

**Protección social inclusiva y género:
Promoción de Pisos de protección social
en la Región Andina**

Índice

Resumen Ejecutivo.....	Error! Bookmark not defined.
Introducción	8
PRIMERA PARTE: Pisos de protección social con perspectiva de género.	10
1. La orientación normativa de los pisos de protección social.	10
1.1 Beneficios de extender la seguridad social.....	12
1.2 La Iniciativa de Piso de Protección Social de las Naciones Unidas.....	13
2. Perspectiva de género, protección social inclusiva y regímenes de bienestar.....	17
2.1 Pobreza, género y desarrollo.	17
2.2 Regímenes de bienestar.....	22
2.3 El acceso a la protección social a través del mercado laboral.....	24
2.4 La familia: superar la familiarización y la feminización en materia de cuidados y provisión de bienestar	27
2.5 Políticas sociales estatales.....	30
3. Hacia un piso de protección social con perspectiva de género.	33
3.1 Metodología de análisis de brechas.....	38
3.2 Estrategias para construir o fortalecer pisos de protección social	40
3.3 Retos para avanzar.	42
4. Un diagnóstico regional de partida.....	43
4.1 Mercado de Trabajo y Políticas de Empleo.....	44
4.1.1. La informalidad laboral en Latinoamérica y la Región Andina.	44
4.1.2. Políticas activas del mercado de trabajo.....	46
4.1.3. Brechas de participación, empleo y subempleo.	48
4.1.4. La segregación laboral vertical y horizontal.	50
4.2 Seguridad Social en la Región Andina.....	51
4.2.1. Las pensiones de vejez.	53
4.2.2. Los sistemas sanitarios en los países de la región.	56
4.2.3. Condicionantes de la salud y políticas públicas.	62
4.2.4. La protección durante el embarazo y la maternidad.....	62
4.3 Políticas públicas, servicios esenciales y garantías básicas.....	65
4.3.1. Educación.....	66
4.3.2. Agua y saneamiento.	67
4.3.3. Cuidados.....	68
4.3.4. Transferencias monetarias condicionadas	68

4.3.5. Otros servicios.....	71
4.3.6. El gasto social, como inversión, en tanto indicador del peso estatal en el régimen de bienestar.	71
5. Conclusiones y recomendaciones.....	72
SEGUNDA PARTE: Inventario de programas y análisis por país.	75
6. Bolivia.....	76
1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.	76
2. Garantías básicas de ingresos a la infancia.	79
3. Garantías básica de ingreso a personas mayores y con discapacidad.	80
4. Garantías básicas de ingreso para población adulta en edad de trabajar sin ingresos o con ingresos insuficientes.....	80
5. Cuidados.....	81
7. Colombia.....	76
1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.	85
2. Seguridad básica del ingreso de los niños y las niñas.	85
3. Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa e inserción laboral.....	86
4. Seguridad de ingresos para población adulta mayor y población con discapacidad.....	87
5. Cuidado	87
8. Ecuador	89
1. Garantías básicas de ingresos a la infancia, la población adulta activa con capacidad de trabajo, la población mayor adulta y la población con limitaciones funcionales o discapacidad.....	90
2. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.	93
3. El cuidado como eje vertebrador de la protección social.....	94
4. Otras políticas de protección, promoción social o servicios sociales.....	95
9. Perú	89
1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.	97
2. Seguridad básica del ingreso de los niños y las niñas.	100
3. Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa e inserción laboral.....	101
4. Seguridad básica del ingreso para las personas de edad.....	102
5. El cuidado.....	102
10. Venezuela.....	104

1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.	106
2. Garantía básicas a los niños y las niñas.....	106
3. Garantía básica de ingresos a personas adultas en edad de trabajar y acceso al empleo.	107
4. Garantía básica de ingresos para personas adultas mayores y personas con discapacidad.	107
5. Cuidado	107
Referencias	110

Índice de cuadros

Cuadro 1. Región Andina, según IDH, Valor IDH para mujeres y hombres e IDG, 2013.	20
Cuadro 2. Evolución mujeres sin ingresos propios 2000 – 2013 (en porcentaje).	21
Cuadro 3. Personas de 60 años y más que no tienen ingresos propios, por sexo, alrededor de 2013 (En porcentajes).	22
Cuadro 4. Índice de feminidad de la indigencia y la pobreza según área geográfica. 2013.	22
Cuadro 5. Apoyos a la conciliación en el marco normativo: licencias para atender a familiares y cuidado en los centros de trabajo. Desarrollo normativo nacional del convenio 156.	27
Cuadro 6. Tiempo total de trabajo, remunerado y no remunerado en promedio de horas semanales. 2012.	28
Cuadro 7. Propuesta de criterios rectores del piso de protección.	39
Cuadro 8. Criterios de la Recomendación 202 sobre pisos de protección social.	42
Cuadro 9. Población ocupada en sectores de baja productividad en áreas urbanas (sector informal) del mercado de trabajo, por sexo. (En porcentajes) 2013.	48
Cuadro 10. Región Andina: población según condición de actividad y participación laboral, 2013 (porcentaje sobre la población en edad activa total).	51
Cuadro 11. Importancia del trabajo no remunerado en el mercado laboral, por sexo, alrededor de 2012. (En porcentajes).	52
Cuadro 12. Ratificaciones de convenios relativos a la seguridad social. Región Andina.	53
Cuadro 13. Ratio de contribuyentes a pensión de jubilación sobre la población en edad de trabajar y sobre la población activa, por sexo, últimos años con datos disponibles.	55
Cuadro 14. Programas de Pensiones no contributivas. Principales características e indicadores.	56
Cuadro 15. Perceptores de pensiones de vejez en población con edad superior a la legal de jubilación, según sexo y según tipo de programa (Contributivo o no contributivo), para los últimos años disponibles.	58
Cuadro 16. Estimaciones de cobertura administrativo legal y de acceso a servicios de salud, ponderadas por población total, aproximadamente a 2011 para ALC y Andina. Últimos años disponibles para los países (2009 – 2010).	59
Cuadro 17. Sistemas de salud en la región Andina según sector de oferta (En porcentaje). Alrededor de 2010.	60
Cuadro 18. Evolución de la mortalidad materna e infantil. Número de muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos.	62

Cuadro 19. Protección a la maternidad en la región Andina.	66
Cuadro 20. Aumento del gasto público por estudiante (primaria y secundaria) (en dólares de 2000).	68
Cuadro 21. Cobertura de agua potable y saneamiento (%), países de la región Andina, según área de residencia, 2013.	69
Cuadro 22. Principales aspectos de los enfoques MED y GED.	72
Cuadro 23. Gasto social por país 2013.	73
Cuadro 24. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Bolivia.	79
Cuadro 25. Principales elementos descriptores del Programa “ <i>Bono Juana Azurduy</i> ”.	83
Cuadro 26. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Colombia.	85
Cuadro 27. Principales elementos descriptores de la Transferencia Monetaria Condicionada “ <i>Más familias en Acción</i> ”.	90
Cuadro 28. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Ecuador.	93
Cuadro 29. Principales elementos descriptores de la Transferencia Monetaria Condicionada “ <i>Bono de Desarrollo Humano</i> ” (Familiar).	96
Cuadro 30. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Perú.	99
Cuadro 31. Principales elementos descriptores del “ <i>Programa Juntos</i> ”.	104
Cuadro 32. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Venezuela.	105
Cuadro 33. Principales elementos descriptores del Programa	118

Índice de recuadros

Recuadro 1: La seguridad social entendida como un derecho humano en los instrumentos internacionales.	12
Recuadro 2: Trabajo decente y protección social.	13
Recuadro 3. Principios a aplicar por los Estados Miembros en el desarrollo de los pisos nacionales de protección social.	17
Recuadro 4: Criterios para el diseño e implementación de los pisos de protección social.	18
Recuadro 5: El trabajo no remunerado.	23
Recuadro 6. Criterios de acceso al bienestar social según el proveedor.	24
Recuadro 7. El marco normativo del trabajo doméstico concede menos derechos a las trabajadoras del hogar.	30
Recuadro 8. Políticas sociales.	33

Recuadro 9. Diferentes enfoques al proporcionar las garantías básicas de seguridad social.	36
Recuadro 10. Recomendación 150 de la OIT, sobre la orientación profesional y la formación profesional en el desarrollo de los recursos humanos, de 1975.	49
Índice de gráficos	
Gráfico 1. Estrategia de extensión de la protección social según niveles.	16
Gráfico 2. Estrategia de ampliación de la cobertura para alcanzar el universalismo de manera progresiva: contenidos de las prestaciones.	17
Gráfico 3. Pobreza. Población de 15 años y más, sin ingresos propios, por sexo (en porcentaje). 2013.	22
Gráfico 4. Esquema-propuesta de articulación del piso de protección social en el marco de la protección social y el Trabajo Decente.	38
Gráfico 5. Metodología de análisis de brechas. Fases y objetivos.	40
Gráfico 6. Estrategia a través del Diálogo Social para la definición de Pisos Nacionales de Protección Social.	44
Gráfico 7. Cobertura PTC, alrededor de 2012 ^{/1} . Porcentajes sobre la población total.	71

Introducción

En abril de 2009, el Comité de Alto Nivel sobre Programas de la Junta de los Jefes Ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas adoptó la *Iniciativa del Piso de Protección Social (I-PPS)* como una de sus iniciativas conjuntas contra la crisis, con la OIT y la OMS como principales organismos, que cuenta con el apoyo de 19 agencias ONU y otros socios, como bancos de desarrollo, organizaciones bilaterales y ONGs. La Comisión de Desarrollo Social de la ONU adoptó una resolución en febrero de 2010 en la que invitaba a la OIT a que “refuerce sus estrategias de protección social, incluida la asistencia a los países para que creen un régimen básico de protección social (‘piso social’) y políticas relativas a la ampliación de la cobertura de seguridad social”.

La *I-PPS* se dirige a promover, en el ámbito nacional, estrategias que garanticen un mínimo de acceso a servicios y a la seguridad del ingreso para el conjunto de la población. Se plantea como un punto de partida sujeto a sucesivas ampliaciones tanto horizontales (a más personas), como verticales (contemplando más garantías), en el marco de las ramas de seguridad social contempladas en el Convenio 102 de la OIT sobre seguridad social.

Dentro de un abanico grande de posibles políticas y programas a incluir, en la 100ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo de 2011, al aprobar la *Recomendación 202 sobre pisos de protección social*, se situó éste en la estrategia bidimensional de extensión de la seguridad social comprendida en el marco normativo internacional, y delimitaron las “*cuatro garantías básicas de seguridad social: niveles mínimos de seguridad del ingreso en la niñez, durante la vida activa y la vejez, así como el acceso a una atención médica esencial a un costo abordable*” como los componentes pertenecientes al mandato de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Mediante los ingresos se busca promover el componente del estímulo a la “demanda”, que deben servir para fomentar el acceso a los servicios esenciales que constituyen el componente de “oferta”, en el enfoque holístico con que se plantea el piso de protección social.

La propuesta de piso de protección social se presenta como un elemento indispensable para contribuir a la integración social y la superación de las desigualdades sociales. En los pisos de protección nacionales, las desigualdades de género deben ser abordadas como una forma de desigualdad social de manera integral y transversal. Para que el piso cumpla de forma eficaz este objetivo, debe articularse desde el enfoque de derechos y sobre un diagnóstico crítico de cuáles son las causas y factores estructurales de dichas desigualdades y exclusiones sociales, especialmente las derivadas de las relaciones de género. Esto permitirá que las medidas articulen un conjunto diverso y superen fórmulas asistencialistas que tienen efectos limitados en la eficacia y en la sostenibilidad del desarrollo humano.

Las brechas de género son resultado de relaciones que dan lugar a desprotección (por el menor acceso a la protección social desde el mercado de trabajo), de vulnerabilidad (por la asunción casi exclusiva de las responsabilidades familiares) y de exclusión social (por el menor acceso a los recursos, la menor o inexistente participación en la toma de decisiones y en los espacios de poder) en que las mujeres se encuentran respecto a los hombres. Identificar las brechas de género a las que debería dar respuesta el piso de protección social implica proponerse superar la asignación obligatoria de las tareas de cuidado a las mujeres, estimar y tomar en cuenta los costos económicos y sociales de la reproducción y cuidado de las personas dependientes, plantearse la protección social como derecho humano universal, no sólo asociada a los aportes desde el mercado de trabajo o a los programas asistenciales.

Mediante el diálogo social, para la implementación del piso de protección social cada país debe realizar un balance de la situación que tenga en cuenta los planes vigentes y su capacidad fiscal, de forma que se identifiquen las brechas de protección, se evalúe el costo y la sostenibilidad de las opciones disponibles, y se elaboren las medidas específicas que constituyan el piso nacional de protección social.

Las intervenciones pueden incluir diversos programas de protección social por edad y sensibles al género, como programas de desarrollo de la primera infancia, prestaciones por embarazo y maternidad, asignaciones familiares y servicios de cuidado a personas menores de edad y personas dependientes para los padres y las madres, servicios de salud materna e infantil (prenatal, postnatal y parto), apoyo alimentario, acceso a medicamentos para salvar vidas, seguro de salud y servicios de asistencia a la comunidad, agua y saneamiento, programas de mercado laboral activos y pasivos, pensiones sociales y de invalidez, educación para las necesidades especiales, etc.

En el proceso de revisión de los planes y programas vigentes que pudieran servir como base o punto de partida del piso de protección social, es necesario poner atención en papel asignado a mujeres y hombres en el acceso a y gestión de dichos recursos, en qué medida se perpetúan o se cuestionan la desigualdades de género, y si entre los servicios esenciales se contempla la necesidad social de proveer cuidados a las personas cuidado-dependientes debido a su edad, incapacidad o estado de salud, desde la corresponsabilidad pública y social. Al abordar este asunto medular de la organización desigual de las sociedades, el piso de protección social contribuiría a cerrar una de las mayores brechas sociales: la de género.

El objetivo del presente documento es presentar un análisis inicial de la región en el marco de la propuesta metodológica y diálogo social para la definición de pisos nacionales de protección social con perspectiva de género que se realizó por OIT-PNUD-ONUMUJERES a través de la publicación “*Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social y género*”, para los siguientes países: Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela centrándose, fundamentalmente, en las garantías básicas de la seguridad social, pero con el enfoque holístico del piso de protección social tal como lo ha conceptualizado el Sistema de Naciones Unidas. Esto implica integrar la salud materna e infantil, la protección económica básica para las mujeres en el embarazo, parto y postparto, y el cuidado de las personas dependientes y personas menores de edad, como elementos indispensables de la protección social y con el énfasis en el enfoque de derechos que debe vertebrar el piso de protección social, de forma que el acceso a sus beneficios responda a los derechos económicos, sociales y culturales que de forma individual debe tener garantizados toda la ciudadanía.

Este estudio se desarrolla en el marco de implementación del *Programa para la Promoción de un Piso de Protección Social en la Región Andina* gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

PRIMERA PARTE: Pisos de protección social con perspectiva de género.

1. La orientación normativa de los pisos de protección social.

La seguridad social es un derecho humano así reconocido en la *Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH)* de 1948, que la sitúa junto a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales como indispensable para el desarrollo personal.

A partir de la DUDH, se han desarrollado una serie de acuerdos internacionales, como el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales -PIDESC-* y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres -CEDAW- (véase Recuadro 1) y normas nacionales orientados a llevar a la práctica el derecho a la seguridad social consagrado en dicha declaración.

Son varias las normas de la OIT sobre seguridad social, entre las que cabe resaltar la importancia de:

- i) El Convenio Núm. 102 de 1952 – sobre la seguridad social (norma mínima),
- y ii) la Recomendación Núm. 102 de 2012 –sobre los pisos de protección social.

El Convenio Núm. 102, como norma mínima, entiende por seguridad social la protección que una sociedad proporciona a las personas para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, maternidad, atención de necesidades de las hijas o hijos, o pérdida del sostén de familia –viudedad y orfandad–, e indica el nivel de prestaciones para cada una de las nueve ramas de protección. Está ratificado por todos los países de la Región, excepto Colombia, y tres países – Bolivia, Ecuador y Venezuela– han ratificado además tres convenios de la OIT de los llamados de segunda generación, que desarrollan de forma concreta las ramas de la seguridad social: el Convenio Núm. 121 sobre prestaciones en caso de accidentes de trabajo y enfermedad profesional; el Convenio Núm. 128 sobre prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivientes; y el Convenio Núm. 130 sobre asistencia médica y prestaciones monetarias por enfermedad.

Así, la seguridad social integra el conjunto de instrumentos destinados a la prevención y el manejo de los riesgos que conlleva la vida de las personas en una sociedad. Permite la

Recuadro 1: La seguridad social entendida como un derecho humano en los instrumentos internacionales.

Declaración Universal de Derechos Humanos (DUHD), 1948

Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener (...) la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 25: 1) Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2) La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [independientemente de si son nacidos dentro o fuera del matrimonio].

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 1966.

Artículo 9: Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), 1979.

Artículo 11.1.e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas;

Artículo 11.1.f) El derecho a la protección de la salud y la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Artículo 11.2.b) Implantar la licencia de maternidad con sueldo pagado o con prestaciones sociales comparables sin pérdida del empleo previo, la antigüedad o los beneficios sociales.

Artículo 11.2.c) Alentar el suministro de los servicios sociales de apoyo necesario para permitir que los padres combinen las obligaciones para con la familia con las responsabilidades del trabajo y la participación en la vida pública, especialmente mediante el fomento de la creación y desarrollo de

cobertura de las necesidades sociales y el acceso a los servicios indispensables para el bienestar y la seguridad en los ingresos. La seguridad social es central en el eje estratégico del **Trabajo Decente** de protección social, y el *“derecho a la seguridad social es, junto a la promoción del empleo, una necesidad económica y social para el desarrollo y el progreso”* (OIT, 2012).

Con respecto a las normas nacionales, las constituciones de los países de la región Andina cuentan con disposiciones que establecen la seguridad social como un derecho de toda la ciudadanía:

- ✓ Perú, incluye en la Constitución de 1993 el derecho universal y progresivo a la seguridad social y el derecho a la protección de la salud, éste último desarrollado a través del Sistema Integral de Salud en 2002 y de la “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” (Ley 29344).
- ✓ En Venezuela¹, a partir de 1999 se reconoce el derecho universal a la seguridad social que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social.
- ✓ En Colombia la Constitución de 1991 indica que se debe garantizar a todas las personas que habiten en el país el derecho irrenunciable a la Seguridad Social; asimismo, en 1993, se introdujo un programa de seguro universal de salud consistente en un plan contributivo y un programa subsidiado (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado) para quienes obtiene bajos ingresos por su trabajo o se desempeñan en el sector informal, financiado por las transferencias del gobierno. Adicionalmente, en 2008 una importante decisión del Tribunal Constitucional confirmó el derecho a la salud, a raíz de la cual el Estado colombiano unificó los planes de seguros contributivos y subsidiados para lograr la cobertura universal de salud.
- ✓ Bolivia² establece en el artículo 45 de la Constitución de 2009, que todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social, la cual se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia.
- ✓ Por su parte, la Constitución de Ecuador de 2008 establece en el artículo 34 que *“el derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado”*.

Si bien lo estipulado en el Convenio Núm. 102 de la OIT (norma mínima) orientó la acción de los países en materia de seguridad social por más de 50 años, la crisis financiera y económica de 2008 supuso nuevos retos, resultado de un importante retroceso en los avances que en materia de empleo y de seguridad social venían teniendo lugar, particularmente en América

Recuadro 2: Trabajo decente y protección social.

El Trabajo Decente es aquel que se desarrolla en condiciones de justicia, seguridad, equidad y libertad, proporcionando oportunidades de empleo y un ingreso digno. Los ejes sobre los que se sustenta el trabajo decente son cuatro: empleo, normas y principios y derechos fundamentales, protección social y diálogo social, y se presenta la igualdad de género como un eje transversal.

La protección social es un eje estratégico del Programa de Trabajo Decente de la OIT.

¹ Venezuela: República Bolivariana de Venezuela.

² Bolivia: Estado Plurinacional de Bolivia.

Latina y el Caribe (Cornia, 2010). Un común denominador de la respuesta internacional a estos retos fue apelar al papel del Estado en contrarrestar el ciclo económico. El Sistema de las Naciones Unidas, en particular, subrayó la necesidad de extender la seguridad social a través de diferentes agencias e instrumentos, deseablemente de manera articulada³. Este llamado se expresó en dos instrumentos: el *Pacto Mundial por el Empleo* adoptado por la OIT y asumido por el conjunto del Sistema en 2009, y la *Iniciativa de Piso de Protección Social (I-PPS)*. Ambos forman parte de las nueve iniciativas de las Naciones Unidas para paliar los efectos de la crisis económica⁴.

La Recomendación Núm. 202 – pisos de protección social, adoptada en la Conferencia Internacional de la OIT en 2012, desarrolla la dimensión de los pisos de protección social relativa a las garantías de ingresos mínimos a lo largo del ciclo de vida de las personas y de acceso a la atención a la salud, como “*parte de sistemas integrales de salud*” y reconoce que “*la seguridad social es una herramienta importante para prevenir y reducir la pobreza, la desigualdad, la exclusión social y la inseguridad social, para promover la igualdad de oportunidades, la igualdad de género y la igualdad racial y para apoyar la transición del empleo informal al empleo formal*”.

1.1 Beneficios de extender la seguridad social.

Tal como fue razonado en el marco de la conferencia de la OIT de 2011 (OIT, 2011b) la cobertura universal de un sistema de seguridad social tiene un triple beneficio. Primero, facilita la plena participación de las personas necesitadas mediante el apoyo al ingreso y al disfrute de los derechos básicos. Segundo, actúa como factor estabilizador a nivel macroeconómico, ayudando a la población trabajadora a la transición hacia nuevas industrias, impulsando fuentes nacionales de crecimiento y de desarrollo rural. Tercero, garantiza la cohesión social facilitando la adopción de políticas en pro del crecimiento y de cambios estructurales. En este marco, y haciendo directa referencia a los cambios demográficos, adquieren relevancia las políticas para conciliar trabajo y vida familiar así como mejorar el nivel de empleo de mujeres, jóvenes y personas adultas mayores. En todos los casos, la participación efectiva de la representación de empleadores, trabajadores y trabajadoras en el marco del diálogo social es clave para profundizar los cambios.

Los beneficios de la seguridad social han sido reconocidos por múltiples entidades internacionales y es así como el carácter integrador e interrelacionado de los componentes del Trabajo Decente y la función distributiva y de superación de la pobreza de la protección social está presente en la acción de todo el Sistema de Naciones Unidas.

Así, la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* incluye un conjunto de 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para poner fin a la pobreza, luchar contra la desigualdad y la injusticia, y hacer frente al cambio climático. Los ODS integran el Trabajo Decente y la

³ El Sistema de las Naciones Unidas inició en la década de 2000 un proceso para mejorar y coordinar la acción en cada país, conocido como “Unidos en la Acción”, que pretende optimizar la cooperación técnica del conjunto del SNNUU.

⁴ Esta Iniciativa la dirigen conjuntamente OIT y OMS, y supone la participación oficial de un grupo de organismos colaboradores, entre otros: ACNUR, PNUD, DAESUN, Comisiones Regionales de las NNUU, FAO, FMI, ACNUDH, ONUSIDA, UNESCO, OACDH, OCOD, ONU-HABITAT, UNICEF, OMM, PMA, UNNRWA (véase Grupo de trabajo sobre la iniciativa del piso de protección social. <http://www.ilo.org/gimi/gess>).

protección social, tanto de forma específica en el objetivo 8, *Trabajo Decente y Crecimiento económico*, como en otros objetivos de forma transversal, junto a la igualdad de género, entre los que destaca el objetivo 1, *Poner fin a la pobreza*, que incluye como meta la implementación de Sistemas de Seguridad Social, objetivos y metas en los que la OIT tiene un papel relevante, puesto que entra dentro de su mandato promover el trabajo decente, el empleo pleno y productivo, la igualdad y los sistemas de Seguridad Social. Por su parte, la CEPAL señala que la desigualdad debe confrontarse con “*una red de protección social universal básica que se integre al modelo de desarrollo como pieza estructural no residual*” en contraste con los enfoques minimalistas predominantes previamente (CEPAL, 2010). El PNUD argumenta que el desarrollo humano debe basarse en la reducción de la pobreza y la desigualdad, lo cual a su vez requiere contar con políticas integrales de protección social y de provisión de servicios con componentes universales (PNUD, 2010) y apuntan que el gasto fiscal en servicios y protección social mejora la distribución de la riqueza (PNUD, 2010b). Finalmente ONU Mujeres, la agencia especializada para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres sitúa las políticas macroeconómicas y la protección social como elemento indispensable para tales objetivos. Las políticas de protección social desempeñan papeles importantes a la hora de ampliar el acceso de las mujeres a los mercados laborales, contemplar los riesgos económicos a los que se enfrentan las familias trabajadoras, y ayudar a los hogares pobres a cubrir las necesidades básicas (ONU Mujeres en línea⁵).

En los países de la región, los gobiernos cuentan con políticas para atenuar la desigualdad social, a las cuales los programas de Trabajo Decente y seguridad social de las agencias del Sistema de NNUU apoyan en este objetivo.

1.2 La Iniciativa de Piso de Protección Social de las Naciones Unidas

El piso de protección social, tal como fue aprobada por la Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de Naciones Unidas en 2009, alude al “*conjunto de derechos sociales, infraestructuras y servicios básicos con los que todas las personas deberían poder contar, con el fin de que se garantice la puesta en práctica de los derechos humanos consagrados en los tratados internacionales*”, y está integrado por dos dimensiones:

- ✓ **Servicios:** *garantizar la disponibilidad, la continuidad y el acceso geográfico financiero a servicios esenciales como salud, educación, agua y saneamiento, alimentos y nutrición adecuada, vivienda, información sobre la vida y el ahorro de activos y otros servicios sociales.*
- ✓ **Transferencias (seguridad básica del ingreso):** *poner en práctica el acceso, garantizando un conjunto básico de transferencias sociales esenciales, monetarias y en especie, con miras a brindar una mínima seguridad de ingreso y de sustento a las poblaciones en condiciones de pobreza y vulnerabilidad, y facilitar el acceso a los servicios esenciales. Incluye, junto a las transferencias e integradas con éstas, información, derechos, políticas para las hijas y los hijos, para las personas en grupos de edad activas con ingresos insuficientes y para las personas mayores⁶.*

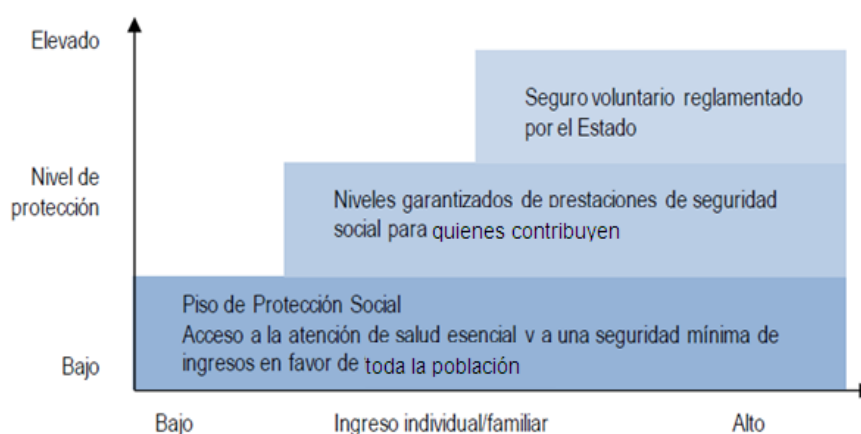
⁵ <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/economic-empowerment/macroeconomics-policies-and-social-protection#sthash.iYfgj3uv.dpuf>

⁶ Iniciativa del Piso de Protección Social. OIT/OMS. Disponible en: http://www.icsw.org/images/docs/SPF/SPFI_Brochure_Jun10_ES.pdf

El piso de protección social, tal como lo plantea el Sistema de Naciones Unidas, integra por tanto dos dimensiones complementarias entre sí: la oferta de servicios esenciales que cubran necesidades sociales como educación, sanidad, vivienda, agua y saneamiento, alimentación, etc. y la provisión de ingresos para favorecer “*un acceso efectivo a los bienes y servicios definidos a nivel nacional*” (OIT, 2012), es decir, transferencias que estimulen la demanda de tales servicios. De este modo, los pisos de protección social constituyen el “*primer peldaño de una escalera que tiende a fortalecer la protección social integral*” (OIT-OMS, 2010).

La *Recomendación Núm. 202 de pisos de protección social de la OIT*, desarrolla de forma específica el componente de la demanda, las transferencias, como garantías básicas en materia de seguridad social –la atención a la salud y la seguridad básica del ingreso para la infancia, la población en edad activa que no pueden obtener ingresos suficientes y la población anciana– y constituyen un primer peldaño en las estrategias de extensión de la seguridad social, tal como puede apreciarse en el gráfico 1. El vínculo entre ambos procesos de fortalecimiento –de la protección social integral y de la seguridad social– lo establece la propia Recomendación Núm. 202 cuando establece como uno de los principios para establecer y mantener los pisos de protección social “*n) servicios públicos de alta calidad que mejoren el desempeño de los sistemas de seguridad social*”. De especial relevancia en esta intersección son los servicios de salud, que se presentan como servicios esenciales que a su vez proveen la atención de salud contemplada como garantía básica de seguridad social.

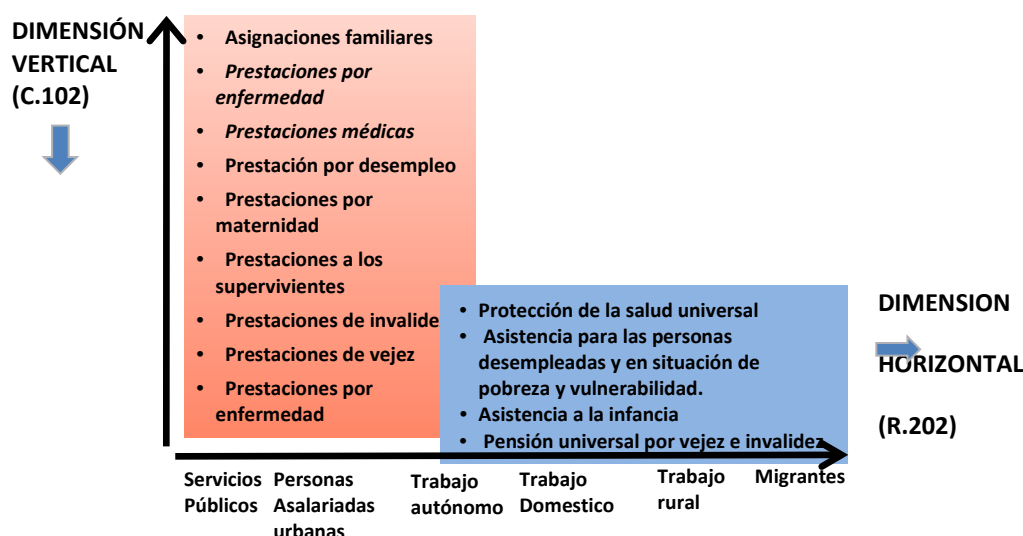
Gráfico 1. Estrategia de extensión de la protección social según niveles.



Fuente: *Seguridad Social para la justicia social y una globalización equitativa. Discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social) en virtud de la Declaración de la OIT relativa a la justicia social para una globalización equitativa*, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 2011

De esta manera, entidades internacionales como la OIT y la Asociación Internacional de la Seguridad Social (AISS), entre otras, conceden máxima prioridad a las políticas e iniciativas que extiendan la seguridad social en dos dimensiones: **horizontal**, que consiste en la rápida implementación de pisos nacionales de protección social que aseguren acceso a la atención médica esencial e ingresos suficientes; y **vertical**, que consiste en alcanzar mayores niveles de seguridad social (véase Gráfico 2).

Gráfico 2. Estrategia de ampliación de la cobertura para alcanzar el universalismo de manera progresiva: contenidos de las prestaciones.



Partiendo del avance en estas dos dimensiones, de acuerdo a la Recomendación Núm. 202 de la OIT, a la hora de implementar estrategias para la extensión de la seguridad social, los países deben tener presentes determinados principios (véase recuadro 3).

Recuadro 3. Principios a aplicar por los Estados Miembros en el desarrollo de los pisos nacionales de protección social.

- universalidad de la protección, basada en la solidaridad social;
- derecho a las prestaciones prescrito por la legislación nacional;
- adecuación y previsibilidad de las prestaciones;
- no discriminación, igualdad de género y capacidad de responder a las necesidades especiales;
- inclusión social, en particular de las personas que trabajan en la economía informal;
- respeto de los derechos y la dignidad de las personas cubiertas por las garantías de seguridad social;
- realización progresiva, inclusive a través del establecimiento de objetivos y plazos;
- solidaridad en la financiación, asociada a la búsqueda de un equilibrio óptimo entre las responsabilidades y los intereses de aquellos que financian y se benefician de los regímenes de seguridad social;
- consideración de la diversidad de métodos y enfoques, con inclusión de los mecanismos de financiación y los sistemas de prestaciones;
- gestión financiera y administración sanas, responsables y transparentes;
- sostenibilidad financiera, fiscal y económica, teniendo debidamente en cuenta la justicia social y la equidad;
- coherencia con las políticas sociales, económicas y de empleo;
- coherencia entre las instituciones encargadas de la prestación de servicios de protección social;
- servicios públicos de alta calidad que mejoren el desempeño de los sistemas de seguridad social;
- eficacia y accesibilidad de los procedimientos de reclamación y de recurso;
- seguimiento regular de la aplicación y evaluación periódica;
- pleno respeto de la negociación colectiva y de la libertad sindical para todos los trabajadores, y;
- participación tripartita con las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de personas interesadas.

Para lograr la extensión de la seguridad social, es fundamental contar con una activa participación tanto estatal como de las partes sociales, que contribuyen a definir estrategias para

dar acceso a la seguridad social a través del empleo formal. En relación con este último punto, los numerales *h, i, j, k y l*, de la Recomendación Núm. 202 de la OIT establecen que el empleo formal es una de las principales fuentes de financiación de los sistemas de seguridad social, y por esta misma razón es necesario consultar de forma constante y permanente a las organizaciones empresariales y sindicales a la hora de implementar medidas orientadas a la ampliación de las prestaciones de seguridad social. Las organizaciones de empleadores y de trabajadoras y trabajadores son relevantes y tienen la capacidad de asumir compromisos y llevar a la acción iniciativas que permitan avanzar hacia una sociedad sin sesgos de género.

Teniendo en cuenta que dentro de la Recomendación Núm. 202 de la OIT se establece que cualquier estrategia de expansión de seguridad social debe aplicarse tanto a personas que formen parte de la economía formal como informal, apoyando al mismo tiempo el crecimiento del empleo formal y la reducción de la informalidad, es fundamental garantizar que el diseño de los pisos de protección social se haga de manera integrada entre el sector público y el privado de manera que se logre avanzar en la universalización de la protección social sin incrementar la informalidad laboral, por ejemplo, gravando excesivamente el trabajo formal con cargas prestacionales demasiado altas que vayan en detrimento de la creación de empleo formal. Además, incluye la Recomendación Núm. 202, el piso de protección sociales un mecanismo para la extensión de la cobertura de la protección social, siendo necesario que las vertientes contributiva y no contributiva actúen de forma articulada.

Recuadro 4: Criterios para el diseño e implementación de los pisos de protección social.

La Recomendación Núm. 202 sobre los pisos de protección social de la OIT especifica que los Estados Miembros, al diseñar y poner en práctica los pisos de protección social, deberían:

- a) combinar medidas preventivas, promocionales y activas, prestaciones y servicios sociales;
- b) promover la actividad económica productiva y el empleo formal considerando la adopción de políticas que incluyen la contratación pública, la concesión de créditos públicos, la inspección del trabajo, políticas del mercado de trabajo e incentivos fiscales y que fomentan la educación, la formación profesional, las competencias productivas y la empleabilidad, y
- c) asegurar la coordinación con otras políticas que fomentan el empleo formal, la generación de ingresos, la educación, la alfabetización, la formación profesional, las competencias y la empleabilidad, que reducen la precariedad, y que promueven el trabajo estable, la iniciativa empresarial y las empresas sostenibles en un marco de trabajo decente.

Para la construcción de pisos de protección social, la extensión de los beneficios de seguridad social requiere pues que, además de plantear un diseño de un plan de acción de forma articulada entre el Estado y representantes de empleadores y trabajadores, cada país plantee un plan de aumento de cobertura a partir de sus propias realidades y posibilidades.

Los pisos de protección social constituyen conjuntos de garantías básicas de seguridad social definidos a nivel nacional que aseguran una protección destinada a prevenir o a aliviar la pobreza, la vulnerabilidad y la exclusión social (Recomendación Núm. 202 sobre los pisos de protección social). Éstos constituyen una medida coyuntural hacia el establecimiento de formas más amplias y robustas de protección social, es decir, como medida estructural.

Si bien existen múltiples disposiciones orientadas a la expansión de los sistemas de seguridad social y se ha avanzado en este sentido en los países de la Región Andina, en ciertos grupos poblacionales, persisten mayores niveles de desprotección en materia de seguridad social. Por lo tanto, además de la necesidad de consultar con varios actores de la sociedad –particularmente el sector empleador y el sector trabajador– la gradualidad a la hora de implementar pisos de protección social, es necesario dar prioridad a grupos poblacionales particularmente excluidos como, para el caso de Latinoamérica, las mujeres, la población rural, quienes se encuentran en la economía informal o enfrentan condiciones de discapacidad (OIT, 2011c), con especial atención a las poblaciones indígenas y afrodescendientes, que ocupan un lugar importante en la composición demográfica de los países de la Región.

2. Perspectiva de género, protección social inclusiva y regímenes de bienestar.

2.1 Perspectiva de género.

El concepto de *perspectiva de género* fue introducido oficialmente en la Conferencia Mundial de las Mujeres del Sistema de Naciones Unidas celebrada en Beijing en 1995, donde se acuñó el término “*mainstreaming de género*” para referirse a la “incorporación del género” de forma plena en todo accionar político, social y económico, que permita valorar las diferentes situaciones, condiciones y posiciones de mujeres y hombres en la sociedad, en el mercado laboral, en la política, etc., y se define como:

“El **proceso** mediante el cual se valoran las implicaciones para las mujeres y los hombres de cualquier acción planificada, incluyendo legislaciones, políticas o programas en todas las áreas y todos los niveles.

Es una **estrategia** para convertir las preocupaciones y experiencias de las mujeres y los hombres en una dimensión integral de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, económicas y sociales, para que mujeres y hombres se beneficien igualmente y la desigualdad no se perpetúe”.

Aplicar este análisis de género a los sistemas y políticas de protección social implica analizar cómo tales sistemas se han sustentado tradicionalmente sobre la base de que:

- ✓ los hombres eran sostén de la familia,
- ✓ la participación de las mujeres se consideraba secundaria,
- ✓ la actividad económica y laboral femenina era considerada como complementaria a la del hombre, circunstancial o eventual,
- ✓ y el cuidado de las personas dependientes era una responsabilidad de las familias, y dentro de éstas de las mujeres, invisibilizando los requerimientos y necesidades tanto de las personas necesitadas de cuidado como de las personas cuidadoras, la necesaria corresponsabilidad social en la provisión de cuidados y la repercusión de esta asunción prácticamente sólo por las mujeres en su inserción en el trabajo remunerado, su autonomía y su desarrollo.

Es decir, que los modelos de protección no han sido neutros desde el punto de vista del género, sino que históricamente han tomado al varón, y secundariamente su familia, como sujeto central de protección, lo que implica la invisibilidad de la situación específica de las mujeres frente a

los sistemas de protección social: la trayectoria laboral de las mujeres es más discontinua, tienen menos opciones a promociones laborales, sus carreras se ven interrumpidas por la crianza de los hijos e hijas, concentran periodos más cortos de cotización y lo hacen sobre salarios sensiblemente menores a los de los hombres, tal como se argumentará más adelante al realizar el diagnóstico aproximativo a la región Andina. Con todas esas circunstancias, hasta un modelo de protección que pretendiera ser neutro en el derecho y la magnitud de las prestaciones, reproduciría estas desigualdades trasladándolas a un modelo de protección social insuficiente para las mujeres.

El objetivo del Piso de ampliar la protección social básica a las personas actualmente excluidas del mismo y a la economía informal ofrece grandes posibilidades de subsanar algunas de las desigualdades de género existentes. El énfasis en el enfoque basado en los derechos del Piso de Protección Social desempeña un papel clave adicional para garantizar el acceso de la mujer en igualdad de condiciones a las prestaciones y la protección, aprovechar su capacidad productiva y capacitar a las mujeres para participar en el mercado de trabajo. El Piso de Protección Social ofrece la oportunidad de revisar a fondo los sistemas de protección social básica de cualquier país y, por tanto, una nueva forma de abordar los problemas derivados de las desigualdades de género, muchos de los cuales son fruto de los desequilibrios de poder tradicionales que han caracterizado a las relaciones de género a lo largo de la historia.

Estas desigualdades y relaciones de género se expresan en la ausencia de ayudas públicas y privadas para hacer frente a las responsabilidades familiares, que implica que para un elevado número de mujeres la economía informal sea la única que proporciona trabajos remunerados con la suficiente flexibilidad, autonomía y proximidad geográfica al hogar para permitirles combinar una actividad remunerada con las obligaciones familiares no remuneradas (OIT, 2009c). Por ello el Piso de Protección Social, en la medida que tiene como objetivo favorecer el acceso geográfico y financiero a servicios esenciales es una herramienta de cambio fundamental en la medida que entre esos servicios esenciales incorpore el cuidado de las personas dependientes, infancia y personas de edad o con discapacidad, que permitan el acceso de las mujeres al Trabajo Decente, junto a las estrategias de igualdad de oportunidades que favorezcan su inserción laboral.

La desigualdad de género tiene, además de las repercusiones concretas en la menor protección social de las mujeres, una repercusión directa en pérdida de desarrollo humano, por lo que la potenciación de las mujeres y la superación de las barreras que impiden su incorporación al Trabajo Decente es indispensable para el desarrollo económico y social de los países.

2.2 Pobreza, género y desarrollo.

La desigualdad en general y de género en particular tiene múltiples dimensiones. Varios instrumentos empíricos desarrollados en los últimos años permiten conocer simultáneamente varias de estas dimensiones. En la región, estos instrumentos evidencian las considerables brechas de género y la consecuente pérdida de desarrollo humano que los pisos de protección social deben contribuir a eliminar. En el Cuadro 1, el valor del IDH de mujeres y hombres muestra que estas brechas, en *salud, educación y nivel de vida*, no son homogéneas entre países, siendo la pérdida de desarrollo humano atribuible al género más acentuada en Bolivia y Perú y apenas perceptible en Venezuela.

Cuadro 1. Región Andina, según IDH, Valor IDH para mujeres y hombres e IDG, 2013.

País	Índice Desarrollo Humano	Valor del Índice de Desarrollo Humano para		Índice Desigualdad Género
		Mujeres	Hombres	
Bolivia	0,667	0,642	0,690	0,472
Colombia	0,711	0,697	0,718	0,460
Ecuador	0,711	----	----	0,429
Perú	0,737	0,720	0,753	0,387
Venezuela	0,764	0,759	0,760	0,464

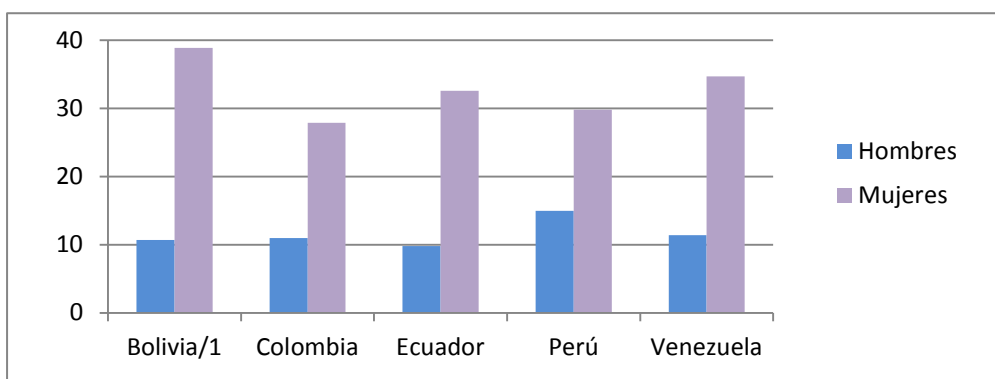
Fuente: PNUD, 2014: *Sostener el progreso humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia*. Informe de Desarrollo Humano 2014.

Las desigualdades de género se vuelven más evidentes cuando se consideran otras dimensiones del desarrollo humano, como la *salud reproductiva* (mortalidad materna y la tasa de fecundidad adolescente), el *empoderamiento* (proporción de escaños parlamentarios ocupados por hombres y mujeres, y proporción de población masculina y femenina con al menos educación secundaria completa) y la *actividad económica* (tasa de participación en el mercado laboral para cada sexo). El Índice de Desigualdad de Género (IDG) **tiende a arrojar grados de desigualdades de género mayores que la que muestra el IDH**⁷, como se observa por ejemplo en Venezuela que, junto a Bolivia, presenta el peor desempeño.

Para apreciar el desigual impacto de la pobreza sobre mujeres y hombres, el Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL (OIG) introduce indicadores para valorar la autonomía económica de las mujeres, definida por el OIG como “*la capacidad de las mujeres de generar y disponer de ingresos y recursos propios a partir del acceso al trabajo remunerado en igualdad de condiciones que los hombres*”. La falta de autonomía económica determina una mayor pobreza individual, ya que quienes no perciben ingresos propios con frecuencia tienen menor poder de decisión sobre el destino de los recursos del hogar, menos posibilidades de reservar parte del dinero para gastos individuales y escasas posibilidades de enfrentar su manutención, especialmente si hay cambios en la conformación familiar de origen. Así, el punto central de la definición de autonomía es el grado de libertad que una mujer tiene para actuar y decidir aspectos económicos y sociales de acuerdo con su elección, y esta autonomía depende del rango de opciones y de los recursos que ponga a disposición de las personas la sociedad en que viven (CEPAL, 2014). La brecha de género en la percepción de ingresos propios es acusada: mientras que entre los hombres oscila entre el 9,8% en Ecuador y el 15% en Perú; entre las mujeres llega a triplicarse, oscilando entre 27,9% en Colombia y 38,9% en Bolivia. El tramo etario en que se concentran unos y otras también indica diferencias de género en la inserción al mercado laboral: mientras que la población masculina sin ingresos se concentra básicamente en la población de entre 15 y 24 años, la población femenina sin ingresos es elevada en todos los tramos de edad.

⁷ El **Índice de Desarrollo Humano** se construye integrando tres dimensiones: (1) *salud*: esperanza de vida al nacer; (2) *educación*: alfabetización y matrícula en educación primaria, secundaria y superior y (3) *nivel de vida digno*: renta per cápita. En el cuadro 1 se presenta el IDH por países y el IDH calculado de forma diferente para mujeres y hombres. Mientras que el **Índice de Desigualdad de Género** integra dimensiones diferentes: (1) *salud reproductiva*: coeficiente de mortalidad materna y tasa de fecundidad en adolescentes, (2) *empoderamiento*: diferencias entre hombres y mujeres en la representación parlamentaria y en los niveles de enseñanza secundaria y superior, y (3) *mercado laboral*: tasas de empleo, desempleo y subempleo, y muestra la pérdida en desarrollo humano debido a la desigualdad entre logros de mujeres y hombres en dichas dimensiones.

Gráfico 3. Pobreza. Población de 15 años y más, sin ingresos propios, por sexo (en porcentaje). 2013.



Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Nota: 1/ 2011

La mayoría de las mujeres (51,6%) que carecen de ingresos propios tiene como actividad principales los quehaceres domésticos y las labores de cuidado en sus hogares (Lupica, 2015). Este hecho revela que la pobreza de las mujeres se origina en un factor estructural: la **división sexual del trabajo**. Ellas dedican parte importante de su tiempo a la realización de tareas por las cuales no perciben remuneración y que condicionan su participación en el mercado de trabajo. No obstante, aunque no se logran aún condiciones de igualdad en el acceso al trabajo decente, estas brechas han mostrado una reducción de la cantidad de mujeres sin ingresos propios como se observa en el cuadro 2, tanto debido al acceso a trabajos remunerados como a beneficios previsionales y a transferencias monetarias condicionadas (Observatorio de Igualdad de Género de ALC, 2011).

Cuadro 2. Evolución mujeres sin ingresos propios 2000 – 2013 (en porcentaje).

País	2000	2013
Bolivia	50,1	38,9 ^{1/}
Colombia	30,6	27,9
Ecuador	45,1	32,6
Perú	40,3 ^{2/}	29,8
Venezuela	46,2	34,7

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. Notas: 1/ 2011. 2/ 1999

De especial relevancia, de cara al piso de protección social en las garantías para las personas adultas que ya no están en edad de trabajar, es el alto porcentaje de mujeres de más de 60 años que no tienen ingresos propios, salvo en Bolivia que suponen tan sólo un 3,8%, en el resto de países están alrededor del 30%, mientras que los hombres están alrededor del 10%, es decir las mujeres en edad de retiro sin ingresos propios triplican a los hombres.

Cuadro 3. Personas de 60 años y más que no tienen ingresos propios, por sexo, 2013 (En porcentajes).

País	Mujeres	Hombres
Bolivia	3,8	0,9
Colombia	30,5	12,6
Ecuador	24,5	7,8
Perú	26,8	9,3
Venezuela	31,8	13,1

Fuente: Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe.

Como lo ponen de manifiesto los indicadores de desarrollo humano, existe una “feminización” de la pobreza expresada en una pérdida de desarrollo humano atribuible a las desigualdades de género. Así, mientras la pobreza disminuye en América Latina, los hogares pobres a cargo de mujeres presentan una tendencia inversa. La tasa de pobreza en 1990 fue de un 48,4% de la

población y en 2014 se estima en un 28%, en tanto que la indigencia, o pobreza extrema, alcanzó en dichos años el 22,6% y 12%, respectivamente (CEPAL 2014). Por su parte, el índice de feminidad en hogares pobres (proporción de mujeres que viven en hogares pobres) ha crecido: mientras en 1994 por cada 100 hombres que vivían en hogares pobres lo hacían 109,4 mujeres, en el año 2013 lo hacían 116,9.

En la región Andina se reproduce esta situación el índice de feminidad de la pobreza oscila alrededor de la media de América Latina, pero siendo superior el índice de feminidad de la indigencia (120,9 en la Región en 2013). Tanto un índice como el otro muestran que la brecha tiende a ser más pronunciada en las zonas urbanas que en las rurales, con Venezuela, Ecuador y Colombia como los países que presentan mayor desigualdad.

Cuadro 4. Índice de feminidad de la indigencia y la pobreza según área geográfica. 2013

País	Indigencia			Pobreza		
	Nacional	Urbana	Rural	Nacional	Urbana	Rural
Bolivia ^{1/}	110,8	113,4	113,1	109,2	109,5	111,4
Colombia	125,7	139	127,5	117	120,6	116,8
Ecuador	127	136,1	115,4	117,1	117	117,2
Perú	107,7	119,6	110,8	109,4	114,4	108
Venezuela	142,7	...	...	122,2	...	...

Fuente: CEPALSTAT en línea.

Hasta hace tres décadas, en la región dominaba la familia nuclear con un hombre proveedor de ingresos. Esta modalidad y la de las familias extensas con presencia de varias personas adultas en el hogar han perdido importancia relativa. En cambio, han aumentado las familias con dos fuentes de ingreso, los hogares unipersonales y los monoparentales, en los que una sola persona adulta, generalmente mujeres, se hacen cargo de la familia –entre 7 y 8 de cada 10 hogares monoparentales están a cargo de una mujer–.

Las familias nucleares con doble proveedor de ingresos experimentan una reducción de la pobreza (OIT-PNUD, 2009) mientras que los hogares monoparentales tienden a empobrecerse. Esta mayor incidencia de la pobreza en hogares con jefatura femenina la explican diversos factores, entre ellos la brecha salarial, el mayor desempleo y subempleo femenino y la menor disposición de tiempo para dedicar al trabajo remunerado debido a las responsabilidades familiares. En la región cada vez más mujeres son quienes aportan de forma principal los ingresos a las familias: alrededor de un tercio de los hogares dependen de los ingresos de las mujeres (el 25% en Bolivia, el 33,9% en Colombia, el 28,9% en Ecuador, el 28,8% en Perú y el 32,2% en Venezuela) y esta proporción asciende alrededor del 70% en los hogares monoparentales.

Recuadro 5: El trabajo no remunerado.

El trabajo no remunerado es aquél que, sin retribución económica o en especie, se realiza para el mantenimiento de los hogares, las comunidades y la sociedad en su conjunto. Comprende tres principales tipos de trabajo: i) el cuidado de personas cuidado-dependientes, tales como niños y niñas, de personas adultas mayores, con enfermedad o discapacidad; ii) el mantenimiento diario del bienestar en el hogar, el trabajo voluntario en la comunidad; iii) y la producción de subsistencia de bienes y servicios que de otro modo podrían o deberían estar cubiertos por las políticas públicas o por el mercado. Aunque a lo largo de este trabajo se usará esta definición amplia de trabajo no remunerado, también se hará referencia de manera más restringida al componente de cuidados de las personas.

Si bien en la última década se han presentado avances importantes en el porcentaje de mujeres que cuentan con ingresos propios, es prioritario seguir avanzando en facilitar los medios de protección social para las mujeres. En tanto la seguridad social tiene una fuerte relación con el trabajo formal y éste a su vez con cómo en cada sociedad se atienden las demandas de trabajo no remunerado en general y de cuidados en particular, es fundamental que la expansión de la seguridad social incorpore una perspectiva de género. Dicha incorporación se plantea a la vez como proceso y como estrategia en tres etapas.

- 1º. Se requiere acordar que los pisos de protección social deben **contemplar la igualdad de género**, es decir, el que hombres y mujeres accedan a los recursos (económicos, sociales, culturales y temporales) de forma equitativa, lo cual requiere compromisos y acuerdos entre diferentes actores sociales y políticos.
- 2º. Como instrumento para lograr que los pisos de protección social promuevan la igualdad de género, se requiere contar con un **diagnóstico** que tenga en cuenta las relaciones de género, identificando dónde están mujeres y hombres, cómo están unas y otros, y los motivos y las prácticas sociales que hacen que estén de forma diferenciada en los distintos ámbitos de la vida. Se trata en definitiva de contar con un mapeo de las brechas de género en el acceso a seguridad social que se deben superar. En términos empíricos se expresan en indicadores relacionales de la posición relativa de la población de un sexo sobre el otro en diversos ámbitos como el salarial, el uso del tiempo o la participación en el aseguramiento.
- 3º. A partir del diagnóstico de brechas de género en relación con el acceso a seguridad social, es posible **planificar, implementar y evaluar políticas con enfoque de género** mediante las cuales se pueda atender las necesidades diferenciales de mujeres y hombres y corregir dichas brechas. Lo anterior cobra especial relevancia, si se considera que una reducción de estas brechas tendrá un impacto directo y positivo sobre las condiciones de pobreza de la región.

2.3 Regímenes de bienestar.

En las economías de mercado, las condiciones de vida de la población dependen de tres lógicas principales de asignación de recursos: i) de la asignación que hacen los mercados, en particular laborales, de los ingresos, sean de manera directa o indirecta, ii) dependen de aquel ingreso social que se asigna colectivamente en forma de transferencias y de servicios, en alguna medida

independiente de los ingresos monetarios de las personas y iii) dependen del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, principalmente femenino.

Para la mayoría de la población, el acceso al ingreso monetario tiene lugar principalmente mediante el mercado laboral, de ahí, como se ha visto en el epígrafe anterior, que las mujeres presentan datos de exclusión social y pobreza más elevados que los hombres. El ingreso social depende, en gran medida, del papel que tenga el Estado y en particular, de su política social, aunque pueden también intervenir organizaciones locales e internacionales que aportan al ingreso social. El trabajo no remunerado está principalmente asociado a la presencia de trabajo femenino no remunerado en el ámbito doméstico.

Cada una de estas rutas de asignación de recursos contribuye de alguna manera al bienestar, aunque cada una lo hace desde principios diferentes: **el mercado** se rige por la competencia; **la familia** se rige por criterios de pertenencia, reciprocidad, y jerarquías de género y generacionales; y la **política social** se rige por criterios de necesidad, contribución o pertenencia a la comunidad (ciudadanía). La manera como se articulan estas tres vías de asignación de recursos da lugar a regímenes de bienestar y la igualdad o desigualdad en las condiciones de vida de la población variará de acuerdo con la relevancia y la dinámica que tenga cada ruta de acceso al bienestar en una sociedad.

La articulación de prácticas de asignación de recursos mercantil, colectivo y familiar da lugar a regímenes de bienestar (Martínez Franzoni, 2008). Los regímenes de bienestar pueden tener o bien un carácter estatal o bien un carácter informal. Entre los primeros encontramos los regímenes estatales-productivistas, cuando la presencia pública es fundamentalmente para mejorar las condiciones de la fuerza laboral y compensa las deficiencias del mercado, y los estatales-proteccionistas, cuando las políticas enfatizan la protección social y determinadas áreas se asumen como responsabilidad pública y no sujetas al intercambio mercantil. Entre los regímenes de bienestar con carácter informal, podemos identificar regímenes *familiaristas* en diversos grados, donde la provisión de bienestar depende en gran medida de las familias, y dentro de éstas de las mujeres, sin que puedan acceder de forma adecuada por la vía mercantilizada –proveyéndose a través del mercado– y el Estado tiene escasas capacidades para proveer bienestar a través de las políticas públicas (Martínez Franzoni, 2007).

En la región Andina, como en general en América Latina, se encuentran fundamentalmente regímenes de bienestar informales *familiaristas* –en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela– y altamente *familiaristas* – en Bolivia. Así, una gran proporción de familias de escasos recursos aportan trabajo comunitario no remunerado para servicios propios en áreas que podría esperarse fueran responsabilidad de gobiernos locales y/o centrales, como la construcción de escuelas e incluso su administración. En ocasiones estos esfuerzos de las propias comunidades conviven con programas, entre los que destacan los enmarcados en las *Estrategias de Lucha contra la Pobreza –ELP–*, de los que determinadas familias son contraparte de la asignación autorizada de recursos que hace el Estado –sólo una pequeña parte de la población accede a transferencias y servicios públicos–, pero estos programas presentan inestabilidad y escaso alcance para un escenario de gran dificultad demercantilización de la fuerza de trabajo

Recuadro 6: Criterios de acceso al bienestar social según proveedor.

- **Mercado:** competencia –oferta / demanda–.
- **Familias:** pertenencia y reciprocidad; jerarquías de género y generacionales.
- **Políticas sociales (Estado):** contribución –aportes económicos–, necesidad –demostración situación de carestía– o ciudadanía –enfoque de derechos/ universalidad–.

(Martínez Franzoni, 2007), es decir, el déficit de Trabajo Decente y de servicios esenciales públicos difícilmente se suple con la voluntariedad de las familias y con programas que no estén plenamente integrados en las políticas públicas.

Asimismo, en la región Andina el rol del mercado laboral en la asignación de recursos a través de esquemas formales de trabajo cobra particular relevancia dado el insuficiente rol de la política social y el Estado para la asignación de recursos y el bienestar. De acá la importancia de propiciar esquemas laborales adecuados para aumentar la proporción del trabajo formal sobre el informal en la Región Andina.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, en las sociedades latinoamericanas, donde con frecuencia nos encontramos ante regímenes de bienestar informales, no estatales, el mercado laboral tiende a incorporar a la población de manera insuficiente, el Estado protege de forma fragmentada a las personas, y por consiguiente la familia se ve sobre exigida y las formas comunitarias de protección social cobran mayor importancia (Filgueira y Espejo, 2011). Así, ya sea en el seno de las familias, ya sea en las formas comunitarias, actualmente los regímenes de bienestar en Latinoamérica se asientan en gran medida en el trabajo no remunerado de las mujeres, lo cual hace necesario tener muy presente la perspectiva de género a la hora de abordar el diseño de sistemas de seguridad social en general y los pisos de protección social en particular.

2.4 El acceso a la protección social a través del mercado laboral.

Históricamente los seguros sociales se establecieron para beneficio de la población asalariada, es decir para aquellas personas que tuvieran un contrato con empresas del sector formal en el contexto de una relación de trabajo identificable (que, vale la pena precisar, en su mayoría han sido hombres).

Comprender la relación entre la pertenencia al mercado laboral formal y el acceso a la seguridad social es particularmente relevante si se tiene en cuenta que en América Latina y el Caribe existen actualmente alrededor de 130 millones de trabajadores con empleo informal (Organización Internacional del Trabajo - OIT, 2014), lo cual implica que estas personas no cuentan con acceso a la seguridad social por la vía del mercado laboral. Esta situación, no sólo lleva a que desde el mercado se generen altos índices de desprotección social, sino visto de manera más amplia, para América Latina y el Caribe, los altos niveles de informalidad laboral dificultan superar tanto las altas tasas de pobreza como la escasa movilidad social que perpetúa y agrava la desigualdad en la Región.

Las ramas de la seguridad social orientadas al aseguramiento presente o futuro de la población trabajadora que se enmarcan en el Convenio Núm. 102 de la OIT (norma mínima) de la seguridad social comprende variadas contingencias tales como:

- ✓ el término de la capacidad laboral debido a vejez e invalidez total, o su disminución debido a invalidez parcial,
- ✓ la interrupción de la capacidad laboral debido a accidentes, enfermedades, maternidad y cesantía,
- ✓ la reducción del ingreso familiar debido a la muerte de quien provee ingresos a la familia,
- ✓ un fuerte aumento de los gastos de la familia debido al nacimiento de hijas o hijos, y
- ✓ la protección de la salud y la atención de la enfermedad mediante los seguros de salud.

Esta modalidad de protección social es un espejo de la organización de los mercados laborales: a mayor informalidad, menor protección. También refleja una manera de entender el trabajo exclusivamente como remunerado -quienes realizan trabajo no remunerado solo están aseguradas como personas económicamente dependientes-y una perspectiva de la organización familiar en donde algunos miembros (aquellos que trabajan formalmente) genera los ingresos y los demás son dependientes de los primeros.

Ahora bien, cuando la protección social viene por la vía del mercado laboral, se ponen en evidencia dos problemas importantes, uno con efectos socioeconómicos y otro de género. Al vincular de forma directa la protección social con el mercado laboral, en la medida en que las condiciones no han facilitado que en la mayoría de los países de la Región se reduzca la informalidad laboral, los mercados laborales no han logrado convertirse en una puerta de acceso universal a la protección social. Ahora bien, aunque esto hace que un porcentaje elevado de la población quede excluida de los sistemas de seguridad social, esta situación se presenta de forma desigual para hombres y mujeres. Al considerar toda la población en edad activa, no solo a la que está efectivamente ocupada, la brecha contributiva entre hombres y mujeres es significativa: en 2008, en Latinoamérica y el Caribe, sólo el 15% de las mujeres contribuían a los sistemas de seguridad social en comparación al 25% de los hombres (Naciones Unidas, 2010).

Las responsabilidades familiares: un determinante de la inserción laboral de las mujeres.

Las responsabilidades familiares que recaen fundamentalmente en las mujeres están asociadas a interrupciones en la trayectoria laboral, tanto por la crianza de los hijos e hijas como por la atención de familiares dependientes como por las tareas domésticas para el cuidado del hogar. Durante estos periodos las mujeres suelen quedar desprotegidas, tanto por la pérdida de salario como por la ausencia de protecciones ante, por ejemplo, el desempleo o la ausencia de licencias para cuidar a personas cercanas. Esta discontinuidad a su vez se refleja en una densidad de aportes menor que la masculina que con frecuencia disminuye e incluso imposibilita del todo el acceso a las prestaciones de maternidad, enfermedad y otras, así como el acceso a la futura pensión de jubilación o invalidez.

Estas dificultades de compaginar el trabajo remunerado y el no remunerado dieron lugar a varias normas internacionales de la OIT con la intención de lograr la igualdad, entre las que destaca el Convenio Núm. 156 sobre responsabilidades familiares y el Convenio Núm. 183 de protección de la maternidad, que se aborda más adelante y que integra medidas de protección a la salud, al empleo y para la conciliación en el momento del parto y primeros meses de vida. El convenio 156 recomienda medidas en la organización del trabajo, permisos y licencias, servicios públicos y privados de atención a menores y personas adultas dependientes, que posibiliten que las personas puedan atender los requerimientos de ambas esferas sin sufrir por ello discriminación y está ratificado por todos los países de la Región, excepto Colombia. No obstante, las medidas contempladas en las legislaciones nacionales apenas alcanzan un abanico reducido de licencias que extienden los derechos en caso de adopción, calamidad doméstica, muerte o enfermedad, así como licencias paternas por nacimiento que apenas alcanzan unos días y no promueven la equiparación entre mujeres y hombres en la atención a cuidado-dependientes, y la obligatoriedad de proveer servicios de cuidado en el lugar de trabajo, como se muestra en el cuadro siguiente. Pero no se han desarrollado servicios públicos en relación al trabajo remunerado que facilite la conciliación de trabajo y familia desde la corresponsabilidad pública

y la implicación equitativa de mujeres y hombres, ni se han legislado medidas relativas a la adaptación de la organización del trabajo que permitan una mayor implicación social en los cuidados y la atención a personas cuidado-dependientes.

Cuadro 5. Apoyos a la conciliación en el marco normativo: licencias para atender a familiares, licencias paternas y cuidado en los centros de trabajo. Desarrollo normativo nacional del Convenio Núm. 156.

País	Licencias por necesidades familiares	Licencia por paternidad	Obligación de proveer servicios de cuidado en el lugar de trabajo
Bolivia	-	No contemplada. El padre goza de inamovilidad laboral desde la gestación hasta que su hijo cumple un año de edad.	Empresas de más de 50 empleadas y empleados
Colombia	Licencia de 6 semanas para padre adoptante sin cónyuge. Licencia por calamidad doméstica; Licencia de 5 días por muerte de hijo/cónyuge o padres.	8 días de licencia por nacimiento (modificado Código Sustancial del Trabajo por decisión de Corte Constitucional en 2011 que equipara derechos aun cuando sólo cotice el padre). 6 semanas para el que adopta un menor de 7 años sin cónyuge o pareja.	-
Ecuador	Licencia de 8 días para funcionarios públicos por calamidad doméstica (enfermedad grave de cónyuge, conviviente o pariente de 2º grado)	10 días. 15 días de licencia remunerada por adopción, prorrogable por 5 días por nacimiento múltiple o por cesárea, por 8 días por nacimiento prematuro; y por 25 días en caso de enfermedad degenerativa o discapacidad severa del niño.	Empresas con 50 o más trabajadores y trabajadoras.
Perú	Licencia de 30 días para padre adoptante sin cónyuge	4 días hábiles consecutivos.	-
Venezuela	Licencia de 10 semanas para la trabajadora que adopte un menor de 3 años. Licencia de 28 días por enfermedad sobrevenida del niño o la madre; Derecho a un día mensual para padre/ madre para llevar al hijo menor de 1 año a control médico; Licencia de paternidad también en caso de adopción.	-----	Empresas con más de 20 trabajadores y trabajadoras.

El desigual reparto de las responsabilidades familiares y domésticas se puede observar a través de las encuestas del uso del tiempo, que reflejan el promedio de tiempo dedicado por mujeres y hombres al trabajo remunerado y al trabajo no remunerado. Como muestra el cuadro 6, en todos los países que cuentan con la respectiva información, existe una notable brecha en cuanto al tiempo destinado por unas y por otros a las tareas no remuneradas: las mujeres duplican, triplican e incluso cuadruplican (como en el caso de Ecuador) el tiempo destinado al cuidado y al hogar.

Cuadro 6. Tiempo total de trabajo, remunerado y no remunerado en promedio de horas semanales. 2012.

País	Tiempo de trabajo					
	Tiempo total de trabajo		Trabajo no remunerado		Trabajo remunerado	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Bolivia¹	11	10,7	5,1	3,3	6,7	7,5
Colombia	68,2	58,6	20,9	7,0	47,3	51,5
Ecuador	73,7	53,2	33,7	8,0	40,0	45,2
Perú²	70,0	62,0	36	15,0	36,0	47,0

Fuente: CEPALSTAT sobre Encuestas Nacionales de Usos del Tiempo.
/1 Horas diarias, 2001. *Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe*
Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro (2014). CEPAL, Naciones Unidas. Santiago de Chile.
/2 (2010)

La no consideración de los cuidados en los regímenes de bienestar universal y la falta de políticas de Estado al respecto, muestran la persistencia de las brechas y la discriminación contra las mujeres. Esta carencia no sólo se manifiesta en la ausencia de servicios de cuidado universales, sino que está presente en la lógica en la que se construyen los servicios estatales. Dichos sistemas de servicios parten de la premisa de que en todos los hogares hay un hombre proveedor y una mujer que está permanentemente disponible para asumir las gestiones relacionadas con los servicios estatales. Esto se concreta por ejemplo en el funcionamiento de las consultas médicas⁸, los horarios escolares⁹ y la atención de los servicios públicos (Carcedo et al., 2011 y Martínez, 2008). Así, aunque el peso del trabajo que recae sobre las mujeres se ve aliviado, el rol de las mujeres como proveedoras de trabajo no remunerado se mantiene.

2.5 La familia: superar la familiarización y la feminización en materia de cuidados y provisión de bienestar

Conciliar trabajo y familia es una necesidad tanto desde el punto de vista de la igualdad de género y del derecho humano a cuidar y a ser cuidados, como por el desempeño de las empresas y de las productividad y competitividad de las economías (OIT/PNUD, 2009). Históricamente la atención de las responsabilidades familiares y laborales se definía a partir de la especialización de funciones, es decir, de la división sexual del trabajo entre hombres proveedores y mujeres cuidadoras. Sin embargo, las profundas transformaciones en los mercados laborales y en la organización de las familias, de la mano de la feminización de los primeros y de la diversificación de las segundas, ha conllevado una creciente tensión sobre las mujeres que han mantenido sus jornadas de trabajo no remuneradas a la par de crecientes jornadas remuneradas. Para enfrentar estas tensiones, las mujeres que tienen mayores recursos económicos recurren al trabajo doméstico remunerado y a la compra de servicios privados de cuidado infantil o para personas adultas mayores. No obstante, aquellas mujeres que tienen menores recursos y no pueden pagar por estos servicios, recurren a la delegación del trabajo doméstico entre otras mujeres de la familia, como hijas y abuelas, generalmente de manera no remunerada.

Por tanto, son las mujeres quienes por un lado gestionan, coordinan y suministran los cuidados (madres, trabajadoras domésticas, niñeras, educadoras de centros de desarrollo infantil, etc.), lo cual es problemático si se tiene en cuenta que en muchas ocasiones no lo hacen libremente, y además son los cuidados, en definitiva, trabajo informal que por la vía del mercado laboral no garantiza el acceso a la seguridad social, y por otro lado son las mujeres de menores ingresos quienes más sufren los impactos de la sobrecarga de trabajo remunerado y no remunerado en

⁸ Las consultas médicas se realizan generalmente durante el horario ordinario laboral. Si es una persona cuidado-dependiente requiere la consulta se presume que en el hogar habrá una persona adulta disponible para acompañarla. Además, las citas se solicitan a muy tempranas horas de la mañana (entre 5 y 6 am) lo que dificulta que las personas trabajadoras, que inician su jornada laboral a las 8 de la mañana, las gestionen.

⁹ Los horarios escolares también requieren de una persona adulta que gestione el traslado de niñas y niños al centro escolar. La jornada lectiva es equivalente a media jornada laboral por lo que choca con una jornada de trabajo ordinaria. Es muy frecuente que los hijos e hijas más pequeños tengan un horario y los más grandes otro, a lo cual se agrega una gran demanda de tareas a realizarse en la casa con el apoyo de las madres, como parte del modelo que pretende integrar familia y escuela.

tanto tienen menos condiciones económicas para derivar tareas al mercado, generalmente carecen de las condiciones económicas para salirse del todo del mercado laboral, y sufren por lo tanto las más graves consecuencias en materia de precariedad laboral. Por ello, la estructura familiar en materia de provisión de bienestar que impera en la Región Andina, en ocasiones profundiza, al considerar la conciliación como asunto familiar y privado, las desigualdades de género junto con la desigualdad socio-económica.

La alta familiarización de los cuidados se hace particularmente crítica si se tiene en cuenta que en América Latina y el Caribe se evidencia un aumento de la población, la persistencia de tasas relativamente altas de fecundidad, el aumento de la esperanza de vida y el incremento de la cantidad de personas con enfermedades crónicas. Así, son millones las familias que tienen que lidiar con personas cuidado-dependientes sin acceso a los sistemas de protección social, con prestaciones reducidas en materia de servicios de atención médica así como de pensiones y jubilaciones (CEPAL, 2009). Por ello la propia CEPAL alerta acerca de la necesidad de *“transformar los sistemas de protección social y las normas laborales, así como modificar las pautas patriarcales que incentivan una distribución desigual del trabajo entre mujeres y hombres. Ello se logra promoviendo servicios de cuidado universales, así como las regulaciones e incentivos estatales que establezcan una más equitativa redistribución del trabajo remunerado y no remunerado. En caso contrario, se estará generando un multiplicador de la desigualdad y de la pobreza que afectará principalmente el bienestar de las mujeres y niños de menores recursos”*.(CEPAL, 2009).

Ahora bien, para abordar la problemática de la familiarización de los cuidados es muy importante no sólo la inclusión de la provisión de cuidados en las políticas públicas, desde la corresponsabilidad pública, privada y familiar, sino también implica un *nuevo contrato de género*, integrado por una orientación de las políticas públicas hacia el objetivo de modificar la división sexual del trabajo tradicional y establecer como principio básico de funcionamiento el de la corresponsabilidad social. En el ámbito privado el objetivo es promover cambios culturales que flexibilicen la división sexual del trabajo. En el ámbito público se trata de impulsar el cuidado como responsabilidad social (Batthyány, 2011) y el desarrollo conjunto de políticas sectoriales y transversales (Cerruti y Binstock, 2011). El interrogante, como plantea Pautassi (2008), es cómo incorporar la complejidad del cuidado desde la lógica de derechos.

Desde el punto de vista de las personas que requieren de cuidados, la atención a la dependencia y el fomento de la autonomía de las personas adultas con limitaciones físicas, psíquicas o mentales, y la atención a personas menores de edad, es un derecho humano irrenunciable que debe atenderse con participación pública, privada y de las familias: se trata del derecho a recibir cuidados que posibiliten el máximo nivel de vida y de desarrollo personal, en coherencia con los derechos consagrados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 22 y 25).

Desde el punto de vista de quienes cuidan, esta perspectiva busca atender tanto el derecho de las mujeres a acceder y a permanecer en el mercado de trabajo, como de hombres a participar de la convivencia familiar y de los cuidados, como de todas las personas, a lo largo del ciclo vital, a dar y a recibir cuidados. Por lo tanto, como se señaló antes, la manera de atender la conciliación entre vida familiar y laboral de una mejor manera para todas las partes involucradas es promover la conciliación con corresponsabilidad social (OIT/PNUD, 2009). Esta tiene dos componentes principales: primero, la delegación del trabajo doméstico y de los cuidados desde el ámbito familiar al mercado y el Estado, es decir la *desfamiliarización* como opción de las personas; segundo, la incorporación de los hombres en la distribución del trabajo doméstico no

remunerado y de cuidados que necesariamente o por elección tiene lugar en el ámbito doméstico, es decir, la *desfeminización* como opción para llevar a cabo estas tareas.

Como acciones para la *desfamiliarización* y *desfeminización* vale la pena tener en cuenta los siguientes aspectos:

- En términos de los mercados laborales se requiere que el trabajo doméstico sea formalizado y convertido en trabajo decente, pero también se requiere crear más opciones para transferir trabajo doméstico al mercado y al Estado, creando empleo decente y a la vez mejores condiciones para que las personas puedan elegir, tal y como lo propone el enfoque de desarrollo humano.
- En términos de política social, se trata de colocar los cuidados como un punto fundamental de los sistemas de protección social. La economía del cuidado alude a la distribución de los servicios de cuidado, incluidas tanto su prestación como su recepción (Rico 2005, en Pautassi, 2008). Esto implica, por ejemplo, que los servicios de salud tengan horarios adecuados para las personas que trabajan tiempo completo, o que el sistema educativo involucre activamente a los hombres en el seguimiento escolar de sus hijas e hijos. Para lograrlo la política social cuenta con instrumentos potentes como son las regulaciones (y los incentivos que estas crean), las transferencias y los servicios. La política social debe abordar la protección de la maternidad de manera que trasciendan el acceso contributivo y poder así separar dicha protección de la inserción laboral de las mujeres, y también como los sistemas de salud, la educación y la vivienda deben ir reformulándose gradualmente para alcanzar la corresponsabilidad social. Cabe señalar que en muchos lugares de Latinoamérica las viviendas no garantizan estos servicios básicos a toda la población, lo que implica en ocasiones mucho trabajo de las mujeres para poder vivir en condiciones dignas. Respecto a educación, más adelante veremos que cuanto mayor es la cobertura pública de la escolaridad, menor es el trabajo no remunerado de las mujeres.
- En términos de medición, es importante recoger datos relacionados con la producción y provisión de bienestar en los hogares que recaen normalmente en manos de mujeres, dado que esta información comúnmente queda excluida de las cuentas nacionales. Al respecto, las

Recuadro 7. El marco normativo del trabajo doméstico concede menos derechos a las trabajadoras del hogar.

La legislación no siempre exige la formalización del contrato de trabajo, o exige requisitos temporales para que se formalice.

Sólo Bolivia y Perú establecen la jornada de 8 horas, pero aun así es más extensa de lo pactado, sin definición clara de inicio y fin, con descansos semanales cortos y sin disfrute de feriados.

Ocupan uno de los grados más bajos en la escala de remuneraciones, por debajo del ingreso total, por ejemplo, un 60.9%, en Ecuador y 70,4%, en Perú. Sólo Bolivia determina remuneración por horas extraordinarias o trabajo nocturno.

En la mayoría de los países de la Región, el grado de protección social para las trabajadoras del hogar es siempre mucho menor que el resto de la población asalariada. El promedio regional de trabajadoras del hogar que cotiza a la seguridad social es apenas un tercio. Según Panorama Laboral de la OIT, la protección en salud y pensiones de la población asalariada en la Región para el año 2011 casi triplica (81,9%) la reportada por las trabajadoras del hogar (33,8%).

Fuente: Organización de las trabajadoras del hogar en las Américas: Buenas prácticas y desafíos en función del Convenio N° 189 de la OIT. CIF-OIT Turín.

encuestas de uso del tiempo aportan datos como los mostrados en relación al desigual reparto del trabajo remunerado y no remunerado de cuidado y de atención del hogar entre mujeres y hombres, y pueden ser utilizadas, a su vez, para calcular el valor económico¹⁰ que el tiempo de trabajo no remunerado supone sobre las economías. Esta información facilita que se incorpore el valor económico generado por el trabajo no remunerado en los sistemas de cuentas nacionales a través de cuentas satélites¹¹.

- La formulación de cuentas satélites contribuye, primero que nada, a mostrar el carácter del trabajo doméstico y de cuidados como trabajo. La invisibilidad económica del trabajo no remunerado ha dificultado un análisis realista de la sostenibilidad de un sistema de atención que se apoya de manera fundamental en los roles de género y el trabajo gratuito de las mujeres (Gómez, 2008). Si las contribuciones no remuneradas de las mujeres y los hombres fuesen adecuadamente reconocidas, la política social y económica y las normas e instituciones que estructuran la sociedad experimentarían transformaciones profundas (PNUD, 1995). Segundo, la contabilización del trabajo no remunerado orienta la formulación de políticas públicas que atiendan las necesidades sociales de cuidado mediante la corresponsabilidad social, trasladando responsabilidades del ámbito familiar al público y al privado.

En términos concretos, el avanzar hacia la corresponsabilidad social de los cuidados requiere que estos se incorporen en los sistemas de protección social de dos maneras simultáneas: como un componente específico, si se quiere sectorial, y como un asunto a abordar desde el conjunto de la política social independientemente de los criterios de acceso de que se trate. Para lograr avanzar en este último punto es necesario mejorar la medición a través de cuentas satélites, de manera que se pueda evidenciar el carácter laboral de los cuidados domésticos.

2.6 Políticas sociales estatales.

Como se apuntó en el apartado de orientación normativa, la iniciativa del Piso de Protección Social de Naciones Unidas se enmarca en un concepto amplio de protección social, en el que se integran dos dimensiones:

- las cuatro **garantías básicas de seguridad social**: seguridad en los ingresos (1) para niñas y niños, (2) para personas adultas que carecen de ingresos o estos son insuficientes y (3) para personas mayores o con discapacidad, y (4) acceso a un paquete básico de atención a la salud, que están desarrolladas en la Recomendación Núm. 202 de la OIT, puesto que competen a las ramas de la seguridad social.

¹⁰La subestimación del trabajo no remunerado en términos económicos obedece, en parte, a lo restringido de la definición de actividad económica que hace sinónimos el valor económico y el valor de mercado. Así, por ejemplo, el trabajo doméstico se considera como contribución a la producción sólo cuando se realiza por pago en los hogares de otros, más no cuando se realiza dentro del propio hogar. Tal subestimación conduce a que aproximadamente el 66% del tiempo de trabajo de las mujeres —en contraste con el 24% del de los hombres— quede sin reconocimiento económico dentro del sistema de cuentas nacionales (SCN) (Gómez, 2008).

¹¹En la mayoría de países de la Región existe legislación para generar información del trabajo no remunerado en cuentas satélites: en Ecuador y Bolivia por mandato constitucional, en Perú y Colombia a través de leyes nacionales. En Colombia se calcula que en 2012 el trabajo no remunerado realizado por mujeres supuso el 15,3% del PIB, mientras que el realizado por los hombres fue del 4,0%. En Ecuador, para el mismo año, los cálculos son del 11,78% por las mujeres y del 3,42% por los hombres.

- acceso universal y asequibilidad a **servicios sociales esenciales** en los ámbitos de la salud, agua y saneamiento, educación, seguridad alimentaria, vivienda y otras esferas definidas en las prioridades nacionales (JJE, 2009a; OIT y OMS, 2009)

Por tanto, el piso de protección social requiere de la combinación de garantías de seguridad social, en el marco de las políticas públicas de protección, y de políticas públicas sectoriales, en el marco de las políticas sociales para la promoción social. Y por ello el marco de las políticas públicas y del sistema de bienestar social es indispensable para el éxito de las garantías de la seguridad social.¹²

Como se ha analizado, las rutas de asignación de recursos a través del mercado laboral y de la familia son de gran importancia para el bienestar de la población. En el caso del mercado laboral, es fundamental disminuir la informalidad laboral para que un mayor número de personas pueda acceder a los beneficios del trabajo formal en materia de seguridad social. Igualmente se mencionó que con el espíritu de que la seguridad social se universalice y alcance por igual a las personas que hacen parte de la economía formal e informal, es esencial el rol de la política social del Estado para desvincular el bienestar de la personas de suposición en el mercado laboral. Por otro lado, en relación con la familia, se mencionó que si bien en ésta recaen buena parte de los servicios de cuidado, el rol de la política social estatal es igualmente importante para en algún grado desfamiliarizar los cuidados, y desde una perspectiva de género, desfeminizarlos.

El Estado y su política social tienen un papel central en regular, orientar o incentivar ciertos comportamientos de los agentes del mercado, de las familias y de las formas comunitarias (Filgueira y Espejo, 2011). Así, por acción o por omisión, en el marco de los regímenes de bienestar, los Estados promueven:

- algún grado de *desmercantilización*, es decir de desvinculación entre el bienestar y la posición que la persona ocupa en el mercado laboral o su capacidad de compra en los mercados de bienes, seguros y servicios (Esping-Andersen, 1990);
- algún grado de *desfamiliarización*, es decir de desvinculación entre el bienestar y la disponibilidad de trabajo femenino no remunerado, la pertenencia a una familia, y las normas de reciprocidad y de distribución que operan en ellas (Orloff, 1993).

Desmercantilización y desfamiliarización del bienestar tienen lugar mediante dos tipos de intervenciones. Primero, al *regular y afectar ciertos aspectos del comportamiento de los agentes del mercado y de los integrantes familiares*, modificando la actuación de estas esferas a través de incentivos y la regulación del mercado laboral, de los precios y de los derechos y obligaciones de los integrantes de las familias. Segundo, al *redistribuir recursos*, pues al recaudarlos y distribuirlos en forma de bienes, servicios y transferencias, no mantienen equivalencias entre aportes y beneficios, sino que operan con diversas modalidades de solidaridad, ancladas en fuentes de financiamiento y ciertos criterios de elegibilidad. Esta

¹² JJE (Junta de Jefes Ejecutivos del Sistema de las naciones Unidas para la Coordinación) 2009. Initiative VI: A social protection floor. (Ginebra, documento de la JJE).OIT, OMS. 2009. Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas, Iniciativa sobre el Piso de Protección Social, Sexta Iniciativa de la JJE en respuesta a la crisis financiera y económica mundial y su impacto en la labor del sistema de las Naciones Unidas. (Ginebra).

distribución se produce entre distintos grupos (de personas ocupadas a desocupadas, de personas sanas a enfermas, de adultas a jóvenes, de hombres a mujeres, de quienes más tienen a menos), lo que determina los efectos intertemporales que esta medida tiene entre clases, sexos y generaciones.

La política social en términos concretos comprende: regulaciones (como las relativas a las condiciones laborales); transferencias monetarias (como pensiones o licencias por maternidad) y servicios, es decir beneficios en especie (como atención médica y educación).

Para comprender la orientación de la política social estatal se debe distinguir entre cuántos recursos se destinan y a qué se destinan. Es especialmente relevante considerar la magnitud de la inversión en países en los cuales no se ha llegado aún a un mínimo de recursos.

En términos de cómo se usan o de a qué se destinan los mismos, la política social comprende dos tipos de intervenciones principales cuya distinción es fundamental para diseñar los pisos de protección social con vocación universal que constituyen el objeto del presente documento:

- ✓ la *protección social*, orientada al manejo de riesgos,
- ✓ la *promoción social*, orientada al desarrollo de capacidades.

Ambos tipos de intervención se basan en *políticas sectoriales* que en términos concretos llevan a cabo la prestación de transferencias y de servicios en materia de educación, salud, trabajo, vivienda u otros, las cuales pueden tener objetivos de protección social, de promoción social, o ambos.

Protección y promoción social y la regulación, la redistribución de los recursos que una y otra implican pueden tener lugar mediante tres principales criterios:

- ✓ *el mérito*, mediante los aportes, generalmente monetarios, a partir de los cuales se construyen sistemas de solidaridad en agrupamientos que en alguna medida reflejan la relación con el mercado, a través por ejemplo, de la contributividad;
- ✓ *la necesidad*, cuando el Estado actúa de forma subsidiaria ante la “falta” de los mercados y/o de las familias;
- ✓ *la ciudadanía*, cuando el Estado asigna recursos en función de un enfoque de derechos a partir de la mera pertenencia a una comunidad de personas.

Históricamente la seguridad social ha tenido lugar mediante el mérito y la promoción social mediante la necesidad (por ejemplo en materia de salud pública) o la ciudadanía (por ejemplo en materia de educación básica).

Todos los países tienen algún tipo de intervenciones guiadas por criterios de necesidad, de mérito y de ciudadanía. De igual manera todos los países tienen alguna combinación de protección y promoción social. Por otra parte, según el tipo de política social que predomine en América Latina nos encontramos con países que enfatizan la promoción social antes que el

Recuadro 8. Políticas sociales.

Las **políticas sociales** deben tender a desmercantilizar y desfamiliarizar el bienestar, y pueden guiarse por criterios de **contributividad, necesidad o ciudadanía**.

Cuanto mayor es la inversión pública en políticas sociales mayores niveles de desarrollo humano se dan y más posibilidades de que el criterio de ciudadanía predomine, de manera que los sectores más vulnerables o excluidos, como ciertos grupos de mujeres, puedan beneficiarse del progreso desde un enfoque de derechos.

manejo colectivo de riesgos; países que enfatizan dicho manejo colectivo de riesgos; y países en los cuales la política social es residual (Martínez Franzoni, 2008).

Precisamente cuando se propone contar con pisos de protección social, se está planteando fortalecer regulaciones, transferencias y servicios que otorguen a las personas un nivel mínimo de protección social a partir de criterios de ciudadanía.

3. Hacia un piso de protección social con perspectiva de género.

Los componentes principales de los sistemas de protección social en general, y su piso en particular, comprenden la regulación de los mercados, la protección social contributiva y la protección social no contributiva (Cecchini y Martínez, 2011) y requieren cubrir las funciones de: ingresos suficientes, acceso a los servicios sociales y de promoción y fomento del Trabajo Decente. Si se aborda mediante una definición amplia, dicha protección social puede también incorporar políticas sectoriales como las relativas a los cuidados y la conciliación social.

Cada gobierno de la Región buscará maximizar lo que cada tipo de política existente podría contribuir para garantizar un piso de regulaciones, transferencias y servicios destinados al manejo de riesgos y la creación de capacidades, desde la combinación de los instrumentos básicos: el Convenio Núm. 102 sobre normas básicas de seguridad social y la Recomendación 202 de pisos de protección social, que se presenta como una herramienta complementaria para favorecer la extensión horizontal de la seguridad social en el marco de la consolidación de Sistemas Integrales de Seguridad Social, tal como plantea el Convenio Núm. 102 sobre normas básicas de seguridad social. Este Convenio posibilita la construcción de sistemas de seguridad social acordes a cada realidad nacional con el objetivo de lograr la cobertura universal. En relación a la protección a la maternidad, el Convenio Núm.183 contempla además la posibilidad de que las mujeres perciban prestaciones no contributivas cuando no reúnan los requisitos establecidos en el pilar contributivo. Adicionalmente, las Recomendaciones de la OIT Núm. 67 sobre la seguridad de los medios de vida y la Núm. 69 sobre la asistencia médica de la OIT, plantean ya un acceso universal a niveles mínimos de seguridad del ingreso y de asistencia médica.

En tanto la población meta de los sistemas de protección social son personas a lo largo del ciclo de vida (hombres y mujeres, niñas y niños, jóvenes y personas adultas mayores), la definición de un piso garantizado a toda la población debe también diseñarse teniendo presente la desigualdad inicial de las personas, tanto en términos socioeconómicos, como de género y generacional. Teniendo como punto de partida esta matriz inicial de estratificación es posible definir rutas para que la política pública contribuya a la reducción y la eliminación de estas desigualdades y de otras que la acentúan, como la ruralidad, la dimensión étnica, generacional o las preferencias sexuales de las personas.

Los principios orientadores de los instrumentos para la protección social deben ser los propuestos por la OIT: unidad e integración, cobertura poblacional, suficiencia y calidad de las prestaciones, solidaridad social, equidad de género, eficiencia administrativa, responsabilidad pública y sostenibilidad financiera. Un adecuado sistema seguridad social debería tender a:

- ✓ evitar la segmentación en el acceso, causante de profundas desigualdades, tanto socioeconómicas como de género,
- ✓ contar con mecanismos de afirmación positiva de índole no contributiva dándole prioridad a la atención básica (por ejemplo la atención primaria de la salud) y a la

incorporación de las personas no cubiertas, lo cual a su vez se puede lograr mediante el uso de las transferencias estatales,

- ✓ unificar las unidades administrativas para que sean eficientes y se reduzcan los costes administrativos y asegurar la sostenibilidad financiera a través de un pacto social y fiscal (Mesa-Lago, 2009).

La política social en general y los sistemas de protección social en particular tienen como objetivo la desmercantilización y, deseablemente, el dejar atrás una familiarización feminizada obligatoria del manejo de riesgos y de la generación de capacidades. Ello presupone, sin embargo, algún nivel de mercantilización de la fuerza de trabajo. Por ello la regulación de los mercados laborales, no siendo parte de los sistemas de protección social propiamente dicha, constituye una bisagra entre la protección social y las dinámicas del mercado.

Esta regulación refiere a la protección de los derechos individuales y colectivos de las trabajadoras y los trabajadores y cumple un rol central en la reducción y mitigación de los riesgos asociados al desempleo y al déficit de Trabajo Decente. Entre este conjunto de normativas se encuentran aquellas tendientes a la formalización de las relaciones laborales, la garantía a los derechos de sindicalización y seguridad en el trabajo, las regulaciones y prohibiciones asociadas al trabajo infantil, las normativas de empleo y salario mínimo, así como las normativas orientadas a evitar todo tipo de discriminación laboral.

De especial relevancia son éstas últimas, que a través de los Convenios de la OIT *Núm. 100 de igualdad de remuneración*, y *Nº 111 de igualdad y no discriminación en el empleo y la ocupación*, establecen preceptos claros para que la igualdad de oportunidades, de trato y de facto entre mujeres y hombres sea una realidad. Para ello las empresas deben garantizar que se disponen de los medios adecuados para gestionar la diversidad y garantizar que todas las personas pueden acceder al trabajo remunerado en condiciones de dignidad, seguridad, igualdad y libertad. En este marco el *Convenio Núm. 156 sobre no discriminación hacia trabajadores y trabajadoras con responsabilidades familiares* adquiere especial relevancia, al garantizar tanto para hombres como para mujeres que la atención a los requerimientos de las personas cuidado-dependientes en sus familias no supondrá una merma en sus derechos y en su permanencia en el mercado laboral. Un factor clave para ello es la extensión de derechos de paternidad entre los hombres, de forma que los empleadores no observen la protección de la maternidad como un obstáculo para la contratación de mujeres, al hacer uso de igual modo hombres y mujeres de las medidas contempladas en el *Convenio Núm. 156* y la *Recomendación Núm. 165*.

El cumplimiento de estas regulaciones permite garantizar el manejo de riesgos de una manera que los sistemas de protección social, por sí solos, no pueden atender. La desmercantilización del bienestar –un mayor despliegue de políticas sectoriales y por tanto de servicios esenciales– supone que tiene lugar una adecuada mercantilización de una parte de la población económicamente activa –mayor integración en el trabajo remunerado–. Una mayor atención

Recuadro 9. Diferentes enfoques al proporcionar las garantías básicas de seguridad social.

Las prestaciones que comprenden el **piso de protección social** podrán ser suministradas por regímenes universales de prestaciones, regímenes de seguro social, regímenes de asistencia social, regímenes de impuesto negativo sobre la renta, regímenes públicos de empleo y regímenes de apoyo al empleo. Siempre con especial atención a las necesidades de cuidados de la población cuidado-dependiente, en muchos casos también económicamente dependiente.

Al mismo tiempo, estos pilares deben promover una reconciliación entre mercados laborales feminizados, familias diversificadas en su composición y ausencia o muy débil presencia de la política social en contribuir a reorganizar los cuidados a partir de una reorganización social, ni individual ni femenina o familiar, de los cuidados.

sobre la incorporación de medidas para contar con mayor Trabajo Decente, así como combatir la discriminación y promover la igualdad real en el empleo, resulta clave en una Región marcada por la emigración como forma de ajuste entre la oferta y la demanda de Trabajo Decente.

Ahora bien, el reto para el desarrollo de mejores esquemas de protección de los derechos de los trabajadores y las trabajadoras consiste en lograrlo sin desincentivar la generación del trabajo formal, conteniendo los niveles de cotización en niveles sostenibles para empresa y para la trabajadora o el trabajador.

En línea con lo anterior, para trabajar por una más adecuada relación del acceso mercantilizado a la protección social, es necesario que el Estado trabaje de manera articulada con los agentes sociales para avanzar en esquemas que mejoren las condiciones de los trabajadores sin desincentivar la formalidad laboral, que como se ha mencionado en este documento, es esencial para avanzar en la implementación de los pisos de protección social y en concordancia con la situación de cada país.

La protección social no contributiva consiste en un conjunto de programas de transferencias y subsidios públicos que en lugar de estar sujetos a aportes, están condicionados a la demostración de necesidad o a derechos de ciudadanía, y se financia mediante impuestos a los ingresos generales bajo el principio de la solidaridad. Entre estas prestaciones puede encontrarse atención médica, pensiones por vejez e incapacidad y asignaciones familiares.

Los regímenes no contributivos permiten el acceso a los sistemas de protección social a población en condiciones de pobreza, exclusión social o vulnerabilidad. Desde la perspectiva de género, estas prestaciones son importantes en un doble sentido. Primero, porque brindan cuidados, atención y recursos económicos a una parte importante de la población, en gran medida mujeres, debido a su mayor esperanza de vida y a su relación con el mercado laboral. Segundo, porque estas personas sólo cuentan con el apoyo de sus familias mediante el trabajo no remunerado, casi exclusivamente femenino. Los seguros de salud y de vejez contribuyen a desmercantilizar y a desfamiliarizar el manejo de riesgos, aumentando grados de autonomía y aliviando así las múltiples tensiones familiares asociadas a la simultánea dependencia económica y de cuidados.

El diseño de las prestaciones no contributivas debe evitar desincentivar la no participación de las personas en el pilar contributivo por lo cual generalmente entraña beneficios mucho menores que su equivalente contributivo. En el caso de las pensiones, por ejemplo, los montos del aseguramiento no contributivo son considerablemente menores que la pensión contributiva más baja. A diferencia de la pensión contributiva, no reemplaza los ingresos de las personas durante la vida activa. Su función es garantizar un nivel básico de renta en forma sostenible desde el punto de vista fiscal y justa desde el punto de vista intergeneracional (CEPAL 2010).

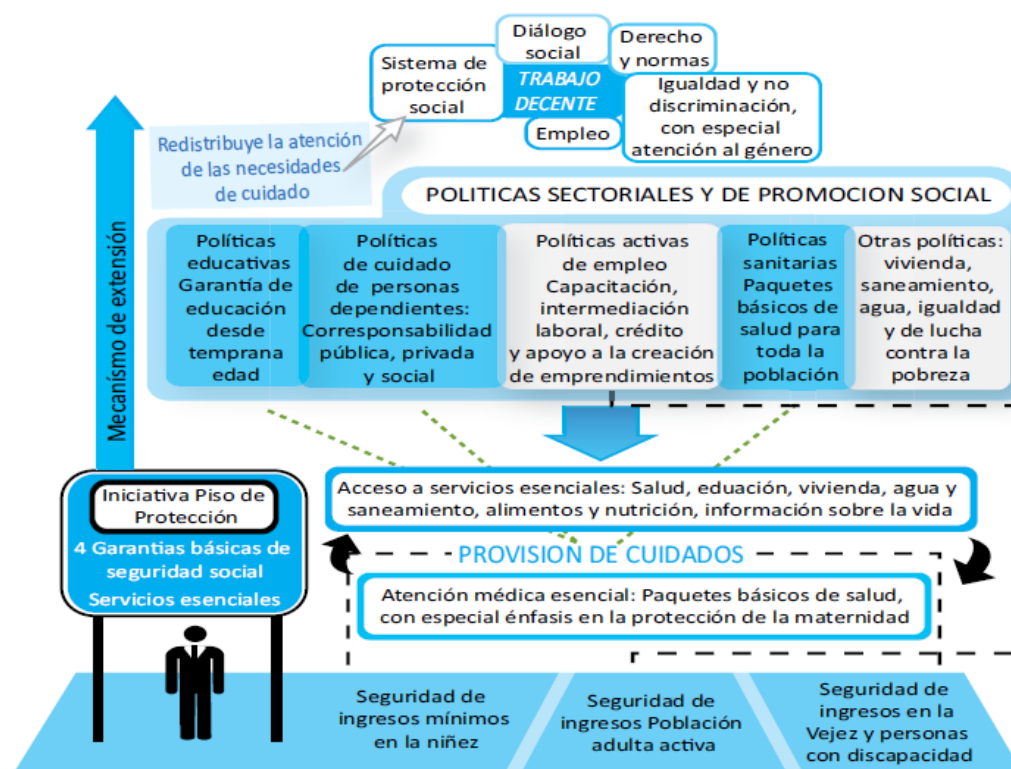
Los objetivos de inclusión social, de interrupción de la transmisión generacional de las desigualdades y el avance en el desarrollo humano, suponen trascender la división sexual del trabajo como mandato. Más concretamente suponen transformar la protección de la maternidad y la organización de los cuidados en tanto “núcleo duro” de dicha división sexual del trabajo y factor asociado a la exclusión social, a la vulnerabilidad y a la pobreza (Naciones Unidas, 2010). Como muestra la evaluación de los Objetivos del Milenio, hay camino avanzado en esta dirección. Dicha evaluación evidencia el impacto que la ausencia de sistemas de protección social universales tiene sobre las mujeres. Muestra también cómo el trabajo no remunerado y las

obligaciones de cuidado constituyen un elemento vertebrador de situaciones de pobreza y de vulnerabilidad femenina, no así masculina (Naciones Unidas, 2010, capítulo V).

Si bien los resultados previstos con estas garantías son de carácter universal, cada país deberá articular maneras de aplicar las políticas relativas al *piso de protección social*, que pueden incluir regímenes de prestaciones universales, seguro social, programas públicos de empleo y regímenes de apoyo al empleo y regímenes no contributivos que proporcionen prestaciones únicamente a las personas con ingresos bajos, o combinaciones adecuadas de este tipo de medidas. Para ser eficaces, estas políticas exigen una mezcla apropiada de medidas preventivas, prestaciones y servicios sociales.

Concretamente lo que se propone para incorporar el enfoque de género en el piso básico es articular las garantías básicas de ingresos mínimos y de acceso a servicios esenciales en tanto derechos ciudadanos, por lo tanto individuales y no familiares. Ello permitirá establecer objetivos a lo largo del ciclo vital para cada grupo poblacional y alejarse de supuestos empíricamente infundados de organización de las familias. Para este fin, los pilares contributivo, no contributivo y universal, junto con el pilar de Trabajo Decente, deben articularse y darle centralidad a la participación de la política pública en la reorganización de los cuidados (Véase gráfico 4).

Gráfico 4. Esquema-propuesta de articulación del piso de protección social en el marco de la protección social y el Trabajo Decente.



Fuente: Piso de protección social. Centro Internacional de Formación de la OIT. 2011.

En términos de acceso a ingresos mínimos, se estaría ante tres principales poblaciones meta: personas en edad de trabajar remuneradamente, personas adultas mayores o con alguna discapacidad y niños y niñas.

Las personas en edad activa y capacidad de trabajar remuneradamente contarían con transferencias monetarias (por derecho propio) combinadas con políticas activas de empleo que

pongan especial atención a las dificultades de las mujeres de acceder al mercado de trabajo en igualdad de condiciones con los hombres, y con políticas de corresponsabilidad social para la provisión de cuidados. Estas prestaciones deben incluir la protección de la maternidad mediante transferencias monetarias que aseguren ingresos básicos durante al menos las 14 semanas establecidas en el Convenio Núm. 183 entre todas las mujeres generadoras de ingresos, independientemente del tipo de trabajo que realicen, asalariado o no, formal o informal. Además, hay que promover la corresponsabilidad paterna en el cuidado de hijas e hijos mediante el impulso a medidas contempladas en el Convenio Núm. 156 de la OIT como las licencias por paternidad, que como se abordó anteriormente, si bien está ratificado por la mayoría de países, apenas tiene desarrollo normativo (Véase cuadro 5).

Los ingresos mínimos a la vejez y a las personas con discapacidad que no puedan desarrollar actividad laboral deben asegurar un nivel digno a hombres y mujeres de edad avanzada, pero compensando los desequilibrios entre ambos sexos derivados de la exclusión de las mujeres de los sistemas de protección social vinculados al mercado de trabajo, a través de transferencias monetarias pero también de transferencias en especie expresadas en servicios públicos de salud y de cuidados.

Los ingresos mínimos a la niñez se deben organizar en mayor medida en torno a transferencias en especie, concretamente de servicios educativos y sanitarios que, además de proveerles de atención y de promover y desarrollar sus capacidades, provean cuidados y faciliten la participación laboral de las personas adultas a cuyo cargo se encuentran. Para ello se debería centralizar o articular la infraestructura física y social de escuelas, centros de atención sanitaria y de alimentación de niños y niñas, anticipando la edad de escolarización y adecuando los horarios a las necesidades de las personas adultas para conciliar trabajo y familia.

Los servicios básicos de salud deben incorporar las necesidades diferenciales de mujeres y hombres en relación a los diferentes perfiles de salud y perfiles epidemiológicos. En particular se debe complementar la atención de la salud reproductiva, donde actualmente destaca la centralidad de la salud materna, prenatal, postnatal y vinculada al nacimiento, con la promoción de la salud sexual y la planificación familiar, tanto entre mujeres como hombres, promoviendo la corresponsabilidad de ambos en la salud sexual y reproductiva.

El **acceso a los servicios esenciales** debería garantizarse, fundamentalmente, mediante la prestación de servicios universales desde las políticas sectoriales, incorporando los servicios de cuidado a la población dependiente como una política sectorial más (Véase cuadro 7). En el marco de los programas actuales de transferencias monetarias condicionadas, además de cuestionarse la condicionalidad, debería garantizarse una adecuada oferta de servicios al conjunto de la población y el acceso a tales servicios esenciales en coordinación con las políticas de promoción, que potencien el Trabajo Decente en la población adulta en edad activa. Entre las políticas activas de empleo cabe señalar la necesidad de incorporar medidas que faciliten la incorporación de las mujeres al trabajo formal con derechos, como la tendencia a equiparar a los hombres en permisos parentales y para el cuidado y atención a familiares, así como la provisión de servicios de atención a la infancia en sectores masculinizados, que potencien a los hombres como cuidadores y favorezcan la inserción de las mujeres. Este debería ser un requisito para que las familias observen beneficios en la inversión en capacidades de los niños y las niñas. Por otra parte, una red de servicios esenciales pública que integre la atención a las necesidades de cuidado favorecerá la igualdad de género en el uso del tiempo.

Cuadro 7. Propuesta de criterios rectores del piso de protección social.

Garantía básica de seguridad social	Garantía de ingresos mínimos	Acceso a servicios esenciales, incluido cuidado	Acceso al mercado laboral
Ingresos básicos a la niñez	Transferencias en especie: alimentación, vivienda, vestido...	Educación / sanidad comunitaria y preventiva	Población infantil cuidada y atendida desde redes públicas para facilitar la inserción de mujeres y hombres
	Interacción entre transferencias y servicios esenciales: cobertura de necesidades de cuidado.		
Ingresos básicos a la población adulta	Transferencias monetarias. Protección a la maternidad y la paternidad.	Políticas activas de empleo, políticas sectoriales de vivienda	Acciones positivas para la inserción de las mujeres en el Trabajo Decente
Ingresos básicos a la vejez y la discapacidad	Monetarias y en especie: alimentación, vivienda, vestido...	Servicios comunitarios diurnos, nocturnos, de residencia, incluida atención sanitaria comunitaria	Población mayor y con discapacidad, dependiente, cuidada desde redes públicas para facilitar la inserción de mujeres y hombres
	Interacción entre transferencias y servicios esenciales: cobertura de necesidades de cuidado.		
Atención médica esencial	Red Pública de Salud (Sistema de salud): integración de los pilares contributivos y no contributivos para garantizar la igualdad de la ciudadanía en el acceso a los servicios de salud, atendiendo a los diferentes perfiles de salud y epidemiológicos de mujeres y hombres con pertinencia intercultural según sea la población meta.		

3.1 Metodología de análisis de brechas¹³.

A continuación se presenta una síntesis de la propuesta metodológica que permite, en cinco etapas, analizar los programas que se implementan en la región Andina, a la luz de las necesidades y los déficits existentes en los diferentes países en materia de protección social, desde un enfoque de género. Esta propuesta desarrolla las cinco etapas con el fin de llevar a cabo el diagnóstico general del país y determinar el balance de la contribución de los programas desarrollados a corregir las brechas de protección social (Gráfico 6).

13 En este apartado se presenta la esencia de la propuesta metodológica, que se desarrolla como anexo en este documento: Metodología de análisis y planificación de los Pisos Nacionales de Protección Social con perspectiva de género.

Primera etapa: Identificación de brechas de acceso a la protección social. Consiste en construir el perfil de país para identificar la <i>población excluida de los sistemas de protección social</i> y determinar la <i>situación de los servicios públicos de salud, educación, cuidado etc.</i> El objetivo es detectar las brechas de género en el acceso al mercado laboral y en la protección social e identificar los elementos que las determinan, como la discriminación en el mercado laboral, la desigual distribución de las responsabilidades familiares o la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva y materna así como de cuidado, así como el cruce de otras variables poblacionales relevantes, como la ruralidad, la etnia o la raza. El análisis resultante, es decir, el diagnóstico de qué población, qué personas, de dónde y con qué necesidades son potenciales destinatarias de las políticas del piso de protección social, debe enmarcarse en las posibilidades que brinda el régimen de bienestar. La información provendrá de fuentes primarias disponibles en cada país tales como encuestas de hogares de propósitos múltiples, encuestas de uso del tiempo, censos de población y registros institucionales. También se usarán fuentes secundarias, incluyendo la CEPALy otras agencias del Sistema de Naciones Unidas.
Segunda etapa: Inventario de programas desarrollados. Consiste en inventariar programas que se hayan desarrollado o estén en marcha en cada país, de manera que se pueda plantear, en su caso, una reestructuración de programas que permita cerrar las brechas de género. El objetivo es contar con un panorama general de qué se está haciendo en relación a la protección social y cómo contribuyen estos programas al cierre de las brechas identificadas en el diagnóstico inicial. Asimismo, se debe examinar y revisar la información del gasto por rubro y programa con relación al gasto público total, realizar un análisis de las fuentes de financiación de los programas y valorar el peso de la inversión en cada programa. Con base en estos análisis, se estará en condiciones de decidir qué programas se deben evaluar prioritariamente y con mayor profundidad. El cumplimiento de este objetivo conlleva una labor de búsqueda y recopilación de información sobre los programas desarrollados a nivel estatal, departamental, local o cualquier otro ámbito territorial, valorando el aporte de cada uno en función de la población cubierta (alcance o cobertura) y del monto de las prestaciones monetarias y en especie (suficiencia), así como del impacto en la transición hacia el trabajo remunerado y mayores cotas de protección social.
Tercera etapa: Descripción exhaustiva de cada programa. La consiste en una descripción exhaustiva de cada programa, profundizando en los objetivos, servicios y cobertura que brinda cada uno de ellos. Mediante una guía para el análisis crítico se plantean los aspectos medulares a considerar para determinar si el enfoque del programa responde desde su diseño al marco de piso de protección social, si garantiza la participación igualitaria de mujeres y hombres y si reproduce o altera la división sexual del trabajo.
Cuarta etapa: Evaluación de los resultados de los programas. Consiste en evaluar los resultados de los programas a partir de un análisis de los indicadores. Para ello, se propone un instrumento que incorpora los aspectos esenciales sobre los que deberían tener resultados los programas según el marco propuesto por el piso de protección social. Adicionalmente, se recomienda contar con información complementaria a partir de la realización de entrevistas o grupos focales con personas y en particular mujeres que han participado de los programas.
Contribución de los programas al piso de protección social.
La quinta etapa supone determinar los resultados alcanzados por los programas en el marco del piso de

protección social, más allá del impacto en las personas beneficiarias directas. Contempla determinar el peso relativo de los diferentes programas, identificando a que poblaciones se les destinan más recursos o determinar la sostenibilidad de los programas a partir de sus fuentes de financiamiento.

3.2 Estrategias para construir o fortalecer pisos de protección social.

Como se mencionó anteriormente, los pisos de protección social además de servir como medio de superación de la pobreza, lo hacen también como medio de disminución de la desigualdad socioeconómica y de género a través del doble esfuerzo de desmercantilización y desfamiliarización del bienestar, por un lado, y de articulación con la mercantilización de la fuerza laboral, por el otro. Es por ello que es importante priorizar servicios que generen capacidades y permitan romper ciclos de pobreza, los cuales podrían lograr mejores resultados que programas tradicionales de transferencias monetarias y llegar a acciones positivas para la inserción en el mundo del trabajo formal (ej. puede ser más efectivo financiar la creación de empleo que un subsidio al desempleo).

La puesta en marcha de un piso de protección requiere de un gran esfuerzo por parte de los gobiernos. Para ello, los puntos de partida son heterogéneos, tanto en recursos disponibles como en la calidad y la oportunidad de los servicios existentes. Se trata de construir a partir de lo que se tiene para ir ampliando las garantías tanto de manera horizontal (es decir a más personas) como verticalmente (es decir, garantizando más beneficios).

El piso de protección social es un punto de partida para construir escenarios más propicios para la universalidad de los derechos. Entre el punto de partida y el punto de llegada deben tener lugar sucesivas y progresivas ampliaciones de los tres pilares, tanto del contributivo y del no contributivo, como de las políticas públicas universales, para avanzar hacia el cumplimiento de los objetivos planteados, bajo los criterios definidos en la Recomendación 202 de la OIT sobre Pisos de Protección Social (ver cuadro 8).

Cuadro 8. Criterios de la Recomendación Núm. 202 sobre pisos de protección social.

- **Garantías básicas establecidas por ley. Enfoque basado en Derechos (Punto 7).** La legislación nacional tiene la responsabilidad de especificar la gama, las condiciones de elegibilidad y los niveles de las prestaciones que dan efecto a estas garantías. Así mismo debe incluir mecanismos de queja y de recurso.
- **Garantías básicas de seguridad social (Punto 8).** Seguridad de los ingresos atada a los umbrales de pobreza o a un conjunto de bienes y servicios necesarios. Salud accesible al conjunto de la población, incluyendo prestación gratuita médica prenatal y puerperal a la población más vulnerable.
- **Promoción del empleo registrado, contributividad y fuentes de financiamiento con progresividad fiscal (Punto 11).** Deben considerarse métodos que movilicen los recursos necesarios a fin de asegurar la sostenibilidad financiera, fiscal y económica de los pisos de protección social nacionales, tomando en consideración la capacidad financiera de los distintos grupos de población. Estos métodos, utilizados individualmente o en combinación, podrán consistir en hacer cumplir las obligaciones tributarias y contributivas, redefinir las prioridades de gasto o crear una base de recaudación más amplia y suficientemente progresiva.
-

- **Convergencia hacia la formalidad con promoción del Trabajo Decente (Punto 15).** Las estrategias de extensión de la seguridad social deberían aplicarse a las personas que forman parte tanto de la economía formal como de la economía informal, apoyar el crecimiento del empleo formal y la reducción de la informalidad, ser compatibles con los planes de desarrollo social, económico y medioambiental de los Estados Miembros y facilitar su puesta en práctica.
- **El Convenio Núm. 102 (Punto 17).** Al establecer sistemas integrales de seguridad social acordes con los objetivos, las prioridades y las capacidades económicas y fiscales nacionales, los Estados Miembros deberían tratar de alcanzar la gama y los niveles de prestaciones establecidos en el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102), o en otros convenios y recomendaciones de la OIT sobre seguridad social que establecen normas más avanzadas, como la propia Recomendación Número 202 sobre pisos de protección social.
- **Complementariedad con las normas de Seguridad Social vigentes (Punto 18).** Los Miembros deberían considerar la posibilidad de ratificar, tan pronto como lo permitan las circunstancias nacionales, el Convenio sobre la seguridad social (norma mínima), 1952 (núm. 102). Además, los Estados Miembros deberían considerar la posibilidad de ratificar o de dar efecto, según proceda, a otros convenios y recomendaciones de la OIT sobre seguridad social que establecen normas más avanzadas.
- **Participación Tripartita en las políticas de extensión de la Cobertura (Punto 19).** Los Estados Miembros deberían seguir los progresos alcanzados en la puesta en práctica de los pisos de protección social y en la consecución de otros objetivos de las estrategias nacionales de extensión de la seguridad social a través de mecanismos apropiados definidos a nivel nacional, que incluyen la participación tripartita con las organizaciones representativas de los empleadores y de los trabajadores, así como la celebración de consultas con otras organizaciones pertinentes y representativas de personas interesadas.

La participación tripartita a la que hace referencia la Recomendación Núm. 202 es la clave del éxito de los pisos de protección social y del fortalecimiento de los Sistemas Integrales de Seguridad Social, pues garantiza que los tres agentes sociales asuman responsabilidades y compromisos, en el marco de los criterios establecidos en la Recomendación. Así, podríamos establecer una **estrategia necesaria en el marco del Diálogo Social**, teniendo en cuenta la propuesta metodológica realizada en el apartado anterior.

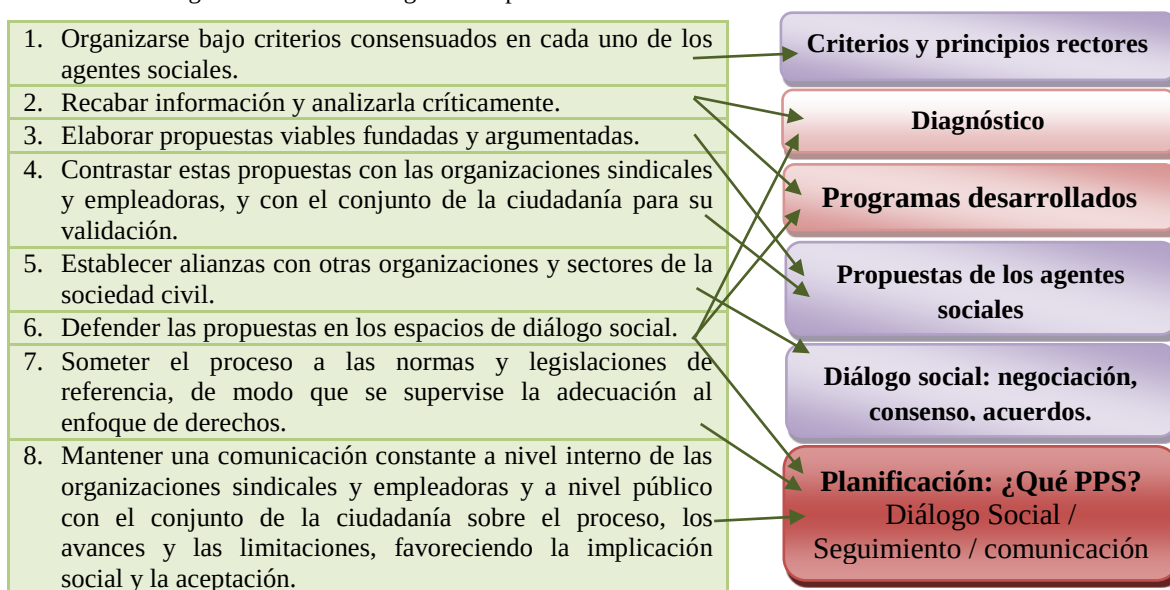
1. Criterios y principios rectores, en el marco del Convenio Núm. 102 y la Recomendación Núm. 202.
2. Elaboración del diagnóstico en base a los análisis de brechas de acceso, con especial atención a las brechas de género, y déficit de protección social.
3. Análisis de los programas desarrollados hasta el momento que dan cobertura a alguna de las garantías básicas.
4. Generación de propuestas desde los diferentes agentes sociales con base en el diagnóstico, el análisis de programas y las posibilidades fiscales y de financiación por parte de cada uno de las principales fuentes.
5. Diálogo Social: negociación, consenso, acuerdos. En este punto vale la pena resaltar la importancia de consultar al sector empleador y trabajador, al significar los principales interlocutores del gobierno a la hora de implementar los pisos de protección social.

6. Planificación del Piso de Protección Social: liderazgo y responsabilidad de los gobiernos con la colaboración e implicación de los agentes sociales y la sociedad civil.

Esta estrategia implica necesidades de **participación, comunicación e información**:

1. Organizarse bajo criterios consensuados con cada uno de los agentes sociales, asegurando la presencia equilibrada de mujeres y hombres.
2. Obtener información, organizarla y analizarla críticamente, con especial atención a las diferencias de género, etnia, raza migración y otras características poblacionales relevantes según el contexto, y las consecuencias que las discriminaciones y brechas tienen en cuanto al acceso a los derechos y recursos.
3. Elaborar propuestas viables fundadas y argumentadas, y sujetas al enfoque de derechos.
4. Contrastar estas propuestas con las organizaciones sindicales y empleadoras, y con el conjunto de la ciudadanía para su validación, asegurando la participación de los sectores en mayor situación de exclusión social y pobreza, y de las mujeres.
5. Establecer alianzas con otras organizaciones y sectores de la sociedad civil, asegurando la participación de las organizaciones de mujeres.
6. Defender las propuestas en los espacios de diálogo social.
7. Someter el proceso a las normas y legislaciones de referencia, de modo que se supervise la adecuación al enfoque de derechos.
8. Mantener una comunicación constante a nivel interno de las organizaciones sindicales y empleadoras, y a nivel público con el conjunto de la ciudadanía sobre el proceso, los avances y las limitaciones, favoreciendo la implicación social y la aceptación.

Gráfico 6. Estrategia a través del Diálogo Social para la definición de Pisos Nacionales de Protección Social.



Fuente: Piso de Protección Social. Centro Internacional de Formación de la OIT. 2011.

3.3 Retos para avanzar.

El camino a transitar entre los puntos de partida y los puntos de llegada entraña numerosos retos. Algunos corresponden al nivel de los **principios**, es decir, a cómo efectivamente fortalecer política pública con enfoque de derechos, de manera que el pilar no contributivo garantice el acceso de la misma forma que el contributivo, cada cual al nivel de prestaciones adecuado a su finalidad y financiación, sobre criterios de elegibilidad prescritos por ley. Tales derechos deberían poder ejercerse de forma individual, aun cuando se reconozcan

interdependencias familiares y deberían permitir la ampliación de titularidad de derechos de las mujeres adultas.

Otros retos corresponden más bien al nivel de los **instrumentos**, entre ellos el tan importante del financiamiento y el relativo a cómo poner la focalización de las acciones al servicio de garantías universales. La focalización debería actuar a modo de acción positiva hasta la universalización, para ello es importante un buen diagnóstico que identifique las brechas. Las prestaciones sobre las que pueden articularse las garantías, en la medida que incorporen contraprestaciones o condicionalidades, deberían promover cambios en las relaciones de género y en los roles de mujeres y hombres, tendentes a posibilitar que todas las personas puedan ser proveedoras y cuidadoras, y articularse con políticas de empleo y desarrollo de servicios de cuidado a población dependiente.

Finalmente otros retos corresponden a aspectos concretos de qué **transferencias o servicios, para quiénes y cuándo**. La identificación de las brechas, y por tanto de los sectores y grupos poblacionales en mayor desprotección, como las poblaciones indígenas, afro-descendientes, migrantes y de zonas rurales alejadas de los servicios, con la integración de la perspectiva de género desarrollada en el apartado anterior, y las características etarias, pueden ser un indicador de qué tipo de transferencias y servicios deben implementarse, sobre la base de las necesidades concretas que se detecten en el diagnóstico. En las garantías de atención a la salud es importante diferenciar qué necesidades y qué perfiles diferenciales tienen hombres y mujeres, así como las diferencias culturales presentes en los países de la región.

De manera más concreta para la Región Andina podemos señalar los siguientes retos:

- Diseñar programas que estratégicamente permitan avanzar hacia la universalidad de los pisos de protección social pero que en la práctica sea viable su implementación
- Crear mecanismos que permitan financiar los programas diseñados, bien sea con recursos públicos, privados o mixtos.
- Definir los pisos de protección social contando con la participación activa de las organizaciones empleadoras y sindicales. Lo anterior con el ánimo de crear estrategias que no vayan en detrimento de la creación y el sostenimiento del empleo formal.
- Implementar pisos de protección social en un entorno de altas tasas de informalidad de presentes en la Región.
- Diseñar estrategias de implementación de pisos de protección social de manera articulada con otras políticas que fomenten el empleo formal y la actividad productiva.
- Diseñar herramientas que permitan medir la efectividad de los programas implementados en cada país y tomar medidas correctivas en los casos en que se requiera. Es importante tener en cuenta que no siempre es posible hacer comparaciones entre países, teniendo en cuenta la heterogeneidad de condiciones iniciales y de las prioridades como sociedad.

4. Un diagnóstico regional de partida.

Como se introdujo en el apartado 2, al realizar el análisis de género sobre protección social y regímenes de bienestar social, las mujeres tienden a presentar mayor incidencia de pobreza e indigencia en todos los países de la región, tal como muestran algunos indicadores como el Índice de Desarrollo Humano, el Índice de Desigualdad de Género, los ingresos propios que determinan la Autonomía Económica o el Índice de Feminidad de la Pobreza. Entre los

colectivos en situación de mayor vulnerabilidad destacan las mujeres mayores en edad de retiro que no cuentan con ingresos propios –puesto que las pensiones de vejez están vinculadas a la contributividad y el trabajo remunerado– y las mujeres que ostentan la jefatura del hogar –donde es posible observar los cambios en los modelos de familia y la desconfiguración, en concreto, del modelo tradicional de hombre proveedor y mujer cuidadora.

Esta brecha de género ha mostrado cierta disminución en la medida que las mujeres se han ido incorporando en el mercado laboral, puesto que la división sexual del trabajo que relega a las mujeres a la esfera doméstica y del cuidado es la principal causa de pobreza y exclusión social, pero persiste porque esa incorporación no se produce en condiciones de igualdad a los hombres, porque no hay una incorporación similar de los hombres al trabajo no remunerado de cuidado y atención en los hogares y por el déficit en las políticas públicas que debieran proveer de servicios esenciales de cuidados y atención que permita una mejor incorporación de las mujeres al trabajo remunerado al disminuir su carga en las responsabilidades familiares.

En este apartado, pasamos a realizar unas primeras líneas de análisis de los países de la región para identificar, a groso modo, cuáles son las brechas concretas que presenta el mercado de trabajo –salario, empleo, desempleo, subempleo, etc., cómo se reflejan éstas en los sistemas de seguridad social y qué oportunidades ofrecen las políticas públicas.

4.1 Mercado de Trabajo y Políticas de Empleo.

4.1.1. La informalidad laboral en Latinoamérica y la Región Andina.

Avances en la región¹⁴.

Los países de América Latina y el Caribe experimentaron procesos de crecimiento significativos desde mediados de la década pasada, cuando alcanzaron una tasa de crecimiento promedio anual de 4,8% entre 2003 y 2007. Pese a los efectos negativos de la crisis financiera internacional, producida entre 2008 y 2009, la región logró recuperarse rápidamente y reimpulsar su dinamismo, aunque a tasas menores a las observadas en años previos. En el plano laboral, la tasa de desempleo abierto cayó a sus mínimos históricos en 2013, cuando alcanzó un 6,3% de la fuerza de trabajo, y en los años señalados se ha registrado una tendencia a la reducción del empleo informal en la mayoría de los países de la región de cuya información se dispone, y varios gobiernos han implementado una serie de programas destinados a apoyar estas transiciones.

El empleo informal involucra a un segmento importante de la fuerza laboral, presenta una elevada heterogeneidad y afecta desproporcionadamente a ciertos colectivos del mercado de trabajo. Por ejemplo, el porcentaje de empleo informal es mayor entre los segmentos menos educados –abarca al 75% de quienes tienen educación y al 63% de quienes tienen sólo educación primaria– y entre las personas en situación de pobreza –72% del primer quintil de ingresos (más pobre)–. Además, el empleo informal no agrícola también es más frecuente en

¹⁴ La información desarrollada en este punto es fruto del estudio realizado por la OIT en el marco del Programa de Fortalecimiento de la Formalización en América Latina y el Caribe –FORLAC– de la Oficina Regional de la OIT, y recogida en la publicación Notas sobre formalización “*Experiencias recientes de formalización en países de América Latina y el Caribe*”. Disponible en http://www.ilo.org/americas/publicaciones/WCMS_318177/lang-es/index.htm

sectores como la construcción (69%); el comercio, restaurantes y hoteles (56%), y el transporte, almacenamiento y comunicaciones (57%). Afecta, asimismo, a 56% de los jóvenes de 15 a 24 años, y a 50% de las mujeres, frente al 40% de los hombres.

Es posible observar, además, que del total de empleo informal (47,7%), un 31% corresponde a empleo en el sector informal; un 11,6% es empleo informal en el sector formal, y un 5,1% está constituido por empleo informal proveniente del segmento de trabajadores domésticos. Además, se registra que la reducción observada en el empleo informal entre 2009 y 2012 se ha producido en todos los sectores.

De otro lado, si se considera la estructura del empleo según categoría ocupacional es posible advertir que la mayor parte del empleo informal está compuesto por quienes trabajan por cuenta propia (41,6%), seguido de población asalariada de empresas privadas (37,9%). Entre ésta, el mayor número se concentra en empresas de hasta 10 trabajadoras y trabajadores (27,5% del total del empleo informal). Hay también un 10,6% de empleo informal proveniente del trabajo doméstico, y 5,7% de trabajo familiar auxiliar (entre quienes la tasa de informalidad es de 100%). Por su parte, el sector público registra un 4,3% de empleo informal.

La tendencia a la baja se ha venido registrando desde 2005. En todo caso, es altamente probable que los cambios registrados en el escenario económico de la región hayan contribuido a que la tendencia a la reducción de la informalidad se haya detenido en 2012. En consecuencia, de no aplicarse políticas específicas para abordar el fenómeno, la informalidad podría empezar a incrementarse en los años siguientes.

En la Región Andina, varios países han desarrollado experiencias de formalización, entre 2009 y 2012, que han contribuido a disminuir la informalidad: Ecuador un 10,8%, Colombia un 2,3% y Perú un 6,6%.

El análisis identifica cuatro ámbitos de actuación: (1) la mejora de la *capacidad económica* –productividad– a través, por ejemplo, de la inversión pública, el aumento del gasto público con criterios contra cíclicos, la condicionalidad de contratación pública –como se ha hecho en Ecuador y Perú–, el desarrollo económico local o el aumento de capacidades gerenciales –como las desarrolladas por el Servicio Nacional de Aprendizaje (Sena) de Colombia. (2) El cumplimiento de las *normas* con acciones como la información sobre obligaciones y derechos, como por ejemplo la estrategia “Colombia Trabaja Formal” que difunde información sobre formalidad a nivel de sectores económicos con alta incidencia en la informalidad, y a nivel de territorios mediante redes de formalización, la simplificación de regulaciones o procedimiento –como el Decreto anti-trámites y los Centros de Atención Empresarial, en Colombia– o los procesos de diálogo, negociación y consulta para impulsar el perfeccionamiento en las normas y regulaciones. (3) *Incentivos* para incorporar a la formalidad vinculando lo laboral a lo tributario, como en Perú, las facilidades tributarias para medianas y pequeñas empresas (Mypes) mediante rebajas de los impuestos a las ventas, el Nuevo Régimen Único Simplificado (RUS) para personas naturales y microempresas, que les permite el pago de una cuota fija y las exime de los impuestos a las ventas y a la renta; y el Régimen Especial de Impuesto a la Renta (RER), que establece una tasa fija sobre ingresos netos mensuales, aunque sin excluir el pago de IGV. (4) Mejorar la fiscalidad aumentando la capacidad del Estado para hacer cumplir las normas, incluyendo campañas de sensibilización, mejora de la capacidad de inspección –tanto en número de personas como en tecnología de la información– y el cruce de datos entre diferentes administraciones.

El estudio realizado por la OIT concluye que el crecimiento económico es necesario pero no suficiente para la formalización, se necesita un enfoque integrado, esto es, un enfoque que permita integrar políticas diversas para abordar el problema en sus distintas dimensiones y diferentes actores y colectivos y un amplio consenso entre los diferentes agentes sociales y económicos. Son necesarias de políticas de formalización deliberadas y articuladas.

Las brechas en la informalidad laboral en la Región Andina

Como lo muestra el Cuadro 9, excepto en Venezuela y Ecuador, la informalidad en el empleo de las mujeres es superior al 60% en todos los países. La calidad del empleo para las mujeres que trabajan en el sector informal es inferior a la de los hombres en la misma situación: en general sus ingresos son más bajos, cuentan con menor cobertura de seguridad social y están sobrerrepresentadas en los segmentos más precarios, como el servicio doméstico y los trabajadores familiares no remunerados (OIT, 2006). En el sector de las microempresas, las mujeres se encuentran fundamentalmente ocupadas como trabajadoras independientes en formas de autoempleo, desempeñando actividades de baja productividad (OIT, 2006).

El trabajo en la economía informal y en los llamados trabajos “atípicos” que lamentablemente están generalizados en la Región, como trabajo eventual, de temporada, a tiempo parcial, a domicilio y mediante subcontratación, donde se concentran gran cantidad de mujeres, son también los que más carecen de derechos laborales y de protección social. Está desprotección tiene repercusiones directas en un tipo de protección fundamental y básico para las mujeres como es la licencia por maternidad. En algunos países se excluye expresamente a varias categorías de trabajadoras del ámbito de la legislación laboral y/o de la legislación sobre seguridad social o de la correspondiente ley reguladora de las prestaciones monetarias en casos de maternidad. Por ejemplo, en Ecuador las mujeres que trabajan en empresas familiares pueden optar a una licencia pero no tienen derecho a recibir dichas prestaciones. En Bolivia están excluidas las trabajadoras de la agricultura (OIT, 2014b).

Cuadro 9. Población ocupada en sectores de baja productividad en áreas urbanas (sector informal) del mercado de trabajo, por sexo. (En porcentajes) 2013.

<i>País / Años</i>	<i>Ambos sexos</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Bolivia (1)	60,0	54,8	66,6
Colombia	57,7	55,2	60,8
Ecuador	53,5	49,9	58,8
Perú	56,9	50,2	64,9
Venezuela	49,4	52,9	43,9

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales en las encuestas de hogares.

Nota: (1) 2011

4.1.2. Políticas activas del mercado de trabajo.

Las políticas activas del mercado de trabajo consisten en intervenciones del Estado para aumentar la oferta de trabajo para evitar el desempleo, aumentar la empleabilidad y apuntalar la demanda de trabajo. La mejora de la oferta se promueve mediante programas de capacitación y promoción de la inserción laboral. El incremento de la demanda de trabajo se realiza mediante programas de generación directa de empleo asalariado temporal, a través de subsidios al empleo o al salario o de programas de promoción de emprendimientos productivos. La mejora del

funcionamiento del mercado de trabajo a través de la prestación de servicios de información, orientación a la búsqueda de empleo e intermediación laboral.

Estas medidas no siempre tienen presente las brechas de género discutidas previamente. Aspectos como la segregación horizontal y vertical del mercado laboral; la brecha salarial; los déficits de educación formal, básica y general de un conjunto importante de mujeres adultas que ya deberían llevar insertas en el mercado laboral muchos años; la inexistencia de servicios de cuidado infantil y de otras personas dependientes en el seno de los hogares que faciliten la conciliación de trabajo y familia para hombres y mujeres; la presencia y distribución de las mujeres en segmentos de la economía informal y las necesidades específicas para la transformación en autoempleos o pequeñas empresas formalizadas y con derechos, deberían reflejarse en las políticas activas de empleo para así mejorar su efectividad y sus efectos en la equidad de género.

Recuadro 10. Recomendación 150 de la OIT, sobre la orientación profesional y la formación profesional en el desarrollo de los recursos humanos, de 1975.

La R. 150 propone que deberían adoptarse medidas a fin de promover la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres en el empleo y en la sociedad en general. Dichas medidas deberían formar parte integrante del conjunto de medidas económicas, sociales y culturales adoptadas por los gobiernos para *mejorar la situación del empleo de las mujeres* y, en lo posible tendrían que:

(a) modificar las actitudes tradicionales respecto del trabajo de mujeres y hombres en el hogar y en la vida profesional.

(b) proporcionar orientación profesional a las jóvenes y a las mujeres sobre la misma amplia gama de oportunidades de enseñanza, formación profesional y empleo que a los jóvenes y a los hombres.

(c) fomentar el acceso, en igualdad de condiciones a todos los tipos de educación y a la formación para todos los tipos de empleo, incluidos los tradicionalmente accesibles a los jóvenes y a los hombres.

(d) favorecer el perfeccionamiento de las jóvenes y de las mujeres, con el fin de garantizar su desarrollo personal y su promoción a empleos calificados y puestos de responsabilidad, e incitar a los empleadores a que les ofrezcan las mismas posibilidades.

(e) crear guarderías infantiles diurnas y otros servicios para niños de toda edad, así como acogerse a arreglos especiales que posibiliten su formación.

(f) establecer programas de FP para las mujeres que hayan sobrepasado la edad normal de ingreso en la vida profesional, y que desean tomar un empleo por primera vez o reintegrarse a él después de un período de ausencia.

Otro aspecto a revisar en las políticas activas de empleo son los criterios de focalización ya que la presencia de mujeres en algunos de estos programas viene dada por la focalización en hogares pobres o monoparentales sin que en realidad se haya integrado el objetivo de equidad de género que permite tener en cuenta las limitaciones específicas de las mujeres para acceder al mercado de trabajo. Tampoco se han realizado evaluaciones del impacto de las políticas de empleo desarrolladas en algunos países de Latinoamérica que incorporen indicadores para identificar las trayectorias laborales futuras de hombres y mujeres.

Además, el tránsito de la ocupación en la economía informal hacia el empleo con derechos y protección social, que es mencionado como un valor esperado del piso de protección social, se ve favorecido en muchas ocasiones en la medida que se acompaña del acceso al crédito. Habría que valorar el impacto diferenciado del acceso a dicho crédito, y en qué medida se acompaña de capacitación y formación que permita salir a las mujeres de las dificultades específicas que tienen en relación a los procesos de comercialización y acceso a los mercados.

Algunos países de la Región tienen programas o planes de empleo que pretenden mejorar la empleabilidad, intermediar entre la oferta y la demanda y subsidiar la capacitación.

Estos programas son en ocasiones de tipo generalista para toda la población adulta sin empleo o sin ingresos regulares, como el *Programa de Apoyo al Empleo* en Bolivia, *Perú Trabaja*, *Gran Misión Saber y Trabajo* en Venezuela, *Plan de Impulso al Empleo y la Productividad* en Colombia. En otras ocasiones se trata

de estrategias focalizadas en población en situación de pobreza o extrema pobreza, como el *Crédito de Desarrollo Humano* en Ecuador, vinculado al PTC Bono de Desarrollo Humano y el proyecto *HakuWiñay / NoaJayatai* (Vamos a crecer) en Perú vinculado al PTC Juntos; o en población juvenil, como *Mi Primer Empleo Digno* en Bolivia.

Se observa en la Región que hay una impulso a las políticas activas de empleo, orientadas en buena medida a la capacitación e inserción de los estratos sociales excluidos y en situación de pobreza, y que buen número de ellas contempla de forma específica la situación de discriminación de las mujeres, sin embargo hay tendencia a reproducir la segregación laboral de género y cuando son evaluados no suelen incluir datos segregados por sexo que permitan valorar los avances diferenciados de las mujeres. Otra limitación que se observa es que se trata de empleos temporales de baja cualificación que no aseguran la generación de empleo estable y sostenido en el tiempo. Como fortalezas, cabe destacar que estos programas suelen estar orientados a la mejora de infraestructuras y servicios básicos en las comunidades, lo que incide en el bienestar en materia de acceso a agua, salubridad, espacio público, etc., pero tienen pendiente el despliegue de capacitación, profesionalización y generación de empleo en el sector de los cuidados y servicios de atención en condiciones de trabajo decente y desfeminizando el sector.

Es importante el rol empresarial en la definición de políticas activas de empleo, fundamentalmente en los programas de formación profesional y ocupacional, ya que pueden brindar información para que los programas de formación respondan a la demanda de trabajo del mercado laboral. La cooperación entre los agentes sociales –organizaciones empresariales y organizaciones sindicales– con los gabinetes correspondientes de los Ministerios de Empleo y Trabajo en los diferentes países es fundamental para tal ajuste y para garantizar que la formación incluya los elementos propios de las relaciones laborales que posibiliten el avance en igualdad y no discriminación.

4.1.3. Brechas de participación, empleo y subempleo.

En los últimos diez años, las brechas de género existentes en materia de participación laboral y ocupación se han reducido en la mayoría de los países, aunque siguen siendo muy significativas, incluso en un escenario en que se han revertido, por lo menos desde hace un decenio, las desventajas educacionales de las mujeres, que durante mucho tiempo fueron consideradas como los factores determinantes de su escasa y deficiente inserción en el mercado de trabajo. En otros aspectos, como las brechas de ingresos o la segregación ocupacional, el panorama es más diverso entre los países y no puede hablarse, en términos generales, de avances relevantes en la Región (CEPAL, 2014).

La principal causa de **exclusión de las mujeres** de los sistemas de seguridad social es la exclusión del trabajo remunerado, formal y con derechos.

En los países de la región Andina la tasa de actividad femenina es considerablemente inferior a la masculina: oscila desde los cerca de 30 puntos por debajo en Ecuador hasta los 17 puntos menos en Perú (véase Cuadro 10). A diferencia de los hombres, la presencia de mujeres en el mercado laboral es mayor cuando no tienen hijos e hijas. En América Latina, cuando hay niños o niñas menores de 6 años en el hogar, es decir, cuando las demandas de cuidado son muy altas, las tasas de participación de las mujeres representan un 54,3% de las de los hombres. Para edades entre 6 y 14 años, la razón asciende a un 60,9%, mientras que cuando no hay menores en el hogar, la razón alcanza un 64,2%. Las diferencias son considerablemente más marcadas en los hogares más pobres cuando

hay niños pequeños en el hogar (menores de seis años), la participación laboral femenina decrece, a diferencia de la masculina que aumenta (Lupica, 2015).

Además de esta menor inserción en el trabajo remunerado, una vez que las mujeres se han incorporado a éste, las brechas persisten. Por ejemplo, la tasa de desempleo es más alta para las mujeres en todos los países.

Cuadro 10. Región Andina: población según condición de actividad y participación laboral, 2013 (porcentaje sobre la población en edad activa total).

Tasas	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
Participación	72,2 (1)	69,4	62,0	72,6	64,8
Hombres	82,4	81,6	77,2	81,4	78,8
Mujeres	62,2	58,0	47,6	64,4	51,2
Ocupación	53,6 (2)	58,0	58,9	64,8	59,3
Hombres	47,4	47,1	46,3	56,2	46,1
Mujeres	60,4	69,4	72,8	74,0	72,6
Desempleo (4)	3,6 (1)	10,7	4,9	4,6	7,5
Hombres	2,9	8,7	4,0	4,0	6,6
Mujeres	4,5	12,9	6,1	5,2	8,7
Empleo-población	70,3 (1)	59,6	59,5	72,0 (3)	58,8
Hombres	80,8	73,1	74,6	81,3	72,1
Mujeres	60,3	47,2	45,1	62,9	45,7

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales en las encuestas de hogares

Notas:

(1) 2011

(2) 2010

(3) 2012

(4) Tasa de desempleo abierto urbano.

Si bien los datos sobre ocupación arrojan inicialmente una mayor ocupación de las mujeres en todos los países, cuando se compara la situación de hombres y mujeres ocupados las diferencias se evidencian en distintos ámbitos, por lo que se hace necesario un análisis más pormenorizado para entender el tipo de empleo que desempeñan éstas.

En primer lugar, puesto que las tasas de actividad son tan desproporcionadas, cuando el cálculo de ocupación se realiza sobre la población en edad de trabajar los datos se invierten. Así la relación *empleo – población* nos indica que mientras entre 70-80 hombres por cada 100 en edad de trabajar tienen empleo, esta proporción se reduce para las mujeres a entre 45 - 62 (véase cuadro 9).

En segundo lugar, los indicadores de ocupación integran la categoría de *trabajo no remunerado*. Se trata de personas que se desempeñan en una unidad económica, pero no perciben ingresos por las tareas que realizan. La concentración de las mujeres en la categoría de trabajadoras no remuneradas en el mercado laboral es muy significativa (véase cuadro 11): en Bolivia más del 30% de las mujeres ocupadas son trabajadoras no remuneradas, mientras que en el Perú y el Ecuador la cifra asciende al 17% y el 15%, respectivamente. El trabajo no remunerado está asociado al medio rural: en los países mencionados, se desempeña en este medio una proporción mayoritaria de población trabajadora ocupada no remunerada, que llega al 72% en el Estado Plurinacional de Bolivia, el 61% en el Ecuador y el 60% en el Perú. A su vez, la proporción de la población indígena es relevante en el total de la ocupada no remunerada: en el Estado Plurinacional de Bolivia el 23% de los trabajadores y las trabajadoras no remunerados son indígenas, en el Ecuador el 20% y en el Perú el 36% (CEPAL, 2014). En síntesis, una proporción importante de mujeres que se contabilizan como ocupadas en las estadísticas son mujeres de zonas rurales que se desempeñan en unidades productivas familiares, sin ingresos propios ni derechos ni protección social, y en buena medida también de poblaciones indígenas.

Cuadro 11.Importancia del trabajo no remunerado en el mercado laboral, por sexo, alrededor de 2012. (En porcentajes)

País	Población ocupada en trabajo no remunerado		
	Mujeres	Hombres	Total
Bolivia	30,6	8,4	18,2
Colombia	7,4	2,7	4,7
Ecuador	15,4	4,8	9,0
Perú	17,6	5,7	11,1
Venezuela	0,6	0,4	0,9

Fuente: CEPAL, sobre la base de tabulaciones especiales en las encuestas de hogares.

En tercer lugar, la cantidad de horas semanales trabajadas en el mercado laboral es considerablemente menor en el caso de las mujeres (37 horas, frente a 45 horas en el caso de los hombres, como promedio de América Latina¹⁵) y las mujeres concentran la contratación a tiempo parcial. Se trata de una brecha muy relevante, que está vinculada con las responsabilidades de las mujeres en las tareas de trabajo no remunerado, sobre todo de cuidado, dentro de los hogares. Además, más de la mitad de las mujeres que no trabajan de forma remunerada, no lo hacen debido a las responsabilidades familiares de las que deben hacerse cargo.

El reparto diferenciado del trabajo doméstico, de las responsabilidades familiares y del cuidado de personas dependientes, incide en la menor tasa de participación de las mujeres en el mercado laboral, ya que las mujeres tienen menor tiempo disponible para dedicar al trabajo remunerado.

4.1.4. La segregación laboral vertical y horizontal.

Otra característica reconocida de la inserción laboral femenina es la alta concentración de las mujeres en determinadas ocupaciones y ramas de actividad, es decir, el fenómeno de la segregación ocupacional. La distribución de los ocupados por sexo resulta muy diferente cuando se analiza por rama de actividad –segregación horizontal– y en menor medida por categoría ocupacional –segregación vertical–.

En términos de ramas de actividad, en la región la concentración de las mujeres es mucho más marcada que la de los hombres: en 2012 siete de cada diez mujeres están ocupadas en la administración pública, enseñanza, salud y servicios sociales (41%) y el comercio (27,5%), en tanto que las dos principales ramas de actividad de los hombres, agricultura y comercio, en

¹⁵ CEPAL (2014). Panorama Social de América Latina 2014. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Página 185.

conjunto concentran entre el 30 y el 40% de la población masculina ocupada. La mayor diversidad de ramas en las que se desempeñan los hombres incluye una fuerte presencia en construcción y transporte, donde apenas hay mujeres trabajando. Esta segregación horizontal tiene varios análisis desde el punto de vista de la productividad, los salarios y la protección social: en general las ramas que concentran de forma mayoritaria a hombres, lo que viene llamándose sectores masculinizados, suelen tener más peso en la economía nacional e internacional, mayores grados de protección social y salarios más altos que los sectores que concentran de forma general a las mujeres.

En términos de categorías ocupacionales, las mujeres tienen una menor inserción como asalariadas privadas que los hombres, excepto en Venezuela, y apenas son empleadoras, al mismo tiempo que una proporción importante de ellas trabajan en el servicio doméstico y como trabajadoras no remuneradas. Entre el 30% y el 40%¹⁶ del total de ocupadas de la Región son trabajadoras por cuenta propia, categoría ocupacional que engloba situaciones muy heterogéneas y, como ya se mencionó, suele estar muy vinculada a la economía informal y, por tanto, a la desprotección social.

Tanto la segregación horizontal como la vertical conllevan una penalización salarial que, junto a los mecanismos de discriminación salarial, directa e indirecta, determinan niveles salariales inferiores a los de los hombres. Esta brecha salarial incide directamente en menores bases de cotización para el acceso al aseguramiento y a las prestaciones en dinero, sean por maternidad o asociadas a la vejez, invalidez o muerte. En la región para el año 2013, excepto en Bolivia -país para el que el último año del que se disponen datos es el 2011-, las mayores brechas se encuentran en Bolivia y Perú, donde las mujeres reciben en promedio un salario 23,2% y 20,9% inferior al de los hombres, respectivamente. En Colombia un 10% y en Ecuador y Venezuela en torno al 5% (CEPALSTAT, consulta integrada en línea).

Esta forma de inserción laboral, en menor proporción, con mayor desempleo y subempleo y menores jornadas, suponen mayores grados de exclusión del acceso directo a la seguridad social.

4.2 Seguridad Social en la Región Andina.

Además de comprender la importancia de reducir la informalidad laboral en la Región para ampliar la protección social por el camino del mercado laboral, lo cual es esencial para la materialización del piso de protección social, es necesario añadir una perspectiva de género al estudio de la problemática laboral, y de protección social, en la Región Andina. Esto debido a que hombres y mujeres no acceden a las mismas oportunidades en el ámbito laboral y por consiguiente son las mujeres las que en este campo tienden a perder oportunidades de acceder a una mejor seguridad social en relación con los hombres.

Como ya se mencionó en el capítulo 1, excepto Colombia, todos los países de la región han ratificado el Convenio 102 sobre normas mínimas de seguridad social, y algunos de ellos han

¹⁶ CEPAL (2014). Panorama Social de América Latina 2014. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile. Página 187. Recuadro IV.3. Proporción de trabajadoras por cuenta propia alrededor de 2012. Datos para Colombia (42%), Perú (37%), Ecuador (34%), Bolivia (33%) y Venezuela (29%).

ratificado también convenios de los llamados de segunda generación, tal como se muestra en el cuadro 12:

Cuadro 12. Ratificaciones de convenios relativos a la seguridad social. Región Andina.

País / Rama	Atención médica C.102 c.130	Enfer- medad C.102 c.130	Desem- pleo C.102 C.168	Vejez C.102 C.128	Accidentes del trabajo C.102 C.121	Prestacion es familiares C.102	Mater- nidad C.102 C.183	Invalidez C.102 C.128	Sobrevi- vientes C.102 C.128
Bolivia	C.102 (1977) C.130 (1977)	C.102 (1977) C.130 (1977)	-	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.121 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)	C.102 (1977) C.128 (1977)
Colombia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	C.130 (1978)	C.102 (1974)C .130 (1978)	-	C.102 (1974) C.128 (1978)	C.102 (1974) C.121 (1978)	-	-	C.102 (1974) C.128 (1978)	C.102 (1974) C.128 (1978)
Perú	C.102 (1961)	C.102 (1961)	-	C.102 (1961)	-	-	C.102 (1961)	C.102 (1961)	-
Venezuela	C.102 (1982) C.130 (1982)	C.102 (1982) C.130 (1982)	-	C.102 (1982) C.128 (1983)	C.102 (1982) C.121 (1982)	-	C.102 (1982)	C.102 (1982) C.128 (1983)	C.102 (1982) C.128 (1983)

Fuente: OIT (2014) World Social Protection Report 2014/15. OIT, Ginebra.

La base de financiación de los sistemas contributivos es el aporte de trabajadoras, trabajadores y empresas, los cuales en muchos casos se combinan o completan con aportes estatales. El financiamiento, la administración y la prestación de transferencias y servicios dan lugar a distintos diseños de aseguramiento y de actores involucrados (privados, públicos y mixtos).

En la Región Andina, los regímenes contributivos integrados en los sistemas de seguridad social en los cinco países considerados incluyen vejez, invalidez y muerte; enfermedad y maternidad (prestaciones médicas y transferencias en dinero); accidente de trabajo y enfermedad profesional.

En materia de invalidez, vejez y muerte tres países, Perú, Colombia y Bolivia, cuentan con sistemas mixtos, si bien operan de forma diferente: en Perú y Colombia hay que elegir entre fondos colectivos o cuentas individuales; en Bolivia se ha procedido a nacionalizar los AFP y la Gestora Pública de la Seguridad Social a Largo Plazo se ha hecho cargo de los fondos. En los otros dos países, Ecuador y Venezuela, son seguros sociales.

Las asignaciones familiares de carácter contributivo están integradas en Bolivia, en Colombia, y en Venezuela, el seguro de desempleo en Colombia (régimen de cuentas individuales) y en Venezuela (seguro social). En algunos países existe el pago de cesantía: en Colombia y Ecuador a través de cuentas individuales, y en Bolivia y Perú a cargo del empleador (Compensación por Tiempos de Servicios).

Quienes trabajan de manera independiente, cuentapropista o trabajo autónomo, presentan peores condiciones que quienes tienen relación laboral. En las prestaciones de vejez, incapacidad y muerte sólo en Colombia su aseguramiento es obligatorio, y en Perú sólo se incluyen ciertas categorías. En Venezuela, Colombia y Bolivia pueden hacerlo de manera voluntaria pero el desconocimiento y/o los escasos niveles de ingresos atentan contra un efectivo aseguramiento. Están excluidas así mismo, de las asignaciones familiares en Bolivia y pueden hacerlo de forma voluntaria en Colombia. De especial relevancia, desde el punto de vista del género, es el colectivo de las trabajadoras domésticas, que si bien presenta mayores niveles de protección social legal en la región que en la mayor parte de América Latina, esta cobertura legal no se traduce necesariamente en cobertura real. Están incluidas en el campo de aplicación del seguro de vejez, incapacidad y muerte (que implica la cobertura de enfermedad y maternidad) en Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela.

4.2.1. Las pensiones de vejez.

Las diferencias de género en las contribuciones a las pensiones de jubilación y vejez, presentan tendencias diferentes según se tome como referencia a la población total en edad de trabajar o a la población económicamente activa (véase cuadro 8). En el primer caso, la proporción de mujeres que contribuyen sobre el total de mujeres en edad de trabajar es más bajo que para los hombres en los cinco países de la Región, es decir, que mientras entre el 18% y el 32% de los hombres en edad de trabajar cotizan para una pensión de jubilación en el caso de las mujeres estos porcentajes se reducen a entre el 11% y el 22%, siendo la mayor diferencia en Perú que alcanza los 15 puntos porcentuales. Sin embargo, tomando como referencia la población económicamente activa (que es inferior para las mujeres en torno a 20-30 puntos porcentuales) se observan tendencias diferentes en los países de la Región: en Bolivia y Perú se mantienen proporciones similares que presentan una peor situación para las mujeres; en Ecuador se iguala; y en Colombia y Venezuela se invierte: son más las mujeres que cotizan para la pensión de vejez que los hombres. Es decir, la principal causa de exclusión de las mujeres de los sistemas de seguridad social es la no presencia en el trabajo remunerado, formal y con derechos.

Cuadro 8. Ratio de contribuyentes a pensión de jubilación sobre la población en edad de trabajar y sobre la población activa, por sexo, últimos años con datos disponibles.

Población activa, por sexo, últimos años con datos disponibles.						
Ratio sobre la población en edad de trabajar				Ratio sobre la población activa		
Bolivia 2010	22,2%	Mujeres	15,8%	28,5%	Mujeres	22,8%
		Hombres	28,6%		Hombres	33,0%
Colombia 2013	23,6%	Mujeres	22,5%	32,7%	Mujeres	37,8%
		Hombres	25,7%		Hombres	30,0%
Ecuador 2009	14,7%	Mujeres	11,5%	20,2%	Mujeres	20,0%
		Hombres	18,1%		Hombres	20,4%
Perú 2010	24,8%	Mujeres	17,6%	29,2%	Mujeres	20,4%
		Hombres	32,4%		Hombres	36,9%
Venezuela 2009	24,1%	Mujeres	20,8%	33,9%	Mujeres	37,3%
		Hombres	27,4%		Hombres	31,8%

Fuente: OIT (2014) World Social Protection Report 2014/15. OIT, Ginebra.

Estas diferencias tienen su origen en las relaciones de género que sustentan el *modelo de trabajador ideal y de familia*: el de hombre proveedor junto al cual conviven una mujer cuidadora e hijos e hijas. El acceso a la protección social por parte de ellos sería directa y por parte de ellas fundamentalmente indirecta, en tanto familiares económicamente dependientes, principalmente, de sus esposos o compañeros. Esta dependencia coloca a las mujeres en situaciones de mayor riesgo de desprotección social. En tanto personas económicamente dependientes, mientras se mantiene la relación, las mujeres acceden a las prestaciones de salud pero no a prestaciones monetarias.

Al reforzar la dependencia económica mientras dura la relación conyugal, cuando ésta cesa, las mujeres empobrecen por su acceso como dependientes económicas y no como titulares de derecho por su contribución al trabajo no remunerado y de cuidados. De esta manera pierden los beneficios que se derivan de los aportes de sus cónyuges. Además, la división sexual del trabajo que promueve este modelo de familia a su vez inhibe o dificulta a las mujeres el acceso al

trabajo remunerado, formal y decente, en mucha mayor medida que a los hombres, y por lo tanto también a tener un acceso directo a la protección social.

A esta situación se agrega que en varios países de la Región, la proporción de familias que cuentan con un hombre proveedor tiende a disminuir. Alrededor del 10% de los hogares son liderados por mujeres en ausencia de hombre proveedor (CEPALSTAT).

La mayor parte de los países de la Región Andina partían de un contexto de cobertura media en los esquemas contributivos (entre el 20% y el 50% de la población en edad legal de jubilación) y bajos costos fiscales asociados a éstos y plantearon una estrategia principalmente dirigida a reducir la pobreza. Estos países (Colombia, Ecuador y Perú) organizaron esquemas generalmente focalizados, aunque con la intención de ampliar la cobertura más allá de la población vulnerable. Sólo Bolivia ofrece un esquema no contributivo de tipo universal y las pensiones no contributivas son administradas por la misma institución que tiene bajo su autoridad el régimen contributivo (Fondo de Capitalización Colectiva); en el resto se trata de programas no contributivos ejecutados desde instituciones que ejercen funciones de desarrollo o asistencia social, como el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) en Perú, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) en Ecuador, o el Fondo de Solidaridad Pensional, como cuenta especial de la Nación adscrita al Ministerio de Trabajo, en Colombia, lo que hace que se produzca segmentación y fragmentación.

La segmentación es especialmente relevante en el caso peruano, donde existen sistemas de pensiones bajo diferentes esquemas contributivos el Sistema Nacional de Pensiones (SNP), administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP) y el Sistema Privado de Administración de Fondos de Pensiones (AFP). La protección de la salud se sustenta en cuatro sistemas: el Seguro Social de Salud (EsSalud), dependiente del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Seguro Integral de Salud (SIS), a cargo del MINSA, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y los seguros privados. A pesar de las numerosas alternativas, no se ha logrado alcanzar una cobertura universal, más bien presenta altos grados de inequidad en cuanto al acceso y calidad de los servicios.

La cobertura de las pensiones no contributivas es desigual en los países, destacando la cobertura universal de Bolivia que alcanza al 100% de la población por encima de la edad elegible. Ecuador y Colombia se sitúan en torno a la mitad y Venezuela y Perú presentan las ratios más bajas. No se presentan los datos segregados por sexo, lo que dificulta el análisis de género relativo al impacto de las pensiones no contributivas¹⁷.

Cuadro 14. Programas de Pensiones no contributivas. Principales características e indicadores.

País	Nombre del programa y año	Requisitos legales de acceso	Monto de la	Cobertura sobre población	Costo
------	---------------------------	------------------------------	-------------	---------------------------	-------

¹⁷ pero se sabe, por ejemplo, que en Bolivia, la proporción de mujeres de edad avanzada que recibe sólo la Renta Dignidad (en lugar de recibir un nivel reducido de la Renta Dignidad, además de una pensión contributiva) es significativamente mayor que la de los hombres, a nivel nacional (83,3% en comparación con el 66,3% de los hombres), y en las zonas rurales (90,6% de las mujeres y el 78,4% de los hombres) (Rofman et al, 2013).

	de introducción	Edad	Criterios de elegibilidad	prestación	de 60 años y más	por encima de la edad elegible	
Bolivia	Renta Dignidad / Renta Universal de Vejez. 1996	60	Ciudadanía, residencia, ingresos, no percibir pensión vejez	US \$ 36	100%	100%	1,07%
Colombia	Colombia Mayor. (previo: Programa de Protección Social al Adulto Mayor -PPSAM-). 2003	H 59 M 54	Ciudadanía, residencia, ingresos, renta, no percibir pensión vejez	US \$ 32	26%	40%	0,2%
Ecuador	Pensión para adultos mayores (Bono Desarrollo Humano). 2003	65	Residencia, ingresos, no percibir pensión vejez	US \$ 50	42 %	61%	0,31%
Perú	Pensión 65. 2011	65	Ingresos, no percibir pensión de vejez	US \$ 45	11%	16%	0,1%
Venezuela	Gran Misión Amor Mayor. 2011/12	H 60 M 55	Ingresos, no percibir pensión de vejez	US \$ 246	19%	28%	0,6%

Fuente: HelpAge International Pension Watch Database Edición

Las pensiones de vejez contempladas de forma conjunta en sus vertientes contributiva y no contributiva dan muestra del déficit de protección y de la desigualdad de género. En primer lugar la cobertura legal se sitúa entre el 60% y el 70%, para el conjunto de los cinco países de la Región, excepto en Bolivia que es del 100% por los programas Renta Dignidad (Renta Universal de Vejez). Esta limitada cobertura legal¹⁸ se reduce aún más en la cobertura real: en Colombia apenas una de cuatro personas en edad legal de jubilación percibe ingresos por este concepto; en Perú una de cada tres y en Ecuador y Venezuela una de cada dos (véase cuadro 6).

Conforme aumenta el gasto social aumenta el nivel de protección, ahora bien, desde una perspectiva de género, una mayor inversión social no conlleva necesariamente a menores brechas de género en el acceso a las transferencias y servicios. La cobertura en pensiones, por ejemplo, da muestra de cómo las desigualdades de género afectan a la Región (véase cuadro 6).

A partir de datos disponibles en el informe de la OIT sobre la Protección Social en el Mundo 2014-15, se observa que en la Región la cobertura en pensiones es considerablemente menor entre las mujeres (cuadro 6). Así, en el segundo país con mayor cobertura, Venezuela, las brecha relativa entre mujeres y hombres que perciben pensión de vejez alcanzan los 20 puntos porcentuales. Estas diferencias de género están más acentuadas al cruzar las variables ingresos y

¹⁸La cobertura legal refiere quienes pueden acceder a los sistemas de pensiones en función de los criterios y requisitos establecidos en la legislación, mientras que la cobertura real refiere a las personas que efectivamente están disfrutando del derecho a la prestación, percibiendo los ingresos.

residencia, así, por ejemplo, en 2010 en Perú apenas el 0,1% de las mujeres de 65 años y en situación de pobreza extrema del área rural cuenta con una pensión contributiva, lo cual representa una protección ínfima, (Rofman et al., 2013) frente al 1,1% de los hombres en condiciones similares.

El peso de las pensiones no contributivas es muy importante en la Región (cuadro 15), representando entre la mitad y dos tercios del total, llegando, en el caso de Ecuador, a duplicar el porcentaje de personas que perciben pensión contributiva¹⁹.

Cuadro 15. Perceptores de pensiones de vejez en población con edad superior a la legal de jubilación, según sexo y según tipo de programa (Contributivo o no contributivo), para los últimos años disponibles.

País	Proporción según sexo			Proporción según tipo de programa	
	Ambos sexos	Hombre	Mujer	Contributivo	No contributivo
Bolivia 2013	100%	100%	100%	26,7%	73,3%
Colombia 2009	23,0%	28,3%	18,4%	13,9%	9,1%
Ecuador 2011	53,5%	55,5%	50,8%	16,0%	37,0%
Perú 2013	33,2%	41,4%	26,1%	21,9%	11,3%
Venezuela 2012	59,4%	70,0%	50,2%	39,2%	20,2%

Fuente: OIT (2014): World Social Protection Report 2014/15. OIT, Ginebra.

En el caso de las prestaciones enfocadas en la niñez, un punto de partida importante de este pilar en todos los países es el que ofrecen las transferencias monetarias condicionadas. Estas transferencias están complementando o supliendo las asignaciones familiares poco desarrolladas en la Región como ya se argumentó, al integrar ingresos básicos para la unidad familiar con menores y accesibilidad a servicios de salud y educación.

4.2.2. Los sistemas sanitarios en los países de la región.

En términos generales, en los sistemas sanitarios han coexistido de manera generalmente desarticulada el subsistema público, estructurado generalmente en torno a los Ministerios de Salud; el subsistema de seguridad social de diverso grado de desarrollo; el subsistema privado que comprende empresas con fines de lucro y sin fines de lucro. En la región existe un déficit de cobertura de protección de la salud, no tanto en términos de cobertura legal de los sistemas contributivo y no contributivo como de los servicios, recursos y acceso real de la población.

El **acceso a los servicios de salud** está condicionado por la existencia de éstos y la accesibilidad geográfica y financiera, y se puede medir a través de la cobertura. La OIT ha desarrollado una metodología para medir el déficit de cobertura en la protección social en salud, basada en la medición de cinco indicadores que, conjugados, permiten una aproximación al tema.

¹⁹Desde el punto de vista del piso de protección social este es un dato muy relevante, puesto que indica que los programas no contributivos que pueden incorporarse o funcionan de hecho como piso de protección social, tienen mayor peso en esta rama de la seguridad social que los programas contributivos vinculados al mercado de trabajo. El problema subyacente, por lo tanto, es el déficit de trabajo decente en la Región, observable a través del déficit en el empleo y la contributividad.

1. Indicador de la *cobertura administrativa y legal*. El déficit de cobertura corresponde a la parte de la población total que no tiene acceso a cuidados de salud.
2. Indicador de la brecha en la cobertura teórica por insuficiencia de *personal calificado* para prestar los servicios de salud. Es posible que, aun con una cobertura administrativa y legal garantizada, las instituciones no cuenten con los recursos humanos para prestar los servicios necesarios. En este caso, se ha comparado la disponibilidad de recursos humanos de los respectivos países/regiones con el valor medio de la disponibilidad de personal calificado del sector salud en países con baja vulnerabilidad. Este indicador también permite aproximarse a una medición de la calidad de los servicios.
3. Indicador de la brecha en la disponibilidad de *recursos financieros* para la adquisición de los recursos materiales necesarios. Este financiamiento insuficiente es estimado al comparar el gasto total en salud del país con el gasto medio de los países de ingresos bajos con escasa vulnerabilidad (correspondiendo a un gasto medio *per cápita* de USD 239 anuales). Este indicador, como el anterior, también se relaciona con la calidad de los servicios.
4. Indicador de la *barrera financiera* para el acceso a la que hacen frente las personas para contar con atención de salud, gasto directo de bolsillo como proporción del gasto total en salud. Niveles elevados de gasto directo representan un riesgo sustantivo de empobrecimiento de la persona y de su unidad familiar.
5. Indicador de resultado para medir el impacto del *suministro de servicios*. Entre los distintos indicadores que se podrían utilizar, la metodología ha optado por emplear al indicador de mortalidad materna (por 10.000 nacidos vivos).

La región presenta en general peores indicadores que la Región latinoamericana en su conjunto (véase cuadro 16). Especialmente en cuanto a *cobertura legal*—una de cada cuatro personas está desprotegida— e *insuficiencia de personal calificado*— la carencia de personal sanitario es más del doble que en la Región—. Colombia y Venezuela, aun teniendo en teoría la mayor cobertura legal, no pueden asegurar tal cobertura a no ser que aumenten la inversión en personal de salud.

Según la OPS que analiza el *uso efectivo de los servicios*, también existe una gran desigualdad entre los diferentes grupos de ingresos de la región: mientras que para los grupos con mayores ingresos el acceso a la salud es casi universal, la mayoría de las personas más pobres todavía no puede acceder a los servicios de salud cuando los necesita. Datos de la OPS muestran que aproximadamente un 30 por ciento de la población de la Región no tiene acceso por razones financieras, en relación también el gasto directo, mientras que un 21 por ciento carece de ese acceso debido a barreras geográficas. Se puede destacar la misma tendencia respecto de la asistencia sanitaria: en general, las personas con un mayor ingreso, muchas veces con menos necesidades, consumen la mayor parte de la asistencia médica, mientras que las que cuentan con menos ingreso y mayores problemas de salud consumen menos (OPS, 2012).

El gasto directo de bolsillo presenta resultados negativos en toda América Latina y de forma paralela en la Región Andina, representa un tercio del gasto total en salud. En Colombia y Venezuela se encuentran mejores resultados que el promedio de la Región, seguramente fruto de las reformas de salud que estos países han implementado en años recientes.

Por último, el indicador de mortalidad materna presenta peores resultados en la Región, con altas tasas en países como Bolivia y Ecuador, siendo un problema asociado tanto a la falta de

atención médica en los embarazos y partos como al déficit de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, como se verá más adelante.

Cuadro 16. Estimaciones de cobertura administrativo legal y de acceso a servicios de salud, ponderadas por población total, aproximadamente a 2011 para América Latina y la Región Andina. Últimos años disponibles para los países (2009 – 2010)²⁰.

	ALC	Región Andina	Bolivia	Colombia	Ecuador	Perú	Venezuela
1. Déficit estimado de cobertura.	18,3	25,8	57,3	12,3	77,2	35,6	0
2. Brecha en la cobertura por insuficiencia de personal del sector salud.	18,0	41,2	34,1	47,9	19,3	47,3	38,3
3. Déficit financiero (%) / Gasto (excepto gasto directo).	9,2	14,2	63,3	0,0	29,8	25,5	0,1
4. Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud	35,6	35,2	25,8	17,0	49,4	38,3	57,0
5. Mortalidad materna (por cada 10,000 nacidos vivos)	7,5	9,6	19,0	9,2	11,0	6,7	9,2

Fuentes: OIT (2014) La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Oficina Regional ALC.

OIT (2014) World Social Protection Report 2014/15. Ginebra.

No obstante estas deficiencias, desde hace una década se han producido en la región una serie de modificaciones legislativas que han propiciado el aumento de la cobertura legal (véase cuadro 17), integrando el derecho a la salud como mandato constitucional en Bolivia (2009), Venezuela (2006) y Ecuador (2008) y la responsabilidad del Estado de garantizar el acceso a la asistencia.

Cuadro 17. Sistemas de salud en la Región Andina según sector de oferta (En porcentaje). Alrededor de 2010.

Países	Cobertura según sector				Sin cobertura
	Público	Seguridad Social	Privado	Otros	
Bolivia ¹	14/15%	28,4%	12,0%	---	44,6%
Colombia ²	51,4 (Subsidiado)	39,4	---	4,9	4,3%
Ecuador	51%	20,0 ⁴	3,0	4%	22%
Perú ³	38% SIS	33% EsSALUD	1%	2%	27%
Venezuela	68	17,5	---	11,7	2,8%

Fuente. Salud en las Américas, 2012. OPS.

Notas. 1/ Si bien no se disponen de datos oficiales, la cobertura del sector público en Bolivia podría haber ascendido en 2014 al 30%. 2/Ambos regímenes operan con aseguradores del sector privado y público que se comprometen a garantizar el POS a cambio de recibir una prima. /3 Datos para 2014. Fuente: Consejo Nacional de Salud Perú (2013): *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. MINSA. Lima. 4/ Incluye el Seguro Campesino.

²⁰ Si bien los indicadores presentados son los últimos sistematizados por la OIT en el Informe Mundial sobre Protección Social en el Mundo 2014/15, algunos países de la región han iniciado o consolidado en la última década programas de salud tendentes a la cobertura universal que han mejorado mucho estos indicadores a partir de 2012, como se verá más adelante.

Este marco constitucional se traduce en un marco legal que establece la responsabilidad pública en la provisión de servicios de salud y la coordinación, implementación y financiación de tales servicios de salud. Así, Bolivia emitió la *Ley Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Bólvarez"* (2010) para regular el régimen de autonomías y las bases de la organización territorial del Estado. Corresponde al nivel central la rectoría del sistema único de salud en todo el territorio nacional y la implementación del seguro universal de salud. Existen competencias concurrentes en salud entre los gobiernos departamentales y municipales autónomos en cuanto a la implementación, gestión y cofinanciamiento del sistema y con los gobiernos indígena-originario-campesino autónomos en términos de la participación. Este fortalecimiento de la responsabilidad pública también se ha dado en Ecuador, donde la *Ley Orgánica de Salud* (2006) reconoce al Ministerio de Salud Pública como autoridad sanitaria nacional, al que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud y la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de la ley y las normas que se dicten para su plena vigencia.

Las leyes también han supuesto la ampliación de la cobertura con paquetes básicos de salud. La *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud* Ley No. 29.344 (2009) del Perú, establece el seguro público de salud financiado con fondos públicos para proporcionar cobertura a las personas de bajos ingresos y define las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento (PEA). El Seguro Integral de Salud (SIS) –que brinda aseguramiento público subsidiado– tiene como meta avanzar hacia la cobertura universal, priorizando a las poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema. En el quinquenio 2005–2010 se registraron aumentos importantes en el acceso al SIS tanto de la población en situación de pobreza (43 puntos porcentuales) como de la que no se encuentra en tal situación (20 puntos porcentuales), consiguiéndose así un avance significativo de la población cubierta (OPS 2012). Aún el progreso, la población no cubierta en salud sigue siendo alta, un 27% en el año 2012, de la cual un 6% es población en situación de pobreza. Entre la población excluida que no está en situación de pobreza destaca la población escolar, madres gestantes y menores de 5 años (6%) y entre la PEA, las trabajadoras y los trabajadores de micro empresas e independiente (6% y 4% respectivamente) (Consejo Nacional de Salud Perú, 2013).

Colombia promulgó la *Ley No. 1.122(2007) que revisa el Sistema General de Seguridad Social en Salud* en aspectos de dirección, universalización, financiamiento, equilibrio entre actores, racionalización y mejoramiento de la prestación de servicios de salud; creó asimismo la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para definir y modificarlos Planes Obligatorios de Salud (POS) garantizados por las entidades promotoras de salud (EPS) a la población afiliada y en enero de 2011 se publicó oficialmente la *Ley No. 1.438 para la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, dirigida a unificar el plan de beneficios, la universalidad del aseguramiento, la portabilidad de las prestaciones y la sostenibilidad financiera. La cobertura de aseguramiento llega en la actualidad al 92% de la población. El financiamiento en ambos casos proviene tanto de impuestos generales como de aportes a la nómina (Giedion et al. 2014).

En Bolivia la *Ley N° 475 de 2013 de Prestaciones de Salud Integral*, que armoniza los anteriores Seguro Universal Materno Infantil de 2002 y Seguro de Salud para el Adulto Mayor de 2006, da cobertura a todas las personas habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales: mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; niñas y niños menores de cinco años de edad; mujeres y hombres a partir de los sesenta años; mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva y

personas con discapacidad que se encuentren calificadas como tales. El Sistema de Atención Integral de Salud es financiado con fondos municipales, estatales, del impuesto a hidrocarburos y el Fondo Compensatorio Nacional de Salud. Este programa de aseguramiento no contributivo se complementa con otros programas de salud, como el proyecto “*Mi Salud*”, que se desarrolla en 278 municipios del país e incorpora como prioridades la atención al parto y a menores de cinco años, y el “*Programa de Salud Familiar Comunitaria Intercultural*” (SAFCI) que ofrece entre otros servicios, formación a profesionales de la medicina en las comunidades, equipos móviles que acceden a zonas donde el personal de los establecimientos de salud no llega –visita a domicilio–, facilitan la afiliación a los seguros públicos, vigilancia epidemiológica, etc. El gobierno colombiano ha establecido 2017 como el año para alcanzar la cobertura universal de salud.

Se está produciendo un avance positivo hacia la cobertura universal en salud, tal como se desprende tanto de los avances legislativos como de la ampliación de la cobertura, aunque los retos del acceso real persisten. No obstante, no se puede hacer una valoración de en qué medida está siendo equitativa desde el punto de vista del género, puesto que no se disponen de datos segregados por sexo, excepto para Perú, tal como se refleja en el perfil de ese país, donde las mujeres acceden sensiblemente más por la vía subsidiada que por la contributiva.

Lo que sí se observa es que, en general, los paquetes básicos de salud integran la atención al embarazo, al parto y a los menores de 3 ó 5 años, lo que ha facilitado la disminución de la mortalidad materna e infantil en todos los países de la Región, aunque en algunos continúa siendo más elevada que el promedio de América Latina y el Caribe, y ha aumentado considerablemente el acceso de las mujeres de los quintiles más bajos a la asistencia calificada durante el parto y la atención prenatal -al menos cuatro visitas de atención prenatal calificadas- con un estrechamiento acusado de la diferencia entre el 20% de las mujeres más pobres y el 20% de las más ricas en estas dos últimas décadas (Atun R et al. 2014). La mortalidad materna es un problema de salud pública y un reflejo del estado de salud de las mujeres en edad reproductiva.

Cuadro 18. Evolución de la mortalidad materna e infantil²¹. Número de muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos.

País / Años	Mortalidad materna		Mortalidad infantil	
	1990	2015	1990	2014
Bolivia	425	206	85,6	31,7
Colombia	118	64	28,9	14,1
Ecuador	185	64	44,2	19,0
Perú	251	68	56,3	13,6
Venezuela	94	95	24,7	13,2
América Latina y el Caribe	135	67	42,7	15,5

Fuente: CEPALSTAT. Consulta integrada. Últimos datos disponibles.

²¹ Datos de los últimos años disponibles. Como se puede observar comparando estos datos con los ofrecidos en el cuadro 16 para 2009-2000, la tendencia continúa siendo de descenso de las tasas de mortalidad materna.

Pero estos avances no se acompañan de los necesarios **avances en salud sexual y reproductiva**. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, y se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con ésta, e incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (OIT, 2014c). Se trata de derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. De especial relevancia en la región es el embarazo en adolescentes, que constituye un indicador de la vulnerabilidad de las jóvenes que pierden oportunidades educativas, sacrifican su futuro laboral, y tienen más probabilidades de reproducir y caer en la pobreza. En los 5 países andinos sobre los se dispone de datos, el porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 19 años que son madres oscila entre el 11,5% en Perú y el 17% en Ecuador (Observatorio de Igualdad de Género de ALC en línea, 2013). De acuerdo a esta misma fuente, los porcentajes de mujeres entre 14 y 49 años que no pueden planificar sus embarazos, otro indicador importante de género, gira alrededor del 8% en tres países: Ecuador 7,4%, Colombia 8% y Perú el 9%. Venezuela y Bolivia presentan indicadores mucho más alto: 18,9% y 20,1% respectivamente.

En la Región Andina algunos programas gratuitos de servicios de salud reproductiva, materna e infantil, apoyados por organismos internacionales, como la Oficina Regional para América Latina del Fondo de Naciones Unidas para la Población –UNFPA– (LACRO), han contribuido a los avances en la materia, por ejemplo, la promulgación de la *Ley de Maternidad Segura* y la *Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar* (ENIPLA) en Ecuador; el *Plan de Prevención del Embarazo Adolescente*, del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) en Colombia en 2012; el *Seguro Universal de Salud*, en Bolivia. Y también a través de transferencias monetarias condicionadas, como el Bono Juana Azurduy de Padilla en Bolivia.

No obstante la Región continúa teniendo retos, por un lado en relación a las poblaciones indígenas que presentan indicadores peores que el conjunto de la población. En Perú, por ejemplo, y según datos del Ministerio de Salud, hay mayor incidencia de pobreza y de pobreza extrema, mayores niveles de mortalidad que el resto de la población en todos los grupos de

La **salud sexual y reproductiva** es un indicador clave de la autonomía física de las mujeres, y por tanto para la equidad de género.

Así está recogido como parte de los indicadores que la **Comisión Económica para América Latina** establece para identificar la situación de las mujeres en la región, y está integrada por cuatro indicadores:

- **Muerte de mujeres ocasionada por su pareja o ex-pareja íntima:** número absoluto y tasa por cada 100.000 mujeres de 15 años y más víctimas mortales de su pareja o ex pareja íntima
- **Maternidad en adolescentes:** porcentaje de mujeres adolescentes de 15-19 años de edad que son madres
- **Demanda insatisfecha de planificación familiar:** porcentaje de mujeres unidas que no desean tener más hijos o que postergarían el siguiente nacimiento de un hijo, pero que no están usando un método de planificación familiar
- **Mortalidad materna:** muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos

edad, indicadores más elevados de embarazo y suicidio en adolescentes, y una desnutrición crónica tres veces superior al promedio. Por ello, en la XXXV Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina de octubre de 2015 se acordó una resolución sobre salud materna que incluye la realización de un Plan Andino de Salud Materna con enfoque intercultural. Por otro lado en la implicación de los hombres en la salud reproductiva y en la planificación familiar.

4.2.3. Condicionantes de la salud y políticas públicas.

La salud está condicionada principalmente por tres elementos: las características biológicas, los determinantes socioeconómicos y el acceso a los servicios de salud, ya analizados en el punto anterior. Para una adecuada protección de la salud interactúan, pues, tanto las cuestiones macro económicas y sociales, como el conjunto de políticas públicas que garantizan niveles adecuados de calidad de vida y, de forma particular, las políticas de salud.

Varios son los **determinantes socioeconómicos** asociados a la desigualdad en materia de salud de la población en la Región. Entre los más relevantes destacan el ingreso económico, empleo, pobreza, educación, condiciones de vivienda, agua y saneamiento básico, ruralidad y algunas condiciones étnicas, culturales y de migración que en general se concentran en grupos de población con privación de condiciones de vida, vulnerables y excluidos, con menos oportunidad de acceso a los servicios de salud (OPS, 2012). Entre estos condicionantes hay algunos elementos transversales de género que acentúan las desigualdades: las brechas salariales entre hombres y mujeres; carecer de ingresos propios, la alta proporción de hogares en los cuales las mujeres se dedican exclusivamente a labores domésticas no remuneradas y las diferencias en el acceso a los servicios básicos.

Además hay **diferentes perfiles de salud en hombres y en mujeres**, *los cuales se combinan con las desigualdades socioeconómicas*. Difieren las causas principales de muerte, debidas a causas externas como accidentes entre los hombres y a la mortalidad materna, los cánceres de mama y útero, la violencia de género y la explotación sexual, entre las mujeres. Así, las muertes de mujeres ocasionadas por su pareja o expareja, como indicador de violencia de género que afecta a un gran número de mujeres, arroja que en los países de la región para los que se dispone de datos, fueron asesinadas entre 83 y 88 mujeres al año (Observatorio de Igualdad de Género de ALC, 2013). La *interacción entre pobreza y género* incide fuertemente en aumentar el riesgo de las enfermedades transmisibles: la salud de hombres y mujeres pobres es peor que la de los hombres y mujeres que no lo son, pero la carga de la presencia de enfermedades en las familias recae sobre las mujeres pobres antes que sobre los hombres pobres.

Si bien se reconocen los avances en materia de políticas públicas, y adopción de marcos legales de cara a los compromisos internacionales, los sistemas de salud de la región, siguen siendo altamente fragmentados y excluyentes. Además, quienes tienen acceso a los sistemas de salud, no necesariamente lo tienen a servicios adecuados a sus necesidades. Entre las deficiencias que afectan de forma directa a las mujeres podemos destacar tres: la salud sexual y reproductiva, ya abordada en el punto anterior, la atención al embarazo y la maternidad.

4.2.4. La protección durante el embarazo y la maternidad.

Todos los países de la región han ratificado la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). La CEDAW establece en su artículo 12 que los Estados Partes garantizarán a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando

fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. En la región ha habido un avance pronunciado, salvo en Bolivia y en Perú donde un 36,5% y un 9% de embarazos, respectivamente, no son atendidos por personal sanitario, en el resto de países casi el total de partos sí lo son. La atención durante el embarazo por personal capacitado también está cubierta para casi el 100% de las mujeres embarazadas, excepto en Bolivia, donde un 15% no recibe atención (PAHO, Estadísticas en línea).

En materia de *protección a la maternidad*, el déficit de cobertura es muy elevado, incluso en el marco restrictivo de la aplicación de los Convenios Núm. 103 y 183 de protección de la maternidad, tanto en las categorías de trabajadoras protegidas como en la brecha entre la cobertura legal y la cobertura real. Si las mujeres con trabajo remunerado formal están desprotegidas, más lo están las que realizan trabajo informal. Así, mientras la cobertura legal de la licencia en la región está en torno a la mitad de la población femenina empleada [33-65]% - excepto en Bolivia que presenta un rango inferior, [10-32]%, la cobertura legal de la prestación económica es mucho mayor al incorporar las contribuciones voluntarias (para trabajadoras independientes en Bolivia, Perú y Ecuador). Pero la realidad es que, aunque potencialmente entre el 66 y el 100% de las mujeres empleadas podrían beneficiarse de ellas, las mujeres que llegan a percibir la prestaciones económicas durante el embarazo apenas alcanzan el 10% en Ecuador, entre el [10-32]% en Bolivia y entre el [33-65]% en Colombia (Addati et als. 2014), lo que indica que ni los sistemas de seguridad social están preparados para dar respuesta a las situaciones irregulares ni la voluntariedad contributiva en el trabajo independiente promueve mayores tasas de cobertura si no se acompañan de otras medidas, como los regímenes subsidiados.

En el ámbito del trabajo remunerado, el primer derecho que deben tener las mujeres embarazadas es a acceder o a mantener su empleo. Deben revisarse ciertas prácticas de solicitar pruebas de embarazo a las mujeres tanto antes de contratarlas como durante la contratación.

La protección adecuada de la salud es otro derecho que no acaba de estar garantizado para las mujeres embarazadas o lactantes en el trabajo productivo o remunerado. Es necesario identificar los peligros que para éstas entrañan o pueden entrañar los puestos de trabajo que ocupan y disponer de alternativas, como indica la Recomendación 191 de protección de la maternidad, para que pongan en riesgo su salud. En la Región encontramos tres situaciones distintas al respecto: en Ecuador y Bolivia todas las mujeres tienen prohibido realizar trabajos peligrosos o insalubres, lo que garantiza la protección de las mujeres embarazadas o lactantes, pero al mismo tiempo expulsa a las demás de determinadas ocupaciones; Venezuela mantiene esa prohibición sólo para las mujeres embarazadas o lactantes; en Perú la legislación lo limita a que no pueden ser obligadas a desempeñarse en tales puestos de trabajo y en Colombia no hay ningún tipo de protección (Addati et als. 2014). El informe sobre *Maternidad y paternidad en el mundo de la OIT*, aporta además que en ninguno de los cinco países de la Región está prevista la necesidad de días para asistir a control médico, ni tan siquiera no remunerados.

Además de contar con controles médicos adecuados, contar con una licencia pre y post parto permite a las mujeres la recuperación y disminuye los riesgos de complicaciones durante el puerperio. El disfrute pleno de esta licencia por maternidad está ligado estrechamente al derecho a recibir prestaciones monetarias durante el periodo durante el cual se interrumpe el trabajo remunerado. Si este derecho no se garantiza, la reducción de los ingresos y el aumento de los gastos derivados del nacimiento obligarán a las mujeres a reincorporarse al trabajo, afectándose la recuperación y por tanto la salud de las mujeres.

Según el Convenio Núm. 183 de la OIT, la licencia por maternidad debe ser de al menos 14 semanas (art. 4), siendo deseable que el periodo de licencia se amplíe hasta al menos 18 semanas (recomendación 191). De este periodo, al menos 6 semanas deben disfrutarse de manera obligatoria después del parto (art. 4). A pesar de que los países la región no han ratificado el Convenio Núm.183, excepto Perú que aprobó su ratificación en marzo del 2015 mediante la Resolución Legislativa 30312 y está pendiente de entrar en vigor, que establece los mínimos de licencia requeridos, todos los países reconocen la licencia por maternidad a las trabajadoras (ver Cuadro 15). Los periodos de licencia oscilan entre las 12 semanas en Ecuador y las 26 semanas en Venezuela, que es un caso excepcional en la Región. El que la licencia post parto sea inferior al periodo de 6 meses establecido por la OMS como ideal para la lactancia materna exclusiva, dificulta que las mujeres puedan continuar con la lactancia una vez incorporadas al trabajo.

Salvo en Bolivia que es del 95%, el pago de prestaciones monetarias corresponde al 100% del salario.

Cuadro 19. Protección a la maternidad en la Región Andina. Ratificación convenios 3, 103 y 183 OIT.

País	Duración Licencia	Prestaciones durante la licencia	Fuente de la prestación	Financiación	Protección de despido	Lactancia	Convenio OIT ratificado
Bolivia	90 días (13 semanas)	95% de los ingresos	Seguridad Social	Empleador. Personas auto empleadas (independientes)	Embarazo y 1 año del nacimiento.	Descansos de al menos 1 hora durante la lactancia.	C 103
Colombia	14 semanas	100% de los ingresos	Seguridad Social	Empleador, trabajadoras/es, gobierno. Personas auto empleadas (independientes)	Embarazo y 3 meses desde el nacimiento	2 descansos de 30 minutos, 6 meses desde nacimiento	C 3
Ecuador	12 semanas	100% de los ingresos	75% Seguridad Social y 25% empleador	Empleador y gobierno. Personas auto empleadas (independientes)	N/l	N/l	C 103
Perú	90 días (13 semanas)	100% de los ingresos	Seguridad Social y Servicios de Salud Privados	Empleador. Personas auto empleadas (independientes)	Embarazo y lactancia	2 descansos de 30 minutos	C 183 ratificado, pendiente de entrar en vigor.
Venezuela	26 semanas	100% de los ingresos	Seguridad Social	Empleadores / trabajadoras y trabajadores / gobierno	Embarazo y 1 año del nacimiento	2 descansos de 30 minutos durante 9 meses	C 3

Fuente: OIT (2014) World Social Protection Report 2014/15. OIT, Ginebra, 2014.

La señalada brecha en el aseguramiento directo y la alta informalidad del trabajo de las mujeres incide directamente en la posibilidad de acceder a este derecho. Entre las disposiciones del Convenio Núm. 183 destaca el ámbito de aplicación, ya que éste se amplía con respecto a

disposiciones recogidas en normas previas y contempla dar cobertura a todas las mujeres empleadas, independientemente de su ocupación o del tipo de establecimiento, incluyendo a aquellas que desempeñan formas atípicas de trabajo dependiente (C 183, art. 2). Dado que en la mayoría de los países de la región, excepto en Bolivia, solo las mujeres aseguradas directas cuentan con licencias por maternidad, son por ahora una minoría quienes cuentan con dichas licencias.

El Convenio Núm. 183 establece que las disposiciones sobre la protección a la maternidad deben cubrir a todas las mujeres empleadas, mientras que en los países de la región son sólo las aseguradas directas. Asimismo, cabe destacar que a pesar de las disposiciones legales existentes para la protección de la maternidad, su cumplimiento no es aún efectivo.

Hay también barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con la calidad de los servicios y con los roles de género y aspectos culturales (OPS, 2004). En relación a los primeros, que dependen de la prestación de los servicios, destacan:

- Servicio de salud no organizado en función a las necesidades de las personas que los usan (horarios, señalización, idioma, lugar para vestirse-desvestirse, elección de profesional, información y consejería).
- No analiza información desagregada por sexo, por lo cual no identifica necesidades de grupos particulares.
- Débil o nula promoción y planificación con participación de grupos organizados de la comunidad y representantes de grupos de mujeres.
- Las políticas nacionales se aplican casi exclusivamente referidas al rol reproductivo de las mujeres.
- Maltrato, trato displicente y hasta discriminatorio del equipo de salud hacia la mujer, especialmente a la mujer campesina/indígena.

En relación a los segundos, derivados de los roles de género y los aspectos culturales, se pueden mencionar:

- Muchas mujeres tienen una autovaloración baja, evitan hablar, no buscan información, no participan (producto de su rol subordinado en la sociedad).
- Muchas mujeres sienten vergüenza por desvestirse y someterse a exámenes en el servicio de salud.
- Muchas mujeres van al servicio sólo por sus hijos, consideran que pierden mucho tiempo cuando van por ellas. Relegan su salud a un segundo plano.
- Muchas mujeres creen que deben ser tolerantes y pacientes ante el maltrato o trato discriminatorio del personal de salud.
- Muchas mujeres creen que deben tener hijos/as, sin planificación familiar por razones culturales.
- Muchas mujeres dependen de la decisión de otros (esposo/suegra) para adoptar alguna acción en relación a su propia salud.

4.3. Políticas públicas, servicios esenciales y garantías básicas.

Además de políticas públicas como la seguridad social, otras como las de educación, saneamiento, o programas específicos vinculados al cuidado o a transferencias económicas condicionadas, contribuyen a la promoción de *capacidades*, entendidas como el conjunto de opciones entre las cuales las personas pueden elegir para incrementar las alternativas de vida, de forma que faciliten su desarrollo humano (PNUD, 2010). Las capacidades deben entenderse

conjuntamente con el acceso a los bienes y servicios y las posibilidades de transformar tales bienes y servicios en aquello que las personas efectivamente logran ser o hacer, es decir, se valoran en términos de resultados. Así como las políticas de protección social han estado históricamente asociadas al mérito, concretamente al aporte, estas han estado formalmente asociadas a la ciudadanía. Sin embargo, en términos prácticos, siendo normalmente universales en la región, estas políticas han tendido a estar, en los hechos, focalizadas en la población pobre.

Las políticas públicas deben estar en coordinación y constituyendo redes para que el piso de protección social garantice efectividad en facilitar el acceso de la población en situaciones de mayor exclusión social a los servicios esenciales. En tanto proveen ingredientes que deben articularse bajo el piso de protección social y aunque sin pretender ser exhaustivo, a continuación se presenta un breve análisis de las principales políticas, vinculadas a la iniciativa del piso de protección social, y del acceso relativo de las mujeres a los respectivos servicios.

4.3.1. Educación

La educación es condición necesaria (aunque no suficiente) para una adecuada inserción laboral. En toda la Región se ha avanzado en las tasas de alfabetización: en 2009 era superior al 90%, excepto en Perú y Ecuador (89,6% y 84,2%). Las brechas entre mujeres y hombres se han reducido notablemente. Las mujeres han invertido esfuerzo personal en capacitarse y prepararse para el mercado laboral. Así, en general las mujeres de la región tienen más años de formación que los hombres. En 2013 en tres países de la Región -Colombia, Ecuador y Venezuela- las mujeres en edad activa tenían un promedio de años de estudio superior los hombres (9,7; 9,9 y 11,2 frente a 8,5; 9,3 y 9,4 respectivamente). En Perú y Bolivia es superior el promedio en los hombres, pero en ningún caso se distancian más de un punto (CEPALSTAT).

Aun así, los años de educación formal no les han reportado a las mujeres mejores condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral, que les sigue discriminando, ni de remuneración, registrándose en algunos casos las mayores brechas entre la población con más años de estudio, lo que evidencia que son otro tipo de factores los que obstaculizan la inserción laboral.

En varios foros mundiales y regionales²² la población juvenil defiende que la educación es un ámbito que consideran fundamental para su desarrollo. Por ello, recomiendan a los Estados de la Región que garanticen el derecho a una educación accesible, gratuita y de calidad. Se valora el papel central que la educación desempeña para mejorar las formas de incorporarse al mercado del trabajo y salir del umbral de la pobreza. No obstante, se sugiere que debe vincularse a modelos de desarrollo que promuevan un trabajo decente. Asimismo, se propone fortalecer las áreas de formación técnica en todos los niveles y otras vías de capacitación no formales en línea con las necesidades locales. Este incremento del alcance y calidad de la educación requiere un incremento del PIB destinado a educación. El aumento producido en gasto por estudiante entre 1990 y 2008 en los países de la región, más acusado en Venezuela, Colombia y Perú (véase cuadro 22), debe proponerse metas más altas.

²²Entre ellos: Llamado Mundial de la Juventud, en línea <http://www.un.org/en/ecosoc/youth2014/pdf/summary.pdf>; Encuesta Mi Mundo 2015, plataforma en línea Crowdsourcing; Pronunciamento de mujeres jóvenes de América Latina y el Caribe (Ciudad de Panamá, 23 a 25 de noviembre de 2012) (ONU Mujeres, 2012)

Cuadro 20. Aumento del gasto público por estudiante (primaria y secundaria) (en dólares de 2000).

País / Años	1990	2008
Bolivia	119	193
Colombia	196	645
Ecuador	92	171
Perú	57	339
Venezuela	247	694

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO (UIS) y CEPAL/Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura (OEI), “Metas Educativas 2021: estudio de costos”, Documentos de proyecto, N° 327 (LC/W.327), Santiago de Chile.

En cuanto a la educación, en general las mujeres han logrado revertir las fuertes brechas de décadas anteriores. En 2013 la relación entre niñas y niños en la etapa secundaria es superior para las niñas en todos los países excepto en Perú, donde se acerca a la paridad -0,978-, y la deserción escolar femenina es inferior a la masculina en la región excepto en Bolivia y Perú. No obstante la proporción de mujeres jóvenes, entre 15 y 29 años que no estudia ni tienen empleo remunerado duplica a la de hombres jóvenes en toda la región, siendo su principal actividad el trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (CEPAL, 2014). Esta circunstancia, que concuerda con las tendencias de abandono temprano de estudios de adolescentes, es una de las razones principales para que las mujeres tengan que renunciar a seguir sus procesos formativos, lo que tiene un costo importante en cuanto a oportunidades de bienestar en el futuro (Rico y Trucco, 2014 citado en CEPAL, 2014).

Por otra parte, en los últimos años los gobiernos han comenzado a darle importancia a la educación inicial (de 0 a 3 años) y preescolar (de 3 a 6 años) como condición para la atención integral de la infancia y por su impacto positivo en las trayectorias de vida y laborales posteriores. En los países de esta región la cobertura es dispar, mucho mayor en preescolar –en torno al 40% en Colombia y Bolivia y superior al 70% en Perú, Venezuela y Ecuador, en 2012 (UNESCO, 2014), que en educación inicial, de la que apenas se disponen datos segregados. La población infantil que menor acceso tiene a esta educación es la de familias con menores ingresos, quienes viven en zonas rurales y las poblaciones indígenas (UNESCO, 2014). Cuando la niñez no es atendida desde recursos sociales comunitarios (ya sean públicos o privados), la atención debe prestarse desde las familias y, al igual que para el resto de cuidados y mantenimiento de las familias, depende fundamentalmente del trabajo no remunerado de las mujeres.

4.3.2. Agua y saneamiento.

El acceso al agua y al saneamiento es indispensable para el bienestar de las personas pero en particular lo es para reducir las cargas de trabajo no remunerado de las mujeres. Son ellas quienes administran estas carencias en los hogares y las que invierten más tiempo y esfuerzo, por ejemplo, acarreando agua (UNESCO, 2009). En la región, entre el 9% y el 14% de la población carece de agua corriente en su vivienda y entre el 6% y el 51% carece de saneamiento, según países (véase cuadro 16). Ambos servicios se reducen en las zonas rurales

considerablemente, en Perú el 32% de la población carece de agua y el 50% de saneamiento; en Bolivia el 26% y el 73% respectivamente.

Cuadro 21. Cobertura de agua potable y saneamiento (%), países de la región Andina, según área de residencia, 2013.

Países	Cobertura de fuentes de agua mejoradas, por porcentajes			Cobertura de instalaciones de saneamiento mejoradas, por porcentajes		
	Población nacional	Población urbana	Población rural	Población nacional	Población urbana	Población rural
Bolivia	89	96	74	49	60	27
Colombia	91	97	74	81	85	67
Ecuador	86	93	75	84	87	79
Perú	86	91	67	75	81	50
Venezuela	93	95	78	94	97	70

Fuente: CEPALSTAT.

4.3.3. Cuidados

Como se viene poniendo de relieve en todo el informe, el piso de protección social debe poner especial atención a la expansión de las transferencias y los servicios asociados a los cuidados.

En relación a los programas y servicios de cuidados, la tendencia general en la Región ha sido desarrollar servicios comunales a cargo de mujeres, en inicio de forma voluntaria, que incluso se han venido a llamar “madres comunitarias” en algún país. Posteriormente se ha procedido a formalizar tales empleos, en mayor o menor medida acompañado de capacitación, pero con dificultades en algunos países, donde las mujeres incluso han llegado a interponer demandas laborales. Además, en las diversas modalidades el empleo que se crea es generalmente femenino. Ciertamente es deseable que en el mediano y largo plazo tenga lugar una desegregación del mercado laboral y que los hombres participen en las tareas remuneradas de cuidados. Sin embargo, en el corto plazo el reto más importante es que el empleo creado sea efectivamente trabajo decente.

En relación a la atención a personas cuidado-dependientes que requieren de atención para las actividades esenciales de la vida, principalmente personas adultas mayores y con discapacidad, la carencia de servicios y programas es aún mayor que entre la población infantil. En general, en la región Andina no se reportan innovaciones institucionales destinadas a crear redes de atención como la domiciliaria, las residencias (diurna o integral) u otras formas comunitarias públicas, existiendo centros de atención privados que limitan el acceso a amplios sectores de la población.

4.3.4. Transferencias monetarias condicionadas

Los programas de transferencias monetarias condicionadas –PTC–, han sido uno de los pilares sobre los que se ha producido un mayor avance en la reducción de la pobreza y en la extensión de la protección social.

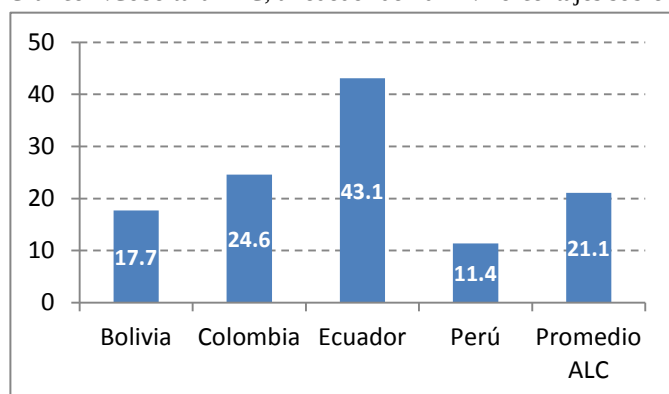
Los programas de transferencias monetarias condicionadas contemplan al menos tres instrumentos: las transferencias monetarias (generalmente a las madres), la condicionalidad (generalmente relacionadas con hijos e hijas) y la contraprestación (generalmente esperada de

las madres). Han dado cobertura a grandes sectores de las poblaciones, si bien con marcadas diferencias en los países de la Región (Gráfico 4). La literatura sobre estos programas es extensa y prolífera, por lo que se ha realizado una selección de autores que han desarrollado su análisis en el marco de agencias del Sistema de Naciones Unidas.

El debate en torno a si estos programas refuerzan o alternan positivamente las relaciones de género ha sido intenso (Villatoro, 2007; Fiszbein y Schady, 2009; Sauma, 2007; Maurizio, 2010; Davis, 2004; Martínez Franzoni y Voorend, 2008; Medialdea y Pazos, 2010) y aunque son pocas las referencias al impacto de género hay coincidencia en que no es del todo positiva.²³ Sin embargo, es preciso profundizar en las distinciones entre los efectos y conveniencia de uno y otros instrumentos. La evidencia parecería señalar que la transferencia monetaria a las mujeres es positiva, al menos, para contar con más ingresos y poder de decisión respecto a su uso, aunque ello no necesariamente conlleva autonomía ó empoderamiento (Martínez Franzoni y Voorend, 2008; Villatoro, 2007; Maurizio, 2010).

En cambio, el que la contraprestación se pida también a las mujeres parecería perder la oportunidad de que la política social incentive cambios en la organización del trabajo de cuidados a lo interno de las familias, aumentando la carga de trabajo femenina orientada al cuidado de los hijos y las hijas (Arriagada et al., 2004; Guzman y Cabrera, 2010) y aumentando las tensiones por el uso del tiempo (Martínez Frazoni y Voorend, 2008). Esto sería importante además para promover cambios entre niñas y niños.

Gráfico 7. Cobertura PTC, alrededor de 2012^{/1}. Porcentajes sobre la población total.



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Base de datos de programas de protección social no contributiva América Latina y el Caribe [en línea] <http://dds.cepal.org/bdptc/>.

/1 Personas que viven en hogares que participan en los programas de transferencias condicionadas.

Las evaluaciones realizadas han mostrado que estos programas tienen efectos positivos en el acceso a la educación (Román, 2010), la disminución del trabajo infantil (Villatoro, 2007; Sauma, 2007) y en el acceso a los servicios de salud (Villatoro, 2007), si bien se señala que los recursos se deben orientar no solo a aumentar la demanda de servicios de salud, sino también a ampliar la oferta. La incidencia de los PTC en salud se puede fortalecer si los países cuentan con una atención de salud universal y de alta calidad (Cecchini S, Veras Soares F, 2015). No se han mostrado tan efectivos en la inserción al trabajo remunerado, puesto que en un primer momento no se incorporaron medidas específicas para ello, al considerar que mayores niveles de educación, salud y nutrición de los niños y las niñas de los hogares destinatarios, permitiría la ruptura generacional con la pobreza (CEPAL/OIT 2014).

²³ También se han revisado autores y documentos que sí han centrado su análisis desde la perspectiva de género, que se han tomado como referencia en el análisis el tipo de familia sobre el que se sustentan la mayoría de programas desarrollados y el impacto específico de género.

Un análisis de cómo las transferencias condicionadas afectan las desigualdades de género en tres países de la Región -Perú, Bolivia y Ecuador- (Ponce et al. 2013) concluye que se identifican una serie de logros prácticos, como menor dependencia de los esposos, mayor movilización en los espacios públicos y aumento en la toma de decisiones en los hogares, pero no incorporan objetivos estratégicos de igualdad que sí están integrados en otras políticas gubernamentales, lo que se traduce en un déficit de información sobre sus derechos y no facilita el empoderamiento. Los programas tienen una débil articulación con el empleo y el fomento productivo, y no incorporan apoyo para el cuidado de los niños y las niñas. Se asientan en supuestos maternalistas y sólo de manera relativamente marginal contemplan o promueven a las mujeres trabajadoras y todavía en menor medida a los hombres cuidadores. De hecho ninguno de los programas examinados promueve una reorganización de papeles en el ámbito doméstico. Si bien promueven una valoración social del quehacer de las mujeres, esto es en tanto madres pero no necesariamente en tanto ciudadanas o trabajadoras. Las transferencias monetarias condicionadas refuerzan los roles de género estereotípicos y no hacen nada para incluir a los hombres en las responsabilidades domésticas y de crianza de los hijos (Rodríguez Enríquez, 2011). Esto puede tener efectos negativos en el largo plazo, como dejar a las mujeres sin habilidades profesionales y sin fuentes de ingresos una vez que los hijos hayan crecido y la familia haya dejado de recibir la transferencia. Otro vacío detectado fue en relación a los servicios de salud, las mujeres expresaban que sufrieron limitaciones al pleno ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Los hallazgos de la investigación realizada por Molyneux y Thomson y otras colaboradoras en el marco del “Partnership Programme Arrangement” (Ponce et al. 2013) indicaron que las mujeres indígenas afro-latinas en particular enfrentan una larga lista de necesidades insatisfechas y una gama de vulnerabilidades que no son abordadas en la ejecución de los programas. Entre éstas se encuentran el empleo y las oportunidades de generación de ingresos, la violencia de género, los riesgos reproductivos relacionados con la salud, la falta de educación, la carencia de voz propia y el trato racista y discriminatorio por parte de los proveedores de servicios, particularmente en el sector de la salud, donde tienen ahora una mayor injerencia como parte del cumplimiento de sus corresponsabilidades.

Lograr que los PTC potencien la inserción laboral y el crecimiento económico requieren de políticas de empleo en las que integrarse, y de un seguimiento a largo plazo a la población beneficiaria y de sistemas de cuidado para personas dependientes en los hogares, ya que la ausencia de apoyos públicos a las familias para el cuidado de niñas y niños, adultos mayores y personas con discapacidad está incidiendo negativamente en la participación laboral de las mujeres que viven en condición de pobreza (CEPAL/OIT 2014). Requiere también que se enmarquen en procesos de desarrollo integrando el enfoque GED –Género en el Desarrollo–, que superan la anterior visión del papel subsidiario de las mujeres, con refuerzo a los roles de género del enfoque MED –Mujeres en Desarrollo– (De la Cruz, 1999), y plantea la transversalidad de género en todo el proceso, desde su propia concepción, tal como se refleja en el siguiente cuadro:

Cuadro 22: Principales aspectos de los enfoques MED y GED.

	MUJERES EN EL DESARROLLO	GÉNERO EN EL DESARROLLO
ENFOQUE	Mujeres con centro del problema.	Desarrollo de mujeres y hombres.
TEMA CENTRAL	Mujeres (y niñas).	Relaciones entre hombres y mujeres.
PROBLEMA	La exclusión de las mujeres del proceso de desarrollo (siendo la mitad de los recursos humanos productivos).	Relaciones desiguales de poder (riqueza y pobreza, hombres y mujeres) que frenan un desarrollo igualitario y la plena participación de las mujeres.

OBJETIVO	Desarrollo más eficiente.	Desarrollo sostenible e igualitario con toma de decisiones compartidas entre mujeres y hombres.
SOLUCIÓN	Integración de las mujeres en el proceso de desarrollo existente.	"Empoderamiento" de las mujeres y personas desfavorecidas. Transformación de relaciones desiguales.
ESTRATEGIAS	- Proyectos de mujeres. - Componente de mujeres. - Proyectos integrados. - Aumentar la productividad de las mujeres. - Aumentar los ingresos de las mujeres. - Aumentar las habilidades de las mujeres para cuidar el hogar.	- Identificar y señalar las necesidades prácticas de mujeres y hombres para mejorar sus condiciones de vida. - Al mismo tiempo, identificar y señalar los intereses estratégicos de las mujeres.
PROBLEMAS CONSECUENCIA	Este enfoque ha aumentado a menudo la carga de trabajo de las mujeres sin lograr un mayor poder económico. Las mujeres no han sido consultadas sobre el tipo de desarrollo e integración que buscaban. Se da una "integración" en el mundo de los hombres sin cambio en las relaciones de poder.	Las intervenciones del proyecto se basan en los roles, responsabilidades y poder de las mujeres y los hombres en la sociedad a la que pertenecen y las necesidades resultantes para cambiar su situación. Se puede entender GED como un esfuerzo para mejorar la posición de las mujeres en relación a los hombres de manera que beneficie y transforme la sociedad en su totalidad.

Fuente: Oxfam, 1997, citado en De la Cruz (1999).

4.3.5. Otros servicios.

En relación a las viviendas, es importante y relevante la cobertura de electricidad y la provisión de electrodomésticos que alivian las tareas domésticas. Por otro lado, el transporte público es otro servicio fundamental ya que disponer de una buena red de transporte costeable puede aliviar el peso de los traslados al trabajo, a escuelas o centros de cuidado. Particularmente las ciudades de la región carecen de un servicio de transporte público eficaz lo cual puede dificultar o imposibilitar el acceso a ciertos servicios.

4.3.6. El gasto social, como inversión, en tanto indicador del peso estatal en el régimen de bienestar.

En el marco de la política social estatal, la inversión social es un buen indicador de la contribución del Estado a la generación de bienestar de la sociedad. Cuando la inversión social es insuficiente, otras prácticas de asignación de recursos deben hacerle frente a las "fallas" que se generan y se presenta una mayor delegación en el mercado y las familias (Esping-Andersen, 1990). Por ejemplo, si los gobiernos carecen de servicios de cuidado infantil o de una adecuada atención a la población adulta mayor serán madres, abuelas e hijas quienes hagan frente a los cuidados. El Cuadro 5 presenta los datos relativos a gasto social para la Región Andina.

Destinando 1.356 dólares por persona al año, Venezuela es el país que más recursos asigna al gasto social, seguido por Colombia con 554 dólares. En el resto de países el monto destinado es muy inferior y oscila entre 144 y 375 dólares por persona por año en Bolivia y Perú, respectivamente. Ecuador se sitúa en término medio.

Cuadro 23. Gasto social por país 2013¹

Países	Gasto público social
--------	----------------------

	Por persona ²	Como % del PIB			
		Total	Educación	Salud	Seguridad Social, trabajo y asistencia social
Bolivia	144	11,5	5,2	1,3	4,6
Colombia	554	13,0	3,0	1,9	7,4
Ecuador	296	8,2	4,7	1,8	1,4
Perú	375	9,4	2,8	2,4	2,9
Venezuela³	1356	21,2	6,0	4,5	9,2

Fuente: CEPAL. División de Desarrollo social (2015).
<http://dds.cepal.org/gasto/indicadores/>

1/ La suma de la inversión social en educación, salud y seguridad no necesariamente representa el total del gasto social, ya que este puede estar también destinado a otros rubros no incluidos en este cuadro.

2/ En dólares del 2005.

3/ Año 2012.

Si bien es cierto que se puede tener una alta inversión social con alta exclusión de población y por lo tanto poca cobertura, en términos generales, existe una relación directa entre gasto social y cobertura. Por ejemplo, en el país con menor gasto social la cobertura en salud para el conjunto de la población es más limitada: 55,4% en Bolivia en 2011. A medida que aumenta el gasto social aumenta la población cubierta en salud, llegando casi al 100% en Venezuela y Colombia (OPS, 2012). Por otra parte, cuando la inversión social es insuficiente y por consiguiente la cobertura en salud es limitada, los cuidados se proveen regularmente al interior de la familia. Los modelos de bienestar social existentes se sustentan en buena parte en el trabajo de las mujeres, al hacer recaer en las mujeres la provisión de servicios como salud, educación y cuidado, que los Estados no proporcionan en su totalidad.

5. Conclusiones y recomendaciones.

Si bien la seguridad social y la atención a la salud aparecen como derechos constitucionales en los países de la región, con vocación de universalidad, la escasa inversión social en salud, educación y seguridad social conlleva grados importantísimos de desprotección social de hombres y mujeres. La desprotección es mayor entre las mujeres, especialmente cuando la inversión social está asociada a la inserción laboral; mucho menos o inexistente cuanto el acceso es universal. La insuficiente participación de la política social deja paso a altos grados de dependencia del trabajo no remunerado femenino dado que son ellas quienes proveen el grueso de los cuidados de niños y niñas, personas enfermas, con discapacidades o adultas mayores. Un reto principal de la protección social en la región es tener efectos redistributivos progresivos, tanto en términos socioeconómicos (de quienes tienen más a quienes tienen menos recursos), como de género (de los hombres a las mujeres).

La dificultad del acceso de las mujeres al mercado laboral disminuye su acceso a la seguridad social por vía del empleo formal. Ellas tienen menor participación y ocupación y mayor informalidad; interrupciones de las vidas laborales; desigualdad salarial; menores cotizaciones; temporalidad y parcialidad de jornadas. El piso podría contemplar “salidas” contributivas que, aunque menores, reconozcan los aportes realizados, por un lado, y por otro las pensiones no contributivas debieran prestar especial atención a la mayor exclusión de las mujeres de edad avanzada de la seguridad social contributiva.

Para aumentar la protección social por la vía del mercado laboral, es necesario en primer lugar la reducción de la informalidad laboral en la región, para lo que es indispensable contar con entornos que fomenten la existencia de empresas sostenibles, que contribuyan a la reducción de dicha informalidad y creación de trabajo formal. Esto teniendo en cuenta que la informalidad laboral, más allá de repercutir directamente en la carencia de seguridad social, está altamente relacionada con la pobreza y la desigualdad que persisten. Por tanto, es fundamental que se

estudien con cuidado las medidas que mejor convengan a cada país para reducir la informalidad laboral además de involucrar muy cercanamente a las organizaciones sindicales y empresariales en el diseño de pisos de protección social de manera que se eviten que al ponerlos en práctica, se generen efectos negativos como desincentivos al empleo formal y aumento de la informalidad laboral. Por otra parte, es necesario incluir una perspectiva de género a la hora de propiciar un incremento en el trabajo formal con miras a alcanzar una cobertura más amplia de los sistemas de seguridad social y mejorar los niveles de afiliación de las mujeres, lo que hace necesario encarar la feminización del trabajo informal (el que proporciona trabajo cada vez más a las mujeres vulnerables que son jefas de familia) y la feminización de la creciente “economía de los cuidados”. Después de todo, las mujeres han estado excluidas en mayor medida de los sistemas de protección social por su menor presencia en el trabajo remunerado, formal y con derechos; por la estratificación dentro de éste, tanto por la segregación laboral –vertical y horizontal– como por la mayor precariedad –informalidad, temporalidad, parcialidad– y la brecha de ingresos. La asunción por parte de las mujeres, de forma mayoritaria, de las responsabilidades familiares –trabajo no remunerado– dificulta una mayor inserción en el trabajo remunerado y, a un nivel macro, la invisibilización de este trabajo dificulta un mayor despliegue de los servicios y las políticas públicas, y una mayor adecuación a las necesidades de las personas.

La implementación del piso de protección social debería permitir reducir las brechas de género en el mercado laboral y en la protección social a partir de identificar adónde es más urgente contar con transferencias y servicios (como los de salud reproductiva y materno-infantil así como de cuidados de la infancia y de otras personas cuidado-dependientes). En tanto instrumento de planificación y de gestión debería además permitir desarrollar diagnósticos más detallados así como poner en marcha estrategias públicas de corresponsabilidad en relación a la conciliación entre trabajo y familia, con actuaciones desde la propia administración pública que sumen a las empresas y las familias. La actividad laboral remunerada, la protección social y el tiempo de cuidados y de atención a las necesidades de los hogares, son elementos que interactúan y deben tener similar relevancia para las políticas públicas, y de manera particular en los pisos de protección social.

La protección de la maternidad debería hacerse efectiva mediante las disposiciones legales y mecanismos para su cumplimiento. Se requiere además armonizar el contar con garantías mínimas (dimensión horizontal) que puedan compensar la brecha de cobertura a una inmensa mayoría de mujeres, mientras que se construye una protección mayor en línea con el C183 de protección de la maternidad (dimensión vertical).

Un reto creciente es la mayor incorporación de los hombres a las tareas de cuidados desde el nacimiento, de manera que puedan ejercer su derecho a cuidar y atender a quien ha nacido, al hijo o la hija, de modo que el efecto pretendido de no discriminación contra las mujeres se apunte desde la ampliación del derecho a la protección a la maternidad hacia la parentalidad, que englobe las necesidades propias de las mujeres desde un punto de vista biológico, con las necesidades de mujeres y hombres en relación al cuidado y atención de las hijas e hijos. De ahí que los permisos de paternidad deban ampliarse de forma paulatina.

Las políticas públicas en la región se han desarrollado más en base a la necesidad que a la ciudadanía, y esto tiene repercusión en la extensión de la universalidad. El desarrollo de políticas de empleo ha sido residual, en la medida que se ha producido en empleos temporales y de baja productividad, y no se ha acompañado de medidas para equiparar a hombres y mujeres ni de servicios de cuidado que facilitara la inserción. La orientación de las políticas a la creación

y fortalecimientos de servicios básicos de las comunidades, como agua e infraestructuras debe dar un paso a empleos estables, entre los que debe integrarse los vinculados al cuidado y la provisión de servicios para los hogares. Si bien se han disminuido las brechas de género en la educación, esto no se ha traducido en una mayor inserción laboral de las mujeres. La extensión de la salud universal presenta déficits en la cobertura de profesionales y en la accesibilidad de los servicios, no sólo geográfica y económica –los gastos de bolsillo siguen siendo altos- sino también por cultura y roles de género. Los paquetes básicos de salud no alcanzan a equipararse con las prestaciones contributivas, y salvo en lo específicamente relativo a la protección a la maternidad, que presenta exclusión de amplios sectores de mujeres, no distinguen perfiles diferenciales de género y la mortalidad infantil y materna continúa siendo alta en la mayor parte de los países de la región. Las transferencias monetarias condicionadas han contribuido a reducir los índices de pobreza pero han tenido dos limitaciones importantes: el débil desarrollo de los servicios públicos que posibilite el avance a la universalidad y el enfoque inicial generacional que no las dotó de componente laboral para la población adulta.

SEGUNDA PARTE: Inventario de programas y análisis por país.

Sin ánimo de exhaustividad, puesto que los análisis nacionales exceden las posibilidades de este informe, se presentan a continuación aproximaciones a los perfiles de los países de la Región Andina en relación a los programas actuales que pueden ser el punto de partida para articular los pisos de protección social, con el objetivo de promover el debate sobre la propia metodología de análisis, la situación que se vislumbra desde esta limitada aproximación y el consenso sobre cómo fortalecer estos procesos de análisis desde el diálogo social para ampliarlos en cada país y contribuir a la definición de pisos de protección social.

Para cada país se ha elaborado un cuadro que reúne los principales programas y las características relativas a objetivos, cobertura y financiación, sobre el que se desarrolla el análisis pertinente, y entre estos programas, se ha seleccionado uno por país para realizar un análisis más detallado a modo de ejemplo, de forma que se pueda percibir la metodología que se propone.

6. Bolivia

La *Red de Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario* se inscribe en la estrategia *Bolivia Digna* del Plan Nacional de Desarrollo –PND–. Sus objetivos son la erradicación de la pobreza, extrema pobreza y toda forma de exclusión, discriminación, marginación y explotación, así como el ejercicio pleno de los derechos sociales, políticos, culturales y económicos de la población.

No obstante su vocación de ser integral, el sistema de protección social está constituido por una serie de iniciativas aisladas y desvinculadas. En el ámbito de las prestaciones contributivas se cuenta con la Caja Nacional de Salud (Seguro Obligatorio de Corto Plazo) que atiende las personas trabajadoras insertas en el mercado formal del empleo y con el sistema de jubilaciones (Seguro de Largo Plazo). En el área de las prestaciones y servicios no contributivos, los programas se dirigen a grupos poblacionales diversos: el Sistema Único de Salud subsidiado dependiente del Ministerio de Salud, con infraestructuras, programas y servicios diferentes a la red del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo; la Renta Dignidad -transferencia monetaria para las personas adultas mayores- es administrada por la Gestora Pública de Seguridad Social; el Bono Juacinto Pinto es una TMC específica para la escolaridad, administrada por el Ministerio de Educación y el Bono Juana Azurduy que es una TMC dirigida también a madres gestantes y con hijos menores de dos años, administrado por el Ministerio de Salud.

1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.

El principal reto que enfrenta el sistema de salud boliviano es disminuir la exclusión actual de la gran mayoría de la población del sistema de salud. El subsistema de seguridad social, que concentra la mayor parte de los recursos, afilia a un reducido porcentaje de la población, que es el sector español-parlante y perteneciente al quintil más alto de ingresos, mientras que el subsector público ofrece cobertura a 42% de la población, en su mayoría de los pueblos indígenas, y sólo cuenta con 21% de los recursos públicos. Esta inequidad de acceso se ve reflejada en las enormes brechas en los valores de los principales indicadores de salud. De forma específica, esta fragmentación y dificultades de acceso afecta a las mujeres y a las poblaciones indígenas.

Mediante la Resolución Ministerial N° 1028 se establece la relación de prestaciones que se incluyen en el Sistema Único de Salud, que si bien tiene como objetivo la cobertura universal, está acotado a ciertos grupos poblacionales (mujeres embarazadas y en edad fértil, menores hasta 5 años, población mayor y población discapacitada) por lo que deja fuera a la población adulta en edad de trabajar que carece o no tiene ingresos suficientes, donde prevalecen las mujeres.

Las prestaciones básicas incorporan la atención al embarazo, al parto y la lactancia, así como los métodos anticonceptivos: el implante sub-dérmico Jadelle, la anticoncepción de emergencia y el condón femenino, es decir aquellos que sólo emplean las mujeres, excluyendo a los hombres de la responsabilidad de participar de la planificación familiar.

La protección de la salud de las mujeres en relación a la reproducción se ha abordado a través de dos estrategias: el Seguro Universal Materno Infantil, ahora integrado en el Seguro Único de Salud, y el bono Juana Azurduy, que garantiza la atención a la salud en el embarazo, parto y

postparto a todas las mujeres no cubiertas por un seguro de salud a cambio de ciertas corresponsabilidades y que ha posibilitado la disminución de altas tasas de mortalidad materna e infantil. Las corresponsabilidades vinculadas a la mujer son la asistencia a controles prenatales, atención del parto por personal de salud y un control postparto, y se perciben los pagos de forma diferenciada por cada corresponsabilidad cumplida. Algunas críticas que se realizan es que las condiciones del bono pueden actuar como una vulneración a los Derechos Sexuales y Reproductivos, al condicionar la transferencia si se embarazan nuevamente antes de que el hijo o la hija tenga 2 años, o si se someten a un aborto provocado o sufren una pérdida, no permitiéndoles aplicar durante 3 años.

El bono alcanza a una población elegible del 80% (entre mujeres y menores de 2 años) puesto que en 2012 la cobertura en salud en Bolivia era tan solo de un 17,5% en el seguro social obligatorio y del 2,2% en seguros de salud privada, en cambio alrededor de un 66% de las mujeres no participa de él. Entre las principales razones destaca la falta de información, las largas colas y el papeleo, los problemas de documentación, pero hay también un porcentaje importante de mujeres que reporta la falta de médicos o que no se sentían bien tratadas por éstos. Los requerimientos del trabajo de cuidado en los hogares es una de las principales causas de abandono de los controles de salud una vez ingresadas en el programa, junto a la baja calidad de los servicios en zonas urbanas y la lejanía del establecimiento en las zonas rurales (Vidal et al, 2015). La falta de implicación de los hombres y de servicios de cuidado para la infancia, así como la no atención a las prácticas y las diferencias culturales, entre las mujeres de poblaciones indígenas, acentúan estas dificultades.

Evaluaciones de impacto realizadas sobre el Bono Juana Azurduy ponen de manifiesto que a nivel nacional los resultados no detectan un efecto positivo del programa sobre el parto institucional ni sobre el control posparto, sin embargo, al desagregar los resultados por criterio geográfico, se evidencia un impacto positivo en áreas rurales, donde la tasa de cobertura del control posparto en ausencia del programa es 46,5% (Vidal et al. 2015). El Bono Juana Azurduy efectivamente incentivó el uso de algunos servicios prioritarios de salud materna, en particular en las áreas rurales, pero se reportan largos tiempos de espera para recibir atención.

Cuadro 24. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Bolivia.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión/ % PIB
Bono Juacinto Pinto. 2006. Monto del bono en 2013: 28,7 US\$	Ministerio de Educación. Financiación: Nacionalización Hidrocarburos y Tesoro General de la Nación.	Aumentar la matrícula escolar, la permanencia y la finalización de los estudios. Disminuir la transmisión inter-generacional de la pobreza. Aliviar los costos indirectos de la educación pública, tales como el transporte y los útiles escolares	Maternalista. Son las madres quienes de hecho asumen las corresponsabilidades y el compromiso con el programa. aunque se menciona al padre o tutor también, éstos no suelen participar de forma efectiva.	Niñas, niños y adolescentes menores de 18 años cursando hasta 8° de primaria de la educación regular; 3° de Secundaria Comunitaria Productiva y educación juvenil alternativa. Adicionalmente, los alumnos(as) de la Educación Especial sin límite de edad. Cobertura: 1,95 millones de estudiantes (el 18,7% de la	2013: Monto de las transferencias ²⁴ 377,5 millones de Bs. 0,17% PIB. Presupuesto total ²⁵ : 2,0% PIB

²⁴ Fuente: Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Gobierno de Bolivia. http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=38

²⁵ Fuente: CEPAL, 2014b.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión/ % PIB
				población del país)	
Bono Juana Azurduy.2009. Incluye el Subsidio Universal Prenatal “Por la Vida”, consistente en la paquetes de alimentos para mujeres gestantes a partir del quinto mes.	Ministerio de Salud	Incentivar el uso de los servicios de salud por parte de la madre durante el periodo de embarazo y el parto, así como el cumplimiento de los controles de salud en centros de salud pública, durante el desarrollo del hijo desde su nacimiento y hasta que cumpla dos años. Promover la demanda de servicios de salud para reducir las altas tasas de mortalidad infantil y materna	Maternalista: el programa contempla sólo a las mujeres en su vertiente de cuidado y responsabilidad de las niñas y los niños en las necesidades de control de salud.	Todas las mujeres embarazadas y niñas y niños menores de 2 años de edad que no estén cubiertas por el seguro de salud del sistema de seguridad social de corto plazo o por un seguro de salud privado, independientemente de su condición socioeconómica, área de residencia u otro.	2013: 225,1 millones de Bs ²⁶ 0,10% PIB
Programa Multisectorial Desnutrición Cero	Ministerios de: Salud y Deportes; Presidencia; Planificación del Desarrollo; Hacienda; Desarrollo Rural y Tierras; Educación; Producción y Microempresa; Medio Ambiente y Agua.	Erradicar la desnutrición e intervenir no sólo en la detección, tratamiento y rehabilitación de casos de desnutrición en menores de 5 años. Lograr una mejor dotación de agua segura y saneamiento básico, soberanía y seguridad alimentaria, alfabetización, educación alimentaria nutricional, apoyo a la producción agropecuaria y artesanal a nivel local a través de los órganos sectoriales respectivos	Maternalista: la madre es el principal agente sobre quien recaen las responsabilidades educativas y sanitarias en la materia. La promoción de la lactancia hasta los dos años de edad puede condicionar la libertad de elección de las mujeres. Erradicación de la pobreza. Disminución de la desnutrición. Gestión compartida Gobierno, Municipios y Organizaciones Sociales.	Focalización geográfica: municipios y comunidades en extrema pobreza.	2013: 125,6 millones de Bs 0,05% PIB
PAN. Programa de Atención menores de 6 años. 2006.	Transferido a las gobernaciones y municipalidades		Maternalista: contempla a las mujeres como educadoras naturales en la familia y articula algunos de los servicios sobre el trabajo de éstas.		
Renta Dignidad.	Gestora Pública de Seguridad Social.	Garantizar una vejez digna, con calidad y calidez humana.	Universalidad de la prestación. Sistema de Seguridad Social	Mayores de 60 años.	2013: Monto de las transferencias 2.240,3 millones de Bs.

²⁶ Incluidos gastos de administración e inversión en personal médico.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión/ % PIB
			integral.		1,05% PIB
Pensión solidaria. 2010.	Gestora Pública de Seguridad Social.	Garantizar una vejez digna, con calidad y calidez humana.	Semi-contributiva para alcanzar la pensión mínima. Sistema de Seguridad Social integral.	Personas aseguradas que tengan 58 años de edad y hayan realizado aportes al sistema poral menos diez años.	
Sistema Único de Salud. 2011. Integra los anteriores: Seguro Universal Materno Infantil –SUMI– –SSPAM–	Ministerio de Salud Municipalidades	Eliminar la exclusión social y extender progresivamente la atención a la salud a toda la población. Protección financiera en salud para la mujer embarazada y niños menores de 5 años sin seguridad social - Protección financiera en salud para el Adulto Mayor sin seguridad social.	Se fundamenta en la Estrategia Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y se integra junto a proyectos como “Mi salud”, que incorporan atenciones domiciliarias para complementar la falta de infraestructuras.		

2. Garantías básicas de ingresos a la infancia.

La atención a la primera infancia en Bolivia está determinada por los altos niveles de desprotección y exclusión de grandes sectores, siendo determinantes la zona geográfica, el género, el grupo étnico y el quintil económico. Así, por ejemplo, un niño varón perteneciente al quintil más rico residente en una zona urbana ha completado, en promedio, 14,4 años de escolarización, en comparación con 2 años en el caso de una niña indígena del quintil más pobre residente en una zona rural (Unicef, 2013). Esta realidad es la que sostiene una amplia cooperación internacional para la protección y promoción de los derechos de la infancia, financiando programas como *Desnutrición Cero*, *Hospitales Amigos de la Niñez*, *Escuela Amiga de la Niñez* y el desarrollo de programas de transferencias monetarias como *Bono Juancito Pinto* y el *Bono Juana Ardazuy*, que actúan de forma diferenciada sobre dos tipos de corresponsabilidades: educación y salud, respectivamente.

Las evaluaciones del Bono Juancito Pinto muestran una mejora en la tasa de matriculación en el sistema público del ciclo primario, tanto a nivel de género como considerando el ámbito rural y urbano, disminución de la tasa de abandono y mejora de la tasa de promoción (Aguilar, 2014), al tiempo que ponen de manifiesto que el programa no tiene carácter integral, pues se limita a la transferencia condicionada y mientras no se mejore la calidad de la educación los resultados del Bono contribuirán escasamente a la ruptura de la transmisión inter-generacional de la pobreza (Pardo, 2010). Desde el punto de vista de los cuidados, la exclusión de la educación inicial del bono, junto al déficit de servicios públicos en este tramo de edad, deja escapar una oportunidad de corresponsabilidad pública en la atención a la primera infancia, y por tanto, de desfamiliarización de los cuidados.

El Bono Juana Azurduy, por su parte, integra dos poblaciones objetivo: las mujeres durante el embarazo, parto y post-parto, ya analizada, y la atención en salud a las niñas y niños hasta los dos años de edad. Las corresponsabilidades consisten en controles bimensuales de desarrollo y

crecimiento hasta los dos años de edad. La tasa de inscripción es baja respecto a la población elegible un 49,5% para los niños menores de un año, debido fundamentalmente a la falta de información y dificultades administrativas y también un porcentaje importante que deja de asistir a los controles por las causas ya argumentadas para los controles prenatales: la madre está ocupada, incluyendo actividades laborales o de cuidado y el déficit de servicios de salud (Vidal et al, 2015) y al igual que en el análisis previo, la falta de implicación de los hombres y de servicios públicos de cuidado contribuyen a estas limitaciones.

3. Garantías básica de ingreso a personas mayores y con discapacidad.

La pensión universal, Renta Dignidad, tiene una cobertura del 100% de las personas mayores de 60 años que no cuentan con pensión contributiva. Diversos estudios concluyen que han tenido un impacto muy relevante sobre el ingreso y consumo de los hogares beneficiarios: han mejorado los niveles de alimentación en sus hogares y han destinado parte de sus pensiones no contributivas a mejorar la capacidad productiva de sus familias con la compra de herramientas, insumos, semillas o el respaldo a créditos (Rofman et al, 2013). Junto a la pensión no contributiva hay otro mecanismo para garantizar pensiones mínimas a quien no ha realizado los aportes suficientes, la Renta Solidaria, un sistema semi-contributivo que asegura la percepción de ingresos.

Además del sistema de pensiones, la población mayor cuenta con varios mecanismos de apoyo económico y social. La Ley 369 Ley General de las Personas Adultas Mayores (2013) tiene por objeto regular los derechos, garantías y deberes de las personas adultas mayores, así como la institucionalidad para su protección. La Ley N° 1886 de Derechos y Privilegios, promulgada en 1998, dispone que se otorgue trato especial a los adultos mayores de 60 años en los servicios de transporte, financieros y de provisión de agua, alcantarillado y electricidad, así como el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SSPAM) de carácter universal, ahora integrado en el Sistema Único de Salud. La población mayor de 60 años recibe también el complemento nutricional Carmelo.

4. Garantías básicas de ingreso para población adulta en edad de trabajar sin ingresos o con ingresos insuficientes.

Hoy no existe en Bolivia el seguro por desempleo ni transferencias no contributivas destinadas de forma directa a este grupo poblacional, salvo el pago de cesantía a cargo del empleador cuando finaliza la relación laboral. Hay algunos programas de empleo que incorporan, junto a la capacitación y la intermediación laboral, algún tipo de prestación económica entre los que destacan los siguientes:

El programa *Mejora de la Empleabilidad e Ingresos Laborales de los Jóvenes* da continuidad al anterior *Mi Primer Empleo Digno (MPED)* destinado a jóvenes de 18 a 24 años, que ha formado y facilitado la inserción laboral de 6000 jóvenes que no habían finalizado la educación secundaria. La capacitación, gratuita, se apoya con un estipendio para cubrir gastos y con servicio de guardería para favorecer la participación de madres jóvenes, y al finalizarla se realizan prácticas en empresas en las que puede haber contratación posterior. Hay un alto porcentaje de mujeres, si bien se observa segregación laboral: las mujeres participan mayoritariamente en textil y alimentación y los hombres en construcción y metalúrgica. La evaluación de impacto realizada arroja una valoración positiva de participación y aumento de empleabilidad, pero las probabilidades de acceder a un empleo formal son temporales y no garantizan efectos permanentes en el largo plazo (Hernani-Limarino W. y Villaroel P, 2015).

El Programa de Apoyo al Empleo 2012-2016 (PAE), financiado por el BID a través de préstamos, está dirigido a la población mayor de 18 años y pretende facilitar la inserción a través de la capacitación laboral remunerada y alcanzar a 80.000 personas. Integra servicios de intermediación, orientación y capacitación laboral junto a otros dos componentes: Ampliación del Servicio de Empleo y Planificación, análisis de políticas de empleo y evaluación.

5. Cuidados.

Si bien el “Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades. Mujeres construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien”, incorpora como principio la redistribución de las tareas de cuidado y protección en el seno de la familia y la corresponsabilidad social a través de los servicios públicos y comunitarios, para la población infantil, mayor y dependiente, el principal programa desarrollado para atender a la población entre 0 y 5 años, el “Plan de Atención a los Niños y Niñas”, ha tenido un enfoque maternalista y asistencial, que se ha apoyado en el trabajo de las mujeres, remunerado y no remunerado, para establecer la red de Centros Infantiles (Familiares y Comunitarios) y en una focalización en términos de pobreza que terminó en una oferta de “servicios pobres para pobres” en manos de mujeres también pobres, con un tratamiento aislado del resto de las políticas públicas sociales, especialmente educativas. Las educadoras que desempeñan la labor de cuidado en los centros son, al mismo tiempo, madres y viven en carne propia los dilemas del cuidado de sus hijos e hijas, al extender sus jornadas de trabajo más allá de lo que se establece en sus contratos. Esta situación es vivida, sobre todo, cuando además de la actividad laboral en el centro infantil deben asistir a cursos de capacitación, quedarse en el centro esperando que padres y madres recojan a sus hijos e hijas después de los horarios establecidos por causa de las dificultades de conciliación de vida laboral y familiar (Ivone et al, 2012).

El programa fue financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y finalizó en 2010, cuando fue transferido a los gobiernos locales, por lo que su desarrollo es desigual y depende de factores como la presencia de ONGs y la cooperación internacional. La cobertura de estos centros es muy baja, aun no disponiendo de datos a nivel nacional, algunos estudios constatan, por ejemplo, que en el Municipio de La Paz en 2012, los 67 centros infantiles existentes daban cobertura apenas al 3% de la población entre 0 y 4 años (Ivone et al, 2012). La evaluación realizada por el BID del programa en 2009 ya recomendaba el desarrollo de los niveles educativos de 3, 4 y 5 años en los centros educativos públicos, garantizado el acceso universal y gratuito, antes que seguir construyendo centros infantiles PAN, pero la reforma educativa representa un retroceso, pues asigna el cuidado en estas edades a la familia; así la educación institucionalizada, denominada por la reforma “Educación en familia comunitaria” se inicia a los cinco años y en 2011 apenas alcanzaba al 43% de la población de esa edad.

En relación al cuidado y atención de personas mayores en situación de dependencia o exclusión social, los servicios existentes se reducen prácticamente a los asilos, gestionados en su mayor parte por la Iglesia o por ONGs, y concentrados mayormente en La Paz. En estos últimos años se han comenzado a construir Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor, pero son escasos.

Cuadro 25. Principales elementos descriptores del “Bono Juana Azurduy”.

1. Identificación:
1.1. Nombre del programa: Bono Juana Azurduy.

1.2. Objetivos: hacer efectivos los derechos fundamentales de acceso a la salud integral consagrados en la Constitución Política del Estado, para disminuir los niveles de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años.						
1.3. Localización geográfica o territorial: nacional.						
1.4. Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–		1. Gobierno. Ministerio Salud. Tesoro General de la Nación.		2. Banco Mundial (52 municipios)		3. Banco Interamericano de Desarrollo (30 municipios)
1.5. Financiación –totales y %– (2013) ²⁷		1. 177.943.761,00 Bs. (96,2%)		2. 154,654.00 Bs (0,085%)		3. 5.775.474,00 Bs (3,12%)
1.6. Mecanismos de dirección y /o coordinación previstos		Unidad ejecutora del Ministerio de Salud: normas, procedimientos, seguimiento y monitoreo. Una oficina nacional y unidades departamentales. Médicos comunitarios sobre el terreno de apoyo a procesos operativos , promueven, controlan corresponsabilidades y ocasionalmente apoyan los servicios de salud.				
1.7. Participación de la sociedad civil en el diseño.		Como TMC se enmarca en las políticas promovidas por el Banco Mundial, definidas y estructuradas, inicialmente, desde el gobierno y sin participación social.				
1.8. Porcentaje sobre gasto social ²⁸				1.9. Porcentaje sobre el PIB		0,10
2. Población beneficiaria:						
2.1. Criterios de focalización:		Todas las mujeres embarazadas y niñas y niños menores de 2 años de edad que no estén cubiertas por el seguro de salud del sistema de seguridad social de corto plazo o por un seguro de salud privado, independientemente de su condición socioeconómica, área de residencia u otro.				
2.2. Condiciones, en su caso:		Salud: (1) para la madre: 4 controles prenatales y asistencia a servicio de salud público para parto. (2) para las hijas y los hijos, controles de salud bimensuales hasta los dos años de edad.			¿Se establece la responsabilidad en algún miembro de la familia? La madre es la responsable de los controles de salud de las hijas o hijos.	
2.3. Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.						
2.3.1. Población atendida por sexo, absolutos y %.2013		Total	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos por jefatura, absolutos y %	Jefatura mujeres
		212.224 ²⁹	84.783			Jefatura hombres
2.4. Criterios de egreso.		Cumplimiento de 2 años de edad del niño o niña.			2.5. Personas que finalizan el programa.	Mujeres
						Partos institucionales: 49.755
2.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.						
3. Componentes en relación a la población beneficiaria: (Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)						
3.1. Estímulo a la demanda:					3.2. Estímulo a la oferta: servicios esenciales.	
3.2.1. Transferencias monetarias			3.2.2. Transferencias en especie		3.2.3. Programas de capacitación profesional	Inversión en recursos humanos: 34,5 millones Bs para personal médico comunitario.
a) Niñez	b) Población adulta	c) Vejez	a) Niñez	b) Población adulta		

²⁷Excluida la inversión en personal médico. Fuente: Plataforma de acceso a la información pública. Gobierno de Bolivia. <http://www.miplataforma.gob.bo/es/control-social/programa-servicio/89/Participativo>

²⁸Incluida la inversión en personal médico.

²⁹El total de la población beneficiaria incluye a las madres y a los niños y las niñas. Puesto que los datos de éstos últimos no se presentan segregados por sexo, el número de mujeres consignado corresponde únicamente a las adultas: las madres.

M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	Observaciones en relación a los servicios esenciales:
127.441		84.783												
3.3. Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:														
3.3.1. Ámbito local o comunitario.						3.3.2. Ámbito regional o nacional.						3.3.3. Ámbito internacional.		

7. Colombia

La *Red Unidos* es la estrategia para la superación de la pobreza extrema que da continuidad a la anterior *Red Juntos*, y se enmarca en el *Plan de Desarrollo Nacional 2014-2018*. El objetivo es el fortalecimiento de la inclusión social a través de una oferta de protección y promoción social articulada y focalizada, así como el fomento de la inclusión productiva con mecanismos efectivos de generación de ingresos y empleo. Los componentes de la estrategia son: (1) el acompañamiento familiar y comunitario; (2) la oferta y el acceso preferente a servicios sociales del Estado (como *Más Familias en Acción* y el *Programa de Empleo Trabajemos Todos*); (3) el fortalecimiento institucional de los municipios vinculados; y (4) el programa *Ingreso para la Prosperidad*, transferencia para que las familias del programa adquieran capacidades y competencias para la generación de ingresos, desarrollen hábitos laborales y de trabajo en equipo y avancen en el cumplimiento de sus logros. En el año 2014 estaban integradas en la red 5.881.734 personas (1.469.839 hogares) lo que supone una cobertura del 12% de la población. De los hogares acompañados aproximadamente el 50% son de jefatura femenina.

La red congrega a 26 entidades del Estado involucradas en la provisión de servicios sociales básicos para la población en pobreza extrema, coordinada por la Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema (ANSPE). Para conseguir este objetivo, la Agencia articula el acompañamiento familiar y comunitario, la oferta de servicios de las instituciones públicas, la inversión social privada y las iniciativas de innovación social, que inciden en la calidad de vida de las familias y las comunidades en situación de pobreza extrema.

El acompañamiento familiar y comunitario, que tiene como objetivo la consecución de 45 logros básicos, consiste en la atención personalizada de los hogares en sus domicilios, y las comunidades en sus territorios, con el fin de lograr que cada uno de ellos reconozca sus fortalezas y potencialidades, consolide sus vínculos familiares, sus redes de interacción social y adquiera o fortalezca habilidades y capacidades para superar su situación de pobreza extrema. Este componente tiene dos subcomponentes, uno familiar y otro comunitario, los cuales se implementan a través de los cogestores sociales.

Los criterios de focalización son hogares en extrema pobreza –comprobación de medios indirectos a través del SISBEN- y las familias desplazadas por el conflicto armado. La permanencia en el programa tiene un límite de cinco años.

No obstante, la forma de implementar esta estrategia presenta un serio desafío para la incorporación de elementos que posibiliten la equidad de género. En este sentido algunas investigaciones advierten que la *Red Unidos* no incentiva las relaciones de equidad entre hombres y mujeres, en los aspectos relacionados con la conciliación entre la vida laboral y el cuidado de la familia, otorgándole a la mujer un papel instrumental dentro de la política social, que refuerza el esquema tradicional de división sexual del trabajo. Por tanto, se hace necesario incorporar en la red esquemas y servicios, que promuevan una distribución equitativa del

tiempo en el cuidado de las personas dependientes, para así facilitar el empoderamiento de la mujer tanto al interior de sus hogares como en espacios públicos.

Cuadro 26. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Colombia.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión / % PIB
Red Unidos, 2011. (Antigua Red Juntos. 2006)	Presidencia de la República. Asociación Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema - ANSPE.	Promover de manera integral la superación de la pobreza extrema, a través del desarrollo de la capacidad de autogestión de los hogares mediante el acompañamiento familiar y comunitario, y el acceso a programas a los que son elegibles.	Estrategia de Reducción de la Pobreza. Pobreza multidimensional. Enfoque de Derechos.	- Hogares en situación de extrema pobreza. - Hogares beneficiarios de los proyectos de vivienda SFVE (Subsidio de Vivienda Familiar en Especie). - Hogares étnicos que hacen parte de los listados censales.	2013: USD 104 millones. 0,03 % PIB.
Régimen subsidiado de salud (no contributivo).	Ministerio de Salud.	Favorecer que la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tenga acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado.	Principio de la universalidad. Enfoque de derechos.	- Población asalariada en economía informal e independiente de bajos ingresos.	%PIB (dato no disponible)
Colombia Mayor. Pensión no contributiva.	Ministerio de Trabajo. Consortio Colombia Mayor. Fondo de Solidaridad Pensional.	Aumentar la protección a las personas de los adultos mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en la extrema pobreza; por medio de la entrega de un subsidio económico.	Cobertura universal.	Mayores de 65 años de edad y que se encuentran en situación de pobreza extrema o indigencia.	0,2% PIB
Programa de Subsidio al Aporte en Pensión (PSAP)	Ministerio de Trabajo. Consortio Colombia Mayor. Fondo de Solidaridad Pensional.	Complementar los aportes al Seguro Social de Pensiones de aquellas personas que no tienen acceso a los sistemas de seguridad social. Régimen Subsidiado de cotización.		Trabajadores independientes urbanos y rurales, desempleados, madres comunitarias, personas discapacitadas y concejales pertenecientes a municipios de categorías 4, 5 y 6.	%PIB (dato no disponible)
Mecanismo de Protección al Cesante. 2013.	Servicio Público de Empleo. Ministerio de Trabajo.	Garantizar la protección social en caso desempleo, el acceso a salud, el ahorro a pensiones, el subsidio familiar y el acceso a servicios de intermediación y capacitación laboral.		-Trabajadores del sector público y privado. Trabajadores independientes o cuenta propia.	%PIB (dato no disponible)
De cero a Siempre. 2011.	Presidencia de la República. Comisión Intersectorial.	Protección integral de la niñez y en particular el desarrollo integral de la primera infancia.	Maternalista: se potencia el rol de cuidadoras de las madres con escasa o nula implicación de los padres.	Población infantil de 0 a 5 años, con prioridad de la que se encuentra en situación de pobreza extrema.	%PIB (dato no disponible)
Más Familias en Acción. 2012.	Presidencia de la República. Departamento para la Prosperidad Social.	Ofrecer apoyo económico (incentivo) a todas aquellas familias con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años para que estos	Maternalista: los incentivos se entregan preferentemente a las madres.	- Familias en condición de desplazamiento. - Familias que pertenecen a la red UNIDOS.	2013: USD 1.013.604.891 0,27% PIB

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión / % PIB
	Municipios.	tengan una alimentación saludable, controles de crecimiento y desarrollo a tiempo y permanezcan en el sistema escolar.		- Familias que están incluidas en los listados censales de comunidades indígenas. - Familias SISBEN	
Programa de Alimentación Escolar. PAE	Ministerio de Educación Nacional.	No se ha localizado información en fuentes oficiales.			

1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.

Luego de dos décadas de desarrollo, el sistema colombiano de seguridad social en salud exhibe resultados muy positivos. Se estima que la tasa de afiliación a los regímenes de seguro social de salud pasó del 25 por ciento en 1993 (antes de la reforma) al 96 por ciento en 2014. Existen diversos estudios que muestran que se ha producido un aumento importante del uso de los servicios de salud en las zonas rurales. Algunas de las claves de éxito han sido el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que ha desempeñado un papel fundamental para agrupar los fondos provenientes de diversas fuentes y para articular los regímenes contributivos y no contributivos -el Régimen Subsidiado se financia mediante impuestos y transferencias provenientes del Régimen Contributivo- y la creación de un conjunto único de servicios de la salud, mediante el Plan Obligatorio de Salud (POS), que ha contribuido a uniformar los beneficios brindados por todos los aseguradores y prestadores, públicos y privados.

El Plan Obligatorio de Salud (POS) establece un único plan o paquete de servicios, compuesto de intervenciones dirigidas a la promoción de la salud, la prevención y la atención médica, incluidos los medicamentos para las personas afiliadas y sus familias. El POS también incluye beneficios monetarios de licencia por enfermedad o maternidad, si bien sólo para las personas afiliadas, por lo que no alcanza a las mujeres en tanto aseguradas indirectas (6 de cada 10 mujeres ocupadas con cobertura de seguro de salud lo son como beneficiarias, no como cotizantes).

Uno de los retos es reducir las brechas en el acceso a la atención en salud, especialmente en las zonas rurales, lo que tiene relación directa con las condicionalidades y compromisos que adquieren las familias beneficiarias del programa Red Unidos. Por ello el Ministerio de Salud y Protección Social se articula con la ANSPE para el cumplimiento de los objetivos relacionados con salud y nutrición en la población en extrema pobreza focalizada por la Estrategia Red Unidos y coordina la Mesa Nacional de Nutrición. Entre los programas específicos que el Ministerio de salud desarrolla en el marco de esta estrategia, destacan la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– y la salud sexual y reproductiva.

2. Seguridad básica del ingreso de los niños y las niñas.

El programa *Más Familias en Acción* –que da continuidad al programa Familias en Acción iniciado en 2006– otorga transferencias monetarias condicionadas para familias con hijos e hijas menores de 18 años que respondan a alguno de los siguientes criterios: desplazadas, de comunidades indígenas, en pobreza extrema, o integradas en el programa Red Unidos, a la vez que es puerta de entrada para ingresar en él. Las condicionalidades están relacionadas con la

salud (controles a menores de 7 años y las madres titulares, así como los miembros de las familias beneficiarias, asumen el compromiso de asistir a los espacios de encuentro y capacitación y a las jornadas de atención programadas por el municipio) y la escolaridad (matrícula y asistencia como mínimo del 80% para menores de 18 años) y conllevan aparejados dos tipos de incentivos a la salud, cada dos meses seis veces al año, y a la educación, cada dos meses cinco veces al año. Los montos per cápita mensuales de las transferencias monetarias del programa en 2013 eran entre 27,7 y 55,4 dólares para el bono de nutrición, variando los montos según el área de residencia y la edad;-, para el bono de educación entre 16, y 66,5 dólares, variando también los montos por área y nivel educativo. El monto mínimo per cápita 3,7 dólares y el monto máximo por familia 94,2 dólares.

Como transferencias en especie destacan tres programas: el *Programa de Alimentación Escolar*, gestionado desde el Ministerio de Educación Nacional que atiende a más de 4 millones de menores, y el *Programa Desayunos Infantiles con Amor –DIA–* que proporciona dos bolsas de leche a más de 10 mil familias y acceso a actividades de higiene oral, y el *Programa Seguridad Alimentaria y Nutricional* que da cobertura a 136.000 niños y niñas a través de los *Centros de Recuperación Nutricional* en sus diferentes modalidades.

La ciudad de Bogotá cuenta con un programa de transferencias monetarias condicionadas propio, *Subsidios Condicionados a la Asistencia Escolar*, que otorga dos tipos de subsidio, educativo y de transporte, a familias en situación de pobreza no indigente con hijas e hijos menores de 19 años, cuya receptora es la madre.

3. Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa e inserción laboral.

La Red Unidos integra como uno de sus componentes el *Ingreso Social*, destinado a jefes o jefas de hogar o cónyuges que tenga entre 18 y 35 años y haya alcanzado el 5to grado (mínimo) o 11to grado (máximo), y no esté vinculado laboralmente al sector formal. El Monto mínimo bimensual es de Col\$ 250,000 y máximo de Col\$ 300,000. Como corresponsabilidad se debe cumplir con los siguientes compromisos: 1) estudiar hasta alcanzar un grado de formación técnica/tecnológica; 2) participar activamente en las actividades de servicio social; 3) cumplir con los logros de la Red Unidos; 4) Ahorrar.

Inserción productiva, empleabilidad y formalización.

En el marco del Departamento de Prosperidad Social existen diversas iniciativas para la inserción productiva dirigidos a población vulnerable, en situación de pobre extrema, víctima de la violencia, en condición de desplazamiento y/o damnificada: *Programa de Empleo Temporal, Emprendimiento Individual, Emprendimiento Colectivo; Produciendo mi Futuro e Iraca*. Están integrados tanto por incentivos económicos, acceso al crédito y la financiación, como por acompañamiento técnico y capacitación, y tienen criterios de focalización y prioridad vinculados con los programas sociales de promoción y protección social, fundamentalmente Ingreso Social, de la Red Unidos y Más Familias en Acción, e incorporan como criterio enfoques diferenciales de género y de etnia. Las mujeres son prioridad en tanto son jefas de hogar o han participado del programa *Mujeres Ahorradoras en Acción* un programa de enfoque diferencial de género, por medio del cual se contribuye a romper las barreras de acceso al sistema financiero, generar una cultura del ahorro y promover la autonomía, empoderamiento, construcción y participación en redes empresariales y solidarias entre las mujeres beneficiarias, que benefició a 47.043 mujeres en 2014.

El Ministerio de Trabajo, con quien el Departamento de Prosperidad Social tiene convenios específicos, viene desarrollando desde 2012 planes locales de empleo en el marco del *Programa Nacional de Asistencia Técnica para el fortalecimiento de las políticas de empleo, emprendimiento y generación de ingresos*, que incluyen de forma explícita la obligación de los gobiernos locales de desarrollar acciones para promover el reconocimiento social y económico del trabajo de las mujeres, implementar mecanismos para hacer efectivo el derecho a la igualdad salarial y desarrollar campañas de erradicación de todo acto de discriminación y violencia contra las mujeres en el ámbito laboral. En 2013 puso en marcha el *Plan de Impulso al Empleo y la Productividad* (PIPE), con el que pretende generar 350.000 empleos en los sectores de vivienda, agricultura, comercio e industria, entre otros. También el Ministerio de Agricultura y Desarrollo rural desarrolla programas de generación de ingresos a través de la capacitación (*Jóvenes Rurales y Mujer Rural*) y la cofinanciación y el acompañamiento técnico (*Oportunidades rurales*).

Un estudio de caso realizado sobre la doble inclusión –productiva y social– en el programa *Más Familias en Acción* concluye que la articulación con programas de empleabilidad y formalización es la única que promovería un incremento en la trayectoria de doble inclusión, mientras que la articulación con programas de emprendimiento y generación de ingresos que no impliquen inserción laboral formal, elevan el ingreso de las familias beneficiarias y pueden reducir la pobreza por ingresos, pero sin lograr inserción productiva y por consiguiente tampoco la doble inclusión (Ángulo y Gómez, 2014)

4. Seguridad de ingresos para población adulta mayor y población con discapacidad.

El Programa Colombia Mayor integra el subsidio económico directo otorgado en dinero y el subsidio económico indirecto, que se otorga en servicios sociales básicos y se entrega a través de los Centros de Bienestar del Adulto Mayor (CBA), centros día.

La población con discapacidad en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad, mayor de 18 y menor de 52 si son mujeres y de 57 si son hombres, cuenta con un subsidio económico, legislado mediante el Decreto 1355/08 y la resolución 2605/08, financiado a través de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional.

5. Cuidado

La estrategia Programa de Atención Integral a la Primera Infancia –PAIPI– *De Cero a Siempre* tiene como objetivo la protección integral de los niños y niñas entre 0 y 5 años, y si bien se enfoca desde la perspectiva de universalización de la atención integral, prioriza la población en pobreza extrema. Se coordinada desde la Presidencia de la República a través de una Comisión de Intersectorial, implica a los Ministerios de Salud y Protección Social, de Educación, de Cultura, Departamento para la Prosperidad Social (dependiente directamente de la Presidencia de la República) y sus dos entidades adscritas, Instituto Colombiano de Bienestar Social –ICBS– y Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema –ANSPE–, y el Departamento Nacional de Planeación. Así, sus actuaciones integran la atención a la salud y nutrición, el aseguramiento en el seguro de salud, la escolarización en el sistema educativo y la atención en centros de atención a la infancia, el acceso a los programas sociales, como Más Familias en Acción.

De Cero a Siempre integra los servicios de cuidado para la primera infancia: los *Centros de Desarrollo Infantil CDI*, que coordinan y armonizan acciones del Estado relacionadas con la nutrición, salud y formación y acompañamiento a familias, que participan de actividades promovidas desde los centros, y las modalidades de educación no convencional, *Educación Inicial Familiar* en entornos familiares y comunitarios, con el apoyo del Estado en el acompañamiento y fortalecimiento de los miembros de la familia y cuidadores. En estas modalidades no convencionales se integran los Hogares Comunitarios de Bienestar en diferentes formas: tradicional, FAMI y agrupados, según se provea del servicio en las casas o en locales habilitados, y se sustentan sobre la figura de las madres comunitarias, si bien las unidades agrupadas han ido incorporando progresivamente profesionales de apoyo pedagógico. Si bien inicialmente la labor desarrollada por las madres comunitarias - alrededor de 70 mil mujeres- era voluntaria, tras una serie de movilizaciones de denuncia de la situación de precariedad y vulneración del principio de igualdad, consiguieron una sentencia judicial en 2012 que obliga a regular la relación laboral, el acceso a la protección social y demás derechos laborales.

En el año 2014 la población infantil atendida por el Programa de Atención Integral a la Primera Infancia fue de 1.054.857, de la cual el grueso es atendida en los Hogares Comunitarios – 925.529–. Esta atención a la infancia representa una cobertura del 42% en situación de vulnerabilidad y un 24% de la población infantil de 0 a 5 años en el país, lo que supone que 3 de cada 4 menores no están integrados en la red de cuidados.

Cuadro 27. Principales elementos descriptores de la Transferencia Monetaria Condicionada “Más familias en Acción”.

Identificación							
Nombre del programa: Más familias en Acción.							
Objetivos: Ofrecer apoyo económico (incentivo) a todas aquellas familias con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años para que estos tengan una alimentación saludable, controles de crecimiento y desarrollo a tiempo y permanezcan en el sistema escolar.							
Localización geográfica o territorial: Nacional.							
Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–	1. Gobierno de Colombia.	2. Banco Mundial (financiación)	3. Banco Interamericano de Desarrollo (financiación)				
Financiación –totales y %–:	1.	2.	3.				
Mecanismos de dirección y /o coordinación previstos							
Participación de la sociedad civil en el diseño.							
Porcentaje sobre gasto social.		Porcentaje sobre el PIB. 2013.	0,27%				
Población beneficiaria:							
Criterios de focalización:	Geográfica (prioridad a localidades con un Índice de Pobreza Multidimensional del 70% o superior)	Categoría: Familias desplazadas; familias indígenas; familias pobres; familias integrantes de la red UNIDOS.	Comprobación de medios indirecta: Índice de calidad de vida de SISBEN II.				
Condicionalidades, en su caso:	Educación: matricular a los niños y niñas en edad escolar en una institución educativa y asegurar su asistencia a clases permanentemente. (Mínimo 80% clases mensuales).	Salud: controles de crecimiento y desarrollo de niños y niñas hasta 7 años.	¿Se establece la responsabilidad en algún miembro de la familia? Madres.				
Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.							
2.3.1. Población atendida. 2014.	Total	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos.	Hogares	Jefatura mujeres	Jefatura hombres

	4.807.772 (9,81% población)				2014.	2.676.386							
Criterios de egreso.		Cuando se pierden las condiciones de elegibilidad.				Personas que finalizan el programa.		Mujeres		Hombres			
Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.													
Componentes en relación a la población beneficiaria:(Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)													
Estímulo a la demanda:										Estímulo a la oferta: servicios esenciales.			
Transferencias monetarias						Transferencias en especie						Programas capacitación profesional	
a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez		a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez			
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
X	X												
Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:													
Ámbito local o comunitario.						Ámbito regional o nacional. Red Unidos. Ingreso para la Prosperidad Social. Transferencia para la capacitación laboral.						Ámbito internacional.	

8. Ecuador

Desde que Ecuador comienza a vertebrar la planificación social y económica en torno al “Buen Vivir” se produce una reformulación de proyectos sociales hacia una mayor integración y bajo el objetivo de articular un Piso de Protección Social (MIES, 2014) en el marco de un *Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social*. El Ministerio de Inclusión Social y Económica (MIES) ha unificado en un menor número de programas la dispersión que existía anteriormente, y tales programas sociales se coordinan con otras áreas de la política nacional a través del Ministerio de Desarrollo Social (MDS). El eje articulador de la política de protección social para el desarrollo y la promoción social es el Ciclo de la Vida, que pretende ofrecer respuesta a las necesidades de las personas en las diferentes etapas etarias, en función de los ingresos económicos, el acceso a los servicios y recursos sociales, el estado de salud y otras necesidades de cuidado. Esta orientación integral y basada en el enfoque de derechos, se ha acompañado de un incremento sostenido y acusado de la inversión en política social, en 2013 se invierte más de 300 dólares adicionales por habitante en temas sociales que en 2006, llegando a duplicarse en ese periodo el peso del gasto social sobre el PIB.

El MIES establece y ejecuta políticas, regulaciones, estrategias, programas y servicios para la atención durante el ciclo de vida, protección especial, movilidad social e inclusión económica de grupos de atención prioritaria con enfoque de familia y de aquellos que se encuentran en situación de pobreza y vulnerabilidad. Vertebrar de esta manera algunas prestaciones no contributivas de seguridad social, si bien lo hace al margen del Instituto Ecuatoriano de la Seguridad Social (IESS), lo que parece dificultar la conformación de un Sistema Integral de Seguridad Social que garantice en el largo plazo el enfoque de derechos.

1. Garantías básicas de ingresos a la infancia, la población adulta activa con capacidad de trabajo, la población mayor adulta y la población con limitaciones funcionales o discapacidad.

El principal programa social es el *Bono de Desarrollo Humano* –BDH–, que integra varias garantías básicas:

- la transferencia monetaria condicionada a las familias, garantizando ingresos a las niñas y los niños, acompañada de condicionalidades para la ruptura generacional de la pobreza (accesibilidad a servicios de salud y educación),
- el programa *Crédito de Desarrollo Humano*, con el objetivo de garantizar ingresos a la población en edad de trabajar, se otorga a personas adultas de familias receptoras del BDH para potencia el emprendimiento y el autoempleo.
- y las pensiones *Adulto Mayor* y *Personas con Discapacidad* (garantías básicas a la vejez y a personas con discapacidad), que difieren de las anteriores por tratarse de pensiones no condicionadas.

La transferencia monetaria a las familias, busca a través del ingreso el consumo mínimo de alimentos, y la condicionalidad se refiere a los compromisos para que las niñas y los niños tengan sus controles en los centros de salud, al igual que su permanencia en el sistema educativo.

Los montos per cápita mensuales de las transferencias monetarias en 2013 (en dólares) eran: Bono de Desarrollo Humano 50; Pensión para personas discapacitadas 50 y Pensión para adultos mayores 50.

Un componente que se viene instaurando en los últimos años es la estrategia de acompañamiento familiar *Plan Familia*, con el objetivo conocer y atender las necesidades de las familias ecuatorianas en situación de pobreza y vulnerabilidad. Esta estrategia consiste en un conjunto de visitas que realizan equipos de profesionales en trabajo social a nivel nacional con el propósito de conocer a las familias y apoyar en la creación de un plan personalizado que les permita mejorar su calidad de vida, fortaleciendo sus propias capacidades. La estrategia comprende tres componentes: apoyo psicosocial, identificación de necesidades para articulación con servicios en territorio y vinculación a procesos de inclusión económica.

Cuadro 28. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Ecuador.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión / % PIB
Bono de Desarrollo Humano. BDH. 1998. (Transferencia monetaria condicionada)	Ministerio de la Inclusión Económica y Social. Programa de Protección social.	- Estrategia de lucha contra la pobreza - Mejora nutrición, salud y educación.	Superación de la pobreza a través de la movilidad social. Maternalista: lo perciben preferentemente las mujeres, responsables de la corresponsabilidad.	Familias en extrema pobreza.	Ejecución de pagos 2013 en USD: 621.405.990 BDH Familia 0,66% PIB 318.801.285 Pensión de Adultos Mayores 0,37% PIB
BDH. Pensiones: Mayor y Discapacidad. 1998. (Transferencia individual)	Ministerio de la Inclusión Económica y Social. Programa de Protección social.	- ELP - Extensión protección social a personas mayores y con discapacidad.	Universalidad.	Mayores de 65 años y personas con discapacidad – más de 40%– en condiciones vulnerabilidad y que no tengan	64.990.815 Pensión Personas con Discapacidad. 0,07% PIB

				seguridad social	Total BDH: 1,13% PIB. A enero 2016 beneficiarios: BDH: 444.241 Adultos mayores: 532.541 Discapacidad niños: 26.986 Discapacidad adultos: 102.548
Red de Protección Solidaria. Red Descuento.		Asociados al BDH, proporcionan protección ante: <i>defunción</i> persona que percibe el BDH, con pago por exequias, <i>y enfermedad catastrófica</i> , catalogada por el Ministerio de Salud Pública, a través del financiamiento de su tratamiento. Y descuento del 8% en productos alimentación			2013 USD: 5.023.816,23 pago de exequias. 0,005% 12.371.649,82 pago primas de seguro 0,01%
Crédito de Desarrollo Humano. 2001. (Asociado a BDH)	Ministerio de la Inclusión Económica y Social.	Fortalecer los emprendimientos productivos de la población de bajos recursos. Crédito, capacitación y asistencia integral.	El acceso al crédito y la inversión favorece la movilidad social.	Familias y personas perceptoras del BDH.	Créditos concedidos en 2013 por un monto de: USD 122.455.596,20 0,13% En el 2015 se entregó 117.596 créditos de desarrollo humano, por un valor total de \$ 84'966.000
Programa de Desarrollo Infantil	Ministerio de la Inclusión Económica y Social. Programas Creciendo con Nuestros Hijos CNH, y los Centros Infantiles del Buen Vivir CIBVs.	Protección integral de los derechos de niños y niñas, en igualdad de oportunidades y condiciones para lograr su pleno desarrollo.	Maternalista: las madres deben asumir la crianza en el primer año de edad. El personal profesional previsto se basa en gran medida en la profesionalización de mujeres.	Niñas y niños de 0 a 3 años, prioridad población infantil en condiciones de pobreza y/o vulnerabilidad y beneficiarios del BDH.	2012: USD 68.769.467,07 %
Bono Joaquín Gallegos. 2009. (Programa Solidario Manuela Espejo)	Vice Presidencia de la República. Banco Nacional de Fomento.	Política integral de discapacidades que busca garantizar los derechos de las personas con discapacidad.	Hay una persona en la unidad familiar que cuida a la persona con discapacidad.	Personas con discapacidad severa en extrema pobreza.	Pagos 2013 en USD: 24.709.567,80 0,02% Para el 2015, fueron 22.794 beneficiarios
Programa Acción Nutrición. 2012 (Integra y da continuidad a programas de alimentación de diversos	Ministerios: de Salud Pública, de Inclusión Económica y Social, de Educación, de Desarrollo Urbano y	Erradicación de la desnutrición. para mejorar la salud y nutrición de la población, con énfasis en niñas y niños menores de cinco años, mediante intervenciones que	Entre los principales determinantes de la desnutrición identificados, destaca “ <i>el nivel de educación de la madre</i> ”, ignorando el papel de los	Niños y niñas menores de 5 años Mujeres embarazadas Madres en período de	

ministerios y con diferentes poblaciones diana, como el Programa Alimentación Escolar) Integra el Programa Desnutrición Cero del Ecuador – PDC–	Vivienda, y de Agricultura, Ganadería Acuicultura y Pesca.	modifiquen los factores determinantes de la malnutrición. El PDC incorpora una transferencia monetaria condicionada a la asistencia a controles médicos.	padres en la responsabilidad de la crianza. Del mismo modo, las mujeres en edad fértil son consideradas destinatarias prioritarias, sin incorporar a los varones jóvenes.	lactancia Mujeres en edad fértil El PDC se dirige a mujeres gestantes y familias con hijos o hijas menores de 1 año.	
---	--	---	--	--	--

La principal crítica que se viene realizando al BDH es que se ha vertebrado sobre el supuesto maternalista de que las madres son quienes mejor desempeñan tanto el cuidado como la administración del hogar, lo cual les ha hecho responsables de cumplir con las condicionalidades, si bien cabe destacar que hay controles de salud también a las madres para evitar problema como el cáncer de seno y papanicolau, por lo que se justifica su participación como indispensable, esto no es óbice para implicar a los hombres en las corresponsabilidades relativas a los hijos e hijas. Esta feminización del cuidado ha contribuido a consolidar la feminización de los empleos que se ha ido generando en torno a la profesionalización de los servicios de atención infantil, que en las primeras fases del BDH corrió a cargo de *madres comunitarias*. Recientemente se ha incorporado el aseguramiento para vejez, incapacidad y muerte para quienes realizan trabajo no remunerado en los hogares, fundamentalmente mujeres, a través de la afiliación al IESS que incorpora la cobertura de salud a través del Ministerio de Salud Pública, y que comienza la afiliación con las 450 mil personas beneficiarias del BDH. Cabría hacer una valoración de en qué medida este aseguramiento voluntario es compatible con la inserción laboral de las mujeres, si potencia o no que éstas perciban ingresos actualmente por sí mismas y cómo puede correlacionarse con el trabajo informal. Otro análisis necesario es qué relación tendrá con la Pensión Adultos Mayores que ya provee de la pensión de jubilación para quien no tiene aseguramiento propio ni ingresos dignos. El propio gobierno ecuatoriano, en su informe de 2014 sobre la aplicación de la Plataforma de Beijing afirma que *“el Bono de Desarrollo Humano, política de transferencia monetaria enfocada a la reducción de la pobreza, ha permitido que más de un millón de mujeres tengan un ingreso propio permanente. Sin embargo de estos claros avances, el reto es dar el salto no solo hacia su articulación con la economía social y solidaria, desde emprendimientos productivos sostenibles que los saque de la pobreza, sino además hacia un verdadero sistema de protección social integral, que supere la corresponsabilidad exclusiva de las mujeres como cuidadoras, a costa del incremento de su trabajo no remunerado”*.

En relación a la percepción del Bono Joaquín Gallegos por cuidado de personas con discapacidad, principalmente por mujeres, parece existir el riesgo de dificultar la inserción laboral de quienes se dedican a cuidar en el hogar.

Ecuador incluye en el *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*, el objetivo 9: *“Garantizar el trabajo digno en todas sus formas”* que incluye acciones en diversas direcciones para promover el empleo y el trabajo decente, como incentivos, acceso al crédito, fomentar el rol empleador del Estado, programas enfocados a la incorporación de mujeres, para jóvenes, para reducir la informalidad, capacitación y formación ocupacional, etc. Este objetivo incluye el trabajo de cuidados y doméstico, su valorización y democratización y prevé la protección social para las personas que realizan estos tipos de trabajo. Establece metas en relación a los objetivos, tendentes a la reducción del subempleo, el desempleo y la informalidad y al aumento de la PEA con una ocupación adecuada, el aumento de la afiliación a la protección social contributiva y el porcentaje de hogares que cubren la canasta básica. En este marco los proyectos *Hombro a*

Hombro y Crédito de Desarrollo Humano que se dirigen a población beneficiaria del Bono de Desarrollo Humano son ejemplos de buena práctica en la relación entre TMC y empleo.

La evaluación del CDH que ha generado emprendimientos productivos, proporciona la siguiente información: la mayoría de los emprendimientos son generados por mujeres (en respuesta al género de los usuarios BDH) y el sector comercio es el principal en el que se invirtió el crédito, el preferido para emprender. Sería conveniente una evaluación de impacto específica para comprobar la sostenibilidad de los empleos generados, si aseguran los ingresos adecuados y si se mantienen con protección social en el sistema integral de seguridad social.

Entre las propuestas para reformar el BDH, destacan las formuladas por Ponce (Ponce et al, 2013) de pasar de una asignación familiar a una asignación por niño/niña: diferenciadas de acuerdo a la edad, la etnia y el área de residencia. Niños/as de mayores edades, que viven en el campo, indígenas o afro-ecuatorianos deberían recibir montos mayores que quienes tienen menor edad, viven en la ciudad y son mestizos. Y de distinguir entre las percepciones del BDH y las percepciones del CDH, de manera que las segundas no invaliden las primeras y sean realmente un crédito y no un anticipo como lo son actualmente.

Enríquez por su parte señala la fragilidad institucional de la protección social: su marco jurídico-político ha carecido de la fuerza de una ley o un capítulo dentro de alguna ley que dé sustento a su gestión. Son dos decretos ejecutivos y algunos acuerdos ministeriales los que sostienen su gestión, a pesar de ejecutar un presupuesto en el 2012 de cerca de \$ 1.000 millones de dólares, lo que al PPS-MIES –que actualmente ya no existe- en el tercer presupuesto más alto del sector social, por detrás de los Ministerios de Educación y Salud. La otra gran crítica que realiza es la falta de coherencia de algunas condicionalidades con el contexto de salud y educativo, por ejemplo, exigir la escolaridad hasta los 18 años cuando la cobertura nacional de promedio en bachillerato no llegaba al 50 %. Señala también este autor que continúa siendo un reto que estos programas de protección social lleguen a consolidar la construcción del aseguramiento no contributivo y del semi-contributivo, de manera que se integren en un único sistema universal e integral de seguridad social.

2. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.

La atención en salud presenta todavía retos hacia la cobertura universal, si bien es un objetivo del gobierno ecuatoriano y se ha aumentado mucho en los últimos cinco años la cobertura a través del sistema público. La principal limitación respecto al piso de protección social es que actualmente sólo se financia para la población en situación de mayor vulnerabilidad las enfermedades catastróficas, debiendo éstas estar registradas en el Ministerio de Salud Pública. Desde el análisis de género, destaca la persistencia de una elevada tasa de mortalidad y el incremento de embarazos en adolescentes (Gobierno de Ecuador, 2014) lo que requeriría de mayores esfuerzos por la universalización de la asistencia en el embarazo, parto y postparto, así como en educación sexual y reproductiva, acceso a servicios de planificación y métodos anticonceptivos y educación para la igualdad que modifique los roles sexuales y su impacto en la sexualidad y la conformación de familias.

Con el objetivo de garantizar un servicio público de salud accesible y universal, y eliminar el exceso de fragmentación en proveedores de salud, el gobierno ecuatoriano diseñó e implementó el *Modelo de Atención Integral de Salud* (MAIS) que pretende garantizar el derecho a la salud para toda la población, con un enfoque comunitario, familiar, pluricultural y de género, basado

en la estrategia de *Atención Primaria de Salud* (APS). Un primer paso es el proyecto *Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud*, mediante el cual se han puesto en marcha estrategias para mejorar y aumentar las infraestructuras, equipamientos, y dotación de personal, así como la mejora de las redes informáticas, de manera que se facilite el acceso geográfico y financiero a los servicios de salud en todo el territorio, teniendo como meta alcanzar 1.232 unidades de atención primaria de salud en 2016 frente a las 381 existentes en 2012. Un pilar fundamental de la atención en salud, en el marco de la *Ley de Maternidad Gratuita*, es la atención médica gratuita a todas las mujeres durante el embarazo, parto y postparto, así como la atención a los recién nacidos y los menores de 5 años.

3. El cuidado como eje vertebrador de la protección social.

En la construcción del piso de protección social, Ecuador presenta una buena práctica al integrar los procesos de inclusión económica, la capacitación y el cuidado. De este modo, incorpora los cuidados como eje vertebrador, atendiendo tanto a la población infantil de 0 a 3 años, como a la población dependiente ya sea por discapacidad o por edad avanzada. No obstante, el sistema de cuidado en el país ha estado fragmentado, pues corresponde a un conjunto de intervenciones específicas llevadas a cabo por distintos ministerios. Por ejemplo, las acciones encaminadas a desarrollo infantil y atención de adultos mayores son lideradas por el MIES; las acciones de nutrición por varios ministerios -MSP, MCDS y MIES-; la atención a personas con discapacidad por la Vicepresidencia, MIES y MSP, y la atención a enfermedades “catastróficas” por el MSP. Asimismo, intervienen otras instituciones públicas como los *Consejos Nacionales de Igualdad*, entre los que destacan la *Comisión de Transición para la Definición de la Institucionalidad Pública que Garantice la Igualdad entre Hombres y Mujeres*; el *Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades del Ecuador*, y el *Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia*. El reto fundamental es articular estas intervenciones específicas en un sistema único, lo que demanda esfuerzos de institucionalidad, coordinación y complementariedad. Entre los servicios y la población actualmente atendida, destacan:

- Los servicios de Desarrollo Infantil Integral (DII) de niñas y niños menores de 3 años, que cuentan con dos modalidades:

- *Centros Infantiles de Buen Vivir* (CIBV),
- y la Atención Domiciliaria no Institucionalizada denominada *Creciendo con Nuestros Hijos* (CNH).

Estos servicios se desarrollan de forma integrada con programas de alimentación, salud y educación, como el programa *Acción Nutrición* que está logrando un descenso acusado de la desnutrición infantil, y actualmente hay 3.500 CIBV y 4.000 misiones CNH. Para la infancia mayor de 3 años algunos de estos aspectos se abarcan desde el ámbito educativo, como el *Programa de Alimentación Escolar*—componente específica del MIES al programa *Acción Nutrición*—, que en el año 2013 entregó el desayuno y refrigerio para 2.3 millones de estudiantes de educación inicial distribuidos en más de 18.000 unidades educativas a escala nacional.

- Atención gratuita a personas con discapacidad en condiciones de pobreza/extrema pobreza a nivel nacional. El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) presta a través de centros de administración directa y entidades cooperantes en las tres modalidades de atención: *Centros Diurnos de Desarrollo Integral para Personas con Discapacidad* (8 centros de administración directa y 31 administrados a través de convenios con sectores privados y de la sociedad civil), *Centros de Referencia y Acogida* (10 administrados a través de convenios con sectores privados

y de la sociedad civil), Atención en el Hogar y la Comunidad (prestados fundamentalmente por los gobiernos autónomos municipales). El Programa *Solidaria Manuela Espejo* ha facilitado la identificación y atención a las personas con discapacidad, provee de ayudas técnicas, prótesis y órtesis, y ayudas para adaptación de las viviendas; diagnósticos tempranos, inserción laboral y el *Bono Joaquín Gallegos* para familiares que atiendan a personas con discapacidad severa.

- Centros gerontológicos distribuidos en todo el país que atienden a población mayor adulta. Se trata de 139 centros que dan cobertura a 10.316 personas, cofinanciados por el MIES y con dos modalidades: residencia o larga estancia y diurno / familiar. El objetivo es favorecer su autonomía y una vejez digna, principalmente incluido en el seno de la familia y la comunidad. Para lograr este objetivo se está fortaleciendo la atención en la familia y la conformación de redes locales de apoyo a la persona adulta mayor y su familia.

- La extensión de las transferencias por vejez ha estado acompañada de ampliaciones en la cobertura de servicios fundamentalmente de salud. En este marco han tenido lugar modificaciones en las normativas de acceso para los aportantes y sus familias y también se han establecido acciones y metas específicas para la expansión en la red de servicios de salud y cuidados para los adultos mayores y en el año 2011 el Ministerio de Salud Pública aprobó el *Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores, incluye envejecimiento activo y saludable, 2011-2013* en el cual se establecían las estrategias para poner en marcha las *Políticas Integrales de Salud de los Adultos Mayores*.

4. Otras políticas de protección, promoción social o servicios sociales.

Otros programas que si bien no están en el ámbito de las garantías básicas de protección social contribuyen a mayores cotas de protección social son los *Bonos Vivienda (Rural y Urbana)* del Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, que facilitan crédito para la construcción o mejora de viviendas a la población de quintiles más bajos con criterios de habitabilidad y acceso a recursos de agua, alcantarillado y electricidad.

En el ámbito educativo la extensión de la educación pública gratuita permite un mayor acceso a la educación del conjunto de la población. Contempla programas de becas al estudio, entre éstas aquellas específicas para dependientes del Bono de Desarrollo Humano (BDH), que pretende democratizar el acceso a la educación superior –en EGB y bachillerato no existen becas sino un incremento de oferta y eliminación de barreras de acceso-, disminuir la deserción universitaria y apoyar a los estudiantes de excelencia para que dediquen integralmente su tiempo y esfuerzos a la formación universitaria.

Cuadro 29. Principales elementos descriptores de la Transferencia Monetaria Condicionada “Bono de Desarrollo Humano” (Familiar).

4. Identificación.				
1.10. Nombre del programa: Bono de Desarrollo Humano. BDH. Transferencia familiar.				
1.11. Objetivos: Ampliar el capital humano y evitar la persistencia de la pobreza, garantizar a los núcleos familiares un nivel mínimo de consumo, disminución de los niveles de desnutrición crónica (niñas y niños hasta 5 años), promover la reinserción escolar y asegurar la asistencia a clases de niñas, niños y adolescentes de 5 a 18 años.				
1.12. Localización geográfica o territorial: Nacional.				
1.13. Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–	1. Ministerio de Inclusión Económica y Social	2.	3.	4.
1.14. Financiación –totales y %–:	1. USD 621.405.990 100% Actualmente el monto es de	2.	3.	4.

		alrededor de 266 MM anuales.										
1.15. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos		El Ministerio de Inclusión Económica y Social administra, coordina y ejecuta el programa. El seguimiento se realiza fundamentalmente a través del <i>Registro Interconectado de Programas Sociales</i> , del Ministerio Coordinador de Desarrollo Social.										
1.16. Participación de la sociedad civil en el diseño.												
1.17. Porcentaje sobre gasto social		8,5%	1.18. Porcentaje sobre el PIB		0,66%							
5. Población beneficiaria:												
5.1. Criterios de focalización:	Prueba de medios indirecta: familias en pobreza extrema.		Registro Social elaborado a partir de las Encuestas de Hogares y el instrumento de registro social.									
5.2. Condiciona- lidades, en su caso:	Educación: matricular a sus hijos e hijas entre 6 y 15 años y que logren el 90% de asistencia escolar.		Salud y Nutrición: Las familias con niños menores de 6 años, deberán realizar visitas periódicas de los niños a los centros de salud.		¿Se establece la responsabilidad en algún miembro de la familia? Madres.							
5.3. Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.												
2.3.1. Población perceptora del bono, total y por sexo, absolutos y %.		Total	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos por jefatura, absolutos y %	Jefatura mujeres	Jefatura hombres					
		1.026.114	94%	6%								
5.4. Criterios de egreso.		- superar la pobreza extrema.			5.5. Personas que finalizan el programa.	Mujeres	Hombres					
5.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.		El Ministerio de Inclusión Social y Económica dispone de varios instrumentos para el desarrollo, evaluación y control del programa: El Registro Social que permite consultas instituciones y de la ciudadanía, así como modificación de datos y emitir quejas y sugerencias; los <i>Puntos de Atención Información y Servicios (P.A.I.S.)</i> , son las unidades territoriales para la gestión, planificación y atención que tienen como objetivo informar con coherencia y claridad sobre los programas y servicios del MIES y los relacionados con otros Ministerios del sector social. El <i>Servicio Centros de Llamadas</i> para brindar información a las personas que tengan consultas o requerimientos relacionados con los programas y servicios.										
6. Componentes en relación a la población beneficiaria:(Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)												
6.1. Estímulo a la demanda: El programa incorpora metodologías para sensibilizar en la corresponsabilidad, como talleres, radionovelas y material de difusión impreso.						6.2. Estímulo a la oferta: servicios esenciales.						
6.2.1. Transferencias monetarias				6.2.2. Transferencias en especie				6.2.3. Programas de capacitación profesional				
a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez		a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez		Observaciones en relación a los servicios esenciales:
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	
X	X							X	X			
6.3. Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:												
6.3.1. Ámbito local o comunitario. Equipos de trabajo social, personal centros de atención de salud y personal de los CIBV para seguimiento de condicionalidades.						6.3.2. Ámbito regional o nacional. Crédito Desarrollo Humano; Acción Nutritiva; Protección Social Especial, Bono Descuento; Plan Familia; Programa de Economía Popular y Solidaria.				6.3.3. Ámbito internacional. Cooperación técnica del BID para el Plan Familia.		

9. Perú

La Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social impulsada en Perú, “*Incluir para Crecer*”, está basada en el ciclo de la vida, previendo necesidades diferenciadas según etapas etarias. Se inscribe en el área de competencia del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) y se define como una política focalizada y temporal en el marco de la política social, universal y permanente. La estrategia parte de la necesidad de que las diferentes instancias y niveles de gobierno compartan criterios de focalización, para lo cual el MIDIS formula lineamientos generales que deben ser el marco para la articulación de actuaciones coordinadas

de diferentes instancias gubernamentales. Para la focalización de los programas sociales cuenta con el Sistema de Focalización de Hogares(SISFHO), dependiente del MIDIS, que administra una base de datos socioeconómica única que permite priorizar la atención a hogares en situación de pobreza o extrema pobreza e implica la coordinación del MIDIS, a través de la Unidad Central de Focalización, las municipalidades y los programas sociales.

Los objetivos estratégicos de *Incluir para Crecer* son 5: reducir la prevalencia de la desnutrición en menores de 3 años; incrementar los niveles de desarrollo en la primera infancia; incrementar competencias para toda la infancia y adolescencia; incrementar el ingreso autónomo de los hogares y la protección y bienestar de las personas adultas mayores. Es decir, se articulan en consonancia con las garantías básicas del piso de protección social, si bien no se mencionan de forma directa los ingresos a personas con discapacidad ni el acceso a cuidados básicos de salud a toda la población.

La mayor parte de los programas que se pueden inscribir en el piso de protección social se enmarcan en el MIDIS, si bien hay otros ministerios implicados, de forma directa como el Ministerio de Salud (MINSA) en lo concerniente a la garantía básica de salud esencial, a través del Seguro Integral de Salud (SIS), y el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), que desarrolla programas de promoción e inclusión social que incorporan elementos de atención y cuidado en los grupos etarios de la niñez y la población adulta mayor como son el Programa Nacional Yachay, enfocado en niños, niñas y adolescentes en situación de calle, el Programa Vida Digna, y el Programa de Pensión No Contributiva para Personas con Discapacidad Severa en situación de pobreza. Adicionalmente, el MIMP elabora el *Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017(PLANPAM)* que integra elementos de protección social, salud, cuidados, derechos de participación y ciudadanía, ocio, cultura y tiempo libre. El PLANPAM incorpora como uno de los enfoques rectores el de igualdad de género, situando las desigualdades y las relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres como la causa de la diferente situación de las mujeres y la fundamentación para prever estrategias específicas en el plan. Es por ello que las intervenciones para abordar la problemática de la mujer adulta mayor deben considerar su inclusión en los servicios de protección social del país, facilitar el acceso a la identidad (*Documento Nacional de Identidad*), inclusión prioritaria de mujeres adultas mayores en los programas de transferencias monetaria, en el *Seguro Integral de Salud* (SIS), programas alimentarios, microcréditos, micro emprendimientos y protección frente a las situaciones de maltrato y violencia. Si hacemos un rápido barrido de lo que el Estado peruano ha invertido en estos programas tenemos que el MIDIS cuenta con un presupuesto de 1.256 millones de dólares durante el presente año, el MINSA destinó en 2015 un total de 483 millones de dólares para dar cobertura a 16 millones de afiliados y afiliadas y el MIMP allocó poco más de 39 millones de dólares para las iniciativas anteriormente señaladas.

1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.

En el año 2001 se fusionan el *Seguro Escolar Gratuito* y el *Seguro Materno Infantil* en el *Seguro Integral de Salud* (SIS), que tiene como finalidad proteger la salud de las personas que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, así como las mujeres embarazadas que no cuenten con otro seguro de salud y los niños y niñas hasta 5 años, como parte de la estrategia nacional de reducción de la mortalidad/morbilidad materna e infantil. El SIS da cobertura a un

paquete de básico de salud, el *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud* (PEAS) que es facilitado por los establecimientos públicos del MINSA. Este paquete, si bien incorpora la atención al embarazo, parto y post-parto, no incorpora salud sexual y reproductiva, lo que tiene consecuencias en el alto número de embarazos no deseados que tienen lugar en Perú. Por lo demás, cuando se da algún tipo de iniciativa aislada en materia de salud sexual y reproductiva se centra en las mujeres, como únicas responsables de evitar un embarazo no deseado, lo que deja fuera del problema y, por ende, de la solución, a los hombres, que continúan sin asumir su responsabilidad en la prevención de embarazos no deseados.

Cuadro 30. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Perú.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión ³⁰ / % PIB
Juntos. Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres. En vigor desde 2005.	Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)	Contribuir a la reducción y evitar la reproducción de la pobreza. Generar Capital Humano.	Reducción de la pobreza. Desarrollo humano. Maternalista: son las madres quienes asumen el compromiso de las condicionalidades.	Hogares en situación de pobreza con menores hasta 19 años y gestantes.	2012: 697 millones de nuevos soles. (0,16% PIB)
Seguro Integral de Salud (SIS). Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). En vigor desde 2001.	Ministerio de Salud (MINSA)	Acceso gratuito a la salud a todos los residentes a través del PEAS.	Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Focalización progresiva sobre criterios de pobreza y extrema pobreza.	- Población catalogadas como pobres o muy pobres según el sistema SISFHO - Afiliación automática a todos los menores de 5 años no cubiertos por otro seguro. - Madres gestantes.	2012: 544,29 millones de nuevos soles. (0,12% PIB)
Programa Nacional de Asistencia Solidaria. Pensión 65. En vigor desde 2011.	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (MIDIS)	Otorgar protección a las personas adultas mayores de más de 65 años de edad que carezcan de las condiciones básicas para su subsistencia e incrementar su acceso a los servicios de salud a través de su afiliación al SIS	Marginalidad y vulnerabilidad de personas adultas mayores sin ingresos propios. Progresión hacia la universalidad de los servicios básicos.	Población por encima de 65 años en situación de extrema pobreza y extrema pobreza 2015: 474 mil personas perciben el aporte del programa Pensión 65.	2012: 257 millones de nuevos soles. (0,06% PIB)
Programa de Complementación Alimentaria . En vigor desde 2011.	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (MIDIS)	Otorgar un complemento alimentario a la población en situación de pobreza, extrema pobreza, riesgo y vulnerabilidad a través de las organizaciones sociales de base constituidas formalmente, instituciones públicas y privadas sin fines de lucro.	Mejora de capacidades.	Niños(as) y personas adultas mayores, personas con TBC y/o discapacidad en situación de riesgo moral y/o abandono y víctimas de violencia familiar y política.	2012: 628 millones de nuevos soles (0,14% PIB)

³⁰ Datos obtenidos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), excepto para el SIS. <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/sociales/> Consulta realizada el 27 de octubre de 2015.

Programa de Alimentación Escolar. QaliWarma. En vigor desde 2012.	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (MIDIS)	Mejorar la ingesta de alimentos de los niños y niñas a partir de los 3 años en los niveles de educación inicial y primaria en instituciones educativas públicas. En el caso de la Amazonía peruana, la ayuda de facilita además a los y las escolares de secundaria de las poblaciones indígenas.	Modelo de cogestión con la participación articulada y la cooperación entre actores de la sociedad civil y sectores público y privado.	Escolares de primaria y secundaria. En 2015 cerca de 3,5 millones.	2013 (previsión): 1313 nuevos soles (0,28% PIB)
Programa Cuna Más. En vigor desde 2012 CIAI, centros de cuidado diurno y hogares de cuidado diurno.	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (MIDIS)	Mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y extrema pobreza para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional	Focalización en zonas de pobreza y extrema pobreza, en áreas rurales. 2015: más de 55.000 niños y niñas tomaron parte del Programa	Atención integral a niñas y niños de 6 a 36 meses de edad: atención alimentaria y nutricional, cuidado integral de la salud y aprendizaje infantil. Servicio de acompañamiento a familias.	2012: 169 millones de nuevos soles (0,04% PIB)

El SIS cuenta con cuatro modalidades: SIS Gratuito (que cubre a las personas beneficiarias del *Programa Juntos* y a todas las niñas y los niños menores de cinco años y a las mujeres gestantes, así como a las personas calificadas como pobres o extremadamente pobres según el SISFHO), SIS Emprendedor, SIS Microempresas y SIS Independiente, la primera subsidiada en su totalidad y las otras tres semi-contributivas. La afiliación subsidiada alcanzaba en 2015 a más de 16 millones de personas, mientras que las otras modalidades semi-contributivas o semi-subsidiadas, apenas alcanzaban 34 mil personas.

Por sexo, las mujeres presentan mayor porcentaje de aseguramiento que los hombres, 71,3% frente al 66,7% en el año 2014, siendo superior también en el SIS gratuito 41,6% mujeres frente al 36,3% de los hombres, y apenas inferior en EsSalud 24,5% frente al 24,6%. La población que tiene autoempleo independiente, mayoritariamente en el sector informal, donde predominan las mujeres, presentan una cobertura muy baja en salud, o están cubiertas por el régimen subsidiado del SIS. Asimismo, una encuesta del MINSA muestra que pese a la gratuidad de la atención en el marco de la Política de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), todavía persisten barreras de acceso a los servicios de salud, afectando particularmente a las poblaciones dispersas en las regiones de la Amazonía y la Sierra. El 14 % de las personas que no van a los servicios de salud no lo hacen por la lejanía de estos respecto a su domicilio y un porcentaje similar, por falta de confianza o demora en la atención (MINSA, 2012). Adicionalmente, es importante señalar que las barreras de tipo intercultural (que el servicio de salud cuente con personal médico que atienda en otros idiomas distintos al español, por ejemplo) y de género (que allí personal médico disponible en los controles de embarazo, durante el parto y el postparto) suponen también una de las razones por las que las personas afiliadas al SIS no acuden a los servicios médicos.

La población adulta mayor ha incrementado considerablemente la cobertura en salud en los últimos años, situándose en 2013 en el 71% para el total de los regímenes, siendo la cobertura del SIS del 46%. Para favorecer la ampliación de la cobertura, el MINSA, el MIDIS y el SIS suscribieron un Convenio Marco Interinstitucional que busca que todas las personas beneficiarias del *Programa Nacional Pensión 65*, accedan a un seguro integral de salud. Para

favorecer la accesibilidad se están instaurando establecimientos de salud diferenciados para la atención de la población adulta mayor, alcanzando en 2013 al 48% de las regiones del país.

2. Seguridad básica del ingreso de los niños y las niñas.

El *Programa Juntos* destaca por su organización descentralizada con una importante participación de la sociedad civil y las comunidades, principalmente de las mujeres, por su focalización comunitaria, dado que muchos beneficiarios potenciales carecen de identificación oficial, y por la responsabilidad social y control ciudadano que el programa conlleva (OIT, 2014d). La cobertura del programa ha aumentado considerablemente, cubriendo geográficamente todo el país y contando con un número de beneficiarios de 750.000 hogares en el 2016. El programa tiene contacto con los distintos programas públicos y con el MIMP; sin embargo, éste se limitó a la distribución de alimentos, nutrición y acceso a los documentos de identidad en vez de integrar en el programa la política de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. En el diseño del programa no hay objetivos con respecto al empoderamiento de las mujeres, ni resultados relacionados a la igualdad y equidad de las mujeres, ya que el programa no propone transformar las relaciones de género (Ponde et al., 2013). No obstante un estudio realizado en 2014 por el Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE) concluía que sí pueden observarse efectos de empoderamiento en las mujeres en relación al poder de negociación en la familia y ha modificado la estructura en un nivel básico de la toma de decisiones, sin embargo, algunas mujeres aún esperan que sus parejas tomen las decisiones debido a la costumbre de «no retar al hombre» (Ponde et al., 2013). En cambio las mujeres no ven oportunidades para mejorar en el ámbito laboral. Ellas saben que el trabajo es importante para salir adelante y mucho más cuando es remunerado; sin embargo, las posibilidades de contar con un trabajo formal y remunerado son escasas en la localidad de residencia, principalmente porque no existen fuentes laborales a las que se pueda acceder. La capacidad de negociación para distribuir las tareas dentro del hogar depende de cada familia y de sus costumbres. En muchos casos, las mujeres consideran que «el hombre es para la chacra y la mujer, para la casa». Las usuarias sienten que pueden organizar su tiempo para cumplir con todas las responsabilidades del programa, principalmente cumplir con los controles médicos de los hijos e hijas, garantizar su continuidad en la escuela y asistir a las reuniones que convoca el Programa cuando sea necesario. (Alcázar Valdivia L, y Espinoza Iglesias K, 2014).

El *Programa Juntos* se complementa con otros programas que realizan transferencias en especie: el programa *Qali Warma*, integrado por el *Programa Integral de Nutrición* (PIN) y el *Programa de Complementación Alimentaria* (PCA) y el *Programa Cuna Más* implica, junto a la alimentación, nutrición, salud y educación, una alternativa de cuidado para menores. El PCA da cobertura, además de la población infantil, a personas adultas mayores, personas con discapacidad en situación de riesgo moral y abandono, y víctimas de violencia familiar y política.

La evaluación realizada por el MIDIS en 2014, *Juntos en cifras, 2005-2014*, arroja valoraciones muy positivas en la erradicación de la malnutrición, el aumento de escolaridad, reducción de la pobreza extrema y un mayor uso de los servicios de salud. Los datos relativos a usuarios y población beneficiaria presenta datos segregados por sexo en relación a quien es titular de la transferencia (98% mujeres) y a los progresos en conclusión de educación primaria y secundaria. En educación primaria es muy similar para hombres y mujeres, si bien hay un mayor incremento en el área rural en la población masculina. En educación secundaria, es superior la conclusión de estudios entre las mujeres en el grupo de edad de 17-19 años [70,7%

frente a 67,8%], mientras que en el grupo de 20 a 24 años se invierte [80,9% frente a 83,1%]. Ofrece también datos segregados por etnia, en función del idioma en los hogares afiliados: uno de cada tres hogares perceptores de la transferencia está integrado por población indígena, siendo el grueso quechuas y en mucha menor medida, aimaras e indígenas amazónicos.

3. Seguridad básica del ingreso para personas en edad activa e inserción laboral.

No existe ni en el régimen contributivo ni en el no contributivo el seguro de desempleo o prestaciones similares para personas carentes de ingresos. Sí existe un beneficio social a cargo del empleador, para aquellas personas que cuentan con un empleo formal, llamado Compensación por Tiempo de Servicios (CTS) consistente en un salario por año trabajado que el empleador entrega al trabajador al finalizar la relación laboral. Esta medida aplica únicamente para el sector privado, y están excluidas las personas que trabajan menos de cuatro horas y algunos colectivos, como las empleadas domésticas. Sí que existe un programa específico, *Impulsa Perú*, de promoción de oportunidades laborales que brinda, entre otros servicios, capacitación para la inserción laboral a través de la mejora de la empleabilidad a personas en desempleo o en riesgo de desempleo. En el año 2014 fueron 3.572 las personas beneficiarias de esta capacitación, siendo similar la participación de mujeres y hombres (51% hombres – 49% mujeres) pero con una acusada segregación sexual en los cursos: las mujeres apenas se integran en los cursos de construcción, electricidad, soldadura, telecomunicaciones y similares, y están sobrerrepresentadas en formación como auxiliar o asistentes en textil, cocina, agro y comercio, mientras que los hombres apenas cursan formación en textil, empackado, cocina, artesanía marina y similares, y predominan en formación como operarios calificados (*Anuario estadístico 2014*, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo).

La Estrategia *Incluir para crecer*, como ya se mencionó, integra como uno de sus ejes incrementar el ingreso autónomo de las personas en edad de trabajar, y es a través del *Fondo de Cooperación para el Desarrollo* (FONCODES) que desarrolla programas de fomento del empleo en coordinación con el *Programa Juntos*. Así, el programa *Mi chacra productiva*, creado en 2009, se ha integrado desde 2012 en los proyectos *HakuWiñay / NoaJayatai* (Vamos a crecer) que tienen como objetivo desarrollar las capacidades productivas y de gestión de emprendimientos en hogares rurales que conducen sistemas de producción familiar de subsistencia, en territorios en situación de pobreza y extrema pobreza, principalmente donde opera el *Programa Juntos*, con la finalidad de contribuir a la generación y diversificación de sus fuentes de ingresos en tres líneas: fortalecimiento de los sistemas de producción familiar, mejora de vivienda saludable, promoción de negocios rurales y fomento de capacidades financieras. Durante los dos primeros años se han invertido 215 millones de nuevos soles en proyectos productivos de más 59 mil hogares, destacando proyectos de mejora de cultivos, huertos, instalaciones de riego técnico, producción de abonos orgánicos, pastos, crianza de ganado y gallinas. De la evaluación realizada hasta ahora por el FONCODES no se pueden extraer conclusiones respecto al grado de emprendimiento y empleo entre las mujeres, si bien al ser las principales receptoras del *Programa Juntos*, es posible que esté habiendo un impacto de género positivo.

Desde las políticas de empleo del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo se desarrollan tres grandes programas de generación de empleo: *Perú trabaja*, que ha generado cerca de 471.000 empleos temporales desde 2006 entre población desempleada o subempleada en condiciones de pobreza o extrema pobreza, financiando proyectos de infraestructura básica con el uso intensivo de mano de obra no calificada, en zonas rurales y urbanas; *Jóvenes Productivos*

–*Jóvenes a la Obra*, que en 2013 benefició a 20.042 jóvenes, en mayor medida a mujeres (63%) y el programa *Vamos Perú*, para la mejora de competencias y empleabilidad a través de la capacitación y certificación a personas sin educación formal, del que se beneficiaron algo más de 8000 personas en 2013, siendo las mujeres el 53%.

Ese conjunto de programas contribuye indudablemente a mejorar la empleabilidad de la población desempleada que no puede obtener ingresos suficientes, sin embargo debería complementarse con un sistema de seguro de desempleo obligatorio para constituir una garantía de seguridad básica para el conjunto de la población desempleada del Perú.

En cuanto a las personas que cuentan con un trabajo formal, se pueden beneficiar de un permiso de maternidad de 14 semanas para las mujeres y apenas un par de días para los hombres, así como acceso a una serie de prestaciones en caso de accidente o enfermedad laboral, según el tiempo trabajado y la remuneración del trabajador o la trabajadora.

4. Seguridad básica del ingreso para las personas de edad.

El *Programa Pensión 65* asegura unos ingresos básicos a la población mayor de 65 años en situación de pobreza y extrema pobreza y que no perciben pensión de ningún tipo ni subvenciones o prestaciones económicas del seguro social de salud. Actualmente da cobertura a 474,000 personas adultas mayores, siendo percibida por más mujeres 260,919 (55%) que hombres 213,081 (45%). Si bien el programa no brinda directamente servicios de salud su contribución está orientada a la articulación con los servicios de salud del MINSA a través de la afiliación de estas personas al SIS, con énfasis geriátrico y de atención integral a la población adulta mayor, impulsadas a través de campañas divulgativas e informativas. Estas coordinaciones con el MINSA han supuesto un crecimiento en atenciones de salud de carácter preventivo de 7.4% (2012) a 25.2% (2014).

5. El cuidado.

La educación inicial está dirigida a niños y niñas entre 0 y 6 años y, tal como consta en la Constitución de 1993 y la Ley General de Educación de 2003, además de obligatoria, en las escuelas públicas debe ser gratuita. Está compuesta por dos ciclos: el primero para niños menores de 2 años y el segundo para los niños entre 3 y 5 años. Este nivel se imparte en guarderías y jardines infantiles públicos y privados. Pero la cobertura es muy baja, sólo el 4% de los niños y niñas entre 0 y 2 años y el 66,2% de aquellos entre 3 y 5 asistían en 2008 a la educación inicial.

El *Programa Cuna Más* es un programa social focalizado a cargo del MIDIS, cuyo objetivo es mejorar el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 3 años de edad en zonas de pobreza y extrema pobreza, para superar las brechas en su desarrollo cognitivo, social, físico y emocional. La población destinataria, además de la anteriormente mencionada, son las hijas y los hijos de madres que trabajan y/o estudian o que requieran de espacios que promuevan su desarrollo integral. El servicio se brinda de lunes a viernes, durante 8 horas diarias en los CIAI, Centros de Cuidado Diurno y hogares de cuidado diurno y ofrece cobertura a más de 55 mil niñas y niños en 599 distritos del país a través de 3.440 locales cuna. Se sustenta en un modelo de co-gestión Estado – comunidad, a través de los Comités de Gestión (CG), órganos conformados por miembros de la comunidad para la administración de los servicios *Cuna Más*.

La población adulta mayor cuenta con centros de diversa índole y diferentes adscripciones ministeriales que ofrecen asistencia, información, atención integral y cuidados a las personas mayores, articulados todos ellos a través de la *Comisión Multisectorial del PLANPAM 2013-2017*. Desde el punto de vista del cuidado destacan dos tipos de centros: los *CARPAN (Centro de Atención Residencial para personas adultas mayores)* que a su vez cuenta con dos modalidades (gerontológicos y geriátricos) y que son en casi su totalidad de titularidad privada, y los *CIAM Centro Integral de Atención al Adulto Mayor* espacios municipales de prestación, coordinación y articulación, intra e interinstitucional, de servicios básicos integrales y multidisciplinarios, cogestionados con las familias. El PLANPAM prevé también necesidades en relación a los servicios de cuidado que se proveen al interno de los hogares, y así establece como una acción específica el fortalecimiento de las capacidades de estas personas cuidadoras, que incluye la capacitación, apoyo y orientación básica, así como la certificación de competencias laborales. Las personas cuidadoras que son certificadas son todas mujeres.

Desde el punto de vista de la intersección entre cuidado, protección social y género, destacan los *CEM (Centro de Emergencia Mujer)*, puesto que las mujeres adultas mayores, así como las niñas, las adolescentes y las mujeres adultas, presentan índices muy altos de violencia y maltrato (MIMP, 2013). Se trata de servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para mujeres de cualquier edad víctimas de violencia familiar y sexual, en los cuales se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica. Se procura la recuperación del daño sufrido y se presta asistencia social. Asimismo, se realizan actividades de prevención a través de capacitaciones, campañas comunicacionales, formación de agentes comunitarios y movilización de organizaciones.

Cuadro 31. Principales elementos descriptores del *Programa Juntos*.

7. Identificación:				
1.19. Nombre del programa: Juntos. Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres.				
1.20. Objetivos: Contribuir a la reducción de la pobreza y evitar que los hijos y las hijas sigan viviendo en la pobreza que afectó a sus padres y como propósito generar Capital Humano dentro de los hogares en situación de pobreza y pobreza extrema, en un marco de corresponsabilidad hogar – Estado, mediante la entrega de incentivos para el acceso y uso de servicios de salud – nutrición y educación; bajo un enfoque de restitución de derechos básicos, con la participación organizada y la vigilancia de los dirigentes sociales de la comunidad.				
1.21. Localización geográfica o territorial: Nacional.				
1.22. Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–	1.MIDIS	2.	3.	4.
1.23. Financiación –totales y %–:	1.	2.	3.	4.
1.24. Mecanismos de dirección y /o coordinación previstos	Dirección y lineamientos generales: MIDIS. Coordinación interministerial a través de la Estrategia Nacional de Desarrollo y Desconcentración territorial: coordinación con gobiernos provinciales y distritales a través de los Equipos de Enlace Regional.			
1.25. Participación de la sociedad civil en el diseño.				
1.26. Porcentaje sobre gasto social		1.27. Porcentaje sobre el PIB		
8. Población beneficiaria:				
8.1.Criterios de focalización:	Geográfica: distritos cuyos niveles de pobreza sean iguales o superiores al 40%.	Hogares: en pobreza y pobreza extrema de acuerdo con el punto de corte definido por el algoritmo vigente del SISFHO.	Hogares: con hijos/hijas hasta 19 años o gestante. Prioridad 0 - 36 meses.	Poblaciones indígenas, localizadas en comunidades campesinas y nativas del área andina, amazónicas y de zonas fronterizas.
8.2.Condicionalidades:	Educación. Matrícula escolar y asistencia al 85% de las clases.	Salud y nutrición. Controles pre y post natales. Controles de salud a menores de 5 años.	Identidad. Contar con los documentos de identidad.	¿Se establece la responsabilidad en algún miembro de la familia? Madres.
8.3. Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.				
2.3.1. Población atendida por sexo, absolutos y %.	Total	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos por jefatura,
	807.552	765.426	42.126	
Usuarios titulares de				
	807.552	765.426	42.126	

	la TMC. (2014)		(94,8%)		(5,2%)		absolutos y %										
	Menores comprendidos en el programa (2013)		0-4 años		5-9 años		10-14 años		15-19 años		Total						
		348.321		530.997		620.013		477.694		1.977.025							
8.4. Criterios de egreso.		- Cuatro años de percepción, prorrogables otros cuatro tras recertificación. -Finalización estudios o cumplir los 19 años.						8.5. Personas que finalizan el programa.		Mujeres		Hombres					
8.6. Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.		La lista ordenada de hogares focalizados es presentada ante la Asamblea Comunal de Validación, con la participación de una o un conjunto de comunidades y tiene como objetivo validar en consulta pública la información respecto de los criterios categóricos de hogares censados y no censados. Los resultados de la Asamblea se registran en un acta de Asamblea Comunal.															
9. Componentes en relación a la población beneficiaria:(Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)																	
9.1. Estímulo a la demanda:												9.2. Estímulo a la oferta: servicios esenciales.					
9.2.1. Transferencias monetarias						9.2.2. Transferencias en especie						9.2.3. Programas capacitación profesional		c)	d)	e)	f)
a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez		a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez							
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	Observaciones en relación a los servicios esenciales:			
X	X																
9.3. Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:																	
9.3.1. Ámbito local o comunitario. Instituciones educativas y establecimientos de salud para el control de las condicionalidades.						9.3.2. Ámbito regional o nacional. Con todos los Ministerios que tengan actuación en promoción, protección social, servicios sociales y servicios a la comunidad.						9.3.3. Ámbito internacional.					

10. Venezuela

El *Segundo Plan Socialista de la Nación, Plan de la Patria 2013-2019*, da continuidad a los planes y programas de la Revolución Bolivariana y Socialista en las últimas dos décadas y modifica la estructura de los programas no contributivos de protección social, denominadas *Misiones*.

Las misiones sociales surgieron en 2003 a fin de atender a los sectores populares del país en áreas donde existieran altos déficits de atención de las políticas sociales. Las misiones de mayor envergadura, hasta 2014, son: i) *Barrio Adentro*, orientada a la atención primaria en materia de salud; ii) *Robinson I y II*, destinada a la alfabetización y los estudios primarios; iii) *Ribas*, de educación media; iv) *Sucre*, de educación superior; v) *Alimentación*, que desde 2003 ha distribuido alimentos a 21 millones de personas, el 69% de la población del país; vi) *Vuelvan Caras*, dedicada a la capacitación en producción y cooperativismo, y desde 2012 fusionada con la *Misión Che Guevara* en la *Gran Misión Saber y Trabajo*, vii) *Hábitat*, focalizada en la tierra, la vivienda y los proyectos urbanos, y desde 2011 fusionada con la *misión Villanueva en la Gran Misión Vivienda Venezuela*, viii) *Madres del Barrio* y ix) *Hijos e Hijas de Venezuela*. También se incluyen áreas innovadoras para el desarrollo social, como la cultura y el deporte, en las misiones *Cultura*, *Barrio Adentro Deportivo* y *Música*.

La *Gran Misión Hogares de la Patria* constituye una fusión, efectuada en junio de 2014, de las misiones *Madres del Barrio*, *Hijos e Hijas de Venezuela*, *Niños y Niñas del Barrio* y *Niño Jesús* y de la *Fundación Nacional El Niño Simón*, todas ellas orientadas a la protección y garantía de los derechos sociales en los hogares en situación de pobreza. La *Gran Misión Hogares de la Patria* es una estrategia de lucha contra la pobreza con enfoque de derecho que se estructura en cuatro ejes: protección social, formación, inclusión del pueblo en los procesos productivos y convivencia.

Las líneas del eje de protección social son garantizar el acceso a bienes y servicios, con enfoque de derechos humanos, la territorialización de los servicios de atención, el desarrollo de programas para la conciencia crítica y la articulación de esfuerzos para disminuir la pobreza. Entre sus acciones integra una asignación económica mensual, incorporación prioritaria a *Misión Amor Mayor*, planificación familiar y derechos sexuales y reproductivos, promoción y reimpulso de los centros de cuidado inicial en la comunidad, como los derechos de las niñas y los niños y como facilitador del emprendimiento productivo de padres y madres, acompañamiento en la formación de padres y madres, facilitación de medicamentos y útiles escolares, así como diferentes mecanismos de protección para menores en situación de desprotección familiar y mujeres gestantes. Inicialmente se prevé la articulación con la *Gran Misión Vivienda Venezuela* para la mejora del hábitat.

Cuadro 32. Inventario de Programas Sociales que dan o pueden dar cobertura a las garantías básicas de seguridad social en Venezuela.

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa	Población destinataria	Inversión / % PIB
Gran Misión Hogares de la Patria ³¹ . Incorpora una asignación económica por familia.	Vicepresidencia para el Desarrollo Social y Revolución de las Misiones.	Satisfacción de necesidades básicas, en salud, educación, alimentación, deporte, cultura y recreación de familias en situación de pobreza o extrema pobreza Garantizar la territorialización de los servicios de atención para los hogares.	Maternalista: atención integral a la mujer y a la familia.		
Gran Misión Madres del Barrio. Asignación económica mensual en 2013 entre 54,4 y 72,5 US\$.			Maternalista, en su objetivo, en su estructura y en su funcionamiento. El método de focalización es comunitario, a través de los <i>comités Madres del Barrio</i> .	Mujeres que desempeñan trabajos domésticos y tienen familiares dependientes (hijos u otros), cuya familia tenga ingresos menores al costo de la canasta básica alimentaria o no perciba ingresos salariales de ningún tipo.	2013: 139 millones US\$.
Gran Misión Hijos e Hijas de Venezuela. 2011. Asignación		Otorgar ayudas económicas a las familias en pobreza crítica,	Maternalista: el descriptor de familia beneficiaria se estructura en torno a las mujeres.	Hogares con un ingreso familiar inferior al salario mínimo. Cuatro grupos: adolescentes embarazadas,	

³¹ Integra diversas misiones y está en proceso de reestructuración, por lo que se reseñan las anteriores misiones que destacan en protección social.

económica mensual en 2013 entre 15,9 y 72,5 US\$.				mujeres embarazadas, menores de 17 años que vivan en situación de pobreza y personas con capacidades diferentes sin límite de edad.	
Gran Misión Amor Mayor. 2011/12					
Gran Misión Barrio Adentro.					
Simoncitos: Centros de Educación Inicial. 2002.					

1. Garantía básica de acceso a un conjunto definido a nivel nacional de atención de salud esencial.

Son diversas las Misiones que han operado en el área de Salud: *Misión Barrio Adentro 1, 2, 3 y 4, Misión Sonrisa, Misión Milagro, Misión Niño Jesús, Misión Negra Hipólita y Misión José Gregorio Hernández*, ahora agrupadas en la *Fundación Misión Barrio Adentro*. Sobre esta misión se basa la consolidación del *Sistema Público Nacional de Salud*, articulando todos los niveles y ámbitos del sistema de protección, promoción, prevención y atención integral a la salud individual y colectiva,

La *Política Nacional de Salud*, en su definición, incluye políticas específicas de salud sexual y reproductiva, de atención a niños, niñas y adolescentes³².

2. Garantía básicas a los niños y las niñas.

En proceso de tránsito desde las anteriores misiones, se describen someramente las misiones que se integran en la *Gran Misión Hogares de la Patria*, sobre las que se está articulando actualmente.

La *Misión Hijos e Hijas de Venezuela* entrega una asignación económica mensual a hogares con hijos menores de 17 años que estén en condiciones de pobreza, condicionada a la asistencia a centros educativos, en el caso de las hijas e hijos menores a 18 años y de madres menores a 19 años y a centros de salud, en el caso de hijos con discapacidad y mujeres embarazadas. La ayuda se otorga a un máximo de tres hijos por familia.

³² Las autoras del estudio han tenido mucha dificultad en el acceso a la información.

3. Garantía básica de ingresos a personas adultas en edad de trabajar y acceso al empleo.

El objetivo de la *Misión Madres del Barrio*, iniciada en 2006, es apoyar a las mujeres que viven en hogares en situación de pobreza y promover su inclusión productiva exitosa, a fin de que generen ingresos autónomos que les permitan superar dicha condición. Además, la *Misión* promueve la organización local de las mujeres para que participen activamente en el desarrollo social del país. En junio de 2014, la *Gran Misión Hogares de la Patria* beneficiaba a 96.652 madres, más de 600.000 niñas y niños y 410.926 familias, lo que equivale al 5,7% de los hogares del país.

Políticas de empleo.

El *Plan de la Patria* figura como objetivo promover una incorporación de las mujeres en la actividad económica, por medio de políticas de empleo, sin discriminación de ningún tipo y en condiciones laborales óptimas, para lo cual se establece como líneas de acción propiciar la microfinanciación dirigida a mujeres excluidas del sector laboral formal y a las productoras independientes, fomentar la capacidad tecnológica para el trabajo en las mujeres y la realización de la estadística socioeconómica anual en todos los organismos que la produzcan con perspectiva de género, donde la *Misión Madres del Barrio* tiene un papel central.

Una evaluación realizada por el *Centro de Estudios de la Mujer* de la *Universidad Central de Venezuela*, concluye que si bien se identifican logros como la institucionalización de entes micro financieros, la importancia de las mujeres en la economía popular (en los sectores más pobres las mujeres son una fuerza productiva que permite la sobrevivencia de la familia), el reconocimiento de las amas de casa y la educación para el trabajo, las mujeres representan aproximadamente el 60% de quienes reciben capacitación y la mayoría de las estadísticas recolectadas están desagregadas por sexo. Sin embargo, las debilidades son acusadas aún: son pocas las amas de casa beneficiadas, se dispone de poca información estadística para verificar el cumplimiento de este objetivo y dificultad para acceder y obtener información actualizada de los resultados de estas políticas, las experiencias de cooperativas son poco exitosas, debido a la falta de acompañamiento, seguimiento y supervisión y la información es dispersa y poco confiable (CEM-UCV, 2011).

En Venezuela el programa *La Gran Misión Saber y Trabajo* tiene como objetivo la creación de tres millones de puestos de trabajo entre 2011 y 2019 entre personas en desempleo absoluto, en las áreas de vivienda, agricultura, médico-asistenciales, educación inicial y transporte de productos e insumos.

4. Garantía básica de ingresos para personas adultas mayores y personas con discapacidad³³.

5. Cuidado

Los *Centros de Educación Inicial* (CEI), prestan atención pedagógica a menores entre 0 y 6 años, junto a servicios sociales o programas en las áreas de salud, nutrición, asistencia legal,

³³ Las autoras del estudio han tenido mucha dificultad en el acceso a la información.

recreación y otros, para garantizar la educación integral y de calidad, con la participación de la familia y la comunidad. Hay dos tipos de CEI: los *Convencionales*, que brindan atención integral a los niños y niñas en edad maternal de 0 a 3 años y/o en edad preescolar de 3 a 6 años, en horarios de turno integral (8 horas) y 5 horas en la mañana o tarde de lunes a viernes; y los *No Convencionales*, espacios comunitarios que ofrecen atención pedagógica maternal, sin excluir la preescolar a quienes no tengan acceso a la atención convencional, con la participación de docentes y adultos significativos o promotores de las comunidades, fundamentalmente *Madres Integrales*, en locales y espacios diversos que incluyen ambientes comunitarios, hogar familiar y comunitario, ludotecas, centros comunitarios de atención integral y arreglos espontáneos de cuidado infantil. La cobertura es muy desigual en la atención infantil, en el curso escolar 2012/2013 mientras que el 73,7% de menores entre 3 y 6 años estaban escolarizados, apenas el 15,8% de los menores de 0 a 3 años está integrado en algún CEI. Por otra parte la atención en los CEI continúa con el enfoque inicial maternalista que situó a las madres como gestoras principales del programa *Simoncito Comunitario*, de donde ha derivado la creación de los CEI. Delas 23.628 *Madres Integrales* que trabajan en los CEI en 2013, casi 20.000 apenas cuentan con formación de nivel primario (7.975) o secundario (11.869).

Cuadro 33. Principales elementos descriptores del Programa

Identificación					
Nombre del programa:					
Objetivos:					
Localización geográfica o territorial:					
Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–	1.	2.	3.	4.	
Financiación –totales y %–:	1.	2.	3.	4.	
Mecanismos de dirección y /o coordinación previstos					
Participación de la sociedad civil en el diseño.					
Porcentaje sobre gasto social			Porcentaje sobre el PIB		
Población beneficiaria:					
Criterios de focalización:					
Condicionalidades, en su caso:	Educación:		Salud:		¿Se establece la responsabilidad en algún miembro de la familia?
Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.					
2.3.1. Población atendida por sexo, absolutos y %.	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos por jefatura, absolutos y %	Jefatura mujeres	Jefatura hombres
Criterios de egreso.			Personas que finalizan el programa.	Mujeres	Hombres
Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.					

Componentes en relación a la población beneficiaria: (Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)													
Estímulo a la demanda:												Estímulo a la oferta: servicios esenciales.	
Transferencias monetarias						Transferencias en especie						Programas capacitación profesional	
a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez		a) Niñez		b) Población adulta		c) Vejez			
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H		
Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:													
Ámbito local o comunitario.						Ámbito regional o nacional.						Ámbito internacional.	

Anexo. Metodología de análisis y planificación de los Pisos Nacionales de Protección Social con perspectiva de género.

Se reproduce a continuación la propuesta metodológica que se planteó en el documento “*Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social y género.*” donde se realiza una revisión del manual y marco estratégico para las actividades conjuntas de las Naciones Unidas en torno a los PPS, incorporando la transversalidad de género a las herramientas propuestas en dicho manual. A tales efectos, primero se presenta la iniciativa, y seguidamente, nueve instrumentos para la intervención:

- Una guía de indicadores y distribuciones nacionales en relación al mercado de trabajo, la protección social y los servicios esenciales (punto II);
- Un inventario de programas, desarrollados o que estén en curso, que puedan englobarse en los objetivos y grupos poblacionales del piso de protección social (punto III);
- Una guía para el diagnóstico (punto IV)
- Inventario de programas, desarrollados o que estén en curso, que puedan englobarse en los objetivos y grupos poblacionales del piso de protección social (V)
- Descripción de cada uno de los programas (VI)
- Inventario de programas, desarrollados o que estén en curso, que puedan englobarse en los objetivos y grupos poblacionales del piso de protección social (VII)
- Resultados y evaluación de cada programa analizado en profundidad (VIII).
- Población cubierta y ámbitos de la cobertura del conjunto de programas en relación a los objetivos del piso de protección social (IX).
- Guía para el análisis del impacto en relación a la población desprotegida (X).

1. Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas entorno a la Iniciativa de Piso de Protección Social

Seguidamente se reproduce el documento original (anexo VII) a partir del cual se realizan las propuestas de adaptación para responder con mayor precisión a la elaboración de un diagnóstico que integre la igualdad de género.

Anexo VII Lista de verificación provisional de los datos para la evaluación nacional y para la determinación de costos del Piso de Protección Social

1. Inventario de las instituciones existentes y programas de prestaciones en consonancia con las áreas temáticas centrales en virtud del Piso de Protección Social (*a ser rellenado en el curso de las evaluaciones nacionales*)

Institución Pública	Programa de prestaciones	Elemento 1 del Piso de Protección Social Servicios esenciales				Elemento 2 del Piso de Protección Social. Transferencias sociales			
		Agua y Saneamiento	Salud	Educación	Trabajo social	Seguridad alimentaria y nutrición para los pobres y vulnerables	Seguridad del ingreso y acceso a los servicios esenciales		
							Salud	Educación	Desempleados Personas mayores Discapacitados
Institución pública a	Programa a								
Institución pública b	Programa b								
Institución pública c	Programa c								

2. Datos nacionales

Deberían recopilarse series históricas para los 2 a 10 últimos años de las fuentes nacionales de datos existentes en relación con las

siguientes variables. Cuando se disponga de proyecciones para el futuro, éstas deberían ser recopiladas.

Datos macroeconómicos y datos del Mercado laboral	• PIB a precios corrientes y PIB a precios constantes por sector económico (tasas de crecimiento anual) • PIB a precios corrientes y PIB a precios constantes por categoría del gasto (tasas de crecimiento anual) • Coeficiente de deflación del PIB por sector económico • Coeficiente de deflación del PIB por categoría del gasto • Proporción de los ingresos por trabajo y capital en el PIB • Ingresos nacionales – datos desglosado • Salario nacional promedio por sector económico • Salario mínimo, en caso de ser aplicable • Índices de precios (incluidos los índices de precios de las exportaciones e importaciones) • Tasas de interés nominal • Cuentas públicas del gasto social • Cuentas de salud • Tasas de fuerza de trabajo y de participación en la fuerza de trabajo por sexo y por edad, por área geográfica • Empleo por sector económico y por estatus y por área geográfica • Desempleo y subempleo • Economía informal
Demografía general	• Información de los censos y datos sobre la población en general por sexo y edad, en total y desglosados por área geográfica • Tasas de mortalidad por sexo y edad, en total y desglosadas por grupos selectos de población • Mortalidad materno infantil, U5MR • Tasas de fertilidad por edad de la madre • Ratio del sexo de los recién nacidos • Flujos de migración neta por sexo y edad y pormenores sobre el país de origen
Estadísticas de familias y Hogares	<i>(Datos de las encuestas de hogares y estudios de la pobreza)</i> • Número de hogares por tamaño (número de hijos dependientes), área geográfica, grupo socioeconómico clasificado en relación con la categoría de trabajo del jefe del hogar (por ejemplo, empleado asalariado, empleado no agrícola por cuenta propia, empleado agrícola por cuenta propia, desempleado, jubilado, otros). • Proporción de casados por sexo y edad y por área geográfica (de no estar disponible – la referencia a las estadísticas del seguro social podría ser útil)
Ingresos y gastos de los hogares	<i>(Datos de las encuestas de hogares y estudios de la pobreza)</i> • Número de hogares por nivel promedio de ingresos mensuales, en función de distintos grupos socioeconómicos. • Composición de los ingresos familiares por fuente: salario por el empleo, ganancias del empleo por cuenta propia, ganancias por actividades agrícolas, transferencias sociales, otros
Pobreza	• Medición nacional de la línea de pobreza y otras fuentes internacionales de datos sobre el cálculo de la línea nacional de pobreza; normas y estándares nacionales e internacionales (pobreza multidimensional) • Medición nacional de la pobreza, clases de vulnerabilidad e ingresos (hogares o <i>per cápita</i>) por área geográfica, por sector económico y con arreglo a las principales clases de fuentes de ingreso familiar y/o dimensiones de las privaciones • Medición nacional de la malnutrición y estadísticas pertinentes sobre nutrición

3. Servicios esenciales del Piso de Protección Social –datos específicos

Deberían recopilarse series históricas para los 2 a 10 últimos años de las fuentes nacionales de datos existentes en relación con las siguientes variables. Cuando se disponga de proyecciones para el futuro, éstas deberían ser recopiladas

Transferencias para desempleados, personas mayores, discapacitados	• Programas existentes, institución responsable, donantes, fecha de inicio • Cada programa: descripción del conjunto de prestaciones, tipo de prestaciones (monetarias/en especie), población cubierta (grupo destinatario, número de beneficiarios o de personas cubiertas, porcentaje comparado con la población destinataria), condiciones de calificación, gasto total, proporción de los costos administrativos, nivel de la prestación, fuente de financiación • Análisis crítico del programa existente, eficiencia, eficacia, impacto • Programas que podrían ser ampliados fácilmente de la fase piloto a la cobertura nacional • Proyectos de nuevos programas; desarrollo o extensión de los programas actuales
Acceso a la salud	<i>Gasto en salud:</i> • Cuentas nacionales de salud (si están disponibles) • Gasto público y privado, ratio público/privado • Gasto total en salud en % del PIB

	• Gasto gubernamental en salud respecto del gasto gubernamental total • Gasto gubernamental en salud <i>per cápita</i> • Gasto de la seguridad social en salud respecto del gasto gubernamental en salud • Gastos de bolsillo respecto del gasto total en salud <i>Acceso a los servicios de salud y asequibilidad de los servicios:</i> • Déficit de la cobertura legal/formal en % de la población • Tasas de utilización y gasto promedio (paciente hospitalario/paciente ambulatorio) • Programas actuales de protección social de la salud (transferencias para desempleados, personas mayores, discapacitados) • Gastos por enfermedades graves en proporción del gasto total en salud
Acceso a la educación	<i>Datos básicos nacionales:</i> • Número de estudiantes desglosado por género • Número de alumnos desglosado por género • Número de maestros desglosado por género y calificación • Número de clases • Número de libros de texto • Presupuesto total nacional • Presupuesto total para educación desglosado por nivel de educación, costos recurrentes/de capital • Gasto total en educación • Financiación externa para la educación en caso de existir • Aporte del hogar <i>Acceso a la educación</i> • Tasa bruta de alumnos en educación primaria • Tasas brutas de matrícula en todos los niveles educativos • Ratios netos de matrícula • Tasa de abandono escolar • Tasa de supervivencia + de 5 años • Índice de la paridad de género <i>Calidad de la educación (indicadores básicos)</i> • Ratio alumno-profesor • Ratio profesor calificado/no calificado • Tamaño de la clase • Ratio alumno-libro de texto • Resultados del aprendizaje <i>Financiación de la educación (indicadores básicos)</i> Educación en % del PIB Educación en % del presupuesto nacional Análisis presupuestario: costos recurrentes/de capital Costos unitarios por alumno Ratio de la financiación nacional/externa Ratio de la financiación pública/privada

2. Guía de indicadores y distribuciones nacionales en relación al mercado de trabajo, la protección social y los servicios esenciales, con análisis de género.

En aras de contribuir a una transversalización de género eficaz en el instrumento realizado por OIT y OMS en el documento *Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas: Iniciativa de Piso de Protección Social* recogido en el Anexo I, se propone desagregar algunos de los indicadores ya planteados en dicha propuesta, así como incluir algunos nuevos a partir del análisis de la primera parte del documento. Con esto se pretende identificar las brechas de género en los diferentes ámbitos e incluir el análisis de los servicios de cuidados como parte de los servicios esenciales.

2. Datos Nacionales

Ámbitos contemplados en la propuesta de partida _____

Datos macroeconómicos y datos del Mercado laboral

Indicadores ya contemplados en la propuesta OIT a desagregar por sexo	Salario nacional promedio por sector económico por sexo Salario mínimo (por ocupación), en caso de ser aplicable, por sexo Desempleo y subempleo por sexo Economía informal por sexo
Nuevos indicadores propuestos	Brecha entre mujeres y hombres en el salario promedio por hora y mes

Demografía general Información de los censos y datos sobre la población en general por sexo y edad, en total y desglosados por área geográfica

Nuevos indicadores propuestos	Población total, por sexo y edad Razón de dependencia (población menor de 15 y mayor de 64).
-------------------------------	---

Estadísticas de familias y hogares

Indicadores ya contemplados en la propuesta OIT a desagregar por sexo	Número de hogares por tamaño (número de hijos dependientes), área geográfica, grupo socioeconómico clasificado en relación con la categoría de trabajo del jefe y sexo del hogar (por ejemplo, empleado asalariado, empleado no agrícola por cuenta propia, empleado agrícola por cuenta propia, desempleado, jubilado, otros).
Nuevos indicadores propuestos	Estructura de los hogares según tipo (hogar biparental con doble proveedor de ingreso, hogar biparental con hombre proveedor de ingreso y cónyuge ama de casa, hogar biparental con mujer proveedora y hombre amo de casa, hogar monoparental)

Pobreza³⁴

Nuevos indicadores propuestos	Hogares en pobreza y pobreza extrema por jefatura de hogar según zona de residencia Población en hogares pobres por sexo por grupos etarios
-------------------------------	--

_Nuevos ámbitos a incluir_____

Análisis de la cobertura de la protección social: qué prestaciones conforman el sistema de seguridad social del país, y brechas por sexo en cada una de las prestaciones contempladas, contributivas y no contributivas, en relación a la población total y a la población ocupada.

Nuevos indicadores propuestos	Cobertura de la atención a la salud por sexo
	Cobertura de la atención en maternidad por sexo.
	Cobertura de las prestaciones económicas por vejez, discapacidad y sobrevivencia (viudedad y orfandad) por sexo.
	Cobertura de las prestaciones económicas por enfermedad por sexo.
	Cobertura de las licencias y prestaciones económicas por maternidad (Convenio Núm. 183: ratificación / nivel de prestaciones, extensión de la

³⁴ Como ya se ha señalado, si bien en enfoque de pobreza presenta serias limitaciones, hasta el momento no se cuenta con indicadores homogéneos que permitan trascender estas limitaciones de manera exhaustiva, en el marco de la exclusión social. Por lo tanto, se retoman de manera provisional en este ejercicio metodológico.

	cobertura, duración efectiva de las licencias pre y postnatal).
	Cobertura de las prestaciones por enfermedad profesional y accidente de trabajo por sexo.
	Prestaciones por desempleo, por sexo.

Uso del tiempo

Nuevos indicadores propuestos	Horas dedicadas al trabajo remunerado al día por sexo
	Horas dedicadas al trabajo no remunerado al día por sexo.

3. Servicios esenciales del Piso de Protección Social –datos específicos

__Ámbitos contemplados en la propuesta de partida_____

Acceso a la salud

Indicadores ya contemplados en la propuesta OIT a desagregar por sexo	<i>Acceso a los servicios de salud y asequibilidad de los servicios</i>	Déficit de la cobertura legal/formal en % de la población por sexo
Nuevos indicadores propuestos	<i>Condiciones de salud reproductiva y sexual</i>	Tasa de mortalidad materna
		Tasa de fecundidad global
		Tasa de fecundidad adolescente
		Tasa de fecundidad infantil
	<i>Atención a la salud reproductiva y sexual: promoción y prevención</i>	Acceso a aborto terapéutico (legal, penalizado, hay obstáculos para su práctica, no hay obstáculos para su práctica)
		Acceso a anticoncepción de emergencia
		Porcentaje de mujeres que recibieron al menos 4 controles durante el último embarazo
		Porcentaje de mujeres atendidas en el parto por personal de salud capacitado
		Porcentaje de partos en centros de salud
		Porcentaje de mujeres que reciben controles postnatales
		Porcentaje de niñas y niños que reciben controles postnatales
		Porcentaje de niñas y niños que se alimentan con lactancia materna exclusivamente durante los 6 primeros meses

Acceso a la educación

Indicadores ya contemplados en la propuesta OIT a desagregar por sexo	<i>Acceso a la educación</i>	Tasa bruta de alumnos en educación primaria por sexo
		Tasas brutas de matrícula en todos los niveles educativos por sexo
		Tasa de abandono escolar por sexo
		Tasa de supervivencia + de 5 años por sexo
Nuevos indicadores propuestos	<i>Acceso a la educación</i>	Tasas de escolarización en educación primaria por sexo
		Tasas de escolarización en educación secundaria por sexo.
		Expulsión escolar en educación primaria por sexo
		Expulsión escolar en educación secundaria por sexo
	<i>Cobertura horaria de los centros educativos</i>	Promedio de horas diarias ocupadas por la población infantil y adolescente en los centros educativos.

Nuevos ámbitos a incluir_____

Servicios sociales de cuidado

Nuevos indicadores propuestos	Cobertura de los servicios de atención a la infancia en edad anterior a la edad de escolarización en el nivel primario
	Cobertura de los servicios de atención a la infancia en edad escolar
	Cobertura de los servicios de atención a personas adultas mayores
	Cobertura de los servicios de atención a personas con discapacidad.
	Condiciones de trabajo del personal: salario, jornada, aseguramiento.

De manera adicional, el siguiente cuadro recoge una síntesis que, a partir de las 4 garantías básicas de protección social, permitirá profundizar en la identificación de brechas entre mujeres y hombres en la cobertura de protección social, las brechas de exclusión social y las brechas de acceso al mercado laboral. En el cuadro se recogen aspectos relevantes en este sentido que además de contribuir a dimensionar las brechas, apuntan a señalar algunos colectivos que deberían ser prioritarios para garantizar que el piso básico considere dichas brechas de género y contribuya a reducirlas. Así, algunos de los indicadores incluidos en el cuadro tratan de dar cuenta de la brecha como tal, mientras que otros se enfocan en dimensionar los colectivos que deben ser considerados a la hora de diseñar e implementar las medidas específicas que integrarán el piso de protección social.

Componentes	Brecha o desigualdad a tomar en cuenta y reducir	Indicadores	Fuentes de información
Ingresos mínimos a la niñez	- Niñas y niños en hogares pobres con jefatura de hogar femenina - Adolescentes y niñas embarazadas y madres	- % de jefas de hogares pobres con niñas y niños menores de 5 años. - % de niñas y niños excluidos de los servicios básicos en hogares pobres con jefas de hogar mujeres. - Tasa de fecundidad en adolescentes - Tasa de fecundidad en niñas	Encuestas de hogares de propósitos múltiples Registros administrativos
Ingresos mínimos a las personas en edad activa de trabajar	- Mujeres con deseo de trabajar que no pueden hacerlo por responsabilidades familiares - Mujeres que trabajan y no cuentan con opciones de cuidado para sus hijas e hijos - Mujeres que no están cubiertas por la licencia de maternidad. - Mujeres que no reciben el salario mínimo	- Proporción de mujeres sobre proporción de hombres en la población inactiva que alega que no puede trabajar por responsabilidades familiares. - % de mujeres con deseo de trabajar que no lo hacen por responsabilidades familiares con niñas y niños menores de 6 años a su cargo. - % de mujeres activas con niñas y niños menores de 6 años a su cargo. - % de mujeres activas que no están cubiertas por la licencia de maternidad. - % de mujeres ocupadas que no reciben un ingreso al menos equivalente al mínimo.	
Ingresos mínimos a la vejez y a las personas con discapacidad que no puedan desarrollar actividad laboral	-Mujeres mayores a la edad de jubilación que no están cubiertas por ningún régimen social.	- % de mujeres mayores a la edad de jubilación que no están cubiertas por ningún régimen social. - % de mujeres mayores a la edad de jubilación sin ingresos propios.	
Paquetes básicos de salud	- Mujeres embarazadas excluidas de la atención médica suficiente.	- % mujeres excluidas de la cobertura de controles prenatales (3 meses ante del embarazo).	Encuestas de hogares de propósitos múltiples Otras encuestas Registros administrativos

3. Guía para el diagnóstico

1. Identificación de los déficits del Estado para garantizar las funciones de

- i. **desmercantilización:** el acceso a los bienes, servicios y transferencias que configuran el sistema de bienestar social no dependen de la posición de las personas en el mercado laboral ni de su capacidad de compra en el mercado,

- ii. **desfamiliarización:** el acceso de las personas al bienestar social no depende de la pertenencia a una familia, de la provisión interna de bienestar en ésta, ni de las normas de reciprocidad y distribución que operan en ellas,
- iii. **regulación de los agentes:** mercado y familia-, modificando el orden espontáneo y corrigiendo desigualdades en su seno,
- iv. y **redistribución de los recursos**, sin mantener equivalencias entre aportes y beneficios, operan con diversas modalidades de solidaridad que permite una distribución entre distintos grupos –de personas ocupadas a desempleadas, de personas sanas a enfermas, de personas adultas a jóvenes, de quienes más tienen a menos), lo que determina los efectos intertemporales que esta medida tiene entre clases, sexos y generaciones.

¿Qué retos tiene el Estado para garantizar el enfoque de derechos según la esfera en la que recaiga la provisión de cuidados y de bienestar social? ¿Qué medidas son necesarias para revertir el modelo si no es el adecuado? ¿Es posible el pacto social y fiscal?

2. Caracterización de las poblaciones potencialmente destinatarias: cruzando las variables sexo, edad, etnia o raza, rural /urbana, ámbito territorial-geográfico. Definición del perfil de necesidades de cada grupo poblacional caracterizado.

“Localización” de los perfiles poblacionales en las garantías básicas: ingresos a la niñez, ingresos a la población adulta, ingresos a la vejez y acceso a la atención médica esencial. Especial atención a las dificultades de inserción en el mercado laboral formal.

3. Análisis integral del grupo poblacional “mujeres”, cruzado con las variables edad, etnia o raza, rural /urbana, ámbito territorial, e identificación de las necesidades prioritarias de cada grupo, en relación a la educación, la salud, la economía del cuidado, el acceso al mercado de trabajo, la carga total de trabajo, el acceso a la protección social y el desarrollo local comunitario.

Identificación de necesidades de los diferentes grupos poblacionales de mujeres, caracterización de tales necesidades en relación a los servicios esenciales, los requerimientos de trabajo de cuidado, la inserción en el mercado laboral y el acceso a los sistemas de protección social.

4. Inventario de programas, desarrollados o que estén en curso, que puedan englobarse en los objetivos y grupos poblacionales del piso de protección social

Programa	Institución	Objetivos	Supuestos sobre los que se basa*	Población destinataria	Inversión con relación al PIB

* Condicionalidad, contar con que algún miembro en los hogares provee de bienestar y se la atribuyen responsabilidades, división sexual del trabajo, etc.

5. Descripción de cada uno de los programas

10. Identificación:					
1.28. Nombre del programa:					
1.29. Objetivos					
1.30. Localización geográfica o territorial:					
1.31. Institución (es) responsables –R– y/o colaboradoras –C–	1.	2.	3.	4.	
1.32. Financiación –totales y %–:	1.	2.	3.	4.	
1.33. Mecanismos de dirección y /o coordinación previstos					
1.34. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa					
1.35. Porcentaje sobre gasto social		1.36. Porcentaje sobre el PIB			
11. Población beneficiaria:					
11.1. Criterios de focalización:					
11.2. Condicionalidades, en su caso:	Educación:	Salud:	¿Se establece la responsabilidad en alguno de los miembros de la familia?		
11.3. Participación población beneficiaria en el programa: personas que ingresan.					
2.3.1. Población atendida por sexo, absolutos y %.	Mujeres	Hombres	2.3.2. Hogares atendidos por jefatura, absolutos y %	Jefatura mujeres	Jefatura hombres

11.4.Criterios de egreso.												11.5.Personas que finalizan el programa				Mujeres		Hombres	
11.6.Mecanismos de participación en el desarrollo y evaluación del programa.																			
12. Componentes en relación a la población beneficiaria: (Si no se disponen de datos de participación segregados por sexo, marcar con una x los componentes que integra)																			
12.1. Estímulo a la demanda:														12.2. Estímulo a la oferta: servicios esenciales.					
12.2.1. Transferencias monetarias						12.2.2. Transferencias en especie						12.2.3. Programas de capacitación profesional...		g)	h)	i)	j)	k)	l)
a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez		a) Niñez		b)Población adulta		c) Vejez									
M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	Observaciones en relación a los servicios esenciales:					
12.3. Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:																			
12.3.1. Ámbito local o comunitario.						12.3.2. Ámbito regional o nacional.						12.3.3. Ámbito internacional.							

6. Análisis de los programas: puntos críticos

Fases y elementos descriptivos.	Puntos críticos a observar:
1. Identificación del programa:	¿Persigue objetivos en el marco del piso de protección social?
1. Nombre. 2. Objetivos. 3. Localización geográfica o territorial. 4. Institución / instituciones que lo desarrollan. Coordinación y dirección. 5. Financiación: aportación de las diferentes instituciones: totales y porcentajes de participación. 6. Mecanismos de dirección y/o coordinación previstos. 7. Participación de la sociedad civil en el diseño del programa 8. Porcentaje sobre el gasto social. 9. Porcentaje sobre el PIB.	✓ Coherencia entre los objetivos del programa y la finalidad del piso de protección social. ✓ Coherencia entre los criterios de focalización y el objetivo de la universalidad. ✓ Dispersión organizativa. ✓ Problemas de coordinación. ✓ Dependencia de cooperación internacional. ✓ Ausencia de participación de la sociedad civil, especialmente de redes de mujeres. ✓ Planificación “top-down”: de arriba abajo sin incorporar necesidades sentidas por población destinataria. ✓ Escaso presupuesto. ✓ Irrelevancia en relación al gasto social.
2. Población beneficiaria:	¿Aborda las brechas de género en materia de empleo y protección social?
1. Criterios de focalización / selección. Indicadores utilizados (focalización territorial / focalización poblacional / indicadores de pobreza). 2. Condicionales, en su caso. Educación, salud, etc. Responsable de la condicionalidad. 3. Población que participa del programa: a. Población atendida por sexo, absolutos y %. b. Hogares atendidos por jefatura, absolutos y %Criterios de egreso. 4. Población que completa el programa: distribución por sexo. 5. Mecanismos de participación de la población beneficiaria en el diseño, desarrollo y evaluación del programa.	✓ Identificación con los tres perfiles identificados en el piso de protección social: niñez, personas adultas en edad activa –desempleo/ ingresos insuficientes-, vejez y personas con discapacidad. ✓ Incorporación de las situaciones diferenciales de mujeres y hombres. ✓ Utilización de criterios de focalización con perspectiva de género, en relación a la exclusión del mercado laboral, la protección social, la composición de los hogares, la feminización de la pobreza. ✓ Maternalización de la prestación: madres como instrumento, no como sujetos de derecho. ✓ Distribución por sexo en la participación real: equidad / acción positiva. ✓ Déficit de participación civil, y en especial de las mujeres. ✓ Impacto de las condiciones de egreso sobre los beneficios reales del programa.
3. Componentes del programa en relación al piso de protección social y distribución en función del sexo:	¿Qué colectivos o grupos poblacionales prioriza? ¿Hay equilibrio entre mujeres y hombres? ¿Incorpora las necesidades de cuidado?
a. Estímulo a la demanda:	
i. Transferencias monetarias (como por ejemplo, pensiones no contributivas) y distribución según sexo entre quienes las perciben: a) Ingresos a la niñez: distribución en niñas y niños. b) Ingresos a la población adulta activa: distribución en mujeres y hombres. c) Ingresos a la vejez / personas con discapacidad: distribución en mujeres y hombres.	✓ Utilización de las mujeres como instrumento para la percepción de la transferencia por parte de las personas menores de edad. ✓ Inexistencia de transferencias para las personas en edad activa. Especial incidencia en las mujeres. ✓ Protección a la maternidad –ingresos mínimos- para mujeres en situaciones de vulnerabilidad y pobreza: atención a la economía informal, mujeres dependientes de un receptor de beneficios de la protección social, etc. ✓ Distribución de las prestaciones –PNC o similares- recibidas en la población mayor y/o con discapacidad, posible exclusión de las mujeres, ✓ O al contrario: mujeres mayores priorizadas en la percepción de las prestaciones.

ii. Transferencias en especie y distribución según sexo entre quienes las perciben. a) Alimentación, vestido, materiales educativos y paquetes de salud –medicinas y otros– para personas menores de edad. b) Provisión de crédito, materias y recursos para la producción para apoyar emprendimientos productivos. c) Alimentación, vestido y paquetes de salud –medicinas y otros– para personas mayores y con discapacidad.	✓ Carencia de infraestructura para facilitar las prestaciones en especie (en estrecha relación con el desarrollo de los servicios públicos). ✓ Desigual acceso / reparto de las prestaciones en especie entre ambos sexos. ✓ Acceso al crédito para el emprendimiento: ¿favorece el tránsito de la economía informal a la formal? Análisis de impacto de género. ✓ En qué medida los servicios esenciales proveen del cuidado necesario para los grupos poblacionales más vulnerables: personas menores de 15 años y personas mayores y con discapacidad, dependientes.
iii. Programas de capacitación profesional, intermediación laboral, crédito y emprendimientos para personas adultas activas.	✓ Ausencia de programas de promoción (políticas de empleo, generación de emprendimientos, etc.) Impacto en las mujeres en relación a su situación en el mercado laboral. ✓ ¿Se tiene en cuenta la distribución de hombres y mujeres en empleos de economía informal?: ○ Empresa formal / empresa informal / hogares ○ Actividades económicas –ramas o sectores– ○ Ocupaciones o grupos ocupacionales.
b. Estímulo a la oferta: servicios esenciales:	
a) Centros de salud, dispensarios o consultorios en la zona de influencia del programa: número de centros anteriores al programa. Número de centros creados con motivo de la implantación del programa. Población atendida según edad, sexo y composición de los hogares. b) Paquetes básicos de salud: composición. Especificidad según perfiles de salud por sexo. Inclusión de salud reproductiva, salud sexual y planificación familiar, salud materno infantil. c) Educación: red de establecimientos públicos en la zona de influencia del programas. Asistencia según sexo. Egreso según sexo. Continuación en el sistema educativo al finalizar el programa según sexo. Profesionales según sexo. d) Agua y saneamiento: creación o mejora de los servicios existentes previamente. e) Vivienda: creación, mejora o ayudas sociales para el acceso a vivienda. f) Servicios de cuidado para personas menores de edad y población mayor o con discapacidad.	✓ Dispersión geográfica. ✓ Deficiencias de servicios esenciales. ✓ Escasez de profesionales. ✓ Dependencia de programas y financiación internacionales. ✓ Fragmentación y segmentación de servicios de salud y de servicios educativos, en relación a lo que debe ser una red pública coordinada en su caso con la oferta privada (que incluye servicios gratuitos desde ONGs, por ejemplo). ✓ Papel de las mujeres en relación al acceso a los servicios y las responsabilidades familiares de atención a personas menores de edad y personas dependientes de la familia. ✓ Papel de las mujeres en la prestación de servicios esenciales en las comunidades. ✓ Deficiencias en servicios de agua y alcantarillado e impacto sobre el trabajo no remunerado de las mujeres. ✓ Percepción por parte de las mujeres, tanto jefas de hogar como no, de ayudas y servicios para mejorar las viviendas. ✓ Apoyos a la adquisición, introducción de equipamientos electrodomésticos que alivien la carga de trabajo. ✓ Papel de las empleadas domésticas en la provisión de cuidados. Condiciones de trabajo, protección social y trabajo decente para estas trabajadoras.
c. Relación entre el estímulo a la oferta y la demanda:	✓ Existencia de condicionalidades relacionadas con servicios o recursos sociales no desarrollados o débilmente desarrollados. ✓ Servicios dependientes de la ayuda internacional o de la duración del programa, sin garantía de continuidad ni de establecerse como servicios públicos incorporados en las políticas sectoriales. ✓ División sexual de tareas en relación a la utilización de los servicios esenciales.
d. Coordinación, interrelación o dependencia de otros programas:	
i. De ámbito local o comunitario. ii. De ámbito regional o nacional. iii. De ámbito internacional.	✓ Falta de coordinación. ✓ Contradicciones entre programas que operan sobre la misma población.

7. Resultados y evaluación de cada programa analizado en profundidad

<i>Indicadores de impacto en la población beneficiaria</i>
1- Cobertura
1.1- Cobertura total del programa en la población desprotegida a la que se dirige este programa, por sexo.
1.2- Cobertura total del programa en la población meta definida, por sexo.
2- Reducción de la pobreza
2.1- Personas beneficiarias que con el programa se colocan por encima de la línea de pobreza.
2.2- Hogares beneficiarios que con el programa se colocan por encima de la línea de pobreza por jefatura de hogar.
3-Permanencia y egreso del sistema educativo
3.1- Porcentaje de expulsión escolar en la educación primaria. De las familias que salen del sistema educativo, por sexo
3.2- Porcentaje de expulsión escolar en la educación secundaria., por sexo
3.3- Porcentaje de egreso escolar en la educación primaria, por sexo
3.4- Porcentaje de egreso escolar en la educación secundaria, por sexo
4- Atención en los servicios de salud.
4.1- Cobertura de los servicios de salud para las personas beneficiarias, por sexo.
5- Acceso y permanencia en el mercado laboral
5.1- Porcentaje de personas que durante su participación en el programa se han incorporado al mercado de trabajo
5.2- Condición de actividad de las personas beneficiarias por sexo.
5.3- % de desempleo por sexo.
5.4- Porcentaje de participación en la economía informal.
5.5- Población ocupada por ocupación según sexo.
5.6- Brecha salarial
6- Acceso a agua, saneamiento y servicios
6.1- Porcentaje de la población beneficiaria con agua corriente hasta la vivienda.
6.2- Porcentaje de la población beneficiaria que usa instalaciones de saneamiento mejoradas.
6.3- Porcentaje de la población beneficiaria que no vive en precarios.
7- Participación de las mujeres
7.1- Porcentaje de mujeres participando en el desarrollo del programa.
8- Uso del tiempo
8.1- Horas destinadas al trabajo remunerado al día por sexo.
8.2- Horas destinadas al trabajo no remunerado al día por sexo.

8. Guión para entrevistas y/o grupos focales

1- Acceso y participación en el programa:

- ¿Cómo se conoció de la existencia del programa?
- ¿Cómo se consiguió la información sobre los requisitos de acceso?
- ¿Cómo fue el proceso de solicitud de acceso? ¿fue sencillo? ¿Se contó con la colaboración de alguna persona? ¿Cuánto tiempo se demoró este proceso?
- ¿Quién o quiénes de la familia han accedido al programa?
- ¿Qué implica el ingreso al programa para cada miembro de la familia?: ventajas y obligaciones por el hecho de participar.
- ¿Qué ha reportado el ingreso al programa para cada miembro que participa?: beneficios durante el desarrollo del programa.
- ¿Quién ha administrado en la familia los ingresos recibidos?

2- Trabajo no remunerado

- ¿Qué impacto ha tenido la permanencia en el programa sobre las tareas de cuidado y mantenimiento de la familia y el hogar para los distintos miembros?
- ¿Ha habido cambios en las responsabilidades de las personas adultas respecto a tales tareas?
- ¿La participación programa ha requerido del trabajo no remunerado de las mujeres? ¿En la familia? ¿En la comunidad?

3- Trabajo remunerado

- Algún miembro de la familia realizaba trabajo remunerado, aún cuando fuera sin relación laboral, sin seguro social... antes de ingresar en el programa.
- ¿El programa ha supuesto una mejora del trabajo remunerado que se venía realizando?
- El ingreso y permanencia en el programa, ¿ha propiciado la incorporación a un empleo con protección social de algún miembro de la familia? ¿De cuál?
- ¿Qué factores propiciaron, o no, la inserción laboral?

4. Resultados y valoración tras finalizar el programa:

- ¿Cuál es el principal beneficio de haber participado en el programa una vez finalizado?
- ¿Cuáles son los beneficios para cada uno de los miembros de la familia?
- ¿Considera que ha mejorado la situación económica de su familia? ¿Cree que continuará siendo así una vez finalizado el programa?
- ¿Cómo valoraría el impacto del programa sobre las relaciones en su familia?
- ¿Qué aspectos deberían modificarse para un mejor funcionamiento del programa?

9. Población cubierta y ámbitos de la cobertura de los programas en relación a los objetivos del piso de protección social

Tabla de sistematización de cobertura y objetivos del conjunto de programas										
								C	C	C
								C	C	C
								C	C	C
								*	*	*
								C	C	C
								*	*	*
								C	C	C
								*	*	*
								C	C	C
Totales								*Especificar para ingresos si son monetarios o en especie; para acceso a servicios esenciales: cuáles; para acceso al mercado laboral: tipos de programas. C: Cantidad de costo asignado a este objetivo.		

10. Guía para el análisis del impacto en relación a la población desprotegida

1. Relación entre la cobertura total de los programas y la población desprotegida. Alcance.
2. Relación entre la cobertura de los diferentes colectivos destinatarios, por sexo. Segmentación.
3. Relación entre el porcentaje de inversión de los diferentes programas respecto al gasto social y al PIB. Considerar la sub o sobre representación de mujeres y hombres en los programas con mayor financiamiento.
4. Relación entre el porcentaje de inversión de los programas y los grupos poblacionales destinatarios. Brechas de cobertura por sexo.
5. Relación entre el porcentaje de inversión de los programas y los objetivos del piso de protección social. ¿A qué objetivos se destinan más recursos?
6. Relación entre la inversión en servicios esenciales y déficits de éstos (educación, salud, cuidado y otros servicios esenciales).
7. Existencia de fuentes de financiación permanentes.

¿La cobertura de los grupos poblacionales “mujeres” es acorde a las necesidades diagnosticadas de protección social, acceso al empleo y reparto del trabajo del cuidado?

¿El gasto social es redistributivo entre mujeres y hombres? ¿Corrige las desigualdades existentes?

Correlación entre gasto social, sistema de bienestar, necesidades de cuidado y contribución de los programas existentes.

Referencias

- Addati L, Cassier N y Gilchrist K (2014)** Maternity and paternity at work. Law and practice across the world. OIT, Ginebra.
- AISS (2010).** Las prestaciones familiares y el cambio demográfico. Perspectivas de política social, n° 14.
- Alcázar Valdivia L, y Espinoza Iglesias K (2014).** Avances de Investigación 19: Impactos del programa Juntos sobre el empoderamiento de la mujer. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE). Lima.
- Aguilar, H. (2014).** Evaluación de impacto del Bono Juancito Pinto en Bolivia. Disponible en <http://www.bcb.gob.bo/eeb/sites/default/files/7eeb/docs/7007.pdf>
- Andersen, LE; Arenas, JC y Pando, E (2009).** Evaluación Cuanti-Cualitativa del Programa de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 Años (PAN) en Bolivia. Banco Interamericano de Desarrollo. La Paz, Bolivia.
- Angulo R, y Gómez N (2014).** Inclusión social e inclusión productiva de los beneficiarios del programa Más Familias en Acción. Estudio de caso de Colombia. CEPAL. Antigua, Guatemala. Disponible en http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/assets/non-paper-roberto-angulo_final_.pdf
- Arriagada I, F Miranda y T Pavez (2004).** Lineamientos de acción para el diseño de programas de superación de la pobreza desde el enfoque del capital social: guía conceptual y metodológica. Serie Manuales N° 36, CEPAL, Santiago de Chile.
- Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, et al. (2014)** La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S21–39. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-atun.php>
- Batthyány Dighiero, K. (2011).** Autonomía de las mujeres y división sexual del trabajo en las familias. En “Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas”. CEPAL, División de Desarrollo Social. Serie Seminarios y conferencias. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Batthyány Dighiero, K. (2015)** “Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales”. CEPAL, serie Asuntos de Género. Naciones Unidas. Santiago de Chile.
- Carcedo, A; MJ Chaves y L Lexartza (2011).** Mujeres latinoamericanas en las cadenas globales de cuidado. Estudio del corredor Nicaragua- Costa Rica. INSTRAW, San José, Costa Rica.
- Cecchini, S y R Martínez. (2011).** Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile, 2011.
- Cecchini S, Veras Soares F (2015).** Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S8–9. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-cecchini.php>
- Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela. CEM-UCV. (2011).** Informe de la situación de género en Venezuela. Caracas. Venezuela. Disponible en http://www.jica.go.jp/english/our_work/t

hematic_issues/gender/background/pdf/sp10vene.pdf

Cerruti, M. y G Binstock. (2011). Cambios en las familias latinoamericanas y demandas para la acción pública. En "Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas". CEPAL, División de Desarrollo Social. Serie Seminarios y conferencias. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2010). La hora de la igualdad: brechas por cerrar, caminos por abrir. Trigésimo tercer periodo de sesiones de la CEPAL. Brasilia.

----- **(2010b)** Panorama social América Latina 2010. Documento informativo. CEPAL, Naciones Unidas.

----- **(2009).** Panorama social América Latina 2009. Documento informativo. CEPAL, Naciones Unidas.

----- **(2014).** Panorama Social de América Latina 2014. Publicación de las Naciones Unidas. Santiago de Chile.

----- **(2014b).** Transferencias de ingresos para la erradicación de la pobreza. Dos décadas de experiencia en los países de la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR). Santiago de Chile.

CEPAL, FAO, ONU Mujeres, PNUD y OIT (2013). Informe Regional. Trabajo decente e igualdad de género. Políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo de las mujeres de América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.

CEPAL/OIT (2014). Los programas de transferencias condicionadas y el mercado laboral. En revista Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe (Número 10).

Comisión Mundial sobre la Dimensión Social de la Globalización (2004). Por una globalización justa: crear oportunidades para todos. OIT, Ginebra.

Consejo Nacional de Salud Perú (2013): Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Ministerio de Salud. Lima.

Cornia, A. (2010) "Income Distribution under Latin America's New Left Regimes," *Journal of Human Development and Capabilities*, 11(1): 85-114.

Davis, B (2004). Instrumentos políticos innovadores y evaluación en el desarrollo agrícola y rural de América Latina y el Caribe. En CUREMIS II. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.

De la Cruz, C. (1999). *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*, Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria-Gasteiz.

Esping-Andersen, (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press & Princeton: Princeton University.

Esquivel (2012). Cuidado, economía y agendas políticas: una mirada conceptual sobre la "organización social del cuidado" en América Latina. En *La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la Región*. ONUMujeres, República Dominicana.

Filgueira, F y A Espejo. (2011). Familia y protección social. En *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. CEPAL, División de Desarrollo Social. Serie Seminarios y conferencias. Naciones Unidas, Santiago de Chile.

Fiszbein, A y N Schady. (2009). Transferencias monetarias condicionadas: reduciendo la pobreza actual y futura. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Washington.

- Giedion, U; Birtran, R; y Tristao I (Editores) (2014).** Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gobierno de la República de Ecuador (2014).** Informe sobre la aplicación de la declaración y la plataforma de acción de Beijing y el documento final del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la asamblea general (2000) para la preparación de las evaluaciones y exámenes regionales que tendrán lugar en 2015 para la conmemoración de Beijing+ 20. Quito. Disponible en http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/csw/59/national_reviews/ecuador_review_beijing20.ashx?v=1&d=20140917T100730
- Gómez, E.(2008).**La valoración del trabajo no remunerado: una estrategia clave para la política de igualdad de género. En “La economía invisible y las desigualdades de género”. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Hernani-Limarín, W y Villarroel, P (2015).** Capacitación Laboral y Empleabilidad. Evidencia de Mi Primer Empleo Digno. Working Papers N° 01/2015. En línea: <http://econpapers.repec.org/paper/aruwpaper/201501.htm>
- Instituto Colombiano de Bienestar Social (2015).** Informe de Gestión 2014. Bogotá. Disponible en línea http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/LeyTransparencia/Transparencia/Informes/tab/Informede gesti%C3%B3n2014%20_180215%20%282%29.pdf
- Ivone, F; Salazar, C; Sostres, F y Wanderley, F. (2012).** Hacia una política municipal del cuidado: Integrando los derechos de las mujeres y de la infancia. CIDES-UMSA. La Paz, Bolivia.
- Ledó, C y Soria R. (2011).** Sistema de salud de Bolivia. En Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(2):109-119.
- Lupica, C (2015).** Instituciones laborales y políticas de empleo. Avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres. Publicación de las Naciones Unidas. CEPAL. Santiago de Chile.
- Martínez Franzoni, J (2007).** Regímenes de Bienestar en América Latina. Fundación Carolina - CeALCI. Madrid.
- Martínez Franzoni, J (2008).** Domesticar la incertidumbre en América Latina. Mercado laboral, política social y familias. Editorial UCR, San José, Costa Rica.
- Martínez Franzoni J y K Voorend.(2008).** Transferencias condicionadas, regímenes de bienestar e igualdad de género: ¿blancos, negros o grises? Center for Latin American Studies. University of Miami.
- Maurizio, R. (2010).** Enfoque de género en las instituciones laborales y las políticas del mercado de trabajo en América Latina. Serie Macroeconomía del desarrollo. División de Desarrollo Económico. CEPAL.
- Medialdea, B y M Pazos (2010).** Impacto de género en las Transferencias Monetarias Condicionadas. IAFF Annual Conference. Buenos Aires.
- Mesa-Lago (2009).**La crisis económica mundial y su impacto en la Seguridad Social Latinoamericana. En Trabajo y Seguridad Social en América Latina. ISCOG-UGT, Madrid.
- (2009b).** Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. CEPAL.
- MIDIS (2014).** Juntos en cifras, 2005-2014. Programa Nacional de Apoyo directo a los más Pobres. Ministerio de

- Desarrollo e Inclusión Social del Perú. Lima, Perú.
- MIES (2014).** Reporte del Viceministerio de Aseguramiento No Contributivo y Movilidad Social Reporte Anual VAMS Enero - Diciembre 2.013. Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador. Quito.
- MIMP (2013).** Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables de Perú. Lima, Perú.
- Ministerio de Salud (2012).** , “Sistema de salud en Perú”. En Sistemas de Salud en Suramérica, desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad; Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, UNASUR.
- Monterrey Arce, J. (2013).** Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Estado Plurinacional de Bolivia.
- MSPS (2014).** Cifras financieras del sector salud. Gasto en salud Colombia 2004-2011. Boletín Bimestral N° 2, enero-febrero 2014. Bogotá.
- MTPE (2015).** Anuario estadístico sectorial del MTPE 2015. Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Lima, Perú.
- Naciones Unidas (2010).** El progreso de América Latina y el Caribe hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Desafíos para lograrlos con igualdad (LC/G.2460), Santiago de Chile.
- Observatorio de Igualdad de Género de ALC (2011).** Informe anual 2011: El salto de la autonomía, de los márgenes al centro. CEPAL.
- OHCHR (2006).** Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra.
- OIT (1944).** Declaración relativa a los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (Declaración de Filadelfia).
- **(2006).** Trabajo decente y equidad de género en América Latina. Santiago de Chile
- **(2008).** Declaración sobre la Justicia Social para una Globalización Equitativa. Ginebra.
- **(2008b).** “Establecimiento de normas de seguridad social en una sociedad global. Análisis de la situación y de las prácticas actuales y de las opciones futuras para el establecimiento de unas normas de seguridad social globales en la OIT”. Ginebra.
- **(2009).** “Extensión de la seguridad social a todos. Una revisión de los desafíos, de la práctica actual y de las opciones metodológicas”. Ginebra.
- **(2009b).** Informe del Director General. Segundo informe complementario: Reunión tripartita de expertos sobre las estrategias de ampliación de la cobertura de la seguridad social, decimoséptimo punto del orden del día, 2-4 de septiembre de 2009 (Ginebra).
- **(2011a).** Conclusiones relativas a la discusión recurrente sobre la protección social (seguridad social). Conferencia Internacional del Trabajo 100ª reunión, 2011.
- **(2011b).** Seguridad social para la justicia y una globalización equitativa. Discusión recurrente Conferencia Internacional del Trabajo 100ª reunión, 2011.
- **(2011c).** Conferencia Internacional del Trabajo, 100ª reunión, 2012. Informe IV (1). Pisos de protección social para la justicia social y una globalización equitativa. Cuarto punto del orden del día. ILC.101/IV/1. OIT, Ginebra.
- **(2012).** Recomendación núm. 202 relativa a los Pisos Nacionales de Protección Social. Conferencia Internacional del Trabajo 101ª reunión, 2012.

- **(2014)**. Addressing the global health crisis: universal health protection policies / International Labour Office, Social Protection Department. – Geneva.
- **(2014b)** World Social Protection Report 2014/15. *Building economic recovery, inclusive development and social justice*. OIT, Ginebra.
- **(2014c)** La Estrategia de Desarrollo de los Sistemas de Seguridad Social de la OIT. El Papel de los Pisos de Protección Social en América Latina y el Caribe. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
- **(2014d)**. Ficha técnica sobre el piso de protección social en el Perú. Disponible en <http://www.social-protection.org>
- **(2014e)**. Ficha técnica sobre el piso de protección social en Colombia. Disponible en <http://www.social-protection.org>
- **(2014f)**. Organización de las trabajadoras del hogar en las Américas: Buenas prácticas y desafíos en función del Convenio N° 189 de la OIT. Turín, CIF-OIT.
- OIT-OMS (2010)**. Iniciativa del Piso de Protección Social. Sexta Iniciativa de la JJE en respuesta a la crisis financiera económica y global y su impacto en el trabajo del sistema de las Naciones Unidas. Manual y marco estratégico para las actividades nacionales conjuntas de las Naciones Unidas. Elaborado por el Grupo de organizaciones colaboradoras y socios para el desarrollo. Naciones Unidas, Ginebra.
- OIT-PNUD (2009)**. Trabajo y familia, hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- OIT-PNUD-ONUMUJERES (2012)** Combatiendo la desigualdad desde lo básico. Piso de protección social e igualdad de género. San José, Costa Rica.
- ONU (2009)**. Estudio Mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo.
- OPS (2004)**: Enfoque de Género en el marco de la atención primaria de salud: Guía para el desarrollo de un modelo de intervención. / Gobierno Municipal de La Paz. Bolivia.
- OPS (2007)**. Salud en las Américas: 2007. Organización Panamericana de Salud, Washington.
- OPS (2011)**. Perfil de género y salud de la Región Andina, 2010. Panamá. Organización Panamericana de la Salud.
- OPS (2012)**. Salud en Sudamérica, edición de 2012: panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. Washington DC.
- Orloff A.S. (1993)**. Gender and the social rights of citizenship: the comparative analysis of gender relations and welfare states. *American Sociological Review*. 1993;58(3):303-328.
- Pautassi, L. (2008)**. De lo particular a lo universal. El cuidado desde un enfoque de derechos. En: Cuadernos Mujer Salud: De sol a sombra: el trabajo de las mujeres al cuidado de los otros, N° 13, pp. 30-35.
- Pazos M y M Rodríguez (2010)**. Fiscalidad y equidad de género. Documento de trabajo n° 43. Fundación Carolina-CeALCI. Madrid.
- PNUD (1995)**. Informe de Desarrollo Humano 1995. Nueva York: Oxford University Press.
- **(2010)**. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión generacional de la desigualdad. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. San José, C.R.
- **(2010b)**. La verdadera riqueza para las naciones: caminos para el desarrollo

- humano. Informe sobre desarrollo humano 2010.
- Pardo, Roland (2010)** Estado Plurinacional de Bolivia: mejorando el acceso a la educación y la salud materno infantil mediante programas de incentivos monetarios, UDAPE, Ministerio de Planificación del Desarrollo.
- Paes-Sousa R, Regalia F, Stampini M. (2013).** Condiciones para el éxito de la puesta en práctica de programas de transferencias monetarias condicionadas: lecciones de América Latina y el Caribe para Asia. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud.
- Ponce J, Molyneux M, Thomson M y Enríquez F. (2013).** Hacia una reforma del Bono de Desarrollo Humano. Algunas reflexiones. Ediciones Abyayala. Quito.
- Rodríguez Enríquez, C. (2011).** “Programas de transferencias condicionadas de ingreso e igualdad de género? Por dónde anda América Latina?” CEPAL Serie Mujer y Desarrollo N. 109. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Rofman R, Apella I y Vezza E (Editores) (2013).** Más allá de las Pensiones Contributivas. Buenos Aires: Banco Mundial.
- Román, I. (2010).** Sustentabilidad de los programas de transferencias condicionadas: la experiencia del Instituto Mixto de Ayuda Social y “Avancemos” en Costa Rica. CEPAL, Santiago de Chile.
- Sauma, P (2007).** Trabajo infantil y los programas de transferencias condicionadas en América Latina. Organización Internacional del Trabajo, San José.
- Sen, A.K. (1993).** The economics of life and death, Scientific American, 268, 5, pp. 40-47
- SIS (2012)** Sistema Integral de Salud, 10 años financiando la salud de los peruanos. Brouchure informativo. Disponible en http://www.sis.gob.pe/Portal/mercadeo/Material_consulta/BrochureSIS_10aniosfinansaludperuanos.pdf
- UNICEF (2013)** Plan de Acción del Programa de País 2013 – 2017. La Paz, Bolivia. Disponible en http://www.unicef.org/bolivia/PlanAccionProg_2013_2017.pdf
- UNESCO (2009).** Water in a changing world. París, Francia.
- **(2014).** Revisión Regional al 2015 de “Educación para Todos” (EPT) en América Latina y el Caribe. Santiago.
- Vásconez, A (2012).** Mujeres, hombres y las economías latinoamericanas: un análisis de dimensiones y políticas. En La economía feminista desde América Latina. Una hoja de ruta sobre los debates actuales en la Región. ONUMujeres, República Dominicana.
- Villatoro, P. (2007).** Las transferencias monetarias condicionadas en América Latina: luces y sombras. Documento de la CEPAL para el Seminario Internacional “Evolución y desafíos de los programas de transferencias condicionadas. CEPAL-IPEA, Brasil.
- Vidal Fuertes C, Martínez S, Celhay P y Claros Gómez S (2015).** Evaluación de Impacto del Programa de Salud Materno Infantil “Bono Juana Azurduy”. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE). La Paz, Bolivia.