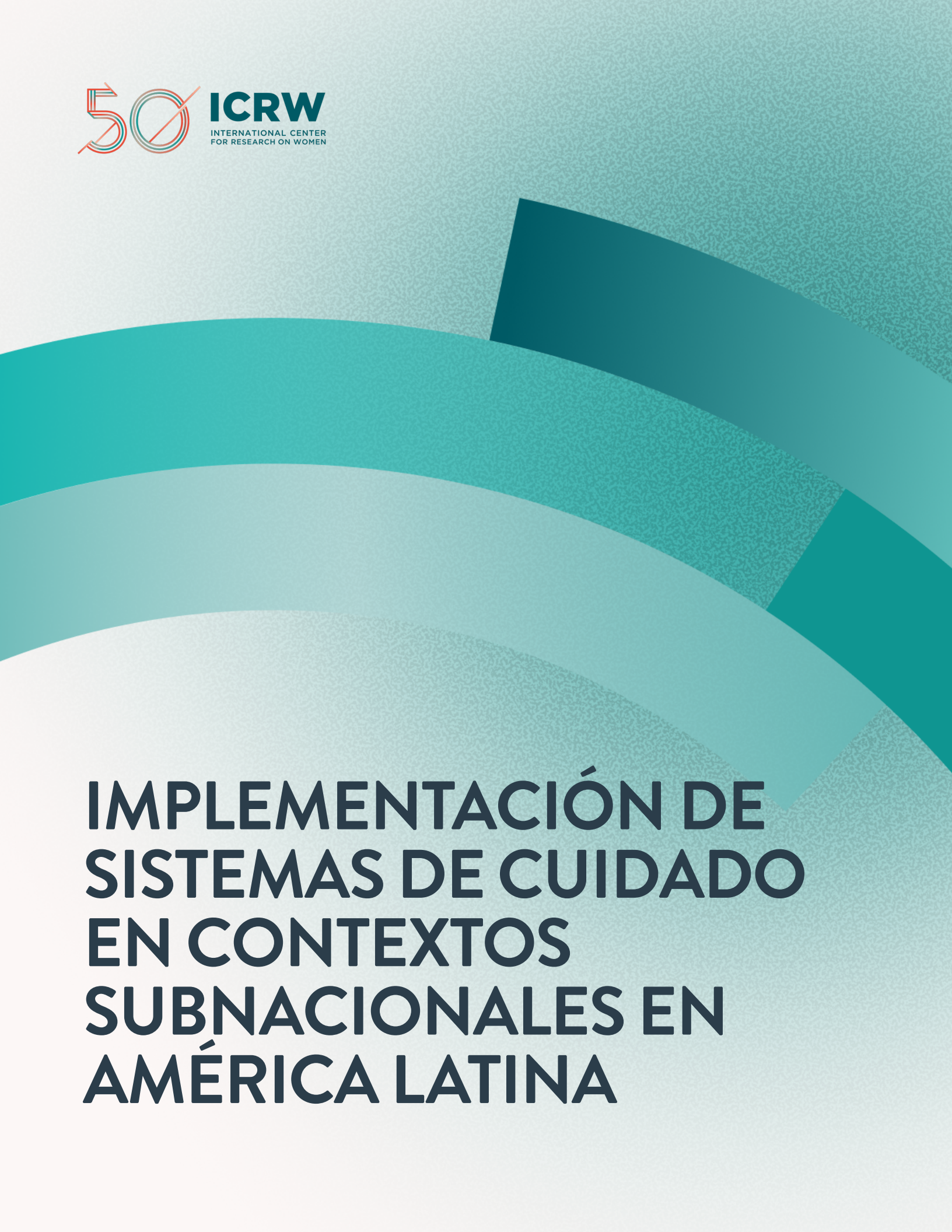


The background consists of several overlapping, curved, teal-colored shapes that create a sense of depth and movement.

IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE CUIDADO EN CONTEXTOS SUBNACIONALES EN AMÉRICA LATINA

CONTENIDO

Resumen Ejecutivo	7 03
Introducción	7 04
Metodología y Alcance	7 06
Retos en las políticas de cuidado a nivel nacional y subnacional	7 07
Lecciones clave sobre la integración de esquemas nacionales y su implementación a nivel subnacional	7 09
Recomendaciones para gobiernos subnacionales y defensores/as	7 16
Conclusiones	7 22
Referencias	7 23
Anexo A: Estudios de caso por país	7 30

A1	Uruguay	7 30
----	---------	------

A2	Chile	7 32
----	-------	------

A3	Colombia	7 35
----	----------	------

A4	Brasil	7 39
----	--------	------

A5	México	7 42
----	--------	------

A6	Costa Rica	7 45
----	------------	------

A7	Argentina	7 48
----	-----------	------

RESUMEN EJECUTIVO

En toda América Latina, el cuidado ha ido cobrando cada vez más protagonismo en los debates nacionales sobre igualdad de género, protección social, envejecimiento, discapacidad, mercados laborales y desarrollo económico. Este cambio refleja un reconocimiento cada vez mayor de que el cuidado es una infraestructura social esencial y no solo una responsabilidad privada de los hogares. Sin embargo, la experiencia de los países que han desarrollado sistemas nacionales de cuidados o estrategias de cuidado muestra que su implementación depende de la colaboración entre los agentes nacionales y locales: los gobiernos nacionales deben proporcionar marcos normativos, compromisos de financiación, normas de calidad de los servicios y apoyo técnico, mientras que los gobiernos locales, las organizaciones comunitarias y otros actores territoriales definen las prioridades, adaptan los servicios y garantizan el acceso real a los mismos.

Este documento analiza una serie de experiencias de los sistemas de cuidado en Uruguay, Chile, Colombia, Brasil, México, Costa Rica y Argentina. Los casos muestran avances importantes, entre los que se incluyen marcos más sólidos basados en los derechos y un mayor reconocimiento público de los cuidados no remunerados. Al mismo tiempo, ponen de manifiesto riesgos recurrentes: déficits de financiación, mecanismos de coordinación deficientes, capacidades locales desiguales, un marco jurídico frágil, falta de cobertura entre los grupos marginados y una precariedad persistente en el trabajo de cuidado remunerado.

El argumento central es que los sistemas de cuidado deben entenderse como marcos de política social y sistemas de gobernanza territorial multinivel. El artículo concluye con conclusiones y recomendaciones dirigidas a los gobiernos subnacionales y a los defensores que pretenden desarrollar o aplicar políticas de cuidado, al tiempo que aboga por la creación de condiciones nacionales propicias para los cuidados que garanticen que la acción territorial sea equitativa, cuente con financiación y sea sostenible.

INTRODUCCIÓN

La crisis mundial de los cuidados constituye uno de los principales retos sociales y económicos del siglo XXI. El envejecimiento de la población, la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, las transiciones demográficas, la migración, el tamaño cada vez más reducido de los hogares, las desigualdades de género en el trabajo de cuidados no remunerado y las persistentes desigualdades de género en todos los sectores han intensificado las presiones sobre los hogares y han puesto de manifiesto las limitaciones de los modelos de prestación de cuidados que se basan principalmente en el trabajo no remunerado realizado por mujeres y niñas.

Las mujeres en América Latina realizan aproximadamente el 76.2% del total de horas de trabajo de cuidados no remunerado, y el 47% de las mujeres que no forman parte de la población activa citan las responsabilidades de cuidados como la razón principal (OIT, 2024a, c). El trabajo de cuidados no remunerado sigue siendo uno de los principales factores estructurales que impulsan la desigualdad de género en la participación laboral, los ingresos, la falta de tiempo y la protección social.

Décadas de activismo feminista, organización de las personas trabajadoras en el sector de los cuidados, compromiso sindical, investigación académica, prácticas de cuidados comunitarios y apoyo multilateral han sido fundamentales para impulsar a los Estados a reconocer y tratar los cuidados como una parte importante de las políticas públicas. Sus argumentos se basan en la economía feminista, incluyendo el marco del “diamante del cuidado” de Razavi (2007), que describe la prestación de cuidados en cuatro ámbitos institucionales (familias, mercados, Estados y comunidades), y en el marco de las 5R de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para el cuidado: reconocer, reducir, redistribuir, recompensar y representar a las personas trabajadoras del cuidado (Addati et al., 2018). Aunque es posible que los sistemas nacionales de cuidados no siempre se basen plenamente en los derechos, ni en su diseño ni en su implementación, algunos países cuentan ya o están desarrollando sistemas nacionales de cuidados, políticas de cuidados integradas y estrategias de cuidados a largo plazo. Estos esfuerzos representan un cambio importante en la forma en que los Estados conceptualizan los cuidados, pasando de considerarlos una responsabilidad privada del hogar a una cuestión de política pública más amplia relacionada con la igualdad de género, la protección social, los mercados laborales, los derechos de las personas con discapacidad, el envejecimiento, el desarrollo infantil y el desarrollo económico.

Varios países latinoamericanos se han convertido en importantes referentes mundiales en materia de cuidados:

- Uruguay estableció el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) mediante la Ley n.º 19.353 en 2015, convirtiéndose así en uno de los primeros países del mundo en institucionalizar los cuidados como un sistema coordinado de políticas públicas.

- Colombia ha ampliado modelos de infraestructura de cuidado local reconocidos internacionalmente, como las “Manzanas del Cuidado” de Bogotá (denominadas “Care Blocks” en inglés), al tiempo que ha creado un Sistema Nacional de Cuidado.
- Chile puso en marcha su marco “Chile Cuida”, que se convirtió en ley nacional en febrero de 2026 (Ley n.º 21.805).
- Costa Rica estableció el Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos (SINCA) mediante una ley aprobada en 2022 (Ley n.º 10.192).
- México y Argentina cuentan con marcos normativos nacionales avanzados en materia de cuidados, aunque hayan seguido trayectorias diferentes.
- Brasil aprobó su Política Nacional de Cuidados en diciembre de 2024 (Ley n.º 15.069).

Sin embargo, aunque los sistemas nacionales de cuidados son objeto de un debate cada vez mayor a nivel mundial y regional, la realidad de su implementación sigue siendo desigual. No se trata del típico reto de adaptar un programa de protección social a los contextos locales, ya que la infraestructura de cuidado se ha infravalorado durante mucho tiempo y se ha considerado una responsabilidad privada de las mujeres o de las familias; los avances en materia de defensa de los derechos suelen surgir a medida que se presentan oportunidades a nivel subnacional, antes de que los sistemas nacionales estén preparados para financiarlos, regularlos o ampliarlos; y muchos países siguen careciendo de financiación adecuada, sistemas de datos y mecanismos de coordinación intergubernamental.

Esto plantea un reto fundamental en materia de políticas: **¿Cómo pueden traducirse los derechos y las estrategias en materia de cuidados articulados a nivel nacional en una aplicación territorial sin dejar la gestión del cuidado exclusivamente en manos de los gobiernos locales ni reproducir las desigualdades existentes entre los distintos territorios? Por el contrario, ¿cómo pueden las estrategias nacionales inspirarse en una aplicación eficaz a nivel subnacional?**

Este documento analiza estas cuestiones mediante un estudio de una selección de sistemas nacionales de cuidados y enfoques de políticas de cuidado en América Latina. En él se sostiene que los sistemas nacionales de cuidado deben entenderse como sistemas de gobernanza territorial multinivel cuya eficacia depende en gran medida de la interacción entre las iniciativas nacionales y territoriales. El compromiso y la asignación de recursos a nivel nacional son necesarios, pero son la definición de prioridades a nivel local, la capacidad institucional, la legitimidad comunitaria y las dinámicas políticas las que determinan si los sistemas de cuidado llegan a las personas más afectadas por las desigualdades en materia de cuidados.

METODOLOGÍA Y ALCANCE

Este estudio es un análisis de casos ilustrativos que se basa en documentos de políticas de acceso público, marcos jurídicos, análisis comparativos, bibliografía académica e informes institucionales relacionados con los sistemas y estrategias nacionales de cuidados. Se centra principalmente en Uruguay, Chile, Colombia, Brasil, México, Costa Rica y Argentina. Estos países se seleccionaron mediante una muestra de conveniencia y no son los únicos ejemplos de políticas o estrategias de cuidados en América Latina.

El objetivo es ofrecer una visión general de una selección de estudios de caso para identificar patrones, retos y recomendaciones en relación con la aplicación de las políticas de cuidados en los territorios. Este documento está dirigido principalmente a legisladores a nivel nacional y local, así como a los defensores de los cuidados, que deseen conocer qué factores favorecen o dificultan la aplicación de los sistemas de cuidados en toda la región. No pretende ofrecer perfiles exhaustivos por país. Además, dada la rápida evolución del desarrollo de las políticas de cuidados en la región, algunas iniciativas siguen estando incompletas o en fase de transición al momento de redactar este documento.

Asimismo, este estudio se centra principalmente en la gobernanza, la adaptación territorial y la resiliencia institucional de los sistemas de cuidados, más que en sus repercusiones sociales o económicas. Si bien la bibliografía documenta cada vez más los posibles efectos de las políticas de cuidados sobre la participación en el mercado laboral, la distribución del tiempo y el bienestar, las evaluaciones comparativas de resultados siguen siendo escasas en toda la región, especialmente en el caso de los sistemas de reciente creación. Las investigaciones futuras deberían examinar cómo los diferentes modelos de implementación territorial influyen en los resultados para las personas cuidadoras, las personas que reciben cuidados y las personas trabajadoras del sector.

Una limitación de este documento es que no examina de forma sistemática la participación de los hombres en el cuidado de otras personas, las masculinidades ni los cambios en las normas de género en el ámbito doméstico, ni analiza en qué medida los sistemas de cuidados de la región se dirigen directamente a los hombres en sus políticas nacionales de cuidados o en su implementación a nivel subnacional. Si bien la redistribución de las responsabilidades de cuidados no remunerados entre mujeres y hombres es un componente importante de las políticas de cuidados transformadoras en materia de género, un análisis sistemático de la participación de los hombres o de las personas de género diverso en los cuidados y de la evolución de las normas de género en el ámbito doméstico queda fuera del alcance de esta revisión.

03

RETOS EN LAS POLÍTICAS
DE CUIDADO A NIVEL
NACIONAL Y
SUBNACIONAL

Aunque los sistemas de cuidado suelen plantearse como proyectos nacionales, su implementación es territorial.

Para efectos de este estudio, la adaptación subnacional se refiere a los procesos mediante los cuales los derechos, las instituciones y las políticas de cuidado articulados a nivel nacional se trasladan, modifican, priorizan y aplican en diversos contextos territoriales. Los gobiernos subnacionales suelen desempeñar un papel fundamental en:

- **Prestación de Servicios;**
- **Gestión de infraestructuras;**
- **Participación comunitaria;**
- **Coordinación con el mercado laboral;**
- **Identificación de beneficiarios;**
- **Capacitación del personal de cuidados;**
- **Transporte y movilidad;**
- **Recolección de datos; y**
- **Coordinación intersectorial.**

Sin embargo, las realidades territoriales difieren sustancialmente dentro de cada país, y los contextos subnacionales pueden variar en función de:

- Capacidad fiscal;
- Urbanización;
- Composición demográfica;
- Infraestructura de cuidados, salud, y protección social existente;
- Estructuras del mercado laboral;
- Prevalencia de informalidad;
- Patrones migratorios;
- Conectividad digital; y

- La presencia, capacidad, y fuerza política de los movimientos feministas, organizaciones de personas con discapacidad, grupos de personas trabajadoras en el sector de los cuidados, sindicatos, redes de cuidado comunitario, autoridades indígenas y afrodescendientes, y otros actores locales de la sociedad civil.

Como consecuencia, los sistemas nacionales de cuidados suelen enfrentarse a tensiones entre:

- Estandarización y flexibilidad;
- Derechos universales y priorización territorial o demográfica;
- Coordinación centralizada y autonomía local; y
- Diseño técnico y viabilidad política.

Estas tensiones determinan si los sistemas de cuidados se convierten en infraestructuras públicas integradas y sostenibles o en iniciativas piloto fragmentadas y vulnerables a los cambios políticos. Desde una perspectiva feminista, estas tensiones no son neutras, y las decisiones sobre qué servicios se centralizan, dónde se ubican los centros de cuidados institucionales, qué territorios reciben inversiones en primer lugar y otras cuestiones determinan directamente qué mujeres tienen acceso al apoyo a los cuidados, cómo se enmarca ese apoyo en el discurso público y de quién se espera que preste los cuidados. Un sistema de cuidados que esté bien diseñado sobre el papel, pero que solo llegue a la capital o a las mujeres con empleo formal, o que no implique a otros actores en la redistribución de los cuidados, no constituye una política transformadora de las dinámicas de género.

04

LECCIONES CLAVE SOBRE LA INTEGRACIÓN DE ESQUEMAS NACIONALES Y SU IMPLEMENTACIÓN A NIVEL SUBNACIONAL

Los casos analizados en este documento ponen de manifiesto varias lecciones sobre los factores que favorecen o dificultan la integración de la política nacional de cuidados con las realidades subnacionales e interseccionales. Los estudios de caso de Uruguay, Chile, Colombia, Brasil, México, Costa Rica y Argentina se recogen en el anexo A; sin embargo, en esta sección se presentan directamente dichas lecciones, junto con los datos clave extraídos de los estudios de caso.

Los sistemas de cuidado son, por naturaleza, territoriales, pero su aplicación a nivel territorial requiere de condiciones propicias.

Incluso cuando los sistemas están regulados o coordinados a nivel nacional, su aplicación depende de los municipios, las provincias, los departamentos, los sistemas locales de salud y protección social, las organizaciones comunitarias y los responsables políticos territoriales. Las estructuras de bienestar social existentes, los sistemas laborales y las coaliciones políticas locales determinan qué formas de integración, financiación y coordinación son viables. Al mismo tiempo, la aplicación a nivel territorial no puede interpretarse como una razón para delegar la responsabilidad hacia abajo. Los gobiernos nacionales siguen siendo esenciales para establecer los marcos de derechos, los compromisos de financiación, la infraestructura de datos, las normas laborales y los mecanismos de coordinación intergubernamental.

La brecha entre las ambiciones nacionales y la realidad territorial puede suponer un importante obstáculo para la aplicación de las políticas de cuidados.

Algunos territorios cuentan con instituciones públicas sólidas, infraestructuras de cuidados ya existentes, redes organizadas de personas cuidadoras y recursos fiscales. Otros carecen de transporte, conectividad digital, personal de cuidados capacitado o infraestructuras básicas de servicios sociales. Si los sistemas de cuidados dan por sentado que todos los territorios tienen la misma capacidad de respuesta, corren el riesgo de reforzar las desigualdades y sobrecargar instituciones ya de por sí frágiles, especialmente en los territorios rurales, afectados por conflictos, indígenas, afrodescendientes y periferias urbanas.

En Uruguay, por ejemplo, el acceso a los servicios y la capacidad institucional varían de un departamento a otro, incluso en el marco del SNIC, coordinado a nivel nacional, y su aplicación es notablemente mayor en Montevideo que en los departamentos rurales del interior (Estrades & Amáble, 2024; véase el anexo A.1). En Costa Rica, solo tres instituciones en todo el país (CONAPAM¹, CONAPDIS² y el Ayuntamiento de Heredia) habían comenzado a aplicar la herramienta estandarizada de evaluación de la dependencia del SINCA a finales de 2024, tres años después de la creación del sistema, lo que ilustra cómo la implementación territorial puede ir a la zaga del diseño nacional incluso años después de que se haya aprobado la legislación relativa al sistema (Barquero Araya, 2025; véase el anexo A.6).

1 CONAPAM es la abreviación de Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

2 CONAPDIS es la abreviación de Consejo Nacional de Personas con Discapacidad.

Colombia también demuestra que los sistemas de cuidados pueden diseñarse de abajo hacia arriba. Los marcos nacionales deberían reconocer, financiar y aprender de la innovación territorial, en lugar de tratar las iniciativas locales como proyectos piloto que deben integrarse a modelos centralizados. Al mismo tiempo, la innovación territorial sin apoyo nacional tiene sus límites: los sistemas locales necesitan financiación, asistencia técnica y protección jurídica para perdurar.

A mediados de 2025, bajo el liderazgo del Ministerio de Igualdad y Equidad, la Red Territorial del Cuidado de Colombia había prestado apoyo a 77 entidades territoriales de los 32 departamentos para diseñar o adaptar sus propios sistemas territoriales de cuidado, lo que constituye un ejemplo de cómo puede traducirse en la práctica el reconocimiento y la dotación de recursos a la innovación local (Ministerio de Igualdad y Equidad, 2026; véase el anexo A.3).

Los mecanismos de coordinación son necesarios, tanto a nivel nacional como subnacional.

Los sistemas de cuidado diseñados principalmente a nivel nacional no pueden considerar la implementación subnacional como algo secundario, ya que ello conlleva el riesgo de reproducir la desigualdad territorial en lugar de reducirla. Planificar activamente la implementación subnacional también aporta resiliencia a los sistemas de cuidado nacionales, al reforzar la gobernanza local y los mecanismos de coordinación que pueden sobrevivir a las transiciones a nivel nacional. Del mismo modo, los sistemas de cuidado que se originaron a nivel subnacional y se utilizaron como modelos para expandirse a sistemas de cuidado nacionales también requieren una planificación estratégica en torno a los mecanismos de coordinación entre los actores subnacionales.

La respuesta de México a la pandemia puso de manifiesto que la ausencia de mecanismos de coordinación federal dio lugar a lo que un estudio denomina “federalismo descoordinado”, en el que los estados cubrían las carencias de forma independiente, pero con resultados fragmentados e inconsistentes, un patrón que supone un riesgo real para la implementación del sistema de cuidados, dada la gran dependencia de la Política Nacional de Cuidados de México respecto a la capacidad estatal y municipal (Cejudo, 2023; véase el anexo A.5).

Independientemente de si se ha utilizado un enfoque de diseño de abajo hacia arriba o viceversa, una implementación eficaz requiere capacidad de gobernanza para integrar los servicios, poner en contacto a las personas cuidadoras y a quienes reciben los cuidados con los programas adecuados, y coordinar las acciones entre los distintos sectores y niveles de gobierno. Los países que cuentan con mecanismos de coordinación intergubernamental más sólidos parecen estar mejor posicionados para mantener la coherencia de las políticas, reducir la fragmentación y adaptar la implementación a las diversas realidades territoriales.

El respaldo legal y la aceptación por parte de la ciudadanía son condiciones imprescindibles para la supervivencia de los sistemas.

El SNIC de Uruguay, creado mediante legislación nacional en 2015, sobrevivió al cambio de gobierno de 2020, aunque su ambición de transformar las relaciones de género se vio debilitada. Las iniciativas de cuidado más ambiciosas de Argentina, impulsadas por el Ejecutivo, entre las que se incluían un ministerio específico y una coordinación interministerial, se desmantelaron rápidamente tras la transición política de 2023, ya que el Proyecto de Ley “Cuidar en Igualdad” nunca llegó a convertirse en ley.

El respaldo legal no garantiza la eficacia, pero su ausencia puede provocar que un sistema desaparezca por completo. En Argentina, a los pocos meses de asumir el cargo en diciembre de 2023, el Gobierno de Milei rebajó el rango del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad y, posteriormente, en junio de 2024, lo suprimió por completo, despidiendo a aproximadamente 500 de sus 600 empleados y recortando el presupuesto nacional para la prevención de la violencia de género en un 89% entre 2023 y 2024 (Jaureguy, 2024; Human Rights Watch, 2025; véase el anexo A.7).

El apoyo de la ciudadanía también es importante. El SNIC de Uruguay surgió gracias a la creación sostenida de coaliciones entre movimientos feministas, el sector académico, sindicatos, organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales y actores estatales. Las investigaciones sobre personas cuidadoras en Chile sugieren que los sistemas de cuidado exitosos deben adaptarse a las realidades familiares y fomentar la confianza en los servicios públicos (Retamal-Retamal & Orellana, 2023). Los movimientos feministas, las organizaciones de personas con discapacidad, los defensores de las personas cuidadoras, los sindicatos, los trabajadores sociales y los gobiernos locales son esenciales para mantener los cuidados como una prioridad pública.

Las deficiencias de financiación entre los compromisos nacionales y las necesidades territoriales dificultan la implementación.

Ninguno de los países estudiados ha resuelto por completo la estructura de financiación de sus sistemas de cuidados. Por ejemplo, Uruguay se enfrenta a dudas persistentes sobre la sostenibilidad fiscal. En México, el Presupuesto de Egresos de la Federación para 2026 incorporó por primera vez el Anexo Transversal 31,

“Consolidación de una Sociedad de Cuidados”, que agrupa recursos de programas preexistentes sin implicar necesariamente financiamiento adicional. Al mismo tiempo, los programas con objetivos directamente vinculados al cuidado registraron una disminución del 18,6 % en términos reales respecto de 2025. El plan de Brasil se basa en gran medida en programas preexistentes y en su implementación por parte de municipios y estados con desigualdades fiscales. El presupuesto de Brasil para el periodo 2025-2027, de 24 900 millones de reales brasileños, destinado a su Plan Nacional de Cuidados, se concentra en gran medida en un único pilar que abarca los derechos y el apoyo a las personas que necesitan cuidados y a las personas cuidadoras no remuneradas; los cuatro pilares restantes, incluido el trabajo digno para cuidadores remunerados, reciben en conjunto menos del 2% de los fondos totales (Governo Federal do Brasil, 2025; véase el anexo A.4).

Los recientes debates regionales sobre financiación apuntan a un reconocimiento cada vez mayor de que los sistemas de cuidados requieren una inversión específica y sostenible. Por ejemplo, la Plataforma de Acción de Sevilla incluyó un acelerador de inversiones en políticas y sistemas de cuidados integrales en América Latina y el Caribe, impulsado por Chile, México, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Banco de Desarrollo de América Latina y el Caribe y otros aliados, con el fin de ayudar a movilizar recursos para la implementación de los sistemas de cuidados. Chile también ofrece un ejemplo de asociación de financiación más concreta: su operación del Programa de Resultados del Banco Mundial para 2025 respalda reformas intersectoriales de protección social, incluida la puesta en marcha de “Chile Cuida”, los objetivos de cobertura de los servicios de cuidados y las herramientas de coordinación municipal.

Sin embargo, estos ejemplos siguen siendo vías de financiación emergentes y no constituyen una prueba de que la región haya resuelto el déficit estructural de financiación (CEPAL, 2025c; ONU, 2025).

La implementación a nivel subnacional plantea retos financieros adicionales en torno a las transferencias intergubernamentales, la nivelación fiscal y la distribución desigual de los recursos territoriales. Los territorios con mayores necesidades de cuidados suelen ser los que cuentan con bases fiscales más débiles. El reto financiero no radica únicamente en la cantidad total de dinero disponible para los sistemas de cuidados, sino también en cómo se distribuyen los recursos entre territorios con necesidades, infraestructuras y capacidad fiscal desiguales. Brasil y México ilustran claramente esta situación, ya que la implementación depende en gran medida de estados y municipios con capacidades muy diferentes, mientras que Colombia y Costa Rica muestran cómo los territorios rurales, étnicos, migrantes y de menor capacidad pueden necesitar apoyo adicional para que los compromisos nacionales en materia de cuidados tengan sentido en la práctica. Sin mecanismos explícitos de nivelación y sin financiación recurrente para la implementación local, los compromisos nacionales para el acceso universal se ven socavados precisamente allí donde más importan.

Los patrones de marginalización de larga data determinan a quiénes alcanza la implementación de las políticas a nivel nacional y subnacional.

Los sistemas nacionales de cuidado se implementan en territorios ya marcados por desigualdades de larga data relacionadas con la raza, el origen étnico, la discapacidad, la situación migratoria, la ruralidad, la informalidad, los ingresos y el acceso a las infraestructuras públicas.

Estas dinámicas afectan no solo a quién necesita cuidados y quién los presta, sino también a qué territorios se da prioridad, qué servicios están disponibles, cómo se identifica a los beneficiarios y si las comunidades confían en las instituciones formales o pueden acceder a ellas.

Todos los países analizados en este documento muestran diferencias significativas entre el diseño del sistema de cuidados formal y la realidad de las personas cuidadoras no remuneradas, mal remuneradas o que trabajan en la informalidad. En México, el 56% de las mujeres con empleo informal no tiene acceso práctico al sistema formal de cuidado infantil que se está ampliando actualmente a través de los Centros de Educación y Cuidado Infantil (CECI) (Ruiz & Pereznieto, 2022). En Costa Rica, las comunidades indígenas se enfrentan a cargas de cuidado agravadas y a la exclusión laboral, mientras que los datos sugieren que el SINCA no llega a ellas de manera sistemática con enfoques culturalmente adecuados. En Colombia, llegar a territorios afectados por el conflicto y a territorios indígenas y afrodescendientes sigue siendo un reto pendiente y persistente, a pesar de haber probado métodos alternativos como los “barcos de cuidados” y los “Buses del Cuidado”. El SNIC de Uruguay ha dado prioridad a la profesionalización del personal de cuidados mediante la formación y la certificación, pero las disparidades territoriales en la disponibilidad de personal y la persistente feminización del trabajo de cuidados siguen limitando su alcance fuera de los departamentos con mayor capacidad.

Las condiciones laborales son, por lo tanto, fundamentales para abordar el reto de la equidad. Los sistemas de cuidados dependen de personal de cuidados calificado y estable; sin embargo, la disponibilidad de mano de obra, el acceso a la formación, los salarios, las prestaciones,

las protecciones laborales y la retención del personal varían significativamente de un territorio a otro. En las zonas rurales, las comunidades marginalizadas y los mercados laborales informales, la provisión de cuidados suele depender de trabajadoras no remuneradas, mal remuneradas, migrantes, de la comunidad o empleadas de manera informal. Sin estrategias explícitas en materia de fuerza laboral, los sistemas de cuidados pueden ampliar sus servicios al tiempo que reproducen las mismas desigualdades de género, raza y clase que pretenden abordar.

Además, no todas las personas cuidadoras y quienes reciben cuidados tienen el mismo acceso a los servicios y recursos que ofrecen los sistemas de cuidados existentes. Es posible que las personas que cuidan de niños/as pequeños/as o de personas con discapacidad que requieren un apoyo intensivo no puedan acceder a centros de cuidados como las “Manzanas del Cuidado” de Bogotá, a pesar del principio de simultaneidad de los servicios (Bustamante & Urrego, 2023). Estas barreras reflejan las características estructurales del diseño habitual de los sistemas de cuidados: centrados en el empleo formal, horarios de servicio predeterminados, infraestructura de servicios urbana y criterios nacionales de elegibilidad estandarizados.

Para hacer frente a estas limitaciones es necesario adoptar decisiones de diseño deliberadas desde el principio, entre las que se incluyen diagnósticos territoriales previos a la implementación, marcos de elegibilidad diferenciados y enfoques interculturales para el diseño de los servicios, evaluaciones de la fuerza laboral territorial, estrategias de formación adaptadas al contexto local, protecciones laborales y políticas de retención de la fuerza laboral.

No se trata de aspectos secundarios, ya que determinan si los compromisos nacionales en materia de cuidados resultan significativos para quienes cuidan, para las personas trabajadoras del sector de los cuidados y para quienes reciben cuidados, que son quienes tienen más probabilidades de quedar excluidos de los sistemas formales.

Los sistemas de cuidado integrados requieren sistemas de información integrados.

Muchos países han mejorado sus datos sobre el uso del tiempo y el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado, pero los sistemas de información sobre los cuidados a nivel territorial siguen siendo limitados. Los sistemas de datos suelen estar fragmentados entre distintos sectores y niveles de la administración, y es posible que no permitan un análisis interseccional de las necesidades de cuidados, las condiciones de la fuerza laboral, el acceso a los servicios y la interoperabilidad de los sistemas.

La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) de Chile y el Mapa Federal del Cuidado de Argentina ponen de manifiesto el valor de los datos para la visibilidad y la planificación, mientras que la evaluación de la Red Local de Apoyos y Cuidados (RLAC) de Chile muestra que la mejora de la ambición de las políticas puede verse socavada por unos sistemas de información digital deficientes. Para que los sistemas sean eficaces se requieren datos interoperables, indicadores compartidos, cartografía territorial e inversión en capacidades locales de gestión de datos. El registro digital CUIDAR.CR de Costa Rica ilustra lo incipiente que suele ser este trabajo en la práctica:

En diciembre de 2024, solo había registrado a 143 cuidadores formales y 518 personas dependientes a nivel nacional, una pequeña fracción de los aproximadamente 160 000 adultos con

Las coaliciones amplias y federadas constituyen la base más sólida para los sistemas de cuidado.

Los sistemas de cuidados son más resilientes cuando están gestionados por amplias coaliciones de movimientos feministas, organizaciones de personas con discapacidad, sindicatos, redes académicas, comunidades indígenas, gobiernos locales, organizaciones de personas cuidadoras y trabajadores/as del sector de los cuidados, en lugar de depender de una única administración o ministerio. En Argentina, aunque la infraestructura de cuidados estatal construida entre 2019 y 2023 fue desmantelada rápidamente tras el cambio de gobierno en 2023, el Encuentro Nacional de Mujeres (una reunión federal que abarca todas las provincias y se celebra anualmente desde 1986) ha seguido proporcionando una base sólida sobre la que podría construirse la futura recuperación del sistema de cuidados (Grados, 2025; véase el anexo A.7).

Estas coaliciones refuerzan la legitimidad política, la apropiación territorial, la continuidad y la capacidad de implementación. Los niveles subnacionales suelen ser aquellos en los que estas relaciones son más sólidas, incluso cuando los mecanismos de participación no están lo suficientemente institucionalizados. La participación no debería limitarse a la consulta durante el diseño de políticas o a las auditorías públicas; debería extenderse al seguimiento de la implementación, la elaboración de presupuestos, la evaluación y la planificación para la adaptación. La cuestión no es solo si un gobierno nacional está comprometido con el cuidado, sino también si las coaliciones de actores tienen la capacidad y la legitimidad para mantener el cuidado como prioridad pública a pesar de los cambios políticos.

05

RECOMENDACIONES
PARA GOBIERNOS
SUBNACIONALES Y
DEFENSORES/AS

En esta sección se exponen recomendaciones dirigidas específicamente a los gobiernos municipales, departamentales y provinciales de América Latina, así como a las personas defensoras, las organizaciones feministas y otros actores aliados de la sociedad civil. Los gobiernos nacionales siguen siendo actores esenciales en las políticas de cuidados, pero los gobiernos subnacionales y los movimientos no son meros ejecutores de las decisiones nacionales. Como ha puesto de manifiesto este documento, han sido la fuente de innovación política en repetidas ocasiones, la última línea de defensa frente a los retrocesos a nivel nacional y los actores más cercanos a las mujeres cuyas vidas las políticas de cuidados pretenden mejorar.

1. **Recomendación 1: Utilizar datos territoriales para hacer visible la carga de cuidados a nivel local y convertirla en un tema de relevancia política.**

El Mapa Federal del Cuidado de Argentina demostró que los datos territoriales sobre la oferta y la demanda de cuidados pueden constituir una potente herramienta de planificación y defensa de los derechos. Los gobiernos subnacionales que carecen de acceso a una infraestructura nacional de datos, o cuya infraestructura nacional ha sido desmantelada, pueden desarrollar una infraestructura propia. Esto podría incluir estudios municipales o provinciales sobre el uso del tiempo, la cartografía participativa de los servicios de cuidados existentes y las carencias, y la documentación de las cargas de cuidado en comunidades específicas;

especialmente entre las mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales y con empleo informal, que a menudo quedan invisibilizadas en las estadísticas nacionales. Hacer visible la crisis local de los cuidados en el lenguaje de la planificación presupuestaria y de desarrollo municipal suele ser el primer paso necesario para generar la voluntad política necesaria para la inversión local en cuidados.

2. **Recomendación 2: Aprovechar los sistemas locales para ampliar el acceso a los servicios de cuidado, incluso donde las iniciativas nacionales se estén quedando atrás.**

Bogotá creó uno de los modelos de cuidados más reconocidos internacionalmente de la región como iniciativa municipal, años antes de que Colombia contara con un marco nacional. Las redes municipales de Chile sirvieron de base para la legislación nacional que se promulgó posteriormente. Los gobiernos subnacionales deberían evaluar cómo pueden utilizar sus competencias legales, presupuestos y responsabilidades en materia de prestación de servicios para ampliar el apoyo relacionado al cuidado, al tiempo que documentan las deficiencias en materia de financiación, regulación y coordinación que requieren una intervención a nivel nacional.

3. **Recomendación 3: Incluir de forma deliberada a diversas organizaciones de mujeres, a las personas cuidadoras a nivel local y a las personas que necesitan cuidados en el diseño e implementación de los sistemas de cuidado.**

Este documento muestra que los criterios nacionales de elegibilidad estandarizados, basados en el empleo formal o en modelos de servicios urbanos, tienden a excluir específicamente a las mujeres que trabajan en el sector informal, las de zonas rurales, las indígenas y las afrodescendientes. Los gobiernos subnacionales cuentan con un conocimiento local del que a menudo carecen los sistemas nacionales. Antes de adoptar o poner en marcha un programa nacional, los gobiernos locales deberían preguntarse explícitamente qué mujeres de su territorio tienen menos probabilidades de ser beneficiarias según su diseño predeterminado, y deberían adaptar en consecuencia las estrategias de divulgación, los procesos de elegibilidad y la ubicación de los servicios, en lugar de considerar las desigualdades como un problema que el gobierno nacional deberá resolver más adelante.

4. **Recomendación 4: Identificar, mediante datos y consultas directas, en qué casos los procesos administrativos excluyen a personas cuidadoras que cumplen con los requisitos, y rediseñar los procedimientos de elegibilidad para reducir esa brecha y aumentar la cobertura.**

Una investigación realizada en Chile reveló que el 41% de las personas cuidadoras que no pudieron acceder a los servicios fueron excluidas debido a criterios de elegibilidad que no podían cumplir, a menudo como consecuencia de procesos administrativos complicados y no por una falta de elegibilidad real

(Retamal-Retamal & Orellana, 2023). Los gobiernos subnacionales deberían considerar la simplificación del acceso; en un lenguaje sencillo y, cuando proceda, en las lenguas locales pertinentes; como un elemento fundamental del diseño de los programas, y no como algo secundario, y deberían partir de la base de que la escasa utilización de un servicio puede deberse a barreras de acceso y no a una falta de necesidad.

5. **Recomendación 5: Considerar las condiciones laborales del personal de cuidados como parte del sistema.**

Una investigación realizada en Colombia reveló que incluso un modelo reconocido internacionalmente como el de las “Manzanas del Cuidado” de Bogotá reproducía condiciones laborales precarias e informales para algunas de las personas trabajadoras de cuidados que empleaba (Montoya-Robledo & Fernández-Gallego, 2026). Una situación similar surge en las Unidades de Transformación y Organización para la Inclusión y la Armonía Social (Utopías) de la Ciudad de México, donde más de 1 600 participantes operativos son descritos como facilitadores de servicios para las personas beneficiarias que reciben apoyo económico, mientras realizan actividades relacionadas con el cuidado, la educación, la inclusión, el bienestar social y el mantenimiento de espacios públicos, sin una relación formal de empleado público que les otorgue protecciones laborales (Colin et al., 2024; El Universal, 2026).

La OIT (2024b) identifica la formalización de los empleos en el sector de los cuidados, salarios adecuados, límites razonables de la jornada laboral, la seguridad y la salud en el trabajo, la seguridad social, la inspección laboral y la libertad de asociación y de representación como elementos fundamentales del trabajo decente en el sector de los cuidados. Asimismo, establece que los proveedores de cuidados del sector público deben dar el ejemplo. Estas directrices han sido reforzadas por el Opinión Consultivo OC-31/25 de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2025), que concluyó que, independientemente del sector en el que trabajen, las personas trabajadoras en el sector de los cuidados remunerados tienen los mismos derechos laborales que el resto de los trabajadores y que los Estados deben adoptar medidas especiales para garantizar condiciones de trabajo justas, equitativas y satisfactorias, debido a la invisibilidad y la infravaloración históricas del trabajo de cuidados. La Corte identificó específicamente, entre las protecciones pertinentes, la remuneración justa, la estabilidad en el empleo, la seguridad en el trabajo, la limitación de la jornada laboral, el descanso, la seguridad social, la inspección y el acceso a recursos de protección. El Compromiso de Tlatelolco de 2025 insta además a los países de la región a aplicar el Marco de las 5R de la OIT, promover la profesionalización del sector de los cuidados e incluir a los sindicatos, las organizaciones de personas trabajadoras del hogar, las redes de personas cuidadoras y las cooperativas de cuidados en el diseño, la aplicación y el seguimiento de las políticas de cuidados (CEPAL, 2025b).

Los gobiernos subnacionales que amplíen los servicios de cuidados deberían establecer desde el principio normas laborales explícitas; incluidos salarios, contratos, medidas de seguridad en el trabajo y cobertura de la seguridad social; para las personas trabajadoras del sector de los cuidados, en lugar de considerar que la creación de empleo en este sector es automáticamente beneficiosa, independientemente de las condiciones laborales. No deberían utilizarse categorías como “facilitador”, “beneficiario” o “voluntario” para ocultar relaciones que, en la práctica, tienen las características de un empleo remunerado habitual, ni para trasladar los costes y riesgos de la prestación de servicios a personas ya marginalizadas, a menudo mujeres y niñas.

6. **Recomendación 6: Participar en intercambios de aprendizaje a nivel nacional, regional e internacional.**

Los gobiernos subnacionales y las asociaciones municipales regionales deberían invertir en el intercambio directo con ciudades y provincias homólogas que se enfrenten a retos similares, tanto dentro de América Latina como fuera de ella. Las organizaciones internacionales, entre ellas la CEPAL, la OIT, el Banco Interamericano de Desarrollo y ONU Mujeres, podrían facilitar este intercambio. Al mismo tiempo, los modelos desarrollados en contextos políticos y de Estado del bienestar muy diferentes, incluso fuera de América Latina, deberían considerarse una fuente de ideas de diseño que deben ponerse a prueba y adaptarse, y no plantillas que deban adoptarse directamente.

7. **Recomendación 7: Impulsar y colaborar en el diseño de mecanismos de nivelación fiscal.**

Los gobiernos subnacionales con mayores necesidades de cuidado suelen ser los que tienen menor capacidad fiscal para hacerles frente. Los gobiernos locales y las asociaciones regionales deberían abogar no solo por una mayor financiación del cuidado en general, sino también, de forma explícita, por disposiciones de nivelación fiscal dentro de cualquier marco nacional de financiación del cuidado, ya que una financiación nacional basada en fórmulas, sin ajustes de equidad, podría reproducir la desigualdad territorial existente en lugar de reducirla. Los diagnósticos territoriales, los datos sobre el uso del tiempo, la cartografía de las necesidades de cuidado y los análisis de las carencias en los servicios pueden ayudar a los gobiernos locales a documentar por qué una financiación igualitaria no siempre es una financiación equitativa. Estas herramientas también pueden reforzar los argumentos a favor de la coinversión nacional, las transferencias de nivelación fiscal y el apoyo específico a los territorios en los que las necesidades en materia de cuidados son elevadas y la capacidad de implementación es débil.

8. **Recomendación 8: Incorporar el cuidado a los presupuestos locales.**

Las administraciones locales deberían identificar y clasificar el gasto relacionado con los cuidados que ya se está produciendo, pero que actualmente no se contabiliza como tal porque se encuentra disperso entre los presupuestos de salud, asistencia social, obras públicas y transporte.

La experiencia de Chile anterior a 2026 demuestra que los servicios de cuidados dependen tanto del transporte, el acceso digital y las infraestructuras accesibles como de los programas específicos de cuidados, y que este gasto a menudo ya existe sin que se perciba como una inversión en cuidados.

Las administraciones locales también deberían abstenerse de calificar la reclasificación o la consolidación de partidas presupuestarias existentes como “nueva inversión”, incluso cuando ello resulte políticamente conveniente. Este es precisamente el patrón sobre el que Maske (2025) y otros advierten que corre el riesgo de generar un reconocimiento sin que se produzca un cambio sustancial; un presupuesto municipal destinado al cuidado debería ser auditable y distinguir claramente entre los recursos nuevos y los ya existentes que se han reorganizado.

Asimismo, los compromisos presupuestarios plurianuales, incluso los más modestos, ofrecen una protección más sólida a los programas de cuidado que las asignaciones anuales de mayor cuantía, teniendo en cuenta que este documento ha demostrado de forma reiterada que la infraestructura de cuidados es vulnerable en los momentos de transición política; un plan de inversiones a tres años para un único centro de cuidados es más duradero que una partida presupuestaria discrecional anual que una nueva administración puede simplemente dejar de renovar.

Los gobiernos locales deberían hacer un seguimiento y publicar qué porcentaje del presupuesto local se destina específicamente a los grupos vulnerables pertinentes (por ejemplo, las personas con empleo informal, las personas mayores, las poblaciones indígenas y afrodescendientes), ya que tanto los presupuestos nacionales como los locales tienden a favorecer de forma implícita a las poblaciones urbanas con empleo formal, a menos que se mida y se informe deliberadamente sobre la equidad en la distribución, y no solo sobre la equidad en el gasto total.

CONCLUSIONES

Los sistemas nacionales de cuidados reflejan un reconocimiento cada vez mayor de que los cuidados constituyen una infraestructura social esencial, fundamental para la igualdad de género y básica para el bienestar económico y social. Sin embargo, el éxito a largo plazo de estos sistemas no solo depende de la legislación nacional o de la ambición política, sino también de la capacidad de dichos sistemas para adaptarse a territorios con desigualdades, llegar a las personas que prestan cuidados; especialmente a las mujeres marginalizadas a las que el diseño nacional estandarizado suele pasar por alto; y sobrevivir a los cambios institucionales y políticos. En última instancia, los cuidados se prestan, y las políticas de cuidados se ponen en práctica, en las comunidades, los municipios y los hogares, no en los ministerios nacionales.

Los siete casos analizados aquí reflejan tanto avances reales como vulnerabilidades recurrentes. La experiencia de Argentina desde 2023 constituye el ejemplo reciente más claro de lo que ocurre cuando los sistemas de cuidados se construyen sin un anclaje jurídico duradero ni amplias coaliciones sociales; sin embargo, el sistema de Colombia se encuentra actualmente en un limbo político y legislativo que pondrá a prueba la supervivencia del nuevo sistema. El SNIC de Uruguay demuestra el valor del enfoque opuesto, al tiempo que pone de manifiesto que la supervivencia jurídica no garantiza una ambición feminista sostenida. En todos los casos, las mujeres con mayor probabilidad de quedar excluidas de los sistemas de cuidados formales (por ejemplo, las mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales y con empleo informal) son también las que soportan las cargas de cuidados más pesadas.

El trabajo futuro sobre la política de cuidados en la región debe abordar los cuidados como un reto de gobernanza multinivel que requiere adaptación territorial, financiación específica, coordinación institucional, resiliencia política y un compromiso claro y continuo para llegar a aquellas mujeres que el diseño nacional suele pasar por alto. Esto exige no solo el diseño técnico de las políticas, sino también una inversión sostenida en las relaciones, las instituciones y las coaliciones capaces de defender el derecho a los cuidados como un compromiso público duradero; incluido, y especialmente, el ámbito subnacional. Un riesgo importante es generar expectativas en las localidades de que implementen sistemas de cuidados sin contar con los recursos consistentes y específicos necesarios para respaldarlos. Sin embargo, cuando los contextos subnacionales cuentan con las inversiones adecuadas, se obtienen lecciones útiles para las políticas nacionales y los intercambios entre distintos niveles subnacionales.

Los datos analizados sugieren que una implementación territorial satisfactoria es una condición necesaria, aunque no suficiente, para mejorar los resultados tanto para las personas cuidadoras como para las personas que reciben cuidados. Sin embargo, los datos comparables sobre los efectos a largo plazo; sociales, económicos y en materia de bienestar; de los sistemas de cuidados latinoamericanos siguen siendo limitados.

REFERENCIAS

Addati, L., Cattaneo, U., Esquivel, V., & Valarino, I. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. International Labour Organization. →

Alvarez Rivadulla, M. J., Fleischer, F., & Hurtado-Tarazona, A. (2024). *Making the state care: The role of political willingness and brokerage in Bogotá's new feminist care policy*. *City*, 28(5–6), 637–658. →

Arochi, X. (2026, May 8). *Brugada agradece aprobación unánime de reforma sobre el derecho a los cuidados [Brugada thanks lawmakers for unanimous approval of reform on the right to care]*. *Proceso*. →

Banco Mundial. (2025, abril 30). *Program appraisal document on a proposed loan in the amount of US\$150 million to the Republic of Chile for improving the quality of intersectoral social protection in Chile*. Social Protections & Jobs, Latin America and the Caribbean. →

Barquero Araya, P. (2025). *Informe de fin de gestión, 2023-2024: Jefe, Departamento de Atención Integral e Interinstitucional y SINCA [End-of-term report, 2023–2024: Head of the Department of Comprehensive and Interinstitutional Care and SINCA]*. Instituto Mixto de Ayuda Social, Gobierno de Costa Rica. →

Bustamante, N. R., & Urrego, P. C. (2023). *Análisis de la implementación de la estrategia del Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá: Manzanas del Cuidado. Resultado de investigación [Analysis of the implementation of Bogotá's District Care System strategy: Care Blocks. Research Report]*. Digna: Trabajo y Género. →

Cejudo, G. M. (2023). *Uncoordinated federalism: Subnational response to the pandemic crisis in Mexico*. *Public Administration and Development*, 43(2), 176–184. →

Cejudo, G. M. (2023). *Uncoordinated federalism: Subnational response to the pandemic crisis in Mexico*. *Public Administration and Development*, 43(2), 176–184. →

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. (2025, October 29). *Sistema Nacional de Cuidados: avances y limitaciones presupuestarias*. →

Chaverri-Carvajal, A., & Matus-López, M. (2021). Cuidados de larga duración en Costa Rica: enseñanzas para América Latina desde la evidencia internacional [Long-term care in Costa Rica: Lessons for Latin America from international evidence]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e146. →

Colin, A. R. C., Vasil'eva, J., Vilchis, L. M. G., Montes, A. P., Rodriguez, P. B. G., & García, R. T. (2024). *Sistematización de la experiencia de las Unidades de Transformación y Organización para la Inclusión y la Armonía Social (UTOPIÁS) y el Sistema Público de Cuidados de la Alcaldía Iztapalapa* [Systematization of the experience of the Units for Transformation and Organization for Inclusion and Social Harmony (UTOPIÁS) and the Public Care System of the Iztapalapa Borough]. Coalición por el Derecho al Cuidado Digno y Tiempo Propio de las Mujeres. →

Consejo Nacional de Población. (2024, December 27). *Del acelerado envejecimiento poblacional*. →

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025a). *Action for equality, development and peace in Latin America and the Caribbean: Regional report on the review of the Beijing Declaration and Platform for Action, 30 years on, in synergy with the implementation of the Regional Gender Agenda* (LC/MDM.66/5). →

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025b). *Tlatelolco Commitment: A decade of action to achieve substantive gender equality and the care society* (LC/CRM.16/7). →

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2025c). *Briefing note: ECLAC reaffirms that investing in the care economy and gender equality is key to accelerating sustainability and peace*. →

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2025). *Advisory Opinion 31 of 2025: The content and scope of the right to care and its interrelationship with other rights*. →

Dirección de Presupuestos de Chile & Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2020). *Informe final de evaluación de programas gubernamentales (EPG): Programa Red Local de Apoyos y Cuidados* [Final evaluation report of government programs: Local Support and Care Network Program]. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Subsecretaría de Servicios Sociales. →

El Mostrador Braga. (2026, febrero 9). *Chile Cuida ya es ley: gobierno impulsa un sistema nacional para dignificar el trabajo de cuidado*. →

El Tiempo. (2025, November 21). *Bogotá inaugura Manzana del Cuidado en Ciudad Bolívar, el centro que faltaba para atender a todas las mujeres cuidadoras y a sus familias en la ciudad.* →

El Universal. (2026, febrero 20). *Contratarán a mil 602 personas para operar Utopías.* →

Esquivel, R. S. (2025, October 20). *Construir el cuidado: el largo camino para consolidar el SINCA.* *Delfino.cr.* →

Estrades, C., & Amábile, F. (2024, August 13). *Uruguay's lessons for building a care economy.* *Project Syndicate.* →

Fundar & Instituto Universitario CIAS. (2025). *Mapa de las políticas sociales en la Argentina 2025: continuidades y rupturas durante la presidencia de Javier Milei* →

Garcia, J. V. (2025). *O indígena com deficiência nas políticas de saúde brasileiras: obstáculos e perspectivas para inclusão.* *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, 14(2), 53–63. →

Gobierno de Chile. (2024). *Política Nacional de Apoyos y Cuidados 2025–2030.* Ministerio de Desarrollo Social y Familia. →

González, M. (2025, July 1). *Casas de la Alegría: una red que cuida a hijos de recolectores de café [Houses of Joy: A network that cares for the children of coffee pickers].* *La República.* →

Governo Federal do Brasil. (2025). *Plano Nacional de Cuidados: Brasil que Cuida.* →

Goyeneche, G., Lara, C., de Sierra, I. P., & Plá, B. V. (2025). *ALiGN report: Transforming gender norms through Uruguay's National Integrated Care System.* Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo. →

Grados, M. (2025). *Rapid scoping review 2025: Argentina, countering rollback country brief.* Institute of Development Studies. →

Guimarães, N. A. A. (2024). *A “crise do cuidado” e os cuidados na crise: refletindo a partir da experiência brasileira.* *Sociologia & Antropologia*, 14(1), 1–22. →

Guimarães, N. A., & Pinheiro, L. (2023). O halo do cuidado: desafios para medir o trabalho remunerado de cuidado no Brasil. In A. A. Camarano & L. Pinheiro (Eds.), *Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil* (pp. 443–485). →

Hopp, M. V. & Bonelli, J. M. (2025). Cuidados comunitarios y agenda sindical en la economía popular: un análisis de las propuestas legislativas para su regulación en Argentina. *Revista Latinoamericana de Antropología del Trabajo*, 9(19), 1–27. →

Human Rights Watch. (2025, diciembre 1). *Women in Argentina face rising violence*. →

Instituto del Café de Costa Rica. (2022, enero 25). *Cosecha de café 2021-2022 de Costa Rica sube \$40.45 por quintal en precio FOB*. →

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. →

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2025a, agosto 6). *IMSS transforma San Quintín, Baja California, con salud, cuidados infantiles y justicia laboral* (No. 394/2025). →

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2025b, octubre 3). *Impulsa H. Consejo Técnico del IMSS construcción de CECI en Baja California para atender a 110 niños en zona agrícola* (No. 502/2025). →

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2025c, octubre 29). *Avanza meta para construir mil Centros de Educación y Cuidado Infantil con medio millón de lugares para niñas y niños: Zoé Robledo* (No. 548/2025). →

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022*. →

Inter-American Development Bank. (2025). *Support for strengthening and expanding the National Care System in Costa Rica*. →

International Work Group for Indigenous Affairs. (2026, abril 22). *El Mundo Indígena 2026: Costa Rica*. →

Jaureguy, M. (2024, June 6). Government shutters what remains of Women, Genders, Diversity Ministry. *Buenos Aires Herald*. →

Latina Republic. (2026, June 8). *Brazil expands national care policy to support women caregivers*. →

López-Ortega, M. (2024). Long-term care in Mexico: Identifying challenges and future strategies. *Public Policy and Aging Report*, 34(1), 22–26. →

Mahon, R. (2024). The care economy al América Latina: A multi-scalar feminist project. *Social Politics*, 31(4), 710–733. →

Maske, B. L. (2025). O cuidado em crise e a lei 15.069/24 no cenário latino-americano. *Revista da Universidade Federal de Minas Gerais*, 32(e-61534). →

Matus-Lopez, M., & Pedraza, C. C. (2016). New long-term care policies in Latin America: The National System of Care in Uruguay. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(7), 663–665. →

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2026, 16 February). *Ley Chile Cuida entra en vigencia tras su publicación en el Diario Oficial*. →

Ministerio de Igualdad y Equidad. (2025a). *Programa Nacional de Cuidado*. Viceministerio para la Poblaciones y Territorios Excluidos y la Superación de Pobreza, & Dirección de Cuidado. Oficina de Saberes y Conocimientos Estratégicos. [Accedido el 15 de mayo, 2026.] →

Ministerio de Igualdad y Equidad. (2025b). *Red Territorial del Cuidado: estrategia de asistencia técnica para el diseño e implementación de sistemas territoriales de cuidado en Colombia*. →

Ministerio de Igualdad y Equidad. (2026). *Sistematización del Sistema Nacional de Cuidado de Colombia, 2022 a 2026*. →

Montoya-Robledo, V., & Fernández-Gallego, B. (2026). Who does Bogotá “care” for? Care Blocks, care workers and the Sustainable Development Goals. *Sustainable Development*, 1–16. →

Myers, R. G., & Vargas, D. U. (2023). Atención a niñas y niños menores de 4 años en México durante el gobierno de AMLO: análisis de un cambio de estrategia. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 53(1). →

Naciones Unidas. (2025). *FFD4 Sevilla Platform for Action initiatives: Full list*. Department of Economic and Social Affairs, Financing for Development Office. →

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2024a, marzo 7). *Moving towards equality: The role of care work in the Latin American labour market*. →

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2024b, junio 14). *Resolution concerning decent work and the care economy. International Labour Conference, 112th Session.* →

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2024c, octubre 29). *Unpaid care work prevents 708 million women from participating in the labour market.* →

Ossandón, M. (2026, febrero 9). Gobierno promulga Chile Cuida: “Algunos dicen que es simbólico... qué insolente es la ignorancia”. *BioBioChile.* →

Pavlenko, A. (2026, mayo 17). Territorial approach requires government interaction - National Planning Director of Uruguay. *Trend News Agency.* →

Prieto, S. (2025). Los cuidados retroceden: las políticas de cuidados en Argentina reciente (2019-2024). *Estado, Gobierno y Gestión Pública*, 23(44), 194–230. →

Quiroga, S. (2024, mayo 2). Argentina under Milei: The first 120 days of a government marked by wide-ranging attacks on women’s rights. *Equality Now.* →

Razavi, S. (2007). *The political and social economy of care in a development context: Conceptual issues, research questions and policy options.* United Nations Research Institute for Social Development. →

Retamal-Retamal, A. A., & Orellana, N. A. E. (2023). Familia que cuida: un análisis respecto a la valorización de la oferta pública dirigida a los cuidados en Chile. *KAIRÓS*, 6(11), 126–146. →

Ruiz, L., & Pereznieto, P. (2022). *Women in formal and informal labour markets in Mexico.* Work and Opportunity for Women (WOW). →

Sánchez, B. (2023, junio 13). Nuevo informe pone en evidencia al aumento de la desigualdad en zonas rurales y costeras de Costa Rica. *Delfino.cr.* →

Santos, T. E. (2025). *E da cuidadora, quem cuida? Um olhar sobre as políticas públicas, o reconhecimento como direito e compromisso do Estado para mulheres que atuam no trabalho de cuidado invisibilizado.* Universidade Estadual Paulista. →

Secretaría Distrital de la Mujer (SDM). (2026, abril 6). *Sistema Distrital de Cuidado atendió a más de 297 mil personas en 2025 y ampliará su cobertura en 2026.* SDM/Sistema de Cuidado. →

Sternkopf, M. (2024). International actors and national policies: The introduction of the national care system in Uruguay. *Policy Sciences*, 57, 639–661. →

Universidad de Costa Rica. (2020, noviembre 5). *Atlas de Desarrollo Humano Cantonal 2020 constata rezago y desigualdades.* →

ANEXO A: ESTUDIOS DE CASO POR PAÍS

Los países analizados muestran avances importantes a la hora de situar los cuidados como una cuestión de política pública vinculada a la igualdad de género, los mercados laborales, el envejecimiento, la discapacidad y el desarrollo económico. Al mismo tiempo, los casos revelan una variación sustancial en cuanto al diseño institucional, la aplicación territorial, las estructuras de gobernanza, los mecanismos de financiación y los niveles de consolidación de las políticas. Una conclusión recurrente en todos los casos es que los sistemas de cuidados se aplican, en última instancia, a nivel territorial, aunque se hayan diseñado a nivel nacional.

A.1 Uruguay

En general, se considera que Uruguay es el primer país de América Latina en establecer un sistema nacional integral de cuidados. Creado en 2015 mediante la Ley n.º 19.353, el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se diseñó como un sistema interinstitucional que integra los servicios, la regulación, la formación del personal, la gestión de la información y la coordinación entre sectores.

El SNIC surgió de “un amplio debate social y político en el que participaron diversos actores sociales, entre ellos académicos, organizaciones de la sociedad civil y funcionarios públicos” (Goyeneche et al., 2025, p. 9). La creación sostenida de coaliciones, incluso con instituciones internacionales como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y ONU Mujeres, fue fundamental para replantear el cuidado, pasando de considerarlo una cuestión privada del ámbito doméstico a un asunto de política pública. Las organizaciones internacionales actuaron como miembros activos de esta coalición, en lugar de como actores externos neutrales, y un foro nacional sobre los cuidados celebrado en 2023 siguió reuniendo a la sociedad civil, el ámbito académico y los socios de la cooperación internacional en torno al desarrollo del SNIC.

Este sistema reconoce explícitamente que tanto las personas que prestan cuidados como las que los reciben tienen derecho al cuidado y pretende reducir la fragmentación en la prestación de cuidados a niños/as, personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia (Sternkopf, 2024; Mahon, 2024). El SNIC incluye servicios de cuidado infantil temprana, asistentes personales para personas con dependencia severa, servicios de teleasistencia, iniciativas de formación para personas cuidadoras y servicios de apoyo para las personas mayores.

También ha buscado profesionalizar el trabajo de cuidados mediante programas de formación, mecanismos de certificación e iniciativas de regulación laboral para mejorar las condiciones laborales en sectores históricamente feminizados y precarios (Goyeneche et al., 2025; Matus-López y Pedraza, 2016).

Sin embargo, las encuestas nacionales sobre el uso del tiempo siguen indicando que persisten las desigualdades de género en el trabajo de cuidados no remunerado. La encuesta sobre el uso del tiempo de Uruguay de 2021 reveló que las familias (y, en particular, las mujeres dentro de las familias) siguen siendo las principales proveedoras de cuidados, a pesar de la existencia del SNIC y de su objetivo explícitamente transformador de abordar la división del trabajo en función del género y redistribuir las responsabilidades de cuidados entre el Estado, las familias, las comunidades, los mercados, los hombres y las mujeres. Del mismo modo, Goyeneche et al. (2025) subrayan que el SNIC solo ha logrado parcialmente el cambio de un modelo de cuidados basado en la familia hacia una organización más colectiva de los mismos, lo que en ocasiones se describe en la literatura sobre políticas sociales como “desfamiliarización”. En la práctica, esto significa reducir la dependencia automática de los cuidados familiares no remunerados, en particular, el trabajo de cuidados de las mujeres, mediante la ampliación de los servicios públicos, los apoyos comunitarios, el trabajo de cuidados remunerado y digno, y la responsabilidad compartida.

Tras la transición política de Uruguay en 2020, el SNIC se mantuvo intacto desde el punto de vista jurídico e institucional, pero Mahon (2024) documenta que, durante el Gobierno de Lacalle Pou (2020-2025), el Comité Consultivo de Cuidados creado en el marco del SNIC para garantizar la supervisión continua por parte de la sociedad civil quedó relegado a un segundo plano, y el enfoque original del sistema, orientado a la transformación de género, perdió parte de su visibilidad política.

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

Aunque el sistema uruguayo está coordinado a nivel nacional, el acceso a los servicios y las capacidades institucionales varían según el contexto, con una aplicación más sólida en Montevideo y en otros departamentos con mayor capacidad. La directora nacional de Ordenamiento Territorial de Uruguay, Paola Florio, señaló en 2026: “Las transformaciones reales se producen sobre el terreno, y son las autoridades locales, que forman parte del sistema nacional, las que en muchos casos elaboran y aplican las políticas públicas que afectan directamente las vidas de las personas” (Pavlenko, 2026). La institucionalización jurídica a través de la legislación nacional parece haber proporcionado una mayor resiliencia que las iniciativas que dependen de las prioridades del poder ejecutivo, pero no ha eliminado las desigualdades territoriales. Estrades y Amábile (2024) señalan que, a pesar de una década de existencia del SNIC, la cobertura pública para los adultos mayores de 65 años y las personas con discapacidad sigue siendo baja (aproximadamente el 15%), mientras que la cobertura ampliada para niños/as de 0 a 3 años ha alcanzado el 57%; no obstante, las autoras advierten de que gran parte de este aumento puede reflejar la disminución de las tasas de natalidad más que una ampliación de los servicios.

Estas cifras pueden variar según el departamento, con los resultados más favorables en las zonas urbanas y menos favorables en los departamentos del interior, tanto rurales como semirurales.

A.2 Chile

Chile ha ido incorporando cada vez más el cuidado en los marcos normativos de protección social e igualdad de género a través de iniciativas como “Chile Cuida” y de debates basados en los datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT). Lo que comenzó como una iniciativa política impulsada por el Ejecutivo culminó en febrero de 2026 con la promulgación de la Ley n.º 21.805 (Ley Chile Cuida), que creó el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC) y estableció el cuidado como el cuarto pilar del sistema de protección social de Chile, junto con la salud, la educación y la seguridad social.

Una investigación realizada con personas cuidadoras no remuneradas en la Región Metropolitana de Santiago, reveló un fuerte apoyo al reconocimiento del cuidado como una responsabilidad pública: aproximadamente el 75.9% de las personas cuidadoras encuestadas estaba de acuerdo con que el cuidado debería reconocerse como un derecho, el 75.6% consideraba el cuidado como un servicio social esencial y el 70.0% apoyaba una compensación económica por el trabajo de cuidados. Al mismo tiempo, menos de la mitad de las personas cuidadoras encuestadas estaban de acuerdo con que el cuidado se institucionalizara a través de programas sociales públicos, lo que refleja tanto la importancia cultural del cuidado familiar como las preocupaciones sobre la idoneidad y la accesibilidad de los servicios públicos existentes (Retamal-Retamal & Orellana, 2023). Esta ambivalencia sobre el papel del Estado en la prestación de servicios de cuidado pone de manifiesto que los avances legislativos no se traducen automáticamente en legitimidad social ni en demanda de servicios formales.

La Ley n.º 21.805 consagra tres dimensiones del derecho al cuidado (el derecho a cuidar, a ser cuidado y al autocuidado) que se aplican a niños/as y adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad, personas en situación de dependencia y personas cuidadoras (tanto remuneradas como no remuneradas), lo que convierte a las personas cuidadoras en titulares de derechos dentro del sistema. Desde una perspectiva feminista, la inclusión explícita de las personas cuidadoras no remuneradas como titulares de derechos representa un importante avance normativo, y el marco conceptual de Chile cita explícitamente el “diamante del cuidado” de Razavi (2007) (Gobierno de Chile, 2024).

La ley está coordinada conjuntamente por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y el Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. El presupuesto destinado a los cuidados pasó de 73 000 millones de pesos chilenos en 2023 a una previsión de 151 500 millones de pesos chilenos para 2026 (El Mostrador Braga, 2026; Ossandón, 2026). Además, existe una estructura de implementación subnacional explícita con estructuras de gobernanza regionales (Comités Regionales de Apoyos y Cuidados).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

El caso de Chile es importante porque la legislación de 2026 se aprobó tras años de experiencia en la aplicación a nivel territorial, lo que lo convierte en un caso en el que el aprendizaje subnacional precedió y dio forma a la legislación nacional, en lugar de diseñarse de forma descendente a partir de ella (CEPAL, 2025a). La RLAC coordinó los servicios de apoyo locales para los hogares con miembros en situación de dependencia, en particular personas mayores y personas con discapacidad, a través de redes municipales y sistemas de derivación intersectoriales.

Una evaluación realizada en 2020 por la Dirección de Presupuestos de Chile, en colaboración con el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, identificó problemas de diseño y ejecución en el programa predecesor del RLAC: No se reconocía suficientemente a la persona cuidadora principal no remunerada como destinataria de la intervención; las municipalidades se enfrentaban a retrasos, rotación de personal y dificultades para cumplir los compromisos de cobertura; los mecanismos de rendición de cuentas eran débiles; y los sistemas de información no podían generar indicadores clave de rendimiento, ya que los datos solían permanecer en expedientes físicos (Dirección de Presupuestos de Chile y Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Estos hallazgos muestran que el crecimiento de la financiación y el alcance territorial no avanzan necesariamente al mismo ritmo.

Antes de la entrada en vigor de la nueva ley, Retamal-Retamal y Orellana (2023) identificaron el incumplimiento de los criterios de elegibilidad para los programas sociales como una de las barreras concretas más comunes para el acceso a los servicios, según señaló el 41% de las personas cuidadoras encuestadas. Entre otras barreras se incluían la falta de información sobre los servicios disponibles, la fragmentación de la oferta de programas y la distribución territorial desigual de las infraestructuras de apoyo. Asimismo, destacan que, para una aplicación eficaz de las políticas de cuidados, se necesitan inversiones territoriales que vayan más allá de los programas sociales, incluyendo el transporte, el acceso digital, las infraestructuras sanitarias y unos servicios geográficamente accesibles con personal cualificado (Retamal-Retamal & Orellana, 2023).

La ley de 2026 estableció una estructura de gobernanza subnacional explícita que aborda algunas de estas carencias a través de las Mesas Regionales de Cuidados y la planificación municipal gradual (El Mostrador Braga, 2026). Se exigió que las normas de desarrollo se publicaran en un plazo de seis meses a partir de la publicación de la ley, lo que significa que, en el momento de redactar este informe, la implementación territorial se encontraba aún en una fase inicial (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2026).

Asimismo, la intervención del Banco Mundial en Chile se ha centrado en la financiación, así como en los sistemas de prestación de servicios, los modelos de intervención municipal y la integración con el marco más amplio de protección social. Un documento del Programa de Resultados del Banco Mundial (2025) señala que el programa incluirá varias medidas para consolidar y ampliar el SNAC, entre ellas el diseño de un sistema de gestión del SNAC, la ampliación del apoyo a las personas con discapacidad, la consolidación de un presupuesto para “agrupar todos los programas de apoyo a los cuidados en una única partida presupuestaria”, establecer nuevos indicadores para identificar a los hogares con personas dependientes y personas cuidadoras, y establecer nuevos mecanismos de seguimiento para determinar “el número de mujeres que prestan cuidados y que reciben servicios de respiro, así como el número de personas dependientes que acceden a servicios de cuidados fuera del ámbito familiar (incluidas aquellas por discapacidad y/o edad)”. El programa “también certificará las competencias y habilidades de numerosas cuidadoras y trabajadoras del sector de los cuidados basándose en la identificación de las necesidades de competencias, mejorando no solo la calidad de la atención, sino también sus perspectivas laborales” (Banco Mundial, 2025).

El caso de Chile sugiere que las alianzas con los bancos de desarrollo pueden contribuir a reforzar la arquitectura técnica de la implementación desde el ámbito nacional hasta el local, pero no pueden sustituir la responsabilidad política nacional, la financiación recurrente y la capacidad de gobernanza territorial.

A.3 Colombia

Colombia se ha convertido en un importante ejemplo reciente de desarrollo de un sistema de cuidados en América Latina, basándose en innovaciones locales al tiempo que desarrolla el Sistema Nacional de Cuidado (SNC). El Sistema Distrital de Cuidado de Bogotá, puesto en marcha en 2020, aplica una estrategia espacial que concentra los servicios públicos de ocio y cultura, educación, apoyo psicosocial y empleo en un radio de 20 minutos a pie en los barrios urbanos. Esta estrategia se denomina “Manzanas del Cuidado” (denominadas “Care Blocks” en inglés). A finales de 2025, ya estaban en funcionamiento 26 Manzanas del Cuidado en toda la ciudad, además de dos Buses del Cuidado móviles que prestaban servicios transitorios en comunidades rurales, y el Gobierno se había fijado el objetivo de establecer 31 Manzanas del Cuidado para 2028 (Secretaría Distrital de la Mujer, 2026; El Tiempo, 2025).

La creación y expansión del modelo “Manzanas del Cuidado” dependió de economistas y defensoras feministas que ocupaban cargos en el Ayuntamiento (Álvarez Rivadulla et al., 2024). Esta es una dinámica importante y frágil: las activistas feministas que ocupan puestos institucionales clave pueden generar una innovación política real, pero dicha innovación se ve amenazada cuando esas personas dejan sus cargos o cuando cambia la administración política. Aunque reconocen el carácter innovador de las Manzanas del Cuidado, Montoya-Robledo y Fernández-Gallego (2026) observan que el modelo reproduce al mismo tiempo la feminización, la precarización y la mercantilización del trabajo de cuidados, ya que las trabajadoras de cuidados empleadas en las Manzanas del Cuidado suelen carecer de protecciones laborales y reciben una remuneración informal. Este hallazgo constituye una advertencia importante sobre la reproducción de condiciones precarias para las cuidadoras remuneradas que los sistemas contratan para apoyar a las cuidadoras no remuneradas.

A nivel departamental, la Secretaría de la Mujer de Antioquia llevó a cabo uno de los primeros diagnósticos subnacionales sobre el cuidado en el país, elaborando un Plan Departamental de Cuidado entre 2020 y 2023, cuya metodología cualitativa sirvió posteriormente de base para las herramientas de diagnóstico territorial nacionales utilizadas en toda la Red Territorial del Cuidado.

A nivel nacional, Colombia institucionalizó el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado mediante la Ley 1413 de 2010, que estableció la inclusión de la economía de los cuidados en las cuentas nacionales (Cuenta Satélite de la Economía del Cuidado). Junto con Oxfam, Colombia también desarrolló una herramienta para simular la contribución de las personas a sus hogares y al país a través de su trabajo doméstico y de cuidados no remunerado.³

3. El simulador está disponible en: <https://sitios.dane.gov.co/SimuladorTDCNR/>.

Además, Colombia llevó a cabo un amplio proceso de consulta pública en el que participaron activamente las comunidades indígenas y afrocolombianas. Este proceso permitió identificar tres líneas prioritarias, cada una con diferentes medidas: 1) la respuesta institucional para garantizar los derechos de las personas cuidadoras; 2) el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias de cuidados y de sus propios procesos organizativos para la prestación de cuidados; y 3) el cambio cultural hacia una sociedad que cuida.

El enfoque de Colombia también se distingue por el papel central que otorga al cuidado comunitario, entendido como el cuidado desarrollado por organizaciones arraigadas en el territorio, populares y autogestionadas que funcionan mediante la cooperación solidaria. Esto incluye prácticas como los comedores comunitarios, los grupos de trabajo colectivo en zonas rurales, las organizaciones de mujeres que cuidan de los/as hijos/as de los/as vecinos/as para que otros/as puedan trabajar, la partería tradicional y las prácticas ancestrales de cuidados de los pueblos indígenas y afrodescendientes (Ministerio de Igualdad y Equidad, 2025b, 2026).

Colombia estableció como primer objetivo específico del CONPES 4143 el reconocimiento y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias y de cuidado colectivo,⁴ antes incluso de reconocer los derechos de las personas que prestan cuidados a título individual, una elección que el Ministerio de Igualdad y Equidad describe como una decisión política deliberada para abordar el cuidado no solo como una práctica individual o familiar, sino también como una práctica colectiva y territorial. En la práctica, esto se ha traducido en instrumentos concretos: las Asociaciones Público-Populares (APPo), reguladas por el Decreto 874 de 2024, crearon un nuevo mecanismo jurídico para formalizar las relaciones entre el Estado y la comunidad, una alternativa explícita a los modelos convencionales de colaboración público-privada. Además, la estrategia Comunidades del Cuidado del ministerio informó sobre el fortalecimiento de 239 organizaciones comunitarias de cuidados en 24 departamentos y 84 municipios entre 2024 y 2026 (Ministerio de Igualdad y Equidad, 2025b, 2026).

El liderazgo de Colombia durante el Foro de Alto Nivel de la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC) y África de 2026, celebrado en Bogotá bajo el lema “Conectados por el cuidado”, también puso de relieve el papel cada vez más importante de la cooperación Sur-Sur en las políticas de cuidados. El foro brindó oportunidades para el diálogo entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y expertos de América Latina, el Caribe y África sobre retos comunes relacionados con el cuidado, la inclusión social y las desigualdades territoriales. Si bien los debates se extendieron más allá de los sistemas de cuidado, el foro hizo hincapié en el potencial del intercambio horizontal de políticas y reforzó el valor del aprendizaje Sur-Sur como fuente emergente de innovación en las políticas y prácticas de cuidado.

4. El CONPES (Consejo Nacional de Política Económica y Social) es el principal instrumento de política nacional de Colombia, utilizado para establecer las prioridades del Gobierno y coordinar la actuación pública en todos los sectores. El CONPES 4143 (2025) establece la Política Nacional del Cuidado, que proporciona el marco para el Sistema Nacional del Cuidado y reconoce los cuidados como un derecho tanto para las personas que prestan cuidados como para aquellas que los necesitan.

Sin embargo, el SNC se enfrenta a riesgos políticos y administrativos: tras la decisión del Corte Constitucional, Sentencia C-161 de 2024 de que la creación del Ministerio de Igualdad y Equidad no siguió los protocolos adecuados y, por lo tanto, es “inexequible”, el Gobierno emitió en junio de 2026 un paquete de decretos que iniciaban la liquidación del ministerio, redistribuían funciones y establecían un marco de gobernanza revisado para el Sistema Nacional de Cuidado. Aunque el SNC no ha desaparecido formalmente, la transición administrativa genera incertidumbre en cuanto a la capacidad institucional, la dotación de personal, la financiación y la continuidad de la implementación territorial. Ciertas figuras feministas que ocupaban puestos clave en el Estado desempeñaron un papel importante en el impulso del SNC. Esto generó oportunidades para una rápida innovación, pero también planteó riesgos de continuidad en aquellos casos en que los procesos institucionales seguían estando estrechamente vinculados a determinados funcionarios o administraciones (Álvarez Rivadulla et al., 2024).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

Colombia demuestra varias dinámicas importantes. En primer lugar, la innovación territorial puede preceder a la ampliación a escala nacional, y el enfoque de Colombia surgió en gran medida de la experimentación municipal, la defensa de los derechos feministas y la innovación en materia de políticas territoriales. Las Manzanas del Cuidado de Bogotá funcionaron como centros de barrio que ofrecían servicios integrados y adquirieron visibilidad política porque ofrecían un modelo concreto y fácil de comunicar de cómo podría ser la infraestructura de cuidados, al tiempo que utilizaban principalmente servicios ya existentes. Aunque las pruebas de sus beneficios son limitadas y/o en su mayoría anecdóticas, su popularidad llevó a la réplica del modelo en diversos territorios colombianos y a visitas de representantes de gobiernos locales a nivel internacional. Sin embargo, el Ministerio de Igualdad y Equidad reconoció que replicar este modelo en diversos territorios, incluidas las zonas afectadas por el conflicto y las comunidades indígenas y afrodescendientes, promovería un enfoque único que no tendría en cuenta las especificidades territoriales.

Por ello, se llevó a cabo un amplio proceso de consulta y el Ministerio elaboró un índice compuesto que permitía clasificar a los municipios en quintiles en función de:

- An index of pressures on the social fabric, calculated based on the number of victims of the armed conflict based on the national registry and socio-environmental conflicts identified by civil society;
- A Care Needs Pressure Index based on the portion of the population requiring care (children and adolescents under 14, people with disabilities, people requiring palliative care, and people over 80 years old);
- The rate of women without independent, formal income, considering women over 14 years old who are enrolled as beneficiaries in the contributory health insurance system or enrolled in the subsidized health plan;

- A National Planning Department Governance Index measuring the institutional and organizational capacity of cities; and
- The presence of ethnic territories (Ministerio de Igualdad y Equidad, 2025a).

A mediados de 2025, la Red Territorial del Cuidado (la estrategia de asistencia técnica del Ministerio de Igualdad y Equidad) había prestado apoyo a 77 entidades territoriales de toda Colombia en el diseño o la implementación de sus propios sistemas territoriales de cuidado, abarcando los 32 departamentos, las 26 capitales y seis municipios prioritarios. Cali, Villavicencio, Manizales, Popayán, Cúcuta, Cumbal y el Valle del Cauca ilustran la diversidad de enfoques, desde sistemas completos a nivel de distrito hasta comisiones intersectoriales más reducidas creadas por decreto. Esta variación refleja diferencias en la capacidad fiscal, la experiencia institucional, las necesidades locales de cuidado y la voluntad política.

Colombia destaca la importancia de la diversidad territorial, que genera una complejidad considerable en la implementación cuando las condiciones de aplicación difieren significativamente. Este ejemplo muestra que las iniciativas y prioridades locales pueden orientar el desarrollo de marcos nacionales de cuidado, pero también que la inversión, la coordinación y los fundamentos jurídicos a nivel nacional son fundamentales, incluso en contextos subnacionales caracterizados por una gran desigualdad. La continuidad política sigue siendo un reto fundamental, y el ejemplo colombiano ilustra la vulnerabilidad que presentan los sistemas de cuidado, tanto a nivel nacional como subnacional, ante las reestructuraciones administrativas, las elecciones y las transiciones políticas, así como ante los cambios en las prioridades gubernamentales.

A.4 Brasil

Brazil has historically addressed care through fragmented sectoral policies connected to social assistance, public health, early childhood development, disability policy, labor protections, and poverty reduction programs rather than through a unified national care system. In December 2024, Brazil enacted Law N.º 15,069, establishing the National Care Policy (Política Nacional de Cuidados—PNaC), developed by an Interministerial Working Group on Care that included more than 20 federal ministries, international organizations (e.g., ECLAC, UN Women, ILO, and the United Nations Children’s Fund). PNaC is coordinated jointly through the Ministry of Development and Social Assistance, Family, and Fight Against Hunger and the Ministry of Women.

Históricamente, Brasil ha abordado la cuestión de los cuidados mediante políticas sectoriales fragmentadas relacionadas con la asistencia social, la salud pública, el desarrollo de la primera infancia, la política sobre discapacidad, la protección laboral y los programas de reducción de la pobreza, en lugar de hacerlo a través de un sistema nacional de cuidados unificado. En diciembre de 2024, Brasil promulgó la Ley n.º 15.069, por la que se establece la Política Nacional de Cuidados (PNaC), elaborada por un Grupo de Trabajo Interministerial sobre Cuidados en el que participaron más de 20 ministerios federales y organizaciones internacionales (como la CEPAL, ONU Mujeres, la OIT y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia). La PNaC se coordina conjuntamente a través del Ministerio de Desarrollo y Asistencia Social, Familia y Lucha contra el Hambre (*Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome*) y del Ministerio de las Mujeres (*Ministério das Mulheres*).

Guimarães (2024) identifica tres crisis que se solaparon y que crearon las condiciones para la política de cuidados de Brasil: una crisis económica que comenzó en 2014, una crisis política que culminó con la destitución presidencial de 2016 y el consiguiente retroceso de la política de bienestar social a partir de 2017, y la crisis de salud pública por COVID-19 que comenzó en 2020. Guimarães y Pinheiro (2023) describen el trabajo de cuidados en Brasil a través de tres “tipos”: *profissão* (profesión, es decir, trabajo remunerado y en cierta medida formalizado), *obrigação* (obligación, es decir, cuidados familiares no remunerados entendidos como un deber moral) y *ajuda* (solidaridad o ayuda, es decir, cuidados comunitarios no remunerados que suelen realizar mujeres en condiciones de extrema pobreza, en su mayoría mujeres negras). Esta tipología refleja la complejidad social del cuidado en Brasil y las formas en que este se ve condicionado por el género, la raza, la clase social y la informalidad.

Las desigualdades en el ámbito de los cuidados en Brasil están profundamente marcadas por la dimensión racial. La dependencia del trabajo de cuidados no remunerado o mal remunerado que realizan las mujeres negras tiene sus raíces en la historia de la esclavitud en Brasil y en la continua concentración de las mujeres negras en el trabajo doméstico y de cuidados tras la abolición de la esclavitud.

Las mujeres constituyen el 75% de la mano de obra del sector de los cuidados en Brasil, las mujeres negras representan el 45% de esa mano de obra y las trabajadoras en los hogares suponen aproximadamente una cuarta parte del total de las trabajadoras de cuidados (Latina Republic, 2026). Brasil cuenta además con el mayor mercado laboral específico de personas trabajadoras domésticas documentado en esta revisión: de los 52 millones de personas que realizan trabajo doméstico contabilizadas a nivel mundial por la OIT en 2018, 7 millones trabajaban en Brasil (Maske, 2025).

La PNaC define el cuidado, en sentido amplio, como el trabajo diario necesario para mantener la vida, la población activa, la sociedad y la economía. Aplica un principio de universalismo progresivo que da prioridad a los/as niños/as y adolescentes, a las personas mayores, a las personas con discapacidad y a las personas trabajadoras en el sector de los cuidados, tanto remuneradas como no remuneradas, antes de extenderse al público en general. La Ley n.º 15.069 también incluye la lucha contra el racismo como uno de sus principios fundamentales.

En julio de 2025, el Gobierno federal promulgó el Decreto n.º 12.562 de 2025, que regulaba formalmente el Plan Nacional de Cuidados (conocido como “Brasil que Cuida”) en torno a cinco pilares: derechos y políticas para las personas que necesitan cuidados y para las personas cuidadoras no remuneradas; conciliación entre el trabajo remunerado, la educación y el cuidado de la familia; trabajo digno para las personas trabajadoras en el ámbito doméstico y personas cuidadoras remuneradas; reconocimiento y transformación cultural en torno al cuidado; y gobernanza del plan. Sin embargo, el presupuesto para el período 2025-2027, de 24 900 millones de reales brasileños, se concentra en gran medida en el primer pilar, mientras que los pilares 2 a 5 representan menos del 2% del total (Governo Federal do Brasil, 2025). Gran parte del primer pilar se basa además en programas preexistentes, en lugar de en partidas presupuestarias totalmente nuevas. Esto avala el escepticismo expresado en la literatura, como el de Maske (2025), que plantea una pregunta necesaria:

¿Se aplicará esta ley de forma efectiva o acabará “engullida por el abismo social que, históricamente, ha impedido que las políticas sociales universales se hagan realidad en Brasil”?⁵

5. Texto original en portugués: “Não obstante, é de se questionar se estas políticas serão realmente efetivadas, ou se serão tragadas, novamente, no abismo social brasileiro que as impede de materializar o seu caráter universal, visto que as políticas sociais do cuidado são diversas vezes impossibilitadas de se concretizarem em razão de estruturas governamentais deficitárias e da desigualdade social estrutural que se expressa no país e na América Latina (Guimarães; Hirata, 2021). Ademais, para uma construção da sociedade de cuidados, como disposto na Política Nacional de Cuidados, é indispensável que ocorra uma também transformação ou efetiva reorganização da divisão sexual do trabalho na forma como ela se encontra instituída” (Maske, 2025, p. e-61534).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

Brasil ilustra la complejidad que supone adaptar las políticas de cuidado en un sistema federal altamente descentralizado y desigual. Los estados y los municipios ya desempeñan un papel fundamental en la gestión de la asistencia social, los sistemas sanitarios y los servicios educativos a través de mecanismos de gobernanza descentralizados, como el Sistema Único de Salud (Sistema Único de Saúde—SUS) y el Sistema Único de Asistencia Social (Sistema Único de Assistência Social—SUAS). La puesta en marcha del PNaC dependerá en gran medida de la capacidad administrativa municipal, la coordinación a nivel estatal, los mecanismos de financiación territorial y la integración entre los sistemas existentes.

Las disparidades territoriales son especialmente significativas en las regiones rurales, los territorios amazónicos, las comunidades urbanas periféricas y las poblaciones afrobrasileñas e indígenas históricamente marginalizadas. Las investigaciones también han identificado lagunas que afectan a las personas indígenas con discapacidad, que pueden quedar al margen tanto de las políticas sanitarias para indígenas como de las destinadas a las personas con discapacidad, lo que pone de manifiesto cómo los sistemas nacionales de cuidado pueden reproducir la exclusión si no se integran explícitamente las dimensiones territoriales, étnicas, de discapacidad y de accesibilidad (García, 2025; Santos, 2025).

Es probable que la sociedad civil y las organizaciones del tercer sector desempeñen un papel importante en la implementación del PNaC, y el plan reconoce el papel de la sociedad civil como aliado, incluyendo estrategias de formación para funcionarios públicos y prestadores de servicios en el marco del pilar 5. Sin embargo, el peso institucional de ese papel (por ejemplo, si la sociedad civil tiene autoridad formal de voto o de supervisión dentro de los órganos de gobernanza del plan) no está del todo claro en este momento. Por lo tanto, el caso de Brasil demuestra que las estructuras de gobernanza descentralizadas por sí solas no garantizan la existencia de sistemas de cuidado integrados; una implementación eficaz requiere coordinación intergubernamental, financiación sostenible, marcos normativos comunes y capacidad de implementación a nivel territorial.

A.5 México

Según la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) de 2022, el 77.8% de los hogares mexicanos cuenta con alguna persona que necesita cuidados; más del 75% de las personas cuidadoras son mujeres; y el 86.9% de las personas cuidadoras principales (aquellas responsables de los cuidados aunque cuenten con la ayuda de otras personas) son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022).

La transición demográfica de México también genera presiones adicionales: se prevé que la proporción de personas mayores de 60 años aumente del 12.4% en 2024 a más del 20% en 2040 (Consejo Nacional de Población, 2024). Se estima que, para 2030, la población en edad de trabajar dejará de superar en número a las personas dependientes (el dividendo demográfico). A diferencia de Uruguay, que construyó su sistema de cuidados antes de alcanzar su pico demográfico, México sigue dependiendo en gran medida de las familias (predominantemente de las mujeres) como principales encargadas de los cuidados a las personas mayores, ante la falta de alternativas coordinadas, reguladas o financiadas con fondos públicos (López-Ortega, 2024).

En 2020, la Cámara de Diputados de México aprobó una reforma constitucional que reconoce el derecho al cuidado digno; a mediados de 2026, esta reforma sigue pendiente en el Senado, aunque la Ciudad de México siguió adelante por su cuenta en mayo de 2026, cuando su legislatura local aprobó por unanimidad una reforma constitucional que reconoce el derecho al cuidado y crea un Sistema Público de Cuidados de la Ciudad de México (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2025; Arochi, 2026). En marzo de 2024, la Cámara de Diputados aprobó un proyecto de reforma a la Ley General de Desarrollo Social que definía formalmente el trabajo de cuidados y proponía incorporar una Política Nacional de Cuidados como parte integral de la Política Nacional de Desarrollo Social. El proyecto, remitido posteriormente al Senado, preveía que su implementación no generara un impacto presupuestario adicional y se realizara con los recursos humanos, financieros y materiales ya existentes de las instituciones del Estado. El Centro de Investigación Económica y Presupuestaria constató que, si bien la propuesta de presupuesto federal para 2026 incluía un anexo transversal sobre cuidados (Anexo 31) por un total de 466 700 millones de pesos mexicanos, los programas con objetivos directos de cuidados se redujeron en realidad un 18.6% en comparación con 2025 (Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2025).

La administración de Sheinbaum (2024-2030 [en proyección]) ha designado el Sistema Nacional y Progresivo de Cuidados (SNPC) como el Compromiso n.º 55 de su plan de gobierno. La iniciativa estrella es la construcción de 1 000 Centros de Educación y Cuidado Infantil (CECI) para 2030, gestionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). El modelo de los CECI supone un cambio con respecto al anterior sistema privatizado (en el que el 90% del cuidado infantil se subcontrataba a proveedores privados) hacia una prestación pública directa, en la que el IMSS construye y gestiona sus propias instalaciones.

La estructura federal de México ha sido moldeada por los movimientos feministas, las organizaciones de la sociedad civil, las redes académicas, el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), El Colegio de México y las redes de economistas feministas vinculadas a la CEPAL (Mahon, 2024). Sin embargo, Mahon documenta cómo el anterior Gobierno de López Obrador suprimió el programa de guarderías para los/as hijos/as de las mujeres trabajadoras en situación de pobreza, sustituyéndolo por transferencias monetarias cuyo valor era inferior al coste de los cuidados que prestaban dichos centros, y realizó recortes significativos en el presupuesto de funcionamiento del INMUJERES. La justificación para suprimir el programa fue un esfuerzo por reducir la corrupción asociada a los proveedores de servicios. Sin embargo, el cambio de estrategia agravó la escasez de guarderías, dada la creciente demanda de las familias trabajadoras, y parece que el cierre de guarderías tuvo un impacto negativo en la calidad de los centros que permanecieron abiertos (Myers & Vargas, 2023). Esto reforzó la imagen de que los programas públicos eran programas de mala calidad destinados a las personas pobres, en lugar de combatir una de las principales fuentes de resistencia a los servicios públicos entre las familias.

México fue sede de la XVI Conferencia Regional de la Mujer en América Latina y el Caribe en 2025, organizada conjuntamente por la CEPAL, el INMUJERES, El Colegio de México y ONU Mujeres. El Compromiso de Tlatelolco resultante se basó en el Compromiso de Buenos Aires (2022), que establecía una transición regional hacia una “sociedad del cuidado”, y en el Consenso de Quito (2007), donde se reconocía el derecho al cuidado (Maske, 2025).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

La estructura federal de México tiene importantes implicaciones para la implementación territorial, entre las que se incluyen una variación sustancial entre los estados, una infraestructura de servicios sociales desigual, grandes disparidades entre las zonas urbanas y rurales, y prioridades políticas divergentes entre los gobiernos locales. Las investigaciones sobre la respuesta de México a la pandemia revelaron que la ausencia de mecanismos de coordinación federal dio lugar a un “federalismo descoordinado”: los estados cubrieron las carencias de forma independiente, pero con resultados fragmentados e inconsistentes, un patrón que también supone un riesgo para la implementación del sistema de cuidados (Cejudo, 2023).

El criterio de selección actual del programa CECI (municipios con crecimiento del empleo formal) refleja una tensión más amplia en el diseño del sistema de cuidados de México (IMSS, 2025c). Dado que el 56% de las mujeres se encuentra en el empleo informal, la mayoría de las mujeres trabajadoras no tiene acceso a los servicios de guardería vinculados al IMSS. Las zonas rurales, los estados del sur, las comunidades indígenas y las regiones agrícolas (donde la carga del cuidado suele ser mayor y la infraestructura pública más débil) corren el riesgo de quedar excluidas. Según datos del IMSS, de unos 3 millones de jornaleros agrícolas, solo 700 000 (aproximadamente el 23%) cuentan con cobertura del seguro social (IMSS, 2025a).

Un proyecto piloto del CECI dirigido a los jornaleros agrícolas de San Quintín, en Baja California, supuso un esfuerzo deliberado por ir más allá del sector formal, pero sigue siendo un caso aislado (IMSS, 2025b). Cabe destacar que la Secretaría de las Mujeres, creada en 2025, ha anunciado que comenzará a poner en marcha el SNPC con los jornaleros agrícolas y los trabajadores de las maquilas en Ciudad Juárez, lo que constituye una señal más de la intención del Gobierno federal de ir más allá del sector formal, aunque dichos esfuerzos siguen siendo incipientes y se concentran en determinadas zonas geográficas (CEPAL, 2025a).

Además, el ENASIC de 2022 reveló que el 53.2% de las personas encuestadas considera que el cuidado de los niños es una responsabilidad familiar, y el 21.4% señaló que los niños sufrían maltrato en las guarderías públicas (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2022). Estos resultados reflejan barreras culturales y de confianza que cualquier ampliación del sistema de cuidado infantil debe abordar de forma deliberada.

El caso mexicano pone de relieve que los avances constitucionales y legales por sí solos son insuficientes sin financiación para su implementación, mecanismos de coordinación intergubernamental, legitimidad social y capacidad institucional local. La cancelación del anterior programa de cuidado infantil demuestra la rapidez con la que pueden desmantelarse los sistemas de cuidado. La dependencia del programa CECI de las estructuras administrativas del IMSS y de un compromiso presidencial, sin un anclaje constitucional ni un apoyo legislativo duradero e interpartidista, suscita inquietudes sobre su resiliencia a largo plazo. La ausencia de un derecho al cuidado consagrado constitucionalmente (aún pendiente de aprobación por parte del Senado) y la falta de un marco legislativo presupuestario claro subrayan aún más la fragilidad institucional del sistema emergente.

El caso de México refuerza una lección que se observa en todos los países analizados: el afianzamiento jurídico, la financiación duradera y las amplias coaliciones sociales (más allá de los meros compromisos presidenciales) son los factores que permiten que los sistemas de cuidado sobrevivan a las transiciones políticas.

A.6 Costa Rica

Costa Rica se convirtió en el segundo país de la región en establecer formalmente un sistema nacional de cuidados (y el primer país de renta media) cuando se creó su Sistema Nacional de Cuidados y Apoyos para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA) mediante un decreto ejecutivo en 2021 y una ley nacional en 2022 (Chaverri-Carvajal & Matus-López, 2021). La política de cuidados de Costa Rica se basa en la Política Nacional de Cuidados 2021-2031: Hacia la implementación progresiva de un Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia, con el SINCA establecido formalmente mediante la Ley n.º 10.192.

Los ocho pueblos indígenas de Costa Rica viven repartidos en 24 territorios indígenas reconocidos, que abarcan casi el 7% del territorio nacional. El Grupo de Trabajo Internacional para Asuntos Indígenas (2026) señala que las instituciones estatales han incumplido sistemáticamente la Ley de los Pueblos Indígenas de 1977 en estos territorios, que siguen sufriendo invasiones persistentes de sus tierras y la falta de servicios públicos adaptados a su cultura.

En este contexto, el SINCA es un sistema multiinstitucional coordinado a través de la Comisión Técnica Interinstitucional (CTI), dirigida por el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS). Incluye un instrumento estandarizado de evaluación de la dependencia (baremo), un catálogo de servicios y un sistema de georreferenciación y seguimiento para supervisar la prestación de cuidados en todos los territorios. En junio de 2025, el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo de más de 200 millones de dólares para reforzar el SINCA, dirigido a aproximadamente 160 000 personas adultas con dependencia funcional y 170 000 personas cuidadoras (aproximadamente 140 000 no remuneradas y 30 000 remuneradas). Este préstamo se firmó en noviembre de 2025 e incluye la implementación de la plataforma digital CUIDAR.CR para el registro y la acreditación de personas cuidadoras formales e informales, con el fin de mejorar su empleabilidad y contribuir a la profesionalización del personal de cuidados (Banco Interamericano de Desarrollo, 2025).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

La desigualdad territorial generalizada en Costa Rica ofrece un contexto importante para comprender las condiciones en las que debe operar el SINCA. El Atlas de Desarrollo Humano Cantonal ha puesto de manifiesto de forma sistemática brechas significativas y persistentes en materia de desarrollo humano, pobreza y desigualdad de género en los 84 cantones del país, concentrándose las desventajas más agudas en los cantones fronterizos, costeros y rurales, especialmente en las regiones de planificación de Huetar Norte, Huetar Caribe y Brunca (Universidad de Costa Rica, 2020; Sánchez, 2023).

El SINCA está estructurado deliberadamente para incluir representación subnacional: Los Decretos n.º 44242 y n.º 44243 (promulgados en 2023 y 2024, respectivamente) formalizaron la estructura multiinstitucional de la CTI mediante la creación de la Secretaría Técnica del SINCA y la delimitación de las responsabilidades institucionales y los mecanismos de coordinación (Esquivel, 2025). Sin embargo, la implementación a nivel subnacional es limitada en escala en comparación con las necesidades documentadas: en diciembre de 2024, el sistema había completado 5.677 evaluaciones de dependencia según el baremo a nivel nacional, identificando a 3.289 personas en situaciones de dependencia severa, y 3089 personas cuidadoras no remuneradas recibían el subsidio mensual de cuidados del IMAS (transferencias por cuidados). La plataforma digital CUIDAR.CR solo había registrado a 143 personas cuidadoras formales y a 518 personas dependientes en diciembre de 2024, lo que indica que esta herramienta de reconocimiento de la fuerza de trabajo se encontraba aun en una fase inicial de adopción.

Barquero Araya (2025) afirma que el SINCA “no cuenta con un presupuesto asignado para su ejecución” (p. 4). La unidad responsable de la ejecución técnica del SINCA entre 2023 y 2024 informó de una sobrecarga de trabajo recurrente debido a problemas de falta crónica de personal (Barquero Araya, 2025). Por ello, a finales de 2024, solo el CONAPAM,⁶ CONAPDIS,⁷ y el municipio de Heredia también había comenzado a aplicar el baremo a las personas usuarias del servicio, tanto nuevas como las que ya lo recibían (Esquivel, 2025; Barquero Araya, 2025). Heredia puso a prueba un modelo de prestación de servicios de teleasistencia (o cuidado a distancia) para personas mayores, desarrollado con el apoyo técnico y financiero del IMAS y del Banco Interamericano de Desarrollo; este modelo es posible gracias a la conectividad a Internet y de banda ancha relativamente sólida de Costa Rica. El IMAS había iniciado una coordinación independiente, en una fase más temprana, con los municipios de San José y Cartago para estudiar la posibilidad de ampliar el modelo de teleasistencia en 2025, y el personal de la oficina de Gestión Social de San José ya había recibido formación sobre el baremo con antelación (Barquero Araya, 2025).

En diciembre de 2023, el IMAS adoptó un modelo intercultural para la prestación de servicios en los territorios indígenas, elaborado en consulta con los pueblos indígenas y expertos/as, que se estructuraba en torno a cuatro ámbitos: acceso territorial, trato digno, promoción y reconocimiento, y coordinación interinstitucional. Según el Gobierno, la práctica institucional anterior en los territorios indígenas sufría de “la no aplicación de la normativa y la falta de procedimientos de traducción” (Barquero Araya, 2025, p. 7).

En diciembre de 2023, el IMAS adoptó un modelo intercultural para la prestación de servicios en los territorios indígenas, elaborado en consulta con los pueblos indígenas y expertos/as, que se estructuraba en torno a cuatro ámbitos: acceso territorial, trato digno, promoción y reconocimiento, y coordinación interinstitucional. Según el Gobierno, la práctica institucional anterior en los territorios indígenas sufría de “la no aplicación de la normativa y la falta de procedimientos de traducción” (Barquero Araya, 2025, p. 7).

6 CONAPAM es la abreviación en español de Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor.

7 CONAPDIS es la abreviación en español de Consejo Nacional de Personas con Discapacidad.

Un modelo territorial destacado es el de las Casas de la Alegría, centros de cuidado infantil de temporada para las personas trabajadoras en la cosecha del café, muchas de las cuales son familias indígenas ngäbe y buglé que viajan desde Panamá. Estos centros se pusieron en marcha en 2014 y han crecido hasta contar con 41 centros repartidos por las regiones de Brunca, Los Santos y el Valle Occidental durante la temporada de cosecha. El programa está coordinado conjuntamente por el IMAS, el Ministerio de Salud a través de los Centros de Educación y Nutrición y los Centros Infantiles de Atención Integral (CEN-CINAI), la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Instituto del Café de Costa Rica (ICAFE), el Fondo Nacional para la Sostenibilidad del Café (FONASCAFÉ), REDCUDI, el Patronato Nacional de la Infancia (PANI), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, cooperativas cafeteras y fincas cafeteras privadas, lo que ilustra un modelo multisectorial (público, privado y de la sociedad civil) para llegar a una población objetivo a la que la estructura formal del SINCA no parece llegar a través de sus canales institucionales habituales. Esto supone un esfuerzo deliberado por ampliar la infraestructura de cuidado a las personas trabajadoras agrícolas del sector informal (González, 2025; Instituto del Café de Costa Rica, 2022). Este flujo transfronterizo estacional sitúa las Casas de la Alegría dentro de los corredores regionales de migración asistencial que documenta la CEPAL, en los que Costa Rica figura entre los principales países de destino para las mujeres migrantes, muchas de las cuales se incorporan a trabajos de cuidado feminizados e informales (CEPAL, 2025a).

La seguridad de las personas trabajadoras se consideró un obstáculo para la realización de las visitas de campo del baremo, ya que algunas regiones se clasificaron como “zonas de peligrosidad”, y la inseguridad llevó al IMAS a establecer un protocolo para proteger al personal en junio de 2024.

A.7 Argentina

Argentina constituye uno de los casos más reveladores (y aleccionadores) del panorama de las políticas de cuidado en América Latina. Bajo el gobierno del Frente de Todos (2019-2023), el país avanzó rápidamente hacia la institucionalización de los cuidados. Desde diciembre de 2023, bajo la presidencia de Javier Milei, se ha desmantelado casi toda esa infraestructura, lo que convierte a Argentina en un claro ejemplo de vulnerabilidad política y de la necesidad de un marco jurídico sólido para los sistemas de cuidado.

Avances durante el mandato del Frente de Todos (2019-2023)

Creado en 2019, el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad fue el primer ministerio nacional de Argentina encargado de coordinar las políticas de igualdad de género y de cuidado. Entre las iniciativas clave se incluyen:

- El Mapa Federal del Cuidado, desarrollado en colaboración con la CEPAL, era un portal web interactivo que localizaba geográficamente los espacios de cuidado y las oportunidades de formación, diseñado expresamente para servir a los gobiernos nacionales y subnacionales como herramienta para la planificación de políticas de cuidado basadas en datos empíricos y con una perspectiva territorial.
- Los Parlamentos Territoriales de Cuidado fueron foros en los que participaron múltiples partes interesadas y que se celebraron en toda Argentina con organizaciones sociales, gobiernos provinciales y municipales, sindicatos y redes comunitarias de cuidado, en torno a dos preguntas fundamentales: “¿Cómo cuidamos hoy?” y “¿Cómo queremos cuidar y que nos cuiden mañana?”. Estos foros generaron datos territoriales sobre las carencias y las prioridades en materia de cuidados en todas las provincias.
- En mayo de 2022 se presentó ante el Congreso Nacional un proyecto de ley sobre el Sistema Integral de Cuidados (“Cuidar en Igualdad”), elaborado conjuntamente por el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad y el Ministerio de Trabajo. Sin embargo, el proyecto de ley no superó la fase de comisión.

Cambio de administración y retrocesos (2023-2025)

A los pocos días de tomar posesión en diciembre de 2023, el Gobierno de Milei rebajó el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad a la categoría de subsecretaría del Ministerio de Capital Humano. En junio de 2024, ya se había cerrado por completo, eliminando así la infraestructura de igualdad de género que existía desde la creación del Consejo Nacional de la Mujer en 1992, con el despido de aproximadamente 500 de los 600 empleados (Jaureguy, 2024). En febrero de 2024, el Gobierno declaró su intención de prohibir “todo lo relacionado con la perspectiva de género” dentro de la administración nacional (Quiroga, 2024).

Prieto (2025) constata que, si bien el Frente de Todos logró avances en las políticas de cuidados sin una transformación estructural, bajo el mandato de Milei se observa un claro retroceso “en consonancia con las políticas de austeridad, pero con la novedad de una reacción ideológica contra la institucionalidad de género”. El presupuesto nacional destinado a la prevención y la respuesta a la violencia de género se redujo un 89% entre 2023 y 2024, y el programa de apoyo económico “Acompañar” se desplomó, pasando de más de 100 000 beneficiarios en 2023 a 434 en 2024 (Human Rights Watch, 2025). El Mapa de las Políticas Sociales en la Argentina registra el mayor recorte en el gasto social desde 2002 (Fundar & Instituto Universitario CIAS, 2025).

Conclusiones sobre la adaptación a nivel subnacional

El Mapa Federal del Cuidado y los Parlamentos Territoriales de Cuidado de Argentina se crearon como instrumentos de planificación subnacionales, pero la bibliografía aún no incluye evaluaciones sistemáticas sobre cómo los gobiernos provinciales trasladaron estos instrumentos nacionales a políticas subnacionales de cuidado antes de la transición de 2023.

Los cuidados comunitarios organizados a través de la economía popular (redes de cuidado vecinales sostenidas por mujeres que trabajan en el sector informal) sobrevivieron a los cambios en el Gobierno nacional porque están arraigados en la sociedad civil y no en las estructuras estatales (Hopp & Bonelli, 2025).⁸ Las organizaciones dirigidas por mujeres siguen prestando servicios de cuidado infantil y de otro tipo en barrios históricamente excluidos de los mercados laborales formales y de la protección social, y han planteado el cuidado como una cuestión sindical (Hopp & Bonelli, 2025). Sin embargo, esta infraestructura sigue siendo vulnerable, ya que muchos de los programas sociales más amplios que la respaldaban también fueron desmantelados o quedaron sin financiación.

⁸ A modo de ejemplo, en noviembre de 2023 tuvo lugar un encuentro llamado “Cuidar a quienes cuidan” y, en mayo de 2024, se celebró una Asamblea Sindical Feminista organizada por el Sindicato de Trabajadores de la Economía Popular.

El movimiento feminista en Argentina cuenta con una estructura explícitamente federal que conecta a grupos de todas las provincias a través del Encuentro Nacional de Mujeres (que se celebra anualmente desde 1986), el cual existe de forma independiente de las instituciones gubernamentales y representa una base subnacional sólida para la futura recuperación del sistema de cuidados, debido a que se sitúa al margen de las instituciones gubernamentales formales (Grados, 2025). Argentina ilustra la lección de que el afianzamiento jurídico, el anclaje legislativo y las amplias coaliciones sociales respaldan la supervivencia del sistema de cuidados durante las transiciones políticas. También demuestra cómo las estructuras de gobernanza federal pueden facilitar la resistencia subnacional ante los retrocesos a nivel nacional, aunque al mismo tiempo generen riesgos de fragmentación cuando se retira la coordinación.