

ASUNTOS DE GÉNERO

Política de cuidados en El Salvador

Opciones, metas y desafíos

Soledad Salvador



NACIONES UNIDAS

CEPAL



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

ASUNTOS DE GÉNERO

Política de cuidados en El Salvador

Opciones, metas y desafíos

Soledad Salvador



NACIONES UNIDAS

CEPAL



cooperación
alemana

DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Este documento fue preparado por Soledad Salvador, consultora de la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la supervisión de María Nieves Rico, Directora, y Claudia Robles, Oficial de Asuntos Sociales de esta División y en coordinación con la Dirección de Programas Estratégicos y la Unidad de Derechos Humanos y Género de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia (STPP) del Gobierno de El Salvador. El estudio fue realizado en el marco del proyecto CEPAL-BMZ/GIZ “Protección social, enfoque de derechos y desigualdad en América Latina” (GER/14/002), ejecutado por la CEPAL en conjunto con la Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) y financiado por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ) de Alemania.

La autora agradece los comentarios y aportes realizados al documento por parte de Nidia de Rodríguez, Rebeca Sánchez y Juan Grande, de la Dirección de Programas Estratégicos, y Ally Alvarenga e Ivonne Argueta, de la Unidad de Derechos Humanos y Género de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia (STPP) de El Salvador; Ledy Moreno y Fátima Ramírez, del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU); Jennifer Soundy, de la Secretaría de Inclusión Social (SIS); Adonay de Paz, de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC); así como Gwendoline Peltier, María Nieves Rico, Claudia Robles y Margarita Vega, de la División de Asuntos de Género de la CEPAL. De igual forma, se agradece a las funcionarias y los funcionarios de instituciones públicas y miembros de la sociedad civil de El Salvador que fueron entrevistados para el estudio.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de la autora y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN 1564-4170

LC/L.4086

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2015. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

S.15-00978

Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Solo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	7
Introducción	9
I. El marco conceptual y los fundamentos para una política de cuidados	13
A. El concepto de cuidados.....	13
B. Los cuidados como objeto de política.....	15
C. Hacia una política pública integrada de cuidados: componentes y enfoques.....	21
II. El marco institucional para el desarrollo de una política de cuidados en El Salvador	23
A. El Subsistema de Protección Social Universal.....	24
B. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) (abril de 2009).....	25
C. Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (año 2002).....	26
D. Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad (abril de 2014).....	27
E. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE) (abril de 2011).....	27
F. En síntesis.....	28
III. El estado actual de los cuidados en El Salvador	29
A. Los cuidados en la población infantil.....	30
1. Los cuidados en la primera infancia (0 a 6 años).....	30
2. Los cuidados en la niñez (7 a 11 años).....	43
3. Perspectivas de futuro y síntesis.....	45
4. Los cuidados en la población mayor de 12 años en situación de dependencia.....	46
5. El trabajo de cuidados (remunerado y no remunerado).....	53
6. Estrategias para promover la corresponsabilidad de los cuidados en las empresas y los sindicatos.....	55
IV. Los desafíos de la política pública para cerrar las brechas de cuidado en El Salvador	57
A. Las brechas entre la oferta y la demanda de cuidados en El Salvador.....	57
B. Las propuestas y recomendaciones de política.....	59
1. Propuestas para los cuidados en la primera infancia (0 a 6 años).....	60

2.	Propuestas para los cuidados en la niñez (7-11 años)	61
3.	Propuestas para los cuidados de la población dependiente	61
4.	Propuestas para las personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas	62
5.	La institucionalidad para los cuidados	63
Bibliografía		65
Anexo		69
Serie asuntos de género: números publicados		73
Cuadros		
Cuadro 1	El Salvador: personas que cuidan normalmente a niñas y niños de 0 a 3 años de edad, 2013	35
Cuadro 2	El Salvador: tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de quienes están ocupados y realizan cuidado infantil, según sexo, 2010	36
Cuadro 3	El Salvador: tiempo promedio destinado al cuidado infantil y el trabajo no remunerado por mujeres menores de 18 años, según si estudian o no, 2010	36
Cuadro 4	El Salvador: número de niños y niñas atendidos en centros de educación inicial, según grado y sector, 2013	38
Cuadro 5	El Salvador: número de niños y niñas en centros de educación parvularia, según grado y sector, 2013	38
Cuadro 6	El Salvador: número de niños y niñas en centros de educación inicial y parvularia que asisten a centros con jornada completa, según sector, 2013	39
Cuadro 7	El Salvador: población atendida por grupos de edad, enero a marzo de 2015	40
Cuadro 8	El Salvador: cobertura de la educación inicial en la población de 0 a 3 años de edad, 2013	41
Cuadro 9	Tipo de centros de educación inicial para la población de 0 a 3 años de edad, 2013	41
Cuadro 10	El Salvador: cobertura del sistema educativo en la población de 4 a 6 años de edad, 2013	42
Cuadro 11	El Salvador: número de niños y niñas que concurren al sistema educativo público y privado, según grado, 2013	43
Cuadro 12	Proporción de niños y niñas que asisten a jornada completa, según grado y tipo de servicio, 2013	43
Cuadro 13	Personas ocupadas en el sector de los cuidados en El Salvador, 2013	55
Cuadro A.1	Número de hombres y mujeres que realizan cuidado infantil, según tramos de edad	70
Cuadro A.2	Niñas y niños con alguna discapacidad que asisten al sistema educativo	70
Cuadro A.3	Resumen de indicadores de pobreza, asistencia a centros de educación inicial o servicios de cuidado infantil y violencia en los departamentos	71
Gráficos		
Gráfico 1	El Salvador: relación de dependencia, 2005-2050	18
Gráfico 2	El Salvador: composición de la población dependiente, 2005-2050	18
Gráfico 3	El Salvador: tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado de hombres y mujeres según edad, 2010	20
Gráfico 4	El Salvador: convivencia con padre y/o madre de niñas y niños de 0 a 6 años, 2013	32
Gráfico 5	El Salvador: estructura de los hogares de las niñas y niños de 0 a 6 años, 2013	32
Gráfico 6	El Salvador: causa de la ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, 2013	33
Gráfico 7	El Salvador: ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, según nivel de pobreza, 2013	34
Gráfico 8	El Salvador: causa de la ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, según nivel de pobreza, 2013	34
Gráfico 9	El Salvador: proporción de ocupados en el total de personas que realizan cuidado infantil en hogares biparentales y monoparentales, según sexo, 2010	35
Gráfico 10	Incidencia de la dependencia por tramo etario, 2013	47

Gráfico 11	Tipo de hogar donde habitan personas con necesidad de ayuda o dificultades para realizar los quehaceres diarios, 2013	47
Gráfico 12	Percepción de ingresos de las personas que requieren ayuda y/o tienen una discapacidad que les dificulta la realización de los quehaceres diarios, 2013	48
Gráfico A.1	Proporción de niñas, niños y adolescentes de 4 a 17 años de edad que asisten a un centro educativo. Año 2013	71
Recuadros		
Recuadro 1	Definiciones amplias de cuidados	14
Diagramas		
Diagrama 1	Opciones de servicios y prestaciones para el cuidado en la primera infancia	31
Diagrama 2	Opciones de servicios y prestaciones para el cuidado de personas dependientes.....	50
Diagrama 3	Opciones de servicios y prestaciones para las cuidadoras.....	54

Resumen

El estudio aborda las discusiones conceptuales y las oportunidades y desafíos institucionales para la construcción de una política integrada de cuidados en El Salvador, realizando un diagnóstico sociodemográfico de las necesidades de cuidado para las distintas poblaciones objetivo de éstos y planteando recomendaciones para contribuir al debate interinstitucional, actualmente en marcha, sobre esta política en El Salvador.

Desde 2009, se han producido una serie de cambios en la política pública y los marcos jurídicos en El Salvador que han tendido a transformar la visión más tradicional de que la familia es la principal y única responsable de los cuidados y la protección de sus integrantes, a una más transformadora y promotora de la igualdad que integra al Estado con un rol activo en la corresponsabilidad de los cuidados y en la garantía del derecho al cuidado.

Por ello, desde 2014, el Gobierno de El Salvador ha comenzado a reflexionar sobre la importancia de desarrollar una política pública que permita redistribuir el trabajo de cuidados en la sociedad. Este documento busca proveer de insumos que contribuyan a la reflexión y al diálogo interinstitucional e intersectorial en esta materia.

Introducción

Este estudio presenta los desafíos conceptuales e institucionales que representa la construcción de una política integrada de cuidados en El Salvador, realiza un diagnóstico sociodemográfico de las necesidades de cuidado para las distintas poblaciones objetivo de éstos y plantea recomendaciones para contribuir al debate inter-institucional, actualmente en marcha, sobre esta política en El Salvador. El documento se inserta en el proyecto CEPAL/BMZ-GIZ “Protección social, enfoque de derechos y desigualdad en América Latina” y se enmarca en el trabajo de colaboración emprendido en 2014 entre la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia del Gobierno de El Salvador y la División de Asuntos de Género de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en torno a la discusión sobre los alcances de una política nacional de cuidados en este país. Desde 2009, se han producido una serie de cambios en la política pública y los marcos jurídicos en El Salvador que han tendido a transformar la visión más tradicional de que la familia es la principal y única responsable de los cuidados y la protección de sus integrantes, a una más transformadora y promotora de la igualdad que integra al Estado con un rol activo en la corresponsabilidad de los cuidados y en la garantía del derecho al cuidado.

El Gobierno de El Salvador ha ratificado el Convenio N°156 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre los derechos de los trabajadores con responsabilidades familiares que obliga a los Estados a adoptar medidas para contribuir con la asunción de esas responsabilidades. Ello implica desarrollar licencias por maternidad, paternidad y parentales, permisos por enfermedad de un familiar directo, servicios sociales para el cuidado de niños, niñas y personas dependientes y servicios de ayuda en el hogar y de cuidado a domicilio, así como flexibilizar los horarios de trabajo y adaptar a las necesidades de las trabajadoras y los trabajadores los servicios comunitarios (transporte, agua, energía eléctrica y la construcción de viviendas funcionales con el fin de aliviar las tareas domésticas).

También el país ha ratificado los distintos consensos de las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe que organiza la CEPAL cada tres años y que desde 2007 hasta la fecha han abordado sistemáticamente la problemática de los cuidados. En el Consenso de Quito (CEPAL, 2007) se acordó: *“formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad”*. Asimismo, se acordó *“adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y*

el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable". A su vez, en el Consenso de Brasilia (CEPAL, 2010), los Estados parte acordaron *"adoptar todas las medidas de política social y económica necesarias para avanzar en la valorización social y el reconocimiento del valor económico del trabajo no remunerado prestado por las mujeres en la esfera doméstica y del cuidado y fomentar el desarrollo y el fortalecimiento de políticas y servicios universales de cuidado, basado en el reconocimiento del derecho al cuidado para todas las personas y en la noción de presentación compartida en el Estado, el sector privado, la sociedad civil y los hogares, así como entre hombres y mujeres, y fortalecer el diálogo y la coordinación entre todas las partes involucradas"*. Finalmente, en el Consenso de Santo Domingo (CEPAL, 2013b) se menciona explícitamente que el debate sobre la igualdad de género debe considerar las dimensiones productivas y reproductivas del bienestar social, poniendo el énfasis en la transformación de la actual división sexual del trabajo y la corresponsabilidad en los cuidados de todos los sectores de la sociedad, las familias, el sector privado y el Estado.

Por ello, desde 2014, el Gobierno de El Salvador ha comenzado a reflexionar sobre la importancia de desarrollar una política pública que permita redistribuir el trabajo de cuidados en la sociedad. El tema fue incluido como un área estratégica: "Cuidado y Protección social", en el "Plan Nacional de Igualdad y Equidad para las mujeres salvadoreñas de 2012" (ISDEMU, 2012) que es la vía para implementar los objetivos de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE). En dicho Plan se sugiere avanzar en la instalación de un sistema de cuidados en el marco del Subsistema de Protección Social Universal (SPSU). Este subsistema, al cual la Ley de Desarrollo y Protección Social de 2014 considera como la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social, sería un marco apropiado para el desarrollo de esta política.

La problemática de los cuidados se considera clave para avanzar en el ejercicio de los derechos de las mujeres que han asumido fundamentalmente el trabajo de cuidado, tanto en forma remunerada como no remunerada, realizado con frecuencia, sin reconocimiento ni acceso a la protección social. El trabajo de cuidados también constituye un aporte fundamental para la mantención y fortalecimiento del tejido social, ya que contribuyen al cierre de brechas sociales y de género que mantienen y alimentan la desigualdad, la pobreza y la exclusión social. La garantía de poder cuidar y ser cuidado en un marco de corresponsabilidad, solidaridad, universalidad progresiva e igualdad (Rico, 2014), aporta, así, a la construcción de ciudadanía fundamental para la vida en una sociedad libre de violencia. Hay un amplio reconocimiento de las ventajas de recibir cuidados de calidad desde la primera infancia como mecanismo para interrumpir la reproducción de las desigualdades sociales, contribuyendo al pleno ejercicio de los derechos y al desarrollo de las capacidades de cada niño y niña. De igual forma, contar con cuidados necesarios para las personas adultas mayores, con discapacidad o con algún nivel de dependencia es un piso básico para el ejercicio pleno del conjunto de sus derechos. Pero al mismo tiempo, cuidar en igualdad es una necesidad y demanda de las mujeres quienes, por mandato cultural y debido a la división sexual del trabajo vigente son las principales cuidadoras con costos sobre su salud, su tiempo y sus oportunidades de recibir ingresos, entre otros.

En este marco, se ha conformado recientemente en el país una Comisión de Seguimiento para la Construcción de una Política de Cuidados en El Salvador¹ de naturaleza inter-institucional para comenzar a analizar los componentes que harían parte de esta política, el concepto y los principios bajo los cuales se estructuraría y sus alcances.

Este trabajo busca proveer de insumos que contribuyan a la reflexión y al diálogo interinstitucional e intersectorial en esta materia. Asimismo, pretende ser un instrumento que facilite el debate en distintos foros nacionales con participación de actores gubernamentales, de la sociedad civil y de centros académicos. Para ello, en el documento se presentan elementos conceptuales sobre los cuidados y las políticas de cuidados, así como una descripción del marco institucional para su desarrollo. Asimismo, se

¹ Las instituciones públicas que hacen parte de esta Comisión son: el Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad (CONAIPD), el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), el Instituto Salvadoreño para la Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA), el Ministerio de Educación, la Unidad para la Equidad entre los Géneros del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, el Ministerio de Salud, la Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Inclusión Social (SIS) y la Dirección de Programas Estratégicos y la Unidad de Derechos Humanos y Género de la Secretaría Técnica de Planificación de la Presidencia (STPP).

elaboran argumentos a partir de los cuales es posible visibilizar la importancia de una política de esta índole para el país, se analizan los déficits actuales de cuidados y los componentes que podrían formar parte de una política integrada de cuidados en el corto plazo.

El documento se estructura como sigue. En el primer capítulo, se desarrollan el marco conceptual y los fundamentos para reflexionar sobre una política de cuidados en El Salvador. El segundo capítulo recoge el marco institucional en el cual esta política podría insertarse. El tercer capítulo entrega un diagnóstico sobre las necesidades y la forma en la que se proveen los cuidados en el país, buscando identificar la oferta existente y las brechas de cobertura, así como los mecanismos de regulación y formación de personal para la tarea. Finalmente, en el capítulo cuarto se retoman los déficits más significativos de cuidados para pensar en las recomendaciones de política.²

² Como antecedentes para este trabajo, debe destacarse el documento recientemente publicado por la Organización Internacional del Trabajo y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo “Conciliación con corresponsabilidad social en El Salvador. Reflexiones y aportes para la construcción de una agenda nacional de cuidados” (OIT-PNUD, 2015). El documento entrega elementos para nutrir la discusión respecto de la necesidad de diseñar una política de cuidados en el país y sistematiza los avances en esta materia en las distintas agendas gubernamentales, así como en la sindical y empresarial. Insumos relevantes han sido también desarrollados en el campo de la protección social a la infancia y la adolescencia en El Salvador por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia (STPP) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (STPP-UNICEF, 2014). Por último, cabe mencionar los trabajos que ha venido realizando la División de Asuntos de Género y la División de Desarrollo Social de la CEPAL en los temas de economía y políticas del cuidado (véase, entre otros, Aguirre y Ferrari, 2014; Batthyány, 2015; Calderón, 2013; CEPAL, 2012; Gascón y Redondo, Guzmán León, 2014; Marco, 2014; Rico, 2014, 2011b) y que se encuentran en su sitio web [en línea]: <<http://www.cepal.org/es/temas/economia-del-cuidado>> y <<http://www.cepal.org/es/temas/politicas-de-cuidado>>.

I. El marco conceptual y los fundamentos para una política de cuidados

A. El concepto de cuidados

La discusión sobre el concepto de cuidados no está zanjada y refleja una diversidad de énfasis. Algunas definiciones más amplias consideran que los cuidados involucran todas las actividades que se realizan para atender las necesidades de la vida diaria y que se vinculan a los quehaceres domésticos (cocinar, lavar, planchar, el aseo del hogar, hacer las compras, entre otras actividades) y a la atención directa de las personas dependientes. La noción de dependencia se asocia a la necesidad de ayuda que tengan las personas para realizar las actividades esenciales de la vida diaria (como comer, bañarse, vestirse, moverse y trasladarse fuera del hogar) y que requieran de acompañamiento (véase el recuadro 1).

Otras definiciones más restringidas consideran a los cuidados como la atención directa a las personas dependientes, y no incluyen en la definición al trabajo doméstico (los quehaceres del hogar). En esos casos se habla de “trabajo doméstico y de cuidados” y las medidas de política que se proponen están orientadas a contribuir con el “cuidado directo” de estas personas (ayudar a la persona a realizar su aseo, a comer, a vestirse, a trasladarse, entre otras actividades) y no con el llamado “cuidado indirecto” (preparar el alimento, lavar los platos, limpiar la casa, lavar la ropa, planchar, entre otras acciones). No obstante, es relevante recordar que el cuidado indirecto es muchas veces precondition para que el cuidado directo ocurra (Esquivel, 2011; Folbre, 2006; Razavi, 2007 en Salvador, 2014), por lo que es necesario brindarle reconocimiento y atención. Por ejemplo, para ayudar a otra persona a alimentarse, se requiere disponer del alimento (comprarlo y prepararlo); el aseo de la persona con algún nivel de dependencia requiere del aseo previo del hogar, que la ropa esté lavada y acondicionada para su uso y disponer de los elementos necesarios para el baño; o bien, cuando se van a suministrar medicinas, se requiere disponer de ellas para lo cual alguien debió adquirirla o haber realizado los trámites necesarios para ello, entre otros muchos casos atingentes.

Una definición ofrecida por Batthyány (2007) plantea, sin pretensión de exhaustividad, que el cuidado puede comprenderse como la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Incorpora, por tanto, el cuidado material, que implica un trabajo, el cuidado económico, que conlleva un costo económico, y el cuidado psicológico, que implica un vínculo afectivo, emotivo y sentimental.

Recuadro 1 Definiciones amplias de cuidados

El documento base para la X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe organizada por la CEPAL en Quito en 2007 define al cuidado como: *“un proceso material y simbólico caracterizado por el mantenimiento de los espacios y bienes domésticos, la alimentación y el cuidado de los cuerpos, la socialización, la educación y la formación de los menores, el mantenimiento de relaciones sociales y el apoyo psicológico a los miembros de la familia”* (Montaño y Rico, 2007).

El trabajo de cuidados se divide en:

- i) *doméstico, entendido como la transformación de mercancías y el cuidado y el mantenimiento de los espacios;*
- ii) *de cuidado de las personas (principalmente niños, enfermos y ancianos),*
- iii) *obligado, es decir las actividades de enlace entre los ámbitos doméstico y público, derivadas de las responsabilidades familiares como acompañar a los niños a la escuela, hacer trámites o pagar cuentas, actividades que otras autoras denominan “servicio de apoyo” (García y De Oliveira, 2006 y Picchio 2001 en Montaño y Rico, 2007).*

Una nota conceptual preparada por ONUMIJERES para un diálogo regional con organizaciones de mujeres, redes y especialistas sobre el tema de cuidado dice: *“El cuidado comprende el conjunto de actividades necesarias para poder satisfacer las necesidades básicas (tanto materiales como simbólicas) relacionadas con el desarrollo y existencia de las personas, tales como la alimentación, la limpieza, la vestimenta, el cuidado de menores y dependientes, la gerencia del hogar, las compras o adquisición de los insumos necesarios para los integrantes de los hogares, el apoyo emocional, el mantenimiento de las relaciones sociales, etc.”* (ONUMIJERES y el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, 2013).

Fuente: Montaño, Sonia, y María Nieves Rico (2007), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, LC/L.2738 (CRM.10/3), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); ONUMIJERES México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (2013), “Repensando y redefiniendo el Trabajo de Cuidado: hacia una agenda pública de vanguardia”, ONUMIJERES México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir.

La particularidad de este cuidado directo es que está basado en lo relacional, ya sea en el contexto familiar o fuera del mismo: “se realiza cara a cara entre dos personas y en una situación de dependencia, una es tributaria de la otra para su bienestar y mantenimiento”. También “se trata de una tarea esencialmente realizada por mujeres, ya sea que se mantenga dentro de la familia o que se exteriorice a través de la prestación de servicios personales” (Batthyány, 2015, pág. 10). En el ámbito de la familia, es una responsabilidad asignada socialmente que adquiere un carácter obligatorio y desinteresado, y contiene una dimensión moral y emocional. Fuera del ámbito familiar, se caracteriza por la vocación de servicio, de atención y preocupación por las otras personas.

La forma en que se realiza el cuidado, condiciona el bienestar de ambas partes en esta díada de persona cuidadora-persona cuidada. Por ejemplo, Rico (2011, pág. 9) plantea que “el trabajo de cuidado puede ser voluntario en el contexto del amor, lo que involucra afectividad, deseos de protección, cooperación mutua y sentimientos de conexión y de interrelación positiva entre la persona que cuida y el receptor. Pero en otras ocasiones, y así lo demuestra la literatura de estudios de género, ese cuidado se produce dentro de los hogares (y agregaría que también dentro de las instituciones) de manera indeseada, involuntaria, coercitiva y responde a presiones psicológicas, culturales, sociales e incluso se utiliza la violencia física o sexual como dispositivo para que uno de los miembros del hogar —generalmente las mujeres— se haga cargo de éste”.

Dada la pretensión de que el cuidado sea realizado en condiciones óptimas, conceptos más recientes hacen referencia a la calidad deseable del cuidado: “el cuidado facilita tanto la subsistencia como el bienestar y el desarrollo. Abarca la indispensable provisión cotidiana de bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. Comprende la estimulación de los fundamentos cognitivos en la infancia y la búsqueda —en la medida de lo posible— de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de las personas frágiles de edad avanzada y de las personas con discapacidades. La manutención requiere generar y gestionar bienes, recursos, servicios y actividades que hagan viable la alimentación, así como velar por la salud e higiene personal y experimentar procesos de desarrollo y de aprendizaje cognitivos y sociales” (CEPAL, 2013a, pág. 31). Esta definición, resalta el tema de la estimulación en la infancia y la búsqueda de la conservación de las capacidades y la autodeterminación en el caso de personas dependientes o en situación de riesgo de pérdida de autonomía, como elementos sustanciales de los cuidados.

Además de precisar los objetivos esperados del cuidado, una definición comprehensiva de este término debe atender al hecho de que este trabajo se ha realizado tradicionalmente por las mujeres, muchas veces sin considerar que éste no necesariamente forma parte de sus elecciones de vida, se ha ejecutado sin remuneración ni reconocimiento social en el ámbito familiar, y con bajas remuneraciones y mala calidad del empleo en el ámbito de las relaciones laborales. A su vez, es un trabajo invisibilizado por la esfera productiva, sufriendo quienes lo realizan las consecuencias de un mercado laboral que impone un modelo de trabajador y trabajadora ideal que castiga a quienes poseen responsabilidades familiares y de cuidado en el hogar con menores salarios y menores oportunidades en su trayectoria laboral. Por ello, llevando el concepto de cuidados a uno de políticas, es imprescindible que el Estado intervenga en este campo, proponiendo acciones que avancen hacia la inclusión de alternativas al cuidado en el hogar que contribuyan a redistribuir el cuidado al interior de las familias y sociedad, revalorizarlo social y económicamente, y reformular el lugar de sumersión que ocupa actualmente para que todos los actores se responsabilicen por él. La siguiente sección se ocupa de este debate y su aplicación para el caso de El Salvador.

B. Los cuidados como objeto de política

En el marco de la preocupación porque los cuidados sean garantizados por los Estados, en la X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Quito se instaló el tema de “los cuidados como derecho”, donde Pautassi (2007) planteó que existe una trilogía entre el derecho a “dar cuidados”, “recibir cuidados” y “autocuidarse”. De esta forma, pensar en los cuidados como preocupación de la política pública no sólo implica dar cuenta de las necesidades de cuidados que tienen determinadas poblaciones dependientes de éstos, sino también, de quienes lo proveen y requieren contar con condiciones adecuadas para desarrollar este trabajo.

Así, las políticas de cuidado pueden comprenderse como aquellas que involucran acciones públicas referidas a la organización social y económica del trabajo destinado a garantizar el bienestar físico y emocional cotidiano de las personas con algún nivel de dependencia. Estas políticas consideran tanto a los destinatarios del cuidado, como a las personas proveedoras de éste e incluyen medidas destinadas tanto a garantizar el acceso a servicios, tiempo y recursos para cuidar y ser cuidado, como a velar por su calidad mediante regulaciones y supervisiones (CEPAL, 2015).

Como se presentó en la sección anterior, hay distintas concepciones sobre el cuidado y dada la escasez de políticas para atender las necesidades de la población dependiente, o sea, aquella que requiere de ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria, se tiende a focalizar las políticas en dicha población. Ello no significa que el contenido de las prestaciones o servicios que se brinden puedan contener actividades vinculadas a los quehaceres domésticos cuando las personas dependientes requieren ese tipo de servicios.

Como población dependiente de los cuidados se considera a los niños y niñas hasta los 12 años de edad que son los que requieren más atención y acompañamiento; y a las personas mayores de 12 años que tienen algún nivel de dependencia por cualquier motivo, sea porque es una persona adulta mayor, o porque tiene una discapacidad, o una enfermedad crónica, o está en estado de rehabilitación. En un origen, cuando se empezaba a trabajar en el tema de las políticas de cuidado, dada la escasa información estadística sobre la población en situación de dependencia, se tendía a considerar como potenciales dependientes a toda la población adulta mayor y las personas con discapacidad, sin identificar con precisión si se encontraban en situación de dependencia y de qué tipo o no. A medida que se va generando información en los países sobre la condición de dependencia de las personas (básicamente a través de las encuestas de protección social y algunas de las encuestas dirigidas a personas con discapacidad) y se va avanzando en el desarrollo de políticas de cuidado, se va evidenciando que tales políticas se deben construir con atención específica a la situación de dependencia de las poblaciones destinatarias, sin considerar que todas las personas adultas mayores o con discapacidad son necesariamente dependientes. O sea, la política se define en función de si el apoyo que se requiere es personalizado para realizar alguna actividad de la vida diaria en el hogar (su aseo personal, alimentarse, vestirse, movilizarse dentro y fuera del hogar), para concurrir a un centro de estudio, deportivo, recreativo o de cuidado infantil (si en esos centros no hay quien asista a las personas

con algún nivel de dependencia), o para cualquier otra actividad que la persona necesite o desee realizar fuera del hogar y para la cual precise ser acompañada y asistida. A su vez, la atención puede brindarse en forma grupal en centros diurnos, en residencias, en viviendas asistidas, o a distancia con el sistema de teleasistencia que permite brindar apoyo a la persona en el momento que lo demanda. Por lo tanto, al definir la política de cuidados lo relevante es identificar el nivel de dependencia y el tipo de actividad para la cual se requiere apoyo.

A su vez, la dependencia puede ser temporal o permanente. Generalmente cuando se inicia un proceso de formulación de políticas se tiende a priorizar a las poblaciones con dependencia permanente, pero no significa que no se puedan diseñar servicios que den asistencia a personas con alguna dependencia temporal. Otro tema importante respecto a la dependencia es saber que ésta muchas veces es funcional a la organización y diseño de la infraestructura física y social. Por ejemplo, si no existen adaptaciones edilicias o de los lugares públicos para que las personas con dificultades puedan trasladarse y hacer uso de esos espacios, entonces la dependencia aumenta. Por lo tanto, las políticas inclusivas e integradoras del ambiente a todo tipo de dependencias contribuyen también con la reducción de los cuidados que esa población requiere. Es muy común en las encuestas sobre discapacidad que la mayor limitación que enfrenta esta población es para moverse fuera de su hogar.

Por último, otra población destinataria de las políticas de cuidados son quienes los proveen, sea en forma remunerada (a través de servicios públicos o privados o bien, de arreglos entre particulares) o no remunerada (al interior de los hogares, por parte de miembros de la familia, la comunidad u otras personas). En esta población, las mujeres y las desigualdades de género presentes en nuestras sociedades derivadas de la división sexual del trabajo son cruciales.

Como parte de su campo de acción, una política de cuidados debe incluir acciones tendientes a incrementar los recursos que disponen las familias para resolver las tareas de cuidado ya que, como plantea Rico (2011, pág.107), “la cantidad y calidad del cuidado que unas personas brindan a otras en distintas etapas y circunstancias del ciclo vital (al interior de las familias) están determinadas por las capacidades y recursos de las que son portadoras, por las necesidades y demandas de los receptores, así como por condicionantes de carácter sociocultural —como la división sexual del trabajo— y de índole político-económica, como las prestaciones y servicios públicos y privados de cuidado que se ofrecen en una sociedad determinada, su nivel de cobertura, calidad y eficiencia”.

A su vez, dicha política debe tener una mirada integral del conjunto del sistema de protección social porque, como plantea Provoste (2013, pág. 131), “el cuidado es en primer lugar una tarea de articulación de (más o menos) recursos, productos y servicios, lo que pone el foco en las vinculaciones, más que en una suerte de división de tareas de cuidado entre las familias, el Estado y el mercado”. Y la forma cómo se organiza la provisión de los cuidados en la sociedad impacta en la carga de trabajo que se delega a los hogares, ya que “el ámbito familiar es el núcleo de ese proceso de reproducción social sobre el cual recae la responsabilidad final de armonizar las demás formas de trabajo y/o absorber sus insuficiencias” (Picchio, 1999).

No obstante, es imprescindible avanzar en el reconocimiento por parte de la política pública de que las necesidades y dinámicas de cuidados demandan de respuestas que trascienden el ámbito familiar y que reclaman una lógica de corresponsabilidad, al interior de los hogares, y entre los actores involucrados: Estado, familia, comunidad y mercado. De esta forma, la esfera pública no puede retrotraerse de la incidencia que puede tener en términos de intervenir en la desigual estructura de división sexual del trabajo prevaleciente, tanto por la vía de su inalterabilidad, como de su potencial y deseable transformación. Por lo tanto, la organización social de los cuidados tiene importantes consecuencias para la igualdad de género, ya sea porque se incrementen las capacidades y opciones de las mujeres y los hombres, o se perpetúe el confinamiento de las mujeres a las funciones tradicionales de cuidado. A su vez, el cambio en el rol de las mujeres de “cuidadoras” a “cuidadoras y proveedoras de ingreso para el hogar”, sin redistribución de tareas y responsabilidades de cuidado, tiende a generar una sobrecarga de trabajo limitando sus opciones de ocio, esparcimiento, formación, desarrollo profesional y participación pública (en la vida política y sindical, entre otras) (Salvador, 2007). También se ha demostrado que si el cuidado se realiza sin el debido apoyo, puede afectar la salud física y mental de la cuidadora (Rico, 2011).

Por ello, la forma en que se resuelven los cuidados en una sociedad impacta en el bienestar, el desarrollo y el ejercicio de los derechos de las personas que cuidan y las que demandan cuidados. El rol del Estado debe ser de rectoría en la política de cuidados, lo que significa que además de brindar servicios públicos y gratuitos para que puedan acceder los sectores de menores recursos, se debe regular y fiscalizar los servicios que brinda el sector privado. Por la ausencia del Estado en la provisión de estos servicios y su reducido rol en la regulación y fiscalización, en algunos casos el sector privado ha adquirido relevancia ofreciendo servicios de alto costo o de mala calidad. Ello conlleva a la reproducción de las desigualdades sociales y de género en la medida que los hogares con mayores ingresos (que son los que tienen más de un proveedor) tienden a contratar estos servicios para mantener su presencia en el mercado laboral, mientras los hogares de escasos recursos ven comprometida la inserción laboral de las mujeres y, de esa forma, no sólo no se han logrado reducir las desigualdades entre los sexos, sino que se han empezado a generar diferencias importantes entre las mujeres, producto de su desigual inserción en el mercado laboral.

En este contexto, los vínculos entre las políticas de cuidado y las políticas y sistemas de protección social, se vuelven más explícitos y necesarios, reforzando el rol estatal en su garantía. Por una parte, desde una perspectiva de derechos, el acceso al cuidado determina la posibilidad real, por parte de las personas que lo precisan, de ejercer el conjunto de derechos humanos que les son consagrados, y a su vez, condiciona el ejercicio de derechos de las personas que los proveen de forma no remunerada. Así, por ejemplo, sin el cuidado cotidiano que demandan niños y niñas en su primera infancia, su derecho al desarrollo integral es altamente vulnerado, repercutiendo, a la vez, en la imposibilidad para ejercer derechos sociales en otras múltiples dimensiones como la salud y su goce de un nivel de vida adecuado. Teniendo la protección social un rol fundamental en garantizar el ejercicio de derechos económicos y sociales de las personas, es natural comprender la asociación entre ésta y los cuidados (Rico y Robles, 2015).

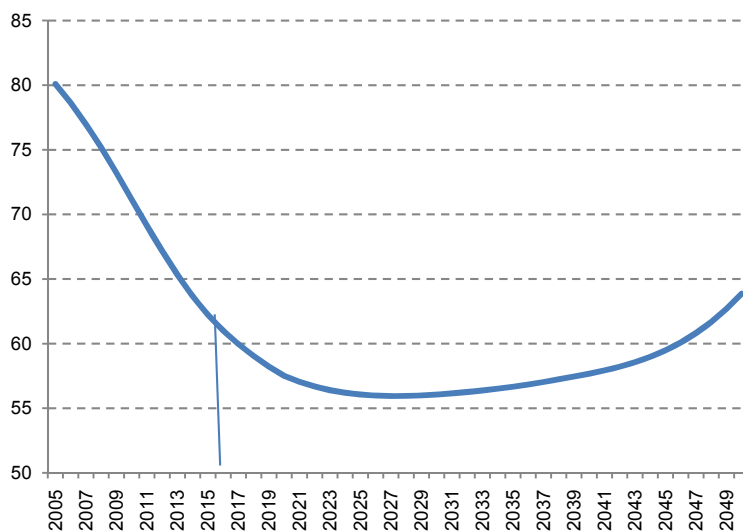
En segundo lugar, tanto el cuidar sin el reconocimiento de este trabajo, como requerir de cuidados y no poder acceder a ellos, dan cuenta de una serie de riesgos de atención central para la protección social. Así, por ejemplo, en el marco del envejecimiento acelerado de las sociedades, es cada vez más posible que personas adultas mayores requieran de cuidados, no cuenten con una persona al interior de su hogar que pueda proveerlos y, ante la no disponibilidad de servicios públicos de cuidados y limitados recursos para contratarlos en el mercado, se vuelvan severamente vulnerables a la pobreza en todas sus expresiones. En el caso de las personas cuidadoras no remuneradas, su desconexión con los mecanismos formales de protección social tales como el acceso al sistema de pensiones es frecuente, lo que vinculado a las barreras que enfrentan para insertarse en ocupaciones remuneradas, abre la puerta a un espiral de pobreza, vulnerabilidad y desprotección que les afecta a ellas y a sus hogares (Rico y Robles, 2015). En atención a estos elementos, progresivamente se debate en países de la región la incorporación de las políticas de cuidado como un nuevo pilar de los sistemas de protección social³.

Otra condicionante para la definición de una política de cuidados es la oportunidad que brindan en la actualidad el bono demográfico y el bono de género. El bono demográfico es el período de bonanza donde la población dependiente económicamente tiende a reducirse en relación a la población en edad activa (18 a 59 años). En el caso específico de El Salvador, este bono implica una reducción de la relación de dependencia que en el momento actual se ubica en 62,1 y pasaría a 56,1 en 2031. A partir de entonces, esta relación de dependencia empezará a aumentar nuevamente a la par de la tendencia al envejecimiento progresivo de la población, planteando importantes desafíos para las políticas de cuidado en el país (véase el gráfico 1).

Por lo tanto, durante unos años más la población en edad activa tendrá menos carga que soportar en términos del financiamiento de la seguridad social y también en términos de los cuidados a realizar. Pero, ello irá acompañado de un envejecimiento poblacional que modifica la composición de la población dependiente económicamente, pasando de un 80% de población joven (menor de 14 años) en 2015 a 45% de la población adulta mayor (por encima de los 60 años de edad) en 2050 (véase el gráfico 2). Ello implica que la demanda por cuidados se irá modificando de manera articulada a la transformación demográfica.

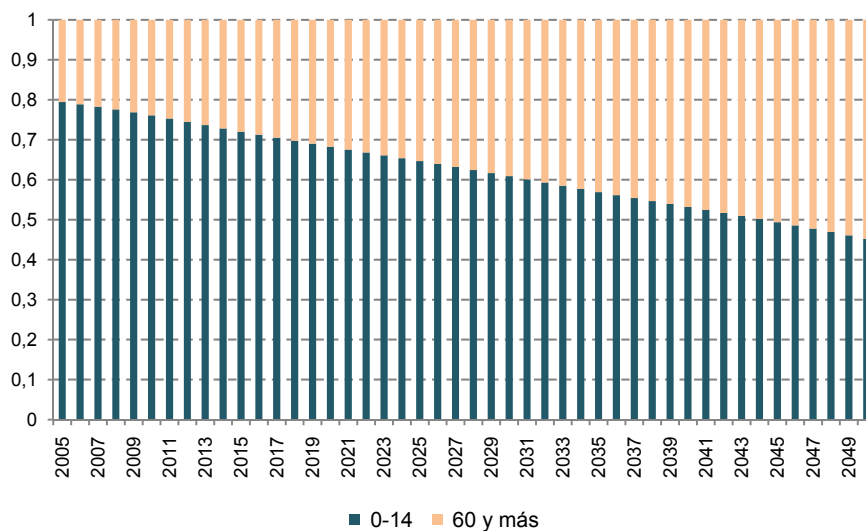
³ El caso más concreto de esta inclusión es el del Uruguay, país que ha comenzado a implementar un Sistema Nacional de Cuidados como cuarto pilar del Sistema de Protección Social (MIDES, 2014). Procesos similares se están diseñando en otros países, incluyendo Chile, país donde comienza a discutirse un Subsistema Nacional de Cuidados como parte del Sistema de Protección Social.

Gráfico 1
El Salvador: relación de dependencia, 2005-2050
(Por cada 100 personas en edad activa)



Fuente: Elaboración propia en base a la información de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) "Estimaciones y Proyecciones de Población. Nacional 2005-2050" (Revisión 2014).

Gráfico 2
El Salvador: composición de la población dependiente, 2005-2050
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a la información de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) "Estimaciones y Proyecciones de Población. Nacional 2005-2050" (Revisión 2014).

Por ello, el momento para invertir en cuidados es ahora, cuando la demanda de cuidados de la población adulta mayor aún es baja y la mayor inversión que se requiere es en población infantil cuyos costos se recuperarán en el corto, mediano y largo plazo. En el corto plazo, porque la inversión en cuidados (básicamente la estimulación oportuna en la primera infancia) tiene consecuencias positivas en el rendimiento escolar. En el mediano plazo, porque los futuros jóvenes que no son excluidos del sistema educativo y logran buenos rendimientos tendrán mayores estímulos y potencial para ingresar al mercado

laboral y formar parte de un sistema económico que necesita de mano de obra calificada. En el largo plazo, porque los adultos mayores tendrán mayores posibilidades de autofinanciar su cuidado y llegar con mejores condiciones vitales si tuvieron una vida más saludable. Por lo tanto, invertir en cuidados hoy puede implicar una menor inversión en cuidados en el futuro.

También, como plantea Razavi (2007) hay que considerar que “invertir en cuidados implica una inversión en la formación y reproducción de las capacidades humanas y en el fortalecimiento del tejido social de un país”. Ello es sumamente relevante en una sociedad como la salvadoreña que vive actualmente una significativa fragmentación social.

A su vez, las políticas de cuidado ofrecen un potencial transformador no sólo para la persona receptora de los cuidados, sino también en la población que cuida en forma no remunerada, aprovechando de esa forma el llamado *bono de género*. Este bono da cuenta del incremento en la participación laboral femenina, asociado a la reducción de la fecundidad y las transformaciones en el tamaño y composición de las familias. De esta forma, existe un margen relevante para los aportes que estas mujeres pueden realizar al incorporarse al mercado laboral, elevando los ingresos económicos de los hogares (Martínez Gómez, Miller y Saad, 2013). Así como el bono demográfico contribuye con el potencial de crecimiento económico de un país porque brinda la oportunidad de procurar que las capacidades de la población hoy dependiente se desarrollen al máximo (en el caso de niños y niñas) y que los costos asociados al cuidado de las personas adultas mayores se minimicen, el “bono de género” abona en la misma dirección ya que implica potenciar las ventajas de la participación laboral femenina.

La ausencia de una política de cuidados ha mantenido subsumidas a las mujeres en las tareas de trabajo doméstico y de cuidados en el hogar. Ello repercute en la menor participación laboral femenina, o en su inserción más precaria en el mercado laboral y con mayores restricciones para aprovechar las oportunidades laborales. Por lo tanto, el desarrollo de políticas de cuidados contribuiría con una mayor justicia social y de género, y con el desarrollo económico y social del país, liberando este bono.

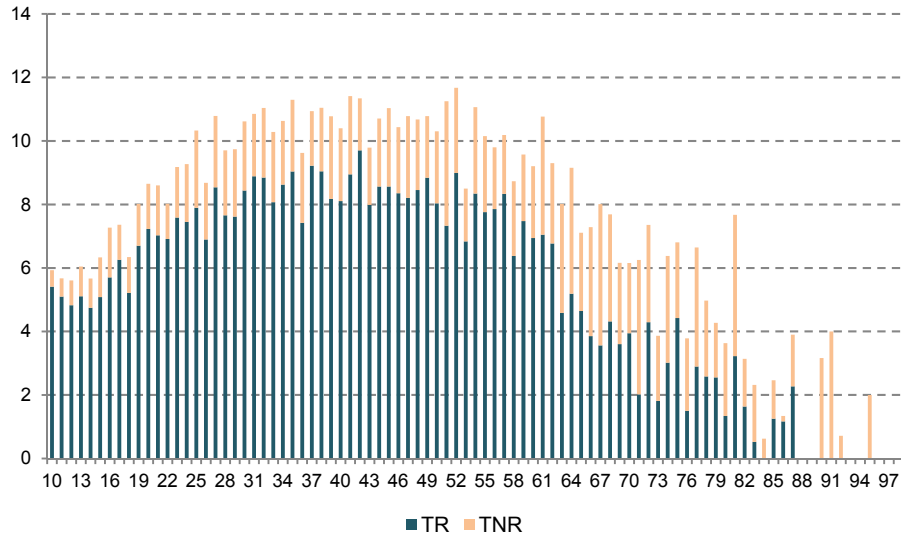
Para comprender la relevancia y potencial magnitud de este bono puede analizarse de manera combinada la evidencia sobre la inserción de las mujeres en el mercado laboral y su trabajo de cuidado no remunerado. Por una parte, la participación laboral femenina ha aumentado siete puntos porcentuales en las últimas dos décadas. Sin embargo, de acuerdo a datos de la CEPAL⁴, una proporción importante de mujeres equivalente al 33% tenía en 2013 como principal ocupación los quehaceres domésticos. Esta proporción es significativamente mayor para las mujeres que para los hombres, donde esta incidencia sólo llega al 0,3%, y además repercute en su menor participación laboral: en 2013, la ocupación entre las mujeres era de 45,9%, frente a 73,5% entre los hombres. Esta dinámica queda patentada en el gráfico 3 donde se observa el tiempo total de trabajo que realizan hombres y mujeres en El Salvador, y cuánto destinan al trabajo remunerado y no remunerado. Claramente las mujeres son las que realizan la mayor proporción del trabajo no remunerado diario de un hogar y ese trabajo limita sus oportunidades laborales ya que el tiempo que destinan al trabajo remunerado es muy reducido. De esta forma, contar con una política integrada de cuidados que intervenga de manera directa en la organización social de los cuidados, reduciendo la dependencia de éstos del trabajo no remunerado de las mujeres, contribuiría de manera efectiva en el aprovechamiento del bono de género reseñado.

Por lo tanto, los cuidados son objeto de política porque el Estado debe garantizar el derecho a “dar cuidados”, “recibir cuidados” y “autocuidarse” para cimentar una sociedad de pleno ejercicio de los derechos humanos, e incluso en determinadas circunstancias “negarse a cuidar parcial o totalmente” para que otras personas o instituciones lo hagan (Rico, 2015); porque permitiría consolidar una cultura de respeto, inclusión y dignidad, protegiendo el buen vivir de las personas, su autonomía y contribución a la sociedad a lo largo del ciclo de vida y ante diversas contingencias; porque es la forma de transformar las relaciones desiguales de género; y porque es el momento oportuno para sacar un mejor provecho del bono demográfico y del bono de género, contribuyendo de esa forma a potenciar las oportunidades de crecimiento y de desarrollo económico y social del país.

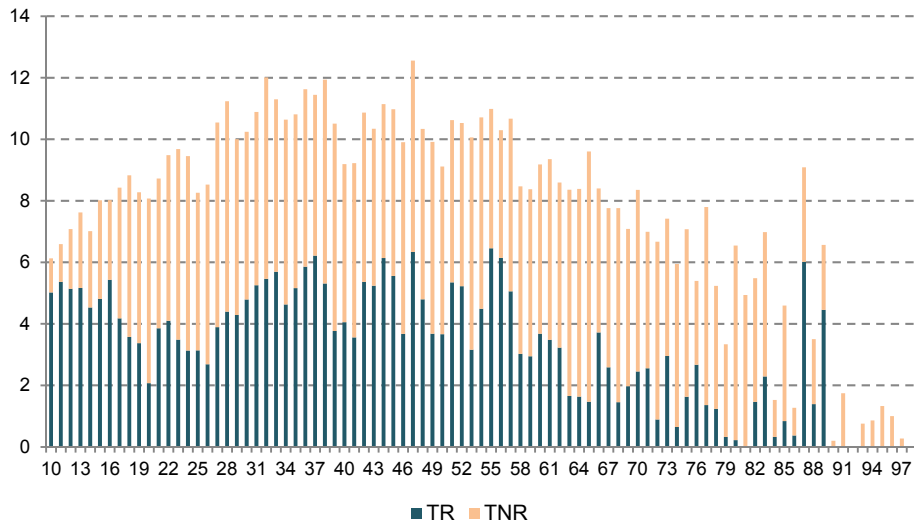
⁴ Datos de CEPAL en base a tabulaciones especiales de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de El Salvador. Véase [en línea]: <http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp>.

Gráfico 3
El Salvador: tiempo destinado al trabajo remunerado y no remunerado de hombres y mujeres según edad, 2010
(Horas diarias promedio)

A. Hombres



B. Mujeres



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Uso del Tiempo 2010.

C. Hacia una política pública integrada de cuidados: componentes y enfoques

Se considera una política pública integrada de cuidados al conjunto de acciones públicas y privadas intersectoriales que se desarrollan de forma articulada para brindar atención directa a las personas y apoyar a las familias en el cuidado de los miembros del hogar, e incluye también acciones encaminadas a la atención de los y las cuidadoras (Salvador, 2011 en Rico, 2011b). Estas políticas, dependiente de su diseño, pueden también conformarse en un sistema de cuidados.

Cuando se habla de una política integrada de cuidados se hace especial hincapié en la naturaleza multidimensional de los cuidados y la necesidad de brindar una respuesta sistémica a los requerimientos de la organización social de los cuidados que pueden incluir políticas de acceso a servicios, tiempo y recursos para cuidar y ser cuidado.

A su vez, en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación de la política de cuidados se debe garantizar que la perspectiva de género esté presente. La evidencia demuestra que si esa perspectiva no está, se impone la lógica predominante de las políticas tradicionales que mantiene la carga del trabajo de cuidado en las mujeres. Una de las críticas más importantes que han recibido las políticas de conciliación entre la vida familiar y laboral es que en muchos casos han mantenido el supuesto de que los cuidados son una responsabilidad femenina y de esa forma, sólo han sido útiles para que las mujeres concilien y sigan manteniendo la doble carga de trabajo (Salvador, 2014).

Las políticas de cuidado incluyen políticas de tres tipos. En primer lugar, las políticas de tiempo aluden al conjunto de licencias para el cuidado de personas dependientes, licencias parentales o políticas dirigidas a reducir o simplificar los tiempos que exige el uso de los servicios (por ejemplo, el servicio de transporte, de salud u otros). En segundo lugar, se encuentran los servicios de cuidado, los cuales pueden combinar centros de cuidado infantil, residenciales, programas de cuidados domiciliarios y centros diurnos, para personas dependientes (sea por vejez, por discapacidad o enfermedad). En tercer lugar, se incluyen las prestaciones monetarias para el cuidado, las que pueden combinar bonos para la contratación de servicios u otras prestaciones que faciliten el acceso a los servicios o remuneren el tiempo dedicado a los cuidados a quienes los ejercen. También es importante, en el caso de los servicios que se brindan a personas dependientes, tener previsto el traslado de la persona para facilitar el uso del servicio como parte de estas políticas articuladas.

A su vez, junto con el desarrollo de estas políticas hay que generar los sistemas de formación para quienes van a proveer y administrar el servicio, y los sistemas de regulación y control de la oferta de servicios y prestaciones.

Es importante diferenciar claramente las políticas de cuidado del resto de políticas que incluye el sistema de protección social y que pueden incluir políticas contributivas de seguridad social y no contributivas para la población en situación de pobreza. Ello es relevante para tener claro que los cuidados no incluyen todos los ámbitos de las políticas sociales. Así, las políticas de cuidados no son equivalentes a las políticas de salud, educativas o de seguridad social, pero la forma en que éstas se implementan afectan la provisión de cuidados. Como se decía anteriormente, los cuidados cumplen un rol articulador porque se han realizado históricamente al interior de las familias y éstas han sido las encargadas de administrar los distintos componentes de la protección social y compensar por sus insuficiencias.

En el caso de las políticas de salud, éstas incluyen estrictamente la atención en el proceso de curación, rehabilitación o paliación de la enfermedad, pero también cuando la persona está internada o enferma, incluye componentes propiamente de cuidados, como el aseo, la alimentación o el acompañamiento. Además, si la política de salud se orienta a una mejor atención primaria previniendo enfermedades, facilitando el acceso a los servicios, dando una cobertura más rápida y eficiente a las personas usuarias, probablemente contribuya a reducir la demanda de cuidados. Por el contrario, si la atención resulta ser deficiente, la demanda de cuidados puede aumentar.

En el caso de la educación, si el sistema educativo se extiende a niños y niñas de menor edad (por ejemplo, incluye el nivel de educación inicial), expande la cobertura de servicios a nivel territorial o extiende la jornada escolar, contribuye con los cuidados requeridos en la medida que cubre parte del

tiempo que esos niños y niñas eran atendidas por sus familias. Si, por el contrario, personas dependientes, como niños, niñas o jóvenes con dependencia severa no se incorporan a los servicios de educación porque no está previsto cómo atenderlos, ello incrementa el trabajo de cuidados de quienes están a su cargo, además de lesionar su derecho a la educación.

En el caso de la seguridad social, la expansión de las pensiones no contributivas o los programas de transferencias para el cuidado infantil no son una política de cuidados, pero contribuyen con la satisfacción de necesidades que pueden aliviar la carga de cuidados.

Por ello, es importante que la política de cuidados tenga una mirada integral del sistema de protección social y un enfoque de derechos⁵ y de ciclo de vida. El enfoque de derechos es el que garantiza el derecho a los cuidados desde la perspectiva de la persona proveedora y receptora de los cuidados. Ello a su vez implica que las políticas tengan la mirada de género para garantizar el derecho a que las mujeres y los varones puedan escoger las alternativas de cuidado que consideren más convenientes para sus hijos, hijas y sus familiares dependientes, sin erosionar el derecho de quien asume ese cuidado a la salud, la educación, la seguridad social y a un empleo de calidad. Cuando los cuidados se brindan en forma remunerada, el enfoque de derechos significa garantizar que esos cuidados sean realizados por personas formadas para la tarea específica que van a realizar y que cuenten con las condiciones mínimas de un empleo de calidad, tales como un salario adecuado, cobertura de la seguridad social y buenas condiciones de trabajo. Desde el punto de vista de las personas que requieren los cuidados, el enfoque de derechos implica garantizar que esos cuidados sean realizados en condiciones adecuadas, por personal capacitado para la tarea y respetuoso de la autodeterminación en el caso de personas dependientes.

Por otra parte, el enfoque del ciclo de vida alude a la consideración de las distintas etapas por las que atraviesan las personas de acuerdo a su edad y que pueden ser identificadas como la infancia, la juventud, la adultez y la vejez, asociándole a cada una de ellos los derechos que se deben garantizar y reconociendo los riesgos que se pueden enfrentar para el ejercicio de esos derechos. En particular, en relación a los cuidados, además de considerar las etapas del ciclo vital para tener en cuenta qué derechos se deben garantizar desde las políticas de cuidados, también se debe considerar el curso de vida de las personas para conectar las estrategias de cuidado que se propongan y contribuir con una mirada integral en sentido longitudinal. Ello significa, por ejemplo, que si los niños y niñas en la primera infancia accedieron a un sistema de cuidados que les brindaba estimulación oportuna, cuando terminan ese ciclo y deben ingresar a la educación parvularia, cuenten con centros para acceder a ese nivel educativo y las condiciones de cuidado que se le ofrecen no varíen sustancialmente con las que venía recibiendo (en relación a la cobertura de la jornada escolar o los sistemas de apoyo a contrahorario escolar). Si se desarrolló un programa de asistentes terapéuticos para que los niños y niñas con discapacidad accedan a centros de cuidado infantil, considerar el enfoque del curso de vida significaría que ese servicio no se interrumpa cuando debe acceder al ciclo siguiente de la enseñanza.

Las poblaciones objetivo para la política de cuidados en El Salvador se dividen en: población de 0 a 6 años, población de 7 a 11 años, personas en situación de dependencia por razones vinculadas con la discapacidad, el envejecimiento, alguna enfermedad u otra; y la población cuidadora.

Dado que el conjunto de políticas que se deben desarrollar para instalar un sistema de cuidados es amplio y la exigencia en recursos humanos y económicos es importante, será necesario definir prioridades, y una hoja de ruta con un horizonte claro y metas a cumplir por etapas para incentivar el avance en esa trayectoria.

⁵ “El enfoque de derechos en la protección social implica que las políticas públicas deben tener por objeto facilitar un mayor disfrute de los derechos económicos y sociales de toda la población, basándose en las normas y los principios de derechos humanos consagrados en constituciones, leyes y tratados internacionales” (Cecchini y Rico, 2015, pág. 333).

II. El marco institucional para el desarrollo de una política de cuidados en El Salvador

El desarrollo de una política pública de cuidados en El Salvador se enmarca en la Ley de Desarrollo y Protección Social aprobada en abril de 2014 que crea el Sistema Nacional de Desarrollo, Protección e Inclusión Social cuyo objeto es coordinar la ejecución y cumplimiento de la Política Social, e incorpora el Subsistema de Protección Social Universal como la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social.

En la Ley de Desarrollo y Protección Social se expresa que su objeto es “establecer el marco legal para el desarrollo humano, protección e inclusión social, que promueva, proteja y garantice el cumplimiento de los derechos de las personas. El Estado será el garante de su aplicación con un enfoque de derechos humanos, procurando que la población tenga acceso a los recursos básicos para la satisfacción y ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes” (Artículo 1). Como fue expresado en el apartado 1.2 (Los cuidados como objeto de política), los cuidados son un componente importante para el efectivo ejercicio de los derechos humanos y ha sido un tema ausente en la política pública porque se consideraba que era una tarea que se resolvía a través de los miembros del hogar o la familia. Por ello tampoco fue un componente de la primera etapa de instalación del Sistema de Protección Social Universal (SPSU), aunque cada vez se visualiza más como un campo fértil para la acción de la política pública. El “Plan Nacional de Igualdad y Equidad para las mujeres salvadoreñas de 2012” incluye un área estratégica “Cuidado y Protección social” donde se argumenta que este sistema (el SPSU) es una oportunidad para incorporar el componente de cuidado y entre las acciones a desarrollar propone la creación del componente nacional de cuidados en el marco del sistema de protección social universal (Objetivo 3.1, Acción 3.1.1).

A su vez, la Ley de Desarrollo y Protección Social establece que “en el primer semestre de cada período presidencial, se deberá formular y presentar el Plan de Desarrollo, Protección e Inclusión Social, cuyos objetivos y propósitos deben ser consistentes con el Plan General del Gobierno y que servirá de marco para los programas sociales que se definan y ejecuten”. Para el actual período de gobierno se aprobó el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 “El Salvador productivo, educado y seguro” que en sus principios fundacionales establece “garantizar la dignidad de las personas y la satisfacción de los derechos sociales de las y los ciudadanos a lo largo de su ciclo de vida y avanzar hacia una mayor igualdad en la sociedad,

incluyendo, la igualdad de género” (Gobierno de El Salvador, 2015). Ello también es consistente con el propósito de definir una política pública de cuidados que contemple el enfoque de derechos humanos y de equidad de género que El Salvador está promoviendo desde el cambio de gobierno en el año 2009.

Las líneas de acción que se establecen en dicho Plan y deberían incorporar un componente de cuidados refieren a: “a) fortalecer la atención integral e integrada para el desarrollo de la primera infancia; b) actualizar el marco legal e institucional para brindar atención integral a las personas adultas mayores; c) fortalecer y ampliar la atención integral para las personas con discapacidad; y d) desarrollar e implementar el sistema nacional de protección a la niñez y adolescencia, personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas dependientes”. Así, la creación de una política nacional e integrada de cuidados en El Salvador estaría amparada bajo el principal marco que define los lineamientos del desarrollo en el país.

También, existe en El Salvador distintos instrumentos para promover la atención integral de cada una de esas poblaciones: la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) de abril de 2009, la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (del año 2002) y la Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad (de abril de 2014).

A su vez, una política de cuidados contribuye directamente al primer objetivo del Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 que es “Dinamizar la economía nacional para generar oportunidades y prosperidad a las familias, a las empresas y al país”, ya que en dicho objetivo se menciona la carga de trabajos doméstico y de cuidados como una de las barreras que impiden a las personas, y en particular a las mujeres, acceder a empleos dignos. De esta forma, se estaría avanzando también en la implementación de los objetivos de igualdad, equidad y no discriminación de la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE) de abril de 2011.

Por lo tanto, el diseño de una política pública de cuidados debe enmarcarse en el Subsistema de Protección Social Universal y los distintos marcos normativos que promueven el desarrollo y la atención integral de las personas que cuidan o reciben cuidados.

Desde todas estas perspectivas, la posibilidad de generar un pacto de inclusión social por la vía de los cuidados resulta clave para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de todos los actores involucrados (personas que demandan y proveen de cuidados) y avanzar hacia una sociedad cohesionada, menos desigual y con menores niveles de violencia.

A. El Subsistema de Protección Social Universal

La instalación del Subsistema de Protección Social Universal buscó articular acciones bajo un esquema único de protección social. Este subsistema sería “la instancia de coordinación gubernamental de los programas de protección social para otorgar seguridad a las personas frente a los riesgos y desafíos que se enfrentan en el ciclo de vida, particularmente para aquellas que carecen de seguridad social contributiva y las que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad económica, social y ambiental”.

Como se planteó en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014, el SPSU se propuso garantizar que, de manera gradual, todos los habitantes del país, habitaran en zonas urbanas o rurales, contarían con un piso básico de bienestar (GOES, 2010, pág. 66). Como población prioritaria se definió a los sectores medios y aquellos en condiciones de pobreza y a la población en situación de exclusión social. Para lograr sus objetivos se propuso poner en marcha un conjunto de políticas y programas específicos que operarían bajo una acción público-estatal articulada.

Bajo el componente de “Creación de bases del sistema de protección social universal”, las siete medidas anunciadas como vertebradoras del SPSU fueron: la creación de Comunidades Solidarias; la creación de un programa de atención integral de salud y nutrición; la ampliación del programa de alimentación escolar a centros educativos urbanos; la dotación gratuita de uniformes y útiles escolares; la garantía y extensión temporal de los beneficios de acceso a los servicios de salud del ISSS; la eliminación de cuotas en el acceso a servicios de salud pública, y la dotación inmediata de medicamentos esenciales a todos los establecimientos de salud pública. Además, bajo el componente de Apoyo a la producción y

generación de empleo se incluyeron cuatro programas relevantes: Empleo Público Temporal, que luego se redefine como Programa de Apoyo Temporal al Ingreso (PATI); Ampliación y Mejoramiento de Servicios Públicos e Infraestructura Básica; Construcción y Mejoramiento de Viviendas de Interés Social, y Ampliación de servicios sociales (por ej., uniformes escolares). En su acción conjunta, es esperable que estas medidas tengan un impacto en mejorar el acceso a los servicios sociales y ampliar la disponibilidad de recursos económicos familiares a través de transferencias directas o mecanismos de ahorro para las familias más vulnerables del país. (STP-UNICEF, 2014).

En una primera instancia, como el subsistema se lanza en el marco del Plan Anti Crisis el foco estuvo en el apoyo a la población afectada por la crisis económica internacional, y la mayoría de las acciones se definieron en función de la necesidad socioeconómica (población en situación de pobreza extrema severa o alta), y una menor cantidad de acciones (Útiles escolares y Vaso de Leche) tuvieron alcance nacional.

En relación a los cuidados, las acciones más relevantes son: la provisión de servicios de cuidado infantil o de apoyo a las familias para la estimulación temprana (que se desarrolla dentro del componente Atención integral a la primera infancia); el aseguramiento de las trabajadoras domésticas (bajo el componente Empleo y Seguridad Social) que plantea un régimen especial (no obligatorio) cuyo costo lo puede deducir el empleador o empleadora de su pago de impuestos a la renta; la formación de cuidadores familiares del Programa Nuestros Mayores Derechos.

A su vez, los demás programas que se han desarrollado en el marco del subsistema pueden contribuir en distinta medida a la reducción de las necesidades de cuidado de la población dependiente. Por ejemplo, los programas que buscan estimular la asistencia a los centros educativos como el paquete escolar, medio pasaje, alimentación escolar, vaso de leche y el apoyo a través de las transferencias monetarias del programa Comunidades Solidarias; contribuyen con la reducción de los requerimientos de cuidado en el hogar. También el mayor acceso a los servicios de salud, contribuye con la calidad de vida de los usuarios del sistema de salud y probablemente con la reducción del tiempo que se requiere para cuidados de las personas (en particular los niños, los adultos mayores y los enfermos crónicos).

Por otra parte, en el programa Nuestros Mayores Derechos hay varios componentes que buscan contribuir con el acercamiento de los servicios a la población dependiente (como la salud) a través de las visitas domiciliarias y los Equipos Comunitarios de Salud (llamados ECOS) se convertirían, de esa forma, en una buena fuente de información para la elaboración e implementación de la política de cuidados ya que cuentan con información primaria sobre la población en situación de dependencia. También se propone la reducción de las barreras físicas y espaciales que pueden enfrentarlas personas mayores en los lugares que utilizan más frecuentemente para promover su autonomía e independencia; y se busca fortalecer la atención que prestan los centros para personas adultas mayores, sobre todo los que ofrecen albergue o residencia para que puedan recibir personas en situación de dependencia.

Más allá que estos programas se van evaluando y revisando durante su implementación, y está previsto la incorporación de nuevos programas durante el desarrollo del sistema, ha sido fundamental la generación de una institucionalidad encargada de la protección social y el desarrollo de experiencia en la articulación y gestión intersectorial de programas en el territorio. El desafío a futuro es seguir mejorando esos mecanismos de gestión intersectorial que aún se encuentran con ciertas dificultades en su puesta en práctica.

B. Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEPINA) (abril de 2009)

La LEPINA, a través de la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes, establece aspectos vinculados al derecho a recibir cuidados. En el Artículo 13 incorpora el “Principio de Corresponsabilidad” el cual establece que la garantía de los derechos de las niñas, niños y adolescentes corresponde a la familia, al Estado y a la Sociedad. Señala además que “El Estado tiene la obligación indeclinable e ineludible mediante políticas, planes, programas y acciones de crear las condiciones para que la familia pueda desempeñar su rol de manera adecuada”, indicando que la sociedad en su conjunto debe participar activa y continuamente en la garantía de los derechos de este grupo de población.

Establece la creación de un Sistema Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia que define como “el conjunto coordinado de órganos, entidades o instituciones, públicas y privadas, cuyas políticas, planes y programas tienen como objetivo primordial garantizar el pleno goce de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”. La máxima autoridad del Sistema es el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA) que tiene entre sus funciones realizar el diseño, aprobación y vigilancia de la Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia (PNPNA). Dicho Consejo se debe relacionar y coordinar con los demás Órganos del Estado por medio del Ministerio de Educación (Art. 134 de la Ley).

En relación a los cuidados y la educación para la primera infancia, un cambio importante en términos de institucionalidad es que el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA), que era hasta el momento el ente coordinador de la ejecución de la Política Nacional para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (de 2001), pasaría a constituirse en una “entidad de atención de naturaleza pública, integrada plenamente en el Sistema de Protección Integral por medio de la Red de Atención Compartida”. Ello puede implicar algún traslado de funciones del ISNA al CONNA. Por ejemplo, la ley establece que al CONNA le corresponden funciones como “Registrar a los miembros de la Red de Atención Compartida y acreditar sus programas”; “Sancionar a los miembros de la Red de Atención Compartida, cuando corresponda”; “Sistematizar información sobre las actuaciones de los miembros de la Red de Atención Compartida”, o sea, funciones vinculadas al registro, regulación y control de los centros. Mientras al ISNA le corresponde “coordinar y supervisar a los miembros de la Red de Atención Compartida, e informar al CONNA de las infracciones e irregularidades cometidas por éstos”.

A su vez, en el marco del principio de corresponsabilidad la LEPINA introduce un cambio importante respecto a lo que establecía la Ley General de Educación (1996) que consideraba a la familia como el actor central para desarrollar la educación inicial⁶, y asume que el Estado debe ser el responsable en garantizar ese nivel educativo. En el Art. 82 se establece que “la educación inicial, parvularia, básica, media y especial será gratuita y obligatoria” y “los servicios de los centros públicos de desarrollo infantil serán gratuitos y deberán reunir todas las condiciones necesarias para la atención de las niñas y niños”.

También la Ley General de Educación, establece que “el Ministerio de Educación será quien establezca e implemente las políticas nacionales relacionadas con la educación inicial, por medio de diferentes estrategias y modelos de atención; y, fundamentalmente, será responsable de normar, acreditar, autorizar, registrar, supervisar y evaluar los programas o servicios específicos que brinden instituciones públicas, privadas, municipales, comunitarias y no gubernamentales, las que a fin de brindar la educación inicial deberán contar con la acreditación previa del Ministerio de Educación”. Por su parte, “el Estado podrá financiar o subsidiar a las instituciones acreditadas que impartan los programas de educación inicial impulsados por el Ministerio de Educación”.

Por lo tanto, para la política de cuidados el componente sustancial está dado por el modelo de atención integral a la infancia y la adolescencia que cuenta con la rectoría del Ministerio de Educación en lo relativo al sistema de educación formal y el CONNA en el resto de los servicios de cuidado infantil y de protección a la infancia y adolescencia en situaciones de riesgo social.

C. Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (año 2002)

A los efectos de la ley, se considera persona adulta mayor a todo hombre o mujer que haya cumplido sesenta años de edad. La ley tiene por objeto “garantizar y asegurar una atención integral para la protección de las personas adultas mayores y contribuir al fortalecimiento e integración de la familia” (Artículo 1). En este caso no se reconoce el principio de corresponsabilidad, sino que se define que “la familia tiene la responsabilidad primaria de atención a estas personas, estando el Estado obligado a brindar el apoyo necesario a través de las instancias respectivas” (Artículo 3). “En caso que no tenga familia, el Estado

⁶ Según el Art. 16 de la Ley General de Educación de 1996, “la Educación Inicial desarrollará sus acciones a partir de la familia, mediante programas de orientación para padres, madres o tutores, fortaleciendo de esta manera el rol central que la familia tiene como núcleo de la sociedad”.

garantiza su atención a través de la institución correspondiente coordinada por la Secretaría Nacional de la Familia, con el apoyo de instituciones públicas, privadas e instituciones no gubernamentales, dedicadas para tal fin” (Artículo 4), se mencionan los hogares, asilos o casas de asistencia social.

La ley creó el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, que coordinó la Secretaría Nacional de la Familia hasta 2009 cuando se reemplaza por la Secretaría de Inclusión Social, y tiene entre sus funciones “crear y organizar un registro nacional de instituciones dedicadas a la atención de las personas adultas mayores”; y “establecer y garantizar la creación y cierre de los centros de atención públicos y privados para personas adultas mayores a fin de supervisar su funcionamiento y las condiciones de dicha atención”.

Por lo tanto, los componentes de cuidados incluidos en la atención integral a las personas adultas mayores en situación de dependencia son diseñados y supervisados por la Secretaría de Inclusión Social.

D. Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad (abril de 2014)

En el año 2010 se creó el Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad (CONAIPD) cuyo propósito era elaborar la Política Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad. Dicha política se aprueba en abril de 2014 e incluye en sus objetivos específicos: “Fortalecer al ente rector de la Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad”; “Promover y asegurar medidas efectivas para garantizar el acceso y permanencia de las personas con discapacidad en todos los niveles del sistema educativo, hasta la conclusión de sus estudios, tanto en el ámbito público como privado”; “Asegurar el derecho al empleo de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones que las demás personas dentro del ámbito público y privado, así como la promoción de otras alternativas de inserción laboral”; e “Implementar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la protección social de las personas con discapacidad”.

Estos propósitos tendrían como efecto una mayor integración social de las personas con discapacidad y un mayor goce de los beneficios sociales lo que contribuye con el alivio de los cuidados que requieren esas personas en el hogar, y promueven el ejercicio de sus derechos.

En el marco de dicha política se propone y resuelve la creación del Sistema Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad. También se prevé el establecimiento de mecanismos de coordinación interinstitucional para la adopción de acciones para la respuesta integral a las personas con discapacidad.

Por lo tanto, las prestaciones y servicios vinculados con los cuidados a personas con discapacidad deberían formar parte del sistema nacional de atención integral a personas con discapacidad.

E. Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE) (abril de 2011)

Para contemplar uno de los objetivos primordiales de la política de cuidados que es la promoción de la equidad de género se considera la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres (LIE) aprobada en abril de 2011. Ella propone la elaboración del Plan Nacional de Igualdad a cargo del órgano rector de estas políticas que es el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU). Dicho plan debe contener los lineamientos de la Política de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación.

También el ISDEMU debe “proponer y coordinar la incorporación sistemática del Principio de Transversalidad de la igualdad y no discriminación, en el diseño y formulación de las políticas públicas en las instituciones del Estado”. Ello incluiría las acciones vinculadas con la política de cuidados.

A su vez, en el artículo 27 se establece el “Reconocimiento del Trabajo Doméstico y del Cuidado” que significa que: “el Estado reconoce el valor económico y la contribución esencial y equivalente del trabajo reproductivo, doméstico y del cuidado, respecto del trabajo productivo remunerado”; y “el Estado,

desarrollará de manera sostenida y permanente, políticas dirigidas a facilitar la corresponsabilidad de mujeres y hombres, en el ámbito del trabajo reproductivo y del cuidado familiar, lo cual comprende la atención de las exigencias de la vida doméstica y familiar”. Se define en dicho artículo que las “actividades de trabajo Reproductivo” comprenden la gestación y el cuidado de infantes, la preparación de alimentos, la recolección de agua, las compras de provisiones, los quehaceres domésticos y la atención de la salud familiar, incluido el cuidado y mantenimiento de la unidad doméstica y de sus miembros”. También se plantea que “el ISDEMU desarrollará acciones de concientización de la población sobre la corresponsabilidad de ambos géneros en la atención a la producción y cuidado de la subsistencia humana y brindará asesoría a las instituciones que lo soliciten, para el desarrollo de políticas de corresponsabilidad”.

Por ello, el ISDEMU deberá jugar un rol fundamental en la institucionalidad que se defina para la elaboración, formulación, evaluación y supervisión de los componentes de la política pública de cuidados, en particular en todos aquellos aspectos que refieren a la provisión del cuidado no remunerado al interior de las familias y remunerado en el mercado.

F. En síntesis

La política pública de cuidados podría formar parte del Sistema Nacional de Desarrollo, Protección e Inclusión Social e integrarse al Subsistema de Protección Social Universal (SPSU). Este último podría ser el ámbito donde se articulen las acciones relativas al componente de cuidados en la protección e inclusión social. También las distintas instituciones rectoras de las políticas relativas a cada población objetivo deberán tener un rol en la definición y ejecución de esa política y en su articulación. Por lo tanto, el Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia (CONNA), el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, el Consejo Nacional de Atención Integral para las Personas con Discapacidad (CONAIPD) y el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU) deberían formar parte de la instancia de coordinación de la política de cuidados.

En el caso del ISDEMU también debe jugar un rol fundamental en garantizar la transversalización de la perspectiva de género en cada una de las políticas que se definan, y en especial, en procurar que existan políticas específicas para las personas proveedoras de cuidado. Ello es sumamente importante dado que es muy fácil perder esta perspectiva en algunas de las etapas del proceso de elaboración e implementación de la política (sea en la etapa de diseño, formulación, ejecución, monitoreo o evaluación).

El Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA) y el Ministerio de Educación tienen un rol importante a jugar como proveedores de servicios, reguladores y fiscalizadores, así como en la formación del personal que requieren estos servicios.

III. El estado actual de los cuidados en El Salvador

En este capítulo se presenta para cada población objetivo una caracterización de su situación en términos de los cuidados. Las poblaciones objetivo para definir la política de cuidados en El Salvador, como se mencionó previamente, se compone de: la población infantil desagregada en la primera infancia (0 a 6 años) y la niñez (7 a 11 años), personas mayores de 12 años en situación de dependencia por razones vinculadas con la discapacidad, el envejecimiento, alguna enfermedad u otra; y la población cuidadora.

Para cada población, se presentan las opciones de servicios y prestaciones de cuidados, tomando como referencia las propuestas elaboradas para Uruguay que se presentan en el informe “Cuidados como Sistema” (MIDES, 2014). Luego, se analiza la oferta de servicios y prestaciones que existen actualmente en El Salvador, las coberturas y los déficits que se deben atender.

Interesa, en particular, visualizar la forma en que se están cubriendo esos déficits ya que, como se definió al inicio, importa la calidad del cuidado para garantizar el bienestar de la persona cuidada y de la persona cuidadora. Por lo tanto, a través de la caracterización de las personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas se buscará ilustrar la respuesta que se está dando a los déficits actuales de cuidado, los cuales deberán ser atendidos por la política pública.

Las fuentes de información disponibles para esta caracterización son: los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples de 2013, de la Encuesta de Uso del Tiempo de 2010, del Censo de Población y Vivienda de 2007, de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013 y del Censo Escolar 2013⁷. También se dispuso del consolidado de los informes anuales que remiten las instituciones de la Red de Atención Compartida que regula y supervisa el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA). A su vez, durante la elaboración del informe se realizó una visita a El Salvador para mantener entrevistas con todas las instituciones involucradas en la temática de los cuidados y que hacen parte de la Comisión de Seguimiento para la Construcción de una Política de Cuidados en El Salvador (véase agenda de las entrevistas realizadas en el Anexo).

⁷ Un desafío fue intentar desagregar territorialmente la información, lo que sólo se pudo realizar en algunos casos donde el número de casos disponible en las encuestas era suficiente para soportar dicha desagregación (véase Anexo estadístico). Pero encuestas como la de Uso del Tiempo o donde se refiere a poblaciones con escasa cobertura de servicios como la educación inicial o la jornada extendida en el nivel de Educación Básica, no permiten realizar tales desagregaciones.

A. Los cuidados en la población infantil

Los cuidados que demanda la población infantil van variando a medida que los niños y las niñas crecen, son más demandantes de tiempo en la primera etapa hasta los tres años de edad. A su vez, para ese primer tramo etario (0 a 3 años) es más difícil encontrar alternativas públicas para el cuidado. Para los niños y niñas de cuatro años en adelante, el sistema educativo empieza a cumplir un rol fundamental. Los cuidados en el hogar se combinan con la asistencia al centro de enseñanza. Pero, claramente la extensión de la jornada escolar condiciona los tiempos necesarios para el cuidado. Por ello, se analizan los cuidados en la primera infancia (0 a 6 años) y en la niñez (7 a 11 años) considerando la oferta educativa y la asistencia escolar.

Otro tema a atender, para el tramo de 0 a 12 años, es si por alguna discapacidad o enfermedad requieren niños y niñas de cuidados especiales. O sea, los niños y niñas con discapacidades que generan cierta dependencia pueden requerir apoyos para asistir al centro de cuidado infantil o de estudios si el propio centro no les provee ese servicio. Por ello, cuando se realice el análisis de esta población se considerará en qué medida existen servicios o prestaciones que busquen integrar a aquellos niños y niñas con situaciones especiales de dependencia.

1. Los cuidados en la primera infancia (0 a 6 años)

Según el Ministerio de Educación la primera infancia es el período que va desde el nacimiento hasta los 6 años 11 meses (MINED, 2013). En esta etapa de vida los cuidados adquieren una importancia fundamental tanto para el desarrollo del niño y la niña, como para las oportunidades y alternativas que tienen las personas responsables de su cuidado.

Desde la neurociencia se ha fundamentado la importancia que tiene para el desarrollo intelectual la estimulación cognitiva temprana de los niños y niñas. “Qué, cómo y cuánto aprenden después los niños en la escuela, depende ampliamente de las competencias sociales, emocionales y cognitivas que hayan desarrollado en sus primeros años de vida. La interacción que se produzca con su entorno, la calidad del cuidado que reciben durante su primera infancia, incluidas la nutrición, la salud y la estimulación temprana, tienen efectos de largo plazo en el desarrollo cerebral” (Eming Young, 2002 citado en OEI, 2010, pág. 98).

Para ello se sugiere apoyar a las familias para que atiendan las necesidades, el desarrollo y la educación de sus hijos e hijas, y la incorporación progresiva de los niños y niñas en situaciones educativas organizadas que contribuyan a su maduración y aprendizaje. También se destaca que los programas de atención a la infancia deben integrar la dimensión social y la dimensión educativa. Es muy difícil que el solo trabajo en el ámbito educativo alcance sus objetivos si, al mismo tiempo, no hay una atención específica al interior del contexto social y familiar en el que el niño o niña se desarrolla (OEI, 2010).

Pero, también las personas responsables del cuidado de esos niños o niñas, generalmente madres, padres y otros familiares que contribuyan o se hagan cargo de su cuidado, deben contar con alternativas para el cuidado en el horario que trabajan en forma remunerada, estudian o realizan otras actividades.

A continuación se presentan las opciones de servicios y prestaciones para la primera infancia (véase el diagrama 1):

- Licencias por maternidad, paternidad y parentales: las licencias por maternidad y paternidad se conceden en el momento del nacimiento del niño o niña. Las licencias parentales se conceden luego de finalizada la licencia por maternidad y paternidad a cualquiera de los padres o a ambos, con el propósito de contribuir al cuidado, pueden ser de tiempo completo o tiempo parcial. En Uruguay, por ejemplo, se brindó la posibilidad de reducir la jornada laboral a la mitad hasta los seis meses de edad del niño o niña. También se pueden brindar licencias por enfermedad o internación hospitalaria del hijo o hija.
- Cuidados domiciliarios: consiste en un servicio de cuidado en el hogar donde el Estado se encarga de la formación, registro, supervisión y financiación del costo de la contratación del cuidador o la cuidadora.

- Centros de cuidado infantil: estos centros pueden ser públicos, privados con regulación estatal y centros de gestión privada y subsidiados por el Estado.
- Bonos para la contratación de servicios en el sector privado (cuando la oferta pública es insuficiente). En este caso el pago del servicio debe hacerse directamente al centro.
- Incentivos para que las empresas desarrollen servicios de cuidado: ello puede consistir en brindar la experiencia y conocimiento que el Estado tenga sobre la gestión y puesta en marcha de estos centros, brindar la capacitación a los educadores y educadoras y contribuir con el financiamiento de ciertos rubros, como alimentación y materiales.
- Orientación y apoyo a las familias: tanto en temas de estimulación oportuna cuando los niños y niñas no asisten a un centro educativo o de cuidado infantil.
- Asistentes terapéuticos: son personas formadas para acompañar a los niños y niñas en su proceso de formación en un centro de enseñanza, cuando su discapacidad lo requiere.

Diagrama 1
Opciones de servicios y prestaciones para el cuidado en la primera infancia



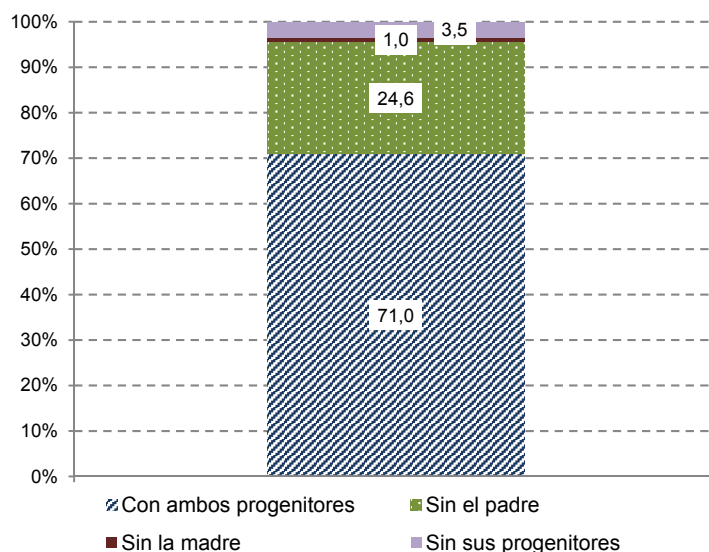
Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2014) *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidado en Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

En función de las necesidades de cuidado de esta población y la oferta disponible, se definirán las alternativas de política que se deberían desarrollar.

a) ¿Con quiénes viven las niñas y los niños salvadoreños?

De los niños y niñas de 0 a 6 años que habitan en viviendas particulares, el 71% convive con ambos progenitores, el 24,6% no convive con su padre y 3,5% no convive con sus progenitores (véase el gráfico 4).

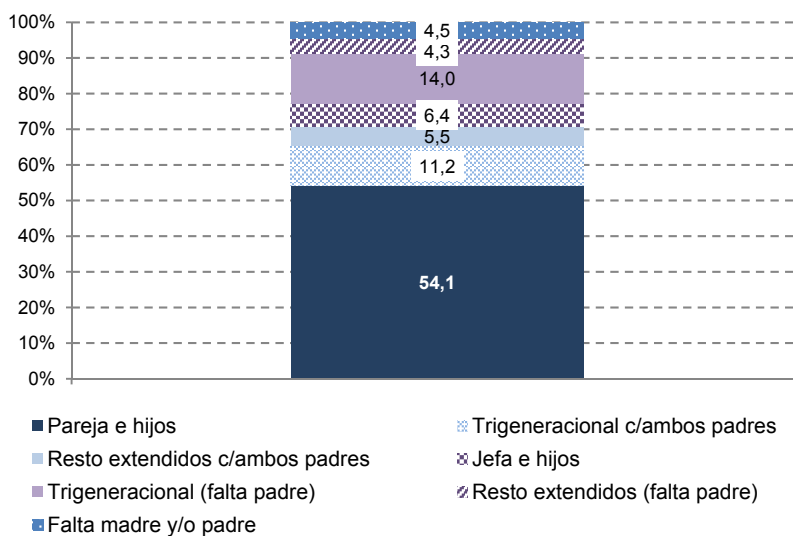
Gráfico 4
El Salvador: convivencia con padre y/o madre de niñas y niños de 0 a 6 años, 2013
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Más de la mitad de estos niños y niñas viven en hogares nucleares biparentales (54,1%). El 11,2% vive en un hogar trigeneracional⁸ con ambos padres y 14% vive en un hogar trigeneracional sólo con la madre (sin el padre). El 6,4% vive en un hogar monoparental femenino, o sea, sólo con la madre y algún hermano o hermana (si existe)(véase el gráfico 5).

Gráfico 5
El Salvador: estructura de los hogares de las niñas y niños de 0 a 6 años, 2013
(En porcentajes)

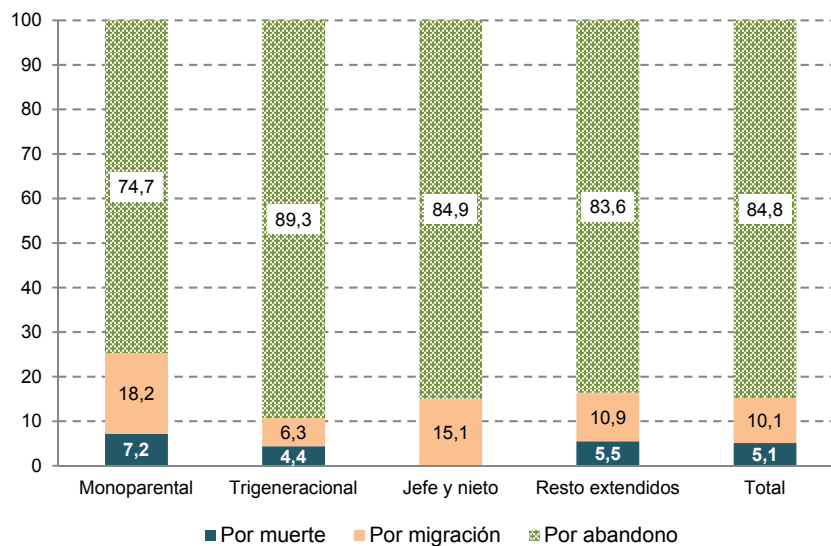


Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

⁸ Un hogar se define trigeneracional cuando hay tres generaciones conviviendo en el mismo hogar y compartiendo sus gastos de alimentación.

Para el conjunto de los hogares donde el padre o la madre del niño o niña de 0 a 6 años está ausente, la principal causa es el abandono (84,8%), le sigue la migración (10,1%) y la muerte (5,1%). En los hogares monoparentales, la causa de muerte y migración es más significativa que en el resto. En los hogares donde los niños sólo conviven con su abuela y/o abuelo, la ausencia por migración (15%) es también relevante en relación al resto. En los trigeneracionales es donde la causa del abandono es más significativa (89%) (véase el gráfico 6).

Gráfico 6
El Salvador: causa de la ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, 2013
(En porcentajes)



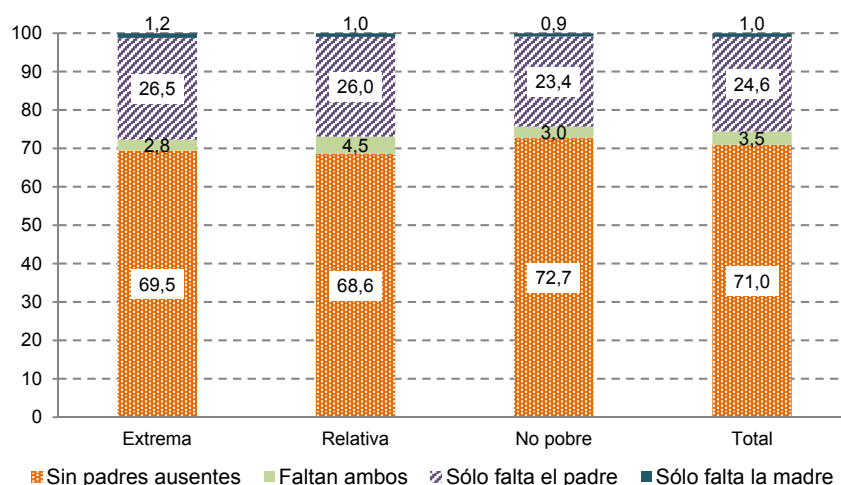
Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

En los hogares en situación de pobreza, la ausencia de los padres es algo superior, bordeando el 26% (véase el gráfico 7).

La diferencia más importante entre hogares pobres y no pobres es que en los últimos la ausencia a causa de la migración es más relevante que para el total de la población, mientras en los hogares pobres es más significativo el abandono o la muerte de alguno de los progenitores (véase el gráfico 8).

Gráfico 7
El Salvador: ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, según nivel de pobreza^a, 2013

(En porcentajes)

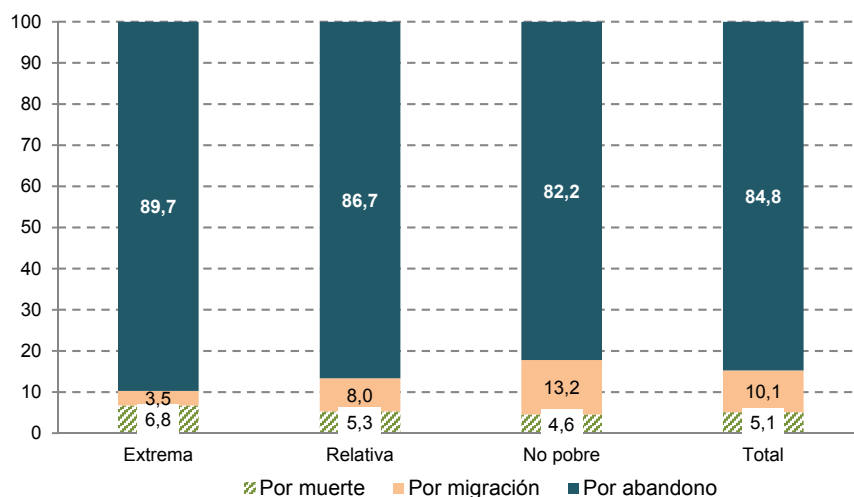


Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

^a La pobreza extrema incluye a las personas u hogares cuyos ingresos son inferiores al costo de la Canasta Básica Alimentaria (conjunto de productos considerados básicos en la dieta de la población residente en el país), la cual es diferenciada por área de residencia. La pobreza relativa incluye a las personas u hogares cuyos ingresos son mayores que el costo de la Canasta Básica Alimentaria, pero son menores que el costo de la Canasta Ampliada (que de acuerdo con la metodología del Banco Mundial, resulta ser el doble del costo de la Canasta Básica Alimentaria). En Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (2014) "Aspectos metodológicos EHPM", Ministerio de Economía, Gobierno de El Salvador.

Gráfico 8
El Salvador: causa de la ausencia de padre y/o madre de las niñas y niños de 0 a 6 años, según nivel de pobreza^a, 2013

(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

^a La pobreza extrema incluye a las personas u hogares cuyos ingresos son inferiores al costo de la Canasta Básica Alimentaria (conjunto de productos considerados básicos en la dieta de la población residente en el país), la cual es diferenciada por área de residencia. La pobreza relativa incluye a las personas u hogares cuyos ingresos son mayores que el costo de la Canasta Básica Alimentaria, pero son menores que el costo de la Canasta Ampliada (que de acuerdo con la metodología del Banco Mundial, resulta ser el doble del costo de la Canasta Básica Alimentaria). En Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) (2014) "Aspectos metodológicos EHPM", Ministerio de Economía, Gobierno de El Salvador.

b) ¿Quién cuida en la actualidad a las niñas y los niños salvadoreños?

En la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples (EHPM) 2013, se cuenta con información sobre quien cuida normalmente a niños y niñas de 0 a 3 años. En el 82% de los casos, como era esperable, es la madre quien está a su cuidado; seguido por las y los abuelos, quien están a su cargo en el 11% de los casos; las empleadas domésticas cuidan al 3% de esta población y el porcentaje de hermanas y hermanos, así como de padres, que cuidan a niños y niñas de esta edad llega al 1% (véase el cuadro 1).

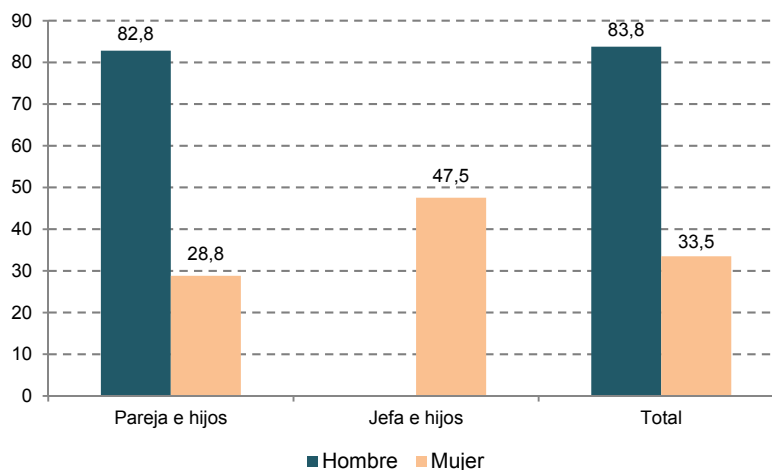
Cuadro 1
El Salvador: personas que cuidan normalmente a niñas y niños de 0 a 3 años de edad, 2013

Personas que cuidan	Número de niñas y niños	Distribución (en porcentajes)
Madre	327 325	81,6
Abuelas y abuelos	43 419	10,8
Empleada doméstica	10 680	2,7
Tías y tíos	4 761	1,2
Otros parientes	4 092	1,0
Padre	3 984	1,0
Hermanas y hermanos	3 694	0,9
Otras personas	2 437	0,6
Vecinas y vecinos	890	0,2
Total	401 282	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Según la información que provee la encuesta de Uso del Tiempo de 2010, el cuidado de niñas y niños de 0 a 12 años de edad es realizado en un 73% por mujeres, básicamente concentradas en el tramo de 18 a 34 años de edad (véase el cuadro A.1). En general estas mujeres no realizan trabajo remunerado a diferencia de los hombres. Sólo el 33,5% de las mujeres que realizan cuidado infantil están ocupadas, mientras en el caso de los hombres esa proporción es del 83,8% (véase el gráfico 9). Ello responde a la clara división sexual del trabajo que se ve reflejada con mayor intensidad en los hogares biparentales. En esos hogares el 28,8% de las mujeres que realizan cuidado infantil están ocupadas, mientras el 82,8% de los hombres está ocupado. La mayor proporción de mujeres ocupadas se encuentra en los hogares monoparentales (47,5%) donde las mujeres no tienen otra opción y realizan ambas tareas.

Gráfico 9
El Salvador: proporción de ocupados en el total de personas que realizan cuidado infantil en hogares biparentales y monoparentales, según sexo, 2010
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Claramente, el tiempo promedio que dedican los hombres al cuidado infantil es menor que el de las mujeres (véase el cuadro 2).

Cuadro 2
El Salvador: tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de quienes están ocupados y realizan cuidado infantil, según sexo, 2010
(En horas diarias promedio)

	Hombres	Mujeres
Trabajo remunerado	8,9	7,5
Trabajo no remunerado	2,9	5,5
Total	11,8	13,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Uso del Tiempo 2010.

Hay una cantidad importante de adolescentes (menores de 18 años) que realizan cuidado infantil (109.500) y el 73% son mujeres (79.000) (véase el cuadro A.1). No es posible definir si ese cuidado está destinado a hermanos o hermanas o hijos e hijas, sólo se puede identificar que el 40% no estudia y son las que destinan más tiempo a esa tarea, así como al trabajo no remunerado en general (véase el cuadro 3).

Cuadro 3
El Salvador: tiempo promedio destinado al cuidado infantil y el trabajo no remunerado por mujeres menores de 18 años, según si estudian o no, 2010
(En horas diarias promedio)

	No estudian	Estudian
Cuidado infantil	2,9	1,6
Trabajo no remunerado	7,1	3,6

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Uso del Tiempo 2010.

Por lo tanto, es posible identificar que una importante proporción de mujeres que realizan los cuidados de niños pequeños están quedando fuera del mercado laboral y también de los estudios. Por ello, es importante desarrollar políticas que brinden alternativas al cuidado de estos niños y niñas y contribuyan con el desarrollo de proyectos personales que permitan una mejor formación y una mejor inserción en el mercado laboral.

Hay programas que desde el lado de la educación o el empleo han buscado apoyar a mujeres jóvenes que están fuera del sistema educativo, como el Bono de Educación del programa Comunidades Solidarias⁹ o el Programa de Apoyo Temporal al Ingreso (PATI)¹⁰, que según plantea OIT-PNUD (2015) buscan contribuir con los costos de cuidado. No obstante, de ser así, lo más recomendable como política de cuidado sería propender a brindar el servicio o prestación en forma directa ya que el dinero no necesariamente se utiliza con el fin previsto.

⁹ Uno de los objetivos del Bono de Educación fue generar un incentivo para el reingreso al sistema escolar de las mujeres madres adolescentes menores de 21 años que por causa de la maternidad dejaron los estudios.

¹⁰ El Programa de Apoyo Temporal al Ingreso (PATI) está dirigido prioritariamente a mujeres jefas de hogar y a jóvenes de 16 a 24 años que no están trabajando ni se encuentran desarrollando actividades académicas. El programa consiste en la entrega de una transferencia monetaria en concepto de apoyo económico individual de USD 100 mensuales durante seis meses con el propósito de mejorar la empleabilidad y la generación de ingresos de personas en la ejecución de proyectos comunitarios y de capacitación. Adicionalmente, la intervención contempla el fortalecimiento de la empleabilidad mediante la formación vocacional de cada participante, quienes reciben cursos de capacitación en oficios con una duración aproximada de 80 horas (STP, 2013a, pág. 16).

c) Prestaciones y servicios para el cuidado

i) Licencias por maternidad, paternidad y derecho a lactancia

Para las madres que trabajan en forma asalariada en el mercado laboral formal, tienen derecho a licencia por maternidad de 12 semanas (en el sector privado) y de 90 días (en el sector público). En ambos casos el período de licencia es inferior al mínimo de 14 semanas que sugiere OIT en el Convenio 183. Durante ese período las madres perciben un subsidio que sería equivalente al 100% del salario, pero con un tope de tres salarios mínimos. Para percibir esta prestación, la trabajadora debe haber trabajado para la misma persona empleadora durante los seis meses anteriores a la fecha probable de parto.

Respecto a la licencia por paternidad, ésta consiste en 3 días por nacimiento o adopción para trabajadores del sector público y privado. Esta licencia se concede a elección del trabajador desde el día del nacimiento, de forma continua, o distribuidos dentro de los primeros quince días desde la fecha del nacimiento del niño o niña, y la remunera el empleador.

Como prestación para ejercer el derecho del niño o niña a la lactancia materna, se prevé en la “Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna” (de agosto de 2013) que “toda mujer trabajadora durante los primeros seis meses, post parto, mientras amamante a su hija o hijo, o mientras recolecte su leche, tendrá derecho, con ese fin, a una interrupción en la jornada laboral de hasta una hora diaria; esta interrupción podrá ser fraccionada en dos pausas o las veces que hayan acordado las partes”. Por su parte, “los patronos tienen la obligación de establecer un espacio higiénico, dentro del centro de trabajo, para que las madres puedan extraerse y conservar la leche materna” (Art. 35). En dicha ley se reconoce en el Art. 1 que el objetivo es “establecer las medidas necesarias para promover, proteger y mantener la lactancia materna exclusiva, hasta los seis meses y lactancia prolongada hasta los dos años de edad”, siguiendo las recomendaciones de la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (artículo 28) y la Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia 2013-2023 (línea de acción 1.2.2). Pero, si no se extiende la licencia por maternidad o se permite una mayor reducción de la jornada laboral es muy difícil que con una hora de reducción horaria en la jornada laboral (sin considerar la extensión de la jornada) se pueda mantener el objetivo de la lactancia exclusiva hasta los seis meses. En algunos casos eso puede llevar al abandono del trabajo de esas madres. En algunos países, como Uruguay, se ha dispuesto la ampliación de la licencia por maternidad a 14 semanas y luego la posibilidad de reducir la jornada laboral a la mitad la madre y el padre (en forma alternada y como ellos deseen) hasta los seis meses de edad del bebé.

En los convenios colectivos de trabajo se puede haber introducido ampliaciones a estas disposiciones referidas a licencias por maternidad, paternidad y lactancia y la forma de remuneración asociada a ellas. Sin embargo, según se manifiesta en OIT-PNUD (2015), estas ampliaciones no serían significativas.

De todas formas, estos derechos sólo los pueden ejercer quienes tienen un trabajo asalariado formal, en un contexto de alta y creciente informalidad del empleo en El Salvador (CEPAL/OIT, 2014). Las trabajadoras eventuales, agrícolas y las trabajadoras domésticas no están protegidas por esta legislación. Tampoco las trabajadoras por cuenta propia, patronas o con un trabajo asalariado informal.

Según la información de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013, sólo el 27% de las mujeres que tuvieron familia en los últimos 12 meses hicieron uso de la licencia por maternidad, pero no porque no quisieran sino porque eran las que podían hacerlo según los criterios de elegibilidad del derecho

Otro dato importante es que sólo el 56% de quienes tuvieron familia en los últimos 12 meses volvieron a su trabajo. El 44% restante no se reintegró para cuidar a su hijo o hija. Ello demuestra que la maternidad puede convertirse en un desestímulo a continuar con la actividad laboral y ello puede estar condicionado por la falta de alternativas para los cuidados, ante el déficit de apoyo estatal, la persistencia de opciones de mercado segmentadas según ingresos y la débil presencia de una cultura de corresponsabilidad en el trabajo de cuidado entre hombres y mujeres al interior de los hogares.

ii) Centros de cuidado y educación para la primera infancia

En esta etapa de vida, y luego de finalizada la licencia por maternidad, paternidad y parentales, los niños y niñas requieren cuidado directo que puede ser provisto por un centro de cuidados o educación inicial y preescolar, o por cuidados realizados en el domicilio. Cuando el sistema educativo brinda servicios para atender a esta población está cubriendo las necesidades de cuidado de las familias. En ese

sentido, la Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral para la Primera Infancia (aprobada en 2010) define el modelo de atención en base a dos vías de implementación: la institucional y la comunitaria. En estas vías se atienden dos niveles educativos: Educación Inicial desde la concepción hasta los 4 años de edad y Educación Preescolar desde los 4 a los 6 años de edad. Para ello se diseñó el currículo de Educación Inicial y se rediseñó el de Educación Preescolar, se capacitó a los docentes de instituciones públicas y privadas, se diseñaron las carreras de Profesorado y Licenciatura en Educación Inicial y Preescolar, y la Maestría de Educación y Desarrollo Integral de la Primera Infancia (MINED, 2014).

La vía institucional “se implementa en infraestructura para la atención infantil donde las niñas y niños son atendidos diariamente por personal capacitado o especializado” (MINED, 2010). Hasta el momento, dicha atención se ha realizado por medio de diferentes acciones promovidas por instancias del Estado, organizaciones no gubernamentales e iniciativas privadas. También los niños y niñas que debieron ser institucionalizados en algún centro de protección a la niñez reciben atención en cuidados y estimulación temprana, con el mismo currículo que los demás centros.

El Ministerio de Educación, que es la institución rectora del sistema educativo nacional y frente a la cual deben acreditarse todas las instituciones que buscan desarrollar programas educativos, ha desarrollado la vía institucional básicamente para el nivel de Educación Parvularia, aunque desde 2014 se empieza a desarrollar la Educación Inicial para el nivel de 2 y 3 años.

Según los datos del Censo Escolar del año 2013, hay 7.893 niños y niñas en Educación Inicial, el 51% de quienes concurre a centros privados. En Educación Parvularia son 228.037 niños y niñas, el 83% asiste a centros del sector público (véanse los cuadros 4 y 5).

Cuadro 4
El Salvador: número de niños y niñas atendidos en centros de Educación Inicial, según grado y sector, 2013

Grados ^a	Privado	Público	Total
Recién nacido a < de 2 años	---	849	849
Lactantes (De 0 a < de 1 año)	127	---	127
Prematernal (1 a < 2 años)	307	---	307
De 2 a < 4 años	---	2 954	2 954
Maternal (2 a < 3 años)	1 352	47	1 399
Pre-kinder (3 a < 4 años)	2 257	---	2 257
Total	4 043	3 850	7 893

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

^a Para la construcción del cuadro se mantuvieron los grados que recoge el Censo Escolar que es la forma cómo las instituciones proveen la información.

Cuadro 5
El Salvador: número de niños y niñas en centros de educación parvularia, según grado y sector, 2013

Grado	Privado	Público	Total
Parvularia 4 años	10 033	39 363	49 396
Parvularia 5 años	13 955	67 831	81 786
Parvularia 6 años	13 882	82 973	96 855
Total	37 870	190 167	228 037

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

Otro dato interesante es que un porcentaje muy reducido de niños y niñas concurre a centros con jornada extendida, sólo 1%. En el caso del sector público es más relevante en la Educación Inicial y en el Privado en la Educación Parvularia (véase el cuadro 6).

Cuadro 6
El Salvador: número de niños y niñas en centros de educación inicial y parvularia que asisten a centros con jornada completa, según sector, 2013

	Privado	Público	Total
Educación inicial	258	945	1 203
Educación parvularia	702	416	1 118
Total	960	1 361	2 350

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

Sólo 1.333 niños y niñas que tienen alguna discapacidad asisten al sistema educativo. Básicamente lo hacen al nivel de Parvularia del sector público. Las discapacidades más frecuentes son “baja visión”, “problemas motores”, “autismo” y “síndrome de down” (véase cuadro A.2).

Por su parte, el Instituto Salvadoreño para la Desarrollo Integral de la Niñez y Adolescencia (ISNA), a través del Programa de Atención Integral a la Primera Infancia, brinda atención directa a niñas y niños de seis meses a siete años de edad. El objetivo del programa es favorecer el desarrollo físico, cognoscitivo, afectivo y social de las niñas y niños, promoviendo su desarrollo integral e involucrando la participación activa de la familia, la comunidad, y otros actores locales, en el proceso de atención. Los componentes del programa son: salud, nutrición, educación, estimulación al desarrollo, protección, recreación y cultura.

El programa tiene cobertura nacional, desarrollándose en 111 municipios a través de 206 Centros de Atención Inicial. El número de niños atendidos en el primer trimestre de 2015 ascendía a 6.304.

Los Centros de Atención Inicial son los Centros de Bienestar Infantil (CBI) y los Centros de Desarrollo Integral (CDI); ambos integran la Red de Atención Compartida (RAC). Dicha red es el espacio de relacionamiento y coordinación de un conjunto de entidades públicas, privadas y mixtas; organizaciones de niñez, Asociaciones Comunitarias de Promoción y Asistencia, para proponer, implementar y evaluar las políticas públicas en materia de niñez y adolescencia (LEPINA, Art. 169 y 171). En este sentido, la RAC constituye el referente político de la sociedad civil en la agenda pública de los derechos de la niñez.

Los Centros de Bienestar Infantil (CBI) son centros subvencionados por el ISNA pero ejecutados por organizaciones de la sociedad civil. El objetivo de estos centros es promover el desarrollo pleno de los niños y niñas mediante la intervención oportuna de los agentes educativos (madres educadoras) en base al Currículo de Educación Inicial y Parvularia del Ministerio de Educación, con el apoyo de las mujeres de la familia y la comunidad. Las áreas de trabajo son: estimulación para el desarrollo, educación, nutrición, salud preventiva y recreación. Su atención se centra en “niños y niñas de 2 a 7 años de edad, de asentamientos urbanos precarios y de zonas con alto índice de violencia social” (ISNA, 2015, pág. 71).

La aprobación de la LEPINA ha implicado una necesidad de readecuación de estos centros ya que hasta el momento brindaban básicamente educación no formal y el nivel educativo de las madres que atienden el centro se ha debido adecuar pasando de “madres-cuidadoras” a “madres-educadoras”.

El ISNA provee recursos para la alimentación diaria de los niños y niñas, la bonificación de las madres educadoras (125,85 dólares mensuales), compra de materiales y gastos de funcionamiento. Pero, es indispensable que la comunidad contribuya con la complementación de los recursos necesarios para la atención de los niños y niñas. Los horarios de atención dependen de cada centro puede ser de 7.30 hrs a 16 hrs o en un horario de 4 horas por la mañana o la tarde.

En el primer trimestre de 2015, había 190 centros en los 14 departamentos con un total de 111 municipios impactados, que atendían 4.852 niños y niñas.

Por su parte, los CDI ofrecen los mismos servicios que los CBI, con la diferencia que éstos son financiados en su totalidad por el ISNA, quienes contratan a educadores y educadoras formales encargados del cuidado de los niños y niñas (de 6 meses a 7 años). Varios de ellos se desarrollan a través de los gobiernos municipales y están destinados a atender hijas e hijos de usuarios de mercados municipales y

de vendedoras ambulantes, insertos en las comunidades urbanas de los departamentos de San Salvador, Santa Ana, La Libertad y La Paz. La atención es durante los 12 meses del año y en el horario de 6.30 hrs a 17 hrs por lo cual se considera una alternativa ideal para quienes están ocupados y ocupadas.

En el primer trimestre de 2015, había 15 centros que atendían 1.452 niños y niñas. También se trabaja con la familia y la comunidad en prácticas de crianza adecuadas.

Como se observa en el cuadro 7, la población atendida se concentra en el tramo de 3 a 6 años de edad.

Cuadro 7
El Salvador: población atendida por grupos de edad, enero a marzo de 2015

Tramos de edad	CBI	CDI	Total
0-2	898	334	1 232
3-4	2 014	672	2 686
5-6	1 648	435	2 083
7 y más	292	11	303
Total	4 852	1 452	6 304

Fuente: Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA) (2015), "Consolidado de informes anuales de las entidades de atención a la niñez y a la adolescencia. Año 2012", Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, San Salvador, República de El Salvador.

También, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) atiende en el área de Educación Inicial la estimulación biopsicomotora, cognoscitiva, de lenguaje y socioafectiva. Además cuenta con un área de atención integral en salud, nutrición y educación en salud. El trabajo ha sido desarrollado a través de Centros Rurales de Salud y Nutrición (CRSN) ubicados en cantones y caseríos que atienden a niñas y niños entre las edades de 2 a 5 años. La última información disponible del año 2008 hablaba de 46 centros. Actualmente están en proceso de revisión de las funciones de estos centros.

Por su parte, los niños y niñas de 0 a 5 años en Programas de Acogimiento Institucional del ISNA, según la información disponible para el año 2012, ascienden a 69. Este programa atiende a niños, niñas y adolescentes vulnerados en sus derechos según las sentencias dictadas por las Juntas de Protección y los Juzgados Especializados de Niñez y Adolescencia. En este programa el componente de educación implica la inscripción y asistencia regular centros educativos, o en el caso de la educación inicial se desarrollan los componentes del currículo escolar al interior de los centros.

Por último, los centros del Programa Ciudad Mujer, los que se desarrollan desde la Secretaría de Inclusión Social, brindan cuidados a los niños de 3 meses a 12 años de edad que asisten con sus madres. Estos centros están previstos para que las madres puedan realizar sus consultas o cursos y tengan un lugar donde dejar a sus hijos e hijas. Estos centros son supervisados por el ISNA y están registrados en el CONNA. Por el momento existen seis sedes, aunque se piensa ampliar la cobertura. Los servicios provistos por estos centros cuentan con recursos suficientes para ser considerados servicios de calidad.

La vía comunitaria se define como aquellas modalidades que se desarrollan a nivel familiar o en espacios alternos que reúnan condiciones básicas para la atención directa de personal capacitado para el logro del desarrollo integral de las niñas y los niños. La modalidad que está implementando el Ministerio de Educación llamada "Familiar-Comunitaria" consiste en los círculos de familia que se reúnen dos veces por semana en espacios de la comunidad, durante dos horas. En estas sesiones, las mujeres de las familias intercambian experiencias y reciben formación tendiente a modificar positivamente los estilos de vida y prácticas educativas, fortaleciéndolas para atender a sus hijos e hijas en función del desarrollo integral. Un déficit es que no se llega a los hombres, sino que se mantiene el rol de cuidadora de las madres o mujeres a cargo de los niños y niñas.

Una característica esencial de la vía comunitaria es que promueve la participación, organizada y coordinada, de diferentes sectores e instituciones de la comunidad, en función de lograr la atención integral a la primera infancia en los componentes de salud, nutrición y protección. El número de círculos dependerá de la cantidad de familias existentes en la localidad, cuyos niños o niñas no reciben atención en Educación Inicial o Educación Parvularia. Cada círculo cuenta con una participación de niños y niñas de diversas familias. Los círculos pueden organizarse con grupos integrados y también por grupo etario, dependiendo de la cantidad de niños y niñas existentes (MINED, 2013).

La población atendida por esta vía, en el año 2014, fue de 7.854 niñas y niños entre cero y tres años, y se contó con el apoyo de 90 Asistentes Técnicos para la Primera Infancia (ATPI).

iii) Cobertura de los centros de cuidado y educación según EHPM

La cobertura de los centros de cuidado y educación que muestra la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) del año 2013 es bastante consistente con la información obtenida de los registros administrativos institucionales.

Para el año 2013, la cobertura de la Educación Inicial es de 2% para el total de niños y niñas de 0 a 3 años de edad (véase el cuadro 8). Pero si se desagrega por edad, esa cobertura es claramente mayor en los 3 años, llegando al 6,1%.

Cuadro 8
El Salvador: cobertura de la educación inicial en la población de 0 a 3 años de edad, 2013

Edad	Cobertura (en porcentaje)	Número de niñas y niños
0	0,1	66
1	0,4	375
2	1,7	1 673
3	6,1	5 919
Total	2,0	8 033

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Otra información que aporta la EHPM 2013 es que más del 70% de los niños y niñas de 0 a 3 años son atendidos en centros públicos (instituciones públicas más CDI) y 26% en instituciones privados (véase el cuadro 9).

Cuadro 9
Tipo de centros de educación inicial para la población de 0 a 3 años de edad, 2013

Tipo de centro	Número de niñas/os	Distribución (en porcentaje)
Público	5 061	63,0
Privado	2 095	26,1
CDI	738	9,2
ONG	139	1,7
Total	8 033	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013

Para el tramo de 4 a 6 años de edad, la cobertura del sistema educativo es mayor y aumenta con la edad. Aún es muy baja para la edad de 4 años, a pesar de que desde 1996 la enseñanza desde ese nivel es obligatoria (véase el cuadro 10).

Cuadro 10
El Salvador: cobertura del sistema educativo en la población de 4 a 6 años de edad, 2013

Edad	Parvularia	Básica	No asisten	Total	Cobertura (en porcentaje)
4	43 482	---	68 974	112 456	38,7
5	76 274	845	29 058	106 177	72,6
6	71 903	19 608	9 807	101 318	90,3
Total	191 659	20 453	107 839	319 951	66,3

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Por lo tanto, la cobertura en el tramo de la educación inicial es muy reducida y debería promoverse su ampliación dados los múltiples aspectos positivos que tiene la atención de los niños en este nivel y fundamentalmente para aquellos de 2 y 3 años de edad. Para el tramo de 4 a 6 años que deberían asistir a Educación Parvularia, aún hay un déficit importante del 33,7%, más acentuado en los 4 y 5 años de edad, que debería superarse en el corto o mediano plazo. Ese déficit es aún mayor en departamentos como Ahuachapán donde llega al 52,5%.

En departamentos con mayor proporción de niñas y niños de 0 a 6 años de edad, hay baja cobertura de servicios de cuidado infantil, y una proporción muy significativa se encuentra por debajo de la línea de pobreza, en situación de pobreza extrema o relativa. En Morazán, Cabañas y Ahuachapán el porcentaje de niñas y niños de 0 a 6 años en situación de pobreza es superior al 50%, cerca de la mitad se encuentran en situación de pobreza extrema (véase el cuadro A.3).

La Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral para la Primera Infancia (2010) plantea como algunas de las causas de la no concurrencia a los centros educativos:

- El hecho de que los centros educativos públicos no alcanzan a llegar a los lugares más lejanos, principalmente en las zonas rurales, siendo entonces la distancia entre las viviendas de las familias y los centros educativos un factor determinante.
- El costo económico que implica ejercer el derecho a la educación, tanto por el gasto familiar en transporte para el desplazamiento hacia los centros de atención, la obtención de insumos fundamentales para el estudio, como los útiles, libros y uniformes, entre otros, así como por los costos de la oferta privada en educación para aquellos lugares donde no llega el servicio público.
- También hay causas que responden a motivaciones culturales, muy importantes, como la falta de deseo de sus padres para que las niñas y los niños asistan a los centros educativos o a los programas de atención a la primera infancia, seguida por la consideración de las madres y los padres de que sus hijos e hijas están muy pequeñas o muy grandes como para asistir.

Según la EHPM 2013, el 50,6% de las niñas y niños en edad de asistir a Parvularia no lo hace porque “tienen muy poca edad” y el 39,1% porque “sus padres no quieren”.

Dadas estas condiciones —el desconocimiento sobre la importancia de una estimulación adecuada durante los primeros años de vida y de la importancia de contar con el apoyo de personal especializado en la atención de las niñas y niños en las etapas del desarrollo evolutivo de la primera infancia—, la política educativa se plantea como imperativo sensibilizar y concientizar a las familias y comunidades sobre el atraso del desarrollo integral de la personalidad y de las potencialidades en las niñas y los niños que se produce por la falta de la estimulación temprana y la educación inicial. En este sentido, se plantea que todas las entidades que se dedican al trabajo en el desarrollo infantil de la primera infancia deben realizar acciones concretas para modificar los patrones culturales respecto a la educación de la niñez salvadoreña (MINED, 2010).

En el marco del SPSU, se están desarrollando una serie de políticas que buscan atender algunos de estos desafíos. Ellas son: el paquete escolar, medio pasaje, alimentación escolar, vaso de leche y el apoyo a través de las transferencias monetarias del programa Comunidades Solidarias. Estas medidas se proponen como objetivo contribuir con el aumento de la cobertura del sistema educativo reduciendo la no asistencia o deserción.

2. Los cuidados en la niñez (7 a 11 años)

Para la niñez, está previsto que todos los niños y niñas estén incluidas en el sistema educativo formal. La cobertura en El Salvador para el tramo de 7 a 11 años de edad es alta, entre el 96% y 97%. Por ello, la demanda de cuidados en esta edad tiene relación con la extensión de la jornada escolar. Generalmente estas jornadas son de 4 o 5 horas, lo que implica un desfase con la jornada laboral estándar de apoderados y apoderadas de 6 u 8 horas. Según se comentó en la entrevista con la responsable del sector de Educación Privada, los colegios privados brindan la jornada básica de 5 horas, pero aplican la modalidad de tiempo pleno. De todas formas, la cobertura de la jornada extendida es muy reducida.

Como se observa en los cuadros 11 y 12, alrededor del 11% de los niños y niñas asisten a centros privados. De todas formas, sólo el 6% de los niños y niñas del sector privado asisten en jornadas extensas.

Cuadro 11
El Salvador: número de niños y niñas que concurren al sistema educativo público y privado, según grado, 2013

Nivel de enseñanza	Privado	Público	Total	Privado/total (en porcentaje)
1° grado	15 362	122 478	137 840	11,1
2° grado	14 747	114 683	129 430	11,4
3° grado	14 491	116 449	130 940	11,1
4° grado	14 216	121 433	135 649	10,5
5° grado	14 475	124 136	138 611	10,4
6° grado	15 116	125 599	140 715	10,7
Total	88 407	724 778	813 185	10,9

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

Cuadro 12
Proporción de niños y niñas que asisten a jornada completa, según grado y tipo de servicio, 2013
(En porcentajes)

Nivel de enseñanza	Privado	Público	Total
1° grado	5,5	0,2	0,8
2° grado	6,3	0,3	1,0
3° grado	5,3	0,2	0,8
4° grado	6,7	0,3	1,0
5° grado	7,1	0,4	1,1
6° grado	6,9	0,4	1,1
Total	6,3	0,3	1,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

Como política para contribuir con el cuidado de estos niños y niñas y compensar las diferencias en la jornada escolar y laboral, se propone la extensión de la jornada escolar o desarrollar servicios de apoyo a contra-horario escolar. En parte, ello se está promoviendo con el nuevo modelo pedagógico llamado “Sistema Integrado de Escuelas Inclusivas de Tiempo Pleno (SI-EITP)” que se viene desarrollando desde 2010. Ello forma parte del “Plan Social Educativo: Vamos a la Escuela” que busca mejorar la calidad de la educación, combatir la deserción escolar, atraer a los que están fuera del sistema educativo y brindar servicios de horario extendido.

El Plan se desarrolla a través de una estrategia de nuclearización, la cual consiste en el aglutinamiento del conjunto de centros educativos para brindar todos los servicios educativos a la población de un territorio específico, con la finalidad de no duplicar recursos docentes, de infraestructura, ni financieros. La iniciativa se está implementando con el apoyo del Banco Mundial, de la Cooperación Italiana, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y del Fondo para el logro de los Objetivos del Milenio (FODM).

De acuerdo a información de la Dirección de Escuela Inclusiva de Tiempo Pleno, este modelo se encuentra en fase de pilotaje. Se cuenta con un total de 1.513 escuelas Inclusivas de Tiempo Pleno comprendidas en 179 Sistemas (UNICEF, 2014).

Esta política promueve también que las personas con discapacidad puedan inscribirse y asistir a las escuelas regulares. De acuerdo al Censo Escolar de 2013, un total de 16.309 personas con discapacidad asistían a las escuelas regulares. En el 37,7% de los casos, la discapacidad estaba relacionada con la baja visión, en un 12,7% con problemas motores, el 9,2% con retardo mental, el 5% con sordera, el 4,1% con ceguera, y el 31,7% tenía otras discapacidades (según los microdatos del Censo Escolar 2013).

En la población que tiene edad para asistir al primer ciclo de educación básica (7 a 9 años) y no lo hace, la principal causa reportada por los hogares es que “padres o madres no quieren” (30,3%). La segunda causa es “el niño o niña tiene una discapacidad” (12,8%), y la tercera porque padres o madres creen que al niño o niña “no le interesa” asistir a un centro educativo (12,5%) (UNICEF, 2014).

Según las percepciones recogidas en el marco de la definición de la Política Nacional de Protección a la Infancia y la Adolescencia la no incorporación a la escuela de niñas y niños con discapacidad se debía, entre otros motivos, por: las limitaciones arquitectónicas, estructurales y culturales, la falta de personal preparado para su atención y la lejanía de las escuelas o centros especializados para su atención y rehabilitación (CONNA, 2013).

Con este nuevo modelo se busca avanzar en la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en las escuelas regulares o especiales. Al sumar las personas que asisten a educación especial (3.046) con las que tienen alguna discapacidad pero asisten al sistema regular (16.309), resulta que el total de personas con discapacidad en el sistema educativo son 19.355. Pero, aún no está claro el nivel de escolarización de los niños con discapacidad y niveles de dependencia elevados.

Estas estrategias de mejora de la calidad educativa que buscan retener a las y los adolescentes en el sistema educativo deben enfrentarse a las dificultades que genera el nivel de violencia social que está inserto también en estos centros afectando el proceso de enseñanza y que son tomados como espacios para reclutar miembros por parte de las pandillas (UNICEF, 2014).

Por ello, las políticas de cuidado junto con las políticas educativas tienen un desafío importante como mecanismo de interrupción de los circuitos de violencia y que se manifiesta en niños y niñas con baja motivación para seguir estudiando, su captación por parte de las pandillas y la reproducción de la violencia social.

El programa Comunidades Solidarias ha buscado contribuir con la asistencia regular a clases, la permanencia en el sistema educativo y la culminación de la educación media de niñas, niños y jóvenes con menores oportunidades que habitan en los asentamientos urbanos de mayor precariedad de los municipios seleccionados, a través del componente Bonos de Educación. Para el cálculo del valor de los bonos se toma como referencia el costo medio de transporte que han de asumir las familias para la asistencia regular de sus hijos e hijas a la escuela, también se considera el costo de oportunidad de estudiar. Los bonos por asistencia a clases están compuesto por un monto de USD 10 mensuales que se pagan por estudiante y que va aumentando gradualmente hasta el bachillerato. Adicionalmente se entregan otros bonos adicionales especiales como el “Incentivo adicional a la población estudiantil con discapacidad” matriculada en cualquier nivel de estudio y en los rangos de edad establecidos. Según OIT-PNUD (2015), este bono buscaría contribuir con recursos para que las y los jóvenes puedan contar con alguien que los acompañe a los centros de estudio. Al igual que en el caso del apoyo monetario para el cuidado infantil, es más recomendable que estos apoyos se brinden en especie para incidir efectivamente con el objetivo propuesto.

3. Perspectivas de futuro y síntesis

Tanto para la primera infancia como para la niñez se están desarrollando estrategias con el propósito de brindar una mayor cobertura y mejorar la calidad de la enseñanza. En la iniciativa “Educación para Todos” a nivel mundial, promovida por UNESCO, El Salvador se compromete a expandir la atención y educación de la primera infancia. La Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia plantea como línea de acción 3.4.3 “Asegurar en forma progresiva el acceso universal a la educación y desarrollo integral de la primera infancia”, siendo coherentes con el artículo 82 de la LEPINA que promueve el derecho a la educación inicial gratuita y obligatoria.

En el caso de la primera infancia, la Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral (de 2010) se propone generar condiciones para lograr progresivamente una expansión del acceso hasta llegar a su carácter de universal, a través del fortalecimiento de las dos vías institucional y familiar comunitaria. Para ello considera que es necesario la articulación de cada uno de los diferentes actores, tanto gubernamentales, no gubernamentales, privados y municipales, y establecer una programación de metas de cobertura y la definición de una propuesta por fases que permita visualizar el plazo en el cual se logrará atender a toda la población.

En el Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019 se establece como Meta 2.2 del Objetivo 2: “ampliar la cobertura de la educación inicial en un 10%” durante el período de su vigencia (Gobierno de El Salvador, 2015: 122), lo que ha sido interpretado como un aumento de 10 puntos porcentuales a la cobertura actual del 1,7% (según la información del Ministerio de Educación). A su vez, dicho Ministerio está proponiendo realizar dicha ampliación a través de la vía Familiar Comunitaria ya que es la forma más accesible porque requiere menos recursos. La estimación es que (según MINED) se requerirían 5,4 millones adicionales de dólares para llegar a ese aumento de cobertura¹¹. Dicho costo que refiere al costo de los Asistentes Técnicos para la Primera Infancia, aún es un desafío institucionalizarlo como parte del sistema educativo (UNICEF, 2014).

Por su parte, la Dirección del ISNA se ha comprometido en el “Marco filosófico, Objetivos y Metas Estratégicas para el período 2015-2019”, aprobado por la Junta Directiva el 14 de mayo de 2015, a alcanzar al 2019, un incremento entre el 35% y 45% de nuevos Centros de Bienestar Infantil que brinden atención a la primera infancia a nivel nacional¹². Ello implicaría pasar de 190 centros a un máximo de 275. Si la expansión de la cobertura mantuviera la misma relación (un promedio de 25 niños por centro), la cobertura llegaría a 6550-7000 niños y niñas. Ello significa un aumento de un punto porcentual y medio en la cobertura.

En el caso de la niñez no hay metas establecidas de cobertura, pero el objetivo sería llegar al 100% de los niños y niñas en edad escolar, a través de los estímulos y la reducción de las barreras actuales de acceso a los centros de enseñanza. La integración plena de los niños y niñas en situación de dependencia por discapacidad se busca abarcar con la expansión de las escuelas inclusivas de tiempo pleno. Ello permitiría también ir ampliando la posibilidad de acceder a una jornada escolar más extendida.

En síntesis

Las prestaciones previstas para atender los cuidados en la primera infancia son muy escasas. Las licencias por maternidad y paternidad son reducidas. No hay licencias parentales que permitan continuar con el cuidado de los niños y niñas luego de finalizada la licencia por maternidad (que es la más extensa). Tampoco está prevista la reducción de la jornada laboral, sólo una hora diaria para la lactancia.

Claramente en la reforma de pensiones que se está implementando se debe incluir el reconocimiento del período de licencia por maternidad como tiempo trabajado y cotizado a la seguridad social. Algo similar podría ocurrir con el tiempo en que las personas, en especial mujeres, permanecen fuera del mercado laboral por estar desarrollando labores de cuidado no remunerado.

¹¹ El aumento de 5,4 millones de dólares implicaría pasar de 1,4 millones en 2015 a 6,8 millones en 2019.

¹² Información brindada por las autoridades del ISNA en el informe solicitado por la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia de la República al Programa de Atención Integral a la Primera infancia, durante la entrevista realizada en el marco de este estudio.

La Constitución de la República en el artículo 42 inciso 2 tiene previsto que “Las leyes regularán la obligación de los patronos de instalar y mantener salas cunas y lugares de custodia para los niños de los trabajadores”, pero ello nunca se legisló ni implementó. Actualmente la sociedad civil ha interpuesto un recurso de inconstitucionalidad ante la Corte Suprema de Justicia por la omisión del Estado en este tema. Ello es un llamado de atención que podría motivar el diálogo con el sector empresarial sobre este tema.

Los servicios para el cuidado de niños y niñas de 0 a 3 años de edad son muy escasos. La cobertura es de apenas 2% y se provee con servicios públicos, privados y de organizaciones no gubernamentales. La vía Familiar Comunitaria sirve como apoyo a las familias para contribuir con un mejor cuidado de los niños y niñas en la medida que orienta a sus cuidadoras en técnicas de estimulación temprana, pero no brinda una alternativa al cuidado en el hogar. En ese sentido, se mantiene el cuidado como una tarea femenina y no se les brinda a estas mujeres la posibilidad de participar plenamente en el mercado laboral.

Para el tramo de 4 a 6 años hay una mayor cobertura por parte del sistema educativo y los centros de cuidado infantil que regula el ISNA, pero se mantiene una brecha importante en los 4 y 5 años de edad. El cierre de esa brecha debería ser una prioridad para los próximos años. Ya están identificadas las posibles causas de esa no asistencia y se ha implementado medidas a través del SPSU, pero se debería seguir avanzando en la concientización y sensibilización de los responsables del cuidado para que esos niños y niñas asistan a los centros de enseñanza.

Existen normas para la regulación y fiscalización de los servicios que están bajo la órbita del ISNA y el MINED. También se ha avanzado en la elaboración del currículo para la educación inicial y en la formación de los recursos humanos que trabajan en los centros de cuidado pero aún resta mucho por hacer (según UNICEF (2014), el 45% del plantel docente de los centros ISNA no cuenta con el nivel académico requerido). La mejora en la formación del personal que trabajan ahora como educadoras en los centros de cuidado infantil del ISNA debe ir acompañada de la mejora de la calidad del empleo, tanto en términos del reconocimiento de los derechos de la seguridad social como la mejora del nivel salarial.

En el caso de la niñez y el nivel de educación básica, se debe seguir avanzando en la incorporación de todos los niños y niñas que aún no asisten, investigar sus causas, integrar los niños y niñas con discapacidades que puedan generar dependencia, seguir desarrollando el sistema de escuelas inclusivas de tiempo pleno para incorporar a estos niños y niñas, y brindar coberturas que sean compatibles con los horarios de trabajo de sus padres y madres.

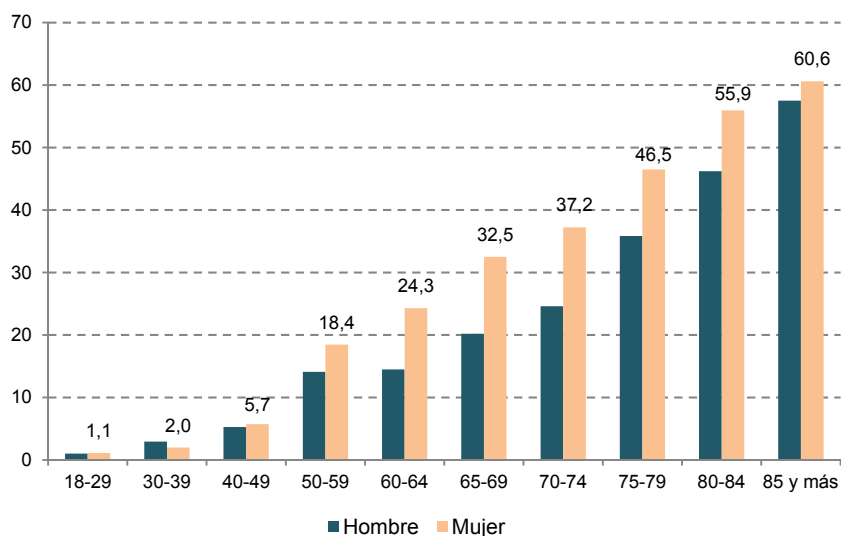
Se deberían identificar los niños y niñas con dependencia severa para dar apoyo y orientación a sus familias en el cuidado domiciliario y sobre los servicios y prestaciones que puedan contribuir con la inserción de estos niños y niñas en la sociedad.

4. Los cuidados en la población mayor de 12 años en situación de dependencia

a) ¿Quiénes son dependientes de cuidados y dónde viven?

En general, nuestras sociedades han invisibilizado a las personas en situación de dependencia, es decir que no se pueden autocuidar, y ello se ve reflejado en la escasez de información estadística al respecto. Recién con las encuestas de protección social y algunas de las más recientes encuestas de discapacidad se empieza a consultar a las personas si se encuentran en situación de dependencia y cuáles son sus necesidades de cuidado. Generalmente, los censos de población relevan los tipos de limitaciones que tiene la población, pero ello no significa que sean dependientes. En El Salvador, la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013 releva información, para las personas de 50 años y más, sobre su necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria (como subir escaleras, caminar largas distancias, realizar ejercicio, bañarse, vestirse, comer o salir de la cama). Además, pregunta al conjunto de la población encuestada (mayor de 18 años) que declaró tener una discapacidad, si ésta les genera mucha o alguna dificultad para realizar los quehaceres diarios. La incidencia de ambos tipos de dificultades es siempre mayor para las mujeres y aumenta con la edad. En las personas adultas mayores es donde esta incidencia es más importante, siendo superior al tercio de la población de 65 años en adelante y para las mayores de 80 años es superior al 50% (véase el gráfico 10).

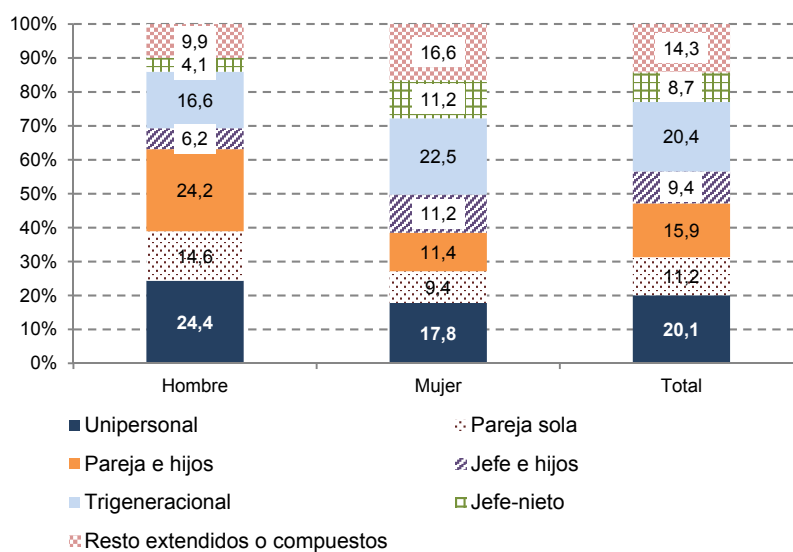
Gráfico 10
Incidencia de la dependencia por tramo etario, 2013
(En porcentajes)



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2013.

El tipo de hogar donde habitan estas personas que requieren alguna ayuda para las actividades de la vida diaria o tienen dificultades para realizar los quehaceres diarios son en gran proporción unipersonales tanto para hombres como para mujeres, alrededor de 20%. Luego, en el caso de los hombres, predominan los nucleares sean de parejas solas o con hijos e hijas, y en el caso de las mujeres, los extendidos de tipo trigeneracional u otros (véase el gráfico 11).

Gráfico 11
Tipo de hogar donde habitan personas con necesidad de ayuda o dificultades para realizar los quehaceres diarios, 2013

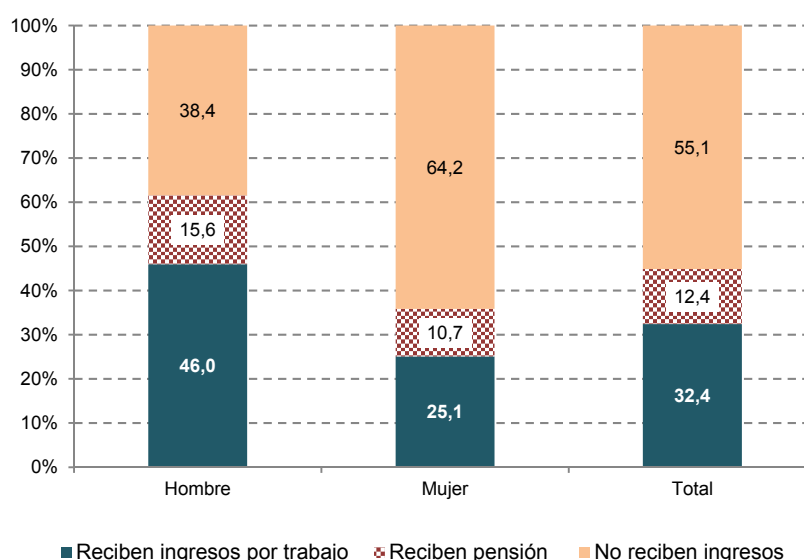


Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2013.

Esa conformación de hogares tiene relación con la red de apoyo disponible para los cuidados en su interior y que en el caso de las mujeres la constituyen principalmente sus hijas y en el caso de los hombres sus cónyuges (STP, 2013b). Ello es importante tenerlo en cuenta porque, en ausencia de políticas de cuidado, el trabajo seguirá recayendo sobre esas mujeres.

Otro dato interesante es que la mayor parte de las mujeres que requieren apoyos para realizar las actividades de la vida diaria no reciben ningún ingreso (ni por trabajo, ni de pensión). Mientras casi la mitad de los hombres que requieren apoyos siguen trabajando para generar sus ingresos. Ello llama la atención sobre el alcance de las pensiones contributivas y no contributivas que sólo alcanzan al 12,4% de la población con dificultades (véase el gráfico 12).

Gráfico 12
Percepción de ingresos de las personas que requieren ayuda y/o tienen una discapacidad que les dificulta la realización de los quehaceres diarios, 2013



Fuente: elaboración propia en base a los microdatos de Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) 2013.

La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2015 a cargo de la DIGESTYC también brindará información útil para la caracterización de la demanda de cuidados de la población con algún nivel de dependencia. En dicha encuesta se releva el tipo de actividad para la cual la persona necesita ayuda, la persona encargada de brindarle esa ayuda en la actualidad, las actividades que esas personas dejan de hacer por brindarle atención, entre otras.

La Encuesta sobre Uso del Tiempo de 2010, brinda información sobre el tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes o enfermas del hogar, desagregando si son mayores o menores de 60 años. En dicha encuesta se encuentra que el cuidado a personas con dependencia y enfermos menores de 60 años de edad es realizado por una proporción muy pequeña de la población que en cifras asciende a unas 31.500 personas, y en un 87% son mujeres las que realizan esta tarea. El tiempo que dedican esas mujeres es de 2 horas diarias y los hombres 1 hora por día.

En el caso del cuidado a personas con dependencia y enfermos mayores de 60 años, también las personas que declaran realizar este tipo de cuidados es una proporción muy baja del total de la población, menor al 1%. En cifras, se trata de unas 40.000 personas de las cuales 31.300 son mujeres, proporción que equivale al 79% del total. En este caso el tiempo que dedican hombres y mujeres es similar 1,8 horas diarias las mujeres y 1,7 horas diarias los varones.

Ello significa que se debe identificar con mayor precisión los niveles de dependencia que tiene la población y el tipo de cuidados que requiere para contribuir con la autonomía de estas personas y la mejora en su calidad de vida y la de sus cuidadores y cuidadoras.

b) Tipo de servicios o prestaciones para el cuidado de personas en situación de dependencia

Es importante tener en cuenta que las medidas que se desarrollen para brindar atención a las personas en situación de dependencia deben promover su autonomía personal, o sea, no deben conformarse con dar atención a las necesidades sino que deben esforzarse por desarrollar todo el potencial de las personas y prevenir el aumento de la dependencia. Además, estas medidas deben respetar la autodeterminación de estas personas, no suplir sus deseos y voluntades.

Las medidas de política que se manejan para brindar cuidados a personas en situación de dependencia son (véase el diagrama 2):

- Asistentes personales o cuidadoras y cuidadores¹³: estos servicios se brindan por una cierta cantidad de horas semanales o mensuales, la remuneración del servicio la realiza el Estado, y también brinda un registro de personas, garantizando la formación de la persona asistente o cuidador/cuidadora.
- Centros diurnos públicos, privados o con apoyo estatal: estos centros generalmente se consideran una opción para personas con dependencia leve o moderada porque la atención es grupal, pero no evita que se puedan desarrollar para personas con dependencia severa. En todos los casos hay que incluir en el servicio el traslado de las personas al centro.
- Residencias públicas, privadas sin o con fines de lucro y regulación estatal: estos servicios son los más tradicionales, pero debe tratar de evitarse la internación cuando la persona tiene vivienda y puede mantenerse en su hogar. En ese caso debería brindarse una persona cuidadora a domicilio.
- Bonos para el acceso a una residencia: ello se puede poner en práctica cuando no hay servicios públicos disponibles, o en caso que se haya intimado al cierre de un centro en situación de irregularidad y la familia no pueda cubrir los costos del traslado a otro centro.
- Viviendas tuteladas: son servicios de asistencia para personas en situación de dependencia con algún grado de autonomía. Estas viviendas brindan los apoyos necesarios para conseguir un adecuado funcionamiento personal, habitualmente en grupos de personas.
- Teleasistencia: servicios de apoyo a las personas a distancia a través de un dispositivo que permite dar aviso a la familia y que un equipo especializado acuda a dar asistencia en el momento que se solicita.
- Orientación y apoyo a las familias: ello es particularmente relevante en los casos de dependencia severa o moderada para brindar apoyos técnicos e información que faciliten la tarea en el hogar, permitan relevar las demandas de las cuidadoras y los cuidadores habituales y contribuyan a realizar acciones para reducir los efectos en la salud del cuidador o la cuidadora debido al cuidado de personas dependientes.

En El Salvador existen centros diurnos y clubes que no reciben población en situación de dependencia sino que es un lugar de recreación para personas autoválidas y contribuyen a generar redes de apoyo. También, hay variadas formas de residenciales, públicos, privados y con apoyo estatal. Estos hogares, residenciales son la única forma de cuidado a personas en situación de dependencia externos a la familia. Por lo tanto, las opciones de cuidado para esta población se limitan a la institucionalización, pero no existen servicios de cuidado domiciliarios ni apoyos a las familias que deben hacerse cargo del cuidado.

¹³ La distinción entre Asistente y Cuidador o Cuidadora depende del potencial para tomar decisiones que posee la persona que requiere la atención. El o la asistente realiza su tarea en función de la persona usuaria, mientras que el Cuidador o Cuidadora puede tomar decisiones por la persona asistida, cuando ella no cuenta con las capacidades suficientes para hacerlo.

Diagrama 2
Opciones de servicios y prestaciones para el cuidado de personas dependientes



Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2014) *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidado en Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

La Secretaría de Inclusión Social (como coordinadora del CONAIPAM) es la que tiene a su cargo el Registro de los Centros que brinda atención a las Personas Adultas Mayores. En el año 2007, la cantidad de centros inscritos eran:

- 50 Hogares, Residencias, Asilos.
- 14 Centros de Día.
- 8 Comedores.
- 500 Clubes organizados en los Centros de Salud a nivel nacional.

c) Hogares y residenciales de adultos mayores

En un reciente informe de la Secretaría de Inclusión Social (SPSU-SIS, 2015) sobre la situación de los hogares o residencias de adultos mayores, se informa que existen:

- 10 fundados entre 1884 y 1950.
- 23 fundados entre 1951 y 2000.
- 20 han sido fundados en los últimos 11 años, 8 de los cuales son Hogares o Residencias privadas comerciales.

Geográficamente, el 56% de los Hogares y Residencias se ubican en Santa Ana, La Libertad y San Salvador, pero en general se encuentran en 13 de los 14 departamentos del país y dan una atención a una población, a septiembre de 2011, de 1.561 personas de las cuales el 59% son mujeres (SPSU-SIS, 2015).

Existe un “Manual de Normas de Funcionamiento para los Hogares o residencias de Atención a las Personas Adultas Mayores”, que fue aprobado por el CONAIPAM en diciembre del año 2003. El manual basa su normativa de funcionamiento en la propuesta de condiciones y recursos mínimos para el funcionamiento de 10 servicios básicos y 7 condiciones básicas, que deben cumplir los hogares, residencias y albergues.

De acuerdo al criterio de financiamiento y/o administración, según consta en el informe (SPSU-SIS, 2015) que considera información recogida en septiembre de 2011, se pueden clasificar en 4 categorías:

- i) 2 son Hogares o Residencias públicas para los cuales el financiamiento, la conducción y seguimiento administrativo proviene directamente del Estado. Atienden al 19% de la población usuaria. Ambos hogares, tienen entre sus usuarios y usuarias un porcentaje considerable de personas con tratamiento psiquiátrico por padecimientos crónicos.
- ii) 8 son Hogares y Residencias privadas comerciales que atienden al 7% de la población usuaria. Surgen a partir del año 2000 y ofrecen servicios temporales, permanentes, de cuidado diario, cuidados post operatorios y comunicaciones electrónicas con familiares fuera del país, entre otros. Los costos de la atención varían desde un aproximado de USD 800 a USD 1.500 mensuales, los cuales no incluyen los servicios complementarios que se les prestan, que son cobrados de acuerdo a las necesidades de cada usuario o usuaria.
- iii) 25 son Hogares o Residencias privadas sin fines de lucro cuya conducción y administración es realizada por asociaciones privadas sin fines de lucro y los servicios de cuidado son gratuitos. Estos atienden el 44% de la población usuaria y funcionan con un financiamiento mixto, ofreciendo servicios “de pensionado” para grupos de usuarios y usuarias. Los montos aportados por las familias oscilan en su mayoría entre USD 5 a USD 50, y en aquellos casos en los cuales los aportes son mayores a USD 100 mensual éstos no son estables ni permanentes. Algunos de estos Hogares han desarrollado estrategias de gestión con cooperación internacional, cuentan con financiamiento con base en un fideicomiso, o con administraciones religiosas quienes financian sus necesidades con acciones diversas de recolección de fondos que van desde colectas de donaciones en especie en mercados, recepción de donaciones personales, rifas, cenas, excursiones, entre otras. Sus condiciones para la atención de las necesidades son muy precarias. En términos generales, el estudio de diagnóstico de estos hogares realizado por la Secretaría de Inclusión Social muestra que hay algunas de estas instituciones que se encuentran realmente en una situación crítica (colapsadas y con riesgos reales para la integridad de las usuarias por negligencia y abandono), otras debilitadas, con problemas, con potencial en infraestructura pero limitado en recursos para expandir servicios, o sobreviviendo (en condición de brindar sólo alimentación). Pero hay otras en condiciones de sustentabilidad y buen potencial.
- iv) 16 son Hogares o Residencias de naturaleza privada mixta, cuya conducción y administración es realizada por asociaciones privadas sin fines de lucro que integran servicios de cuidado con aportes o cuotas voluntarias; que mantienen servicios gratuitos de algunos de las usuarias y los usuarios; y siempre desarrollan acciones diversas para garantizar el financiamiento.

Desde este panorama general es posible establecer que la atención de las personas adultas mayores ha sido y sigue siendo desarrollada por instituciones privadas, que desde una naturaleza principalmente religiosa han asumido la responsabilidad de cuidado y protección de los adultos mayores cuando la familia, por razones económicas u otras, no pueden atenderlas.

Estas acciones han sido desarrolladas al margen de la supervisión del Estado, debido a que por más de un siglo no existió una política de atención hacia la población adulta mayor. Fue en 2002 que se aprobó la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, el Reglamento de la Ley y el Manual de Normas Técnicas. Aunque se crearon estas importantes herramientas, faltó divulgación de las mismas y una mayor difusión de la labor del CONAIPAM como instancia rectora creada por la ley.

Por ello el estudio realizado por la SIS identifica que cerca del 40% de las administraciones de los hogares manifiestan no conocer la Ley ni su Reglamento y en el 60% que expresan conocerla, no lograron verificar la existencia de ejemplares o de manejo de sus contenidos. El Manual de Normas para la Atención Integral a las Personas Adultas Mayores es casi desconocido y quienes manifiestan que lo conocen, expresan que no es un parámetro para el establecimiento de las acciones con las y los usuarios.

El CONAIPAM, como instancia rectora no es suficientemente reconocido, y quienes manifiestan conocerlo o estar vinculado a acciones promovidas por él, lo han realizado a través de las actividades desarrolladas por la Dirección de Adulto Mayor de la SIS. En el estudio, sólo una institución reconoció su existencia y su vinculación al mismo.

Ello plantea el desafío actual del CONAIPAM para posicionarse como institución rectora y avanzar en la difusión y aplicación de la regulación existente.

El mayor número de personal de los Hogares son personas cuidadoras con poca especialización técnica pero con mucha disposición de ayuda, y personal de apoyo como cocineras, lavanderas de limpieza, entre otros. En los hogares con más carencias, el personal asume el desarrollo de todas las funciones de cuidado, atención, alimentación, limpieza y gestión del hogar. Casi el 90% del personal empleado o voluntario en los hogares son mujeres; los hombres asumen las funciones de seguridad, portería, administración contable, médicos y en algunas ocasiones, las funciones de cuidado (SPSU-SIS, 2015).

Respecto al tema de los recursos humanos es importante diferenciar si se trata de un centro que brinda tratamiento médico, las llamadas normalmente casas de salud, o son residencias cuya atención responde básicamente a necesidades de cuidado. Ello diferencia tanto el tipo de personal requerido como el ente rector, ya que si brinda servicios de salud debería estar más involucrado el Ministerio de Salud, y si son más bien servicios de cuidado basta con el control del CONAIPAM.

En relación a los usuarios y las usuarias permanentes de estos hogares o residencias, el 59% son mujeres. En cuanto a las razones de ingreso al hogar, en su mayoría fue por voluntad de las personas, sin diferencias de sexo. Sin embargo, según el estudio realizado por SIS (SPSU-SIS, 2015), ha sido mayor el porcentaje de mujeres que han ingresado por petición de familiares y por abandono. En general, se trata de personas sin ingresos propios. Las que reportan recibir ingresos, manifiestan que provienen de pensiones, las demás indican que proviene de remesas por parte de familiares u otros. Las mujeres declaran con mayor frecuencia no haber obtenido ingresos por trabajo, probablemente por haberse dedicado a los quehaceres domésticos que no son remunerados o haber tenido un empleo informal.

En cuanto al nivel de dependencia de esta población, la dificultad más común es la reducción de la motricidad en los miembros inferiores, lo que reduce su movilidad. El 68% de los usuarios y usuarias manifiesta tener alguna dificultad de ese tipo. El 60% utiliza algún apoyo mecánico para movilizarse, el 30% usan silla de rueda, el 10% andadera y el 15% bastón (SPSU-SIS, 2015).

d) Programa Nuestros Mayores Derechos

Desde el año 2009 se viene desarrollando, en el marco del Sistema de Protección Social Universal, el Programa Nuestros Mayores Derechos destinado a la población de 60 y más años de edad, el cual pretende cubrir de manera gradual las carencias de esta población. Comenzó aplicándose en los 32 municipios más pobres del país —de acuerdo al mapa nacional de pobreza de 2005— y entrega beneficios tanto de carácter monetario como no monetario. Entre los beneficios monetarios se encuentra la Pensión Básica Universal para adultos mayores de 70 y más años de edad, la cual otorga 50 dólares mensuales (pagados de modo bimestral). Los beneficios no monetarios incluyen la provisión de atención especializada de salud, la promoción de espacios de empoderamiento en derechos y el desempeño de actividades educativas. Meses después el beneficio se extendió a 21 de los 68 municipios de pobreza extrema alta (Tornarolli, 2013).

La Pensión Básica Universal es la cuarta fuente de ingreso más común entre las personas adultas mayores: un 16,8% recibe este ingreso. El porcentaje de hombres y mujeres adultos mayores que reciben la pensión es, en cierta medida, similar. La diferencia más marcada se evidencia entre áreas: mientras un 22,4% de las personas adultas mayores rurales recibe este programa, la misma proporción alcanza al 15,5% entre las personas residentes urbanas.

Una amplia mayoría (81,9%) responde que el uso principal del dinero que recibe por la pensión es la compra de alimentos, mientras que la compra de medicamentos ocupa el segundo lugar de importancia (17,2%). Los restantes destinos posibles de los fondos recibidos por la Pensión Básica Universal (compra de vestido y calzado, ahorro y otros gastos) representan una pequeña porción del total.

Según OIT-PNUD (2015), la pensión básica universal, a pesar de no ser un programa relacionado directamente con los cuidados, puede tener un impacto positivo al permitir a la persona adulta mayor contar con algunos recursos para sus gastos y liberar recursos de la familia. También el acercamiento y mayor acceso a los servicios de salud estaría contribuyendo a liberar tiempo de las mujeres responsables de sus cuidados. No obstante, no existe evidencia documentada al respecto.

En el componente “Salud y Nutrición” del programa se proponen aumentar la cobertura domiciliaria de las personas mayores dependientes y establecen como meta llegar a que “al menos el 60% de las personas mayores dependientes reciban atención médica domiciliar” (SIS-STP, 2014).

En el componente “Educación” se prevé “en aras de proteger los derechos de la persona mayor dependiente, y promover una mejor calidad de vida para el grupo familiar, dar herramientas a las personas cuidadoras para que puedan realizar su tarea de manera más apropiada. Es por ello que a través de las casas de la cultura se formarán grupos de apoyo para familiares de personas adultas mayores dependientes, quien de forma colectiva buscará alternativas para mejorar el cuidado, sin poner en riesgo el bienestar tanto del cuidador o cuidadora, como de la persona mayor” (SIS-STP, 2014). En ese marco se propuso como meta el “diseño y ejecución de un programa de fortalecimiento de cuidadores familiares de personas mayores dependientes” (SIS-STP, 2014, pág. 39).

Por su parte, el componente “Mejorando y habilitando espacios”, por una parte, “busca contribuir a la disminución de las barreras físicas y espaciales con que las personas mayores se enfrentan en los lugares que utilizan más frecuentemente, como pueden ser unidades de salud, casas de la cultura, parques, casas comunales y otros; por otra parte, se espera fortalecer la atención que prestan los centros para personas adultas mayores, sobre todo los que ofertan albergue o residencia” (SIS-STP, 2014, pág. 44). De esta forma, se promueve la autonomía de estas personas y con ello se puede estar reduciendo el tiempo que requieren apoyo de otra persona.

En síntesis

La dependencia en las personas adultas es un fenómeno estrechamente relacionado con el envejecimiento y con las mujeres, ya que la proporción de mujeres en esta situación es mayor en todos los tramos etarios (de 50 años en adelante). A su vez, las mujeres son las principales cuidadoras tanto de los hombres como de las mujeres (sean hijas o cónyuges) y generalmente habitan con la persona que requiere cuidados. Por ello, las mujeres con algún nivel de dependencia tienden a vivir en hogares extensos y los hombres en hogares nucleares de parejas solas o con hijos.

No existen servicios para la atención domiciliaria ni para brindar apoyo a las familias. La única alternativa al cuidado no remunerado en el hogar son las instituciones (hogares o residencias). Las más comunes son las que no tienen fines de lucro, pero la calidad del cuidado difiere enormemente según institución. Hay escaso conocimiento de la legislación vigente y el Manual de Normas para la Atención Integral a Personas Adultas Mayores. También hay escasa formación del personal que realiza las tareas de cuidado.

El Programa Nuestros Mayores Derechos que incluye algunas medidas para acercar la salud a la población dependiente, brindar apoyo a las personas cuidadoras, y además otorga la Pensión Básica Universal, podría ser una fuente de información sobre las necesidades de cuidado de esta población y, de esa forma, contribuir a estudiar alternativas para su resolución. También la iniciativa para reducir las barreras físicas y espaciales en los lugares donde concurren personas mayores será una vía de reducción de la dependencia de la población con discapacidad en general, promoviendo su integración en la sociedad.

Las iniciativas integradoras en general tienden a aliviar la carga de los cuidados en el hogar y contribuir con la calidad de vida de las personas dependientes, quienes los cuidan y su familia.

5. El trabajo de cuidados (remunerado y no remunerado)

El trabajo de cuidados, aun cuando se realice en forma remunerada, sufre de la misma desvalorización social que el trabajo no remunerado, se realiza muchas veces en condiciones de precariedad laboral y sin formación específica para la tarea.

Pero, es importante tener en cuenta que los derechos de las personas que cuidan y las personas cuidadas están estrechamente relacionados. La calidad del cuidado depende de la forma en que se remunera, se dignifica la tarea y se califica a las personas que cuidan. Por lo tanto, para garantizar que los cuidados se realizan en condiciones adecuadas de calidad, debe empezarse por reconocer los derechos de las personas que ejercen la tarea de cuidar.

Las estrategias para contribuir con el bienestar de la persona que cuida y el ejercicio de sus derechos son (véase el diagrama 3):

- Definir criterios mínimos de condiciones laborales, niveles de remuneración y formalización de los trabajadores y trabajadoras del sector de los cuidados.
- Definir estrategias para la inserción y capacitación laboral de las personas que están en el sector y las que puedan integrarse, ya que existe un déficit importante en todos los países de recursos humanos disponibles para esta tarea.
- Definir estrategias de apoyo a las familias y servicios de respiro para las cuidadoras que realizan la tarea en forma no remunerada.
- Reconocer los derechos y obligaciones específicas para quienes cuidan personas con dependencia severa, por la complejidad y el compromiso ético y moral que implica esta tarea.
- Realizar campañas de sensibilización, promoción de la corresponsabilidad y valoración de las tareas de cuidado.
- Para las y los cuidadores familiares, otorgar licencias para resolver necesidades de cuidado de familiares dependientes, o la posibilidad de reducción o flexibilización de la jornada de trabajo.

Diagrama 3
Opciones de servicios y prestaciones para las cuidadoras



Fuente: Elaboración propia en base a MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2014) *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidado en Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).

En particular, en este apartado se presenta la caracterización del trabajo de cuidados remunerado porque el que se realiza en forma no remunerada para cada población específica fue considerado en los apartados anteriores.

a) Los tipos y características del trabajo de cuidados remunerado

El trabajo de cuidados remunerado se compone del trabajo contratado por los hogares y por instituciones. A nivel de los hogares, el servicio doméstico es la ocupación más relevante, aunque también se identifican personas cuidadoras de niños y niñas, de manera más específica.

A nivel de las instituciones, hay dos ocupaciones que son las más relevantes en relación con los cuidados: las “personas cuidadoras de niños y niñas” y las “personas trabajadoras de los cuidados personales en servicios de salud”¹⁴.

El 97% de las personas que trabajan en forma remunerada en el sector de los cuidados son mujeres, y se concentran en el servicio doméstico (véase el cuadro 13).

Cuadro 13
Personas ocupadas en el sector de los cuidados en El Salvador, 2013

Ocupaciones relativas al cuidado	Hombres	Mujeres	Total	Mujeres/total (en porcentajes)
Servicio doméstico	2 814	103 924	106 738	97,4
Cuidadoras de niños y niñas	82	12 376	12 458	99,3
Cuidados personales en servicios de salud	1 036	3 631	4 667	77,8
Total	3 932	119 931	123 863	96,8

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC) de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

La edad del personal del servicio doméstico se distribuye en forma pareja entre los 20 y 50 años. En las cuidadoras de niños se encuentra diferencias interesantes según lugar de trabajo. Las que realizan su trabajo en los hogares tienden a ser bastante más jóvenes: 21% tiene menos de 20 años y casi la mitad tiene menos de 30 años (47%). Mientras que las que realizan su trabajo en instituciones de cuidado infantil son de mayor edad: sólo 30% tiene menos de 30 años y 58% más de 40. Las y los trabajadores de cuidados personales en servicios de salud tienden a ser también de mayor edad, el 74% tiene más de 35 años de edad.

Según el estudio “Conciliación con corresponsabilidad social en El Salvador” de OIT y PNUD (2015), el trabajo en el servicio doméstico tiende a verificar una marcada rotación por su baja calidad, la falta de regulación laboral y los bajos salarios. A su vez, las personas empleadas en este sector tienen un bajo nivel educativo. Ello también se verifica generalmente en los demás sectores de cuidado.

En el marco de una política pública de cuidados se deben buscar mecanismos para profesionalizar el trabajo de cuidados, principalmente el que se dedica a la atención de personas dependientes y niños y niñas y valorizar su tarea a través de la regulación laboral, la categorización y la definición de mínimos salariales acordes con sus tareas y responsabilidades.

Además, debe considerarse que recién en 2010 se crea el Régimen Especial de Salud y Maternidad para los Trabajadores Domésticos¹⁵, el cual consagra derechos específicos para estas personas cuidadoras. En el pasado, los derechos laborales de estas trabajadoras no estaban reconocidos en igualdad de condiciones que el resto de los trabajadores y las trabajadoras. No obstante, la afiliación por parte del empleador a dicho régimen es voluntaria, lo cual limita la posibilidad de acceder a este derecho.

6. Estrategias para promover la corresponsabilidad de los cuidados en las empresas y los sindicatos

Según el estudio desarrollado por OIT-PNUD (2015), no se identifica en el movimiento sindical ni en las gremiales empresariales la preocupación por avanzar en políticas de corresponsabilidad social en los cuidados. En particular, en dicho trabajo se menciona que un sondeo llevado a cargo por encargo del ISDEMU y auspiciado por PNUD dio como resultado que “de un total de 901 empresas agremiadas, sólo 109 que pertenecen a la gran empresa cuentan con normas de calidad o buenas prácticas de responsabilidad social empresarial, motivadas mayormente por criterios de competitividad” (OIT-PNUD, 2015, pág. 109). Se plantea que “las medidas que se han adoptado desde el sector empresarial para garantizar la igualdad

¹⁴ Ambas ocupaciones corresponden al código 5311 y 532 de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones de 2008.

¹⁵ Decreto Ejecutivo N° 74 de mayo de 2010, D.O.101, Tomo 387 de junio de 2010.

de condiciones para las trabajadoras y trabajadores con responsabilidades familiares responden a inquietudes individuales de empresas específicas” (OIT-PNUD, 2015, pág. 110). Aún no existe una visión del sector empresarial y sindical que posicione este tema como relevante para la sociedad.

Pero en las entrevistas que se llevaron a cabo con representantes del sector empresarial en el marco del estudio OIT-PNUD (2015), se encontró que se identifica el rol central de la familia en los cuidados, y que la falta de tiempo se traduce en mayores índices de delincuencia, violencia y criminalidad, aunque se atribuyen las soluciones a una educación en valores. También se identificó un gran desconocimiento del Convenio N° 156, y la percepción de los empresarios de que ello se traduce en mayores costos para las empresas, sin visualizar los potenciales beneficios.

En el mismo estudio se menciona la tarea de sensibilización que viene desarrollado la Fundación EMPREPAS desde el año 2007, con empresas de la Asociación Nacional de Empresas Privadas (ANEP) promoviendo el concepto “Empresa Familiarmente Responsable” que son aquellas que desarrollan programas, políticas y prácticas que facilitan la conciliación de la vida familiar y laboral, considerando aspectos como la flexibilidad de horarios, las excedencias, los programas de servicios para el cuidado de hijas e hijos pequeños y adultos mayores, la adaptación del puesto de trabajo a estos requerimientos, el apoyo o asesoramiento profesional y personal y otros beneficios sociales (OIT-PNUD, 2015).

A su vez, dicha fundación realizó un estudio en 400 empresas privadas no agropecuarias, de todos los tamaños y de los sectores de la industria, la construcción, el comercio y los servicios, ubicadas en el Área Metropolitana de San Salvador y en las ciudades de Santa Ana, San Miguel, Sonsonate y Usulután, y concluyó que aún son muy pocas las empresas sensibilizadas con el tema y menos las que aplican algún tipo de medida conciliatoria. No obstante, identificaron una disposición favorable para su incorporación en las políticas empresariales.

Como se detalla en OIT-PNUD (2015, pág. 112): “Entre los principales hallazgos se destaca: el 53% del as empresas mostró un desconocimiento general de las políticas familiarmente responsables; el 10% se encontraba en la fase inicial de implementación de alguna medida, y sólo el 15% contaban con medidas ya en marcha y ampliamente utilizadas. En cuanto a las medidas implementadas, sobre todo en el sector servicios y construcción, destaca que el 35% facilitan la flexibilidad horaria para permitir a su personal acomodar la jornada laboral en función de sus necesidades.” A su vez, identificaron que “ninguna de las empresas encuestadas contaba con servicios de guardería, propios o subvencionados; en ninguna de las empresas se habían ampliado los plazos establecidos por ley para la licencia de maternidad y no se identificó ningún caso en el que se otorgaran licencias parentales” (OIT-PNUD, 2015, pág. 113).

A nivel sindical, la principal herramienta para avanzar en medidas de corresponsabilidad social en los cuidados es la negociación colectiva. Pero se evidencia que del total de contratos colectivos, casi el 90% se concentra en el sector de la construcción y son escasos los contratos en las ramas de actividad con mayor presencia femenina (PNUD-OIT, 2015).

Por lo tanto, hay un trabajo muy importante a realizar que consiste en desarrollar una estrategia de sensibilización, comunicación y difusión de este tema dirigida a la sociedad en general para ir generando conciencia sobre la importancia de esta política. En particular, es interesante sostener esta acción de concientización al interior de las empresas y del movimiento sindical para que luego se conviertan en referentes para otras empresas y sindicatos que los toman como modelo.

IV. Los desafíos de la política pública para cerrar las brechas de cuidado en El Salvador

A. Las brechas entre la oferta y la demanda de cuidados en El Salvador

Como surge del diagnóstico anterior, hay déficits importantes en la provisión de prestaciones y servicios de cuidado, tanto para la población infantil como para el resto de la población en situación de dependencia.

En cuanto a las licencias por maternidad para trabajadoras del sector público y privado, éstas son inferiores a las recomendadas por la Organización Internacional del Trabajo de 14 semanas como mínimo, y la hora de reducción horaria hasta los seis meses de edad del bebé no es claro que garantice el ejercicio del derecho a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad.

En el caso de la población de 0 a 3 años el déficit de cobertura por la vía institucional es total (sólo 2%), y se prevé ampliar su atención hacia el 2019 a través de la vía familiar comunitaria, buscando completar un 11,7% adicional de los niños y niñas de esa edad. De esa forma, el cuidado seguirá estando en manos de las madres (81,6%), las abuelas (10,6%) y en algunos casos de hermanos y hermanas (0,9% del total, que representan unos 3.700 casos).

El déficit de cuidados institucionalizados para contribuir con el cuidado familiar es reconocido por las entidades encargadas de ofrecer los servicios, pero la urgencia está en aumentar la cobertura de la educación parvularia (4 a 6 años de edad) y en la necesidad de generar conciencia en las familias y responsables del cuidado que la educación inicial y pre-escolar es importante para el desarrollo futuro de esos niños y niñas.

En el nivel de Educación Básica (para 7 a 11 años de edad) la cobertura es casi total. Pero es claro que los servicios que se ofrecen actualmente de medio horario no contribuyen con la inserción laboral de las madres (o su principal responsable). En ese sentido, el modelo pedagógico de la Escuela Inclusiva de Tiempo Pleno está contribuyendo con la extensión de la jornada escolar.

También, ese modelo busca ampliar la cobertura de los niños y niñas con discapacidad. Se debería disponer de un registro (o alguna cuantificación estadística) de los niños y niñas con discapacidad y situación de dependencia ya que no es posible saber cuántos no asisten por dificultades para su inserción. Sería importante conocer sus posibilidades (o dificultades) para asistir a todo el ciclo educativo, desde el nivel inicial, y otras necesidades de cuidado o apoyo que requieran las familias. La encuesta sobre discapacidad recoge información sobre la situación de dependencia de estas personas, el tipo de cuidados que requiere, si recibe ayuda para resolver esas necesidades de cuidado y qué impactos tiene esa ayuda en la vida de esas personas que lo cuidan. También el registro de personas con discapacidad que se propone desarrollar el CONAIPD podrá brindar información al respecto.

Tanto la inserción temprana al sistema educativo como la continuidad de los estudios en todos los niños y niñas son reconocidas como factores que contribuyen con la reducción de las desigualdades sociales y la pobreza, y con la interrupción de los circuitos que promueven la violencia social.

A su vez, se identificó que un número importante de adolescentes realizan cuidado infantil, el 73% son mujeres (que representan 79.000 personas), y el 40% de ellas no estudia ni trabaja en forma remunerada. Estas situaciones interesa considerar porque el propósito sería que las tareas de cuidado infantil no frustren sus oportunidades de estudio o de trabajo remunerado, y que los cuidados que reciben los niños y niñas sean de calidad. Por ello sería relevante pensar en estrategias de inclusión de estas adolescentes en los centros de estudio, y de inserción de los niños y niñas en los centros de cuidado infantil u otras necesidades de cuidado que puedan demandar.

Respecto a la calidad de los servicios, se está avanzando en mejorar los servicios de cuidado infantil que pertenecen a la Red de Atención Compartida que son los más antiguos y se han desarrollado para dar respuesta a las necesidades de cuidado de las familias, pero con recursos propios y del Estado muy limitados y esfuerzos importantes de su personal y la comunidad.

A su vez, el ISNA y el MINED (según corresponda) son reconocidas como las autoridades de regulación y supervisión, se han actualizado los currículos de enseñanza, se desarrolló un currículo para el nivel inicial, y se está ampliando y mejorando la formación docente para todos los niveles.

Para la población mayor de 12 años en situación de dependencia hay menos claridad sobre la estrategia de cuidados a seguir, no parece instalado el tema en la agenda de gobierno, y tampoco se visualiza una demanda clara desde las organizaciones de personas con discapacidad, adultas mayores, o directamente desde quienes son cuidadores y cuidadoras, o son receptores de cuidado.

En términos de las necesidades de cuidado de esta población, es importante saber que entorno a un 20% viven solas, en hogares unipersonales, y esa proporción es algo superior para los hombres (24%) que para las mujeres (18%). El resto de los hombres en situación de dependencia convive solo con su pareja, lo cual implica que esa mujer debe hacerse cargo de sus cuidados, y en el caso de las mujeres en situación de dependencia, viven en hogares extensos donde sus hijas son básicamente responsables de su cuidado. Un porcentaje importante de esas mujeres no tienen ningún ingreso propio (65%), siendo significativamente inferior esa proporción en el caso de los hombres (38%). Ello también se observa en los hogares o residencias donde conviven varios adultos mayores que en mayor medida son mujeres que llegan por insuficiencia de ingresos y su situación de abandono o cuentan con una familia que no puede hacerse cargo de su cuidado. El hecho que se haya depositado en las familias la responsabilidad única por el cuidado de las personas dependientes ha llevado a situaciones de gran vulnerabilidad de derechos. Por ello el Estado debe prestar atención a estas personas y sus familias para brindar apoyo y hacerse cargo del cuidado cuando ellas lo requieran.

La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2015 que está relevando la DIGESTYC debería convertirse en un primer insumo para detectar más claramente las necesidades de cuidados de esta población, lo que sería un insumo fundamental para la elaboración de la política de cuidados.

Otro déficit identificado es la falta de reconocimiento del CONAIPAM como ente rector del sistema de atención integral a la persona adulta mayor y en la aplicación de la reglamentación sobre hogares o residencias para adultos mayores. Más allá que el estudio disponible se elaboró en base a información

recogida en setiembre de 2011, el nivel de desconocimiento de la reglamentación y de la función de rectoría de CONAIPAM ameritan el desarrollo de campañas de difusión así como establecer contactos para recoger las inquietudes de quienes deben implementar la regulación vigente.

Se detectó también cierta debilidad en la formación de las cuidadoras y los cuidadores para personas en situación de dependencia, por tener una discapacidad o ser adultos mayores. Probablemente la formación de las cuidadoras y cuidadores así como la implementación de las estrategias de cuidado se diferencien según el origen de la dependencia. Será necesario para ello elaborar también los métodos de valoración de la dependencia. A estos instrumentos generalmente se los denomina “baremos” y tienden a clasificar a las personas dependientes en tres niveles: leve, moderada y severa¹⁶.

Otro tema de suma relevancia para pensar en el diseño e implementación de la política de cuidados es avanzar en el proceso de creación de interinstitucionalidad y articulación del trabajo en el territorio. En las entrevistas desarrolladas se detectó cierta preocupación respecto a la efectividad de esa articulación en la actualidad a través de los distintos actores que intervienen en las acciones cotidianas (promotores de salud, educadores, entre otros).

Respecto a la institucionalidad para los cuidados, como se define en la Ley de Desarrollo y Protección Social, el Subsistema de Protección Social Universal (SPSU) es la entidad que debe coordinar las acciones y programas vinculados con la protección social, y en ese marco se insertan las políticas de cuidados. Éste sistema (el SPSU) transversaliza los demás sistemas de atención integral que existen para cada población objetivo y que deben integrar para cada una de ellas la política de cuidados.

A su vez, las herramientas de gestión del SPSU (el Registro Único de Participantes, el Sistema de Información de Programas Sociales, y el sistema de monitoreo y evaluación de las políticas sociales) se deben considerar fuentes de información para la elaboración de la política de cuidados y adaptar la información que relevan para incluir las preocupaciones relativas al nivel de dependencia de la población destinataria y sus necesidades de cuidados.

También se verifica un déficit en el reconocimiento de los derechos laborales de las cuidadoras del servicio doméstico cuya cobertura de la seguridad social y los derechos asociados a la salud y la maternidad son de carácter voluntario por parte del empleador. Hay algo más de 100.000 mujeres empleadas en este sector, donde la calidad del empleo y el nivel de salarios es bajo.

Como se mencionaba en un inicio, el propósito de la política de cuidados es redistribuir las tareas y responsabilidades del cuidado entre hombres y mujeres y entre las familias, el Estado, el mercado y la comunidad; y revalorizarlo social y económicamente para que se reconozcan como un aporte al desarrollo y a la convivencia social y pacífica. El bono demográfico y el bono de género brindan una oportunidad única para que a través de la política de cuidados se aproveche todo su potencial de crecimiento y desarrollo, fortaleciendo las oportunidades de desarrollo de la primera infancia, garantizando la mayor autonomía de las personas con alguna dependencia y fortaleciendo la participación laboral de toda la población, y en especial, de las mujeres que desarrollan trabajo de cuidado no remunerado. La inversión que exige una política de este tipo hoy se recupera en el corto y mediano plazo al tener una sociedad más justa y cohesionada, y en el largo plazo reduciendo los costos sociales que genera el envejecimiento poblacional.

B. Las propuestas y recomendaciones de política

En base al diagnóstico sobre la situación de los cuidados en El Salvador y los déficits (o brechas) identificados, se proponen una serie de recomendaciones de política que se debería profundizar a través del trabajo conjunto que vienen desarrollando las distintas instituciones involucradas en el marco de la Comisión de Seguimiento para la Construcción de una Política de Cuidados en El Salvador.

Ello implica delinear las estrategias de política más adecuadas para la realidad de El Salvador e identificar las fuentes de información que se deben desarrollar, adecuar y mejorar para contar con los insumos suficientes para el diseño y costeo de la política.

¹⁶ Se puede ver el ejemplo de Uruguay en MIDES (2014) que consideró la experiencia de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención de la Dependencia de España.

Como se mencionaba al principio, esta política debe ser integrada, o sea, mirar el conjunto de acciones que se realizan al interior del hogar, articular distintos esfuerzos que ya se están realizando desde el sector público, privado y de la comunidad, y adaptarse las prioridades a las necesidades más urgentes que se detectan en el territorio. Por ello, es importante que esté claro desde un inicio que el esfuerzo es de articulación intersectorial en el territorio y atendiendo a las necesidades de las familias.

El ideal para la definición de la política es ofrecer un menú de opciones para que cada familia escoja la que más se corresponde con sus necesidades y preferencias. Pero dados los déficits que se detectan y la escasez de recursos, es imposible imaginarse ese escenario en el corto o mediano plazo. Por ello, se supondrá que, en una primera etapa, el trabajo consistirá en desarrollar y potenciar posibles fuentes de información, poner en práctica algún programa piloto, que posiblemente deba estar referido a la atención de población en situación de dependencia (adulta mayor o con discapacidad) por ser la que tiene menos apoyo y donde las opciones de atención pueden ser variadas. La elaboración de programas piloto es útil para poner en práctica una modalidad de atención que no se ha desarrollado antes, identificar las dificultades de gestión que involucra y también para recoger información sobre la realidad.

1. Propuestas para los cuidados en la primera infancia (0 a 6 años)

a) En relación a las licencias y el derecho a la lactancia materna

Dado que el goce de la licencia por maternidad es un derecho de las trabajadoras y no debería existir ningún desestímulo o castigo por hacer uso de ese derecho, existe acuerdo entre varios actores de gobierno en que en la próxima reforma del régimen de pensiones se debe avanzar en el reconocimiento del período de tiempo de licencia por maternidad como tiempo trabajado para la seguridad social.

A su vez, dada la baja proporción de mujeres que tienen derecho a este beneficio, se podrían pensar estrategias de ampliación de su cobertura a través de la inclusión de las categorías de trabajadoras no asalariadas que contribuyen a la seguridad social y estrategias que promuevan la formalización del empleo (a través de campañas publicitarias para su promoción o de estrategias que posibiliten la reducción de los aportes a la seguridad social a emprendimientos de menor tamaño) para que más trabajadoras tengan acceso a estas prestaciones. También se pueden considerar medidas que otorguen algún año adicional de reconocimiento de tiempo trabajado para compensar el tiempo que las mujeres se ausentan del mercado laboral para el cuidado de sus hijos, hijas o familiares.

Como un 44% de las mujeres que hacen uso de la licencia por maternidad no retorna a su trabajo, se deberían proponer estrategias que permitan una mayor corresponsabilidad entre el Estado, las familias y las empresas. En algunos países (como Ecuador) la reducción horaria para la lactancia está relacionada con la extensión habitual de la jornada laboral: se prevé una reducción de una hora, si la jornada diaria es menor a seis horas, y de dos horas, si la jornada es mayor a seis. Además, se puede prever que hasta los seis meses de edad del bebé la reducción de la jornada laboral sea mayor y que luego se reduzca hasta que finalice de amamantar. También se debería extender la licencia por maternidad a 14 semanas y se podría pensar en alguna otra opción que promueva la corresponsabilidad entre padres y madres.

De manera complementaria, desde la negociación colectiva o la responsabilidad social empresarial se podría introducir el tema de la licencia parental o posibilidad de reducción o flexibilización horaria por responsabilidades de cuidado, y también el desarrollo de salas de lactancia.

Cuando las trabajadoras no tienen empleos que ofrezcan la posibilidad de acceder a estas prestaciones, las alternativas son el acceso a servicios de cuidado en instituciones o domicilio, y las prestaciones monetarias (como los bonos) que contribuyan a aliviar la necesidad de generar ingresos en esta etapa de vida del niño o niña.

b) Respecto a los servicios de cuidado infantil

Dada la alta proporción de niñas y niños de 4 y 5 años que aún no concurren al sistema educativo formal, sería imperioso mejorar la cobertura en ese tramo etario. Ello puede implicar la ampliación de centros educativos y la sensibilización social para que esos niños y niñas asistan al centro de enseñanza. En principio debería buscarse alcanzar el 100% de los niveles más altos, 5 y 6 años, para luego apuntar al

nivel de 4 años y llegar al de 3 años. Según la propuesta actual de ISNA y MINED, no hay perspectivas de llegar a cumplir estos objetivos en este quinquenio. Básicamente se está proyectando un leve incremento y poner el acento en la mejora de la calidad educativa. A ello debe sumarse la campaña de sensibilización para la concurrencia a clases.

Para el tramo de 0 a 3 años, sería oportuno dar un apoyo más importante para que los centros que actualmente brindan cobertura a estos niños y niñas cuenten con servicios de mejor calidad. Probablemente se deba pensar una estrategia diferenciada para las niñas y niños más pequeños (0 y 1 año) donde ya se trabaja con mecanismos de estimulación oportuna a través de la vía comunitaria que podría ser de interés expandir, y los de 2 y 3 años que podrían incorporarse a centros de cuidado (principalmente cuando sus referentes desean ingresar o están participando en el mercado laboral).

A través de la Responsabilidad Social Empresarial (RSE) se podrían desarrollar prestaciones para el cuidado (como los bonos para el pago de centros privados o mixtos), desarrollar centros en las empresas que brinden servicios a la comunidad con apoyo estatal, o desarrollar acciones para mejorar la calidad de los centros existentes.

También se deberían analizar las posibilidades de la Red de Atención Compartida para generar mecanismos de adquisición de materiales y de mejoras edilicias en forma conjunta y en la medida de lo posible se reconozca la colaboración de las empresas como parte de su RSE.

2. Propuestas para los cuidados en la niñez (7-11 años)

La población infantil que concurre al sistema educativo formal requiere apoyos para la extensión de la jornada escolar. En esa medida, el programa que se está desarrollando de Sistema Integrado de Escuelas de Tiempo Pleno es un aporte significativo en ese sentido y habría que fortalecerlo y ampliar su alcance y cobertura.

En paralelo se podrían desarrollar otras formas de ampliar el horario escolar mediante actividades desarrolladas a contra-horario en clubes deportivos, espacios públicos, entre otros espacios.

Finalmente, se podría apoyar la inserción de niños y niñas con dependencia en el sistema formal a través de la formación de asistentes terapéuticos que puedan dar seguimiento al niño y niña durante toda su trayectoria en el sistema educativo.

3. Propuestas para los cuidados de la población dependiente

Se debería desarrollar un sistema de registro de las personas en situación de dependencia. Éste se podría alimentar del registro de personas con discapacidad que podría evaluar la dependencia y complementar con las demás personas que se encuentran en esa situación por otras causas. Para ello se debería trabajar en forma coordinada a nivel de las instituciones que trabajan en el territorio y realizan visitas a las familias (como los equipos comunitarios de salud), para que contribuyan a alimentar ese sistema.

Se debería diseñar un programa de cuidados domiciliarios que contribuya a resolver durante un período de tiempo el cuidado de personas dependientes en el hogar, liberar tiempo de la persona cuidadora, y desarrollar acciones de orientación y apoyo a esas cuidadoras. Generalmente, los cuidados domiciliarios se ven como una alternativa a la institucionalización en residencias cuando las personas tienen un nivel de dependencia elevado. Estos programas consisten en una cierta cantidad de horas semanales que el Estado contrata de un asistente que ha recibido la formación necesaria para realizar la tarea y la persona que requiere los cuidados selecciona de un registro de asistentes. En Uruguay, por ejemplo, esta modalidad brinda 20 horas semanales y cada persona coordina con su asistente la distribución de esas horas en la semana.

En el diseño e implementación de los servicios que se prevean desarrollar para la población en situación de dependencia hay que considerar las diferencias en el origen de esa dependencia, o sea, si es por el proceso de envejecimiento o por una discapacidad ya que se deben adaptar los instrumentos de valoración y los programas a las especificidades de cada población.

Para mejorar la calidad de los servicios residenciales existentes se hace necesario continuar con la difusión de la normativa que los regula, avanzar en la formación de las cuidadoras de estas residencias, y, en la medida de lo posible, buscar estrategias conjuntas entre distintos centros que les permita colectivizar experiencias y potenciar los recursos disponibles (humanos, financieros, de infraestructura). También, si existiera la posibilidad, sería de interés involucrar la responsabilidad social empresarial en la mejora de estos servicios.

Por último, en la medida que se avance en la reducción de las barreras físicas y espaciales se estarán mejorando las condiciones de movilidad y las posibilidades de realizar actividad social de las personas adultas mayores, de esa forma se promueve su autonomía personal y se reduce la demanda de cuidados.

4. Propuestas para las personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas

Formalización del trabajo doméstico: dando cumplimiento a la Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres se deben igualar los derechos laborales de las trabajadoras domésticas al resto de asalariados del sector privado. Existe una propuesta de reforma del Código de Trabajo, presentada por la Asociación de Mujeres Mélida Anaya Montes –Las Mélicas– en octubre 2013 a la Asamblea Legislativa, donde en particular se exige “la formalización de un contrato de trabajo, la regulación de las horas de trabajo y los descansos diarios, la garantía del salario mínimo y las prestaciones de ley, entre otros”. Estas demandas están en conformidad con el Convenio 189 sobre Trabajo Decente para las Trabajadoras y Trabajadores Domésticos que aún no ha sido ratificado por El Salvador. Según informaciones de esta asociación, las diputadas del FMLN se comprometieron a comenzar a abordar el tema después de las elecciones de febrero 2014, aunque señalaron que no existía todavía la correlación de fuerzas necesaria para esta reforma. (OIT-PNUD, 2015).

De todas formas se debería avanzar garantizando el derecho al acceso a la salud y la licencia por maternidad haciendo obligatoria su afiliación al régimen especial para trabajadoras domésticas.

Para contribuir con la calidad del empleo en el sector de los cuidados (que además del servicio doméstico incluye a las cuidadoras de niños y niñas, y las cuidadoras o asistentes de personas en situación de dependencia) se debe contribuir con su formación para profesionalizar el trabajo de cuidados, la regulación laboral, la categorización y la definición de mínimos salariales acordes con sus tareas y responsabilidades. Se debe definir un sistema de formación para cuidadoras, así como existe un sistema para la formación de las educadoras. También se debe proyectar que la formación se pueda ir adquiriendo por etapas, ya que generalmente quienes realizan estas tareas parten de niveles educativos muy bajos, pero pueden tener interés en avanzar a la realización de cuidados más especializados, a través de una mayor formación.

También se debería conocer la demanda potencial de empleo que tendría la generación y ampliación de servicios para planificar su formación e inserción en el mercado laboral.

Para contribuir con la valorización y el reconocimiento del trabajo de cuidados que realizan las mujeres de la familia en los hogares de forma no remunerada, se deben desarrollar campañas de sensibilización que promuevan la redistribución de estas tareas y busquen transformar los estereotipos de género. Ello también implica que las instituciones que trabajan con la población objetivo revisen sus prácticas ya que muchas veces transmiten esos estereotipos sobre los propios operadores de los programas.

En el caso de las adolescentes que realizan tareas de cuidado (básicamente cuidado infantil), y en algunos casos no estudian ni trabajan, sería de interés generar programas que contribuyan con el desarrollo de su proyecto de vida (sea a través del estudio o del trabajo), y el cuidado de sus dependientes. De manera complementaria, debe reconocerse la situación de las abuelas y abuelos que quedan a cargo del cuidado de niños y niñas como resultado de las dinámicas migratorias del país, muchas veces, sin contar con recursos para ello.

5. La institucionalidad para los cuidados

En la medida que el Sistema de Protección Social Universal coordina las acciones vinculadas con la protección social, la política de cuidados que se diseñe podría incorporarse en este marco. Así, la política articularía prestaciones vinculadas a las distintas poblaciones que demandan y proveen cuidados, y las mismas también deberían formar parte de los sistemas de atención integral de cada una de ellas (CONNA, CONAIPAM y CONAIPD).

Por el lado de los derechos laborales de las cuidadoras que trabajan en forma remunerada y las acciones de corresponsabilidad en los cuidados que se deberían introducir en las empresas y sindicatos para ser consideradas en la negociación colectiva o en acciones de Responsabilidad Social Empresarial, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social también tiene un rol relevante a jugar en este sistema. Dada la dificultad que se observa en las empresas y los sindicatos para adoptar las medidas propuestas en el Convenio N° 156 de OIT (sobre los Trabajadores y Trabajadoras con Responsabilidades Familiares), el propio Estado en el marco de las estrategias de Transformación del Estado podría convertirse en un ejemplo adoptando alguna de las disposiciones sugeridas en de dicho convenio.

Por su parte, el Instituto Salvadoreño de las Mujeres (ISDEMU) debe tener un rol protagónico en la transversalización de la mirada de género en todo el sistema, tanto en el diseño de las políticas como en los sistemas de monitoreo y evaluación.

Finalmente, las organizaciones de la sociedad civil que nuclean a la población que demanda estos servicios (organizaciones feministas o de mujeres, y asociaciones de familiares de personas en situación de dependencia, organizaciones de adultos mayores o de personas con discapacidad) deberán estar integradas a alguna instancia de intercambio y consulta sobre el proceso de elaboración y construcción de la política pública de cuidados.

La Comisión de Seguimiento para la Construcción de una Política de Cuidados en El Salvador podrá avanzar a través de sus mecanismos de deliberación y concreción de una propuesta que luego pueda ser analizada y avalada por el órgano máximo en la consecución de la política social que es el Gabinete Social.

Bibliografía

- Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari, (2014), “La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria”, *Políticas Sociales*, N° 192 (LC/L.3805), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Asamblea Legislativa de la República de El Salvador (2014), “Ley de Desarrollo y Protección Social”. Decreto N° 647, San Salvador.
- _____ (2010) “Régimen Especial de Salud y Maternidad para los trabajadores domésticos”, Decreto Ejecutivo N° 74 de mayo de 2010, San Salvador.
- _____ (2013), “Ley de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna”, Decreto N° 404”, San Salvador.
- _____ (2011), “Ley de Igualdad, Equidad y Erradicación de la Discriminación contra las Mujeres”, Decreto N° 645, San Salvador.
- _____ (2009), “Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia”. Decreto N° 839, San Salvador.
- _____ (2002), “Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor”. Decreto N° 717, San Salvador.
- _____ (1996), “Ley General de Educación. Decreto N° 917”, San Salvador.
- Ávalos, Nayda, y otros (2015), “Políticas públicas y economía del cuidado en El Salvador: Contribución del Estado a la satisfacción de las demandas del cuidado de las familias”. Universidad Centroamericana, Antiguo Cuscatlán.
- Batthyány, Karina (2015), “Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales”, *Asuntos de Género*, N°124 (LC/L.3958), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- _____ (2007), Articulación entre vida laboral y vida familiar: Las prácticas de cuidado infantil de trabajadoras asalariadas de Montevideo”, *Género, familias y trabajo: rupturas y continuidades, Desafíos para la investigación*, Gutiérrez, M A (Ed.), Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).
- Calderón, Coral (2013), *Redistribuir el cuidado. El desafío de las políticas*, Cuadernos de la CEPAL, N°101 (LC/G.2568-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.9.
- Cecchini, Simone, y María Nieves Rico (2015), “El enfoque de derechos en la protección social”, *Instrumentos de protección social: Caminos latinoamericanos hacia la universalización*, Cecchini y otros (eds.), *Libros de la CEPAL*, N° 136 (LC/G.2644-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.15.II.G.11.

- Cecchini, Simone, y Martínez, Rodrigo (2011), *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*, (LC/G.2488-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.23.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013a), *Panorama Social de América Latina 2012* (LC/G.2557-P), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.6
- _____ (2013b), *Consenso de Santo Domingo, Duodécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Santo Domingo, 18 de octubre. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- _____ (2010), *Consenso de Brasilia, Undécima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Brasilia, 16 de julio. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- _____ (2007), *Consenso de Quito, Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*, Quito, 9 de agosto. Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) – OIT (Organización Internacional del Trabajo) (2014), *Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe. Formalización del empleo y distribución de los ingresos laborales* Número 11 (LC/L. 3904), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas.
- CONAIPD (Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad) (2014), “Política Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad”, Gobierno de El Salvador.
- CONNA (Consejo Nacional de la Niñez y de la Adolescencia) (2013), “Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia de El Salvador, 2013-2023”, Gobierno de El Salvador.
- DIGESTYC (Dirección General de Estadística y Censos) (2014), “Aspectos metodológicos EHPM”, Ministerio de Economía, Gobierno de El Salvador.
- FUNDAUNGO, (Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo) (2013), *Atlas de la violencia en El Salvador (2009-2012)*, Fundación Dr. Guillermo Manuel Ungo, San Salvador, El Salvador.
- Gascón, Silvia y Nérida Redondo (2014), *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia, serie Políticas Sociales*, N° 207 (LC/L.3875), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- GOES (Gobierno de El Salvador) (2015), “Plan Quinquenal de Desarrollo 2014-2019”, Secretaría Técnica y de Planificación, San Salvador.
- _____ (2010), “Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014”, Secretaría Técnica y de Planificación, San Salvador.
- Guzmán León, Juany, (2014), “Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica. El proceso de construcción 2010-2014”, *Políticas Sociales*, N° 203 (LC/L.3858), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer) (2012), “Plan Nacional de Igualdad y Equidad para las mujeres salvadoreñas 2012”, Gobierno de El Salvador.
- ISNA (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia) (2015a), “Consolidado de informes anuales de las entidades de atención a la niñez y a la adolescencia. Año 2012”, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, San Salvador, República de El Salvador.
- _____ (2015b), “Informe estadístico de atención en el programa de Primera Infancia”, Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia, San Salvador, República de El Salvador.
- Marco Navarro, Flavia, (2014), *Calidad del cuidado y la educación para la primera infancia en América Latina: Igualdad para hoy y mañana, serie Políticas Sociales*, N° 204 (LC/L.3859), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Martínez Gómez, Ciro; Tim Miller y Paulo Saad (2013) “Participación laboral femenina y bono de género en América Latina”. Documento de Proyecto. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2014) *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidado en Uruguay*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- MINED (Ministerio de Educación) (2014), “Informe de País en el marco de Educación para Todos 2015”. Ministerio de Educación, Gobierno de El Salvador.
- _____ (2013), “Fundamentos curriculares para la Primera Infancia. Programas de Educación. Nivel Educación Inicial”, Ministerio de Educación, Gobierno de El Salvador.
- _____ (2010), “Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral de la Primera Infancia”, Ministerio de Educación, Gobierno de El Salvador.
- Montaño, Sonia, y María Nieves Rico (2007), *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, LC/L.2738 (CRM.10/3), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

- OIT-PNUD (Oficina Internacional del Trabajo-Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2015), *Conciliación con corresponsabilidad social en El Salvador. Reflexiones y aportes para la construcción de una agenda nacional de cuidados*. San José, Costa Rica: Oficina Internacional del Trabajo, Panamá, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- ONUMUJERES México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (2013), “Repensando y redefiniendo el Trabajo de Cuidado: hacia una agenda pública de vanguardia”, ONUMUJERES México e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir.
- OEI (Organización de Estados Iberoamericanos) (2010) “Metas Educativas 2021: la educación que queremos para la generación de los Bicentenarios”, Organización de Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Pautassi, Laura C. (2007) “El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, *Mujer y Desarrollo*, N° 87, Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.07.II.G.133.
- Picchio, Antonella (1999), “Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social”, *Mujeres y Economía*, C. Carrasco (ed.), Barcelona, Icaria-Antrazyt.
- Provoste, Patricia (2013), “Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas”, *Redistribuir el Cuidado*, Coral Calderón (coord.), Cuadernos de la CEPAL, N° 101 (LC/G.2568-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.13.II.G.9.
- Razavi, Shara (2007), “The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options”, *Gender and Development Programme*, N° 3, United Nations Research Institute for Social Development, Ginebra.
- Rico, María Nieves (2014), “El desafío de cuidar y ser cuidado en igualdad. Hacia el surgimiento de sistemas nacionales de cuidado”, *Pactos sociales para una protección social más inclusiva. Experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa*, Hopenhayn y otros (eds), *Seminarios y Conferencias*, N° 76 (LC/L.3820), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- ____ (2011a), “Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora”, *Seminarios y Conferencias*, N° 61 (LC/L.3296-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.11.II.G.17.
- ____ (2011b), “EL desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay”, *Seminarios y Conferencias*, N° 66 (LC/L.3359), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.
- Rico, María Nieves y Claudia Robles (2015) “Los cuidados como pilar de la protección social: desafíos para su institucionalización”. Documento de Proyecto. Proyecto CEPAL- BMZ/GIZ “Protección social, enfoque de derechos y desigualdad en América Latina”.
- Salvador, Soledad (2014), “Pensar los cuidados”, *Cuidados como Sistema*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social (MIDES).
- ____ (2007), “Uruguay: servicios de cuidado y división de responsabilidades de cuidado dentro del hogar”, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre el Desarrollo-Uruguay, Red Internacional de Género y Comercio y Centro Internacional para Investigaciones sobre el Desarrollo (IDRC), Montevideo.
- SIS-STP (Secretaría de Inclusión Social y Secretaría Técnica de la Presidencia) (2014), “Documento conceptual del Programa Presidencial Nuestros Mayores Derechos”, Gobierno de El Salvador.
- STP (Secretaría Técnica de la Presidencia) (2013a), “Sistema de Protección Social Universal. Resumen Ejecutivo”, Gobierno de El Salvador, San Salvador.
- STP (Secretaría Técnica de la Presidencia) (2013b), “Encuesta Longitudinal de Protección Social 2013. Informe final”, Gobierno de El Salvador.
- STP-UNICEF (Secretaría Técnica de la Presidencia-Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (2014), “Protección social de la niñez y la adolescencia en El Salvador: avances, desafíos y oportunidades para la construcción de un sistema integrado”, San Salvador, El Salvador.
- SPSU-SIS (Sistema de Protección Social Universal-Secretaría de Inclusión Social) (2015), “Situación de los hogares sustitutos de las Personas Adultas Mayores en El Salvador”, Gobierno de El Salvador.
- Tornarolli, Leopoldo (2013), “Caracterización de las personas adultas mayores Encuesta de diagnóstico de la persona adulta mayor El Salvador”, Gobierno de El Salvador.
- UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) (2014), “Informe de Situación de la Niñez y Adolescencia en El Salvador”, San Salvador, República de El Salvador.

Anexo

Cuadro A.1
Número de hombres y mujeres que realizan cuidado infantil, según tramos de edad

Tramos de edad	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
10-17	30,561	78,902	109,463	8,3	7,9	8,0
18-24	56,224	250,404	306,628	15,2	25,1	22,4
25-29	68,352	182,937	251,289	18,5	18,3	18,4
30-34	69,892	171,402	241,294	18,9	17,2	17,7
35-39	57,511	110,781	168,292	15,6	11,1	12,3
40-44	25,317	77,179	102,496	6,9	7,7	7,5
45-49	17,492	38,487	55,979	4,7	3,9	4,1
50-54	5,774	20,098	25,872	1,6	2,0	1,9
55-59	21,672	21,177	42,849	5,9	2,1	3,1
60 y más	16,244	46,678	62,922	4,4	4,7	4,6
Total	369,039	998,045	1 367,084	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Uso del Tiempo 2010.

Cuadro A.2
Niñas y niños con alguna discapacidad que asisten al sistema educativo

Tipo de discapacidad	Número de personas	Porcentaje del total
Ceguera	59	0,03
Baja visión	209	0,10
Sordera	70	0,03
Hipoacusia	32	0,02
Síndrome de down	106	0,05
Retardo mental	76	0,04
Problemas motores	244	0,12
Ausencia de miembros	26	0,01
Autismo	108	0,05
Otra	403	0,19
Total	1333	0,64

Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos del Censo Escolar 2013.

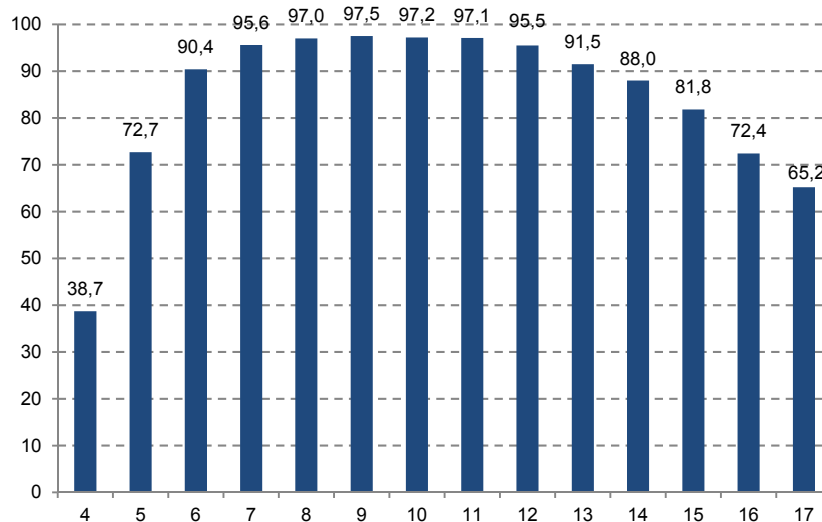
Cuadro A.3
Resumen de indicadores de pobreza, asistencia a centros de educación inicial
o servicios de cuidado infantil y violencia en los departamentos

Departamentos	Porcentaje 0 a 6 en el total	Porcentaje asiste 0-6	Porcentaje pobres	Violencia
Ahuachapán	>>	<<	>>	<<
Santa Ana	>>	>	>	>>
Sonsonate	==	<	==	>>
Chalatenango	<<	>	>>	<<
La Libertad	==	==	==	==
San Salvador	<<	>>	<<	>>
Cuscatlán	==	<	==	<
La Paz	>	==	==	>>
Cabañas	>>	<<	>>	<
San Vicente	==	>>	>	>>
Usulután	>	==	>>	==
San Miguel	>	<	>	==
Morazán	>>	==	>>	<<
La Unión	>>	<<	>	>>

Fuente: Elaboración propia en base a FUNDAUNGO (2013) y a procesamientos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Nota: los símbolos refieren a la ubicación del indicador para el departamento en relación al promedio nacional. Como indicador de violencia se utilizó la tasa de homicidios del Atlas de la violencia de FUNDAUNGO para el año 2012.

Gráfico A.1
Proporción de niñas, niños y adolescentes de 4 a 17 años de edad
que asisten a un centro educativo. Año 2013



Fuente: Elaboración propia en base a los microdatos de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) 2013.

Agenda de la misión para apoyar la discusión conceptual sobre una política de cuidados en El Salvador y levantar información para diagnóstico sociodemográfico

Fecha: 22 al 26 de junio de 2015

Objetivo general

Acompañar al equipo de la Secretaría Técnica y de Planificación de la Presidencia en las discusiones iniciales sobre la construcción de una política integrada de cuidados en El Salvador y dar seguimiento al avance del estudio de diagnóstico sociodemográfico de las necesidades de cuidados en el país.

Listado de entrevistas realizadas:

- Directora del ISDEMU: Lic. Yanira Argueta.
- Director de Coordinación de Gobierno y Cooperación Internacional: Lic. Carlos Miguel Sáenz.
- Coordinadora de Módulos de Atención Infantil de Ciudad Mujer: Licda. Nuria Martínez.
- Directora de Personas Adultas Mayores de la Secretaría de Inclusión Social: Licda. Jennifer Soundy.
- Directora Ejecutiva del ISNA: Licda. Elda Tobar.
- Representantes de las distintas divisiones educativas del MINED:
 - Licda. Janet de López, Dirección de Gestión Pedagógica.
 - Licda. Patricia Liliana Grande, Coordinadora de Educación Inicial y Parvularia.
 - Licda. Iris de Reyes, Educación Inicial y Parvularia.
 - Licda. Marta Ivonne García de Cruz, Educación Inicial y Parvularia.
- Directora de Apoyo a la Gestión del MINSAL: Dra. Xiomara Arriaga.
- Directora Ejecutiva del Consejo Nacional de Atención Integral a las Personas con Discapacidad: Licda. Vilma Zaldaña de Chiquillo, el Presidente del CONAIPD, Sr. Jesús Martínez y la especialista Lourdes de Morales.
- Ministra de Trabajo y Previsión Social: Licda. Sandra Edibel Guevara.
- Director de Transformación del Estado: Lic. Danilo Flores.
- Funcionarios de la Dirección General de Estadísticas y Censos.
- Director General de Planificación: Lic. Oscar Edmundo Anaya.
- Unidad de Género del PNUD: Xenia Díaz.
- Especialista en Políticas Sociales de UNICEF: Susana Quezada.

También se realizaron dos reuniones amplias: una, consistió en la instalación de la Comisión de Seguimiento para la construcción de una política de cuidados donde participaron funcionarios de todos los ministerios involucrados, y otra con las organizaciones de la sociedad civil vinculada con la temática de los cuidados de adultos mayores, personas con discapacidad e infancia. En dicha reunión participaron representantes de los Centros Infantiles de Desarrollo (CINDE), Asociación Agape, Forjando Futuro, Asociación de Parkinson de El Salvador (APAES) y CALMA (Centro de Apoyo a la Lactancia Materna).



NACIONES UNIDAS

Serie**CEPAL****Asuntos de Género****Números publicados**

Un listado completo así como los archivos pdf están disponibles en

www.cepal.org/publicaciones

- 129. Política de cuidados en El Salvador: opciones, metas y desafíos (LC/L.4086), 2015.
- 128. Avanzando hacia la corresponsabilidad en los cuidados: análisis de las licencias parentales en el Uruguay (LC/L.4085), 2015.
- 127. El aporte de las familias y las mujeres al cuidado no remunerado de la salud en el Uruguay (LC/L.4057), 2015.
- 126. Corresponsabilidad de los cuidados y autonomía económica de las mujeres: lecciones aprendidas del Permiso Postnatal Parental en Chile (LC/L.3989), 2015.
- 125. Instituciones laborales y políticas de empleo: avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres (LC/L.3977), 2015.
- 124. Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales (LC/L.3958), 2015.
- 123. El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género: análisis comparativo sobre el cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay (LC/L.3687), 2013.
- 122. Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe: caminos recorridos y desafíos hacia el futuro (LC/L.3678), 2013.
- 121. Las relaciones de género entre la población rural de Ecuador, Guatemala y México (LC/L.3561), 2012.
- 120. Protección social y redistribución del cuidado en América Latina y el Caribe: el ancho de las políticas (LC/L.3560), 2012.
- 119. La utilización de las encuestas de uso del tiempo en las políticas públicas (LC/L.3557), 2012.
- 118. Políticas públicas e institucionalidad de género en América Latina (1985-2010) (LC/L.3531), 2012.
- 117. La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género. Encuesta nacional sobre representaciones sociales del cuidado: principales resultados (LC/L.3530), 2012.
- 116. Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Costa Rica (LC/L.3519), 2012.
- 115. Protección social y trabajo no remunerado: redistribución de las responsabilidades y tareas del cuidado. Estudio de caso Ecuador (LC/L.3518), 2012.
- 114. Inventario de la información estadística, indicadores y explotación de fuentes sobre etnia, raza y género en los países de América Latina y el Caribe (LC/L.3441), 2012.
- 113. Enquêtes auprès des ménages en Haïti et perspective de genre (1999-2005) (LC/L.3442), 2012.
- 112. Cuidado y subjetividad: una mirada a la atención domiciliaria (LC/L.3417), 2012.
- 111. Medición de los ingresos monetarios individuales: una mirada desde la perspectiva de género (LC/L.3440), 2012.

ASUNTOS DE GÉNERO RO

129

ASUNTOS DE GÉNERO RO

ASUNTOS DE GÉNERO



COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE
ECONOMIC COMMISSION FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN
www.cepal.org