2021), de la que se cuenta con una aplicación práctica para el caso de Argentina.
- 17 A título de ejemplo, con la asistencia técnica de ONU Mujeres, se encuentran en fase de implementación pilotos de cuidados en República Dominicana y Panamá, y se prevén desarrollos en Perú y Paraguay, entre otros.
- 18 La comparación con los países de la OCDE muestra que, en 1990, un grupo de 12 países tenían un impuesto sobre el patrimonio neto de las personas físicas. En 2020, solo tres lo mantienen: España, Noruega y Suiza (CEPAL, 2021).

- 19 El SNIC de Uruguay ha utilizado ambos mecanismos. En el primer caso, se están implementando centros de cuidado infantil, donde el edificio y su equipamiento es aportado por acuerdos entre la empresa y los y las trabajadores. En tanto que se han construido centros infantiles y jardines escolares mediante la modalidad de PPP.
- 20 Los copagos no son solamente una fuente adicional de recursos, sino que también operan como moderadores de la demanda de cuidados ya que, permite limitar la demanda excesiva de servicios que podría generarse si las personas no enfrentaran ningún costo por su utilización.
- 21 Un ejemplo de esquema progresivo es el implementado en Francia, donde las personas beneficiarias deben contribuir un porcentaje del monto total de atención, yendo desde el 0% en el caso de tener ingresos bajos, hasta un 90% si sus ingresos superan un determinado umbral (Cafagna, et al., 2019). Uruguay es otro ejemplo de esquemas progresivos de copagos, para servicios de cuidado a domicilio de personas dependientes, donde se fijan escalas que van del 100% para los de nivel más bajo de ingreso familiar, hasta el 0%.

Referencias bibliográficas

- Arbulo, V., Pagano, J.P., Rak, G., Rivas, L.; Jorcin, G (coord.) (2012). *El camino hacia la cobertura universal en Uruguay. Evaluación y revisión del financiamiento del Sistema de Salud Uruguayo.*
- Batthyány, K., Genta, N., Perrotta, V. (2015). Uso de licencias parentales y roles de género en el cuidado. Sistema de Cuidados, Facultad de Ciencias Sociales, ONU Mujeres, OIT.
- Cafagna, G., Aranco, N., Ibarrán, P., Olivieri, M., Medellín, N. y Stampini, M. (2019). Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. Monografía del BID número 745. Banco Interamericano de Desarrollo.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2022). *Panorama Social de América Latina, 2021* (LC/PUB.2021/17-P), Santiago.
- CEPAL (2021). *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2021* (LC/PUB.2021/5-P), Santiago.
- CEPAL (2020). *Panorama Fiscal de América Latina y el Caribe, 2020* (LC/PUB.2020/6-P), Santiago.
- Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Cossani Padilla, P. (2021). *Mapeo de las fuentes de financiamiento de los sistemas nacionales de cuidados.* ONU Mujeres 2021, Costa Rica. Documento de trabajo.
- De Henau, J. y Himmelweit, S. (2021). "A Care-Led Recovery from Covid-19: Investing in High-Quality Care to Stimulate and Rebalance the Economy." *Feminist Economics* 27 (1-2): 453-69.
- De Henau, J., Himmelweit, S., Lapniewska, Z., Perrons, D. (2016). *Investing in the Care Economy A gender analysis of employment stimulus in seven OECD countries.* March 2016. International Trade Union Confederation, UK Women's Budget Group Commissioned by the International Trade Union Confederation Written.

De Prada Moraga, M. Dolores, Borge González, Luis M. (2014). *Una aproximación al coste de la dependencia en España y su financiación*. Universidad de Valladolid. Proyecto Promovido y Financiado por la Fundación Caser para la Dependencia.

Filgueira, F. (2020a). *Estudio de costeo de intervenciones de cuidados en México. Fundamentación y estimación de costos y efectos en el producto, en el empleo y en los ingresos fiscales del sistema de cuidados infantiles*. ONU Mujeres, documento de trabajo.

Filgueira, F. (2020b). *Estudio de costeo de intervenciones de cuidado en México. Fundamentación y estimación de costos y efectos en el producto, en el empleo y en los ingresos fiscales de la extensión del tiempo escolar en educación primaria*. ONU Mujeres, documento de trabajo.

Fleitas, S. (2020). *Financiamiento de servicios de cuidado de larga duración*. Informe para la Secretaría Nacional de Cuidados de Uruguay. Versión: 31 de marzo de 2020.

Heckman, J., Moon, S, Pinto, R., Savelyer, P. y Yaritz, A. (2010). “*The rate of return to the highscope Perry Preschool Program*”, *Journal of Public economics*, 94, (1-2), pp. 114-128.

Herramienta de EUROsocial+ 108 (2022). *Estado del arte sobre la certificación de competencias laborales en profesiones del cuidado*. Elaborado por Viviana Piñeiro con la colaboración de Patricia Cossani.

Ilkcaracan, I., K. Kim and T. Kaya (2015). *The Impact of Public Investment in Social Care Services on Employment, Gender Equality and Poverty: The Turkish Case*. Istanbul Technical University Women’s Studies Center and the Levy Economics Institute at Bard College. PNUD, OIT & UN Women. Istanbul and New York.

Kagan, L. (2013). “*¿Qué es calidad en el desarrollo infantil temprano y en la educación? Diálogo Regional de Política. Calidad en los servicios de atención a la primera infancia*”. Washington D.C: BID.

- Matus López, M., Rodríguez Modroño, P. (2016). *“Políticas de cuidados a la infancia y mayores dependientes. Evolución y condicionamiento pro-mercado”*. Revista del CLAD Reforma y Democracia.
- Medellín, N., Ibararán, P., Matus, M. y Stampini, M. (2018). *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados*. Nota Técnica n° IDB-TN-1438. Mayo 2018.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2022). *América Latina y Caribe: Políticas de igualdad de género y mercado de trabajo durante la pandemia Serie Panorama Laboral 2022*.
- OIT (2021). *El trabajo doméstico remunerado en América Latina y el Caribe, a 10 años del Convenio núm. 189*. OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2021. Lima.
- OIT (2019). *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.
- ONU Mujeres (Entidad para las Naciones Unidas por la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres) (2022). *Metodología para la estimación de los costos e impactos económicos de la implementación de servicios de cuidados en América Latina y el Caribe*. ONU Mujeres: México.
- ONU Mujeres (2021). *Efectos diferenciados por género de Covid-19 en el desarrollo sostenible. Análisis comparativo de las encuestas de evaluación rápida de género en Chile, Colombia y México*.
- ONU Mujeres (2018). *Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de Cuidados. Prácticas inspiradoras de América Latina y el Caribe*.
- ONU Mujeres y CEPAL (2021). *Hacia la construcción de Sistemas de Cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación*.
- ONU Mujeres y CEPAL (2020a). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19*.

ONU Mujeres y CEPAL (2020b). Costos, retornos y efectos de un Sistema de cuidado infantil universal, gratuito y de calidad en México.

ONU Mujeres e INMUJERES (2021). *El cuidado de las personas mayores en situación de dependencia en México: propuesta de servicios, estimación preliminar de costos e identificación de impuestos económicos.* ONU Mujeres México con el acompañamiento técnico de CEPAL. Documento de trabajo.

ONU Mujeres e INMUJERES (2020a). *Estudio de costeo de intervenciones de cuidados en México. Fundamentación y estimación de costos y efectos en el producto, en el empleo y en los ingresos fiscales del sistema de cuidados infantiles.* ONU Mujeres México con el acompañamiento técnico de CEPAL. Documento de trabajo.

ONU Mujeres e INMUJERES (2020b). *Estudio de costeo de intervenciones de cuidado en México. Fundamentación y estimación de costos y efectos en el producto, en el empleo y en los ingresos fiscales de la extensión del tiempo escolar en educación primaria.* ONU Mujeres México con el acompañamiento técnico de CEPAL. Documento de trabajo.

ONU Mujeres y OIT (2021). Guía para las inversiones públicas en la economía del cuidado: Herramienta de apoyo en materia de política para estimar los déficits de servicios de cuidado, el costo de las inversiones para cubrirlos y sus beneficios económicos.

OPS-OMS (Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud) (2019). *Grupo de Trabajo sobre Políticas Fiscales para la Salud (2019).* Impuestos a favor de la salud para salvar vidas. El uso eficaz de impuestos selectivos al consumo de tabaco, alcohol y bebidas azucaradas. Abril 2019.

Pautassi, L. (2018). *“El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato”.* Revista de la Facultad de Derecho de México. Tomo LXVIII, Número 272, Septiembre-Diciembre 2018.

Saad, P. M., Miller, T. & Martínez, C. (2009). *“Impacto de los cambios demográficos en las demandas sectoriales en América Latina”.* Revista Brasileira de Estudos de População, 26(2), 237-261.

Anexo

ANEXO: Sistemas de cuidados y de financiamiento en países de la OCDE

| Tipo de sistema y modelo | Criterios de elegibilidad | Profundidad de la cobertura financiera | Forma de financiamiento | Incidencia del gasto público |
|--|---|---|--|---|
| 1. Universales | | | | |
| <p>1.1 Modelo nórdico: Financiado con rentas generales</p> <p>Países: Noruega, Suecia, Dinamarca y Finlandia</p> | <p>Cubren a toda la población con necesidades de cuidado de larga duración (CLD), sin distinción de ingresos o edad.</p> | <p>El gasto de bolsillo para las personas usuarias es bajo. Hay porcentajes del costo a ser cubiertos por las mismas en función de sus ingresos.</p> | <p>Se financian con impuestos (rentas generales) y con contribuciones del gobierno central y de los gobiernos regionales y locales.</p> | <p>Entre 1,8% y 3,6% del PIB.</p> |
| <p>1.2 Modelo de seguro público</p> <p>Países: Alemania, Japón, Holanda, Luxemburgo y Corea del Sur</p> | <p>Cubren a toda la población con necesidades de CLD, sin distinción de ingresos. Algunos sólo cubren a los adultos mayores (Japón y Corea), mientras otros cubren también a personas más jóvenes (Holanda y Alemania).</p> | <p>El gasto se comparte con las personas usuarias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje fijo (en Japón y Corea). • En función de ingresos (en Holanda). • Contribución fija estatal, y las personas usuarias solventan el gasto excedente (Alemania). | <p>Contribuciones específicas de personas trabajadoras y jubiladas, y también contribución del gobierno financiada con impuestos (rentas generales).</p> | <p>En promedio 1,5% del PIB, con un máximo en Holanda de 3,5% y un mínimo en Corea del Sur de 0,3%.</p> |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <p>1.3 Modelo integrado al sistema de salud</p> <p>Países: Bélgica</p> | <p>Cubre los CLD de las personas que están cubiertas por el seguro de salud. Puede cubrir a todas las personas o a partir de determinada edad (mayores de 65 años).</p> | <p>Reparto del costo con los usuarios de porcentaje fijo, que no depende de los ingresos y se complementa con un máximo de gasto de bolsillo.</p> | <p>El 60% del gasto se financia con contribuciones a la seguridad social, y el resto proviene de rentas generales.</p> | <p>2% del PIB en Bélgica.</p> |
| <p>2. Mixtos</p> | | | | |
| <p>2.1 Programas paralelos</p> <p>Países: Italia, República Checa y Polonia</p> | <p>Tienen criterios de edad o en evaluación de la dependencia. Mayoritariamente combinan CLD en residenciales universales con programas de cuidados en el hogar (Asistentes).</p> | <p>Reparto de costos con los usuarios con porcentajes relativamente altos de gasto de bolsillo.</p> | <p>Se financian como parte del seguro de salud en que recibe financiamiento de contribuciones a la seguridad social y complementado por impuestos.</p> | <p>República Checa representa un 1,4% del PIB, mientras que representa el 0,4% del PIB en Polonia.</p> |
| <p>2.2 Transferencias ajustadas por ingresos</p> <p>Países: Australia, Austria, Irlanda y Francia</p> | <p>Usan criterios de ingresos de los beneficios, combinados con evaluación de dependencia con base a instrumentos estandarizados. Mayoritariamente son programas de transferencias (en efectivo o en especie) para CLD.</p> | <p>Financiamiento público, de contribución fija o un porcentaje definido. Es decreciente con ingresos de las personas beneficiarias que deben complementar el costo con gasto de bolsillo.</p> | <p>Se financian con impuestos (rentas generales).</p> | <p>0,8% del PIB en Australia, a 1,7% del PIB en Francia.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>2.3 Beneficios limitados</p> <p>Países: Suiza, Nueva Zelanda, Canadá, Grecia y España</p> | <p>Mayoritariamente combinan un programa universal (un servicio específico de cuidado), con otros focalizados en la población de menores ingresos y/o activos.</p> | <p>El costo cubierto por el Estado suele ser menor a lo que tienen que autofinanciar los usuarios, excepto para aquellos con menores ingresos.</p> | <p>Se financian con impuestos generales, o a través de las contribuciones al seguro de salud o seguridad social.</p> | <p>Suiza, Nueva Zelanda y Canadá, entre 1,2% y 1,3% del PIB. España y Grecia tienen un gasto menor, de 0,6% y 0,3% del PIB.</p> |
|--|--|--|--|---|

3. Focalizados

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <p>3.1 Modelo de Programas Focalizados</p> <p>Países: Estados Unidos y Reino Unido</p> | <p>En Estados Unidos, Medicaid proporciona cobertura de seguro de salud y CLD a las personas de muy bajos ingresos y con discapacidades. En el Reino Unido, el programa de cuidados sociales de adultos proporciona beneficios en efectivo y en especie para los cuidados en el hogar y en instituciones. En ambos casos, las personas beneficiarias deben pasar una prueba de bajos ingresos y bajos activos (riqueza).</p> | <p>Cubren una parte alta o la totalidad de los costos para aquellos que son elegibles.</p> | <p>Se financian con impuestos generales.</p> | <p>0,6% del PIB en Estados Unidos y 1,5% del PIB en el Reino Unido.</p> |
|--|--|--|--|---|

FUENTE: Elaboración propia con base a Fleitas (2020).



AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

lac.unwomen.org