



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

División de Ciencias Sociales y Humanidades

ESTIMACIÓN Y PERFIL DE LA DEMANDA DE CUIDADOS DE LA
CIUDAD DE MÉXICO: ELEMENTOS CLAVE PARA UN SISTEMA DE
CUIDADOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

P R E S E N T A:
ANAHÍ PÉREZ RUIZ

Directora:

Dra. Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Lectores:

Dr. Saturnino Manuel Canto Chac

Dra. Paula Carolina Soto Villagrán

México, Ciudad de México

Fecha: 2025/02/19

Estimación y perfil de la demanda de cuidados de la Ciudad de México: elementos claves para un Sistema de Cuidados

Resumen

Esta investigación tiene por objetivo conceptualizar el cuidado como un problema público y describir el debate en torno al Sistema de Cuidados (SC) como propuesta de solución en la Ciudad de México (CM). Para ello, se retoman los aportes realizados por la economía del cuidado y el enfoque de derechos, así como las diversas conceptualizaciones del cuidado y la evidencia empírica documentada sobre SC, para justificar entonces su definición como problemática pública y la implementación de dichos sistemas como soluciones adecuadas para su atención.

Mediante la aplicación metodológica de la Escala Durán y de criterios de elegibilidad de población beneficiaria de servicios de cuidado, propuestos por organismos internacionales como Naciones Unidas; este trabajo ofrece una cuantificación de la demanda potencial de cuidados y su caracterización en la CM.

A partir de los hallazgos encontrados, se construyen tres perfiles diferentes de la demanda de cuidados insatisfecha en la CM de acuerdo con su prioridad de atención; y de los cuales se espera, sirvan como insumo para la definición de los elementos mínimos de su SC. Asimismo, se emiten recomendaciones de política pública para que su implementación sea eficiente y adecuada para la atención de la demanda actual de cuidados de la CM.

Palabras clave:

Cuidados, Sistemas de Cuidados, Demanda de cuidados, Ciudad de México.

Claudia Maldonado

Dedicatorias y agradecimientos

Para *Ana Ruiz* y *Beto Pérez*, mis eternos guías y maestros de vida, mis primeros cuidadores. Se que serían los primeros en alegrarse por verme satisfecha y agradecida por el lugar en el que me encuentro en este momento de mi vida. Gracias por todo lo que me dieron y siguen dándome a través de su memoria. Los amo infinito.

Para mis tres amores: *Arturo*, *Mishka* y *Berlioz*. Mis compañeros de vida. Siempre acompañándome y dándome su amor para que pueda recargar mis energías, les agradezco inmensamente. En especial a mi *Turo*, quien es mi cómplice en mis momentos de aprendizaje y reflexión; confiando y creyendo en mí; gracias por tus cuidados, tu confianza, tu amor, tu respeto y tu apoyo que me hacen crecer cada día. También a ustedes los amo infinitamente.

Para mis amadas hermanas y sobrina, *Xime*, *Pau* y *Mei*, las mujeres más importantes de mi vida, ustedes me inspiran. Mis hermanas, quienes siempre me han acompañado y hemos compartido de forma recíproca, una complicidad y amor genuinos y profundos para crecer juntas en todo momento. Por apoyarme en mis sueños y ser mis guías en el proceso para lograrlos. Mi sobrina amada, quien me ha enseñado en tan poco tiempo que es necesario cuidar desde el amor, el respeto y reconocimiento a las infancias, para que crezcan libres y logren tener una vida más bondadosa que las generaciones anteriores. Gracias por ser la mejor maestra de amor que he tenido.

Para *Anahí*, esa mujer que aprendió que hay formas distintas de trabajar basadas en energías más poderosas y creativas: el amor y la gratitud, y de sentirse satisfecha y realizada por las bendiciones obtenidas de esta labor. Gracias, gracias, gracias.

Para *mi abuela Queta*, las *mujeres y personas cuidadoras*, quienes tienen que dejar muchas veces de lado sus sueños y metas personales por dedicarse y esforzarse en las labores de cuidados de otros, ya sea por amor o motivaciones distintas, sin ustedes el mundo no existiría. Les debemos más que solo nuestra gratitud, reconocimiento y retribución; espero que algún día esta carga sea redistribuida de manera más equitativa entre la sociedad y que sus vidas les sean más libres.

Agradezco a *mis seres queridos* que me han apoyado para que pueda concluir este trabajo a lo largo de mi estancia en la maestría. Por una parte, a *la familia de Arturo*

que me ha integrado como un miembro más, celebran mis logros y procuran que siga adelante para alcanzar nuevos propósitos. A *mis amistades*, las que encontré en la maestría y otras que desde lejos, me han escuchado y alentado en mi proceso de culminación de este trabajo, y que me han brindado su apoyo y cariño.

Especialmente, quisiera agradecer a mis profesores de la maestría, pero sobre todo aquellos que estimo por el apoyo que me brindaron: la *Dra. Claudia Maldonado*, mi directora de tesis, y al *Dr. Manuel Canto*, mi lector interno, por haber aceptado acompañarme en las distintas etapas del proceso de mi investigación mientras cursaba mis estudios. También quisiera incluir a otras de mis lectoras, la *Dra. Paula Soto*, por sus aportaciones a mi trabajo; ya que, de manera conjunta, todos los comentarios de cada una de las partes, llenos de experiencia y conocimientos, fueron muy valiosos y de gran ayuda para nutrir y concluir este trabajo que presento.

Especialmente agradezco a la *Dra. Angélica Rosas*, la coordinadora en turno durante mi estancia en la maestría, quien siempre estuvo al pendiente de mi proceso en la elaboración de mi investigación y cuyo apoyo fue esencial para que pudiera culminarlo. Todos los coloquios y las actividades de convivencia grupales que organizó durante sus funciones que me brindaron muchas experiencias y aprendizajes, las recordaré siempre.

Asimismo, agradezco a *la Maestría en Políticas Públicas* y a *la UAM Xochimilco* por todas las herramientas que me brindó para mi desarrollo académico, profesional y personal. Llevarán un lugar muy especial en mi corazón siempre. Incluyo al *Conacyt* por el apoyo económico brindado durante la maestría que me permitió enfocarme solamente en el posgrado y cumplir con mis responsabilidades como estudiante; esperando poder retribuir a la sociedad y su desarrollo con el ejercicio de mi profesión.

Por último, pero no menos importante, agradezco a *Dios y al universo*, por todas las personas, espacios, situaciones, herramientas y energías, que colocaron en mi camino como medios de apoyo, motivación e inspiración, para lograr de alguna u otra manera, la conclusión de ese proyecto que decidí emprender al comienzo de mi maestría y que siempre serán muy valiosos para mí.

Índice general

I.	Introducción	8
II.	Planteamiento del problema de investigación.....	13
	Contexto nacional: México	23
	Contexto subnacional: Ciudad de México.....	25
	Definición del problema público del cuidado en la Ciudad de México.....	30
III.	Pregunta de investigación y argumento	33
IV.	Objetivos de la investigación	34
	Objetivo general	34
	Objetivos específicos	34
V.	Marco teórico-conceptual de los cuidados	35
	Economía del cuidado.....	35
	Enfoque de derechos	42
	Definición de cuidados.....	45
	¿Quiénes necesitan los cuidados?	49
	¿Quiénes cuidan?	50
	Sistemas de Cuidados	52
	Casos comparativos de Sistemas de Cuidados en América Latina	57
VI.	Metodología para estimar la demanda de cuidados en la Ciudad de México	60
	Escala Durán y su metodología para cuantificar la demanda	66
	Criterios de elegibilidad de población beneficiaria de servicios de cuidado para caracterizar la demanda	71
VII.	Cuantificación y caracterización de la demanda de cuidados de la Ciudad de México	74
	Cuantificación de la demanda potencial de cuidados.....	74
	Caracterización de la demanda de cuidados de la Ciudad de México	79
VIII.	Hallazgos sobre la cuantificación y caracterización de la demanda de cuidados en la Ciudad de México	87
	Perfiles de la demanda de cuidados en la Ciudad de México	87
IX.	Conclusiones	93
X.	Recomendaciones de política pública para un Sistema de Cuidados en la Ciudad de México	104
XI.	Anexos	113
XII.	Bibliografía	116

Índice de cuadros

Cuadro 1. Los cuidados como asunto en la Agenda Regional de Género	15
Cuadro 2. Legislaciones de la CM en materia de cuidados para población potencialmente demandante	21
Cuadro 3. Personas susceptibles de recibir cuidados por grupo etario y si recibe cuidados en México, por sexo	25
Cuadro 4. Facilidad para conseguir ayuda en TCNR por necesidad social en la CM, en porcentaje.....	27
Cuadro 5. Población susceptible de recibir cuidados en la CM, por grupo	29
Cuadro 6. Forma de incumplimiento de los derechos sociales de la población, respecto al cuidado.....	45
Cuadro 7. Definiciones de cuidado según la bibliografía especializada.....	47
Cuadro 8. Actores y fuentes de provisión de cuidados en México	50
Cuadro 9. Distinción entre programas, políticas y sistemas de cuidados	53
Cuadro 10. Elementos básicos para la construcción de SIC.....	53
Cuadro 11. Cinco principios rectores de los SIC	54
Cuadro 12. Cinco componentes mínimos de los SIC	54
Cuadro 13. Acciones para crear o ampliar servicios de cuidados	55
Cuadro 14. Ejemplos de objetivo y población objetivo de los SC en ALyC, según ámbito de gobierno	57
Cuadro 15. Tipos de actividades de la vida cotidiana.....	63
Cuadro 16. Ponderación de la escala Durán	68
Cuadro 17. Criterios de elegibilidad de la población demandante de cuidados de la CM	72
Cuadro 18. Cuantificación de la demanda potencial de cuidados diferenciada en la CM, año 2020, 2035 y 2050 con la metodología de la Escala Durán	76
Cuadro 19.1. Estimación de la demanda potencial de cuidados de personas con discapacidad en CM, 2020.....	78
Cuadro 20. Porcentaje de pobreza de la población receptora de cuidados en la CM, 2020 .	80
Cuadro 21. Porcentaje de necesidades básicas insatisfechas de la población potencial demandante de cuidados en la CM, 2020	81
Cuadro 22. Ubicación geográfica de la demanda de cuidados en la CM.....	83
Cuadro 23. Porcentaje de NBI y pobreza total en las alcaldías de la CM.....	85
Cuadro 24. Recomendaciones de política pública para la implementación de un SC en la CM	104

Índice de gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de población cuidadora de 15 a 60 años en México, por sexo	23
Gráfico 2. Condición de actividad económica de población cuidadora en México, por sexo .	24
Gráfico 3. Distribución y horas semanales destinadas al TCNR en la CM, por sexo.....	26
Gráfico 4. Jefaturas de hogares e ingresos promedio trimestralmente en la CM, por sexo ..	27
Gráfico 5. Situación conyugal y edad de mujeres ENA que realizan TCNR en la CM, porcentajes.....	28
Gráfico 6. Horas semanales de TCNR realizado por mujeres en la CM, según población potencialmente demandante de cuidados	29
Gráfico 7. Mapa conceptual sobre el cuidado.....	46
Gráfico 8. Clasificación de la población potencial de cuidados directos en la CM, de acuerdo con el apoyo que requiere para las AVC.....	64
Gráfico 9. Concentración de la demanda potencial de cuidados de PCD en CM, por tipo de discapacidad	79
Gráfico 10. Alcaldías con mayor población potencial demandante de cuidados en la CM	84
Gráfico 11. Porcentaje de pobreza total y NBI en las alcaldías que concentran más demanda de cuidados en la CM, 2020	86

I. Introducción

Los cuidados son actividades imprescindibles para la generación y regeneración del bienestar físico y emocional de la sociedad, porque permiten satisfacer sus necesidades básicas asociadas a la supervivencia tales como la alimentación, el aseo, el mantenimiento, el descanso; y aquellas secundarias, pero también indispensables, como la atención física y emocional, necesarias para alcanzar una mayor autonomía y ejecutar las actividades y responsabilidades diarias de cada ser humano.

Estas tareas son brindadas la mayoría de las veces de forma gratuita, precaria e invisible; y debido a la imposición sistemática de los roles de género y la división sexual del trabajo, son las mujeres sus principales ejecutoras.

Hoy en día, la discusión en América Latina y el Caribe, así como en otras partes del mundo, se centra en considerar al cuidado como un derecho social emergente, del cual, su satisfacción no debe ni puede supeditarse a las condiciones económicas, afectivas o de tiempo de las familias. Con ello, el Estado como agente clave de su garantía y cumplimiento, ha adoptado, mediante la prestación de bienes y servicios, algunas acciones y estrategias para su atención y regulación de las relaciones que se dan en su elaboración entre otros actores como el sector privado, la familia y sociedad.

No obstante, existe un porcentaje de la población que no es receptora de cuidados, ya sea porque familiares, el Estado u otros actores, no les ofrecen la asistencia que necesitan para satisfacer su demanda o no es consciente de que presentan necesidades en ese sentido, que requiere ser atendidas por terceros. Esta situación genera, por consiguiente, una violación a sus derechos básicos y la imposibilidad de estar en condiciones para gozar de una vida libre, digna y de pleno bienestar.

En cuanto a las personas que proporcionan la oferta de cuidados, en su mayoría mujeres, su situación exacerba la insatisfacción de la demanda, debido a que no logran cubrir en su totalidad estas necesidades; mientras aquellas que sí atienden, lo hacen en condiciones de precarización y

explotación en la mayoría de las veces. Lo anterior, provoca que las mujeres se enfrenten a limitaciones de movilidad social e independencia económica, debido a que el trabajo de cuidados es invisibilizado e impago por la idea que se tiene sobre su falta de aportación al desarrollo económico.

El análisis de esta problemática puede servir como insumo para la generación de propuestas de implementación de política pública para la atención de las necesidades de cuidado presentes en la población con demandas insatisfechas.

Estas recomendaciones, sean para la integración formal de una política de cuidados o la implementación de un Sistema de Cuidados (SC), deben basarse y enfocarse en las causas que originan el problema público, así como en el contexto y particularidades de la población que demanda en mayor medida, tiempo de cuidados en un territorio determinado.

Para ello, esta investigación pretende proporcionar una base de conocimiento sobre la tipología de cuidados que demandan algunas poblaciones como las infancias y personas de la Ciudad de México (CM), su cuantificación y caracterización. Con ello, se intenta presentar un perfil de la demanda de cuidados insatisfecha actualmente en la ciudad, que permita llegar a una serie de reflexiones, presentadas a modo de recomendaciones, que guíen a la toma de decisiones por parte de los actores públicos para atender esta problemática de forma adecuada, en función a las necesidades particulares que presenta la población afectada.

En este sentido, el presente trabajo muestra en un primer momento, el planteamiento del problema de investigación, el cual pretende justificar la importancia del análisis y atención de los cuidados desde las políticas públicas y los debates en la materia en el entorno internacional, a los cuales se adscriben numerosas intervenciones en distintas partes del mundo, incluido México.

Por su parte, también se presentan los instrumentos de política pública que hoy en día se utilizan para la atención de los cuidados a nivel subnacional

como es el caso de la CM, correspondientes al marco normativo y legislativo existente que establece las responsabilidades del gobierno para su atención, como es el caso de la Constitución Política de la Ciudad de México y las diversas legislaciones en materia de protección de la población sujeto de la política social. Derivado de estos instrumentos, se toma al SC como alternativa de intervención para garantizar el derecho al cuidado de la población capitalina.

Asimismo, se muestra grosso modo el contexto actual del cuidado en México y en la CM, mediante una cuantificación de la cantidad del trabajo que se realiza para proporcionarlo, la población que principalmente se encarga de esta tarea y aquella que en su mayoría es la que recibe dichos cuidados.

A partir de este planteamiento, se realiza entonces una definición de problema público donde se pretenden mostrar elementos básicos para su atención por medio de alguna intervención pública –específicamente el SC–, que permitan identificar a la población afectada, su cuantificación y las causas y los efectos derivados de esta; como insumos pertinentes para el diseño adecuado de su implementación.

De este ejercicio se derivó entonces la pregunta de esta investigación, que corresponde a ¿Cuántas y cuáles son las demandas de cuidado de la Ciudad de México? Y el argumento de respuesta: las demandas de cuidado son diferenciadas en relación con su cuantificación según el tiempo de cuidados que la población demande y su aumento en personas dependientes o en adquisición de su autonomía; y que a su vez depende a la particularidad de sus características socioeconómicas, de ubicación territorial y curso de vida. Por lo que cualquiera de las alternativas de intervención pública que se decidan implementar, requieren basarse en la identificación y caracterización adecuada de la demanda de dichos cuidados.

Como parte del sustento teórico-conceptual, se revisan los fundamentos y aportes de la economía del cuidado y el enfoque de derechos, para explicar la importancia de los cuidados en el desarrollo social y económico; así como la

responsabilidad de su atención por parte de diversos actores: Estado, mercado y sociedad, para disminuir la actual carga del trabajo que se adjunta a las mujeres de manera injusta y desproporcionada.

De la misma manera, se realiza un acercamiento al debate conceptual sobre los cuidados y los SC, para acotar el abordaje de los cuidados a partir de su tipología y posteriormente, definir a la población que se considera usuaria de estos sistemas y los elementos mínimos a considerar para su implementación, esto último con base en la comparación de la evidencia empírica internacional. Entre los elementos mínimos se destaca, debido a su importancia, a la demanda de cuidados puesto que es imprescindible para diseñar el resto de los componentes de un sistema.

Posteriormente, se procede a una presentación de metodologías utilizadas para la estimación y caracterización de la demanda de cuidados en otras latitudes, aplicables para el caso de la CM a partir de la información disponible y desagregada sobre la densidad demográfica, situación de vulnerabilidad socioeconómica y ubicación geográfica; obtenida de censos, proyecciones poblacionales, encuestas sobre el trabajo de cuidados y uso del tiempo, mediciones de la pobreza y necesidades básicas insatisfechas.

Una vez hecha la estimación y caracterización de la demanda de cuidados en la CM a partir de la aplicación de las metodologías seleccionadas –la Escala Durán y los criterios de elegibilidad de población beneficiaria de servicios de cuidado propuestos por ONU Mujeres–, se realiza un análisis de los resultados obtenidos para la construcción de perfiles de aquellas demandas insatisfechas en la entidad, como insumos para la definición de la población objetivo del SC de la CM y sus componentes.

Para ello, se desarrolla en el apartado de conclusiones algunos aspectos a considerar en el diseño de los componentes o elementos mínimos con los que debería contar cualquier SC que se implemente en la CM, para la atención eficiente de la problemática pública identificada en esta investigación y adecuada a las necesidades de la población afectada, para garantizar así su

derecho al cuidado, tal como lo establecen los instrumentos de política pública vigentes en la entidad.

Finalmente, se presentan una serie de recomendaciones o alternativas a considerar en el diseño de los elementos básicos que componen a los SC, y en el caso específico el de la CM, a modo de que a su vez puedan servir como un aporte para la toma de decisiones informada y el diseño de dicho sistema, adecuados a la demanda de cuidados insatisfecha que se identifica y sustenta en esta investigación.

II. Planteamiento del problema de investigación

La conceptualización del cuidado, desde sus orígenes, está ligada a una constante evolución teórica que intenta solventar varias de las interrogantes sobre su delimitación y definición. Este vacío conceptual es uno de los desafíos a los que se enfrentan los estudios en la materia; pero que a su vez lo convierte en tema de reciente creación dentro de la investigación, y, a pesar de su acercamiento en la academia basado en el sentido común y sin conceptualizaciones teóricas (Batthyány, 2020), hoy en día ha tomado importancia debido a los cambios demográficos, sociales, económicos y culturales que han generado nuevas necesidades de cuidado, insostenibles por los arreglos tradicionales basados en la división sexual del trabajo. Así, en las últimas dos décadas, ha pasado de ser una categoría analítica a una problemática pública, que lo convierte en materia de la política social de los países latinoamericanos (Observatorio de Género de Nariño, 2021).

A lo largo de los años, la conceptualización de la CEPAL sobre los cuidados aborda diversas complejidades e incluye la producción de bienes y servicios como la preparación de alimentos, las de tareas de apoyo físico y emocional, y el acompañamiento de las personas para asegurar su bienestar y la reproducción social. Todas las personas requieren cuidados, sin embargo, se pueden identificar cuidados específicos para poblaciones en situaciones de dependencia, como son niños, niñas, personas mayores, personas con discapacidad y personas con enfermedades crónicas o terminales. Esta conceptualización considera al cuidado como un derecho que se debe abordar desde dos perspectivas complementarias: el derecho de las personas a ser cuidadas y la necesidad de garantizar los derechos de las personas cuidadoras (CEPAL, 2018).

Las nuevas necesidades de cuidado que se originan a partir de estos cambios demográficos, sociales, económicos y culturales afectan la dinámica en la que se realizan estas actividades, entre los cuales destacan:

1. La participación de mujeres en la vida pública: su ingreso a diversas esferas de la vida pública limita su tiempo disponible para el cuidado en el hogar, el cual solía ser ilimitado.
2. El reconocimiento de los derechos de las mujeres: decisión que requiere una reconsideración de las relaciones inequitativas previamente aceptadas en las familias y sociedad.
3. El incremento en la expectativa de vida: situación que ha elevado el porcentaje de la población mayor y en condición de discapacidad, que genera nuevas demandas de cuidado a largo plazo.
4. La transformación de los hogares: cada vez existe un aumento en las unidades unipersonales y una disminución de hogares compuestos y extensos, lo que complica la disponibilidad de integrantes disponibles para brindar cuidados (Observatorio de Género de Nariño, 2021).

Los cambios mencionados, así como la limitada disponibilidad de cuidadoras familiares no remuneradas ni reconocidas por su labor, plantean un futuro incierto para las poblaciones principales receptoras de cuidados directos: niños, niñas y adolescentes (NNA); adultos mayores y personas con alguna discapacidad limitante. Esta incertidumbre se agrava para aquellos que carecen de recursos, de cualquier tipo, para acceder a servicios de cuidado privado o apoyos (Observatorio de Género de Nariño, 2021).

El cuidado se reconoció como un derecho social en la región en el año 2016 en el marco de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, en particular, en la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el Marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030; donde se identificó que, la rígida división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado son uno de los problemas macro estructurales, originados por la desigualdad de género, que limitan el logro de la autonomía de las mujeres y la igualdad sustantiva (CEPAL, 2021a).

Los cuidados han sido un tema central en la agenda política regional al menos en los últimos 15 años, y los gobiernos han aprobado un sin fin de

acuerdos. Uno de los espacios donde se ha tratado el tema de la problemática originada por la falta de atención es la Conferencia Regional sobre la Mujer y la adaptación de la Agenda Regional de Género, que sirve como un marco para el diseño e implementación de políticas de cuidados en los países de ALyC, basándose en los principios de: *a)* calidad, universalidad y progresividad de los servicios de cuidado; *b)* corresponsabilidad entre actores públicos y privados para su atención; *c)* sostenibilidad financiera de políticas dirigidas a lograr la igualdad de género y *d)* atención con enfoque intercultural de las demandas crecientes de la población y en términos demográficos y epidemiológicos (CEPAL, 2021a).

Cuadro 1. Los cuidados como asunto en la Agenda Regional de Género

Conferencias	Acuerdos en la Agenda Regional de Género
Plan de Acción de La Habana (1977)	1. Atención y cuidado de niños
Programa de Acción de Mar de la Plata (1994)	1. Recopilar información sobre el valor del trabajo no remunerado
Consenso de Santiago (1997)	1. Corresponsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres
	2. Valor del tiempo socialmente necesario para el cuidado
Consenso de México D.F. (2004)	1. Reconocer el valor económico del trabajo no remunerado
	2. Políticas para conciliar la vida familiar y laboral
Consenso de Quito (2007)	1. Superar la división sexual del trabajo
	2. Sistemas públicos integrales de seguridad social
	3. Reproducción social, cuidado y bienestar como objetivo económico
Consenso de Brasilia (2010)	1. Derecho al cuidado
	2. Políticas y servicios universales de cuidado y licencias parentales y de cuidado
	3. Valorización social y reconocimiento del valor económico del cuidado
Consenso de Santo Domingo (2013)	1. Redistribución del cuidado entre Estado, mercado, sociedad y familia (hombres y mujeres)
	2. Sistemas públicos de protección y seguridad social con acceso y cobertura universal, integral y eficiente
	3. Creación de cuentas satélites
	1. Políticas de redistribución de la riqueza, ingreso y tiempo
	2. Financiamiento a través de impuestos progresivos

Estrategia de Montevideo (2016)	3. Cadenas globales de cuidados
	4. Superar la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado
Compromiso de Santiago (2020)	1. Políticas contracíclicas y dinamizar la economía del trabajo
	2. Contabilizar los efectos multiplicadores de la economía del cuidado
	3. Sistemas integrales de cuidado desde una perspectiva de género, interseccionalidad, interculturalidad y derechos
	4. Cooperación entre países sobre cadenas globales de cuidados
Compromiso de Buenos Aires (2022)	1. Impulsar planes de recuperación para lograr la igualdad sustantiva y la promoción de los sistemas integrales de cuidado
	2. Reconocer el cuidado como un derecho de las personas a cuidar, a ser cuidadas y a ejercer el autocuidado
	3. Adoptar marcos normativos para garantizar el derecho al cuidado mediante la implementación de políticas y sistemas integrales de cuidado

Fuente: CEPAL (2021a) y ONU Mujeres y CEPAL (2023).

Asimismo, con la llegada de la pandemia de Covid-19, se profundizaron estos problemas estructurales y se evidenciaron las desigualdades generadas por la organización social del cuidado injusta y que recae abismalmente en las mujeres; por lo que se enfatizó en propuestas y modelos de desarrollo, que no fueran solo de corto plazo, para mitigar los efectos de la pandemia, las estructuras de desigualdad que arriesgan la sostenibilidad de la vida y el cuidado, los derechos de las personas que los necesitan y de las personas que los realizan, así como la injusticia económica y de género que enfrentan las mujeres al realizar este trabajo impago, invisibilizado y precarizado (CEPAL, 2021a; 2021b).

Es por lo anterior que, en México se han adoptado algunos compromisos, resultados de la Agenda Regional de Género, para incorporar el tema de cuidados en la agenda pública del país y conjuntar esfuerzos entre distintos actores interesados en la implementación de políticas de cuidados, así como de un sistema de cuidados nacional, con participación de los gobiernos estatales y locales, organismos internacionales, sociedad civil, iniciativa privada y otros.

Resultado de esos compromisos es la creación de la Alianza Global por los Cuidados, una iniciativa del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y ONU Mujeres, la cual pretende ser *“un espacio multi-actor y co-creativo donde gobiernos, instituciones internacionales, sector privado, academia, organizaciones filantrópicas, juventud y organizaciones de la sociedad civil intercambian experiencias y buenas prácticas para avanzar en la agenda del Trabajo de Cuidado a nivel mundial”* (INMUJERES y ONU Mujeres, 2021).

Entre las acciones que se realizan con el apoyo de la alianza, se encuentran la gestión de eventos como paneles de discusión y conferencias, publicación de documentos de trabajo, campañas de sensibilización, promoción de la generación de datos y el mapeo de servicios de cuidados (como es el caso del Mapa de Cuidados), entre otras; con el afán de sentar las bases para la creación del Sistema Nacional de Cuidados y su marco normativo para garantizar el derecho al cuidado de la población en México (INMUJERES y ONU Mujeres, 2021).

Dentro de las acciones se encuentra el levantamiento de la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) para *“proporcionar información estadística sobre la demanda de cuidados en los hogares y personas que brindan cuidados; identificar la demanda y cobertura para la población objetivo de cuidados y de la población de 15 años y más que brinda cuidados; e indagar las repercusiones en la vida de las personas cuidadoras, en específico de las mujeres, y el impacto en la incorporación laboral.”* (INEGI, 2023).

En materia legislativa, en 2021 se impulsó una propuesta de ley, por parte de legisladores de diversos partidos políticos¹, para la creación de un

¹ La Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados, presentada por MORENA, MC, PRI, PVE y el PT en 2021 como parte de la estrategia 2.1.2 “Coordinar un Sistema Nacional de Cuidados con enfoque de derechos humanos y antidiscriminatorio”

Sistema Nacional de Cuidados (SNC) que sirva como fundamento para la elaboración de políticas, programas y acciones articuladas para garantizar el ejercicio del derecho al cuidado. No obstante, la iniciativa no prosiguió más allá de su discusión en el Senado (CDHCM, 2023).

Si bien, esta propuesta de un SNC no se ha visto impulsada lo suficiente para su creación, los casos a nivel subnacional presentan panoramas distintos importantes de destacar. Este es el caso de la legislación de la Ciudad de México (CM) en materia de cuidados y su política social, pues hoy en día el cuidado es un derecho reconocido constitucionalmente y precede la obligación del gobierno para crear un SC en la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM), tal como se presenta en el *artículo 9. Ciudad solidaria, inciso B. Derecho al cuidado*:

“Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.” (GOCM, 2017)

Por su parte, el *artículo 10* constitucional, *Ciudad productiva, inciso B. Derecho al trabajo, párrafo 5*, refiere que:

“Las autoridades de la Ciudad establecerán, de conformidad con las leyes aplicables y en el ámbito de sus competencias, programas: ...

d) Protección efectiva de los derechos de las personas trabajadoras del hogar, así como de los cuidadores de enfermos, promoviendo la firma de contratos entre éstas y sus empleadores. Su acceso a la seguridad social se realizará en los términos y condiciones que establezcan los programas, leyes y demás disposiciones de carácter federal aplicables en la materia; ...

del Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024. La iniciativa está disponible en: https://www.senado.gob.mx/65/gaceta_del_senado/documento/121550

f) Reconocimiento del trabajo del hogar y de cuidados como generadores de bienes y servicios para la producción y reproducción social.” (GOCM, 2017)

En cuanto a la figura del Estado como garante de derechos humanos de la población y su responsabilidad de eliminar progresivamente las barreras enfrentadas por determinados grupos de atención prioritaria, que les impiden ejercer plenamente sus derechos y alcanzar su inclusión efectiva en la sociedad, la CPCM los contempla en su *artículo 11, Ciudad incluyente*, a la siguiente población: mujeres, infancias y adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad (GOCM, 2017).

Aquello implica que esta parte de la población requiere ser atendida mediante políticas públicas y acciones con enfoque de derechos, y considerando aquellos factores que les impiden ser sujetos, entre ellos, del derecho al cuidado que la propia Constitución se refiere.

Como se ha presentado anteriormente, las personas que realizan cuidados son en su mayoría mujeres que ven comprometidos muchos de sus derechos debido a estas actividades que realizan. Por ello, también es importante considerar que el *artículo 13, Ciudad habitable, inciso F. Derecho al tiempo libre* establece que: “En la Ciudad de México, toda persona tiene derecho a tener tiempo para la convivencia, el esparcimiento, el cuidado personal, el descanso, el disfrute del ocio y a una duración razonable de sus jornadas de trabajo. En atención al principio de igualdad sustantiva, las autoridades impulsarán políticas sociales, económicas y territoriales que liberen tiempo y permitan a las personas alcanzar el bienestar.” (GOCM, 2017)

Por último, en el *artículo 17, Bienestar social y economía distributiva, inciso A*, correspondiente a la política social de la CM, el párrafo primero menciona que:

“Se establecerá y operará un sistema general de bienestar social, articulado, incluyente, participativo y transparente vinculado a la estrategia de desarrollo redistributivo, al que concurrirán las instancias encargadas de las materias correspondientes. El sistema considerará al menos los siguientes elementos:

... d) El desarrollo y la operación eficiente y transparente de los sistemas de educación, salud, asistencia social, cuidados, cultura y deporte en forma articulada en todo el territorio de la Ciudad.” (GOCM, 2017)

Algo importante de destacar es que, en la CPCM no se presenta una definición clara y precisa del SC, al cual se refieren estos artículos presentados, que permitan vislumbrar un tipo de diseño necesario para su operacionalización.

Otro de los marcos normativos que hacen expreso el reconocimiento del derecho al cuidado y la instauración de un SC para la conciliación entre diversos actores para su garantía y atención, es la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México, artículo 56, que estipula lo siguiente:

“El derecho al cuidado incluye el derecho de todas las personas a cuidarse, a cuidar y a ser cuidadas; consiste en que todas las personas tengan asegurado un conjunto de actividades básicas encaminadas a garantizar la realización cotidiana de las condiciones de vida que les permiten alimentarse, educarse, estar sanas y vivir adecuadamente, lo que comprende tanto el cuidado material, que implica un trabajo con valor económico, como el cuidado psicológico, que conlleva un vínculo afectivo. La Ley de Desarrollo Social establecerá las modalidades que este derecho tendrá en los planes, programas y políticas.” (GOCM, 2019)

Asimismo, el párrafo tercero del mismo artículo menciona que:

“Las labores de cuidado tienen un valor esencial para la sociedad, por lo que el Sistema Local del Cuidado estará basado en la corresponsabilidad entre los diversos géneros y generaciones, las familias, la comunidad, el sector privado y las autoridades de la Ciudad, procurando la conciliación de la vida laboral, escolar y familiar, de conformidad con las Leyes aplicables, así como la promoción, cuando sea posible, de la autonomía de las personas que requieren cuidados. Las autoridades de la Ciudad en la medida de sus capacidades y de acuerdo a las leyes aplicables, contemplarán apoyo para las personas que realizan trabajos de cuidado no remunerado.

El Gobierno, en el marco del Sistema de Cuidados, en coordinación con familias, sector social y empresarial, establecerá programas, servicios y

políticas públicas en materia de cuidados, sin discriminación, respetando los derechos humanos y las libertades, así como la dignidad e integridad de las personas.” (GOCM, 2019)

Asimismo, se han llevado a cabo una serie de legislaciones en la entidad que consideran dentro de sus composiciones la atención a ciertos cuidados derivados de las necesidades de la población capitalina.

Cuadro 2. Legislaciones de la CM en materia de cuidados para población potencialmente demandante

Grupo	Infancias	Adultos mayores	Personas con discapacidad o enfermedad	Personas cuidadoras
Legislaciones en la CM	Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad de México.	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.	Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México.	Ley de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres en la Ciudad de México.
	Ley de Cuidados Alternativos para Niñas, Niños y Adolescentes en el Distrito Federal.			
	Ley de Atención Integral para el Desarrollo de las Niñas y los Niños en primera infancia en el Distrito Federal.	Ley de Albergues Privados para Personas Adultas Mayores del Distrito Federal.	Ley de Atención Prioritaria para las personas con Discapacidad y en Situación de Vulnerabilidad en la Ciudad de México.	Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación en la Ciudad de México.
	Ley de Albergues Públicos y Privados para Niñas y Niños del Distrito Federal.			

Fuente: Secretaría de las Mujeres (2020).

Adicionalmente, hay normativas que buscan conciliar la vida personal, familiar y laboral de las personas, como parte de las legislaciones en materia de protección social en la CM, y que pueden considerarse como parte del fundamento legal para la regulación de las acciones de cuidados que realizan las distintas partes involucradas, como lo son familia, Estado y mercado. Cabe mencionar que ninguna de estas contiene alguna referencia sobre componer

a un sistema integral de cuidados (SIC), sin embargo, pueden ser insumos para la creación de una ley que permita diseñar, coordinar e implementar un SC en la capital. Estas son:

- Código civil para el Distrito Federal
- Código penal para el Distrito Federal
- Ley del sistema integral de derechos humanos de la Ciudad de México
- Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia de la Ciudad de México y su reglamento
- Ley de salud de la Ciudad de México
- Ley de seguridad alimentaria y nutricional para el Distrito Federal
- Ley de desarrollo social para el Distrito Federal
- Ley de educación de la Ciudad de México (CELIG, 2023).

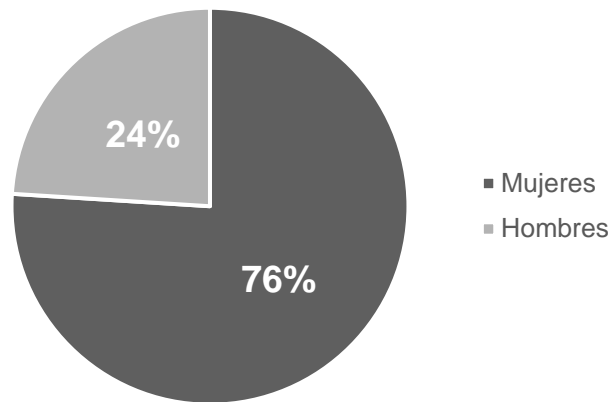
Los aportes que proporcionan hoy en día son al menos cuatro: 1) reconocimiento del derecho al cuidado y las obligaciones de las partes involucradas en su garantía; 2) obligación de la implementación de un SC con sus características mínimas; 3) delimitación de la población objetivo; y 4) mecanismos a implementar, en el marco de la política social vigente de la CM, para la articulación de este sistema con otros relacionados al bienestar, las ramas de la administración pública encargadas de su operación y coordinación, la infraestructura o los servicios de cuidado que pueden ofrecerse, entre otros aspectos para su creación.

A continuación, se muestra de manera general un panorama sobre las necesidades y demandas de cuidado de la ciudadanía que demuestran que los cambios demográficos, sociales y económicos afectan las dinámicas en las que llevan a cabo estas tareas, sobre todo de aquellas poblaciones que se consideran de atención prioritaria por su alta demanda de cuidados.

Contexto nacional: México

En México, el trabajo de cuidados no remunerado (TCNR) es ejercido en su mayoría por mujeres, quienes representan 76 por ciento de la población cuidadora de 15 a 60 años, mientras que los hombres el 24 por ciento (INEGI, 2023).

Gráfico 1. Porcentaje de población cuidadora de 15 a 60 años en México, por sexo

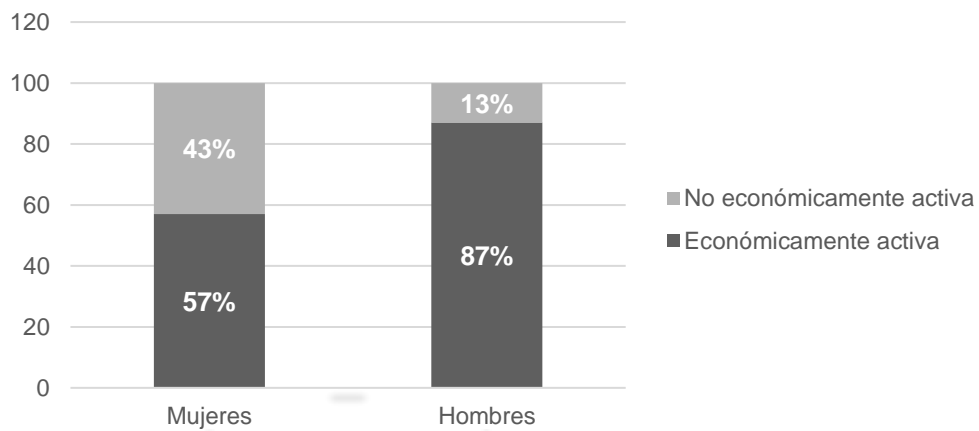


Fuente: elaboración propia con información la ENASIC 2022 de INEGI (2023)

Las mujeres que son cuidadoras principales dedicaron, en promedio, 39 horas semanales en trabajos de cuidados. En el caso de los hombres cuidadores, el promedio fue de 30 horas (INEGI, 2023).

De estas mujeres cuidadoras, 57 por ciento se encuentra económicamente activas por lo que deben realizar un ajuste entre las horas que destinan a sus actividades laborales con las de cuidado; las jornadas laborales de estas mujeres rebasan las 35 horas semanales, por lo que el 84 por ciento reportó que no estaría dispuesta a aumentar su participación en el mercado laboral (INEGI, 2023), dado que esta situación podría implicar un aumento de la carga de trabajos que de por sí ya se realizan.

Gráfico 2. Condición de actividad económica de población cuidadora en México, por sexo



Fuente: elaboración propia con información de la ENASIC 2022 de INEGI (2023)

Ahora bien, el trabajo de cuidados tiene una aportación económica considerable para el país, aun cuando no sea remunerado. Este equivale aproximadamente al 27 por ciento del PIB nacional, del cual, las mujeres aportan más de la mitad (73.3 por ciento), 2.7 veces más que los hombres (INEGI, 2021). Si el trabajo de cuidados y doméstico no remunerado fuera un sector, este sería el más grande del país, en 2022 su porcentaje de aportación al PIB fue mayor que el de los principales sectores: comercio (20 por ciento) e industria manufacturera (22 por ciento) (IMCO, 2023).

En contextos donde los cuidados se enfrentan a una crisis debido a su alta demanda y una oferta menor para su atención, las mujeres son las más afectadas ya que las desigualdades y vulnerabilidades a las cuales se enfrentan por ser las “principales responsables” de estas tareas se exacerbaban.

A inicios de 2020 y la llegada a México de la pandemia por Covid-19, las mujeres que formaron parte de la población económicamente activa (PEA) destinaron 7.4 horas semanales menos que los hombres a sus empleos remunerados, para dedicarse a las tareas del hogar y de cuidados, situación que derivó que más del 50 por ciento de los empleos femeninos presentaran un riesgo de desaparecer (OIT, 2020).

Respecto a la población que requiere cuidados en México, de los 129 millones de personas, 45 por ciento puede considerarse potencial demandante de estos, es decir, 58.3 millones. Entre ellas se encuentran las personas con discapacidad o dependencia, primeras infancias (0 a 5 años), NNA de 6 a 17 años y adultos mayores de 60 años y más (INEGI, 2023).

En el siguiente cuadro se presenta la distribución porcentual de estas personas susceptibles de recibir cuidados, por grupo etario y si es que acaso reciben atención o no, mediante asistencia de terceros.

Cuadro 3. Personas susceptibles de recibir cuidados por grupo etario y si recibe cuidados en México, por sexo

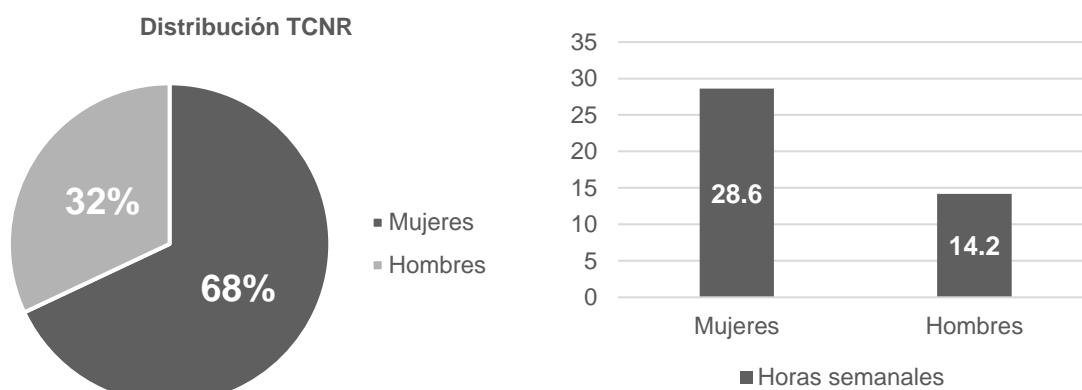
Recepción de cuidados	Total		Mujeres		Hombres	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
		64.5	35.5	65.0	35.0	64.1
Con discapacidad o dependencia*	61.5	38.5	64.4	35.6	57.9	42.1
De 0 a 5 años	99.0	1.0	98.7	1.3	99.3	0.7
De 6 a 17 años	79.4	20.6	81.4	18.6	77.6	22.4
De 60 años y más	22.4	77.6	24.1	75.9	20.4	79.6

* Incluye a las personas que realizan actividades cotidianas con mucha dificultad o no puede hacerla y/o a las personas con dependencia por algún problema o condición mental.
Fuente: ENASIC 2022, INEGI (2023).

Contexto subnacional: Ciudad de México

En la CM, el 68 por ciento del TCNR es realizado por mujeres quienes, a partir de los 12 años en adelante, destinan en promedio 28.6 horas semanales en su ejecución; esto en comparación con los hombres, que llevan a cabo el 32 por ciento restante de las actividades, empleando solamente la mitad del tiempo en las mismas: 14.2 horas (INEGI, 2020; 2021).

Gráfico 3. Distribución y horas semanales destinadas al TCNR en la CM, por sexo



Fuente: Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares 2022, INEGI (2022)

A pesar de ser las principales cuidadoras, el 61 por ciento de las mujeres de 12 a 64 años, se encuentran económicamente activas (INEGI, 2024). Sin embargo, solo el 30 por ciento cuenta con acceso a guarderías y licencias de maternidad (INEGI, 2023b), una oferta a los servicios de cuidado públicos y privados bastante limitada para aquellas que laboran en el sector formal. Para el resto, este acceso restringido a dicha oferta les deja como única opción la contratación de servicios de cuidado privados o en el mejor de los casos, a buscar otras alternativas de apoyo.

Lo anterior, las obliga a buscar alternativas para conciliar el tiempo necesario para atender a todas sus responsabilidades, por ejemplo: conseguir apoyo por parte de familiares u otras personas –que en su mayoría también son mujeres, muchas económicamente inactivas o ya pensionadas/jubiladas–, reducir sus jornadas laborales o insertarse en empleos de tiempo parcial o flexible que muchas veces es de menor remuneración.

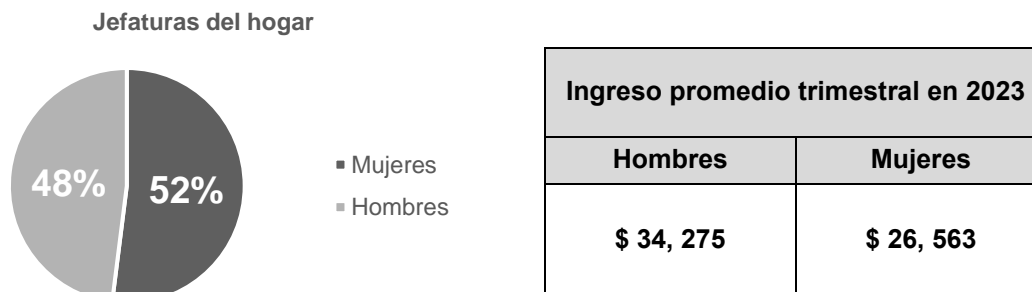
Cuadro 4. Facilidad para conseguir ayuda en TCNR por necesidad social en la CM, en porcentaje

Grado de facilidad para conseguirla	Pedir ayuda en cuidados durante una enfermedad	Pedir ayuda para ir al médico	Pedir ayuda para el cuidado de infantes en el hogar
Imposible conseguir	1.7	1.2	1.4
Difícil de conseguir	22.3	16.3	9.4
Fácil conseguir	48.9	53.2	11.2
Muy fácil de conseguir	7.9	10.2	1.8
Ni fácil ni difícil de conseguir	0.8	0.7	0.3

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022 (INEGI, 2023b)

Esta situación se agrava en los hogares de jefatura femenina, que representan 52 por ciento en la CM (INEGI, 2020b). Es posible que las jefas de familia tengan más limitaciones de tiempo para los cuidados en el hogar, sobre todo de los integrantes más dependientes: infantes o AM; ya que su responsabilidad de cuidados, económica y sustento, recae totalmente en ellas. Otro factor influyente es la brecha salarial que coloca en desventaja a estos hogares en comparación con los de jefaturas masculinas, que perciben mayor ingreso y facilidad para costear el acceso a la oferta de servicios de cuidados privada.

Gráfico 4. Jefaturas de hogares e ingresos promedio trimestralmente en la CM, por sexo

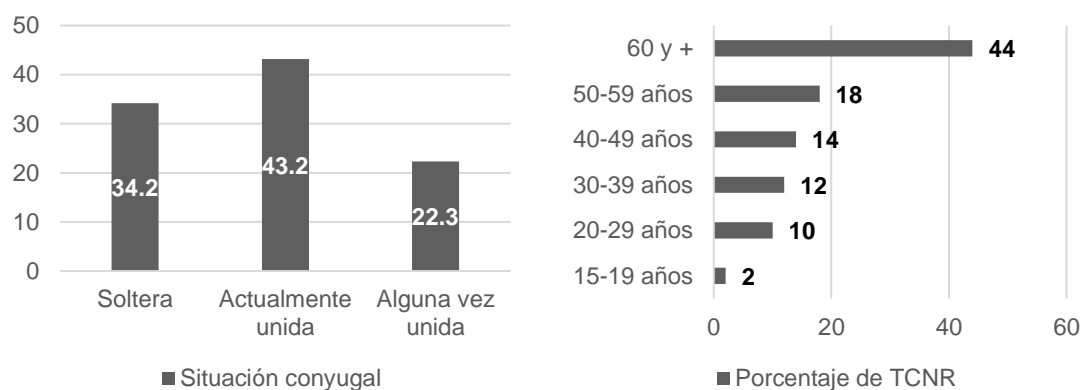


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020b) y ENIGH 2022 (INEGI, 2023b).

En el caso de las mujeres económicamente no activas (ENA), que representan el 39 por ciento, el escenario no dista del grupo anterior, ya que el 43 por ciento se encuentra unida o vive con su pareja; por lo que probablemente se les asignen las tradicionales tareas de cuidado en los hogares (INEGI, 2024). Esto podría impedirles tener tiempo o espacio libre para insertarse en el mercado laboral, ámbito académico o profesional, que a su vez incide en su movilidad social.

Sin embargo, el grupo etario de mujeres económicamente inactivas que desempeñan un porcentaje mayor, casi el doble, del trabajo de cuidados es el de 60 años en adelante, (INEGI, 2024); situación que podría derivarse por muchas razones, entre ellas, la edad de retiro o de inactividad económica, que permite brindar apoyo a la población más joven que aún se encuentra laborando y no puede cubrir las necesidades de cuidado de sus hogares.

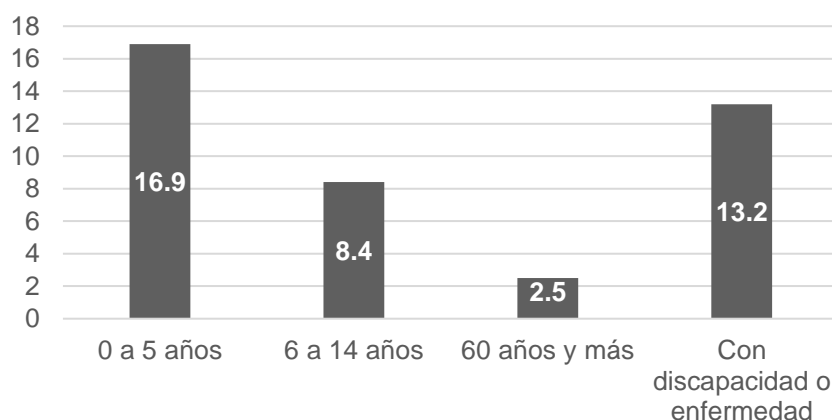
Gráfico 5. Situación conyugal y edad de mujeres ENA que realizan TCNR en la CM, porcentajes



Fuente: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2024 (INEGI, 2024).

En cuanto al tiempo de cuidados que proporcionan las mujeres de 12 años en adelante, destinan en promedio 16.9 horas al cuidado de primeras infancias (0 a 5 años); 13.2 horas al cuidado especial de familiares con alguna enfermedad crónica, temporal o discapacidad; 8.4 horas para atender a niños de 6 a 14 años y 2.5 horas para cuidar a mayores de 60 años (INEGI, 2020).

Gráfico 6. Horas semanales de TCNR realizado por mujeres en la CM, según población potencialmente demandante de cuidados



Fuente: elaboración propia con información de la ENUT 2019 de INEGI (2020).

Debido a que se encuentran en el proceso de construir su autonomía o enfrentan su pérdida, total o parcial, estos grupos son los que potencialmente demandan cuidados en comparación con el resto de la población, y se estima que representan el 30.2 por ciento del total en la CM.

Cuadro 5. Población susceptible de recibir cuidados en la CM, por grupo

Tipo población	Edades/condición	Total	Porcentaje
Infancias	0 a 5 años	592, 093	6.4
	6 a 11 años	692, 726	7.5
Situación de dependencia	65 años y más	1, 022,105	11.0
	Con discapacidad o dependencia*	493, 589	5.3
Total			30.2

*Incluye a las personas que realizan actividades cotidianas con mucha dificultad o no puede hacerla y/ o a las personas con dependencia por algún problema o condición mental.

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020 de INEGI (2020b).

En conclusión, la oferta de cuidados proporcionada a estas poblaciones proviene principalmente de un solo sector poblacional: las mujeres de 12 años en adelante; quienes deben proporcionar atender a los grupos más dependientes. Solo un porcentaje muy reducido cuenta con acceso a la oferta de servicios de cuidado pública y privada, que les ayuda a desahogar la carga excesiva de cuidados que realizan. Sin embargo, la demanda rebasa la oferta de cuidados que se proporciona hoy en día en la CM.

Definición del problema público del cuidado en la Ciudad de México

La crisis de cuidado a la que se enfrenta hoy en día la población de la Ciudad de México (CM) presenta, dentro de sus causas, la insuficiencia de la oferta de servicios de cuidado pública y privada, y del trabajo de cuidados no remunerado (TCNR) dentro de los hogares realizado en su mayoría por mujeres de 12 años en adelante –68 por ciento–, para atender la demanda proveniente de algunos grupos demográficos que, debido a su curso de vida y/o condiciones fisiológicas, son dependientes y necesitan del apoyo de otra persona para realizar las actividades de la vida diaria.

Aun cuando la carga de trabajo de cuidados es desproporcionada e injusta, dado que las mujeres destinan 28.6 horas semanales en su elaboración y el doble de tiempo que los hombres, el 61 por ciento de ellas se encuentran económicamente activas (EA), pero solo el 30 por ciento tiene acceso a guarderías y licencias de maternidad, o servicios de cuidados proporcionados por la afiliación a la seguridad social y actores privados.

La situación afecta aún más a los hogares de jefatura femenina, que representan el 52 por ciento en la CM, donde la responsabilidad de cuidados, económica y de sustento recae totalmente en las mujeres cabezas de familia; quienes además presentan limitaciones para acceder a la asistencia de la oferta de servicios de cuidado que las ayude a desahogar a las cargas excesivas de este trabajo, esto en parte debido a la brecha salarial que las hace percibir menores ingresos en comparación con los hogares de jefaturas masculinas, aun cuando estos son también monoparentales.

Por su parte, las mujeres que se encuentran económicamente no activas (ENA), 39 por ciento para ser exactos, realizan del mismo modo TCNR en sus hogares o fuera de ellos, con la finalidad de brindar apoyo para aquellos que también presentan una demanda que no puede ser satisfecha por parte de los familiares u otras mujeres debido a la falta de tiempo y disponibilidad para hacerlo.

El 43 por ciento de las mujeres ENA en la CM viven en unión o con sus parejas, situación que consolida las asignaciones de los cuidados exclusivamente a ellas, gracias a los roles de género tradicionales establecidos en la sociedad. Por lo cual experimentan limitaciones en su movilidad social debido a que no pueden acceder al mercado laboral, al ámbito académico o de desarrollo personal, porque les es imposible contar con tiempo y espacio libre para realizar otras actividades ajenas a los trabajos de cuidado en casa.

Dentro del grupo de mujeres ENA, la carga de TCNR recae sobre todo en las mujeres mayores de 60 años, quienes realizan 44 por ciento del mismo, y cuatro veces más que las mujeres de 15 a 19 años. Esto implica que las principales cuidadoras realizan estas actividades aun cuando probablemente también presenten necesidades de cuidado debido a su edad pero que no puedan satisfacerlas, porque asisten a otras personas en sus responsabilidades de cuidado mientras desempeñan otras actividades o trabajos remunerados.

Los grupos poblacionales a los cuales las mujeres destinan más horas semanales de cuidado en la CM son: primeras infancias (16.9 h), personas con discapacidad (PCD) o enfermedades (13.2 h), infantes de 6 a 14 años (8.4 h) y adultos mayores (AM) de 60 años en adelante (2.4 h).

Estos grupos representan el 30.2 por ciento de la población capitalina, y se estima que la demanda potencial de cuidados se concentra mayormente en ellos, porque atraviesan procesos de adquisición de autonomía y/o la pérdida de esta, lo que los vuelve dependientes. El grupo de las infancias de 0 a 11 años representan el 13.9 por ciento de la población, mientras que las personas en situación de dependencia –AM de 65 años y PCD– 16.3 por ciento.

Actualmente en la CM existen legislaciones y acciones para atender a estas poblaciones, que podrían considerarse parte de una política de cuidado integrada por otras políticas tales como la de educación, salud, alimentación,

bienestar. No obstante, la garantía del derecho al cuidado, y específicamente para esta población potencial demandante de cuidados, sigue siendo una tarea pendiente que el Estado debe asegurar para todas y todos, regular el actual TCNR y promover una nueva organización social del cuidado, para así reducir la problemática pública aquí identificada.

III. Pregunta de investigación y argumento

Pregunta de investigación

¿Cuántas y cuáles son las demandas de cuidado de la Ciudad de México?

Argumento

La Ciudad de México tiene una demanda diferenciada de cuidados, esto con relación a su cuantificación que corresponde al tiempo de cuidados que requiere cada grupo de la población, el cual aumenta en personas dependientes o en adquisición de su autonomía. La demanda también precisa a la particularidad de las características que presentan cada grupo poblacional, tales como su situación socioeconómica, ubicación territorial, curso de vida, entre otras.

Las demandas de cuidado son distintas incluso entre los mismos grupos poblacionales, es decir, entre las infancias, los adultos mayores y personas con distintos grados de discapacidad; no solo por el curso de vida en el que se encuentran o las limitantes para ejecutar sus tareas cotidianas, sino también por las características anteriormente mencionadas.

Este trabajo parte de la premisa de que cualquier propuesta de política pública que busque satisfacer la demanda insatisfecha de cuidados, como lo es el Sistema de Cuidados Público, debe basarse en la identificación y adecuada caracterización de la demanda de dichos cuidados.

IV. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Conceptualización del cuidado como un problema público y descripción del debate en torno al sistema de cuidados como propuesta de solución en la Ciudad de México

Objetivos específicos

1. Justificación con aportes teóricos y conceptuales (economía del cuidado, enfoque de derechos, cuidado y sistemas de cuidados) la importancia de definir el cuidado como un problema público y sus alternativas de solución con énfasis en los sistemas de cuidados.
2. Revisión de metodologías para la estimación y caracterización de los cuidados y su aplicabilidad en el caso de la Ciudad de México.
3. Cuantificación de la demanda potencial de cuidados de la población de la Ciudad de México, mediante la adaptación de la Ecala Durán al contexto mexicano.
4. Caracterización a la población de la Ciudad de México con los niveles de demanda de cuidados más altos: infantes, adultos mayores y personas con discapacidad limitante.
5. Construcción de perfiles de la demanda de cuidados insatisfecha de la Ciudad de México de acuerdo con su prioridad de atención, como insumo para la definición de la población objetivo y componentes del Sistema de Cuidados Público.
6. Definición de recomendaciones de política pública, basadas en los perfiles de la demanda de cuidados insatisfecha y los elementos mínimos a contener en los sistemas de cuidados, para la implementación del Sistema de Cuidados Público en la Ciudad de México.

V. Marco teórico-conceptual de los cuidados

En esta investigación se recuperan los aportes de la economía del cuidado y el enfoque de derechos para explicar la importancia de los cuidados en el desarrollo de la vida y su atención. La primera permite identificar las causas y consecuencias que genera la división sexual del trabajo y, por consiguiente, la asignación de las tareas del cuidado en función del género, lo que permite justificar por qué las mujeres, si bien en algunos casos no son consideradas población objetivo de los sistemas de cuidados, reciben un beneficio indirecto una vez que estos se implementan, puesto que su objetivo es atender aquella demanda de cuidados que la mayoría de las veces, recae de forma injusta sobre ellas.

El enfoque de derechos por su parte, hace hincapié en la importancia de la atención y redistribución del trabajo de cuidados, no solo por parte de la sociedad sino del Estado, para garantizar el acceso al derecho al cuidado de aquellas personas que presentan una mayor demanda y para la protección de los derechos de las personas trabajadoras que los otorgan.

Posteriormente, en este apartado se presentan el debate conceptual de la bibliografía especializada sobre cuidados para acotar el punto de partida del trabajo y delimitar a la población objetivo del sistema de cuidados que incluye a quienes requieren y quienes reciben cuidados.

Además de conceptualizar el sistema de cuidados, se hace una revisión internacional de la teoría y la práctica en la materia, con especial atención en América Latina y el Caribe. Todo esto, con el fin de informar el debate y una propuesta para el caso de México, que se encuentra en proceso de construcción de dicho sistema.

Economía del cuidado

De acuerdo con las epistemologías feministas, las mujeres han sido las principales ejecutoras del cuidado de la sociedad en general. El patriarcado es un sistema de dominación y poder antiguo que ha determinado, a través de un orden biológico basado en el sexo, que la familia es la primera institución

donde los hombres pueden subordinar a las mujeres y a los descendientes, y así tomar el control económico productivo y reproductivo de todos los integrantes del hogar. Desde el punto de vista económico, la familia es la facilitadora del enriquecimiento de los hombres a costa de la mujer y los hijos; y esta idea de dominación de la vida privada traspasa a otros ámbitos como el social, económico, cultural y político (Facio, 2002).

La dominación de lo económico, dividido entre lo productivo y reproductivo conforme al sexo, también conocida como división sexual del trabajo, coloca a la mujer como responsable de la reproducción por lo que la confiere al trabajo doméstico y de cuidados de los integrantes de la familia. Esta adjudicación se puede entender mejor a través de los fundamentos de la corriente funcionalista planteada en la sociología del siglo XX, la cual estableció una visión general sobre los roles masculinos y femeninos en la esfera familiar, social y económica de la época (García & de Oliveira, 2006).

Esta perspectiva funcionalista planteó que la evolución de la sociedad conlleva a procesos de diferenciación estructural que hacen que las instituciones, entre ellas la familia, se especialicen en funciones específicas. Con lo anterior, en los tiempos de la sociedad industrial moderna, el papel de la familia correspondió entonces a la reproducción, desarrollo y socialización de los infantes, a la estabilización y apoyo emocional para los adultos y a la responsabilidad de la reproducción social (García & de Oliveira, 2006; Draibe & Riesco, 2006); en este escenario, las mujeres desempeñaron un papel fundamental para alcanzar estas funciones específicas conferidas al ámbito privado.

La asignación de los roles para cada integrante familiar se realizó conforme a su sexo y generación; en el caso de los hombres, se les confirió el eje instrumental, mientras que a las mujeres en el eje expresivo. Asimismo, los adultos se pensaron como los líderes y los menores sus seguidores. No obstante, la categoría sexo predominó sobre la generacional y las principales obligaciones familiares recayeron en los varones, fueran estos adultos o niños,

quienes desempeñaron roles ocupacionales o instrumentales para vincular al resto de la familia con el mundo exterior. Por su parte, las mujeres al estar centradas en roles expresivos se dedicaron a sus arreglos personales, las tareas culturales y a los cuidados de las relaciones humanas de los miembros familiares (García & de Oliveira, 2006).

A pesar de la relegación de las mujeres a la esfera expresiva, la corriente funcionalista no negó del todo la posibilidad de su inserción en el ámbito económico a través de un empleo remunerado, aunque no necesariamente las colocó de facto en la esfera instrumental ya que se les impuso una condicionante para hacerlo y esta fue que, una vez que las labores de crianza y de cuidado culminaran, estas podrían desempeñarse en trabajos que les permitieran percibir una fuente de ingresos secundarios destinados solo para las obligaciones del hogar y no para su acumulación o uso personal, privándolas así de tener una carrera ocupacional igual a la de los hombres que les permitiera tener las mismas oportunidades de desarrollo, y alcanzar su independencia económica (García & de Oliveira, 2006).

No obstante, hay quienes consideran que la división sexual del trabajo tuvo origen mucho antes de la era moderna. Para Silvia Federici, durante la Edad Media el Estado comenzó con la criminalización del control de la procreación que estaba a cargo de las mujeres, dicha criminalización no solo tuvo consecuencias en la privación de su integridad física y psicológica, sino que además permitió la organización capitalista del trabajo, misma que fue asegurada por el Estado a través del control que ejerció sobre los cuerpos de las mujeres. Con ello, la maternidad se fue degradando a una forma de trabajo forzado que confinó a las mujeres al trabajo reproductivo –procrear en contra de su voluntad o en palabras del discurso feminista “producir niños para el Estado”–, y las redujo a la categoría de no-trabajadoras, proceso que terminó por definir sus funciones mediante una nueva división sexual del trabajo que se consolidó a finales del siglo XVII (Federici, 2014).

Las funciones específicas de los integrantes de la familia en cuanto a su sexo ayudan a entender mejor el fundamento de la división del trabajo en sus categorías productivo y reproductivo. De acuerdo con Claudia Anzorena (2008), estas se relacionan con el ámbito de lo público y lo privado; el primero corresponde a lo productivo/asalariado y el segundo a lo reproductivo/doméstico, y la asignación de ambas categorías se define por el sexo: hombre para lo productivo y mujer para lo reproductivo.

La división sexual del trabajo llegó para determinar el lugar de las mujeres exclusivamente en la esfera de lo privado, dentro de los hogares, y permitir su participación en la producción a través de la asistencia a los cónyuges y hombres de la casa. Esto ocasionó que, cualquier trabajo en casa realizado por las mujeres, por ejemplo, lavar ropa ajena, se considerara como no trabajo, carente de un valor, aun cuando se realizara para el mercado. Todo trabajo femenino se definió como tarea doméstica y si se percibía algún salario por este en el mercado, la remuneración era tan escasa e insuficiente para la supervivencia de la mujer, que propiciaba la devaluación de su trabajo realizado precisamente para no depender de la asistencia pública (Federici, 2014).

Esta situación hoy en día sigue vigente y puede observarse en la precarización e informalidad con la que se realiza el trabajo doméstico remunerado que es ejercido, principalmente, por mujeres y el cual, al no estar formalizado ni regulado por las leyes laborales, las excluye de ser beneficiadas por el sistema de seguridad social adjunto al trabajo formal.

Esta repartición sexual del trabajo y su consolidación no solo expulsó sistemáticamente a las mujeres de lo público, sino que además subordinó el ámbito reproductivo a lo productivo, lo que dio origen a la ahora conocida feminización de lo privado y masculinización de lo público. La desvalorización de toda actividad realizada en lo doméstico es lo que genera que el trabajo de cuidados continúe sin ser reconocido dentro del sistema económico y social y, por ende, se exija su remuneración; mientras que aquel que es remunerado

se siga desempeñando casi siempre por mujeres dado que son las principales ofertantes de estas labores (Robledo, 2003).

Ahora bien, la división sexual de trabajo dentro de las discusiones de la economía clásica se explica o entiende a partir de dos conceptos que tipifican el trabajo mercantil como productivo e improductivo. El trabajo es productivo si añade valor a un objeto material –resultado tangible y almacenable–, asimismo si genera un aumento del capital al ocurrir dentro del contexto de la producción de valores de cambio o si se intercambia por capital para producir excedente, no por la naturaleza del trabajo en sí ni del producto (Pérez, 2006).

Por su parte, se considera que el trabajo es improductivo si no genera mercancías, esto puede deberse a que la mayoría de las veces se compone de servicios que no son materiales; esta característica lo coloca en el terreno de lo no económico o anacrónico, donde es visto como una forma de organización económica de la no especialización, a su vez que es entendido como un intercambio que se realiza sin ningún tipo de interés egoísta, tal como se percibe que es el individuo por naturaleza (Pérez, 2006).

La forma de entender la economía desde las lentes convencionales de la teoría clásica no es mera coincidencia, como se ha señalado al inicio de este trabajo, las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales se han entendido siempre desde una perspectiva de género y de poder. La división sexual del trabajo es el claro ejemplo de cómo se concibe el lugar de las mujeres y los hombres en los sistemas económicos, el mercado y sus medios de producción. Es en este espacio que nace un nuevo paradigma para entender aquellas dimensiones que se encuentran aún ausentes e invisibilizadas dentro de la economía clásica, que permiten explicar y entender cómo es que los procesos productivos que generan el desarrollo económico pueden llevarse a cabo gracias al trabajo reproductivo y no remunerado, que es realizado en su mayoría por mujeres debido a estas cuestiones culturales ya explicadas anteriormente. Este nuevo paradigma es el de la economía del cuidado (CEPAL, 2010).

El paradigma de la economía del cuidado sostiene que el cuidado remunerado y no remunerado, así como la sostenibilidad de la vida humana, se han concebido como una externalidad del sistema económico (Montaño, 2010). Esto puede entenderse dado que es visto como trabajo expresivo, reproductivo e improductivo. Las corrientes clásicas e imperantes de la economía obvian y analizan de manera limitada, o incluso errada, la relación entre la esfera doméstica y los sistemas económicos; sobre todo en aquellos donde las reglas del juego se determinan por las dinámicas de mercado y el Estado interviene poco o nada para prevenir las irregularidades y desigualdades originadas por las mismas. Se invisibilizan por ende los aportes del trabajo reproductivo en la generación del desarrollo económico, así como el papel de la familia en la asignación de roles de los miembros que a su vez pone de manifiesto las relaciones de poder en función de su sexo-género (Montaño, 2010).

No obstante, el trabajo reproductivo es vital ya que permite el espacio y tiempo para la formación y desarrollo de las personas, propicia la vida intergeneracional, gestiona el funcionamiento de los hogares y posibilita que las sociedades sean funcionales, porque “regenera día a día el bienestar físico y emocional de la gente” (Franco, Hechenberger, Heatley, & Saldívar, 2021).

Dado que las actividades de cuidado resuelven las necesidades físicas y mentales de la sociedad, son imprescindibles para que las personas ejecuten sus empleos o actividades productivas, aquellas que generan la producción y el desarrollo económico de los países. Es en este espacio en donde se reconoce que existen bienes, servicios, actividades, relaciones y valores asociados a las necesidades básicas y primordiales para la existencia y reproducción de la sociedad (Montaño, 2010), que la economía del cuidado presenta sus aportaciones y reflexiones para visualizar el desarrollo económico desde una perspectiva divergente a las tradicionales, centradas en las relaciones entre el mercado, el individuo y el Estado.

Ahora bien, de acuerdo con Antonella Picchio (2001), este trabajo tiene un costo económico y se puede calcular en cuanto a su cantidad, la cual es medida en unidades físicas de tiempo y supera a la cantidad total del trabajo remunerado realizado en el mercado laboral. Asimismo, puede medirse en términos de su calidad debido a que sin ella es imposible mantener las condiciones necesarias para la sostenibilidad del sistema económico.

Si se analiza su incorporación en las relaciones capitalistas de producción, este se puede interpretar como una transferencia o subsidio doméstico para la acumulación del capital, obtenida a partir del trabajo remunerado; asimismo, se destina parte de los salarios percibidos en el ámbito laboral por los y las trabajadoras, no como una contraparte del subsidio mencionado, sino para financiar los insumos necesarios para que el trabajo reproductivo sea de calidad y por ende, cubrir las necesidades de los trabajadores y demás miembros del hogar (Picchio, 1999). Lo anterior lo convierte en uno de los grandes agregados de la economía de cualquier país.

Desde hace tres décadas, las mujeres de la región han redoblado esfuerzos para acceder, cada vez más, al ámbito público mediante la ejecución de trabajos remunerados formales o informales, aun cuando esto implica un abandono de sus labores en la esfera privada, por lo que sus responsabilidades productivas y reproductivas se contraponen debido a que deben decidir hacia qué actividades destinar mayor tiempo, atención, empleo y recursos. Esto a su vez genera que las situaciones, estructuras y conductas, que hoy en día se sabe producen desigualdad en la población, repercutan de forma agravada y diferenciada como sucede con la población masculina (Pautassi, 2010).

Las mujeres de alguna manera buscan la forma de sortear estas desigualdades en el ámbito público gracias a los planes de igualdad de oportunidades, tratados internacionales, legislaciones internas y acciones afirmativas que lleva a cabo el Estado. Sin embargo, son necesarios nuevos marcos normativos del cuidado que regulen más allá las relaciones laborales

de trabajadores asalariados formales. Esto además implica una falta de discusión de estrategias para este tipo de trabajadores que generalmente cuentan con alguna forma de regulación y protección de sus derechos laborales y otros que de estos se derivan. Del mismo modo, se excluye de la discusión a los trabajadores informales que carecen de cualquier tipo de protección o cobertura jurídica. Esta falta de consideración es sin duda más notoria en referencia a las personas que requieren cuidados, lo que genera que el acto de cuidar y ser cuidado se realice en función de las circunstancias y posibilidades disponibles (Pautassi, 2010).

Enfoque de derechos

Lo anterior ha colocado en el debate el cuestionamiento sobre cómo integrar la complejidad del cuidado dentro de una perspectiva de derechos y considerarlo como un principio intrínseco a la igualdad de oportunidades, trato y trayectoria. En este enfoque se ha buscado analizar el cuidado como una obligación, por lo que es imperante conocer sus implicaciones y las consecuencias asociadas, así como determinar en qué actor o actores recae la obligación de brindar los servicios para su atención (Pautassi, 2010).

Se debe partir de la premisa de que no toda desigualdad implica discriminación, y que es complejo identificar casos en los cuales las discriminaciones en el ámbito público se relacionan con desigualdades preexistentes en el ámbito privado. Es por ello que es importante esclarecer entre situaciones discriminatorias y de desigualdad, y enfocar en el debate al cuidado como un derecho integral y no como uno particular, como normalmente se piensa y asigna ya sea solo a las mujeres o a sus receptores. Para lograr un avance significativo en el reconocimiento del derecho al cuidado, tanto para quienes eligen o deben cuidar y a aquellos que necesitan cuidados, es necesario pensarlo como un derecho propio y universal, que coadyuve al reconocimiento de lo que hasta ahora ha sido un trabajo

invisibilizado y a mejorar la calidad de vida de quienes lo reciben (Pautassi, 2010).

En la actualidad, el cuidado está emergiendo como un derecho social en el marco jurídico internacional, dentro de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), fundamentales para el diseño de políticas públicas y sus acciones que permitan a la sociedad vivir en condiciones adecuadas para su desarrollo y disfrutar de una vida libre y digna. Los DESC, y en específico, los derechos sociales buscan garantizar la subsistencia de la población mediante la garantía de la alimentación, salud, educación, a formar una familia; mientras que los derechos económicos mediante el acceso al trabajo, a la seguridad social y al descanso, entre otros (Rodríguez-Muñoz Arana, 2015).

En el marco de la Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de 2016, el cuidado emergió como “un derecho de las personas cuya función social es clave para la producción y reproducción de la vida y el bienestar de las sociedades” (ONU Mujeres y CEPAL, 2020, pág. 3). El derecho al cuidado proviene de una nueva generación de los derechos sociales ya establecidos (educación, pensiones, sanidad), y es uno de los pilares del sistema de bienestar; cuestión que lo trasciende de la esfera familiar a la pública, ya que es un asunto político y social (Comas-d Argemir, 2019).

Ahora bien, esta definición del cuidado internacional no considera aun el derecho a ser cuidado y a cuidar(se), por ello, además de promover un aumento en la oferta de cuidado, es necesario para su consolidación como derecho, priorizar la universalización de la responsabilidad, obligaciones, tareas y recursos para llevar a cabo las actividades de cuidado y recibirlas. Su reconocimiento como derecho universal debe considerar a toda la sociedad y no limitarse exclusivamente a las mujeres o a grupos poblacionales específicos. En el caso de las mujeres, evitar reforzar su única responsabilidad desde el punto de vista jurídico y redistribuir las responsabilidades de las tareas de cuidado con el resto de la sociedad; para los segundos, un ejemplo

es reconocer a los adultos mayores en las normativas laborales como también receptores de cuidado y no solo a hijos o infancias bajo la tutela de los trabajadores (Pautassi, 2010).

Es por ello que, en este enfoque de derechos, se cuestiona la función subsidiaria del Estado, originalmente diseñada para compensar las deficiencias en el mercado laboral, y se aboga por sustituirla por aquella del garante de derechos. En una situación específica, el Estado responde a las necesidades de las mujeres, mediante subsidios a servicios deficientes o redes comunitarias que se basan en los conocimientos "naturales" de las mismas, que provocan que estos servicios alivien su carga de trabajo, pero continúan perpetuando la división sexual del trabajo, en lugar de erradicarla (Montaño, 2010).

Desde la perspectiva de las políticas centradas en la titularidad del derecho, los sujetos son las infancias y/o adultos mayores que requieren cuidado, y sus proveedores son las personas cuidadoras que cuentan con todos los derechos. No obstante, esta dinámica es poco común en la mayoría de los países, ya que quienes realizan el trabajo remunerado de cuidado suelen ser trabajadoras domésticas o los mismos miembros familiares que carecen de protección social (Montaño, 2010).

La distribución inequitativa de responsabilidades de cuidado con base en el género, los costos elevados de servicios de cuidado y su oferta insuficiente, la calidad baja y la regulación deficiente de la prestación de estos, así como la implementación de políticas públicas que incrementan la carga de cuidados o que, en su defecto, no inciden en mejorar la autonomía de las personas, representan violaciones a sus derechos. Las consecuencias adversas de estas problemáticas impactan directamente en la salud física y emocional de quienes cuidan y reciben cuidados, asimismo, se agudizan las desigualdades de género y económicas en los hogares; por lo que puede decirse que se incumplen los derechos a la 1) no discriminación, 2) igualdad

de género, 3) al cuidado y a cuidar, y 4) a la protección de la salud (ONU Mujeres e INMUJERES, 2018).

Cuadro 6. Forma de incumplimiento de los derechos sociales de la población, respecto al cuidado

Derecho	Incumplimientos
No discriminación	El impedimento de disfrutar y ejercer plenamente los derechos; ya sea por discriminación directa –abierta y explícitamente por parte de una autoridad–, o indirecta –como resultado de una norma o práctica incluso sin intención explícita–. Incide en la reducción o pérdida de la autonomía de personas cuidadoras y cuidadas. Entre las principales problemáticas derivadas de la discriminación están: 1) inadecuación de calles, instalaciones y transportes, 2) falta de oportunidades para encontrar empleo y 3) altos costos en cuidados, terapias y tratamientos.
Igualdad de género	La existencia de desigualdades en las oportunidades y responsabilidades del cuidado entre hombres y mujeres; son estas últimas quienes proveen mayoritariamente servicios de cuidado y destinan más tiempo en realizarlos, aun sin obtener remuneración. El costo de oportunidad asociado a las actividades de cuidado no remunerado implica que estas 1) no puedan emplear ese tiempo en participar en el mercado laboral, 2) limiten sus opciones y calidad del trabajo que desempeñan.
Cuidado y a cuidar	La invisibilización de la división del cuidado en sus dos vertientes: el derecho de las personas a ser cuidadas y a cuidar; lo que implica el desconocimiento del cuidado como un derecho humano. Esto conlleva a que el Estado no provea ni garantice 1) infraestructura y servicios de cuidado, 2) no facilite ni apoye a las personas que proporcionan cuidados, y 3) proporcione servicios de cuidado insuficientes y de baja calidad para distintas poblaciones.
Protección de la salud	La insuficiencia y bajo cumplimiento del derecho a la protección de la salud y protección social –estrechamente relacionada a los cuidados–, genera que exista una 1) oferta limitada de seguridad social, 2) desprotección de la población que no cuenta con servicios de salud privados debido a su informalidad laboral y 3) una inequitativa accesibilidad y suficiencia de los servicios ofrecidos por la seguridad social.

Fuente: ONU Mujeres e INMUJERES (2018).

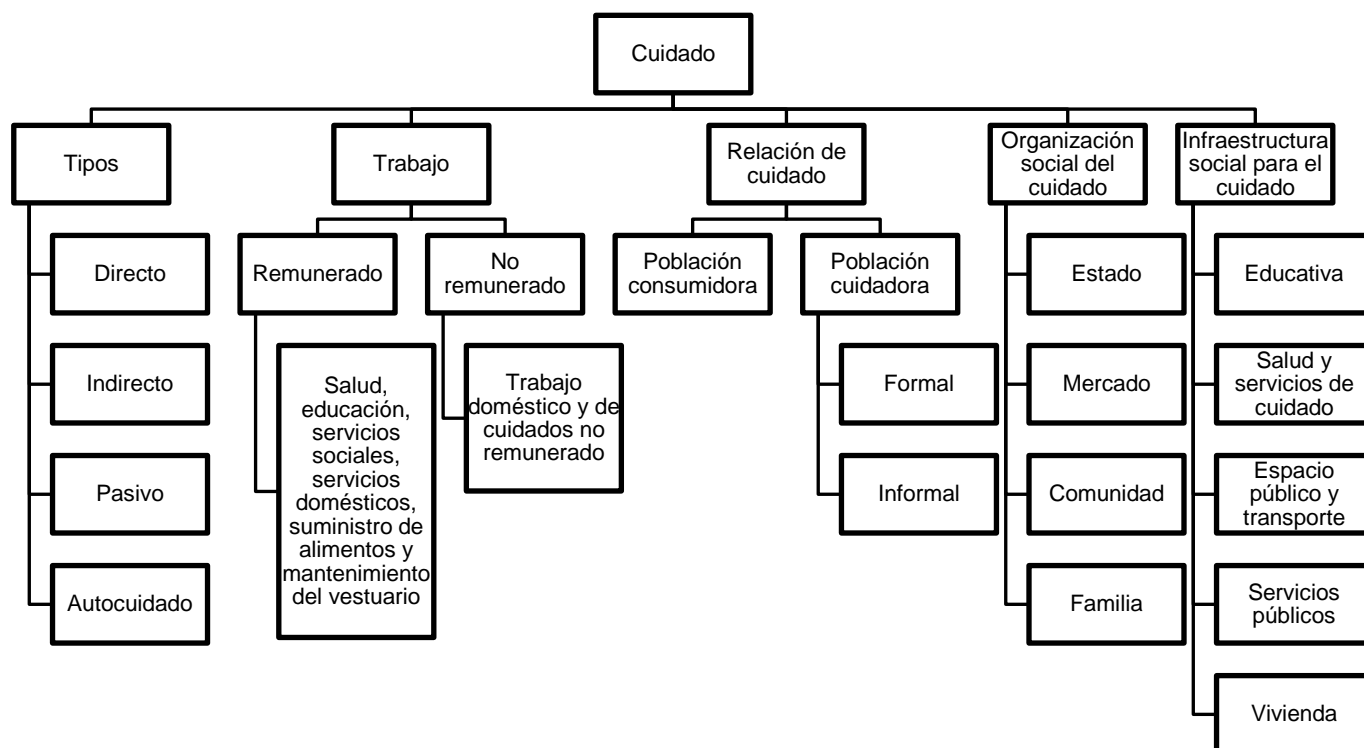
Definición de cuidados

El concepto de cuidado es presentado la mayoría de las veces en compañía de otros términos similares como trabajo de cuidados, trabajo doméstico, trabajo reproductivo, trabajo no remunerado, economía del cuidado, entre otros. Esta multiplicidad de interpretaciones conceptuales da pauta a que

exista una confusión y dificultades al momento de elaborar una definición única de cuidados, dado que el cuidado también tiene significados fuera del ámbito académico (Esquivel, 2013) y de las políticas públicas.

Asimismo, como puede observarse en el Gráfico 7, existen diferentes perspectivas para conceptualizar el cuidado, que van desde caracterizarlo por su tipología; por considerarlo un trabajo sea este remunerado o no; por el tipo de relaciones que se necesitan para que suceda; por la organización social para su atención y responsabilidad; y por la infraestructura social que se requiere para atenderlo.

Gráfico 7. Mapa conceptual sobre el cuidado



Fuente: Observatorio de Género de Nariño (2021).

Por esa razón, en este apartado se presentan algunas definiciones del concepto de cuidado que se recabaron de una revisión bibliografía especializada en la materia. Estas son elaboradas a partir de las perspectivas que se tomaron en consideración al principio de este apartado teórico-

conceptual, por lo que van desde aquellas de corte feminista que reconocen y agregan en sus definiciones la figura de las personas cuidadoras generalmente mujeres; a aquellas enfocadas en los derechos de las personas cuidadoras y las que requieren cuidados; así como a algunas definiciones basadas en visiones de política social que incorporan actores clave como el Estado para la explicación de sus atribuciones y obligaciones.

Cuadro 7. Definiciones de cuidado según la bibliografía especializada

Definición	Autor(a)	Perspectiva
“El cuidado es una actividad específica que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro mundo, de manera que podamos vivir en él tan bien como sea posible. Ese mundo incluye nuestros cuerpos, nuestro ser y nuestro ambiente, todo lo cual buscamos para entretener una compleja red de sostenimiento de la vida. Esta definición incluye tanto la posibilidad del autocuidado como la de cuidar a otros, sin contar su dimensión afectiva, pero no lo equipara a una actividad mercantil cualquiera. Asimismo, incorpora tanto la perspectiva de quienes otorgan como de quienes reciben cuidado”.	Montaño (2010)	Enfoque de derechos
“El cuidado designa a la acción de ayudar a un niño o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Engloba, por tanto, hacerse cargo del cuidado material que implica un “trabajo”, del cuidado económico que implica un “costo”, y del cuidado psicológico que implica un “vínculo afectivo, emotivo, sentimental”. Puede ser realizado, de manera honoraria o benéfica por parientes en el marco de la familia, o de manera remunerada en el marco o no de la familia. La naturaleza de la actividad variará según se realice o no dentro de la familia, y también de acuerdo a si se trata o no de una tarea remunerada.”	Batthyány (2004)	Economía del cuidado
“[conceptualización de los cuidados]: La producción de bienes y servicios, como la preparación de alimentos, la realización de tareas de apoyo físico y emocional, y el acompañamiento a las personas para garantizar su bienestar y la reproducción social. ... todas las personas necesitan cuidados, no obstante, es posible identificar cuidados para poblaciones específicas en situación de dependencia, como los NNA, los AM, las personas con discapacidad y las personas con enfermedades crónicas o terminales. ... el cuidado es un derecho que debe abordarse desde dos ángulos complementarios: por un lado, el derecho de las personas a ser cuidadas y, por otro, la necesidad de garantizar los derechos de las personas cuidadoras.”	CEPAL (2018)	Enfoque de derechos / Economía del cuidado

<p>“El cuidado se entiende como una actividad destinada a cuidar la vida de las personas del hogar a lo largo de todo el ciclo vital, que requiere de una enorme cantidad de tiempo y energías. Esta actividad comprende los cuidados indirectos —producción de bienes y servicios—, pero también los cuidados directos personales. Ya sea por razones de edad (en los extremos del ciclo vital) o de salud, por alguna discapacidad o por requerimientos emocionales y afectivos, todas las personas requieren cuidados, incluso las personas sanas.”</p>	<p>CEPAL (2015)</p>	<p>Economía del cuidado</p>
<p>“El trabajo de cuidado es una función social que se expresa en la serie de actividades, bienes y relaciones destinados a preservar el bienestar cotidiano de las personas en los planos material, económico y emocional. ... Incluye la provisión de bienes esenciales para la vida, como la alimentación, el abrigo, la higiene y el acompañamiento, así como el apoyo y la transmisión de conocimientos, valores sociales y prácticas mediante los procesos de crianza ... Se funda en relaciones “cara a cara” entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada.”</p>	<p>Nieves y Robles (2017)</p>	<p>Economía del cuidado / Política social</p>
<p>“El cuidado como un concepto que está fuertemente entrelazado con lo "económico" –la forma en que las economías se benefician del trabajo que no es reconocido ni remunerado–; lo "social" –las relaciones de clase y género que definen la interacción social–; y lo "público" –las políticas que dan forma directa o indirectamente al suministro de cuidado–.”</p>	<p>Esquivel (2013)</p>	<p>Economía del cuidado / Política social</p>
<p>“Un término polisémico que engloba un conjunto de actividades, bienes y relaciones destinados a proveer “bienestar” a cada persona en su vida cotidiana a lo largo del curso de vida. El cuidado incluye desde tareas cotidianas esenciales como alimentación, higiene y acompañamiento, afecto, subjetividades y enseñanzas, de acuerdo con la etapa vital de quien recibe cuidados y de quien los provee. Además, durante todo el curso de vida se agrega el autocuidado que cada persona dedica a sí misma.”</p>	<p>OPS (2020)</p>	<p>Política social</p>
<p>“Es el conjunto de tareas que se requiere para satisfacer necesidades vitales y cotidianas, como cocinar, lavar, limpiar, administrar el hogar; atender física y emocionalmente a niñas, niños y personas mayores, enfermas o con discapacidad, entre otras. Remunerado o no, el trabajo de cuidados es un pilar fundamental para el bienestar de todas las personas. En otras palabras, los cuidados son “el conjunto de actividades que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de la gente”; de la misma</p>	<p>Franco y otros (2021)</p>	<p>Economía del cuidado / Política social</p>

manera, juegan un papel central en el resurgimiento de la vida después de un desastre.”		
---	--	--

Fuente: elaboración propia con base en Batthyány (2004), CEPAL (2018; 2015), Esquivel (2013), Franco y otros (2021), Montaña (2010), Nieves y Robles (2017), OPS (2020).

Dentro del compendio de las definiciones de cuidados aquí presentadas, esta investigación toma como referencia las proporcionada por la CEPAL (2018), Batthyány (2004) y Esquivel (2013), dado que tratan de abordar el cuidado en términos de una perspectiva de derechos, que deben ser garantizados mediante la política social del Estado, para garantizar el bienestar social y reconocer la importancia de la redistribución social del cuidado.

¿Quiénes necesitan los cuidados?

Si bien es cierto que todas las personas necesitamos de algún tipo de cuidados durante el curso de vida, hay condiciones biológicas o naturales como la edad, la condición física, cognitiva o social, que generan niveles mayores de dependencia en algunos grupos poblaciones, lo que las convierte en demandantes de apoyo por parte de otras personas para realizar sus actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) o actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC). Es esta la población que se estima tiene niveles de demanda más altos en comparación con aquella que no requiere de cuidados directos, este es el caso de las infancias y personas mayores, las cuales incrementan dicha demanda en caso de contar con alguna discapacidad (Observatorio de Género de Nariño, 2021).

Las ABVD son actividades que se realizan para aquellas personas que necesitan cuidado de largo plazo debido a las limitaciones que poseen o presentan para realizar por sí mismas acciones necesarias para la sobrevivencia tales como comer, vestirse, bañarse, levantarse y acostarse en la cama, ir al baño y contener las necesidades fisiológicas. Mientras tanto, las AIVC son actividades que facilitan a las personas vivir independientemente o adquirir un grado mayor de autonomía, tales como preparar sus propias comidas, limpiar, lavar ropa, tomar medicamentos, caminar y/o tomar

transporte para movilizarse a distintos puntos, realizar compras, utilizar dispositivos tecnológicos y de comunicación, y otras más (OPS, 2020).

Esta diferenciación entre ABVC y las AIVC es útil para definir qué poblaciones pueden ser consideradas prioritarias para ser atendidas con un SC. Un ejemplo es la definición del SNC de Uruguay, el cual toma en cuenta el cuidado que se ofrece directamente a las personas y excluye el cuidado indirecto, que abarca actividades más instrumentales asociadas al trabajo doméstico, como cocinar, lavar, planchar, limpiar la casa, entre otras. Esto no quiere decir que lo invisibilice o no reconozca que es una precondition para que el cuidado directo ocurra y su importancia al realizarse dentro de los hogares que genera el sesgo de género ya conocido (MIDES y DNPS, 2014).

Con lo anterior, el argumento central radica en que se debe dar prioridad a los cuidados directos en los servicios y prestaciones proporcionados por un SC ya que este tipo de cuidados posee un componente "relacional". Esto implica una gran demanda de tiempo en términos de presencia física por parte de la persona que brinda el cuidado, especialmente en las rutinas establecidas para actividades como alimentación, baño, administración de medicamentos, terapias y recreación (MIDES y DNPS, 2014).

¿Quiénes cuidan?

Actualmente en México, la provisión de servicios de cuidado se realiza por parte de tres actores, cabe mencionar que esta provisión a pesar de contar con más de un responsable no es suficiente para atender la demanda de cuidados de la población en el país. A saber, las fuentes de aprovisionamiento de cuidados son:

Cuadro 8. Actores y fuentes de provisión de cuidados en México

Actor	Fuente
Estado	Seguridad social para trabajadores formales, financiada por contribuciones del empleador y el empleado.
	Programas sociales para la población abierta, financiados con impuestos generales.
Mercado	Oferta formal que proporcionan las empresas y profesionales del cuidado.

	Oferta informal que proporcionan grupos o personas cuidadoras informales.
	Asistencia que proporcionan instituciones privadas u organizaciones de la sociedad civil.
Familia	Trabajo que realizan familiares, trabajadoras domésticas, vecinos, entre otros, sin ningún tipo de remuneración ni profesionalización

Fuente: ONU Mujeres e INMUJERES (2018).

La cuestión de los cuidados no puede ni debe visualizarse aisladamente de las problemáticas estructurales asociadas a las condiciones laborales y demográficas, así como a las desigualdades de ingresos y género presentes en la sociedad. Por lo que cualquier medida que proponga mejorar las condiciones laborales de los trabajadores, promueva la autonomía individual, impulse la igualdad entre mujeres y hombres y contribuya a la reducción de las desigualdades económicas, es probable que tenga un impacto positivo en la reducción de los efectos del problema de cuidados (ONU Mujeres e INMUJERES, 2018).

Con ello, la problemática debe abordarse a través de una serie de intervenciones deliberadas para atender sus diversas causas, y conjuntarse en una estrategia integral que defina claramente a los responsables de esta atención que se pretende brindar. En consideración con lo anterior, se deben contemplar algunos factores que son determinantes del problema tales como 1) las disparidades en la prestación de cuidados por parte de distintos proveedores: Estado, mercado o familia; 2) las condiciones laborales: formalidad, informalidad o la falta de remuneración; y 3) el nivel socioeconómico de los hogares (ONU Mujeres e INMUJERES, 2018).

Por último, es necesario señalar que los actores que brindan cuidados no facilitan el acceso a estos servicios ni los proporcionan para todas las poblaciones prioritarias que requieren indiscutiblemente de cuidados. En este contexto, las repercusiones que tiene esta oferta nula de servicios agravan la situación problemática de estas poblaciones, ya que, sin un sistema de respaldo, estas personas se ven imposibilitadas de llevar una vida digna, libre de violación a sus derechos humanos, sin discriminación, y con igualdad de

trato, de oportunidades y de género, entre otras (ONU Mujeres e INMUJERES, 2018).

Sistemas de Cuidados

Para entender una de las estrategias de atención de los cuidados de la población potencial, misma que se ha estado refiriendo a lo largo de este documento, se presenta una definición y caracterización de lo que son los Sistemas Integrales de Cuidados (SIC) y una hoja de ruta que contiene elementos a considerar para su diseño e implementación.

La atención al trabajo de cuidados ha sido un tema que se ha incorporado progresivamente en las agendas públicas de los países, aunque no de manera homogénea, debido a las diferencias entre los sistemas económicos y políticos o de la protección social, así como los esfuerzos realizados por parte de organizaciones civiles, movimientos sociales – especialmente feministas– y actores políticos que han tenido incidencias e influencia en mayor o menor medida para colocar esta problemática en las agendas (ONU Mujeres y CEPAL, 2022).

Un aspecto importante que ha conducido a la construcción de los SC en ALyC son los acuerdos aprobados en las Conferencias Regionales sobre la Mujer de América Latina y el Caribe y la Agenda Regional de Género mencionadas en apartados anteriores, ya que son tomadas como marco referencial para el diseño e implementación de políticas de cuidados en los estados miembro (CEPAL, 2021a).

Ahora bien, es relevante hacer una distinción entre programas, políticas y sistemas de cuidados, que permiten visualizar las respuestas de los países para atender directa o indirectamente las demandas de cuidado de sus poblaciones, y cómo pueden articularse interinstitucionalmente para llegar al fin último que es concretar sistemas integrales de cuidados (SIC).

Una de las distinciones más sencillas y consultadas por los estudiosos y analistas de políticas públicas es aquella que presenta Julio Bango (2022).

Cuadro 9. Distinción entre programas, políticas y sistemas de cuidados

<p>Sistema integral de cuidados (SIC): conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados.</p>	<p>Sistema de cuidado (SC): modelo de gobernanza que incluya la articulación interinstitucional –a nivel nacional y territorial– entre todas las instituciones que implementan acciones orientadas al cuidado de distintas poblaciones objetivo. Modelo de gestión para pasar “de la lógica de los servicios a la lógica de las personas”.</p>
	<p>Políticas de cuidado: articulación de programas que intentan satisfacer las necesidades y asegurar el ejercicio de derechos de una población dada.</p>
	<p>Programas de cuidado: programas o servicios de cuidado de algún tipo dirigidos a una población concreta –primera infancia, personas mayores, personas en situación de discapacidad–.</p>

Fuente: (Bango, 2022).

Dentro de los elementos a considerar en la construcción de SC, basados en los aprendizajes de las experiencias de los países de ALyC que cuentan con sistemas implementados, y algunos consolidados², se proponen: 1) definir la población objetivo y cuantificarla, 2) orientar la creación de los SIC con base en principios, 3) definir sus componentes y 4) diseñar una dinámica de implementación y definición del tipo de financiamiento (CEPAL, 2021b).

Cuadro 10. Elementos básicos para la construcción de SIC

Elementos básicos de un SIC	
1	Definición y cuantificación de la población objetivo
2	Creación basada en principios
3	Definición de los componentes
4	Diseño de la dinámica de implementación
5	Definición del financiamiento

Fuente: elaboración propia con base en información de CEPAL (2021b)

Para definir la población objetivo y su cuantificación, se debe considerar cuál es la población que por su curso de vida –infancia o vejez– y situación de dependencia –transitoria o permanente– podría presentar alguna dificultad para ejercer su autonomía y por ello, requerir cuidados para la producción y reproducción de su vida.

² Como es el caso de Uruguay, cuyo Sistema Integral Nacional de Cuidados es referente de las publicaciones realizadas con financiamiento de la CEPAL y ONU Mujeres en temas de construcción e implementación de SC.

Otra de las poblaciones beneficiadas, aunque sea indirectamente en algunos casos, es aquella que produce y brinda de manera remunerada o no remunerada los cuidados, la mayoría de las veces mujeres. Tener delimitadas a las poblaciones objetivo de políticas de cuidado, desde un enfoque de género y perspectiva de derecho, es crucial no solo para plantear las metas y objetivos de los SC, sino para contribuir a reducir la carga de cuidados, reconocerlos y redistribuirlos (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; Bango, 2022).

Este primer elemento es imprescindible para determinar hacia qué población se enfoca el análisis de la demanda de cuidados en esta investigación, ya que como se mencionó anteriormente, debido a sus características, requieren una mayor cantidad de tiempo de cuidado la cual, no siempre es homogénea.

En cuanto al segundo elemento, se pone atención a cinco principios o ejes rectores de las políticas de cuidado, esto tomando en consideración la aplicación de la perspectiva de género y derechos, que dan origen a los SC.

Cuadro 11. Cinco principios rectores de los SIC

Principios rectores de políticas	
1	Cuidado como derecho
2	Universalidad
3	Corresponsabilidad social y de género
4	Promoción de la autonomía
5	Solidaridad en financiamiento

Fuente: (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; 2020).

Una vez considerados estos principios rectores, se requiere desarrollar e integrar cinco componentes mínimos, los cuales deben implementarse en procesos de coordinación y articulación institucional para operar los SIC.

Cuadro 12. Cinco componentes mínimos de los SIC

Componente	
1	Creación y ampliación de servicios
2	Regulación de los servicios y laborales
3	Formación de las personas cuidadoras

4	Gestión de información sobre los cuidados y su publicación
5	Comunicación para promover el cambio cultural

Fuente: (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; ONU Mujeres, 2022; Bango & Piñera, 2022).

Estos cinco componentes pueden ser aplicados dependiendo de la realidad y la línea base que tenga cada país de la región en materia de políticas de cuidado, así como del grado y ritmo específico que cada componente requiera para su implementación. Su consideración facilita la creación de una hoja de ruta para la construcción progresiva de los SC (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; Bango, 2022).

Dentro de estos componentes, destaca el referente a los servicios de cuidados, quizás siendo este el más importante de todos, ya que los servicios conforman gran parte de los costos de la implementación de los sistemas (ONU Mujeres, 2022b); esto considerando que la mayoría de las veces se cuenta con restricciones presupuestarias, de infraestructura, de gestión, de recursos humanos u otra índole.

Para determinar si es necesaria la creación o ampliación de los servicios de cuidados, primero se requiere estimar cuál es su demanda, esto solo es posible mediante la identificación de la población objetivo que requiere de ellos, asimismo, se necesita contar con una definición operativa de esta demanda de cuidados (ONU Mujeres, 2022b) sustentada en las características particulares de la población que la presenta.

Algunas de las acciones que pueden ser útiles para conocer la demanda de cuidados de la población que puede satisfacerse con la implementación de servicios de cuidados se encuentran:

Cuadro 13. Acciones para crear o ampliar servicios de cuidados

Acciones para crear o ampliar servicios de cuidados	
1	Establecer una tipología de servicios de cuidados y definición de las poblaciones objetivo.
2	Georreferenciar la demanda potencial y oferta de servicios existente.
3	Identificar posibles alianzas/colaboraciones del sector público con otros agentes clave para la oferta de servicios.

4	Realizar una estimación preliminar de costos unitarios de los servicios.
5	Diseñar servicios de cuidados, atención y de apoyo requeridos complementarios a los existentes.
6	Proyectar ampliación de cobertura de los servicios con esquemas de progresividad en el acceso y combinación de variables (edad, localización, vulnerabilidad, niveles de dependencia).
7	Rediseñar servicios preexistentes desde una visión sistemática y transversal (enfoque de derechos y perspectiva de género)

Fuente: ONU Mujeres y CEPAL (ONU Mujeres y CEPAL, 2022).

En cuanto al último elemento a considerar para la creación de un SC se encuentra la dinámica de implementación y sus fuentes de financiamiento. Para ello se necesita consolidar una arquitectura institucional que incentive la gestión intersectorial, el diálogo abierto y la participación de los diferentes actores involucrados en la atención de los cuidados; del mismo modo, que considere las particularidades y características específicas del territorio donde se desee crear el sistema (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; Bango, 2022).

Una arquitectura institucional consolidada se conforma a su vez de tres esferas, cada una con sus aspectos a considerar, las cuales son: articulación de la decisión política, gestión intersectorial de los componentes y participación social; todas útiles para definir la hoja de ruta del SC (ONU Mujeres y CEPAL, 2022; Bango, 2022).

Respecto al financiamiento de los SC, el diseño debe considerar aspectos importantes como el contexto de cada país, su organización institucional, la división de las competencias de los distintos niveles de gobierno y sus mecanismos de articulación, y las restricciones presupuestarias u otras fuentes de ingresos. Los tipos de fuentes de financiamiento pueden ser las *ex ante* y *ex post* de las necesidades de cuidado de la población, así como aquellas derivadas del presupuesto público, privado y aportaciones mixtas (Scuro, Alemany, & Coello, 2022; Medellín, Ibararán, & Stampini, 2018; ONU Mujeres, 2022).

Casos comparativos de Sistemas de Cuidados en América Latina

Tomando en consideración estos elementos mínimos para la implementación de SC basados en las características y especificidades de los países y la población de ALyC, se presentan tres casos de implementación de SC, donde a partir de la definición de sus poblaciones objetivo, se establecieron los objetivos o propósitos de estos sistemas para abordar el cuidado, ya sea como un trabajo que debe ser remunerado, como un derecho de las personas que debe ser garantizado por el Estado, o ambos.

Los sistemas presentados aquí son el Sistema Integral Nacional de Cuidados de Uruguay (nivel nacional), el Sistema Distrital de Cuidados de Bogotá, Colombia (nivel subnacional) y el Sistema de Cuidados de la Alcaldía de Iztapalapa, CM (nivel local).

Cuadro 14. Ejemplos de objetivo y población objetivo de los SC en ALyC, según ámbito de gobierno

Uruguay: Sistema Integral Nacional de Cuidados (nacional)

El SINC de Uruguay tiene como objetivo reconocer, reducir y redistribuir socialmente el trabajo de cuidados, así como garantizar el derecho de la población a recibirlo y brindarlo, por lo que este determinó como población objetivo a las infancias de 0 a 12 años, personas con dependencia funcional –transitoria o permanente–, adultos mayores de 65 años y más y personas cuidadoras. Por ello, los componentes de este sistema son los centros educativos comunitarios para niñas y niños, centros de atención para las infancias y sus familias, casas comunitarias de cuidado y servicios de día para adultos mayores, servicios de atención personal para personas con dependencia severa, licencias familiares para trabajadores con hijos y servicios para personas cuidadoras tales como capacitaciones y certificaciones (Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, s.f.).

Colombia: Sistema Distrital de Cuidados de Bogotá (subnacional)

El SDCB tiene como objetivo reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados que de la población cuidadora, y así, de manera indirecta,

garantizar el derecho al cuidado de las personas. Por ello, su población objetivo son a las personas –mujeres– cuidadoras, las primeras infancias de 0 a 5 años, personas con discapacidad –temporal o permanente– y adultos mayores de 65 años y más; sin embargo, la mayoría de los componentes del sistema están pensados para brindar beneficio directo a la de mujeres cuidadoras: Manzanas del Cuidado, que son centros donde se brindan servicios gratuitos como educación, salud, ejercicio, descanso, asistencia jurídica y psicológica a las personas cuidadoras y familiares; los Buses del Cuidado, equipados para transportar los servicios anteriormente mencionados a las personas cuidadoras en zonas rurales y urbanas más alejadas en Bogotá; y las actividades de corresponsabilidad social que pretenden redistribuir los TCNR entre integrantes de la familia para reducir la carga de trabajo de las mujeres (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

México: Sistema de Cuidados de la Alcaldía de Iztapalapa, CM (local)

El SC de la Alcaldía Iztapalapa, en la CM, tiene como objetivo reconocer y reducir el trabajo de cuidados de la población cuidadora, y así, de manera indirecta, garantizar el derecho al cuidado de las personas que lo requieren. Así, su población objetivo son las personas cuidadoras de adultos mayores que no pueden autocuidarse y personas con discapacidad física o psicológica, temporal o permanente mayores de 18 años. Al igual que el sistema bogotano, sus componentes brindan beneficios directos a las personas cuidadoras –mujeres– ya que se les entrega apoyos económicos bimensualmente, así como herramientas y técnicas para mejorar su bienestar y los cuidados que brindan –cursos, talleres y terapia psicológica–; del mismo modo, en algunas de las Utopías de la alcaldía se instalaron Casas de la Mujer para brindarles servicios como terapia psicológica, asesoría jurídica, talleres y descanso, así como espacios de recreación y terapias para AM y PCD (Dirección General de Inclusión y Bienestar Social de la Alcaldía de Iztapalapa, 2022).

Fuente: elaboración propia.

En el anexo 1 de este trabajo se presenta el cuadro “Elementos básicos de los SC a nivel nacional, subnacional y local en países de la región”, con un resumen de los cinco elementos básicos con los que debe contar un SC, según la bibliografía especializada, así como la ausencia o presencia de los mismos en el diseño de estos tres sistemas aquí mencionados.

A modo de conclusión, como se ha observado en esta sección, la definición de la población objetivo que debería recibir los beneficios de un SC, así como su cuantificación, es imprescindible. La población puede conformarse de varios grupos, que debido a sus características como la edad o condiciones fisiológicas, requieren de una mayor cantidad o tiempo de cuidados que el resto de personas que pueden depender por sí mismas.

Aun dentro de esta población objetivo existen necesidades de cuidado heterogéneas, por lo que es necesario identificar qué grupos concentran la mayor demanda de cuidados y tener una estimación de su demanda potencial.

Identificar asimismo las características mínimas de estas poblaciones, entre ellas, las relacionadas a la edad; la situación socioeconómica, y su ubicación para identificar la accesibilidad y disponibilidad a la oferta de servicios de cuidado; permiten realizar una definición operativa de la demanda de cuidados que se sustenta, precisamente, en estas características particulares de la población.

En el siguiente apartado se mostrará una revisión de metodologías para cuantificar demanda potencial de cuidados, aplicables al caso de la CM, y posteriormente, se realizará una caracterización de estas poblaciones para así, identificar aquella definición de demanda que puede ser operativa para el SC.

VI. Metodología para estimar la demanda de cuidados en la Ciudad de México

Para estimar la demanda diferenciada de cuidados en la CM se buscaron metodologías desarrolladas y aplicadas en otros contextos, tanto internacionales como regionales, para tener un punto de partida.

En el marco de la revisión metodológica, se analizaron las características y cantidad de la información requerida para identificar su aplicabilidad en el caso mexicano.

Este ejercicio analítico permitió seleccionar algunas que pudieran ser aplicables para este trabajo, tomando en consideración la información existente y disponible en México a nivel estatal.

Una vez identificadas las fuentes de información utilizadas y analizadas en las metodologías revisadas se buscó información disponible y comparable para la CM en las siguientes fuentes:

- Censo de Población y Vivienda de 2020
- Encuesta Nacional de Uso de Tiempo de 2019
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2022
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) de 2024
- Proyecciones de la población 1950-2070

Asimismo, se utilizaron fuentes de información secundarias como las bases de datos Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (Evalúa CDMX)

Dentro de las metodologías revisadas en este trabajo destacan los famosos índices de dependencia o baremos que permiten medir el grado de dependencia de una población, sobre todo de adultos mayores o personas con discapacidad, y conocer los costes que tienen estas dependencias. La aplicación de estos métodos permite a los países asignar valoraciones a la dependencia que presentan estas poblaciones –las cuales conforman la población objetivo de sus SC– y que a su vez, divergen entre cada uno debido

a los criterios que estos aplican para definir y evaluar la dependencia, los indicadores o ítems utilizados para valorarla, los tipos de cuidado o tratamientos requeridos conforme a la dependencia, financiamiento de atención, entre otros (Albarrán, Alonso, & Bolancé, 2009).

Así, algunos índices de dependencia y baremos son más complejos y específicos que otros al momento de designar grados de dependencia basados en ítems o indicadores, como es el caso de la escala Durán (3 ítems), Índice AVD del RUG III (4 ítems), Índice de Katz (6 ítems), escala AGGIR (7 ítems), Índice de Barthel (10 ítems), entre otros, que llegan a alcanzar hasta los 200 ítems como lo es la Escala de Evaluación Adaptativa (EVALCAD). No obstante, su común denominador es que permiten medir la gravedad de la dependencia que presentan las personas (Querejeta, 2004).

Como ya se mencionó, en este trabajo de investigación se tomaron en consideración solo las metodologías que podrían ser aplicadas en contexto capitalino.

Se revisó también la metodología elaborada por ONU Mujeres (2022b) para estimar los costos e impactos económicos de la implementación de servicios de cuidados en América Latina y el Caribe, dirigidos a personas con algún grado de dependencia

Esta metodología es útil para elaborar escenarios de inversión ya que considera aspectos como la cobertura, progresividad y calidad de los servicios de cuidados destinados a esas poblaciones; asimismo, permite identificar posibles efectos de las inversiones en el Producto Interno Bruto (PIB), el empleo y los ingresos fiscales de aquellos países que decidan invertir en servicios de cuidado como parte de los SC. Sin duda, los resultados derivados de su aplicabilidad significarían un insumo primordial para la elaboración de un diagnóstico para la creación de un SC en la CM, ya que presentaría una visión amplia del financiamiento requerido para su implementación y los retornos económicos y sociales que esta generaría.

No obstante, el uso de esta metodología depende en gran medida de la cantidad, calidad y precisión de la información sobre demanda y oferta de servicios de cuidado para el cálculo de los costos e impacto de estos componentes de los SC, ya que es pertinente para:

1. Identificar, cuantificar y caracterizar a la población objetivo de los servicios.
2. Estimar la demanda de cuidados de la población objetivo.
3. Identificar la oferta de cuidados pública y privada y sus condiciones actuales y/o punto de partida; su presupuesto asignado; la estructura de sus costos de operación en usuarios, sueldos y salarios, servicios brindados, infraestructura, entre otros gastos.
4. Construir modelos macroeconómicos y matrices de insumo producto, así como escenarios prospectivos para lograr la universalidad de los servicios de cuidado y estimar su impacto (ONU Mujeres, 2022b).

Como se ha mencionado, debido a que el objetivo de esta investigación es la caracterización y cuantificación de la demanda de cuidados en la CM, parte de la metodología anteriormente presentada sirvió como punto de partida para identificar a la población potencial que podría requerir mayores cuidados en la CM, y que a su vez coincide con la mencionada en el artículo 11 de la CPCM: las infancias, adultos mayores y personas con discapacidad.

Cabe mencionar que la identificación de la población objetivo ha sido uno de los primeros pasos en la formulación de políticas públicas para atender los cuidados en aquellos lugares donde ya se han implementado SC. Pero para saber qué parte de la población tiende a presentar una demanda de cuidados mayor, es necesario conceptualizar el cuidado, esto a su vez permite operacionalizar acciones que sean pertinentes en la atención del mismo.

Debido a que la población que aquí se toma como potencial demandante de cuidados comprende a estos tres grupos poblacionales, la

interacción y el tipo de cuidados que reciben de la población que se los ofrecen es de carácter directo.

Generalmente los cuidados directos se brindan cuando los individuos presentan un grado de dependencia, ya sea porque se encuentran en una etapa de adquisición de su autonomía –física, psicológica o intelectual– o en la pérdida de la misma, por lo que requieren de asistencia de terceros para poder realizar actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC) o actividades instrumentales (AIVC), todas ellas relacionadas con el autocuidado (ONU Mujeres, 2022b).

Cuadro 15. Tipos de actividades de la vida cotidiana

Actividades básicas de la vida cotidiana (ABVC)	Actividades instrumentales de la vida cotidiana (AIVC)
Caminar Bañarse Comer Ir a la cama Usar el excusado	Hacer compras, Preparar alimentos Tomar medicamentos Desplazarse fuera de la vivienda en medios de transporte Utilizar medios de comunicación

Fuente: elaboración propia con base en (ONU Mujeres, 2022b).

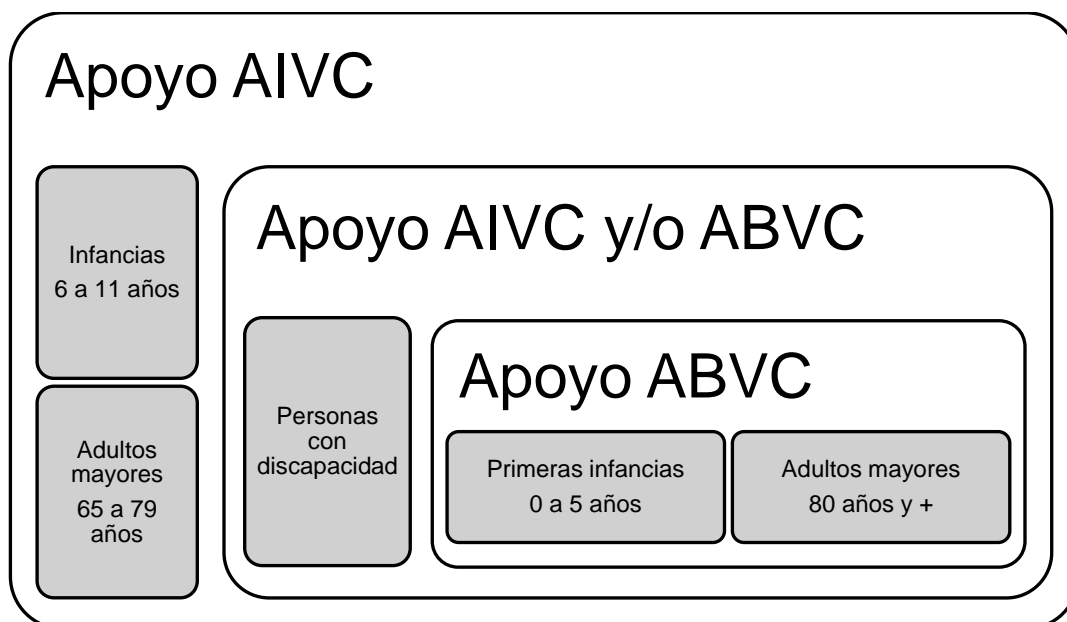
Con la metodología de ONU Mujeres (2022b), se considera que una persona cuenta con dependencia funcional si presenta dificultades en al menos una ABVD, y dependencia funcional grave si se le dificulta realizar dos o más. Para el caso de la adquisición de autonomía, una persona tiene un grado funcional de autonomía si solo necesita asistencia para realizar las AIVC, mientras que aquella que está en proceso de adquirir autonomía, pero en un grado que aun no es funcional, requiere apoyo para llevar a cabo las ABVC.

Con estas características, en este trabajo **se toma como población potencial de cuidados en la CM a las personas receptoras de cuidados directos como son las infancias que día con día están en proceso de construcción de sus autonomías en las distintas etapas de su vida, y que a su vez se dividen en dos grupos de acuerdo con su grado de**

autonomía: las primeras infancias de 0 a 5 años y las infancias de 6 a 11 años. Por otra parte, también son poblaciones potenciales las personas dependientes que van perdiendo gradualmente su autonomía, sea por su edad o condiciones fisiológicas: los adultos mayores (65 a 79 años y 80 años o más, según su grado de dependencia) y las personas con alguna discapacidad.

Todas estas poblaciones son dependientes en distintos grados, pero una parte prescindirá de serlo en cuanto adquiera total autonomía (infancias), mientras que aquella que la vaya perdiendo, aumentará su grado de dependencia.

Gráfico 8. Clasificación de la población potencial de cuidados directos en la CM, de acuerdo con el apoyo que requiere para las AVC



Fuente: elaboración propia con base en ONU Mujeres (2022b).

Como se ha mencionado, estas actividades de cuidado directo solo son posibles gracias a la interacción entre su productor y el receptor. Por ello, se incluye en la población potencial beneficiaria a las personas que brindan estos servicios o apoyos, que se encuentran en una edad intermedia (12 a 64 años, y que son mujeres la mayoría de los casos), consideradas económicamente activas o no, pero con cargas de trabajo de cuidados bajas, medias o intensas.

Una vez identificada a la población que potencialmente podría ser objetivo de cuidados, se buscó complementar con otras de las metodologías revisadas para aplicar técnicas de simplificación y cuantificación de su demanda potencial, para posteriormente, caracterizarla. La elección de la metodología complementaria se realizó en función de la información disponible para la CM sobre estas poblaciones.

Si bien todas las actividades de cuidado son heterogéneas, su cuantificación es necesaria para poder construir un sistema eficaz. Esto implica que se debe comenzar por medir aquellos aspectos que son más fáciles de ponderar, tales como el número de personas dentro de estos grupos poblacionales o la cantidad de tiempo de cuidado que se les destina de acuerdo con su nivel de dependencia. Personas con grados de dependencia funcional grave requerirán de más horas de cuidado que aquellas que tienen un grado menor.

Dado que una gran parte del cuidado se realiza sin una remuneración, su medición respecto a su importancia en otros aspectos de la vida social y económica es bastante precaria; por lo que la mayoría de los indicadores existentes hasta el momento, se basan en la cantidad de tiempo que se dedica para su ejecución, por lo que esta información es una primera aproximación que se tiene para su cuantificación. Otros indicadores utilizados son las tasas o ratios de dependencia demográfica entre dos grupos poblacionales: los consumidores y los productores de cuidado (EMAKUNDE, 2021).

Los indicadores de dependencia son bastante simples, pero se utilizan para comparar cómo ha evolucionado la dependencia en un determinado territorio según las transformaciones de su estructura demográfica, conocer a grandes rasgos la distribución del cuidado, sus tendencias y variaciones en distintos escenarios, así como realizar predicciones. Estos ratios o tasas se expresan en porcentajes (Durán, 2017; 2014; EMAKUNDE, 2021).

Según datos proporcionados por el Censo de Población y Vivienda 2020 del INEGI, hoy en día la tasa de dependencia de la CM es la siguiente:

Tasa de dependencia CM= [(Población de 0 a 11 años + Población mayor de 65 años)] / [(Población de 12 a 64 años)]

Tasa de dependencia CM= [(1, 284, 819) + (1, 022, 105)] / [(6, 903, 020)]

Tasa de dependencia CM= (2, 306, 924) / (6, 903, 020)

Tasa de dependencia CM= 33.42%

Esta estimación de la demanda de cuidados presenta información a grandes rasgos, sin embargo, es importante conocer el volumen o cantidad del cuidado³ que necesita la población, la cual depende en gran medida de la estructura demográfica, es decir, entre mayor sea la proporción de infantes, adultos mayores y personas con discapacidad, la necesidad y demanda⁴ de este aumentará y los grupos de población con edad intermedia serán los encargados de satisfacerla. A esto se agregan otros factores como el aspecto ideológico dominante que designa a quiénes son responsables del cuidado en función de su género, edad y relación con el mercado de trabajo (Durán, 2017).

Por ello, además de la tasa de dependencia –un indicador sumamente simple–, existen otros métodos complementarios que son utilizados por organismos internacionales como Naciones Unidas y en algunos países como España, Francia; o de ALyC como Colombia y Argentina

Escala Durán y su metodología para cuantificar la demanda

Una de estas metodologías es la escala Durán o escala Madrid-II, que es uno de los índices-baremos más sencillos dentro del universo, y que ha servido para la creación de muchas otras escalas. Esta sirve para ponderar de manera diferenciada la demanda de cuidados, acorde a cada grupo de edad de la

³ El volumen de cuidado es la carga o cantidad de cuidado que requiere una persona o que es asumido por otra en un periodo determinado (ONU Mujeres, 2021).

⁴ Para autoras como María Ángeles Durán (2017) la necesidad y demanda son dos conceptos diferentes, dado que no todos los grupos que tienen alguna carencia son conscientes de ello, por tanto, pierden la capacidad de expresar y convertir la necesidad que presentan en forma de demanda. No obstante, la misma autora (y creadora de la Escala Durán, implementada en este trabajo de investigación) sugiere que, con intenciones de simplificar el tratamiento de los datos disponibles en la mayoría de los países, es posible considerar como sinónimos los conceptos de: demanda, necesidad, consumo y producción de cuidados, tal como se implementan en otras escalas e indicadores, utilizados por organismos internacionales como Naciones Unidas o la OCDE, para medir una demanda de cuidados simple.

población⁵, y que puede ser cuantificada con indicadores demográficos captados por los censos y padrones, disponibles en una gran cantidad de países y que, a su vez, la vuelve comparable internacionalmente (Durán, 2017; ONU Mujeres, 2021). México cuenta con información desagregada a nivel subnacional o estatal, suficiente para la aplicación de esta escala.

La escala Durán destina a los distintos grupos de edad una puntuación con base en su consumo de unidades de cuidado, las cuales corresponden a la cantidad de tiempo que demanda un conjunto de la población de acuerdo con su edad (Durán, 2014). Una unidad de cuidado es equivalente a la cantidad media de tiempo de cuidado que consumen las personas de referencia que se encuentran entre una edad de 15 a 64 años (EMAKUNDE, 2021).

Los países que la han implementado han realizado ajustes en la ponderación por edad de los distintos grupos poblacionales, según sus realidades, preferencias o la captación de la información que realizan respecto de su población y sus características sociodemográficas (ONU Mujeres, 2021).

Es útil para crear escenarios de distribución, ya que permite dividir la demanda agregada y específica de cuidados entre la oferta pública o privada de servicios o entre otros grupos poblacionales, capaces de satisfacerla (Durán, 2014). Por ello, esta escala se considera un indicador más complejo que las tasas de dependencia, calculadas la mayoría de las veces, dado que permite medir los distintos grados de dependencia poblacional, lo que presupone mayor utilidad para el diseño de políticas públicas para anticipar los recursos –humanos y operativos– necesarios para trasladar los servicios de cuidado desde los hogares al ámbito público o privado –mercado– (EMAKUNDE, 2021).

La puntuación de esta escala se divide por grupos poblacionales, el primero es el de las edades centrales o conocido también como grupo de

⁵ Utiliza cinco intervalos de edad para realizar sus estimaciones (EMAKUNDE, 2021).

referencia, ya que, en promedio, consume una unidad de cuidados y normalmente esta población potencialmente activa se considera la población de cuidadores potenciales en la mayoría de los países. El segundo grupo es el de las poblaciones de la primera infancia o niñas y niños de 0 a 4 años y adultos mayores de 80 años, quienes reciben la mayor ponderación en la escala con tres puntos. El tercer grupo son las infancias de 5 a 14 años y personas de 65 a 79 años, con una puntuación de dos unidades de cuidado (Durán, 2017).

Cuadro 16. Ponderación de la escala Durán

Unidades de cuidado (puntaje)	Grupo poblacional	Edad
1	Grupo de referencia/ cuidadores potenciales	15 a 64 años
2	Infancias	5 a 14 años
	Adultos mayores	65 a 79 años
3	Primeras infancias	0 a 4 años
	Adultos mayores	80 años o más

Fuente: elaboración propia con base en información de Durán (2014; 2017)

Cabe aclarar que esta escala no incluye a las personas con alguna discapacidad dentro del puntaje, debido a que según su autora, en el mejor de los casos las discapacidades con las que cuentan las personas no les generan algún grado de dependencia, aunque esta no siempre es la regla y estas no están exentas de presentar dependencia debido a su condición (Durán, 2014).

Como se ha mencionado anteriormente, los países que han implementado esta escala para ponderar su demanda de cuidados han tenido que realizar modificaciones en los grupos de edad acorde a sus necesidades. Es por ello que, para esta investigación, la escala se ajusta a los parámetros mexicanos para los grupos de referencia y de las infancias.

En México, de acuerdo con el artículo 5° de la Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, se consideran infantes a las y los mexicanos menores de 12 años. En cuanto a la edad de la primera infancia,

esta abarca de los 0 a los 5 años, según la Estrategia Nacional de Atención a la Primera Infancia del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Esto modifica entonces la edad de las personas que conforman o que se toman como grupo de referencia –o cuidadores potenciales–, ya que pasa a considerar dentro del mismo a las personas de 12 a 64 años, y no de 15 a 64 años como lo establece originalmente la escala Durán.

Como toda metodología, esta escala en su versión básica, tal como su autora refiere, no ofrece una diferencia entre la demanda satisfecha e insatisfecha por los cuidadores que son o no remunerados, voluntariados o las instituciones del sector público o privado. Aun cuando se tuviera información sobre la oferta de servicios de cuidado existente en un determinado territorio, la estimación solo permite obtener un panorama de la demanda potencial. Esto es una aportación similar a la que ofrece el Mapa de Cuidados (MACU) del Instituto Nacional de las Mujeres, el cual presenta como indicadores las tasas de demanda potencial de distintas poblaciones, mediante una razón entre el número total de personas de una determinada unidad geográfica –en este caso, desagregada hasta nivel municipio/alcaldía– que requieren cuidados y el número de establecimientos contabilizados en esa delimitación territorial (INMujeres, ONU Mujeres y COLMEX, 2023a)

Al igual que la escala Durán, el MACU no puede ofrecer una estimación de la demanda objetivo, ya que la información que actualmente está disponible para su valoración –extraídas de la misma fuente de información oficial que este trabajo consulta⁶–, no permite conocer cuánta población efectivamente requiere de servicios de cuidado, ya sea porque no puede acceder a ellos, decide no hacerlo o porque no está consciente de que los necesita o que pueden ser proporcionados.

⁶ La información es la proporcionada por el INEGI: el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), el Censo de Población y Vivienda 2020 y las Características del Entorno Urbano 2020 (INMujeres, ONU Mujeres y COLMEX, 2023b).

Sin embargo, estas metodologías en primera instancia permiten una estimación más compleja que aquellas obtenidas por ratios o tasas de dependencia de cuidados de toda población en su conjunto, y a su vez es más accesible de obtener, a diferencia de otras mediciones que son más complejas de calcular debido a que requieren información perfecta respecto a la demanda y oferta de la población (Durán, 2014). Esta información de la demanda obtenida con la aplicación de metodologías similares, ha permitido a algunos países tener una aproximación de la demanda de cuidados de sus poblaciones –aunque sea potencial–, y han sido un punto de partida para la toma de decisiones en el diseño de los SC que se han implementado, al tener una noción de la cuantificación de los recursos humanos y materiales que se necesitan para atenderla, sea de forma gradual o completa, que en el mejor de los casos, siempre es la primera opción.

Ahora bien, debido a que la escala Durán excluye a la población con discapacidad dentro de su metodología para cuantificar la carga de cuidados que requiere, ya que considera que el concepto de discapacidad no es sinónimo de dependencia en el mejor de los casos, la cuantificación de su demanda se basa en el total de personas que reportaron tener una discapacidad que posiblemente les dificulte realizar alguna de las ABVC o AIVC en las fuentes de información oficiales aquí consultadas.

Es importante mencionar que, la información disponible está limitada a recuperar datos sobre la cantidad de personas que reportan tener alguna discapacidad y si esta es limitante en su vida cotidiana. No obstante, se desconoce en qué tareas o actividades diarias específicamente presentan mayor dificultad que en otras. Esta limitante de información impide aplicar alguna otra metodología, como son los baremos o índices de dependencia, para ponderar el grado de dependencia, debido a que no existe un registro completamente definido del grado de limitación –total, alto, moderado, bajo o nulo– de esta población, solo se especifica si su discapacidad es funcional o no lo es.

Por ello, en este trabajo se considera que las personas potencialmente demandantes de cuidados directos son aquellas que en las bases de datos se presentan como personas con discapacidad –realizan con mucha dificultad o no pueden hacer ABVC–, y no aquellas que cuentan con alguna limitación, que al final de cuentas, les permiten realizar sus actividades diarias sin tanta dificultad.

Otra restricción que se presenta en la información disponible de la población con discapacidad es que su cuantificación está estratificada por grupos quinquenales, por tanto, las edades que se toman para estimar la demanda de este grupo son las que van de los 15 a los 64 años, y no de 12 a 64 años como se maneja en los cálculos del resto de las poblaciones.

La cuantificación de la demanda potencial de cuidados es importante para conocer la magnitud de las necesidades de cuidados presentes en una población de un determinado territorio, sin embargo, además de conocer la cantidad de tiempo de cuidados que requieren para satisfacer sus necesidades, se debe profundizar en la caracterización de los diversos cuidados que requieren estas poblaciones, para así poder definir una población objetivo, primordial para el diseño políticas públicas que busquen atender esta problemática de demanda de cuidados no satisfecha.

Crterios de elegibilidad de población beneficiaria de servicios de cuidado para caracterizar la demanda

Una de las premisas al momento de identificar qué alternativas tomar para el diseño de las políticas públicas es el costo económico, conocido también como la restricción presupuestaria con la que se cuenta. Esta limitante requiere simplificar los criterios de selección de la población objetivo que puede ser atendida por dicha política, considerando que, entre mayor sea la mayor cantidad de beneficiarios, la calidad de los servicios o beneficios a otorgar puede disminuir proporcionalmente (Medellín, 2020).

Por ello, la metodología para estimar costos e impactos económicos de los servicios de cuidados de ONU Mujeres (2022b), propone algunos criterios de elegibilidad para la población beneficiaria de estos, los cuales pueden a su vez aplicarse de manera conjunta o por etapas, para llevar a cabo un despliegue progresivo de las acciones a implementar en materia de cuidados. Los criterios marcados por esta metodología son los siguientes:

1. Edad de las personas usuarias
2. Grado de dependencia
3. Situación de vulnerabilidad socioeconómica
4. Criterios espaciales o geográficos (ONU Mujeres, 2022b).

Para decidir cuáles de estos criterios de elegibilidad de población objetivo pueden ser considerados en el diseño de políticas de cuidado o un SC, es necesario caracterizar a la población que presenta los mayores niveles de demanda potencial de cuidados, tomando como referencia dichos criterios o variables.

Por ello, dentro de las variables a considerar para identificar a la población objetivo de cuidados de la CM, tomando como referencia la información disponible sobre sus características socioeconómicas y territoriales, en este trabajo se analizan solo las siguientes:

Cuadro 17. Criterios de elegibilidad de la población demandante de cuidados de la CM

Criterios de elegibilidad de la población demandante de cuidados
<p>a) Vulnerabilidades socioeconómicas de los demandantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Situación de pobreza -Necesidades básicas insatisfechas (NBI): salud, seguridad social y educación <p>b) Ubicación geográfica:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Distribución demográfica de los demandantes -Porcentaje de pobreza y NBI por alcaldías demandantes

Fuente: elaboración propia con base en las variables propuestas para medir volumen de cuidados y tipo de cuidados según (Durán, 2017; Michel, Torres, Lugo, & Cejudo, 2020).

El análisis de la caracterización de la demanda de cuidados de la CM es un segundo paso para contar con un panorama más amplio, o bien, un perfil de

las personas que requieren cuidados, pero no los reciben, esto con base en las características que presentan, mismas que se relacionan con el acceso a los servicios de cuidado actuales, públicos y privados, así como el TCNR que proporcionan las mujeres en los hogares.

Esto permitirá comenzar a pensar en algunas alternativas de implementación de un SC en la entidad que se concentre en la población objetivo de cuidados y los componentes del mismo, que actualmente no es atendida por ninguna oferta existente y por consiguiente, requiere de una atención más apremiante, para la garantía de sus derechos, entre ellos, el de cuidado.

Esta información puede ser contemplada por los tomadores de decisiones y a su vez, complementarla con otros análisis realizados a la oferta efectiva de servicios de cuidado actual en la CM. Si bien, es importante conocer qué población requiere que se le garantice el derecho al cuidado, también es importante identificar las herramientas y acciones que atienden actualmente a la población y garantizar este derecho, para así comenzar a pensar en la implementación de un SC que mayor se adecue a las necesidades apremiantes actualmente, es decir: las que faltan por atender.

VII. Cuantificación y caracterización de la demanda de cuidados de la Ciudad de México

Cuantificación de la demanda potencial de cuidados

A continuación, se realiza la cuantificación de la demanda de cuidados en la CM mediante la aplicación de la Escala Durán.

La estimación aquí presentada es una de las versiones simples de la escala, esto debido a la información disponible en los datos censales de 2020 para la CM, los cuales correspondieron a la población total de la CM, desagregada por grupos etarios y que permite conocer la demanda potencial de cuidados, mas no la efectiva. No obstante, permite dividir esta demanda agregada y específica de cuidados para las diferentes edades.

Como se ha mencionado, una de las particularidades que tiene la población demandante de cuidados es su curso de vida, por lo que dicha estimación se realiza con esta característica y no por las condiciones fisiológicas de la población.

Esto significa que dicha cuantificación excluye, intencionalmente, a la población que presenta algún tipo de discapacidad porque, de acuerdo con su autora, en el mejor de los casos, es un grupo que a pesar de contar con limitaciones físicas o mentales, estas no la convierte automáticamente en dependiente de otras personas. Por ello, la cuantificación de la demanda de cuidados de la PCD se realiza de forma distinta a la escala y con base en la información disponible para ello, relacionada con el grado de limitación.

Para su aplicación se realizaron adecuaciones a las edades de dos grupos: las infancias, las cuales en México se consideran de 0 a 11 años y no hasta los 14, como lo cuantifica la escala Durán; y el grupo de referencia –o cuidadores potenciales–, que comprende a las personas de 12 a 64 años y no de 15 a 64 años. Si bien es cierto que la edad del grupo de referencia considera a menores de edad en su estimación, desafortunadamente es una realidad que sucede en el país y que se puede comprobar con las mediciones de la

población que realiza el TCNR, según las fuentes de información aquí consultadas.

Las ponderaciones realizadas específicamente a cada grupo etario se presentan con unidades de cuidado (UC) como unidad de medida de la demanda de estos grupos, la cual es equivalente a la cantidad de tiempo de cuidados que se requiere para la satisfacer las necesidades básicas. Por ejemplo, las poblaciones más dependientes requieren mayores cuidados, por lo que se les asigna 3 UC, en comparación con el grupo de referencia, que en promedio demanda menos cuidados o 1 UC y por el contrario, los otorga.

Asimismo, en esta estimación se presenta la medición de la tasa de dependencia de los distintos grupos etarios, ubicada en la última columna del Cuadro. 18, llamada: Ratio UC / Pob. 12-64 años, que muestra la distribución de estas UC entre la población encargada de su satisfacción.

Por último, gracias a la información proporcionada por las proyecciones de la estructura demográfica de la CM en un periodo de 30 años, la estimación de la demanda de cuidados potencial o agregada se pudo realizar para conocer escenarios futuros y determinar si existirán modificaciones en su cuantificación, derivadas de los cambios demográficos que la ciudad experimentará en los años venideros.

Lo anterior, además de facilitar el diseño de alternativas de implementación como parte del SC, con una temporalidad establecida y cuantificación de la población que requiere ser atendida, permite prever asimismo estrategias o acciones que permitan reducir la incidencia y agravamiento del problema público en el futuro.

Cuadro 18. Cuantificación de la demanda potencial de cuidados diferenciada en la CM, año 2020, 2035 y 2050 con la metodología de la Escala Durán

	Población (millones)			Población (porcentaje)			Unidades de cuidado (millones)			Unidades de cuidado (porcentaje)			Ratio UC / Pobl. 12-64 años		
	2020	2035	2050	2020	2035	2050	2020	2035	2050	2020	2035	2050	2020	2035	2050
Pob. 0-5	592.1	435.8	296.9	6.4	4.9	3.7	1,776.3	1,307.5	890.8	14.4	10.8	7.6	0.3	0.2	0.2
Pob. 6-11	692.7	452.7	318.6	7.5	5.1	4.0	1,385.5	905.4	637.1	11.2	7.5	5.4	0.2	0.1	0.1
Pob. 12-64	6,903.0	6,398.9	5,356.1	75.0	72.3	66.6	6,903.0	6,398.9	5,356.1	56.0	52.8	45.7	1.0	1.0	1.0
Pob. 65-79	799.2	1,183.5	1,387.1	8.7	13.4	17.2	1,598.3	2,367.0	2,774.1	13.0	19.5	23.7	0.2	0.4	0.5
Pob. 80 +	222.9	383.3	688.8	2.4	4.3	8.6	668.8	1,149.9	2,066.6	5.4	9.5	17.6	0.1	0.2	0.4
Total	9,209.9	8,854.2	8,047.5	100	100	100	12,331.9	12,128.7	11,724.7	100	100	100	1.8	1.9	2.2

Fuente: elaboración propia con base en la escala Durán y datos obtenidos del Censo de Población y Vivienda 2020 y Proyecciones de la población 1950-2070, ambos para la CM (INEGI, 2020b; CONAPO, s.f.).

En la estimación realizada a la demanda potencial de cuidados de la población de la CM, mediante la escala Durán, se observa que la población infantil fue el grupo etario con mayor volumen de cuidado en 2020, dado que es de las poblaciones potenciales con mayor densidad, representa el 14 por ciento de la población total.

Dentro de la población infantil, las primeras infancias –0 a 5 años– presentan un volumen de cuidado más alto que las infancias de 6 a 11 años. Las primeras requieren dos por ciento más cantidad de cuidado que las segundas, lo que se representa con 14 y 12 unidades de cuidado (UC) respectivamente.

El grupo de adultos mayores, en 2020 representó 11 por ciento de la población de la CM, por lo que la carga de cuidados que requirió fue menor a la de los infantes, 7.2 por ciento menos UC para ser exactos. Este escenario está prospectado a durar al menos 15 años.

Debido a los cambios demográficos, la carga de cuidados que proporcionará la población de 12 a 64 años en 2035 será o requerirá ser mayor para atender a las necesidades de los adultos mayores que de las infancias.

En 2035, la tasa de dependencia infantil será de 0.3 por ciento, mientras que la de dependencia de la vejez se duplicará, pues pasará de 0.3 a 0.6 por ciento.

Para 2050, la demanda de cuidados que requerirá la población de adultos mayores tendrá un crecimiento desacelerado. Se necesitará mayor trabajo de cuidados equivalente a 41.3 por ciento de UC, esto es, 28.3 por ciento más que la cantidad que requerirá la población infantil para satisfacer su demanda.

Esta carga de cuidados sobre la población de referencia hará que la tasa de dependencia de la vejez sea de 0.9 por ciento, tres puntos porcentuales mayor que en 2035.

Cuadro 19.1. Estimación de la demanda potencial de cuidados de personas con discapacidad en CM, 2020

Población con discapacidad 15 a 64 años		Población con limitación 15 a 64 años		Población 15 a 64 años (Total CM)
Absoluto	Porcentaje	Absoluto	Porcentaje	
235, 205	3.6	731, 010	11.2	6,525,440

Fuente: elaboración propia con base en la información obtenida del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020b).

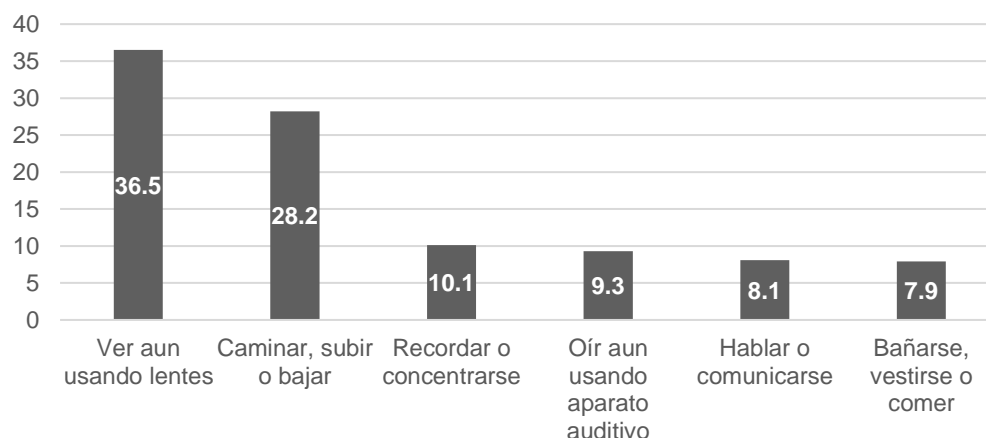
La estimación de la demanda potencial de cuidados de las PCD en la CM se realiza al grupo de 15 a 64 años, debido a la desagregación de los datos disponibles.

Asimismo, para efectos de la cuantificación de la demanda potencial de cuidados se realizó con la estimación de la PCD que es aquella que presenta limitaciones graves o muy graves, de acuerdo con los datos disponibles, y que requiere de cuidados de tipo directo, lo que las convierte en dependientes de otras personas en comparación con la población con limitaciones menores o moderadas, que no requieren asistencia de terceros para realizar sus ABVC.

La cuantificación de la demanda potencial de cuidados de la PCD, representa el 3.6 por ciento de la población de 15 a 64 años, equivalente a 235 mil 205 personas. Debido a la falta de información que permita conocer si el grado de limitación o dependencia es grave o muy grave, la cuantificación de la cantidad de cuidados –como se realiza con las UC de la escala Durán– no es aplicable a esta estimación de demanda.

Poco más de la mitad de la PCD son mujeres, quienes representan 51 por ciento del grupo, mientras que los hombres el 49 por ciento restante. Del mismo modo, la demanda potencial se concentra en las PCD de tipo visual –36.5 por ciento–, es decir, que no pueden ver aun usando lentes; de tipo motriz –28.2 por ciento– que les impide caminar, subir o bajar; y de tipo mental –10.1 por ciento– que no les permite recordar o concentrarse en la realización de las ABVC y/o AIVC (INEGI, 2020b).

Gráfico 9. Concentración de la demanda potencial de cuidados de PCD en CM, por tipo de discapacidad



Fuente: elaboración propia con base en la información obtenida del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020b).

Caracterización de la demanda de cuidados de la Ciudad de México

Una vez identificada la cantidad de cuidados potencial que requiere cada población, corresponde construir una caracterización de cada uno de estos grupos, considerados hasta ahora, población potencial que demanda cuidados en la CM. Esta caracterización se basa en la información requerida de esta población para la elección de criterios de elegibilidad de la población objetivo de SC, de acuerdo con la bibliografía especializada aquí referida.

La caracterización de esta demanda se enfoca en las variables de: vulnerabilidades socioeconómicas y ubicación geográfica de la población demandante de cuidados de la CM.

Variable A. Vulnerabilidades socioeconómicas de la población potencial demandante de cuidados

- **Situación de pobreza**

De acuerdo con la medición de pobreza 2020 realizada por el Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (Evalúa CDMX), la población que presenta el grado de pobreza total más alto es la de primeras infancias, con un

porcentaje de 73 por ciento; seguida de la población infantil de 6 a 11 años con 69 por ciento; después la PCD y 57 por ciento; y finalmente los adultos mayores, que presentaron el porcentaje menor, equivalente a 37 por ciento.

Cuadro 20. Porcentaje de pobreza de la población receptora de cuidados en la CM, 2020

Situación de pobreza	Primeras Infancias 0 a 5 años	Infancias 6 a 11 años	Adultos mayores de 60 años y +	PCD	CM
Pobreza extrema^{1*}	35.3	29.8	13.9	25.0	16.8
Pobreza moderada	37.7	38.9	22.7	31.6	40.7
Pobreza Total²	73.0	68.7	36.6	56.7	57.4
Sin pobreza³	27.0	31.3	63.4	43.3	42.6

¹Pobreza extrema: pobreza muy alta + alta

²Pobreza total: pobreza extrema + moderada

³Estratos de satisfacción mínima, medio y alto

Fuente: elaboración propia con base en el Cuadro 3 y 6 para grupos específicos (discapacidad y grupos de edad) de la Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) 2016-2020, de Evalúa CDMX (2020).

Asimismo, como puede observarse en el cuadro anterior, las únicas poblaciones que rebasan el porcentaje de pobreza total –compuesto por el de pobreza extrema y moderada– de la CM, equivalente al 57.4 por ciento, es el de las primeras infancias e infancias de 6 a 11 años.

Ya que esta medición de la pobreza es de carácter multidimensional, pues se compone de las variables de ingresos, necesidades básicas insatisfechas (NBI) y de tiempo, valora dentro de las subdimensiones de las NBI el acceso a servicios que se proporcionan para cubrirlas.

- **Necesidades básicas insatisfechas: salud, seguridad social y educación**

Dentro de estas se encuentran las carencias a los servicios de salud, seguridad social y educación de la población, por lo que estas permiten vislumbrar si es que la población demandante de cuidados tiene acceso a

estos servicios, donde directamente se realizan actividades de cuidado y, por ende, cubrir sus necesidades gracias a la asistencia de terceros.

Cuadro 21. Porcentaje de necesidades básicas insatisfechas de la población potencial demandante de cuidados en la CM, 2020

Necesidad básica insatisfecha	Primeras Infancias 0 a 5 años	Infancias 6 a 11 años	Adultos mayores de 60 años y +	PCD	CM
Salud	39.2	34.5	15.9	28.3	24.9
Seguridad Social	46.7	41.7	20.5	37.7	25.5
Educación	3.2	2.7	N.A.	48.2	24.2

Fuente: elaboración propia con base en el Cuadro 3 y 6 para grupos específicos (discapacidad y grupos de edad) de la Medición Integrada de la Pobreza (MMIP) 2016-2020, de Evalúa CDMX (2020).

1. NBI: salud

Las poblaciones que presentan mayor carencia en acceso a servicios de salud fueron los de las primeras infancias e infancias de 6 a 11 años (39 y 34 por ciento, respectivamente), muy por encima del porcentaje de la CM. Otro de los grupos que superó, aunque en menor medida, el porcentaje estatal en esta carencia fue el de PCD.

Estos servicios son de suma importancia para la atención y cuidados de la población capitalina, ya que, para efectos de garantizar su derecho a la salud, el gobierno está obligado a ofrecer asistencia sanitaria básica mediante la protección, promoción y restauración el bienestar físico y mental de la población, la medicina preventiva; así como el control, tratamiento y prevención de enfermedades, lesiones y accidentes; la atención materno-infantil; la salud mental, entre otras acciones para mejorar la calidad de vida de los usuarios.

2. NBI: seguridad social

La presencia de la anterior NBI, de la población infantil puede deberse a que, esta es una de las poblaciones demandantes de cuidados que presenta también una carencia mayor en el acceso a la seguridad social, en

comparación con los AM o la población total de la CM; ya que los superan casi al doble en la insatisfacción de esa necesidad básica: 46.7 y 41.7 por ciento de las infancias, contra el 20.5 y 25.5 por ciento de los AM y CM.

Lo anterior significa que las infancias, no son sujetos del beneficio que se proporciona con las prestaciones que les corresponden a los asegurados – en este caso, a sus padres o tutores–, mismas que buscan cubrir los cuidados: seguro de guarderías y prestaciones sociales, así como el seguro de maternidad, aunque se proporcione para las madres de los infantes, les permite cubrir, asimismo, sus necesidades de cuidado.

Respecto a la PCD, 38 por ciento no cuenta con acceso a los servicios de seguridad social ni sus prestaciones derivados de ellos. Esto en parte puede deberse a que la afiliación al sistema se realiza generalmente por régimen obligatorio, es decir, a los trabajadores del sector formal. Y el aseguramiento que se les da comprende los riesgos de trabajo, enfermedades, invalidez y vida, entre otros.

3. NBI: educación

Finalmente, la insatisfacción de la necesidad básica referente a la educación resulta ser baja en las poblaciones infantiles. Solo 2.9 por ciento de las niñas y niños no asisten a la escuela o espacios educativos, en donde también se realizan tareas de cuidado, tanto directo como indirecto, por parte del personal docente y a cargo de las infancias usuarias, como por ejemplo, personas físicas o morales.

Actualmente, esta oferta de cuidados se proporciona en las Escuelas de Tiempo Completo, algunas con servicios de provisión de alimentos; los Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS); Estancias Infantiles del Sistema DIF CDMX, para personas en situación de vulnerabilidad; Centros de Atención Múltiple (CAM) para atención a NNA con alguna discapacidad; Centros de Atención y Cuidado Infantil para la Ciudad de México (CACI) atendidos por personas físicas o morales para brindar oferta de servicios de cuidados y atención a primeras infancias de 0 a 5 años, públicos, privados o comunitarios.

Variable B. Ubicación geográfica de la demanda

- **Distribución demográfica de la población potencial demandante**

La distribución de la población potencial demandante de cuidados en las 16 alcaldías que conforman el territorio de la CM se presenta en el siguiente cuadro, asimismo, se muestra el porcentaje que representan respecto a la población total en cada una de ellas.

Cuadro 22. Ubicación geográfica de la demanda de cuidados en la CM

	Alcaldía	Infancias	PCD 15-64	AM	Población alcaldía	% población alcaldía
1	Coyoacán	70,329	14,338	90,448	614,447	28.50
2	Iztapalapa	284,419	54,172	174,312	1,835,486	27.94
3	La Magdalena Contreras	36,431	6,967	26,066	247,622	28.05
4	Milpa Alta	28,290	4,167	10,741	152,685	28.29
5	Álvaro Obregón	105,229	18,061	83,813	759,137	27.28
6	Tláhuac	65,278	11,715	29,603	392,313	27.17
7	Tlalpan	99,502	17,393	74,056	699,928	27.28
8	Xochimilco	68,865	12,014	40,693	442,178	27.49
9	Iztacalco	53,833	11,009	49,074	404,695	28.15
10	Cuauhtémoc	65,357	13,397	64,291	545,884	26.20
11	Venustiano Carranza	61,188	11,625	54,234	443,704	28.63
12	Azcapotzalco	54,696	10,616	54,863	432,205	27.81
13	Miguel Hidalgo	49,475	7,408	50,183	414,470	25.83
14	Gustavo A. Madero	165,322	31,425	141,375	1,173,351	28.82
15	Cuajimalpa de Morelos	35,877	4,034	16,760	217,686	26.03
16	Benito Juárez	40,728	6,864	61,593	434,153	25.15
	CM	1,284,819	235, 205	1,022,105	9,209,944	27.41

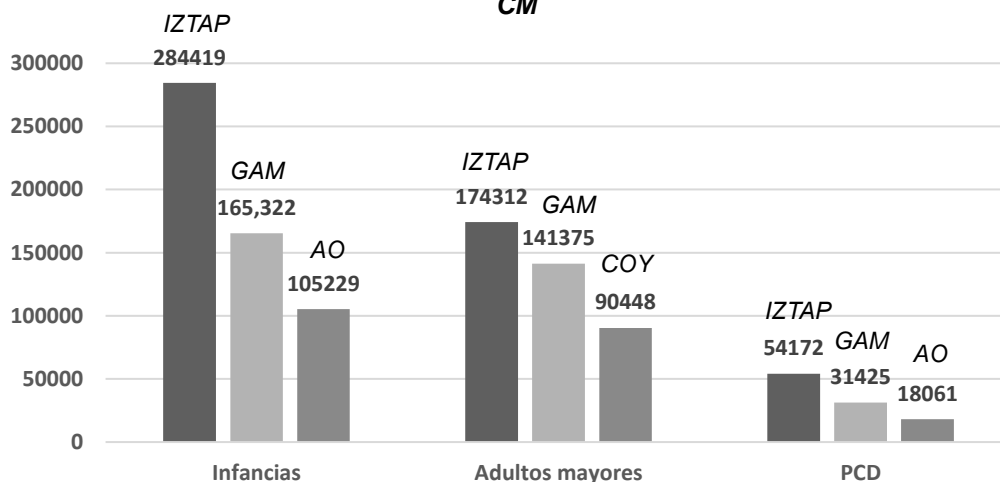
Fuente: elaboración propia con base en información del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020b).

Como se puede observar, el promedio de población que demanda potencialmente cuidados en la CM por alcaldía es de 27.4 por ciento, sin embargo, en Gustavo A. Madero, Venustiano Carranza y Coyoacán el porcentaje de demandantes es mayor respecto a su población total: 28.8, 28.6 y 28.5 por ciento, respectivamente.

Por su parte, Cuajimalpa de Morelos, Miguel Hidalgo y Benito Juárez son las alcaldías donde la población demanda, en menor medida, asistencia o actividades de cuidado: 26.0, 25.8 y 25.1 por ciento, respectivamente.

Asimismo, la mayor distribución de los tres grupos principales demandantes de cuidados se centra en las alcaldías Iztapalapa, Gustavo A. Madero (GAM), Álvaro Obregón (ÁO) y Coyoacán; posiblemente porque son aquellas que concentran una mayor densidad poblacional en la CM:

Gráfico 10. Alcaldías con mayor población potencial demandante de cuidados en la CM



Fuente: elaboración propia con base en información del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2020b).

- **Alcaldías que concentran demanda de cuidados y su nivel de pobreza total y NBI**

A continuación, se muestra el porcentaje de pobreza total y de NBI – específicamente las analizadas en la población demandante–, que presentan las 16 alcaldías de la CM, esto con la finalidad de identificar cuales son los

porcentajes de pobreza total –conjunto de la extrema y moderada– y NBI de las cuatro alcaldías que concentran mayoritariamente la demanda potencial de cuidados en la CM.

Cuadro 23. Porcentaje de NBI y pobreza total en las alcaldías de la CM

Alcaldía		Pobreza total ¹	NBI: educación	NBI: Seguridad Social	NBI: Salud
1	Azcapotzalco	49.9	20.0	29.1	30.1
2	Coyoacán	45.6	16.2	35.7	33.3
3	Cuajimalpa de Morelos	53.2	24.5	42.0	35.7
4	Gustavo A. Madero	56.5	22.5	34.6	35.8
5	Iztacalco	53.2	20.0	34.7	35.4
6	Iztapalapa	68.4	28.8	46.9	50.2
7	La Magdalena Contreras	63.3	28.4	41.3	40.4
8	Milpa Alta	80.0	32.1	63.6	67.6
9	Álvaro Obregón	57.6	25.2	40.3	37.3
10	Tláhuac	67.6	28.6	47.6	51.3
11	Tlalpan	61.6	24.9	45.9	45.7
12	Xochimilco	70.9	28.6	51.5	51.6
13	Benito Juárez	28.8	8.1	32.0	26.0
14	Cuauhtémoc	47.2	16.6	38.7	34.3
15	Miguel Hidalgo	42.3	14.8	33.8	26.2
16	Venustiano Carranza	58.4	22.5	40.4	40.2
CM		57.4	23.1	40.8	40.4

¹Pobreza total: pobreza extrema + moderada

Fuente: elaboración propia con base en los Cuadros 1, 1.2, 1.8 y 1.9 de las Dimensiones del NBI por Alcaldías 2015 y 2020, de Evalúa CDMX (2020b).

La alcaldía Iztapalapa concentra la mayor población potencial demandante de cuidados –infancias, AM y PCD–, y es la tercera demarcación con el porcentaje más alto de pobreza total: 68.4 por ciento. También es una de las tres alcaldías

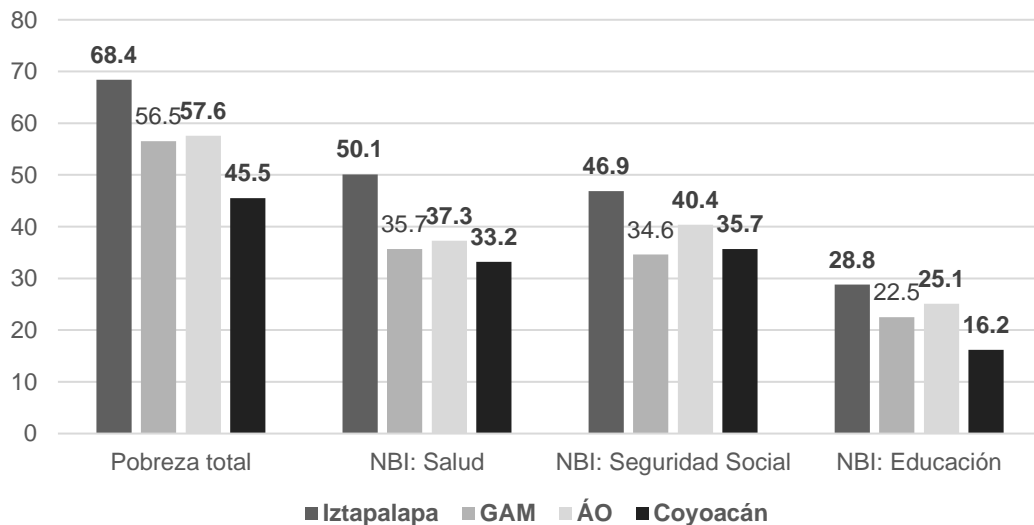
con mayor porcentaje de NBI en educación con 28.8 por ciento, y la cuarta con NBI en salud y seguridad social: 50.1 y 46.9 por ciento, respectivamente.

La segunda alcaldía con mayor porcentaje de población potencial demandante es la Gustavo A. Madero. Su porcentaje de pobreza total es de 56.5, el cual es menor al estimado para la CM. Respecto a las NBI de su población, la más alta es la de salud, con 35.7 por ciento; seguridad social con 34.6 por ciento; y educación, 22.5 por ciento; todos por debajo de la CM.

Para el caso de la alcaldía Álvaro Obregón, la tercera en concentrar a más infancias y PCD en la ciudad, tiene un porcentaje de pobreza total de 57.6 por ciento; mientras que la NBI más elevada en su población es la de seguridad social con 40.2 por ciento, salud con 37.3 por ciento y educación con 25.1 por ciento, teniendo esta última dos puntos porcentuales mayor que el de la CM.

Finalmente, la alcaldía de Coyoacán que concentra a una cantidad considerable de AM, tiene un porcentaje de pobreza total de 45.5 por ciento, todavía menor que el de la CM; y los porcentajes de NBI que más predominan en su población son: seguridad social con 35.7 por ciento, salud con 33.2 por ciento y educación, 16.2 por ciento; todos menores que los de la CM.

Gráfico 11. Porcentaje de pobreza total y NBI en las alcaldías que concentran más demanda de cuidados en la CM, 2020



Fuente: elaboración propia con base en los Cuadros 1, 1.2, 1.8 y 1.9 de las Dimensiones del NBI por Alcaldías 2015 y 2020, de Evalúa CDMX (2020b).

VIII. Hallazgos sobre la cuantificación y caracterización de la demanda de cuidados en la Ciudad de México

La cuantificación diferenciada de la demanda potencial de cuidados y su caracterización permitió obtener tres perfiles de la población demandante de cuidados y que posiblemente no los reciba por parte de la oferta de servicios existente, así como del TCNR propio de los hogares.

Estos perfiles son insumos que pueden facilitar la definición de una población objetivo del SC de la CM, la cual, debido a sus vulnerabilidades sociales, así como su ubicación territorial, requiere de una atención apremiante con servicios o acciones de cuidado que correspondan a sus características propias.

Perfiles de la demanda de cuidados en la Ciudad de México

Infancias

- a) Es el primer grupo poblacional que tiene y tendrá, hasta 2035, una demanda de cuidados mayor al resto de la población que también requiere cuidados.
- b) Entre las infancias, el grupo de las primeras que comprende de los 0 a los 5 años, requiere de una carga mayor de servicios de cuidado, en comparación con el grupo de los 6 a los 11 años. Lo anterior, debido a que su nivel de autonomía aun no es funcional, pero, conforme se vayan desarrollando este aumentará y los hará menos dependientes.
- c) Es el grupo poblacional que presenta un porcentaje mayor de pobreza total (71 por ciento), no solo entre las poblaciones potenciales de cuidado, sino que también de la población total de la CM (57 por ciento).
- d) El porcentaje de pobreza total que tiene la población de las primeras infancias es aún mayor que el de las infancias de 6 a 11 años, ya que para la primera es de 73 por ciento, mientras que para la segunda es de 69 por ciento.

- e) Para el caso del acceso a servicios de salud, esta población es la que tiene mayor carencia de los mismo respecto a los demás grupos; pues el 39 por ciento de los infantes de 0 a 5 años, y el 34 por ciento de las infancias de 6 a 11 años, presentan dificultades para ser atendidas en el sector salud en caso de contraer alguna enfermedad o requerir tratamiento, así como medicina preventiva o cualquier otra asistencia sanitaria que garantice la salud y cuidado de los mismos.
- f) Lo anterior puede estar relacionado con la carencia que presentan los infantes en el acceso a la seguridad social, ya que, de la misma manera tienen un porcentaje mayor de insatisfacción de dicha necesidad en comparación a otros grupos: 46.7 por ciento para primeras infancias y 41.7 por ciento para el resto de los infantes. Situación que los deja fuera de la oferta ofrecida a los afiliados: acceso a guarderías y prestaciones sociales.
- g) Respecto a las necesidades básicas insatisfechas en educación, un porcentaje más reducido de niñas y niños presentan carencia en esta. No más de tres por ciento de las infancias presentan limitaciones para asistir a la escuela, lugar donde si bien adquieren conocimientos y habilidades para su desarrollo social y cognitivo, también reciben atención y servicios de cuidado –directo o indirecto– por parte del personal educativo durante su estancia en las instalaciones.
- h) Su concentración se encuentra principalmente en las alcaldías de Iztapalapa (284 mil 419 infantes), Gustavo A. Madero (165 mil 322) y Álvaro Obregón (105 mil 229).
- i) Las alcaldías donde se presenta un mayor porcentaje de pobreza total y de las NBI analizadas para estos grupos, son Iztapalapa y Álvaro Obregón. Sin embargo, en el caso de la primera, actualmente existen algunas alternativas de ofertas de servicios de cuidado, mientras que en la segunda alcaldía el nivel de atención al cuidado de esta población todavía sigue siendo un asunto pendiente, debido a los altos

porcentajes de vulnerabilidades sociales presentadas en el caso de las NBI de educación, seguridad social y salud.

Adultos mayores

- a) Son el segundo grupo poblacional que actualmente tiene la demanda potencial de cuidados más alta dentro de la CM.
- b) Dentro de los grupos de adultos mayores, los que se encuentran entre los 64 a 79 años, son los que presentan una mayor demanda, en comparación con el grupo de 80 años y más. Esto debido a que superan en más del doble al grupo de adultos octogenarios, sin embargo, estas estimaciones corresponden a la demanda potencial de cuidados, mas no a la demanda efectiva.
- c) Se estima que para 2050, sea el primer grupo en demandar cuidados, dejando por detrás a las infancias, quienes reducirán considerablemente la demanda que ahora será triplicada por los adultos mayores, esto debido a los cambios demográficos que enfrentará la CM en los años siguientes.
- d) Los AM es el grupo poblacional que presenta menor porcentaje de pobreza total (por ingresos, NBI y tiempo): 37 por ciento. Incluso su porcentaje es menor que el total de la CM, que corresponde a 57 por ciento.
- e) Del mismo modo, es el grupo que presenta menor porcentaje de carencia en acceso a servicios de salud (15.9 por ciento), en comparación con el resto de las otras poblaciones potencial demandantes de cuidado y de la CM en general.
- f) Lo anterior puede deberse a que, de los tres grupos que se consideran población potencial, este es el que menor carencia a seguridad social presenta, pues solo el 20 por ciento de esta población no cuenta con afiliación y las prestaciones sociales que de esta derivan, como por ejemplo, la pensiones por jubilación.

- g) Su concentración se encuentra principalmente en las alcaldías de Iztapalapa (174 mil 312 AM), Gustavo A. Madero (141 mil 375 AM) y Coyoacán (90 mil 448 AM).
- h) Las alcaldías donde se presenta un mayor porcentaje de pobreza total y de las NBI analizadas para estos grupos, son Iztapalapa y GAM. Sin embargo, en el caso de la primera, existen algunas alternativas de ofertas de servicios de cuidado, mientras que en la alcaldía GAM y Coyoacán, parece ser que el nivel de atención a su cuidado es todavía un asunto pendiente, debido a los altos porcentajes de vulnerabilidades sociales presentadas en el caso de NBI de salud (GAM) y de seguridad social (Coyoacán).

Personas con discapacidad

- a) Es el tercer grupo poblacional con la carga de cuidados potencialmente más demandada en la CM.
- b) El 3.6 por ciento de la población de entre 15 a 64 años presenta algún tipo de discapacidad que las limita total o severamente para realizar sus ABVD. Los grupos de infancias y AM no entran dentro de la cuantificación de su demanda, sin embargo, aquellos que lleguen a presentar alguna discapacidad harían que aumente el tiempo de cuidados demandado para esta población, ya que se sumaría a la demanda de cuidado que ya presentan.
- c) La demanda potencial de cuidados se concentra en las personas que cuentan con alguna discapacidad visual (36 por ciento), motriz (28 por ciento) y mental (10 por ciento).
- d) La condición de pobreza total alcanza a poco más de la mitad del grupo de las PCD, pues 57 por ciento de ellas se encuentran en esta situación, un porcentaje similar al que presenta la CM en su totalidad.
- e) Las PCD son el tercer grupo que presenta carencia en el acceso a servicios de salud (28 por ciento), donde se ofrece atención y

tratamiento a sus condiciones, considerados actividades de cuidado directo. A su vez a presenta un porcentaje mayor al de la población total de la CM (37 y 25 por ciento respectivamente) en la NBI de seguridad social. Lo anterior puede deberse a que su afiliación se realiza generalmente por régimen obligatorio a los trabajadores del sector formal, por lo que la PCD carece de aseguramiento en caso de riesgos de trabajo, enfermedades, invalidez y vida, entre otros.

- f) Su concentración se encuentra principalmente en las alcaldías de Iztapalapa (54 mil 172 PCD), Gustavo A. Madero (31 mil 425 PCD) y Álvaro Obregón (18 mil 61 PCD).
- g) Las alcaldías donde se presenta un mayor porcentaje de pobreza total y de las NBI analizadas para estos grupos, son Iztapalapa y Álvaro Obregón. Sin embargo, como se ha mencionado, en la primera existen algunas alternativas de ofertas de servicios de cuidado, mientras que en la alcaldía de ÁO, parece ser que el nivel de atención al cuidado de esta población todavía sigue siendo un asunto pendiente, debido a los altos porcentajes de vulnerabilidades sociales presentadas en el caso de NBI de salud y de seguridad social.

La información obtenida y presentada en estos perfiles permite contar con un panorama de la caracterización y cuantificación de la demanda de cuidados insatisfecha en la CM. Estos elementos son un insumo clave para delimitar hacia qué población requieren ser dirigidos los servicios de cuidados brindados en un SC; y definir a la par el objetivo principal del mismo, el cual debe corresponder con las problemáticas presentadas por la población para su atención eficiente; así como los elementos básicos con los que debe contar el sistema para cubrir dicha demanda con su implementación, con base en los objetivos establecidos.

El análisis aquí presentado puede ser complementado con uno sobre la oferta de cuidados existente y la oferta efectiva que logra cubrir las

necesidades de la población objetivo de la CM, esto ayudaría a refinar el diseño del SC adecuado a la población objetivo y permitiría construir un análisis del costo-beneficio del sistema para profundizar en la inversión requerida para su implementación, gestión y mantenimiento, así como prospectar la expansión de su cobertura –en caso de que se desee lograr la universalización– y mantener los estándares básicos de calidad requeridos en los servicios brindados para atender a los beneficiarios

IX. Conclusiones

En este apartado se presentan las conclusiones de esta investigación, derivadas de un ejercicio diagnóstico y definición de una problemática pública, con sustento teórico y evidencia empírica, que tuvo como intención mostrar un panorama referente a la crisis de cuidados enfrentada por la población capitalina, la cual se genera a partir de una insatisfacción de la demanda de cuidados que esta presenta; debido a la falta de acceso a la oferta de cuidados pública o privada existente, y que por ende, la excluye de ser sujeto de las políticas de cuidado actuales (salud, educación, seguridad social, bienestar social, entre otras) para garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, entre ellos, el del cuidado.

La definición del problema público realizada en esta investigación fue un elemento clave para identificar no solo la situación actual del ejercicio del derecho al cuidado referido en la Constitución Política de la Ciudad de México, sino además para distinguir a la población afectada por la insatisfacción de su demanda de cuidados, y así definir a la población objetivo que requiere ser atendida con la alternativa de política pública propuesta por la misma Constitución: un Sistema de Cuidados Público.

Dado que el artículo 9 constitucional define a la población que prioritariamente debería ser atendida con dicho sistema, no define claramente una estructura de SC que pueda servir como referente para su diseño y operacionalización, así como el tipo de atención que debería de proporcionar a la población afectada y la arquitectura institucional indispensable para su funcionamiento correspondiente a las atribuciones asignadas a cada parte responsable de su operacionalización, coordinación, seguimiento, financiamiento, entre otros elementos clave para su implementación eficiente.

Por ello, en este trabajo se tomaron como referencia los aportes teóricos como la economía del cuidado de la cuál surgen las cuantificaciones que actualmente se realizan sobre el tiempo de cuidados requerido por la población, las tasas de dependencia, su aporte económico, la cuantificación e

identificación de la población que lo realiza, entre otras aportaciones. El enfoque de derechos y su contribución en el establecimiento de las responsabilidades que tiene el Estado como su principal garante y protector de la población que se enfrenta a desigualdades por la carencia y violación de sus derechos sociales, económicos y culturales, lo que la convierte a su vez en población vulnerable y sujeto de las políticas sociales. Así como del concepto del cuidado y SC, y los aportes empíricos documentados sobre las implementaciones de los sistemas en otras partes del mundo, específicamente en ALyC donde se encuentran características culturales, políticas y económicas similares al caso mexicano, ya sea en los distintos niveles de gobierno y que permitieron también sustentar las conclusiones y recomendaciones de política pública presentadas en esta investigación.

La pregunta que dio paso a este trabajo fue clave para identificar dos elementos importantes a considerar en cualquier diseño de SC: cuántas y cuáles son las demandas de cuidado que presentan las poblaciones que se ven afectadas por la insatisfacción de estas. La respuesta a esta interrogante sostuvo que la cuantificación y caracterización de estas demandas son diferenciadas y responden a la distinción entre la cantidad de tiempo de cuidados que requiere cada grupo poblacional y sus características socioeconómicas, ubicación territorial y curso de vida; y que cualquier propuesta de solución, como es el caso del SC, debe basarse y adecuarse a estos aspectos de la demanda.

La metodología para cuantificar y caracterizar dicha demanda se seleccionó a partir de aquella que pudiera ser adecuada a la información disponible en el caso mexicano, para identificar estos dos elementos clave. Es importante mencionar que, si bien los resultados de la cuantificación de la demanda correspondieron a la identificación de aquella que es potencial, permitieron determinar al grupo que requiere mayor tiempo de cuidados.

No solo por su densidad poblacional sino también por su alto grado de dependencia y su necesidad de cuidados directos, las primeras infancias (0 a

5 años) que representan el 6.4 por ciento de la población total (592 mil 100 infantes), son la población más demandante y que de manera apremiante, requiere recibir de los beneficios proporcionados por los servicios de algún SC. Lo anterior la posiciona entonces como la *población objetivo* del sistema.

Debido a su caracterización, es posible identificar dentro de esta población objetivo a una de carácter prioritario para ser atendida en una primera fase de implementación del sistema, dado que es aquella que cuenta con una demanda de cuidados insatisfecha por encontrarse en situación de pobreza y con una falta de accesibilidad a la oferta de servicios de cuidado disponible en la CM, provistos, por ejemplo, por el sistema de salud, la seguridad social y sistema educativo.

Si se aplica este criterio de elegibilidad o priorización, la población objetivo se reduce a un total de 432 mil 227 infantes; de los cuales 193 mil 754 no ven garantizados sus derechos básicos de salud, 231 mil 174 su derecho a la seguridad social, y 16 mil su derecho a la educación; todos ellos relacionados directamente al derecho a recibir cuidados.

Es importante recordar que la población objetivo del SC se prospecta que muestre cambios en su densidad en un periodo de diez años, siendo la que mayor tiempo de cuidados demande de aquí a 2035; por lo que será importante actualizar la evolución que tendrá la identificación y cuantificación de la población objetivo del SC cada determinado tiempo, dado que actualmente corresponde a las primeras infancias, pero en un futuro cambiará a la de adultos mayores.

Esta población no necesariamente requiere de su atención total en un primer momento, sino que esta puede ser gradual teniendo en consideración que las implementaciones de los SC, de acuerdo con la evidencia empírica internacional, consideran algunos criterios de elegibilidad de los beneficiarios conforme a ciertas características, y por un factor importante que se encuentra presente la mayoría de los casos: la restricción presupuestaria. Esto a su vez limita la atención universal desde el inicio de la implementación, por temor a

proporcionar bienes y servicios de calidad reducida con tal de beneficiar al mayor número posible de la población objetivo.

De ahí la importancia del uso de criterios de elegibilidad como los que se presentaron en las variables analizadas en este trabajo por ejemplo (vulnerabilidades socioeconómicas y ubicación territorial), para desagregar la atención de la población objetivo.

Por su densidad poblacional, la alcaldía Iztapalapa es la que presenta los niveles más altos de vulnerabilidad social en sus habitantes, y actualmente es la sede de la implementación del “*Programa Ciudad de Utopías, 2024*”, a cargo de la Secretaría de Bienestar e Igualdad Social (SEBIEN); y de acuerdo con sus ROP⁷, los beneficiarios son todas las personas de la alcaldía, aun cuando los beneficios son indirectos.

Esta atención que se proporciona en la alcaldía permite pensar entonces en otros escenarios para la implementación del SC en la CM. Una opción factible sería entonces su ejecución en la alcaldía con los segundos porcentajes de NBI más altos en la población de las primeras infancias, esta es, la alcaldía de Álvaro Obregón.

Por ello, las recomendaciones respecto a la definición y cuantificación de la población objetivo del sistema deben tomar en consideración los factores tales como: concentración demográfica de la demanda de cuidados en las alcaldías con mayor porcentaje de NBI y aquellas que no cuenten con una intervención pública actualmente, para hacer efectiva la implementación del SC en su atención a la población que no se beneficia por algún tipo de servicio.

Respecto a los *principios rectores del SC*, importantes también en su implementación, se retoman puntualmente el artículo 9 de la Constitución Política, así como el artículo 56 de la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías, ambas de la CM, para concluir que la

⁷Reglas de Operación del programa social denominado “Ciudad de Utopías, 2024”, publicadas en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2024), disponibles en: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/portal_old/uploads/gacetitas/01c111e906ad71e821e50d3ddb37d4.pdf

implementación de este sistema debe cumplir con los cinco principios rectores de políticas de cuidado establecidos en la conceptualización de los SC.

Por una parte, tal como lo mencionan ambos artículos, el derecho al cuidado debe ser garantizado para toda la población capitalina y en sus dos vertientes: derecho a cuidar y a ser cuidado; este debe ser universal y de manera prioritaria, garantizado para aquellas personas en situación de dependencia por su curso de vida o condiciones fisiológicas para el ejercicio de sus ABVC, y para quienes lo realizan de manera no remunerada.

Asimismo, estipulan que el SC debe basarse en la corresponsabilidad entre los diversos géneros y generaciones, familias, comunidad, sector privado y autoridades de la CM para conciliar la vida escolar, laboral y familiar; promover en la medida de lo posible la autonomía de los receptores del cuidado; y garantizar la solidaridad en el financiamiento del cuidado en la medida de las capacidades de la administración pública, contemplando apoyo para las personas que realizan el TCNR.

Con estas obligaciones constitucionales y normativas, la administración pública de la CM está sujeta a garantizar estos cinco principios en la medida de lo posible, con la implementación del SC. Algunos de ellos requieren tiempo para su aplicación, consolidación y garantía del pleno ejercicio de los derechos, no solo del cuidado, sino sociales de la población objetivo, población beneficiada de manera indirecta (como lo son las cuidadoras) y el resto de capitalinos. Es por ello por lo que, las recomendaciones de política pública insisten en aplicar en la praxis cada uno de estos principios desde el inicio del SC, e ir adaptando las acciones y decisiones que se tomen durante la operación del sistema, para no perder de vista que estos deben ser sus pilares principales.

Otro de los elementos básicos del SC es la *definición de los componentes o bienes y servicios* que se van a entregar en el mismo. Estos componentes no necesariamente deben iniciarse desde cero, sino que deberían conjuntarse las acciones y programas derivados de la normativa

vigente de la CM en materia de salud, educación y seguridad social para la atención de las primeras infancias. En caso de no existir los servicios de cuidado para atender a la población objetivo, es necesario identificar cuáles son aquellos que se requieren para cumplir con el objetivo del sistema.

Para el desarrollo de las conclusiones correspondientes a este elemento básico, se hace el uso de algunos datos referentes a la oferta actual de servicios de cuidado de la población definida y cuantificada como objetivo en esta investigación. No obstante, es importante mencionar que debido a que este trabajo se enfoca en la demanda de cuidados, y no propiamente en la oferta potencial ni efectiva, la información utilizada en este apartado sirve como una especie de apoyo para encaminar las recomendaciones que se pretenden mostrar en el apartado posterior.

Dicho lo anterior, y debido a que la NBI que mayor predomina en las primeras infancias es aquella referente a la seguridad social, una primera propuesta de componente del sistema puede ser la regulación de los servicios de cuidado que se presten en él a través de este aseguramiento.

Si se tiene identificado que más de la mitad de las mujeres de 15 años en adelante se encuentran EA, pero solo el 30 por ciento tiene acceso a la seguridad social y a ofertas de servicios de cuidado privadas (guarderías y licencias de maternidad), un primer paso debería ser la ampliación del aseguramiento de las trabajadoras que aún no se encuentran afiliadas a este régimen y, en caso de tratarse de cuidadoras ENA, ampliar la oferta de servicios de cuidado en infraestructura nueva, adaptada a las necesidades de los cuidados demandadas por las primeras infancias a su cargo y las posibilidades de accesibilidad de las personas cuidadoras.

Esta creación y ampliación de los servicios de cuidado, así como su regulación, requiere su ejecución apremiante en la población objetivo del SC definida y cuantificada en esta investigación, correspondiente a las infancias de 0 a 5 años con NBI en seguridad social de la alcaldía Álvaro Obregón.

Como ejemplo de la oferta disponible para la atención de esta población, se toma el Programa de Estancias Infantiles de la Alcaldía Álvaro Obregón 2023, que operó a cargo de la Secretaría de Bienestar como una oferta de servicios de cuidado y atención infantil de 9 meses a 5 años, carente de seguridad social y bajos ingresos, para garantizar sus derechos humanos.

La población potencial en 2023 fue de 38 mil 484 infantes, mientras que la población objetivo fue de 9 mil 82 infantes y la beneficiada/atendida fue de mil 500, es decir, solo el 16 por ciento de la población objetivo. Asimismo, se beneficiaron 30 responsables de estancias infantiles que brindaron también servicios de atención y cuidado infantil. El presupuesto que recibió para su operación fue de 15 millones de pesos, de los cuales se ejecutaron, 1 millón 800 mil pesos para atender a los mil 500 infantes de las estancias infantiles y 2 millones 250 mil para los responsables de las 30 estancias⁸. Esto es, el 27 por ciento del presupuesto aprobado.

Otros de los servicios que requieren una ampliación son los de las Estancias Infantiles en los Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil (CACDI) del Sistema DIF, que reciben a infancias de 45 días de nacidos a 5 años 11 meses de edad de padres y/o tutores en situación de vulnerabilidad y sin seguridad social. Sin embargo, requieren de mayor inversión, tanto de capital como de operación, para expandir su infraestructura, puesto que en la actualidad solo opera una unidad⁹ en Álvaro Obregón, la cual es más que insuficiente para atender a las infancias con vulnerabilidades sociales.

Otra puede ser la extensión de las Escuelas de Tiempo Completo que en la actualidad no cuentan con ingesta para los niveles preescolar. De acuerdo con el Programa de escuelas de tiempo completo sin ingesta, centros de

⁸ (Sistema de Información para el Bienestar: Programa Estancias Infantiles de la Alcaldía Álvaro Obregón 2023 de la Secretaría de Bienestar. Disponible en: https://tubienestar.cdmx.gob.mx/detalle_publico/datos_generales

⁹ Servicios Sistema DIF CDMX: Estancia Infantil en los Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil/Estancia Infantil CACDI. Disponible en: <https://dif.cdmx.gob.mx/servicios/servicio/estancia-infantil-en-los-centros-asistenciales-de-desarrollo-infantil>

trabajo ciclo escolar 2021-2022¹⁰, en la alcaldía Álvaro Obregón operaron 38 planteles, donde las jornadas extendidas de los preescolares no proporcionaron alimentos a los infantes, esto en comparación con la modalidad del programa que sí contó con ingesta¹¹ y que solo se operó en 10 planteles de educación preescolar.

Las recomendaciones mostradas respecto a los componentes básicos del SC van encaminadas a la ampliación de los servicios de cuidado ofertados por las estancias infantiles y las escuelas preescolares de tiempo completo con ingesta de alimentos; así como de la regularización de la seguridad social de las madres cuidadoras que se encuentran EA pero que no reciben ningún apoyo u oferta de servicios de cuidado para sus hijas e hijos debido a una falta de afiliación, y no limitar solamente a los beneficios de guardería y licencias de maternidad, sino también al resto de prestaciones sociales brindadas por el aseguramiento como el acceso a los servicios de salud.

Debido a que la población objetivo del SC abarca a las primeras infancias, la *arquitectura institucional* que debe articularse para la coordinación, implementación, gestión y seguimiento de los servicios de cuidado, debe contemplar a diversas dependencias de la administración pública, organismos descentralizados de la CM y actores de la sociedad civil, siempre y cuando, estén dentro de sus respectivas atribuciones y competencias, es decir, sean responsables de ejecutar las políticas en materia de salud, educación, seguridad social, desarrollo social, de género.

Por lo anterior, la política de cuidados de las infancias y el SC como tal, deben ser diseñados y operados por los responsables de todas estas políticas, y no debería recaer en un solo actor o dependencia esta atribución, puesto que si se espera atender además la demanda de cuidados no solamente

¹⁰ Programa de escuelas de tiempo completo sin ingesta, centros de trabajo ciclo escolar 2021-2022, disponible en: https://www.aefcm.gob.mx/info_dga/archivos-2021/2021-08-13/ESCUELAS-TIEMPO-COMPLETO-SIN-INGESTA-CICLO-ESCOLAR-2021-2022_v2.pdf

¹¹ Programa de escuelas de tiempo completo con ingesta, centros de trabajo ciclo escolar 2021-2022, disponible en: https://www.aefcm.gob.mx/info_dga/archivos-2021/2021-08-13/ESCUELA-TIEMPO-COMPLETO-CON-INGESTA-CICLO-ESCOLAR-2021-2022_v2.pdf

mediante las políticas en la materia, sino con apego al enfoque de derechos y transversalidad de la perspectiva de género, se requiere de una cooperación y coordinación entre varios actores para el cumplimiento de las funciones, adecuadas a las necesidades y particularidades de la demanda de la población objetivo; cualquiera que esta sea definida.

Es así como la conclusión a la que se llegó para este elemento del SC sostiene que la tarea de coordinación del sistema debería recaer en dos dependencias: la Secretaría de Bienestar e Igualdad Social y la Secretaría de las Mujeres de la CM. Dado que son las encargadas de diseñar tanto la política social como la política de género, y la gestión que pudieran dar a las decisiones y operación del sistema tomarían como base los principios bajo los cuales se rigen las políticas mencionadas.

Dado que sus atribuciones son limitadas para atender, por ejemplo, políticas y sus programas dirigidos a mejorar el desarrollo de la población infantil exclusivamente, la garantía de su acceso a los servicios de salud o de educación, se requiere de la cooperación de otros actores para llevarlas a cabo. Por ello, como los responsables principales de la operación de estos servicios de cuidado se concluye que los organismos y dependencias que no pueden prescindir dentro en esta arquitectura institucional son: el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud y la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo, esta última para colaborar con las acciones de inclusión de las mujeres cuidadoras dentro del régimen de seguridad social.

Asimismo, deben incluirse al gabinete de la alcaldía y representantes de la sociedad civil, dado que también son parte fundamental para la implementación de cualquier acción que se realice dentro de la misma, puesto que se ha comprobado en la evidencia empírica internacional, que el éxito y durabilidad de los SC recae en la disposición y compromiso de los gobiernos locales en la operación y mantenimiento de todos los componentes del sistema que se encuentran dentro de sus territorios, la identificación de las demandas

de cuidado que presentan sus poblaciones particularmente, y que se expresan en trabajo conjunto y directo con los representantes de la sociedad civil.

Otro aspecto importante que se incluye dentro de esta arquitectura institucional son los instrumentos de política necesarios para la implementación del SC, específicamente, las legislaciones que estipulen de manera explícita la creación y regulación del sistema; es decir, que se identifique la población a la cual se considerará objetivo del mismo, el propósito que espera lograr con la atención de esta población, los componentes o bienes y servicios a producirse y otorgarse, los actores responsables de cada una de las acciones para operar el sistema, el origen y financiamiento de los recursos, los órganos de control y seguimiento, entre otros.

Por ello, las recomendaciones se encaminaron a proponer que una alternativa de solución en materia de cuidados requiere forzosamente de normativas y de un diseño en donde se establezcan la importancia de la coordinación y corresponsabilidad entre distintos actores, no es posible trabajar de manera individual y aislada para obtener resultados en la atención del problema público de los cuidados, puesto que ni las políticas ni los SC, corresponden a un objetivo particular o específico, sino a acciones orientadas al cuidado de distintas poblaciones objetivo y sus demandas; y concretar así el reconocimiento, reducción y redistribución del trabajo de cuidados.

Finalmente, para el elemento de definición del financiamiento del SC, las conclusiones, así como las recomendaciones que de estas se deriven, toman como premisa lo establecido en la normativa vigente del sistema en la CM. En el artículo 9 constitucional, se estipula que las autoridades deben establecer un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas.

Debido a que el financiamiento en ese sentido recae completamente en la administración pública, los criterios de selección de la población objetivo son un factor clave para la implementación del SC. Como se ha mencionado con

anterioridad, la restricción presupuestaria es el principal motivo por el cual no se puede arrancar de facto con una universalización de los componentes del sistema, por lo que la focalización resulta en este sentido la alternativa más viable de llevarse a cabo.

Para hacer uso eficiente de los recursos disponibles en la atención de la población prioritaria, se requieren considerar algunos aspectos, propuestos en las recomendaciones, correspondientes a la asignación del presupuesto del SC para los gastos de operación y de capital; así como de una formalización o existencia de un marco legal que regule al sistema y que establezca las responsabilidades que debería tener la administración pública de la CM en la asignación de recursos para la operación y mantenimiento del SC en ejercicios fiscales posteriores.

X. Recomendaciones de política pública para un Sistema de Cuidados en la Ciudad de México

Retomando los cinco elementos básicos, presentados en las conclusiones de este trabajo, para la construcción de un SC en la CM que pretende ser eficiente en la atención a las necesidades de cuidado de sus poblaciones, sobre todo la considerada objetivo, basada en el análisis de la cuantificación y caracterización de la demanda que se realizó en esta investigación, se presentan algunas recomendaciones de política pública para la implementación de dicho sistema.

Las alternativas aquí propuestas pueden ser comparadas con la agenda de gobierno y las acciones que se están llevando a cabo por parte de la actual administración para atender la problemática pública de los cuidados. La intención de presentar estas recomendaciones es realizar un aporte para la toma de decisiones informada y el diseño de los componentes del SC de la CM, adecuados a la demanda de cuidados insatisfecha que se identifica y sustenta en esta investigación realizada.

Cuadro 24. Recomendaciones de política pública para la implementación de un SC en la CM

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
Definición y cuantificación de la población objetivo	La población objetivo del SC de la CM son las primeras infancias (0 a 5 años), las cuales requieren mayor tiempo de cuidado para satisfacer sus necesidades básicas de la vida cotidiana (comer, vestirse, bañarse, levantarse y acostarse en la cama, ir al baño y contener las necesidades fisiológicas), y que, además, presentan mayor vulnerabilidad socioeconómica	Con base en los perfiles de la demanda de cuidados de la CM, la implementación del SC público requiere tomar en consideración aspectos importantes de la definición y cuantificación de la población objetivo. Primero, delimitar la atención que se proporcionaría a la población objetivo que se considere prioritaria. Si se realiza con base en las vulnerabilidades socioeconómicas,

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
	<p>(situación de pobreza y Necesidades Básicas Insatisfechas), de acuerdo con la Medición Integrada de la Pobreza (MMIP).</p> <p>De acuerdo con estos datos, la estimación de la población objetivo del SC en la CM es de 432 mil 227 infantes de 0 a 5 años que se encuentra en situación de pobreza total; 193 mil 754 infantes presentan NBI en salud; 231 mil 174 infantes presentan NBI en seguridad social y 16 mil 12 infantes presentan NBI en educación, por lo que no ven garantizados sus derechos sociales básicos, entre ellos, el del cuidado.</p> <p>Su concentración se encuentra en las alcaldías de Iztapalapa, Álvaro Obregón y Gustavo A. Madero. Sin embargo, en la primera alcaldía ya se cuenta con una intervención pública para atender la problemática de los cuidados (Sistema de Cuidados Público en las Utopías), mientras que, entre las alcaldías restantes, la que presenta niveles de NBI mayores es la de Álvaro Obregón.</p> <p>La población objetivo demandará más cuidados hasta 2035. Es</p>	<p>la NBI que mayor predomina es la de la seguridad social; por tanto, aquellos infantes que carecen de acceso a la misma podrían ser considerados el primer grupo a beneficiarse con el sistema. Esto a su vez, aseguraría su acceso a los servicios de salud y educación que se ofrecen mediante dicho aseguramiento.</p> <p>En cuanto a la ubicación territorial se recomienda comenzar con la atención de aquella que se concentra en las alcaldías que hasta el momento no cuentan con una intervención directa del SC, como lo hace por ejemplo Iztapalapa y las Utopías; y que a su vez, presente los niveles de NBI más altos de la CM; por ello, Álvaro Obregón cumple con ambas condicionantes, según los criterios de elegibilidad de población objetivo.</p> <p>Asimismo, se recomienda la actualización de la cuantificación y evolución de la población demandante de cuidados en la CM, la cual debe realizarse en un periodo no mayor a una década, dado que se prospecta que después de 2035, la demanda de cuidados se concentrará en los adultos mayores.</p>

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
	necesario actualizar su identificación y cuantificación con regularidad, ya que actualmente se enfoca en las primeras infancias, pero en el futuro se centrará en los adultos mayores.	
Principios rectores del SC	Uno de los elementos básicos de los SC que cuenta con una base legal establecida en la CM, tanto a nivel constitucional (mediante el artículo 9) como a nivel normativo con la Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías (artículo 64). En ambos artículos se estipulan como obligación del SC y del Estado como garante del derecho al cuidado, que las acciones a realizarse en la materia deben corresponder a los principios del: Cuidado como un derecho (dos vertientes: cuidar y ser cuidado); Universalidad del derecho y los servicios del sistema; Corresponsabilidad social y de género del cuidado; Promoción de la autonomía de las personas que reciben los cuidados; y Solidaridad en el financiamiento del cuidado, en la medida de las capacidades de la administración pública.	Se recomienda realizar el diseño de los componentes del SC público basado en lograr que se respeten y ejerzan dignamente los derechos de la población objetivo del sistema, en este caso, de las infancias: derecho a la vida, supervivencia y desarrollo; derecho a la salud, alimentación, educación y esparcimiento; derecho a no discriminación, entre otros. Una vez se comience con la ampliación de la cobertura del SC a la demás población demandante de cuidados, considerar del mismo modo los derechos adscritos a los adultos mayores, personas con discapacidad, y población en general. Si bien las mujeres no son población objetivo del SC, la transversalización de la perspectiva de género es fundamental en el diseño de sus componentes, dado que al ser estas las principales cuidadoras en la CM, las acciones que se realicen a partir del SC deben considerar las desventajas a las cuales se enfrentan las cuidadoras

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
		<p>debido a las cuestiones de género que las atraviesan para no reforzarlas con la implementación. Un ejemplo pueden ser las transferencias económicas a mujeres cuidadoras sin la ejecución transversal de actividades que promuevan la corresponsabilidad social del cuidado, para no incurrir en el reforzamiento de la feminización del cuidado, sea remunerado o no.</p> <p>Asimismo, en un inicio el SC no cumplirá con la universalidad y se centrará en la focalización; sin embargo, estas no son contradictorias, puesto que, si desde un inicio se garantiza que los servicios proporcionados a la población focalizada se basan en la aplicación de los principios rectores, la universalidad del SC será posible, puesto que se cuentan con pilares sólidos para lograrse.</p>
Componentes básicos del SC	Tomando como referencia la definición de la población objetivo del SC propuesta en esta investigación, actualmente se cuenta con programas e infraestructura de estancias infantiles (tanto del Sistema DIF como de la Secretaría de Bienestar) en la alcaldía Álvaro	Una recomendación principal va encaminada a la creación y ampliación de los servicios de cuidados ofrecidos actualmente a la población objetivo. Comenzando por el establecimiento de la tipología de los servicios de cuidado que demanda actualmente la población objetivo en la alcaldía. Esta

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
	<p>Obregón, que atienden a primeras infancias que cuentan con NBI en seguridad social, bajos recursos y en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, se requiere de una ampliación y construcción de nuevos espacios (infraestructura) y entrega de servicios, dado que su cobertura de la población infantil de 0 a 5 años en 2023 fue bastante reducida: se atendió solo al 16 por ciento de la población objetivo de las Estancias Infantiles de Bienestar; se contó con un solo CACDI del Sistema DIF para atender a las primeras infancias en situación de vulnerabilidad, y de los 38 planteles de preescolar con jornadas extendidas solo 10 operaron con la modalidad del programa de ingesta.</p>	<p>información puede ser obtenida de los propios registros, monitoreos y seguimientos que se realizan a los servicios otorgados, de la identificación de las necesidades de cuidado de la población infantil, y de los insumos e instrumentos necesarios para que la alcaldía pueda operar de manera eficiente los recursos destinados a la implementación de la primera fase del SC en su delimitación territorial. Esto conlleva a la siguiente recomendación, sobre la identificación de las posibles alianzas, colaboraciones o coordinaciones necesarias entre el sector público (en este caso, el gobierno de la alcaldía y de la CM) para la creación y ampliación de la oferta de servicios de cuidado e identificación de apoyos o acciones requeridas a modo de complementar los existentes. Este trabajo conjunto es primordial para la creación futura de la arquitectura institucional del SC.</p> <p>Debido a que se concluyó que los servicios de cuidado existentes necesitan ampliar la cobertura actual de la población atendida, se recomienda del mismo modo realizar proyecciones de esta ampliación de</p>

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
		cobertura con esquemas de progresividad en el acceso universal a los servicios de cuidado, con base en el enfoque de derechos y perspectiva de género.
Dinámica de implementación	La arquitectura institucional que debe articularse para la coordinación, implementación, gestión y seguimiento de los servicios de cuidado, debe contemplar a diversas dependencias de la administración pública, organismos descentralizados de la CM y actores de la sociedad civil, siempre y cuando, estén dentro de sus respectivas atribuciones y competencias, como responsables de las políticas en materia de salud, educación, seguridad social, desarrollo social, género, y las demás que conjunten la política de cuidados capitalina. Las dependencias encargadas de coordinar y articular las políticas de cuidado para satisfacer las necesidades y asegurar el ejercicio de los derechos de la población objetivo tendrían que ser la Secretaría de Bienestar e Igualdad Social y la Secretaría de las Mujeres de la CM. Por su	Se recomienda desarrollar y formalizar un esquema de gobernanza y gestión interinstitucional, derivado a partir de la arquitectura institucional existente en la CM. Se sugiere llevar a cabo esta formalización mediante la legislación o marco normativo, distinto a la Constitución, pero alineado a esta, para la consolidación y regulación del SC; sobre todo si se trata de una alternativa de solución donde distintos actores intervienen, ya sea en la coordinación, operación o seguimiento del sistema. Debido a que se trata de un trabajo conjunto, en donde más de una dependencia y organismo descentralizado toman decisiones y se ejecutan distintas acciones encaminadas a materias de política distintas, pero con el objetivo de aportar en conjunto a la garantía del derecho al cuidado de la población objetivo y beneficiaria indirecta (como es el caso por ejemplo de las personas cuidadoras); es

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
	<p>parte, las encargadas de la operación del SC (y sus servicios en general), aquellas que diseñan y ejecutan las políticas y sus programas, dirigidos a mejorar el desarrollo, salud, educación y alimentación de las infancias. Entre ellos se encuentran el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, la Secretaría de Educación, la Secretaría de Salud, la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo y los gobiernos de las alcaldías. Finalmente, como parte de esta arquitectura institucional se encuentra un instrumento de política necesarios para la implementación del SC, correspondiente a un marco legislativo que de origen y regule la operación de este sistema.</p>	<p>imprescindible el consenso y colaboración entre todas las partes involucradas para identificar, a modo de establecer una línea base sobre la cual se partirá la implementación del SC, aspectos básicos como: la oferta existente de servicios que se brinda para la atención de la población objetivo, conforme a las distintas atribuciones institucionales y los resultados obtenidos antes de la operación del SC; los insumos, infraestructura, personal, financiamiento y demás instrumentos necesarios para mantener la oferta existente y aquellos que se requieren para su ampliación o rediseño; la orientación de decisiones y las acciones que se deriven de estas para implementar el sistema, basadas en los principios rectores, y aumentar el logro de los objetivos una vez que se trabajen desde distintas áreas o dependencias, en donde también se incluyan las aportaciones de la sociedad civil y las demandas que de estas se deriven.</p>
Definición del financiamiento	<p>La definición del financiamiento del SC se establece como tal en la normativa vigente de la CM. En el artículo 9 constitucional, se estipula que las autoridades</p>	<p>Se recomienda que el presupuesto asignado para el financiamiento del SC cuente con un aseguramiento, esto mediante la asignación de una partida presupuestaria; esta acción</p>

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
	<p>deben establecer un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas.</p> <p>Dado que la administración pública es la única responsable de financiar la implementación del SC en todos sus componentes, los criterios de selección de la población objetivo son cruciales para la eficiencia de los recursos destinados a dichas acciones. Como se mencionó antes, la principal razón por la que no se puede comenzar con la universalización del sistema es la restricción presupuestaria a la que la mayoría de los gobiernos se enfrentan, esto es un común denominador, al menos en la experiencia de la implementación de SC en la región. Por lo tanto, focalizarse en la población objetivo es la alternativa más viable en estas circunstancias, así como en la distribución del presupuesto del SC para sus gastos operativos y de capital.</p>	<p>puede ser formalizada una vez que se cuente con un marco legal del SC que establezca la responsabilidad de la administración pública de contar con una fuente de financiamiento fija para el sistema en ejercicios fiscales posteriores.</p> <p>Ahora bien, no necesariamente se refiere a que este debe ser un gasto adicional, pues se puede empezar con el incremento, por ejemplo, de los presupuestos asignados a las dependencias encargadas de operar los servicios de cuidado para la población infantil, proveniente de alguna reasignación de recursos existentes en otras partidas. Por ello, es importante la elaboración de proyecciones de la cobertura de atención de la población objetivo para conocer la cantidad de recursos necesarios para ello y, con base en esa información, solicitar los recursos suficientes para alcanzar estas metas de cobertura y hacer un ejercicio eficiente del presupuesto.</p> <p>Se debe dar prioridad al gasto destinado a la operatividad del sistema, así como al gasto en capital. Puesto que como se ha mencionado en esta investigación, dentro de los componentes de los SC, los servicios de cuidado son los</p>

Elementos básicos del SC	Hallazgos	Recomendaciones
		<p>que requieren mayor inversión para su operación, ampliación o creación. Si se toman como referencia los componentes disponibles en la alcaldía con mayor población objetivo, estos son insuficientes, puesto que requieren de una inversión para su extensión o rediseño de los servicios ofrecidos. Puede ser que una creación de nueva partida del presupuesto para el SC, se enfoque en la asignación de recursos para las acciones de coordinación entre todos los actores involucrados y las dependencias encargadas de realizar dichas gestiones. Sin embargo, el financiamiento de estas actividades no debería ser mayor al asignado a las de operación del sistema; para evitar casos como el del ejercicio de solo el 27 por ciento de los recursos asignados al programa de Estancias Infantiles en la alcaldía Álvaro Obregón 2023, en donde solo se brindó atención al 16 por ciento de su población objetivo.</p>

Fuente: elaboración propia con base en el análisis y las conclusiones realizados en esta investigación, correspondientes a la cuantificación y caracterización de la demanda insatisfecha de cuidados de la CM.

XI. Anexos

Anexo 1. Elementos básicos de los SC a nivel nacional, subnacional y local en países de la región

Ámbito	Nombre del SC	Población objetivo	Componentes	Esquema de gobernanza y gestión interinstitucional	Tipo de financiamiento
Nacional (Uruguay)	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)	1) Infancias < 12 años 2) Personas en situación de dependencia funcional (transitoria o permanente) 3) AM de 65+ 4) Personas cuidadoras	1) Espacios CEC para niñas y niños -Centros de Atención a la Infancia y Familia (CAIF) -Casas Comunitarias de Cuidado 2) Licencias familiares para trabajadores con hijos. 3) Servicios de día para AM 4) Servicios de atención personal para personas con dependencia severa. 5) Servicios para personas cuidadoras -Capacitación de competencias -Certificación de competencias	Ley 19.353 (normativa principal). Gobernanza y gestión interinstitucional entre: a) La Junta Nacional de Cuidados (decisores y operadores), conformada por 1 titular o suplente designado de 11 Ministerios, entre ellos de Desarrollo Social, Educación, Salud, Trabajo y Seguridad Social, del Niño y Adolescente, de la Mujer, entre otros. b) La Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (coordinadora), constituida por 2 direcciones de cuidados y discapacidad. c) El Comité Consultivo de Cuidados (asesor de la SNCD para mejores prácticas,) constituido por delegados de sindicatos, sociedad civil, academia y privados prestadores de servicios de cuidados.	Mixto

Ámbito	Nombre del SC	Población objetivo	Componentes	Esquema de gobernanza y gestión interinstitucional	Tipo de financiamiento
Subnacional (Bogotá)	Sistema Distrital de Cuidado (SIDICU)	<p>1) Infancias < 5 años</p> <p>2) Personas con discapacidad (temporal o permanente)</p> <p>3) AM 65+</p> <p>4) Personas cuidadoras</p>	<p>1) Manzanas del Cuidado (20 centros)</p> <p>-Infraestructura y servicios gratuitos como educación, salud, ejercicio, descanso, asistencia jurídica y psicológica, para las cuidadoras y sus familias.</p> <p>2) Buses del Cuidado (2 unidades): Vehículos equipados para llevar servicios gratuitos de bienestar y cuidado a personas cuidadoras y que requieren cuidados a las zonas rurales y urbanas más alejadas en Bogotá.</p> <p>3) Programa Asistencia en Casa: servicio de atención domiciliaria para PCD de 18+ que requieren altos niveles de apoyo, mediante talleres de transformación cultural, evaluación y certificación de saberes, orientación y asesoría jurídica.</p> <p>4) Actividades de corresponsabilidad social: talleres prácticos para aprender a redistribuir los TCNR entre integrantes de la familia.</p>	<p>Decreto 237/2020 (normativa principal).</p> <p>Gobernanza y gestión interinstitucional entre:</p> <p>a) La Comisión Intersectorial del Sistema SIDICU (coordinadora, articuladora, gestora intersectorial), conformada por 1 titular o delegado de 13 secretarías y el Ejecutivo, entre ellos: de Hacienda, Desarrollo Económico, Educación, Salud, de Cultura, Recreación y Deporte, la Mujer entre otras.</p> <p>b) Mecanismo de Participación y Seguimiento (Consejos consultivos y distritales), conformada por 1 representante de 8 consejos consultivos como son: de Mujeres, de Discapacidad, de Niños, Niñas y Adolescentes, de Mujeres Indígenas, de comunidades negras, afrocolombianas, raizales y palenqueras, de comunidad LGBT y organizaciones de personas cuidadoras entre otros.</p>	Mixto

Ámbito	Nombre del SC	Población objetivo	Componentes	Esquema de gobernanza y gestión interinstitucional	Tipo de financiamiento
Subnacional (Iztapalapa)	Sistema Público de Cuidados	<p>1)AM que no pueden autocuidarse</p> <p>2)PCD (física o psicológica, temporal o permanente) 18+</p> <p>3)Personas cuidadoras de estos AM y PCD 18+</p>	<p>1)Apoyos económicos para mujeres cuidadoras: 2,000 pesos M.N *No se especifica el periodo.</p> <p>2)Herramientas y técnicas a personas cuidadoras de AM y PCD 18+, preferentemente mujeres, para proporcionar bienestar y mejorar el cuidado: -Cursos, -Talleres, -Terapia individual y grupal psicológica.</p> <p>3) Utopías (12 centros) -Infraestructura y servicios gratuitos para terapia de personas con discapacidades y centros para mujeres.</p>	<p>ROP del programa de 2021 (normativa)</p> <p>Sin esquema de gobernanza y gestión interinstitucional.</p> <p>La Dirección General de Inclusión y Bienestar Social de la Alcaldía es la única operadora y responsable del programa, por medio de su:</p> <p>1) Dirección de Inclusión a Grupos Prioritarios; 2) Coordinación de Inclusión Social; 3) Jefatura de Unidad Departamental para el Desarrollo y Bienestar de las Personas Mayores y Personas con Discapacidad.</p>	Público

Fuente: elaboración propia con base en información obtenida para Uruguay del DOU (2015), MIDES (s.f.) y CEPAL (s.f.); para Bogotá de la SJDAMB (2020), la Alcaldía Mayor de Bogotá (s.f.) y Naciones Unidas (s.f.); y para Iztapalapa de la GOCM (2021) y DGIBS (2022).

XII. Bibliografía

- Albarrán, I., Alonso, P., & Bolancé, C. (2009). Comparación de los baremos español, francés y alemán para medir la dependencia de las personas con discapacidad y sus prestaciones. *Revista Española de Salud Pública*, 83(3), 379-392. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300004&lng=es&tlng=es
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f.). *Manzanas del Cuidado*. Obtenido de Sitio oficial de las Manzanas del Cuidado: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/donde-encontrarlas/>
- Anzorena, C. (2008). Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 1-34. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/279/27904103.pdf>
- Bango, J. (2022). Los cuidados como pilar del bienestar y motor de la recuperación frente a la crisis del Covid-19. En P. J. Males (Ed.), *Ponencia en el Webinar "Sistemas de cuidados exitosos: ¿cómo construirlos?"*. Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=25YatJQJTTs&t=857s>
- Bango, J., & Piñera, V. (2022). *Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación*. Madrid: Eurososocial. Obtenido de https://eurososocial.eu/wp-content/uploads/2022/07/Herramienta_107_PS_Políticas-de-cuidados.pdf
- Batthyány, K. (2004). *Cuidado infantil y trabajo ¿Un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social*. Montevideo: OIT/CINTERFOR. Obtenido de https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_publicacion/trazos_20.pdf
- Batthyány, K. (2020). *Miradas latinoamericanas a los cuidados*. Buenos Aires-México: Siglo XXI. Obtenido de <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20201209035739/Miradas-latinoamericana.pdf>
- CDHCM. (6 de abril de 2023). *Urgen a visibilizar el derecho al cuidado y a contar con un Sistema Nacional de Cuidados*. *Boletín 38/2023*. Obtenido de Sitio oficial de la CDHCM: <https://cdhcm.org.mx/2023/04/urgan-a-visibilizar-el-derecho-al-cuidado-y-a-contar-con-un-sistema-nacional-de-cuidados/>
- CELI. (2023). *Estudio sobre Sistemas de Cuidados, aportes para la Ciudad de México*. Ciudad de México: Centro de Estudios Legislativos para la Igualdad de Género del Congreso de la Ciudad de México. Obtenido de <https://genero.congresocdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2023/09/CELI-Estudio-Cuidados-Ago-2023.pdf>

- CEPAL. (2010). *¿Que Estado para qué igualdad?* Brasilia: CEPAL. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/2c539f38-67b4-43cb-8f1e-bc5c06233bf8/content>
- CEPAL. (2015). *Informe regional sobre el examen y la evaluación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing y el documento final del XXIII período extraordinario de sesiones de la Asamblea General (2000) en los países de América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/485bbf16-6479-4ac3-9d3f-8dffe8d7a8fc/content>
- CEPAL. (2018). *Los cuidados en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2007-2018*. Santiago de Chile: Naciones Unidas. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/06d5dc99-f7ad-47a8-9e5d-e3c22b549fac/content>
- CEPAL. (2021a). *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible*. Santiago: Naciones Unidas. Obtenido de https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/s2100564_es.pdf
- CEPAL. (16 de noviembre de 2021b). *ONU Mujeres y CEPAL promueven la construcción de Sistemas Integrales de Cuidados en América Latina y el Caribe*. Recuperado el 09 de 29 de 2023, de Sitio oficial de la CEPAL: <https://www.cepal.org/es/noticias/onu-mujeres-cepal-promueven-la-construccion-sistemas-integrales-cuidados-america-latina>
- CEPAL. (s.f.). *Ley N° 19353. Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en Uruguay: un ejemplo de sistemas públicos de cuidados*. Obtenido de Sitio oficial de la CEPAL: <https://igualdad.cepal.org/es/repository-of-policies-and-strategies/ley-ndeg-19353-creacion-del-sistema-nacional-integrado-de#:~:text=La%20Ley%20N%C2%B0%2019.353,tiene%20un%20enfoque%20de%20derechos.>
- CES CDMX. (2016). *El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigual laboral*. Ciudad de México: Consejo Económico y Social de la Ciudad de México. Obtenido de <https://unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/sites/unidaddegenerosgg.edomex.gob.mx/files/files/Biblioteca%202022/Género%20y%20trabajo/GT-2%20El%20descuido%20de%20los%20ciudadanos.%20Sus%20consecuencias%20en%20seguridad%20humana%20y%20desigualdad%20laboral.%20Go b>
- Comas-d Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 49, 13-29. doi:10.34096/cas.i49.6190
- CONAPO. (s.f.). *Población a inicio de año, Ciudad de México: 1950-2070*. (G. d. México, Editor) Obtenido de Sitio Oficial del Consejo Nacional de Población: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico>

y-de-las-entidades-federativas-2020-2070/resource/cbd55e18-b166-4af9-854e-08927107e5bd?inner_span=True

- Consejo de Evaluación de la Ciudad de México. (2023). *Estimaciones de la pobreza multidimensional y de la desigualdad en la Ciudad de México y en el país 2018-2022*. CDMX: Evalúa CDMX. Obtenido de <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2023/SE/Comunicado%2004092023%20rev.pdf>
- Diario Oficial de Uruguay. (8 de 12 de 2015). Ley 19.353- Créase el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), presentada por el Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. *Diario Oficial de Uruguay*. Obtenido de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Dirección General de Inclusión y Bienestar Social de la Alcaldía de Iztapalapa. (2022). *Programa social: Sistema Público de Cuidados (Cuidadoras). Evaluación interna 2022, gestión 2021*. CDMX: DGIBS. Obtenido de <http://www.iztapalapa.cdmx.gob.mx/2alcaldia/evaluaciones2021/Cuidadoras.pdf>
- Draibe, S., & Riesco, M. (2006). *Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea*. México: CEPAL. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/4980-estado-bienestar-desarrollo-economico-ciudadania-algunas-lecciones-la-literatura>
- Durán, M. (2014). El desafío de la dependencia en una proyección de futuro. *Documentación Laboral*(102), 39-54. Obtenido de [https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N102/04%20EI%20desaf%20C3%ADo%20de%20la%20dependencia%20en%20una%20proyecci%C3%B3n%20de%20futuro%20\(Dur%C3%A1n%20Heras\).pdf](https://www.aedtss.com/wp-content/uploads/dl/N102/04%20EI%20desaf%20C3%ADo%20de%20la%20dependencia%20en%20una%20proyecci%C3%B3n%20de%20futuro%20(Dur%C3%A1n%20Heras).pdf)
- Durán, M. (2017). Ciudades que cuidan. En M. N. (Eds.), *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad* (págs. 91-114). Santiago: CEPAL. Obtenido de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/42424-quien-cuida-la-ciudad-aportes-politicas-urbanas-igualdad>
- EMAKUNDE. (2021). *¿Quién cuida? Aportaciones en torno a la organización social de los cuidados*. País Vasco: EMAKUNDE - Instituto Vasco de la Mujer. Obtenido de https://www.emakunde.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes/es_emakunde/adjuntos/quien_cuida.pdf
- Esquivel, V. (2013). *El cuidado en los hogares y las comunidades. Documento conceptual*. Informes de investigación de OXFAM. OXFAM. Obtenido de <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/302287/rr-care-background-071013-es.pdf;jsessionid=BE50AD8E3CDF81540EB6E074E7F57660?sequence=2>
- Evalúa CDMX. (2020). *Medición de la Pobreza 2016-2020: Principales Resultados*. Obtenido de Sitio oficial Evalúa CDMX:

<https://www.evalua.cdmx.gob.mx/principales-atribuciones/medicion-de-la-pobreza-y-desigualdad/resultados-principales>

- Evalúa CDMX. (2020b). *Pobreza y desigualdad: presentación de datos, cuadros dimensiones de NBI por Alcaldías 2015-2020*. Obtenido de Sitio Oficial de Evalúa CDMX: <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/medicion-de-la-pobreza-desigualdad-e-indice-de-desarrollo-social/pobreza-de-nbi-por-alcaldia-2015-2020/presentacion-de-datos-2015-2020>
- Facio, A. (2002). Engendrando nuestras perspectivas. *Otras Miradas*, 2(2), 49-79. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/183/18320201.pdf>
- Federici, S. (2014). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Franco, G., Hechenberger, E., Heatley, A., & Saldívar, L. (2021). Trabajo de cuidados, desastres y género. *Revista de la Universidad de México, Dossier de trabajo*. Obtenido de <https://www.revistadelauniversidad.mx/articulos/fec07c94-53bb-446f-9748-4bd13934b72d/trabajo-de-cuidados-desastres-y-genero>
- García, B., & de Oliveira, O. (2006). *Las familias en el México metropolitano: visiones femeninas y masculinas*. Ciudad de México, México: El Colegio de México.
- GOCM. (5 de febrero de 2017). *Constitución Política de la Ciudad de México*. Obtenido de Gaceta Oficial de la Ciudad de México: https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/images/leyes/estatutos/CONSTITUCION_POLITICA_DE_LA_CDMX_8.2.pdf
- GOCM. (4 de mayo de 2018). *Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México*. Obtenido de <http://www.aldf.gob.mx/archivo-4cdbf769a82837df29bebc34b48413ec.pdf>
- GOCM. (7 de junio de 2019). Ley Constitucional de Derechos Humanos y sus Garantías de la Ciudad de México. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*. Obtenido de https://congresocdmx.gob.mx/archivos/transparencia/LEY_CONSTITUCIONAL_DE_DERECHOS_HUMANOS_Y_SUS_GARANTIAS_DE_LA_CIUADAD_DE_MEXICO.pdf
- GOCM. (29 de enero de 2021). Acuerdo por el que se establecen las reglas de operación del Programa Social "Sistema Público de Cuidados", Alcaldía de Iztapalapa, 2021. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*. Obtenido de http://www.sideso.cdmx.gob.mx/documentos/2021/rops/alcaldias/iztapalapa/1_iztapalapa_rop_sistemapublicodecuidados2021_2901.pdf
- IMCO. (2023). *Las labores del hogar y de cuidados ascienden a 7.2 billones de pesos, 72% lo aportan mujeres*. Obtenido de Sitio oficial del Centro de Investigación en Política Pública: <https://imco.org.mx/las-labores-del-hogar-y-de-cuidados-ascienden-a-7-2-billones-de-pesos-72-lo-aportan-las-mujeres/>
- INEGI. (2020). *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019*. Obtenido de Subsistema de Información Demográfica y Social del INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2019/#documentacion>

- INEGI. (2020b). *Censo de Población y Vivienda 2020*. Obtenido de Sitio oficial del INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/>
- INEGI. (3 de diciembre de 2021). *Cuenta satélite de trabajo no remunerado de los hogares de México*. Obtenido de Sitio oficial del Instituto Nacional de Estadística y Geografía : <https://inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=6988>
- INEGI. (2022). *Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares, Ciudad de México*. Obtenido de Sitio Oficial INEGI: <https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/#tabulados>
- INEGI. (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022*. Obtenido de Sitio oficial del INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasic/2022/#tabulados>
- INEGI. (2023b). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Tabulados por entidad federativa*. Obtenido de Sitio Oficial INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>
- INEGI. (2024). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), población de 15 años y más de edad. Tabulados: población no económicamente activa*. Obtenido de Sitio oficial INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/enoe/15ymas/#tabulados>
- INMUJERES y ONU Mujeres. (2021). *Alianza Global por los Cuidados: un llamado urgente a la acción*. Obtenido de Sitio oficial de la Alianza Global por los Cuidados: <https://alianzadecuidados.forogeneracionigualdad.mx/>
- INMUJERES y SMCM. (2019). *Fortalecimiento de la Secretaría de las Mujeres en el nuevo diseño institucional de la Ciudad de México. Meta 2203MTC-2-2019*. CDMX: INMUJERES y Secretaría de las Mujeres de la Ciudad de México. Obtenido de https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Transversalidad/2019/Documento_Meta_2203_MT.pdf
- INMujeres, ONU Mujeres y COLMEX. (2023a). *Estadísticas de cuidado*. Obtenido de Mapa de Cuidados de México: <https://mapadecuidados.inmujeres.gob.mx/municipios/>
- INMujeres, ONU Mujeres y COLMEX. (2023b). *¿Cómo hicimos el Mapa de Cuidados de México? Metodología*. Obtenido de Mapa de cuidados de México: <https://mapadecuidados.inmujeres.gob.mx/>
- Medellín, N. (2020). *Simulador de costos de sistemas de atención a la dependencia: una aplicación para América Latina y el Caribe*. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Simulador-de-costosde-sistemas-de-atencion-a-la-dependencia-Una-aplicacionpara-America-Latina-y-el-Caribe.pdf>
- Medellín, N., Ibararán, P., & Stampini, M. (2018). *Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados*. Banco Interamericano de Desarrollo. Obtenido de

<https://publications.iadb.org/es/cuatro-elementos-para-disenar-un-sistema-de-cuidados>

- Michel, C., Torres, N., Lugo, D., & Cejudo, G. (2020). *Marco analítico y metodología para diagnosticar las brechas en los cuidados en municipios de México*. México: LNPP-CIDE. Obtenido de <https://cuidados.lnpp.mx/>
- MIDES y DNPS. (2014). *Cuidados como Sistema. Propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay. Obtenido de <https://www.redprocuidados.org.uy/wp-content/uploads/2021/03/14.12-Cuidados-como-Sistema.pdf>
- Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay. (s.f.). *Sistema de Cuidados*. Obtenido de Sitio oficial del MIDES Uruguay: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/>
- Montaño, S. (2010). El cuidado en acción. En S. Montaño, & C. Calderón, *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (págs. 13-61). Santiago de Chile: Naciones Unidas. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9cac34f8-b97f-4b01-b566-69fb7fb9c4df/content>
- Naciones Unidas. (s.f.). *Sistema Distrital del cuidado. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (Local/Regional Government)*. Obtenido de Sitio oficial de Naciones Unidas: <https://sdgs.un.org/partnerships/sistema-distrital-del-cuidado>
- Nieves, M., & Robles, C. (2017). El cuidado, pilar de la protección social: derechos, políticas e institucionalidad en América Latina. En R. (. Martínez, *Institucionalidad social en América Latina y el Caribe* (págs. 219-248). Santiago: CEPAL. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e95b962d-9f55-48ed-a3ad-381340e4cde2/content>
- Observatorio de Género de Nariño. (2021). *Diagnóstico de oferta y demanda de servicios de cuidado en el Municipio de Pasto*. San Juan de Pasto: ONU Mujeres. Obtenido de <https://observatoriogenero.udenar.edu.co/wp-content/uploads/2022/10/Diagnostico-de-Oferta-y-Demanda-de-Servicios-de-Cuidado.pdf>
- OIT. (2020). *México y la crisis de la Covid-19 en el mundo del trabajo: respuestas y desafíos. Nota técnica por país, panorama laboral en tiempo de la Covid-19*. OIT Américas. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-mexico/documents/publication/wcms_757364.pdf
- ONU Mujeres. (2021). *Aportaciones a la preparación de un sistema de indicadores de cuidado*. Bogotá: Naciones Unidas. Obtenido de <https://colombia.unwomen.org/sites/default/files/2022-02/ID%20186%20-%20Sistema%20de%20Indicadores%20de%20Cuidado.pdf>
- ONU Mujeres. (2022). *Financiamiento de los sistemas integrales de cuidados. Propuestas para América Latina y el Caribe*. Panamá: Naciones Unidas.

- Obtenido de https://lac.unwomen.org/sites/default/files/2022-10/ES_Informe_FinanciamientoSistemasCuidados_25OCT2022%20v02.pdf
- ONU Mujeres. (2022b). *Metodología para la estimación de los costos e impactos económicos de la implementación de servicios de cuidados en América Latina y el Caribe*. Ciudad de México: ONU Mujeres. Obtenido de https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/2022-10/ONU_MetodologiaCostos.pdf
- ONU Mujeres e INMUJERES. (2018). *Bases para una estrategia nacional de cuidados*. México: ONU Mujeres e INMUJERES. Obtenido de <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2019/BASES%20PARA%20UNA%20ESTRATEGIA%20NACIONAL%20DE%20CUIDADOS%202018%20web1.pdf>
- ONU Mujeres y CEPAL. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. *Policy Brief, 1.1.19.08.2020*, 1-23.
- ONU Mujeres y CEPAL. (2022). Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación. Obtenido de <https://hdl.handle.net/11362/47898>
- ONU Mujeres y CEPAL. (2023). *XV Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Compromiso de Buenos Aires*. Santiago: ONU y CEPAL. Obtenido de <https://conferenciamujer.cepal.org/15/es/documentos/compromiso-buenos-aires>
- ONU Mujeres y El Colegio de México. (2019). *El progreso de las mujeres en el mundo 2019-2020*. Ciudad de México: ONU Mujeres y El Colegio de México. Obtenido de <https://mexico.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Mexico/Documentos/Publicaciones/2019/FAMILIAS%20EN%20UN%20MUNDO%20CAMBIANTE%20%20MEXICO%20webvf.pdf>
- OPS. (2020). *El trabajo no remunerado del cuidado de la salud: una mirada desde la igualdad de género*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52207/9789275322307-spa.pdf?sequence=5>
- Pautassi, L. (2010). Cuidado y derechos: la nueva cuestión social. En S. Montañó, & C. (. Calderón, *El cuidado en acción. Entre el derecho y el trabajo* (págs. 69-91). Santiago de Chile: Naciones Unidas. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9cac34f8-b97f-4b01-b566-69fb7fb9c4df/content>
- Pérez, A. (2006). *Perspectivas feministas entorno a la economía. El caso de los cuidados*. España: Consejo Económico y Social. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/309669736_Perspectivas_feministas_en_torno_a_la_economia_El_caso_de_los_cuidados

- Picchio, A. (1999). Visibilidad analítica y política del trabajo de reproducción social. En C. (. Carrasco, *Mujeres y economía: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas* (págs. 201-244). Barcelona: Icaria-Antrazyt.
- Picchio, A. (2001). Un enfoque macroeconómico ampliado de las condiciones de vida. En C. Carrasco (Ed.), *Tiempos, trabajos y género* (págs. 15-40). Barcelona: Universitat de Barcelona. Obtenido de www.fundacionhenrydunant.org/images/stories/biblioteca/Genero-Mujer-Desarrollo/enfoque%20macroeconomico%20ampliado.pdf
- Querejeta, M. (2004). *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Obtenido de <https://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0181.pdf>
- Robledo, A. (2003). *Economía del Cuidado: Del reconocimiento a la redistribución. Retos de la política pública*. Bogotá. Obtenido de http://www.dane.gov.co/files/noticias/uso_tiempo_angela_robledo.pdf?phpMyAdmin=a9ticq8rv198vhk5e8cck52r11
- Rodríguez-Muñoz Arana, J. (2015). Sobre el concepto de los derechos sociales fundamentales. *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, 19, 115-140. Obtenido de https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/16858/AD_2015_19_art_6.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Scuro, L., Alemany, C., & Coello, R. (2022). *El financiamiento de los sistemas y políticas de cuidados en América Latina y el Caribe: aportes para una recuperación sostenible con igualdad de género*. Santiago: Naciones Unidas. Obtenido de <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/eb20deb2-081d-4238-94c3-e5230c5bebed/content>
- Secretaría de las Mujeres. (2020). *Mujeres, trabajo doméstico y de cuidados no remunerado. Serie Mujeres Ciudad de México*. Ciudad de México: Secretaría de las Mujeres. Obtenido de https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/02_Boletin_Mujeres_TDNR.pdf
- Secretaría Jurídica Distrital de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (30 de 10 de 2020). Decreto 237 de 2020 Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C. *Registro Distrital No. 6951*. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/2020_decreto237bogota_col.pdf
- Sistema de Información para el Bienestar. (2024). *Estancias Infantiles de la Alcaldía Álvaro Obregón 2023*. Obtenido de Sitio oficial del Sistema de Información para el Bienestar del Gobierno de la Ciudad de México: https://tubienestar.cdmx.gob.mx/detalle_publico/poblaciones
- Soto, P. (4 de abril de 2019). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México*. Obtenido de https://consulta.congresocdmx.gob.mx/consulta/webroot/img/files/iniciativa/P_AULA_SOTO_iniciativa-SistemaDeCuidados-1.pdf

Wanderley, F. (Junio de 2019). Las Políticas de Cuidado en América Latina - Articulando los derechos de las mujeres, niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidades. *Documentos de trabajo IISEC, Universidad Católica Boliviana(2)*, 1-53. Obtenido de https://www.iisec.ucb.edu.bo/assets_iisec/publicacion/DT_02_IISEC_Fernanda_Wanderley.pdf