Los documentos reportados como avances en el Eje temático Igualdad de género son el resultado del trabajo institucional con académicas, organismos internacionales y organizaciones de la sociedad civil. Cabe señalar que las organizaciones de la sociedad civil han seguido trabajando en la retroalimentación de esta iniciativa fuera de la Alianza de Gobierno Abierto, sin embargo, no se ha tenido la oportunidad de consensuar con ellas los documentos reportados, por lo que aún no tienen su aval.

CIDE

Diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados en México

Mayo 2017

Equipo de investigación:

Guillermo M. Cejudo (coord.)
Cynthia Michel
Samantha Ortiz
Armando Sobrino
Humberto Trujillo
Marcela Vázquez

El equipo de investigación del CIDE agradece a todas las personas que participaron en la realización de esta investigación. Particularmente, agradecemos a quienes nos brindaron una entrevista, a quienes nos compartieron documentos y datos de contacto de expertos, así como a quienes asistieron a las dos sesiones de diagnóstico participativo llevadas a cabo en las instalaciones del CIDE. Su colaboración fue un insumo fundamental para la elaboración de este documento, cuyo contenido, sin embargo, es responsabilidad exclusiva de los autores.

Índice

INTRODUCCIÓN 1

EL CUIDADO CONSTRUIDO COMO PROBLEMA PÚBLICO 2

Perspectiva de derechos humanos 2

Perspectiva económica 4

Perspectiva feminista 6

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES 8

PROVISIÓN DE CUIDADOS EN MÉXICO 15

Programas presupuestarios 15

Seguridad social contributiva 22

Oferta de cuidados en México, por nivel de ingreso y acceso a seguridad social 25

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 32

EL PROBLEMA EN MATERIA DE CUIDADOS EN MÉXICO 34

El problema 35

Las causas del problema 43

LOS EFECTOS DEL PROBLEMA 49

BIBLIOGRAFÍA 52

Anexo 1. Programas presupuestarios federales relacionados con el tema de cuidados 64

Anexo 2. Árbol de problemas, sesión A 84

Anexo 3. Árbol de problemas, sesión B 85

INTRODUCCIÓN

En México, existen alrededor de 45 millones de personas que podrían necesitar cuidados[1]. Es decir, más de un tercio de la población en el país puede tener limitaciones para comer, vestirse, moverse e incluso estar solo, por lo que su bienestar físico y mental depende de otra persona. Estos cuidados pueden ser provistos por el Estado, por prestadores profesionales o por los hogares. La insuficiencia y baja calidad de los cuidados tienen efectos negativos en las personas que los reciben y en las personas que los proveen. Buena parte de las labores de cuidado no son remuneradas y recaen desproporcionadamente en las mujeres. Las desigualdades económicas y de género en el país así como las condiciones precarias de muchos empleos —incluida la alta tasa de informalidad laboral—, agravan el problema y son, a su vez, reforzadas por la insuficiencia y baja calidad de los cuidados.

El problema tiene varias causas y puede ser analizado desde distintos enfoques. Este reporte presenta un diagnóstico sobre el problema público en materia de cuidados. El documento corresponde al primer entregable del proyecto "*Estudio para realizar una propuesta de política pública de cuidados en México*" comisionado por CONAPRED al CIDE. Para elaborar el diagnóstico, se hizo una revisión de la literatura desde distintos enfoques, se realizaron entrevistas con especialistas, se analizaron documentos académicos, gubernamentales, de organismos internacionales y de organizaciones de la sociedad civil sobre el tema, se hizo un análisis comparado de experiencias internacionales, se revisó la oferta pública de cuidados en el ámbito federal mexicano, y se llevó a cabo un diagnóstico participativo con integrantes de organizaciones sociales, instituciones públicas y especialistas. En las siguientes páginas mostramos aproximaciones teóricas al problema desde la teoría económica, el enfoque de derechos humanos y la perspectiva feminista y reseñamos algunas experiencias internacionales. Como parte central del texto, diagnosticamos el problema de cuidados en México. Como mostramos en esta sección, se trata de un problema de baja calidad, insuficiente

[1] Esta cifra es calculada a partir de información del INEGI (2015), en relación a personas sujetos de cuidado que podrían ser, niños menores de 15 años, personas mayores, enfermos temporales y personas con limitaciones permanentes.

cantidad y poca accesibilidad de servicios de cuidado disponibles para las personas en situación de dependencia. Esto afecta el bienestar y las oportunidades de desarrollo de las personas encargadas de cuidado, que son desproporcionadamente mujeres. Es, por tanto, un problema complejo, cuya atención requiere una política integral que garantice los derechos humanos y la equidad de género.

EL CUIDADO CONSTRUIDO COMO PROBLEMA PÚBLICO

El cuidado de ciertos grupos de la población representa un asunto que cada vez toma más relevancia entre distintos sectores de la sociedad y de los gobiernos de distintos países. Por una parte, los cambios demográficos apuntan a un creciente número de personas en necesidad de ser cuidada. En 2010, de la población total de los países del continente americano, 13.1% contaba con 60 años y más. Se prevé que, para 2025, esta cifra se eleve a 18.6% (OPS, 2017). En México, la tendencia es similar: más de 12 millones de personas requieren cuidados (ELCOS, 2012). Por otra parte, el tema de los cuidados está vinculado con distintos sectores e involucra cuestiones relacionadas con la salud pública, la equidad de género, la justicia social y las dinámicas familiares, por mencionar sólo algunas. Por tanto, la forma en la que se concibe el problema que debiera atender una política de cuidados puede variar significativamente.

A continuación, se presenta un análisis, desde perspectivas teóricas distintas (aunque estrechamente vinculadas), sobre las características del problema público asociado al cuidado de ciertos grupos de la población.

Perspectiva de derechos humanos

El enfoque de los derechos humanos parte del reconocimiento de que la dignidad es inherente a todos los seres humanos y que sus derechos deben ser iguales e inalienables. Por eso, desde esta perspectiva el cuidado se concibe como un derecho y, como tal, debe ser garantizado por el Estado. Esto significa que el estado debe

“proporcionar, facilitar o mejorar los medios para que las personas puedan ejercer sus derechos por sí mismas” (Salazar, 2014: 116), es decir, contar con instituciones que aseguren el goce efectivo de los derechos.

Hay un debate sobre el cuidado como un derecho, en una doble vertiente: tanto derecho a ser cuidado (lo que supondría la obligación de proveerlo o garantizarlo), como el derecho a cuidar (lo que supondría facilidades laborales y apoyos para poder hacerlo) (Marrades, 2016). En México, la recién promulgada Constitución Política de la Ciudad de México establece, en su artículo noveno, el derecho al cuidado en los siguientes términos: “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”.

Reconocer el cuidado como un derecho tiene implicaciones normativas sobre la relación entre el Estado y los titulares del derecho. Como explica Pautassi (2007: 18):

> … otorgar derechos implica a su vez reconocer un campo de poder para sus titulares, reconocimiento que limita el margen de acción de los sujetos obligados, entre ellos el Estado, en tanto define, en sentido amplio, aquellas acciones que el obligado puede y las que no puede hacer. En rigor, el enfoque de derechos explicita un reconocimiento de la relación directa existente entre el derecho, el empoderamiento de sus titulares, la obligación correlativa y la garantía [...].
>
> Y aquí resulta central destacar la importancia de considerar al cuidado como una obligación que se desprende del derecho al cuidado. El derecho a cuidar, a ser cuidado y a cuidarse tiene su correlato en la obligación de cuidar. Esto es, implica un conjunto de obligaciones negativas, características de los derechos económicos, sociales y culturales, como no entorpecer los servicios de guarderías infantiles, [o] no impedir el acceso de un adulto mayor al sistema de salud; pero principalmente incluye obligaciones positivas, que se enrolan en proveer los medios para poder cuidar, en garantizar que el cuidado se lleve adelante en condiciones de igualdad y sin discriminación y que no solo se concedan para un grupo reducido —por caso vinculado al empleo asalariado formal— sino que sean garantizados a todas las ciudadanas y los ciudadanos.

En efecto, el cuidado implica una relación entre dos personas: la que presta los cuidados y la que los recibe (Himmelweit, 2005), por ello, desde la perspectiva de los derechos humanos, ambos son sujetos de derecho. Como todas las personas, las que reciben cuidados tienen derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (art. 12, PIDESC). El ejercicio de este derecho supone que el cuidado que

reciben las personas en situación de dependencia estará regido por los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptación y calidad (Comisión Australiana de los Derechos Humanos, 2017). Esto significa que los cuidados deben: estar *disponibles* en la cantidad necesaria para atender a toda la población que los demande; ser *accesibles,* es decir, tener instalaciones adecuadas para permitir el acceso físico de todas las personas, y ser costeables por cualquiera; partir de la *aceptación* y respeto a la identidad cultural, género, preferencia sexual, o cualquier otra característica de la persona que requiere el cuidado; ser clínicamente/médicamente apropiados y de buena *calidad* (Comisión Australiana de los Derechos Humanos, 2017).

Por su parte, las personas que proveen los cuidados tienen sus propios derechos. Las personas que proveen cuidados, y reciben un pago por ello, tienen los mismos derechos que cualquier trabajador: recibir una remuneración justa por su trabajo (art. 24, DUDDHH), tener una jornada laboral de un tiempo razonable (art. 24, DUDDHH), así como "ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado" (art. 6, PIDESC). Por otra parte, los derechos de las personas que proveen cuidados de manera no remunerada están siendo impulsados por diversas asociaciones que promueven los derechos de los trabajadores, inmigrantes, personas con alguna discapacidad y personas mayores. La premisa es que los propios proveedores de cuidado, en tanto personas, tienen derecho a velar por su propio bienestar, lo cual incluye recibir ayuda externa para cuidar a las personas en situación de dependencia, así como a tener una vida propia y realizar actividades que le provean un sustento económico (ver Family Caregiver Alliance; Institute for Policy Studies; AARP; Care.org).

Perspectiva económica

Desde la perspectiva de la teoría económica, el énfasis está puesto en la necesidad de aumentar la productividad de los servicios de cuidado para garantizar el cuidado de la población que lo requiere, sin que ello implique disminuir su calidad. Si se considera que el aumento de la productividad (resultados obtenidos por hora) en la producción de un bien o servicio supone incrementar los factores de producción (capital o tecnología), el problema en la industria del cuidado es que el tiempo que un cuidador destina al cuidado constituye en sí mismo el producto esperado, de forma que ni el aumento de capital ni el

uso de tecnología pueden influir en la productividad del cuidador (Donath 2000; Himmelweit 2005, 2007). Esto es, un cuidador podría ser más productivo si, por ejemplo, en lugar de cuidar a una persona enferma en un periodo, cuidara a tres personas enfermas en ese mismo tiempo. No obstante, esto afectaría la calidad del cuidado que presta, pues ahora el cuidador tendría que dividir su atención entre varios enfermos.

En efecto, una vez que se alcanza la cantidad mínima de tiempo de cuidado necesario para prestar este servicio con cierta calidad, el incremento de productividad resultará necesariamente en cuidados de menor calidad: el tiempo de cuidado no puede reducirse y, al mismo tiempo, mantener el mismo estándar de calidad (Donath 2000; Himmelweit 2005, 2007).

Al no poder aumentar la productividad de los servicios de cuidado sin afectar la calidad de los mismos, los costos del trabajo del cuidado aumentarán en la misma proporción que los salarios (pues los cuidados no dependen ni del capital ni de la tecnología, sino solo del tiempo que una persona le destina a este fin). Esto tiene efectos en los costos de oportunidad de prestar este tipo de servicios (Himmelweit 2005, 2007; Della Giusta y Jewell 2015). Sin embargo, los efectos varían dependiendo de si se trata de servicios de cuidados remunerados o no remunerados.

Para un cuidador remunerado, los costos de oportunidad de mantenerse en dicha industria disminuirán siempre que el precio que se cobra por los servicios de cuidado aumente en la misma proporción que los costos de prestarlos (los cuales están determinados por los salarios de los cuidadores). Sin embargo, si se considera que el precio que se paga por estos servicios no puede aumentar ilimitadamente (sino solo hasta el punto en el que quienes los que contratan puedan hacerlo sin que todo su salario se vaya en ello), la retención de los prestadores de servicios de cuidados en dicha industria solo será posible si los salarios que se pagan no son mucho menores que los que podrían recibir desempeñando otro trabajo. Esto ha llevado a posicionar los servicios de cuidado como bienes de lujo y, por ende, a un problema de inequidad para acceder a ellos (particularmente en los países de altos ingresos) (Himmelweit y Land 2010).

Un cuidador que está prestando sus servicios sin recibir alguna remuneración, se verá atraído por la idea de ingresar al mercado laboral en el momento en que exista un aumento generalizado de los salarios reales como consecuencia del aumento en la

productividad en otras áreas de la economía (Himmelweit 2005). Participar en el mercado laboral será especialmente atractivo para aquellos cuidadores no remunerados que tengan un mayor potencial de obtener salarios elevados si se emplean, o bien, que tienen menores responsabilidades de cuidado (Himmelweit, 2005). Para estas personas, el costo de oportunidad de no emplearse aumentará y, con ello, su disposición a pagar por servicios de cuidado.

Si se considera que, en general, las mujeres tienen acceso a menores remuneraciones que los hombres en el mercado laboral, ya sea porque los cargos directivos son ocupados en su mayoría por hombres, o porque las mujeres tienen más probabilidades de dedicarse a actividades de baja productividad y a trabajar en el sector informal y con menores probabilidades de movilidad al sector formal que los hombres (Banco Mundial 2012); el costo de oportunidad para una mujer de mantenerse fuera del mercado laboral para prestar servicios de cuidado no remunerados en la familia es menor que el de los hombres, lo cual a su vez perpetúa la desigualdad de las condiciones para competir en el mercado laboral. Por ello, el cuidado, para ser comprendido a cabalidad, requiere ser analizado también desde una perspectiva feminista.

Perspectiva feminista

La perspectiva del feminismo en materia de cuidados está anclada en dos principales visiones: el feminismo liberal y el feminismo socialista (Acker, 1987). La perspectiva liberal del feminismo atiende a una preocupación sobre la equidad: todos los individuos deben tener las mismas oportunidades para lograr su desarrollo máximo, independientemente de su género (Morell, 1987). La perspectiva socialista del feminismo percibe el problema como uno asociado con el sistema económico, cuyas estructuras perpetúan la opresión de las clases y, en consecuencia, la opresión de las mujeres en un mundo capitalista (Eisenstein, 1984).

Desde la perspectiva del feminismo liberal se argumenta que la concepción de la mujer como la proveedora de cuidados por naturaleza es un constructo social (Ridgeway, 2011; Chick, et al, 2002; Bender, 1989; Eccles, 1987). Es decir, se asume que lo que se atribuye a las diferencias de sexo (biológicas) son, en realidad, diferencias

culturales (de género) (Acker, 1987). Se rechaza la idea de que las mujeres asumen las tareas del cuidado porque “están hechas” para ello y, en su lugar, el que las mujeres asuman estas labores es producto de la ideología social dominante bajo la cual los hombres pertenecen a la esfera de lo público y las mujeres al ámbito privado; al poco valor que se le da al trabajo doméstico, así como a la falta de medidas gubernamentales y corporativas para contribuir al cuidado de las personas en situación de dependencia (Ridgeway, 2011).

En efecto, desde la perspectiva liberal feminista se argumenta que las mujeres y los hombres no son grupos homogéneos en donde cada uno de sus miembros comparten las mismas características: ni todas las mujeres son cariñosas y expresivas, ni todos los hombres tienen menor capacidad para conectarse emocionalmente con las personas. Por lo tanto, no existe un género “más capaz” para desarrollar una tarea específica (Gersson, 1985; Rossi, 1980).

Por su parte, desde la perspectiva del feminismo socialista también se rechaza la idea de que las mujeres son, por naturaleza, más aptas para realizar labores de cuidado que los hombres y, en cambio, se atribuye esta diferencia a la forma en la que ocurre la división del trabajo en el sistema económico capitalista. Desde esta perspectiva, se considera que a las mujeres se les ha asignado la responsabilidad de realizar el trabajo doméstico no remunerado en general, y la provisión de cuidados en particular, no por su capacidad "natural" de conectarse emocionalmente con otras personas, sino como producto de la relación dialéctica entre el capitalismo y el patriarcado que resultan en patrones de segregación ocupacional y discriminación salarial en la fuerza de trabajo (Palo Stoller, 1993; Graham 1983).

Lo anterior mantiene y reproduce la forma actual de las relaciones económicas, lo que a su vez refuerza la creencia de que las mujeres tienen menores costos de oportunidad que los hombres de mantenerse fuera del mercado laboral para, en su lugar, asumir responsabilidades de cuidado (Ungerson, 1983). No obstante, desde la perspectiva del feminismo socialista, esto es sólo reflejo de las causas de fondo que determinan la decisión (expresamente “voluntaria”, o no) de las mujeres de dedicarse a estas labores: las relaciones de poder que por generaciones han existido entre hombres y mujeres, las limitaciones estructurales que enfrentan las mujeres en el sector público, la escasa disponibilidad de servicios públicos para prestar servicios de cuidado y un muy

limitado sentido de responsabilidad en los hombres, sobre cuestiones de cuidado de los miembros de la familia (Aronson, 1992; Lewis y Meredith, 1988). En suma, el reto se trata, como sugiere Lamas (2012), de un cambio civilizatorio que convierta las responsabilidades de la mujer en responsabilidades de toda la sociedad.

Aunque cada una de estas perspectivas pudiera ser el punto de partida para conceptualizar la provisión de cuidados como un problema público, la combinación de las perspectivas económica, de derechos humanos y feminista permite entender, al mismo tiempo, el tema a partir de la relación entre cuidadores y cuidados, definida por las condiciones laborales, económicas y de seguridad social, en la que ambas partes tienen derechos que deben ser garantizados y en la que la carga desproporcionada que recae en las mujeres no es solo un problema de inequidad entre hombres y mujeres, sino de derechos al cuidado no garantizados por el Estado y que tiene repercusiones individuales y sociales negativas.

EXPERIENCIAS INTERNACIONALES

Además de identificar algunas de las perspectivas teóricas para entender el problema en materia de cuidados, analizamos algunas experiencias internacionales de sistemas, programas, acciones o políticas de diversos países, para distinguir diversas formas de conceptualizar el problema.

Seleccionamos tanto casos ambiciosos como medidas más modestas para tratar el problema en materia de cuidados. Consideramos esfuerzos gubernamentales implementados en contextos sociales y económicos similares al mexicano —específicamente, aquéllos desarrollados en América Latina—y otros implementados en países cuyas condiciones son distintas a las de nuestro país: España y Suecia. Analizamos documentos primarios (legislación, reglas de operación de los programas y otros documentos gubernamentales), así como estudios realizados por organismos no gubernamentales y por investigadores especialistas en el tema. Para cada programa, se identificó el problema que se busca atender, la población o poblaciones objetivo, y los principales instrumentos o acciones para tratar el problema.

Los ocho casos seleccionados son: Sistema Nacional de Cuidados, Uruguay; Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, España; Sistema Chile Crece Contigo, Chile; La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, Costa Rica; Círculos Infantiles, Cuba; Programa Integral de Atención en Salud del Adulto Mayor, Cuba; Políticas de familia, Suecia; y Reconocimiento del trabajo no remunerado de cuidados como labor productiva y Plan Nacional del Buen Vivir, Ecuador.

Sistema Nacional de Cuidados, Uruguay, desde 2008. Este sistema nació en 2008 como resultado de un esfuerzo conjunto entre el gobierno del ex presidente José Mujica y de las organizaciones de la sociedad civil. Parte de una definición de cuidados como "una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes" (Ministerio de Desarrollo Social, 2014: 11). La premisa principal es que la ausencia de una política de cuidados genera y reproduce la desigualdad social y de género (Ministerio de Desarrollo Social, 2014), pues reconoce explícitamente que el trabajo de cuidados es tradicionalmente llevado a cabo por las mujeres, afectando así sus oportunidades de participación en la vida social y económica (Aguirre y Ferrari, 2014). Por ello, la población a la que está dirigida la política son tanto las personas dependientes como a las prestadoras de cuidados. En específico, su población objetivo son niños y niñas de 0 a 12 años (con énfasis en primera infancia, de 0 a 3 años); personas en situación de dependencia por discapacidad; personas adultas mayores dependientes; y personas que cuidan, con o sin remuneración.

El Sistema tiene como objetivo "generar un modelo corresponsable de cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado" (Junta Nacional de Cuidados, 2015: 5); y valorizar el trabajo de cuidados, mejorar su calidad y eliminar estereotipos de capacidades "naturalmente femeninas" para llevar a cabo estas labores (Ministerio de Desarrollo Social, 2014). Para ello, la política de cuidados uruguaya considera procesos de enseñanza o capacitación para dar cuidados, inversión en infraestructura y recursos humanos y la oferta y provisión directa de los servicios de cuidado (Ministerio de Desarrollo Social, 2014).

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, España, desde 2007. El Sistema nace con la *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, presentada y aprobada en 2006. Esta política está basada en la premisa de que cada vez un mayor porcentaje de población estará en situación de dependencia[2], tanto por el creciente número de personas que se encuentra en las últimas etapas de su vida, como por las enfermedades y otras causas de discapacidad o limitación asociadas a "los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas y, también, por las consecuencias derivadas de los índices de siniestralidad vial y laboral" (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 2015: Exposición de motivos).

Si bien no existe una definición explícita del problema que la política busca atender, los cambios demográficos y el cambio "en el modelo de familia y la incorporación progresiva de casi tres millones de mujeres, en la última década, al mercado de trabajo", las cuales tradicionalmente se ocupaban del cuidado de las personas dependientes (Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, 2015: Exposición de motivos), apuntan a la concepción del problema como uno relacionado con la suficiencia de la oferta de cuidados para la población en situación de dependencia.

El Sistema tiene el objetivo de proveer servicios públicos y privados para promover la autonomía personal y la atención y protección de las personas en situación de dependencia; atender a las personas en situación de dependencia y mejorar su autonomía a través de una red de servicios públicos y privados (Ministerio de Sanidad, 2016). El Sistema distingue entre tipos de dependencia (moderada, severa o gran dependencia) que determinan las poblaciones objetivo. Asimismo, contempla un esquema de subvenciones diferenciadas para los gastos de los hogares asociados al cuidado; y establece distintos tipos de servicios: de prevención, de teleasistencia, ayuda a domicilio, de día y de noche y atención residencial (Ministerio de Sanidad, 2016).

---

[2] La política define dependencia como "estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria" (Ferreyra, 2016: 250).

Sistema Chile Crece Contigo, Chile, desde 2007. La política de Chile, a diferencia de las dos anteriores, se enfoca principalmente en el cuidado de la población infantil. En los últimos 10 años, Chile ha buscado mejorar el sistema de salud y la articulación de políticas y programas para la familia y el trabajo que van enfocadas a atender la "crisis del cuidado" generada por factores demográficos y socioeconómicos (Batthyány Dighiero, 2015). El problema sobre el cual se basa esta intervención es el desarrollo deficiente de las niñas y niños por falta de acceso a servicios de calidad de salud y cuidado. La población objetivo de la política son tanto niños y niñas (desde la gestación y hasta que ingresan al sistema escolar, y aquéllos con discapacidad), como las familias en lo general, pues la política busca procurar un desarrollo integral de los niños, en especial de aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor (Chile Crece Contigo, 2016).

El instrumento principal de la política es la coordinación interinstitucional, pues su implementación supone el trabajo conjunto de seis ministerios y organizaciones que proveen los servicios a familias, con el objetivo de mejorar los servicios de salud y educación que el estado provee a los niños, así como de que los padres contribuyan al desarrollo de sus hijos con cuidados de calidad. Para este fin, el programa ofrece planes de salud, talleres para padres, programas educativos y de concientización, atención de niños y niñas en situación de rezago o vulnerabilidad, estimulación, entre otros apoyos (Chile Crece Contigo, 2016).

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, Costa Rica, desde 2014. Esta política, al igual que la chilena, es una estrategia de coordinación interinstitucional enfocada a atender a la población infantil. El problema que reconoce es la fragmentación e insuficiencia de cuidados prestados por instituciones públicas y privadas para el desarrollo de la primera infancia, así como dificultad de acceso a estos servicios por las familias más vulnerables.

El objetivo de esta política es: "establecer un sistema de cuido y desarrollo infantil de acceso público, universal y de financiamiento solidario que articule las diferentes modalidades de prestación pública y privada de servicios en materia de cuido y desarrollo infantil, para fortalecer y ampliar las alternativas de atención infantil integral" (Ley Nº 9220: Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil: artículo 1). Para ello, se busca

lograr la coordinación interinstitucional entre una red de programas y acciones de cuidado existentes, tales como Hogares Comunitarios; Centros de Atención Integral; Centros de Educación y Nutrición; Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral; Centros Infantiles Municipales; centros privados y Organizaciones de Bien Social (Guzmán León, 2014).

La política está enfocada en el desarrollo de la población en la etapa de la primera infancia, por lo que su población objetivo son niñas y niños menores de siete años de edad y niñas y niños de hasta doce años de edad (Ley Nº 9220: Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil). La política considera el impacto que tiene el cuidado de los niños y niñas en las oportunidades laborales de las mujeres—particularmente las de escasos recursos, por lo que la oferta de la red de programas enfatiza la atención de familias en condición de vulnerabilidad (Guzmán León, 2014).

Círculos Infantiles, Cuba, 1961. La política de los Círculos Infantiles fue creada por el gobierno cubano en 1961 para "proporcionar a los niños de las familias trabajadoras: cuidado, educación y recreación en las horas laborales de sus madres" (EcuRed, 2017: s.p.). La política parte de la premisa de que la baja participación de las mujeres en el mercado laboral es consecuencia de los obstáculos que implican las labores de cuidado para el ejercicio de sus derechos a acceder al espacio público y al mundo laboral. Así, la política tiene como uno de sus objetivos principales el "permitir a las madres su incorporación a la producción" (EcuRed, 2017: s.p.), pues busca atender el problema de dificultad que enfrentan las madres para acceder al mercado laboral cuando no cuentan con una red de apoyo real que permita el cuidado de sus hijos (Sáez Astaburuaga, 2015).

La política consiste en proveer atención alimentaria, pedagógica y médica a niños desde los 45 días de nacidos y hasta los seis años de edad. Su población objetivo son madres trabajadoras con hijos e hijas entre las edades de 45 días de nacido y 6 años (aunque posteriormente se amplió para incluir a aquellas con hijos o hijas que requieren régimen de internado, o con necesidades educativas especiales).

Programa Integral de Atención en Salud del Adulto Mayor, Cuba, 1974. Este programa responde al envejecimiento de la población (magnitud y rapidez) aunado a una alta esperanza de vida, así como de que las "respuestas tradicionales" al cuidado de las personas mayores ya no son suficientes o adecuadas (Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, 2016). Por lo tanto, su población objetivo son las personas mayores de 60 años. Implícitamente identifica como problema la falta de autonomía y bienestar en el que se encuentra este grupo de la población.

Para atender dicho problema, el programa trata aspectos como salud, seguridad social, deportes, cultura y legislación a partir de tres subprogramas: atención comunitaria; institucional y hospitalaria (Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, 2016). El subprograma de atención comunitaria tiene como objetivo "mejorar la salud", el "aumento de la vida activa" y contribuir "a resolver necesidades socio-económicas, psicológicas y biomédicas de los ancianos" (Infomed, 2012: 4). El subprograma de atención al adulto mayor en instituciones sociales realiza "acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación" con la participación activa de la comunidad (Infomed, 2012: 4). Finalmente, el subprograma de atención al adulto mayor en hospitales busca elevar la "calidad de la asistencia médica" (Infomed, 2012: 32).

Políticas de familia, Suecia, 1990. Las políticas de familia tienen como población objetivo, en un primer lugar, a la familia (entendida como unidad) y, al mismo tiempo, a niños y niñas y madres y padres por separado. El diseño de las políticas para la familia descansa sobre tres principios: derecho a laborar, equidad de género y derechos de la infancia. El principio del derecho a laborar parte de la premisa de que todas las personas deben tener empleo y ser capaces de mantenerse a sí mismas (Population Europe Resource Finder & Archive, 2016) para garantizar la seguridad material y física de las familias. El principio de la equidad de género se desprende del reconocimiento de la igualdad de oportunidades que deben tener hombres y mujeres en el mercado laboral (Population Europe Resource Finder & Archive, 2016). Finalmente, el tercer principio tiene como premisa que los niños tienen derecho a un desarrollo integral.

Para garantizar el derecho a laborar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres se han llevado a cabo acciones cuyos beneficiarios son tanto hombres como mujeres, y que se materializan en intervenciones para el cuidado del embarazo, así

como el otorgamiento de permisos parentales pagados (los hombres reciben permiso de paternidad desde 1974) (Population Europe Resource Finder & Archive, 2016). Se argumenta que gracias a estas políticas 73% de las mujeres trabajan y entre el 70% al 80% de madres tienen trabajo (OECD, 2016).

Para garantizar los derechos de la infancia se han implementado políticas tales como la pensión mensual para los niños y niñas hasta la edad de 16 años; escuela gratuita entre los 6 y 19 años; cuidado de la salud; transporte público gratuito, entre otras (Sweden Sverige, 2016).

Reconocimiento del trabajo no remunerado de cuidados como labor productiva y Plan Nacional del Buen Vivir, Ecuador, 2008. Ecuador no tiene un programa o política integral de cuidados. Sin embargo, ha tomado una serie de medidas importantes en la materia. Primero, la Constitución de 2008 reconoció formalmente al trabajo no remunerado de cuidados como labor productiva e identificó a las poblaciones vulnerables (personas mayores, niños niñas y personas con discapacidad), afirmando el compromiso del Estado de realizar programas y políticas públicas para atender estos asuntos (Batthyány Dighiero, 2015). Segundo, los Planes Nacionales del Buen Vivir (2009-2013 y 2013-2017) incluyeron, desde 2009, el reconocimiento a la importancia "del trabajo reproductivo como eje fundamental de un modelo de desarrollo solidario y equitativo" (Batthyány Dighiero, 2015: 34). Esto se ha traducido en acciones dirigidas a procurar el desarrollo adecuado de la primera infancia. En 2012 se adoptó la Estrategia Nacional Intersectorial para la Primera Infancia que incluye servicios de salud a niños y niñas (revisiones médicas, vacunas), nutrición, la existencia de Centros Infantiles para el Buen Vivir (servicio de guarderías) y educación inicial para niños y niñas (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2016). En menor medida, las acciones del estado han estado también orientadas a la población vulnerable en general (personas mayores y personas con discapacidad); y, en el caso del cuidado se trata también indirectamente a la familia y a trabajadores y trabajadoras (Villamediana, 2014), particularmente a partir del otorgamiento de subsidios y servicios adicionales para personas con discapacidad y de personas mayores (Batthyány Dighiero, 2015).

Aunque todas estas intervenciones están dirigidas al tema de cuidados, tienen formas distintas de conceptualizar el problema a atender. La situación a modificar puede

verse, por ejemplo, como un problema asociado al bienestar social y la equidad de género (como en los casos de Uruguay o Suecia), como un problema vinculado a la equidad de género e inserción laboral (como en el caso de Cuba y España) o como un problema en el bienestar de las poblaciones vulnerables—particularmente la primera infancia (como en el caso de Chile, Costa Rica y Ecuador). Asimismo, encontramos medidas que van desde modificar la legislación (Ecuador, y España, 2007); crear instituciones o programas (Chile, 2007; Cuba 1961 y 1974); o crear sistemas de coordinación interinstitucional y de políticas (Uruguay, 2008; Suecia, 1990). El conjunto de intervenciones sugiere también la creciente adopción de enfoques de derechos humanos y equidad de género para tratar este problema frente a problemas que se agravan por causas demográficas.

PROVISIÓN DE CUIDADOS EN MÉXICO

Con el fin de conocer la oferta pública de cuidados en el gobierno federal mexicano, realizamos una revisión tanto de los programas presupuestarios vigentes, como de las principales prestaciones laborales ofrecidas en el marco de la seguridad social contributiva (es decir, aquellas proporcionadas por el IMSS y el ISSSTE).

Programas presupuestarios

Para el análisis de los programas presupuestarios, utilizamos el más reciente *Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social [Inventario]*, publicado en 2015 por CONEVAL. Nuestro punto de partida fue una matriz de variables desarrollada por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, que analizó los programas del Gobierno de la Ciudad de México, con el fin de determinar sus respectivas aportaciones al tema de cuidados. Con base en ello, definimos dos criterios para identificar los programas presupuestarios vinculados al tema de cuidados:

Criterio I. Programas cuya población beneficiada fuera alguno de los siguientes grupos:

1. Niñas y niños de hasta 15 años
2. Personas mayores de 65 años en situación de dependencia
3. Personas con discapacidad temporal o permanente en situación de dependencia
4. Población cuidadora

Criterio II. Programas cuyo apoyo tuviera alguno de los siguientes efectos:

1. **Ampliar (en cantidad y/o calidad) la oferta de cuidado** mediante apoyos que faciliten la oferta del mismo y la capacitación para su realización. Por ejemplo, cursos de capacitación y apoyo para la incorporación al mercado laboral de cuidadores, o subsidios para aumentar la oferta.
2. **Otorgar tiempo para el cuidado**, por ejemplo, mediante licencias, reducción de la jornada laboral, flexibilidad de horarios laborales, trabajo desde casa.
3. **Disminuir la necesidad de tiempo o trabajo que los hogares invierten en el cuidado** mediante la provisión pública de éste, por ejemplo, a través de guarderías, casas hogar, casas de retiro, escuelas de horario extendido, centros de cuidado diurno.
4. **Fomentar la autonomía de las personas que requieren cuidado**, por ejemplo, mediante acciones de rehabilitación o transferencias de ingreso.
5. **Modificar los roles tradicionales género**, particularmente, para favorecer una distribución más equitativa del cuidado. Por ejemplo, medidas para sensibilizar y aumentar la corresponsabilidad del cuidado o promover la igualdad de género.

Se identificaron 11 programas presupuestarios federales que cumplieron con los dos criterios señalados. A continuación, se presenta una breve descripción de cada uno de ellos, en la que se destacan los criterios satisfechos por cada uno (para mayor detalle, véase el anexo 1).

1) Servicios de guardería, Instituto Mexicano del Seguro Social. Este programa presupuestario, derivado de la Ley del Seguro Social, surgió en 1946 y tiene el fin último de contribuir a promover el acceso de las mujeres al trabajo remunerado, empleo decente y recursos productivos, en un marco de igualdad. Actualmente, brinda servicio de guardería a las mujeres trabajadoras derechohabientes, al trabajador derechohabiente viudo o divorciado, o a aquel asegurado al que se le hubiere confiado la custodia del menor, desde los 43 días de nacido hasta los 4 años de edad. Por lo tanto, su población beneficiada son las personas que ofrecen cuidados, y de manera indirecta, las niñas y niños que son cuidados en las guarderías. Al asumir el cuidado de los menores, disminuye la necesidad de tiempo o trabajo que los hogares invierten en el cuidado.

2) Rehabilitación, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Este programa está orientado a fortalecer o recuperar total o parcialmente las capacidades psicomotrices de las personas derechohabientes, perdidas a consecuencia de enfermedades o lesiones. Su población beneficiada son las personas con discapacidad temporal o permanente y el programa busca mejorar su salud, y con ello, fomentar su autonomía. La rehabilitación es entendida como como el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social y ocupacional. De acuerdo con la Ley del ISSSTE, los servicios de atención médica, incluida la rehabilitación, se proporcionan desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad.

3) Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Este programa presupuestario busca fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva, particularmente, para permitir la incorporación de las madres al mercado laboral. Esto lo hace a través del servicio de estancias infantiles donde se brinda atención asistencial educativa y nutricional a los hijos, de entre 60 días de nacidos y hasta los seis años de edad, del personal asegurado. De acuerdo con el Reglamento

correspondiente, los beneficiarios del programa son las madres trabajadoras y, por excepción, los padres trabajadores que se hayan divorciado, queden viudos o que por cualquier otra circunstancia tengan a su exclusivo cargo la custodia legal del niño o niña (fracción XIX, artículo 2). Por lo tanto, la población cuidadora y, de manera indirecta, las niñas y niños cuidados, son los beneficiados con este programa. Al asumir el cuidado de las niñas y niños, el programa disminuye la necesidad de tiempo o trabajo que los hogares deben invertir en su cuidado.

4) Servicios de atención a población vulnerable, Secretaría de Salud-Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Este programa, de reciente creación, engloba una serie de acciones a favor de personas en situación de vulnerabilidad y tiene el objetivo último de cerrar brechas de desigualdad y fomentar una sociedad equitativa e incluyente. El programa otorga diversos servicios englobados en cuatro componentes: 1) atención integral de rehabilitación a personas con discapacidad, 2) formación en talleres para oficios, 3) asistencia social y jurídica, y 4) atención integral a niñas, niños, adolescentes y personas mayores albergados en casas hogar y campamentos recreativos. Su población objetivo son las personas con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, preferentemente aquellas en situación de pobreza, atendidas por el Sistema Nacional DIF, los Sistemas Estatales DIF y los Centros de Asistencia y Campamentos Recreativos, principalmente niñas, niños y adolescentes, y personas adultas mayores (CONEVAL, 2015a). Mediante la rehabilitación y la formación en talleres para oficios, el programa fomenta la autonomía de las personas que lo requieren, y mediante la asistencia social, asume el cuidado directo de personas en condiciones de vulnerabilidad. Sin embargo, es importante mencionar que de acuerdo con una evaluación externa, los componentes del programa carecen de “un problema claro y consistente que articule los objetivos y las intervenciones”, lo cual redunda en “duplicidades, omisiones y disminución de los efectos e impactos que busca resolver” (CONEVAL, 2015a).

5) Programa de atención a personas con discapacidad, Secretaría de Salud-Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Su objetivo es favorecer el desarrollo integral de las personas con discapacidad —particularmente aquéllas en

situación de pobreza— a través de la instrumentación de proyectos. Con ese propósito, el programa firma convenios de colaboración y otorga recursos económicos a los sistemas estatales del DIF (SEDIF), sistemas municipales (SMDIF) a través de los SEDIF, y a las organizaciones de la sociedad civil. Los proyectos se circunscriben en tres vertientes: 1) acciones en salud para la atención a personas con discapacidad (ayudas funcionales, atención especializada, promoción de la salud y prevención de la discapacidad), 2) acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad (remodelación, construcción, operación y equipamiento) y, 3) acciones de desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad, lo que en su conjunto, abona a su autonomía.

6) Servicios a grupos con necesidades especiales, Secretaría de Desarrollo Social-Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. El objetivo del programa es "contribuir a construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas mediante el fomento del desarrollo humano integral de las personas adultas mayores" (SEDESOL, 2015). Para lograr su objetivo, el programa otorga servicios de asesoría jurídica, actividades físicas y deportivas, capacitación para el trabajo, centros de atención integral, centros culturales, albergues y residencias diurnas, y un programa de descuentos a los portadores de la credencial INAPAM, entre otros. En efecto, este programa está orientado a las personas adultas mayores a través de acciones que, entre otros, fomentan su inclusión laboral (lo que contribuye a su autonomía) y aumentan la calidad de la oferta de cuidado (mediante el registro y supervisión de casas hogar, albergues y residencias diurnas). Un componente del programa es la capacitación de personas interesadas en brindar una atención de calidad a las personas mayores, lo que amplía la calidad de la oferta de cuidado.

7) Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras, Secretaría de Desarrollo Social. El objetivo de este programa presupuestario es "contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza mediante el mejoramiento de las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de las

madres, padres solos y tutores que buscan empleo, trabajan o estudian y acceden a los servicios de cuidado y atención infantil" (SEDESOL, 2016). A través de subsidios mensuales, las madres que trabajan, buscan empleo o estudian, así como los padres y tutores solos (población cuidadora), pueden sufragar el costo del cuidado y atención de sus hijos entre 1 y 4 años (o 1 y 6 años si tienen alguna discapacidad) —quienes son beneficiados por el cuidado que brinda el programa— en estancias infantiles afiliadas al programa, lo que disminuye el tiempo y trabajo que deben invertir en cuidado, y les da tiempo para acceder o permanecer en el mercado laboral, o en su caso, estudiar. La diferencia entre el subsidio y el costo total de la cuota mensual de la estancia infantil respectiva debe ser pagado por el beneficiario. Adicionalmente, el programa contribuye al aumento de espacios para el cuidado y atención infantil, ya que ofrece apoyos no recurrentes para establecer y operar estancias infantiles, es decir, aumenta la cantidad de la oferta de cuidado disponible.

8) Pensión para Adultos Mayores, Secretaría de Desarrollo Social. Este programa busca contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, mediante el aseguramiento de un ingreso mínimo, así como la entrega de apoyos de protección social a personas de 65 años de edad en adelante que no reciban una pensión o jubilación de tipo contributivo superior a $1,092 pesos mensuales. El programa fomenta la autonomía de las personas mayores e incrementa la calidad de su cuidado a través de dos tipos de acciones: 1) apoyos económicos directos y 2) acciones de protección social y participación comunitaria. El primer rubro consiste en una transferencia de ingreso bimestral por un monto de $1,160.00 y un apoyo económico único por defunción por la misma cantidad. El segundo rubro se divide en dos tipos de acciones: a) para aminorar el deterioro de la salud física y mental de los beneficiados mediante grupos de crecimiento, campañas de orientación social y jornadas y sesiones informativas que fomentan la participación social en diversos temas (derechos de las personas mayores, desarrollo personal, cuidados de la salud, cuidado del medio ambiente) y b) para la protección social y atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o la salud, como: promover la obtención de la credencial del INAPAM, promover el acceso al Seguro Popular, promover el cuidado de la salud de la persona mayor, fomentar la capacitación

de las y los cuidadores de las personas mayores, y rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento de Casas de Día para la atención de la población de personas mayores y clubes INAPAM.

9) Programa Escuelas de Tiempo Completo, Secretaría de Educación Pública. Este programa presupuestario tiene el objetivo de incrementar la calidad de la educación en México, crear condiciones propicias para el aprendizaje, evitar la deserción escolar, y en última instancia, "construir, de manera gradual, un nuevo modelo educativo de escuela pública mexicana" (SEP, 2014: s.p) mediante el establecimiento de un modelo escolar que contempla jornadas escolares de entre 6 y 8 horas diarias, en las que el tiempo se aproveche mejor para el desarrollo académico, deportivo y cultural de las y los estudiantes. Si bien en su diseño no se reconoce formalmente su contribución al tema de cuidados, implícitamente se asume como un beneficio adicional que permite que madres y padres puedan dedicar más horas a su jornada laboral o actividades productivas, ya que el tiempo que deben dedicar al cuidado de sus hijas e hijos disminuye. De hecho, en un evento con los secretarios de educación de las entidades federativas, el titular de la Secretaría de Educación Pública, Aurelio Nuño, reconoció que la extensión de los horarios de clases es un cambio que no sólo mejora la educación, sino que es "un apoyo muy grande a todas las madres trabajadoras" (Rodríguez, 2016: s.p.).

10) Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil, Secretaría de Educación Pública. Este programa presupuestario ofrece subsidios económicos a las entidades federativas para operar los Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS), que son centros educativos donde se brinda guarda, cuidado y atención diaria orientada a la educación temprana y el desarrollo integral de los niños y niñas, desde los 45 días de nacidos y hasta los 6 años de edad, hijos de los trabajadores del sector público. Sin embargo, su operación no es dirigida desde algún área sustantiva de la SEP, sino que es su Oficialía Mayor la que únicamente gestiona los convenios para transferir los recursos. Más aún, una evaluación externa encontró que no existe información sustantiva sobre cómo las entidades federativas utilizan los recursos que reciben ya que una vez que los recursos son entregados, el programa no da seguimiento a su uso

(CONEVAL, 2016b). Esto implica que los efectos del programa o la contribución de sus acciones a la obtención del objetivo tampoco sean claros.

11) Fomento a la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral, Secretaría de Trabajo y Previsión Social. Este programa presupuestario busca salvaguardar los derechos de los trabajadores y promover la igualdad de oportunidades y la inclusión laboral de personas en situación de vulnerabilidad (entre las que se encuentran: personas mayores, personas con discapacidad, personas con VIH, y mujeres jefas de familia) lo que contribuye tanto a su autonomía como a modificar los roles tradicionales de género. Sus líneas de acción son: 1) propiciar la inclusión laboral de personas en situación de vulnerabilidad y promover la Red Nacional de Vinculación Laboral, 2) impulsar la acreditación de habilidades y certificación de jornaleras y jornaleros agrícolas, 3) promover y vigilar el cumplimiento de la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres y demás normatividad laboral pertinente y 4) otorgar los distintivos Empresa Familiarmente Responsable, Empresa incluyente y Empresa Agrícola Libre de Trabajo Infantil, para el reconocimiento y promoción de la distinción y certificación a los centros de trabajo que desarrollen mecanismos a favor de la igualdad de oportunidades y trato, la inclusión laboral y la erradicación del trabajo infantil.

Seguridad social contributiva

Los esquemas de seguridad social provistos por el IMSS y el ISSSTE también tienen intervenciones vinculadas con el tema de cuidados.[3] Sin embargo, es importante precisar que la población cubierta por ellos es limitada, ya que únicamente los asegurados directos pueden gozar de sus beneficios —en 2016 eran alrededor de 26 y 3 millones de personas, respectivamente (IMSS, 2017; ISSSTE, 2017).[4] Aquí hacemos

[3] Otras instituciones, como PEMEX, SEDENA y SEMAR, también tienen esquemas de seguridad social para sus trabajadores, pero por su limitada cantidad de derechohabientes, no se incluyen en esta sección.
[4] Los derechohabientes del IMSS en 2016 se conformaron como sigue: 26 millones de asegurados directos (que cotizan), 30.5 millones de familiares de asegurados directos, alrededor de cuatro millones de pensionados y tres millones de familiares de pensionados (IMSS, 2017). Por su parte, la derechohabiencia del ISSSTE en 2016 se compuso de: casi 3 millones de asegurados directos, poco más de un millón de

una mención de las intervenciones más relevantes para el tema de cuidados en el marco de la seguridad social.

Los servicios de guardería del IMSS e ISSSTE son una de las prestaciones laborales relacionadas con el cuidado más importantes, que además, son programas presupuestarios, por lo que se incluyeron en la sección previa. Su principal objetivo es que las mujeres puedan incorporarse o permanecer en el mercado laboral mientras sus hijos pequeños son cuidados. Recientemente, bajo un enfoque de igualdad de género, este beneficio también se le ha otorgado a los padres o tutores solos.

Por otro lado, la licencia de maternidad consiste en 12 semanas obligatorias para las mujeres que trabajan en la iniciativa privada (aseguradas por el IMSS) y tres meses obligatorios para las mujeres que trabajan en el sector público (aseguradas por el ISSSTE) (CPEUM, art. 123). La Ley Federal del Trabajo reconoce 12 semanas obligatorias (con cuatro semanas transferibles antes del parto) de licencia de maternidad, y para el caso de hijas e hijos adoptados, la ley prevé una licencia de maternidad de seis semanas posteriores al día en que sean entregados a la madre. Desde 2012, la ley otorga cinco días de licencia de paternidad para los hombres, independientemente de si su hijo es biológico o adoptado.

Asimismo, en algunos casos es posible obtener licencias por cuidados maternos, que permiten a las madres ausentarse de sus labores con goce de sueldo durante cierta cantidad de días para cuidar a sus hijos enfermos. Sin embargo, esta no es una prestación contemplada en la normatividad de la seguridad social, sino que es una cuestión que los trabajadores deben acordar con su patrón y que, en algunos casos, está contemplada en los contratos colectivos de trabajo (GIRE, 2017). Destaca el nombre de esta licencia, que denota la concepción del rol social de las mujeres como cuidadoras, aunque es importante destacar esta es una manera genérica de nombrar a esta licencia. Por ejemplo, el IMSS y el ISSSTE, en sus respetivos contratos colectivos de trabajo, contemplan un permiso con goce de sueldo para que los *trabajadores* (hombres y mujeres) cuiden a sus hijos enfermos (GIRE, 2017).

Un beneficio de la seguridad social que contribuye a la autonomía de personas mayores es el derecho a una pensión. Cuando las y los trabajadores asegurados

---

pensionados y alrededor de 9 millones de familiares de ambos (ISSSTE, 2017).

cumplen los requisitos de edad y semanas de cotización, y demás requisitos de acuerdo con la normatividad aplicable, pueden recibir una pensión que evite o reduzca su dependencia económica de terceros.

También hay acciones en el marco de seguridad social que contribuyen a mejorar la calidad del cuidado o que brindan tiempo para éste. Por ejemplo, el Control del Estado de la Salud de Mujer Embarazada del ISSSTE incluye capacitación sobre la práctica de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses para las mujeres que así lo deseen. Sobre este mismo tema, la Ley Federal del Trabajo otorga a las madres, por el término máximo de seis meses, dos reposos extraordinarios por día, de media hora cada uno, para alimentar a sus hijos en espacios designados por el centro de trabajo, o bien, la reducción de una hora a su jornada de trabajo durante el tiempo señalado. El ejercicio de este derecho es facilitado mediante la instalación de lactarios en los centros de trabajo, por lo que la Ley General de Salud, en la fracción II de su artículo 64, prevé que las autoridades sanitarias impulsen la instalación de lactarios en los centros de trabajo tanto públicos como privados. En este sentido, algunas dependencias y entidades del gobierno federal han acondicionado lactarios en sus instalaciones, tal es el caso del ISSSTE, que ha instalado 160 lactarios a nivel nacional en las áreas administrativas del Instituto (ISSSTE, 2016c). Sin embargo, esta medida no es obligatoria, por lo que queda a discreción de los centros de trabajo.

Por otra parte, existen también algunas acciones enmarcadas en la seguridad social que liberan tiempo y recursos para el cuidado de personas con discapacidad temporal o permanente. Por ejemplo, la Atención Médica Domiciliaria del IMSS, que se proporciona a los derechohabientes que están imposibilitados para asistir a consulta externa. Asimismo, el IMSS ofrece el servicio de traslados programados desde el hogar de las personas incapacitadas para transportarse por sí mismas hacia sus instalaciones.

Como se mencionó previamente, la proporción de la población que puede disfrutar los beneficios de la seguridad social es limitada, pero además, es importante mencionar que incluso quienes son asegurados no siempre pueden gozar de estos beneficios, ya que se enfrentan con problemas como la saturación de los servicios o condiciones laborales que les impiden el disfrute pleno de sus derechos.

Oferta de cuidados en México, por nivel de ingreso y acceso a seguridad social

Los programas presupuestarios y las principales intervenciones de seguridad social vinculadas con el cuidado pueden categorizarse, según sus efectos, de la siguiente manera:

① Amplían (en cantidad y/o calidad) la oferta de cuidado.

- Servicios a grupos con necesidades especiales (SEDESOL-INAPAM)
- Pensión para adultos mayores (SEDESOL)
- Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras (SEDESOL)

② Otorgan tiempo para proporcionar cuidado.

- Licencias de maternidad (seguridad social)
- Licencias de paternidad (seguridad social)
- Cuidados maternos (seguridad social)

③ Disminuyen el tiempo y trabajo invertidos en el cuidado (lo proveen directamente).

- Guarderías (IMSS)
- Estancias de bienestar y desarrollo infantil (ISSSTE)
- Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras (SEDESOL)
- Servicios de atención a población vulnerable (SALUD-DIF)
- Programa Escuelas de Tiempo Completo (SEP)
- Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (SEP)

④ Fomentan la autonomía de las personas que requieren cuidado.

- Rehabilitación (ISSSTE)
- Servicios de atención a población vulnerable (SALUD-DIF)
- Programa de atención a personas con discapacidad (SALUD-DIF)
- Servicios a grupos con necesidades especiales (SEDESOL-INAPAM)
- Pensión para adultos mayores (SEDESOL)
- Pensión (IMSS-ISSSTE)

⑤ Modifican los roles tradicionales de género o favorecen una distribución más equitativa del cuidado.

- Licencias de paternidad (seguridad social)
- Fomento a la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral (STPS)

En la tabla 1 se muestran de qué tipos de programas sociales, beneficios de seguridad social, servicios privados y asistencia social —de acuerdo con su efecto sobre el cuidado—, podrían beneficiarse los hogares mexicanos según su nivel de ingreso y el tipo de personas que requieren cuidados.

Tabla 1. Servicios de cuidado disponibles para los hogares mexicanos según su nivel de ingreso y persona que requiere cuidado.

Nivel de ingreso	Sector de la economía	Sujeto de cuidado	Seguridad Social	Política Social	Privado formal	Privado informal	Asistencia Privada	Cuidado en el hogar
Ingreso bajo Hasta 1 salario mínimo per cápita	Formal	Discapacidad permanente	④	③④⑤			③④	Forzoso
		Discapacidad temporal	④	④				Forzoso
		Niños y adolescentes	②③⑤	①③			③	Forzoso
		Adulto mayor	④	①③④⑤			③	Forzoso
	Informal	Discapacidad permanente		③④			③④	Forzoso
		Discapacidad temporal		④				Forzoso
		Niños y adolescentes		①③			③	Forzoso
		Adulto mayor		①③④			③	Forzoso
Ingreso medio Entre 1 y 4 salarios mínimos per cápita	Formal	Discapacidad permanente	④	④⑤		③④	③④	Residual
		Discapacidad temporal	④	④		③④		Residual
		Niños y adolescentes	②③⑤	③		③		Residual
		Adulto mayor	④	①④⑤		③④	③④	Residual
	Informal	Discapacidad permanente		④		③④	③④	Residual
		Discapacidad temporal		④		③④		Residual
		Niños y adolescentes		③		③		Residual
		Adulto mayor		①④		③④	③④	Residual

Nivel de ingreso	Sector de la economía	Sujeto de cuidado	Seguridad Social	Política Social	Privado formal	Privado informal	Asistencia Privada	Cuidado en el hogar
Ingreso Alto Más de 4 salarios mínimos per cápita	Formal	Discapacidad permanente	④	④⑤	③④	③④	③④	Opcional
		Discapacidad temporal	④	④	③④	③④		Opcional
		Niños y adolescentes	②③⑤	③	③	③		Opcional
		Adulto mayor	④	①④⑤	③④	③④	③	Opcional
	Informal	Discapacidad permanente		④	③④	③④	③④	Opcional
		Discapacidad temporal		④	③④	③④		Opcional
		Niños y adolescentes		③	③	③		Opcional
		Adulto mayor		①④	③④	③④	③④	Opcional

Fuente: elaboración propia.

Notas:
-Forzoso: los hogares con ingreso bajo deben proporcionar directamente los cuidados en virtud de que no les es posible contratar servicios privados, formales o informales.
-Residual: los hogares con ingreso medio pueden contratar ciertos servicios de cuidado (generalmente informales) pero deben proporcionar directamente todo aquel cuidado que supera sus posibilidades de gasto.
-Opcional: los hogares con ingreso alto podrían sufragar los costos de servicios privados que cubran todas sus necesidades de cuidado, por lo que su provisión directa por los miembros del hogar es opcional.

La tabla muestra que los hogares en la economía formal tienen derecho a las mismas prestaciones independientemente de su nivel de ingreso: para el cuidado de niñas y niños se disponen de licencias (de maternidad y paternidad) y guardería; para las personas con discapacidad, la seguridad social ofrece servicios de rehabilitación (aunque en el caso de los servicios de rehabilitación ofrecidos por el ISSSTE, únicamente se atiende a 4.7% de la población objetivo; véase anexo 1), y las personas mayores pueden obtener una pensión al finalizar su vida laboral. Las personas con discapacidad, madres solteras y personas mayores pueden ser beneficiados por programas de inclusión laboral que la STPS promueve en las empresas del sector formal.

Los programas derivados de la política social de los que los hogares se pueden beneficiar independientemente de su nivel de ingreso, son: rehabilitación para personas con discapacidad temporal o permanente proporcionada por el DIF (aunque atiende preferentemente a personas en situación de vulnerabilidad, sin importar sus condiciones contributivas), y acciones del INAPAM a favor de las personas mayores, que, entre

otros, fomenta la capacitación de cuidadores y actividades para promover la calidad de vida de las personas mayores.

Para el cuidado de niñas y niños, los hogares de ingreso bajo pueden acceder a las estancias infantiles y las escuelas de tiempo completo. Éstas últimas atienden preferentemente a población en situación de vulnerabilidad o en contextos de riesgo social, con bajos niveles de logro educativo o altos índices de deserción escolar. En el curso escolar 2015-2016, 61.3% de las escuelas con esas características fueron incluidas en este programa. Sin embargo, éstas representan sólo 17.6% del total de escuelas públicas de educación básica de un sólo turno (véase anexo 1). Los adultos mayores de ingreso bajo pueden acudir a talleres para oficios que el DIF ofrece a personas en condiciones de vulnerabilidad, lo que podría contribuir a su autonomía económica; también pueden beneficiarse de la pensión para adultos mayores de SEDESOL, cuyos beneficiarios representan 87.8% de su población potencial (véase anexo 1). Por su parte, las niñas y niños, personas con discapacidad permanente y personas adultas mayores en situación de pobreza y abandono social son susceptibles de recibir cuidados directos por parte del DIF.

La tabla muestra que la oferta pública de cuidados en el ámbito federal mexicano está principalmente orientada, por un lado, a brindar autonomía a las personas en condiciones de vulnerabilidad, como personas con discapacidad o personas mayores (principalmente mediante transferencias de ingreso, capacitación e inclusión laboral, y rehabilitación), y, por otro, a disminuir (o asumir) la necesidad de tiempo o trabajo que la población cuidadora debe invertir en el cuidado (principalmente mediante guarderías).

Pocos son los programas presupuestarios que, de manera complementaria a su objetivo principal, amplían la oferta de cuidado en calidad y cantidad (mediante capacitación a las personas cuidadoras de personas mayores o subsidios para instalar estancias infantiles). Ningún programa social ofrece apoyos que otorguen tiempo para el cuidado, las acciones identificadas en este ámbito corresponden a prestaciones laborales del IMSS e ISSSTE (licencias de maternidad y paternidad), y por lo tanto, sólo son aplicables a la población asegurada. Finalmente, destaca el hecho de que no existen opciones de cuidado para personas con alguna discapacidad temporal, más allá de programas de rehabilitación para agilizar su reincorporación a sus actividades regulares.

Sin embargo, la proporción de población atendida por los programas demuestra que su existencia no garantiza, por sí misma, la accesibilidad y suficiencia de los servicios ofrecidos. Un ejemplo particularmente alarmante es el del cuidado diurno de niñas y niños, en el que es común la saturación de los servicios. Las guarderías del IMSS únicamente atienden 19% de su población potencial, y las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE tienen cupo sólo para 19.3% de las niñas y niños con derecho al servicio (véase anexo 1).

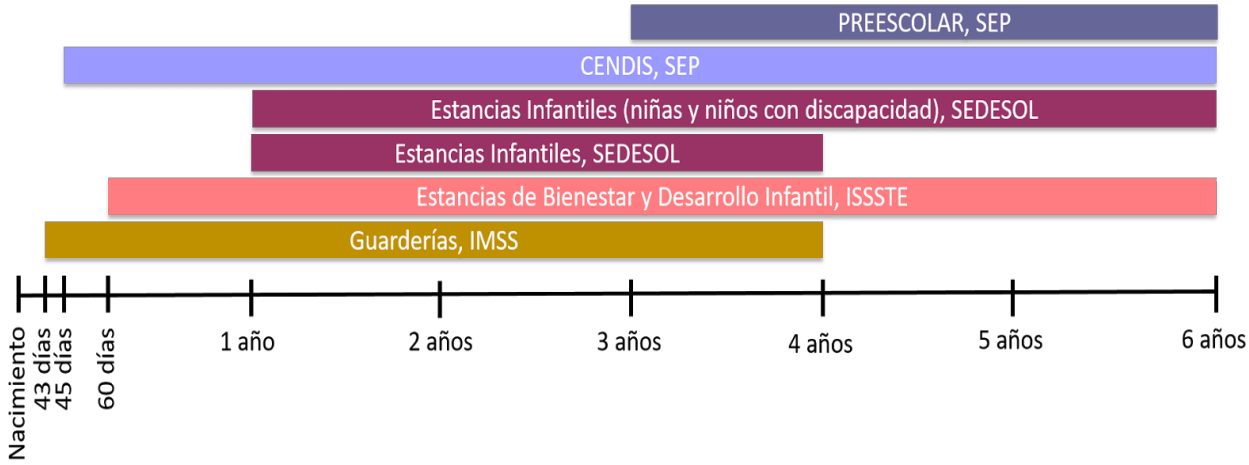
Por otro lado, las Estancias Infantiles para Apoyar a las Madres Trabajadoras (SEDESOL) tienen criterios de elegibilidad orientados a los grupos más vulnerables, principalmente, mujeres sin seguridad social con ingresos por debajo de la línea de bienestar. Sin embargo, el programa sólo atiende a 36% de su población objetivo y 9.7% de su población potencial (véase anexo 1).[5]

Adicionalmente, los servicios de cuidado diurno de niñas y niños excluyen a la población que se ubica en el sector informal de la economía y cuyos ingresos superan la línea mínima de bienestar, es decir, que no son asegurados ni potenciales beneficiarios de programas sociales. La accesibilidad se ve también comprometida por el hecho de que la ubicación geográfica de las guarderías/estancias infantiles para los asegurados y beneficiarios de programas sociales no siempre satisface las necesidades de los usuarios. Además, la edad mínima y máxima de las niñas y niños que las guarderías/estancias infantiles incluyen en sus criterios de elegibilidad no necesariamente empatan con las necesidades de los hogares. Por ejemplo, como se muestra en la figura 1, las estancias infantiles aceptan niñas y niños a partir de un año de edad, lo que podría dificultar la (re)incorporación de la madre a las actividades productivas antes de que su hija o hijo cumpla esa edad. Adicionalmente, aun cuando las niñas y niños vayan a una guardería, los horarios de atención no necesariamente empatan con las necesidades de los hogares. En efecto, mientras que 56.3% de las mujeres que trabajan y cuidan a menores de 15 años tienen una jornada laboral de ocho

[5] La población potencial del programa es 3,194,377 madres de 14 años y más, con hijas e hijos de entre 1 y 4 años, sin acceso a seguridad social de forma directa o por parentesco con el jefe del hogar, en hogares con ingreso estimado per cápita por debajo de la línea de bienestar. Su población objetivo es de 861,497, conformada por madres y padres de la población potencial que declaran no tener acceso a servicios de cuidado y atención infantil (la cifra también incluye personas físicas o morales que desean establecer y operar una estancia infantil). La población atendida por el programa es de 310,652 madres, padres o tutores que reciben el servicio (CONEVAL, 2015a).

o más horas diarias (sin considerar el tiempo de traslados) (GIRE, 2017), “el número de horas de servicio en la mayoría de las guarderías es de 5.5 a 8.5 horas en horario fijo” (Profeco, 2017: s.p.). El horario de clases a nivel preescolar (jardín de niños) representa una situación similar, ya que incluso los que ofrecen servicio de “tiempo completo”, lo hacen en un horario de 9:00 a 14:00 horas (SEPDF, 2016). Esto obstaculiza que quienes cuidan a las niñas y niños en el hogar puedan realizar otras actividades o, que para hacerlo, recurran a terceros para el cuidado de sus hijas e hijos (con o sin remuneración de por medio) o incluso los dejen solos (GIRE, 2017).

Figura 1. Edades de atención en guarderías y educación preescolar en México.



Fuente: elaboración propia.

Respecto a la calidad de los servicios prestados, varios de los programas presupuestarios descritos previamente carecen de evaluaciones que tengan como foco la medición de la calidad de los servicios que ofrecen, lo cual es indicativo de que éste no es un tema prioritario. Incluso cuando se realizan algunos esfuerzos en este sentido, como la *Encuesta Nacional de Satisfacción a Usuarios de Guarderías* que el IMSS levanta cada año (IMSS, 2016), es poco claro cómo la información derivada de ella se utiliza para emprender acciones que mejoren la calidad de los servicios, particularmente en lo relativo a las cuestiones sustantivas, como el desarrollo físico, intelectual y emocional de los menores. Por otra parte, otro factor en detrimento de la calidad de los cuidados provistos por programas públicos es el mal diseño de algunos de ellos, lo que

afecta, de origen, su calidad (por ejemplo, algunos programas tienen definiciones poco claras del problema que buscan atender o de su población objetivo, así como ausencia de mecanismos de seguimiento; véase anexo 1).

Para los hogares con ingreso bajo, los servicios privados de cuidado son, generalmente, inaccesibles, por lo que los cuidados deben proveerse directamente por los miembros del hogar, familiares o conocidos. Los hogares con ingreso medio tienen posibilidades de contratar ciertos servicios privados de cuidado, generalmente informales, hasta donde su disponibilidad de gasto les permita. En contraste, los hogares con ingreso alto pueden contratar servicios privados (formales e informales) que satisfagan sus necesidades de cuidado, por lo que su provisión directa por los miembros del hogar no es una necesidad, sino una opción. En efecto, de acuerdo con datos de SEDESOL (2009), sólo 3% de los hogares con ingreso de hasta un salario mínimo pagan por el servicio de guardería, mientras que 30.1% de los hogares con hasta seis salarios mínimos de ingreso, lo hacen. Esto es así ya que, según datos de la Procuraduría Federal del Consumidor, una guardería privada a lo largo del territorio nacional puede costar, al mes, entre $475 y $10,020 (Profeco, 2017), lo que representa 20% y 417% del Salario Mínimo Vigente mensual este año, respectivamente. Otro tipo de servicios privados de cuidado también presenta altos costos. Por ejemplo, también según datos de Profeco, en 2011, el costo de 12 horas de servicio de cuidado para enfermos crónicos oscilaba entre $345 y $920, es decir, 593% y 1580% del Salario Mínimo Vigente diario ese año, respectivamente.

Finalmente, las instituciones de asistencia privada[6] realizan acciones para proporcionar apoyo, fomentar la integración social y procurar el sano desarrollo “de las personas que se encuentren en una situación vulnerable o que tengan una condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social” (Colegio de Notarios del Distrito Federal, s.a.: 1). Las áreas que comprenden su campo de acción son diversas; en lo referente a la provisión de cuidados, principalmente ofrecen: cuidado y educación para niñas y niños en situación de pobreza y/o abandono; cuidado, capacitación y rehabilitación para personas con discapacidad permanente, y cuidado y

[6] Las instituciones de asistencia privada son “entidades con personalidad jurídica y patrimonio propio, sin propósito de lucro, que con bienes de propiedad particular ejecutan actos de asistencia social” (JAPDF, 2017: s.p.).

capacitación para personas mayores. Si bien la asistencia privada se concentra en población de ingreso bajo, existen instituciones cuyos criterios de atención no contemplan el nivel de ingreso de las personas, pero que, por ejemplo, tienen cuotas de recuperación diferenciadas previo estudio socioeconómico.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

Como complemento a esta investigación, se realizaron dos ejercicios de diagnóstico participativo con personas de organizaciones de la sociedad civil, académicas e instituciones de gobierno interesadas en el tema de cuidados en México. Participaron representantes de: CIDAC, el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, el Grupo de Información en Reproducción Elegida, la asociación Civil "Apapache a Apoyo para Padres con Hijos es Espectro Autista", el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, INMUJERES, la Red de Investigación y Acción Feminista, el Instituto Nacional de Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, la Secretaria de la Función Pública, el Instituto Nacional de Desarrollo Social, ONU Mujeres, El Colegio de México, OXFAM México y el Colectivo para la Equidad y la Defensa de los Derechos de las Mujeres Techiyaliztli, así como una especialista en el tema.

Ambos diagnósticos participativos siguieron la metodología de árbol de problemas. Esta técnica facilita la identificación de las causas y los efectos del problema identificado, y permite establecer relaciones causales. El ejercicio comienza por la definición del problema central, misma que debe incluir de manera explícita, la población que padece el problema. Posteriormente, se definen los efectos de dicho problema, distinguiendo entre aquellos que son inmediatos (efectos de primer nivel) y aquellos que son de largo plazo (efectos de segundo y tercer nivel), y se vinculan unos con otros para determinar la causalidad entre ellos, y entre éstos y el problema. Posteriormente, se realiza el mismo ejercicio, pero ahora enfocado a definir las causas de dicho problema. La lógica es que cada situación o hecho identificado es consecuencia del que está por debajo de él y, al mismo tiempo, provoca aquél que está por encima de él. Con lo cual se logra reflejar la interrelación entre las causas y los efectos.

La elaboración de un árbol de problemas permite contextualizar un determinado problema y, por tanto, es una técnica complementaria al análisis de gabinete para la elaboración de un diagnóstico. Las 17 personas participantes en ambas sesiones fueron guiadas por dos moderadores con el fin de organizar las ideas y argumentos planteados para definir el problema asociado al asunto de cuidados (véanse los anexos 2 y 3). Así, fue posible construir un árbol de problemas al final de cada sesión que, en conjunto, destacaron los siguientes elementos como causas o efectos del problema.

En primer lugar, se resaltó el problema de enmarcar el asunto como una cuestión de asistencia social y no de **derechos humanos**, pues esto impide asignar responsables claros (Estado, mercado y familia) para resolver el problema, y se ignoran las necesidades y derechos de las personas que proveen los cuidados. Esto condujo a resaltar las condiciones desfavorables que padecen **las personas cuidadoras**: tienen menos tiempo (o no tienen) para trabajar o procurar su propio bienestar y, si laboran, lo hacen en circunstancias que impiden un equilibrio entre su vida profesional y familiar. Además, cuando las personas que proveen cuidado lo hacen de manera informal o sin remuneración, no cuentan con seguridad social.

A partir de ello, se resaltaron los **problemas de desigualdad, tanto de género como de accesibilidad** a la oferta de este tipo de servicios. En términos de la inequidad de género, se enfatizó que las condiciones desfavorables que enfrenta un cuidador, las padecen en mayor proporción las mujeres que los hombres. Se mencionó que las mujeres dedican mayor proporción de su tiempo al cuidado que los hombres, en parte porque las mujeres enfrentan la expectativa social de ser quienes proveen los servicios de cuidado, pero también porque las condiciones laborales entre hombres y mujeres son distintas —no solo existe una brecha salarial entre hombres y mujeres, sino que las propias políticas laborales conceden menos tiempo a los hombres que a las mujeres para participar en el cuidado—.

En términos de la accesibilidad de estos servicios, se señaló que, aunque todas las personas necesitamos recibir y proveer cuidados, los ingresos disponibles determinan si se paga por esos servicios o si se proveen personalmente. Así, las personas con menores ingresos son quienes menos oportunidades tienen de procurar su desarrollo personal o profesional, porque no pueden pagar por servicios de cuidado.

La precaria situación que enfrentan los cuidadores (en especial las mujeres y las personas de bajos recursos) hizo que se destacara el problema de la **falta de calidad** en la provisión de cuidados. Se argumentó que los cuidados que se prestan en el marco de la informalidad suelen carecer de la calidad necesaria para atender las necesidades específicas de la población en situación de dependencia (o por lo menos se desconoce la calidad con la que se prestan), y que el que sean prestados en el sector privado tampoco garantiza su calidad.

Todo lo anterior derivó en el reconocimiento de que, la atención efectiva a los problemas relacionados con la inequidad de género y de acceso no se traduce de forma automática en la provisión de servicios adecuados para la población en situación de dependencia. En consecuencia, se enfatizó el problema de que **la oferta de servicios** de cuidado (tanto pública como privada) **es insuficiente** pues, además, no está diseñada para atender las diversas necesidades que tiene cada tipo de población en situación de dependencia, ni focaliza sus esfuerzos a la atención de las poblaciones con "doble" vulnerabilidad (por ejemplo, menores con discapacidades o personas mayores en situación de pobreza).

EL PROBLEMA EN MATERIA DE CUIDADOS EN MÉXICO

El problema público en materia de cuidados en un problema complejo. Los problemas complejos son problemas multifactoriales (Van Bueren et al., 2003), cuyas causas están vinculadas con distintas áreas de política (Agranoff, 2003; Agranoff y McGuire, 1998; O'Toole, 1997) y que, además, pueden constituir asuntos cuya atención es responsabilidad de distintos ámbitos de gobierno (Weber y Khademian, 2008). En tanto problema complejo, la atención del problema asociado al tema de cuidados requiere ser atendido integralmente.

En esta sección, presentamos —con base en la literatura, las experiencias internacionales consultadas y el diagnóstico participativo— una propuesta de definición del problema y un análisis de sus dimensiones acompañado de datos relevantes.

El problema

Todas las personas, en algún momento de nuestra vida, requerimos cuidados. Infantes, niños y niñas, adolescentes, personas con enfermedades o con alguna discapacidad, o personas mayores requieren algún tipo de cuidado, que puede ir desde requerir tiempo y presencia física de una persona, hasta atención especializada para tratar algún padecimiento. En todos los casos, no solo importa la disponibilidad del cuidado sino su calidad y accesibilidad (tanto en términos económicos como físicos). De ahí que especifiquemos el problema público que busca atender la política de cuidados en México como **"la baja calidad, insuficiente cantidad y poca accesibilidad de servicios de cuidado disponibles para las personas en situación de dependencia"**, es decir, personas que tienen limitaciones para realizar actividades que condicionan su bienestar físico y emocional, por lo que dependen de otras personas o instituciones.[7] Si bien esta definición sitúa a las personas que requieren cuidados como la principal población objetivo de la política, el cuidado implica necesariamente una relación entre las personas que lo proveen y aquellas que lo reciben. Por tanto, la política de cuidados debe garantizar el derecho de las personas que requieren cuidados, pero también garantizar los de aquellos que los prestan, que son predominantemente mujeres. La política debe también orientar sus acciones a la población que presta los cuidados, no solo porque la calidad de su servicio será mayor conforme mejor sea su bienestar físico y emocional, sino porque —en tanto personas— tienen derechos que deben ser garantizados por el Estado.

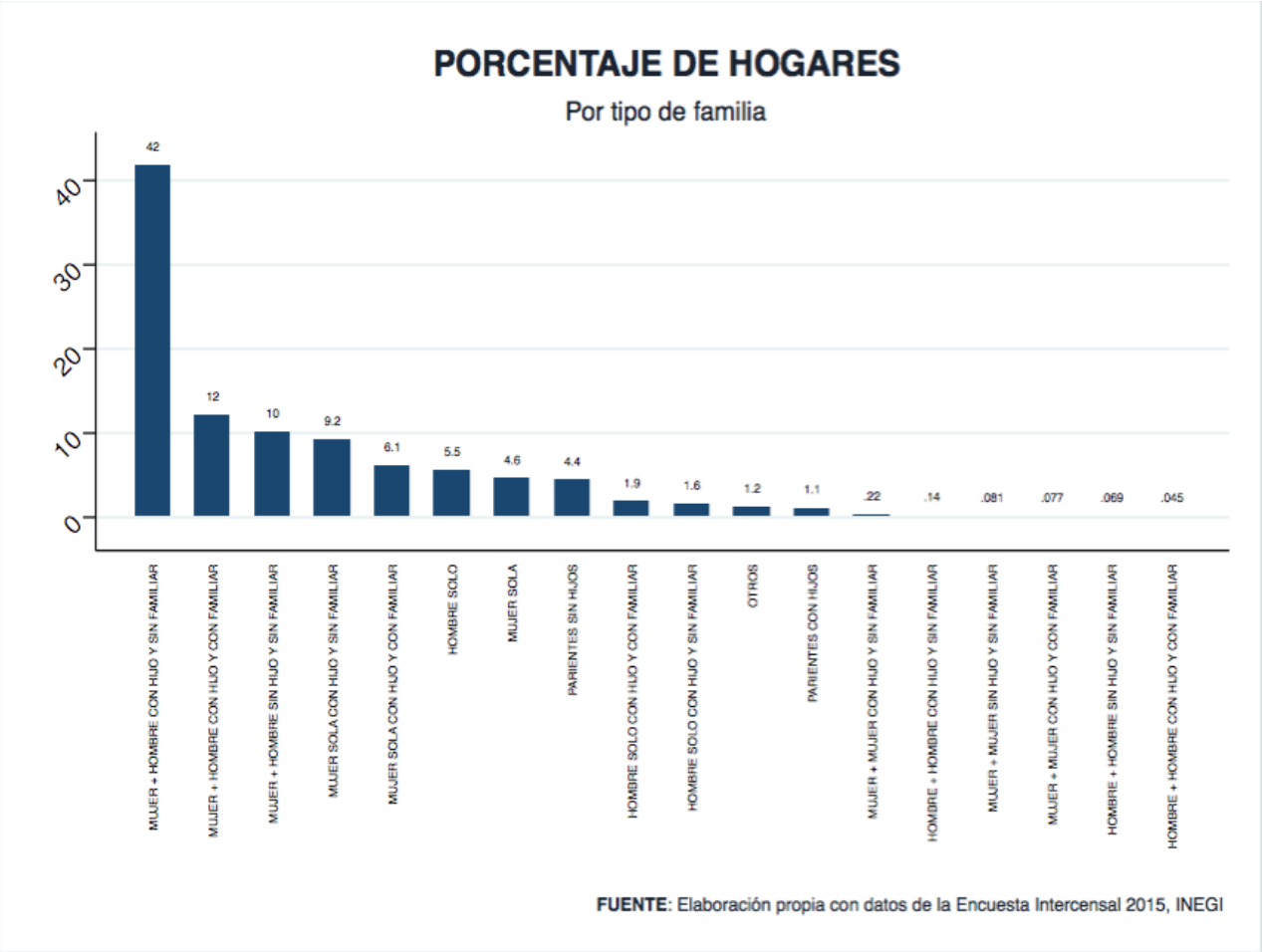
El problema en materia de cuidados así entendido tiene causas directas (que se analizan a detalle más adelante) pero está determinado también por factores estructurales: demográficos, de composición del hogar, de informalidad, y de desigualdades de ingreso y género. En primer lugar, la composición demográfica de la población define las necesidades de cuidado. En México, la mayor parte de las personas que necesitan cuidados son niños y niñas menores de 15 años, adultos mayores y personas con enfermedades temporales o con limitaciones permanentes. En México, existen más de 33 millones de niños en el rango de edad antes mencionado (INEGI, 2015), alrededor de una tercera parte de esta población (10,447,068) es identificada

[7] Definición construida a partir de documentos del INEGI (2015) y CEPAL (2017).

como sujetos de cuidados constante, ya que necesitan acompañamiento y vigilancia en sus actividades diarias (INEGI, 2012). Los cuidados difieren según la edad del infante, debido a que el cuidado en el hogar que requiere un niño de 0-4 años (32% del total de niños en el país) y uno de 5-9 años (34% del total de niños) o de 10 a 15 años (34% del total de niños) es diferente al existir la posibilidad de integrar a los mayores de 5 años a instituciones educativas como la primaria y secundaria. A su vez, la población de adultos mayores (mayores de 60 años) en el país es de más de 12 millones y el índice de envejecimiento (personas adultas mayores por cada 100 niños y jóvenes) va en aumento constante (INEGI, 2015), situación que requiere atención, ya que existe la posibilidad que este sector poblacional deba ser cuidado completa o parcialmente por personas externas. Por otra parte, las personas con limitaciones permanentes en el país son cerca de 750,000 y los enfermos temporales superan el millón de personas, por lo que también son sujetos de cuidados específicos y especializados. De modo que existen más de 46 millones de personas en el país que, posiblemente, necesiten de otra persona o institución para desarrollarse plenamente y obtener bienestar físico y emocional (INEGI, 2012).

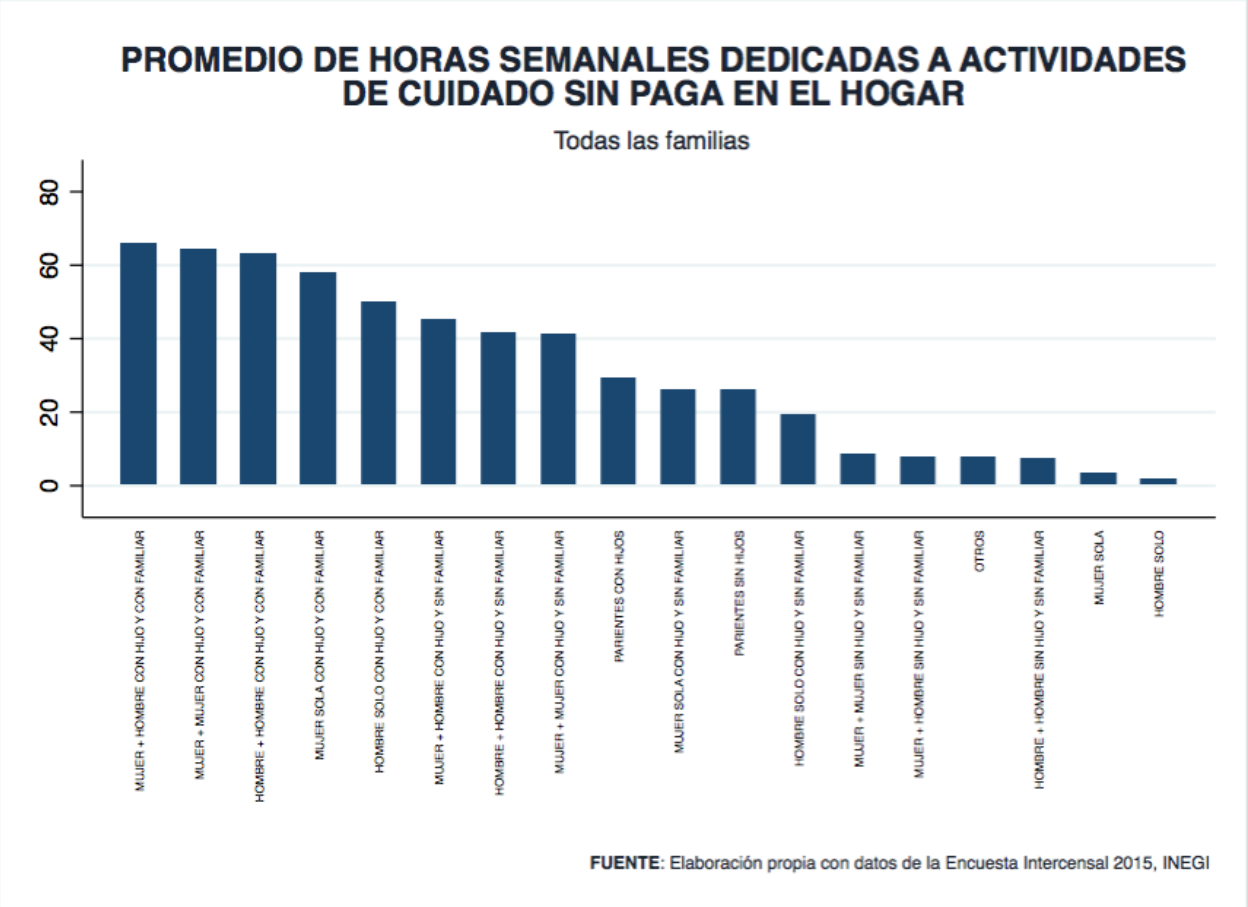
En segundo lugar, está determinado también por la composición de los hogares. Entre más dependientes haya en un hogar, mayor será la necesidad de cuidado; de igual forma, en los hogares monoparentales, la demanda de cuidado recaerá en una sola persona. En México, 42% de los hogares están conformados por una mujer y un hombre con al menos un hijo. El segundo tipo de hogar más común (12%), está compuesto por una mujer, un hombre, al menos un hijo y algún familiar del o la jefa del hogar (por ejemplo, nuera, abuelo, suegra, sobrino). Los siguientes tipos más frecuentes son los hogares compuestos únicamente por hombre y mujer (10%); mujer sola con hijo (9.2%); mujer sola con hijo y con familiar (6.1%) y hombre solo (5.5%).

Gráfica 1



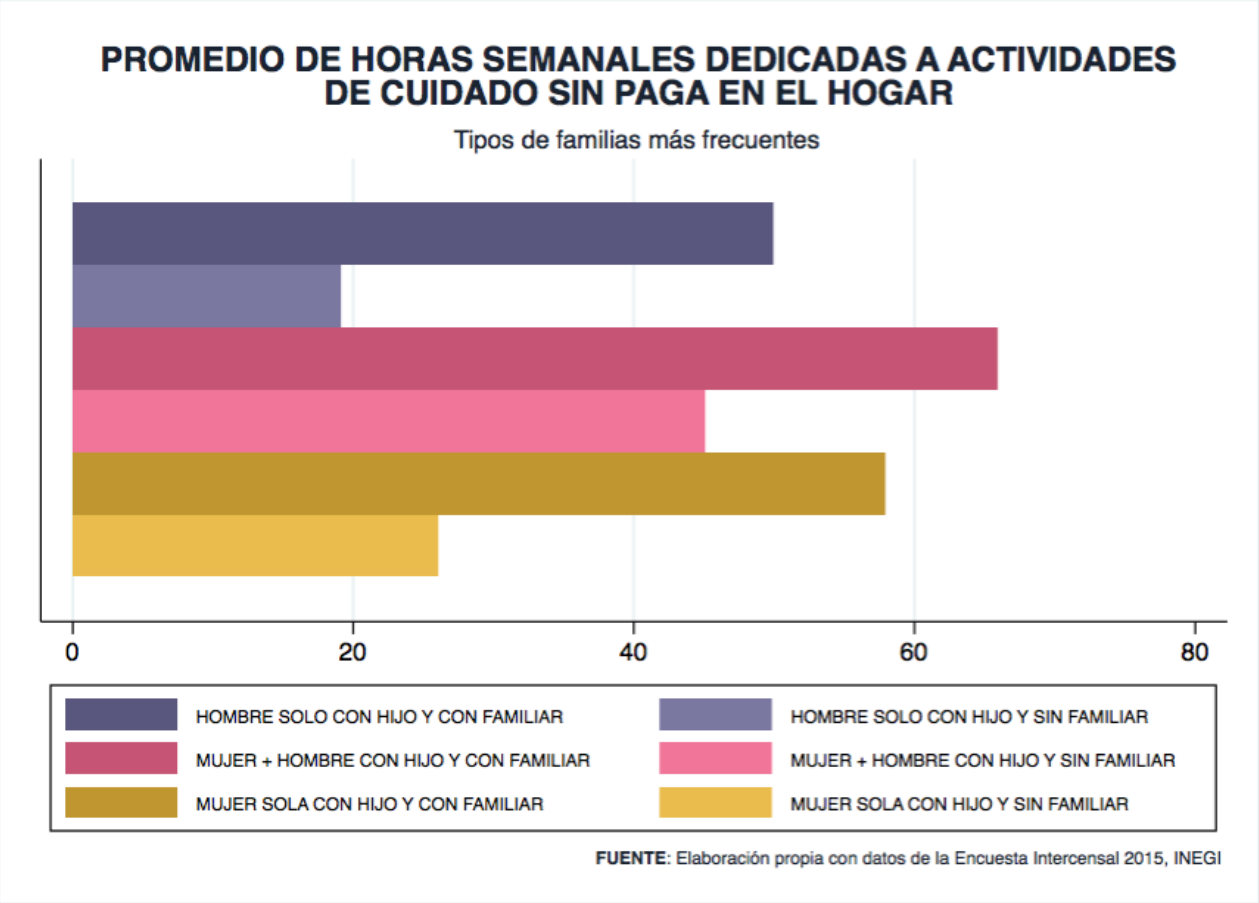
La estructura del hogar incide en las necesidades de cuidado que tiene cada familia. Las familias compuestas por hombre, mujer, hijo(s) y familiares son las que más horas dedican al cuidado no remunerado, seguidas muy de cerca por las familias homoparentales (pareja de mujeres o pareja de hombres) con hijo(s) y familiares. Como se puede apreciar en la gráfica 2, las necesidades de cuidado no están en función de las características de las o los jefes de familia, sino de la presencia de hijos y familiares en el hogar. Las familias con hijos y familiares son las que más horas dedican a actividades de cuidados sin paga.

Gráfica 2



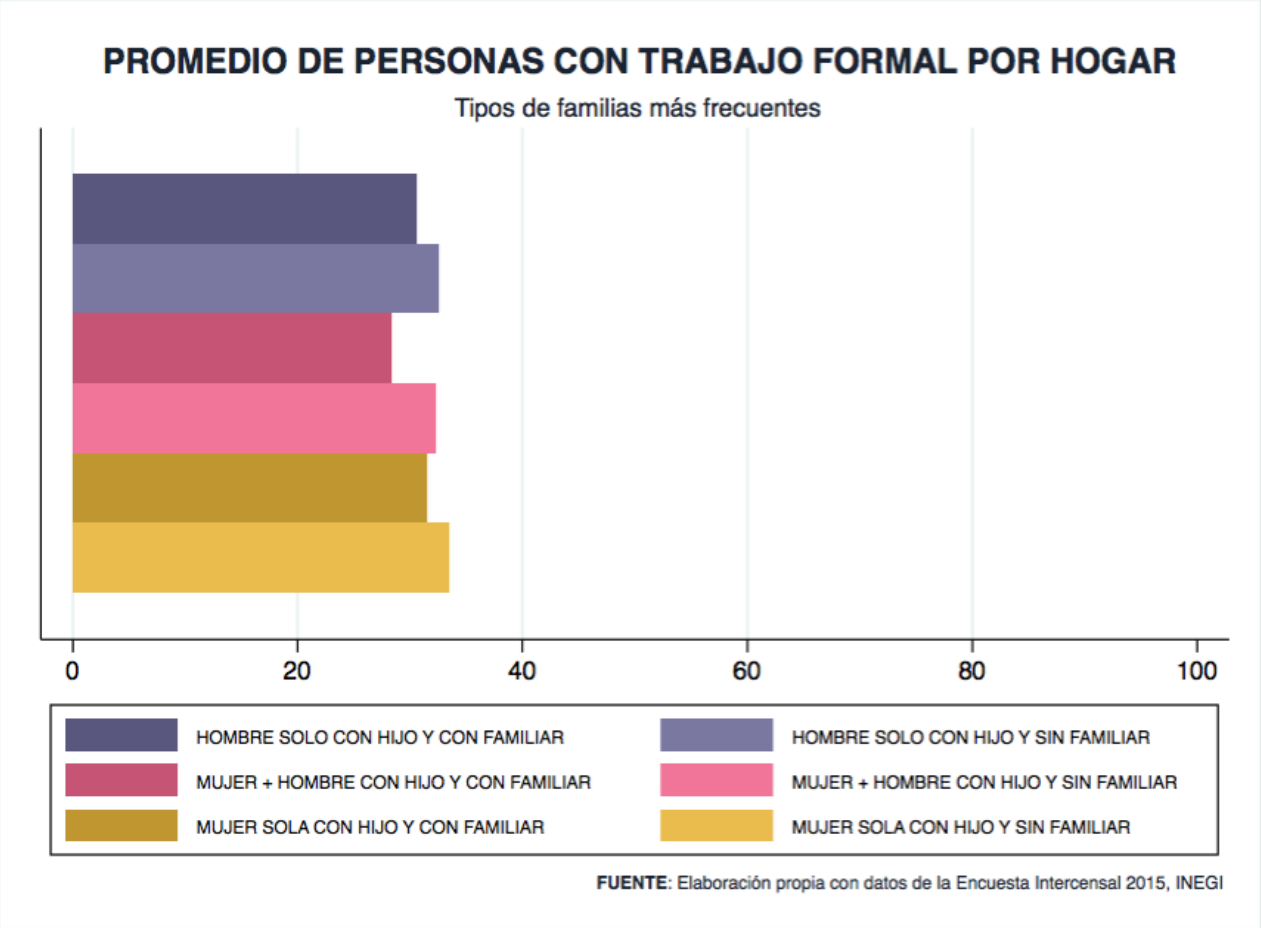
En términos de horas semanales dedicadas a actividades de cuidados, podemos ver que el patrón descrito al inicio del capítulo se mantiene: la presencia de un familiar adicional (no hijo) está asociada a un mayor número de horas semanales dedicadas a actividades de cuidado. Sin embargo, las familias monoparentales con familiar adicional dedican alrededor de 30 horas más que sus contrapartes sin familiar adicional mientras que la brecha para familias heteroparentales es de solo 20 horas.

Gráfica 3



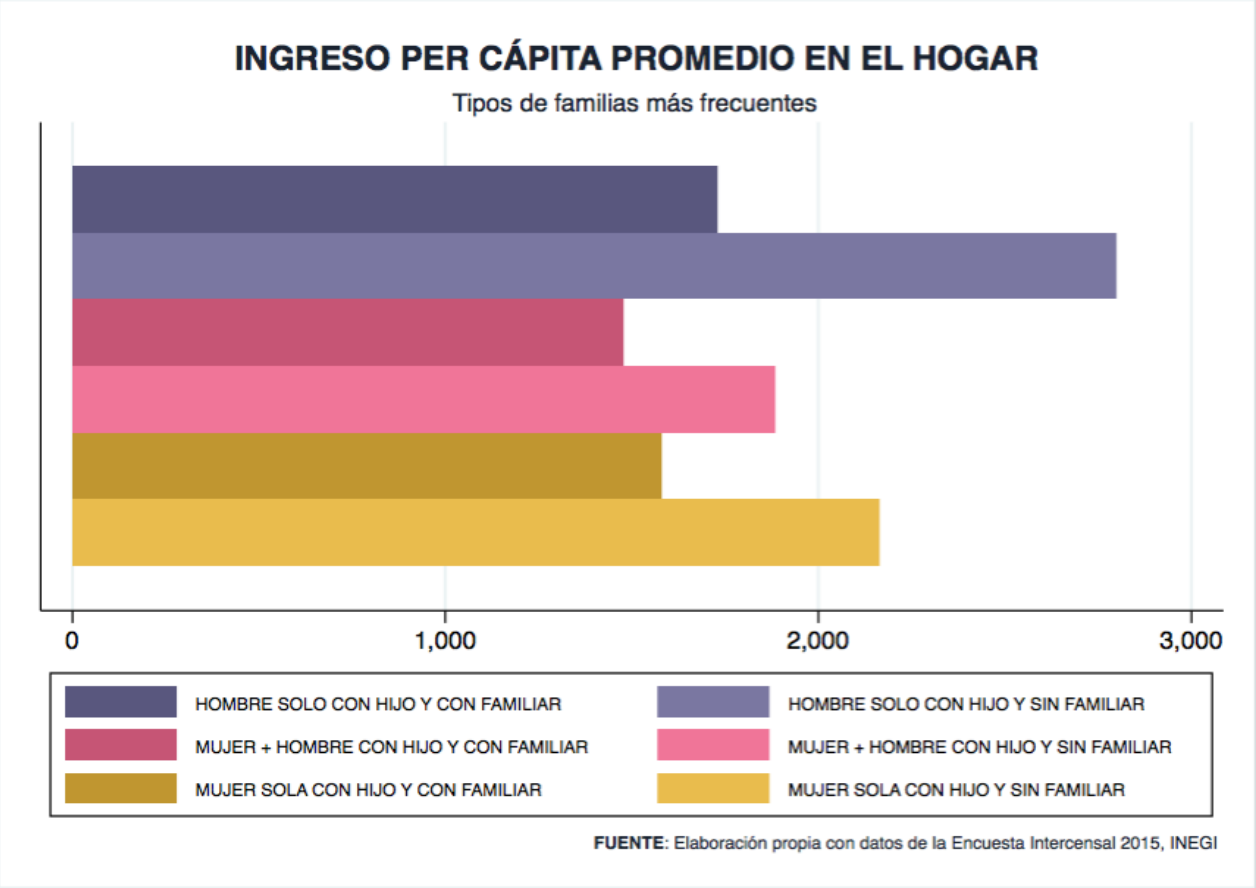
Un tercer elemento que afecta las necesidades de cuidado de los hogares es el acceso a seguridad social que está determinado por el carácter formal o informal del empleo. Los hogares conformados por personas que laboran en la economía formal pueden tener acceso a la oferta institucional de servicios de cuidado. En la gráfica 4 podemos observar que menos del 40% de las personas en los hogares cuentan con un trabajo formal y, por tanto, con seguridad social. El alto porcentaje de personas en economía informal y, por tanto, fuera del régimen de seguridad social, se traduce en una demanda de servicios de cuidado insatisfecha por las vías institucionales tradicionales. Es decir, para contar con servicios de cuidado, la mayoría de las familias deben pagar por los cuidados o proveerlos directamente.

Gráfica 4



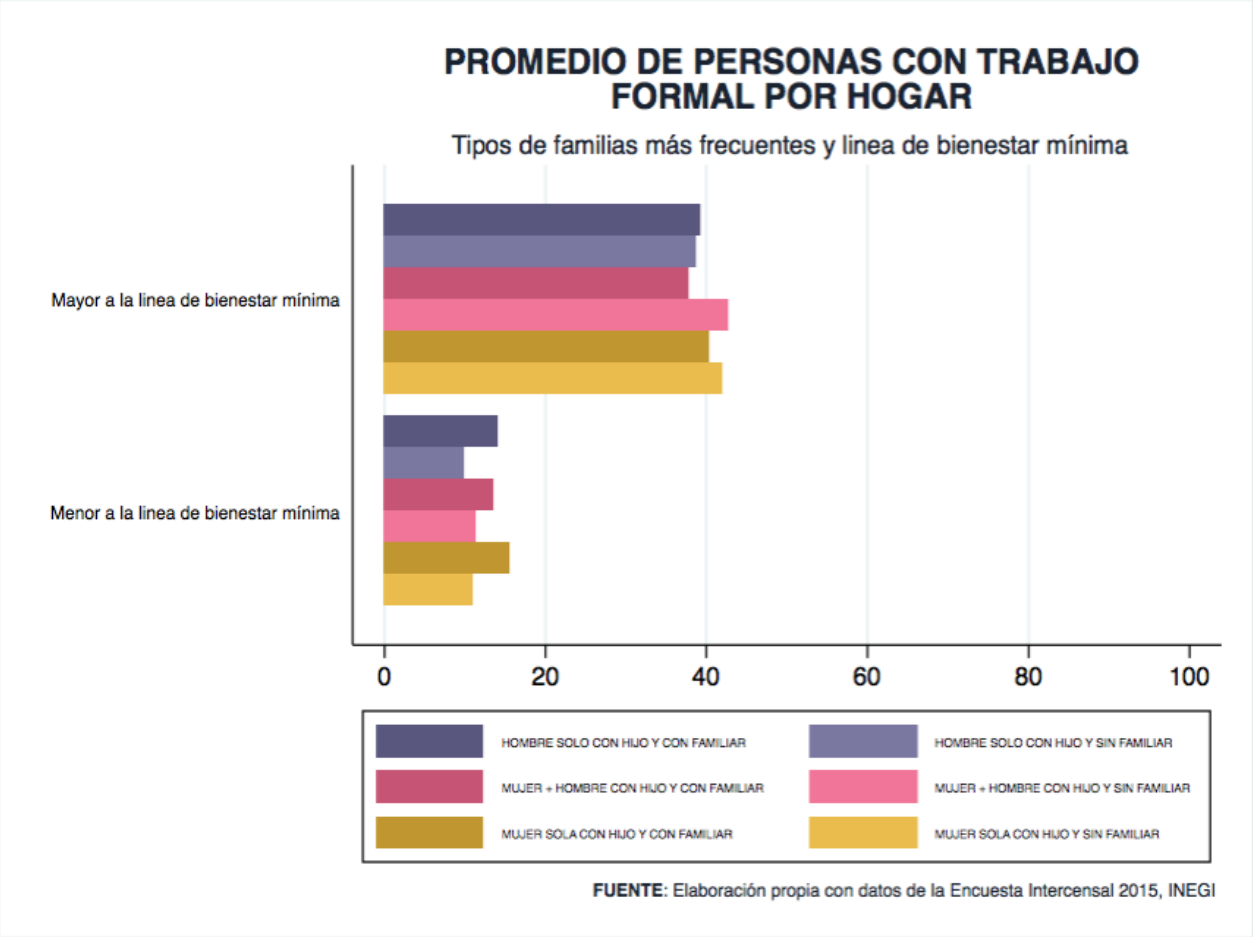
Un cuarto factor que incide en el problema es el ingreso de los hogares. Si bien la necesidad de cuidado no cambia necesariamente por el ingreso, sí cambia la forma en que esas necesidades pueden ser cubiertas. En pocas palabras, la desigualdad de ingreso en el país hace que los hogares más pobres no tengan la posibilidad de acceder a servicios de cuidado y tengan por tanto que proveerlos directamente. En efecto, la posibilidad de acceder a servicios de cuidado remunerados y el costo de oportunidad de proveerlos sin pago directamente en el hogar está asociada al ingreso familiar. Al analizar la composición del hogar y el ingreso per cápita (sólo entre los tipos de hogar más frecuentes), encontramos que las familias compuestas por un hombre y su(s) hijo(s) son las que mayor ingreso laboral per cápita tienen. En cambio, la presencia de un familiar adicional (no hijo) está asociado a un ingreso per cápita menor, lo cual puede indicar que hay menores recursos para proveer cuidados para cada uno de los miembros o que el costo de oportunidad de proveerlos directamente es menor.

Gráfica 5



Al combinar estos dos últimos factores (ingreso y acceso a seguridad social), se puede encontrar que en los hogares con más bajos ingresos (donde tienen un ingreso per cápita menor a la línea de bienestar mínima) los niveles de formalidad son aún más bajos (véase la gráfica 6). Esto significa que, dentro de los tipos de familia más frecuentes, los hogares más pobres son quienes más necesitan servicios de cuidados externos y a quienes más les cuesta obtenerlos.

Gráfica 6



Y en todas estas dimensiones, hay un componente de desigualdad de género: como se explica más adelante, las mujeres son quienes predominantemente proveen el cuidado en el hogar, quienes tienen más dificultades para la inserción a la economía formal, quienes tienen una esperanza de vida mayor y por tanto requerirán más cuidado, y sobre quienes hay expectativas sociales de roles asumidos sobre la responsabilidad de cuidar.

Este conjunto de factores nos muestra que, aunque se tenga una sola definición del problema público, su manifestación es distinta en función de la composición de los hogares, de sus ingresos y del acceso que tengan (o no) a la seguridad social. Nos muestra también que las características del problema hoy serán distintas (incluso podría decirse que el problema se agravará) en el futuro, cuando haya mayor participación de las mujeres en el mercado laboral y la población envejezca. Más importante aún, nos

permite argumentar que el efecto de cualquier política de cuidados siempre estará sujeto a las condiciones laborales, demográficas y de desigualdad de ingreso y género en el país. Dicho de otra manera, el problema de cuidados está determinado por factores estructurales, pero una política de cuidados debe estar dirigida (como toda política pública) a resolver el problema concreto (la situación observable y modificable que padece cierta población). No debe esperarse de una política de cuidados la solución a los problemas estructurales. Una política de cuidados es solo un componente del repertorio de políticas públicas necesarias para tener un país menos desigual.

Las causas del problema

Son dos las principales causas de que las personas que requieren cuidados no los obtengan ni en la calidad ni en la cantidad necesaria**: los servicios prestados no satisfacen las necesidades de la población en situación de dependencia** y, por otra parte, **la oferta de servicios de cuidados no es suficiente** para satisfacer la demanda.

1. Los servicios prestados no satisfacen las necesidades de la población en situación de dependencia

Los servicios de cuidado prestados, tanto en instituciones públicas como privadas, **no suelen proveerse con la calidad requerida** para cubrir las necesidades de las personas en situación de dependencia. Es decir, en ocasiones, los estándares mínimos en los servicios de cuidado para promover el bienestar físico, mental, emocional, social e intelectual de las personas en situación de dependencia (Keyes y Waterman, 2003; Care Quality Commission, 2017) no están formalmente establecidos o no son cumplidos en su totalidad por los prestadores de servicios de cuidado. Esto se debe, en gran medida, a la ausencia de estándares de calidad en la provisión de cuidados con base en los cuales se midan y evalúen los servicios. Tan solo para el caso de los servicios de cuidado infantil, un estudio del CLEAR-CIDE destaca que “la discusión en México sobre calidad en los servicios de cuidado infantil es inexistente, no se conoce ningún estudio que haya abordado este tema cuyas consecuencias son mayúsculas” (2012: 2). Esto es incluso más grave en los servicios de cuidado ofrecidos por el sector privado, que no siempre

cuentan con instalaciones o personal adecuado que aseguren la calidad de sus servicios, lo que pocas veces se detecta y corrige debido a que las medidas de inspección suelen ser insuficientes. Esta situación contrasta con lo que ocurre en otros países, como Reino Unido, en donde existe una comisión independiente que regula la calidad de los servicios de salud y cuidado de servicios privados (Care Quality Commission, 2017).

La calidad de los cuidados debe observarse en el espacio o ambiente donde se lleva a cabo el cuidado, los procedimientos para el cuidado, la relación entre el cuidador y la persona que recibe los cuidados, y el impacto del cuidado en la salud y el bienestar de la persona (Donebedian, 1988; Talley y Crews, 2012; Care Quality, 2017). A su vez, el bienestar debe procurarse en aspectos como la salud física y psicológica y el equilibrio social y emocional (Keyes y Waterman, 2003; Care Quality Commission, 2017).

La calidad insuficiente en la provisión de estos servicios se explica también por la **falta de profesionalización** de las personas que los prestan. En nuestro país, los perfiles laborales de las personas que ofrecen cuidados pueden estar definidos en sectores profesionales y especializados, sin embargo, 80% de los cuidados se proveen en el hogar (INEGI, 2012), por lo que los estándares profesionales no son aplicados por la mayor parte de la población que los ofrece, ni es obligatoria su constante capacitación. En efecto, las prácticas de cuidado son principalmente asumidas por miembros de la familia; sin embargo, el “cuidado centrado en la familia” enfrenta retos debido a la falta de recursos y herramientas apropiadas para el cuidado y el estrés que coloca sobre las relaciones interfamiliares (Kovacs y Hayden Bellin, 2005). De ahí que en algunos países exista un esfuerzo importante por considerar a los familiares que proporcionan cuidados como sujetos “vulnerables” que, además de no recibir un salario, necesitan de capacitación para volverse más competentes y mejorar las condiciones en las que realizan los cuidados (Reinhard et al, 2008).

Al mismo tiempo, esta falta de profesionalización se explica porque esta labor, cuando es provista por miembros del hogar, **no es remunerada**. En efecto, los cuidadores no invierten en generar o mejorar sus capacidades o habilidades para este fin, porque el cuidado no se percibe como un trabajo que requiera calificación, y por lo tanto, que tenga valor económico. Se soslaya el hecho de que la provisión de cuidados

es un componente macroeconómico importante, que equivale a 24.2% del PIB nacional (INEGI). De acuerdo con cifras del gobierno federal (2017), en 2015, cada persona contribuyó en promedio con el equivalente a $35,131 por sus labores domésticas y de cuidado. Sin embargo, el trabajo de las mujeres tuvo un valor equivalente a $49,586, mientras que el de los hombres fue de $18,109 durante el mismo año. Estas cifras reflejan el sueldo neto que podrían percibir los miembros del hogar por realizar una actividad similar en el mercado, pero que, al no percibirlo, no genera interés por mejorar su "competitividad" en la calidad del cuidado provisto.

En efecto, la falta de calidad de los servicios de cuidado tiene que ver con la **afectación física y emocional que padecen las personas** que asumen esta responsabilidad. Esto es particularmente cierto para los servicios prestados por los familiares o amigos de las personas en situación de dependencia, que de acuerdo con las estadísticas, son quienes más los proporcionan (INEGI, 2012). Los miembros de la familia que asumen la tarea del cuidado de algún familiar, al no recibir remuneración por ello, enfrentan altos costos en términos de bienestar psicológico, social y emocional (Braithwaite, 1990; Simon-Rusinowitz et al, 1998). A su vez, las motivaciones de los cuidadores están directamente relacionadas a la calidad del cuidado proporcionado; es decir, la calidad del cuidado depende de cómo el cuidador se siente al proveer los cuidados (Himmelweit, 2003).

Si bien es cierto que el estrés generado afecta a los cuidadores en general, las más afectadas son las mujeres. **Son mujeres las que realizan la mayor parte de las labores domésticas y de cuidado** (de acuerdo con el INEGI (2012), 77.2% de esas actividades son llevadas a cabo por mujeres) y, por tanto, son ellas las que terminan trabajando **jornadas dobles o triples.** De hecho, se calcula que 57.4% de las mujeres mexicanas entre 14 y 70 años que cuentan con empleo, realizan, además, actividades de cuidado (INEGI, 2012). Esta cifra es muy similar a la encontrada en España, donde 55% de las mujeres que forman parte de una pareja heterosexual en la que ambos miembros trabajan sigue realizando todas las tareas del hogar, según datos de la Organización de Estados Iberoamericanos.

El hecho de que las labores de cuidado recaigan de manera desproporcionada en las mujeres atiende a tres causas adicionales. La primera es que ellas enfrentan "**menores costos de oportunidad" de no participar en el mercado laboral**, pues

existe una brecha salarial entre hombres y mujeres por realizar actividades similares. En efecto, la brecha salarial entre hombres y mujeres en México es de 18.3% según la OCDE[8] (2014). Más aún, la Organización Internacional del Trabajo (2014) calcula que la "brecha salarial relacionada con la maternidad" en México es de 33%, es decir, las madres ganan 33% menos que las mujeres sin hijos. Estudios que analizan la disposición de hombres y mujeres a asumir labores de cuidado y postergar el desarrollo profesional, especialmente cuando existe la oportunidad de decidir entre ambos, identifica el beneficio económico *total* al hogar como un elemento de mucho peso (Haas y Hwang, 2008).

Esta causa tiene que ver con que **las políticas laborales favorecen que sean las mujeres quienes se ausenten para prestar labores de cuidado**. Esto significa que, incluso si una mujer mantiene su participación en el mercado laboral, cuando se enfrenta a una situación por la que debe cuidar a alguna persona en situación de dependencia, ella tendrá mayores facilidades para hacerlo que un hombre. Esto es particularmente cierto para el caso del cuidado de los hijos. Por ejemplo, la licencia de maternidad consiste en 12 semanas obligatorias para las mujeres que trabajan en la iniciativa privada y tres meses obligatorios para las mujeres que trabajan en el gobierno (CPEUM, art. 123). La Ley Federal del Trabajo reconoce 12 semanas obligatorias (con cuatro semanas transferibles antes del parto) de licencia de maternidad, sin embargo, y apenas desde 2012, la ley otorga sólo cinco días de licencia de paternidad para los hombres. De acuerdo con GIRE (2017), entre 2010 y 2015, el IMSS registró 3 millones 270 mil 430 licencias de maternidad mientras que no registró cuántas licencias de paternidad se otorgaron—al no ser estas últimas objeto de subsidio por parte de la institución. Por su parte, el ISSSTE otorgó 522 licencias de paternidad en 2015, mientras que ese mismo año otorgó 39 mil 183 licencias de maternidad. En efecto, los esquemas de seguridad social y beneficios laborales son contribuidores importantes a la adopción de roles de cuidado entre hombres y mujeres (Castro-García y Pazos-Mora, 2015). Mientras que la existencia de políticas que proveen servicios de cuidados para poblaciones dependientes tiende a aumentar su calidad de vida, las políticas enfocadas

[8] A pesar de que existen varios cálculos sobre la brecha salarial entre hombres y mujeres en México, es utilizado el de la OCDE, ya que ofrece un panorama internacional actualizado.

a permitir que las mujeres desempeñen estas tareas de cuidado —y no los hombres— tiende a comprometer su bienestar económico (Misra, Moller y Buding, 2007).

Finalmente, la tercera razón es que **existe la expectativa social de que sean las mujeres quienes se encarguen del cuidado** de las personas en situación de dependencia. De acuerdo con la ENOE, 18.2% de las personas que renunciaron a su empleo durante el primer trimestre de 2016 lo hicieron por matrimonio, embarazo y/o responsabilidades familiares. De éstas, 95.7% fueron mujeres. Esto puede deberse a que a las mujeres todavía se les niega "el permiso" de trabajar por parte de sus parejas o del jefe de hogar (generalmente un varón) (Arceo, 2017). Más allá de que las políticas laborales y gubernamentales favorezcan la adopción de las labores de cuidado por parte de las mujeres (a través de esquemas inequitativos de beneficios y apoyos para el cuidado), también existe una carga social importante que afecta las decisiones tomadas por las mujeres respecto a prácticas de cuidado. Estudios sobre el funcionamiento de esquemas avanzados de corresponsabilidad de los cuidados entre hombres y mujeres identifican como un factor negativo prevalente la carga emocional de las mujeres al delegar responsabilidades de cuidado (Haas y Hwang, 2008). Adicionalmente, existen estudios que vinculan el papel que las personas cuidadoras juegan en fomentar roles y estereotipos de género en niñas y niños; es decir, es un fenómeno que se reproduce continuamente (Chick et al, 2002).

2. La oferta de servicios de cuidados no es suficiente

En lo que respecta a la segunda causa, es decir, a **la oferta insuficiente de servicios de cuidados (tanto pública como privada)** para satisfacer la demanda de este tipo de servicios, son diversas las razones que la explican. Por una parte, como fue expuesto anteriormente, es un hecho que 80% de los cuidados son provistos por miembros de la familia dentro del hogar (INEGI, 2012). Además, las instituciones públicas que prestan este tipo de servicios están saturadas. La mayoría de los programas presupuestales federales vinculados al cuidado no tienen la capacidad de atender a la totalidad de su población objetivo. De hecho, el director del IMSS declaró en marzo de 2016 que alrededor de 150 mil menores se encontraban en lista de espera para obtener un lugar

en las guarderías del Instituto (incluidas las subrogadas) (Hernández, 2016). De manera similar, la demanda por servicios de rehabilitación en diversos DIF municipales supera la capacidad de atención de éstos. Quienes por cuestiones de saturación de los servicios públicos no pueden acceder a ellos se ven en la necesidad de buscar alternativas en el sector privado, que no siempre ofrece opciones que satisfagan sus necesidades, y que además implica gastos que representan una parte significativa del ingreso de los hogares. Por ejemplo, una sesión de rehabilitación motriz para niñas y niños oscila entre $80 y $480 (Profeco, *s.a.*), mientras que el costo mensual de una casa de retiro para personas mayores puede ser desde $3,500 hasta $30,000 (Niño de Haro, 2006).

Además, para acceder a estas instituciones, las personas suelen tener que esperar por meses por un lugar, además de llevar a cabo una serie de trámites que consumen mucho tiempo. De hecho, casi 25% de las personas que solicitan el servicio de guardería del IMSS tienen que esperar más de un mes antes de que que su hija o hijo ingrese a la guardería (IMSS, 2016). Esto es especialmente grave si se considera que las personas que participan en el mercado laboral no tienen tiempo de proveer cuidados, pero tampoco para llevar a cabo procesos innecesariamente complicados y tardados para poder acceder a las instituciones públicas de cuidado. La conciliación entre el proceso para acceder a esta oferta pública y los horarios de una persona que labora es prácticamente inexistente, lo cual abona a su inaccesibilidad.

Pero las personas que participan en el mercado laboral no solamente se enfrentan a una oferta pública de servicios de cuidado saturada e inaccesible, sino que lo hacen desde un **mercado laboral** que explícita o implícitamente exige **horarios de trabajo rígidos**, de más de 8 horas y que, en todo caso, esos horarios no coinciden con los horarios en los que la oferta pública de cuidados presta servicios. De hecho, México es el país de la OCDE en el que más horas se trabaja, 63% más que en Alemania (país con menores horas trabajadas) sin que ello se refleje en la productividad. En efecto, las labores de cuidado no remuneradas y las actividades laborales remuneradas son tratadas en la literatura como actividades mutuamente excluyentes y en competencia al mismo tiempo que en muchas circunstancias son actividades a las cuales no es posible renunciar (Gornick y Meyers, 2003).

La desconexión entre la política laboral y la oferta pública de cuidados resulta en un aumento en la demanda por este tipo de servicios. Lo mismo ocurre con la política

educativa. Por ejemplo, desde hace varios años, los últimos viernes de cada mes se reúnen los Consejos Técnicos Escolares de educación básica, por lo que ese día las clases son suspendidas. Esta decisión de la Secretaría de Educación Pública afecta a miles de madres y padres de familia que deben encontrar alternativas de cuidado para sus hijos durante ese día. Algunos se ven en la necesidad de llevarlos a su trabajo, aunque no siempre les es permitido. Más aún, si consideramos que en el ciclo escolar 2014-2015 hubo 19,155,102 alumnas y alumnos inscritos en preescolar y primaria (INEGI), que a lo largo del ciclo escolar se suspenden clases 8 viernes, y que el precio promedio por un día de guardería en México es aproximadamente $122 (según los precios promedio mensuales utilizados por INEGI para calcular el Índice Nacional de Precios al Consumidor; INEGI, 2017), una estimación del costo agregado de esta medida sería de 18 mil millones de pesos anuales (como referencia, el presupuesto ejercido 2015 del Programa Estancias Infantiles fue una sexta parte de esta cifra).

Por otra parte, como ya se ha mencionado en una sección previa, la oferta de instituciones privadas que prestan estos servicios es costosa, lo cual excluye la posibilidad de acceder a ellos a la población con menores ingresos, perpetuando así las brechas de desigualdad. Particularmente en sociedades con altos porcentajes de pobreza—como el caso de México—la “carga” de los cuidados puede actuar como un factor que impide las oportunidades de desarrollo económico. Por una parte, el pago de los servicios de cuidado representa un gasto importante en los hogares que limita su capacidad de gastar en otros bienes o servicios. Por otra parte, los hogares que no pueden costear los servicios de cuidado deben asumir estas labores, lo cual limita su capacidad de participar en actividades laborales remuneradas.

LOS EFECTOS DEL PROBLEMA

Como consecuencia de la baja calidad, insuficiente cantidad y poca accesibilidad de servicios de cuidado disponible, las personas en situación de dependencia enfrentan menores oportunidades de desarrollo y bienestar. Independientemente de los motivos por las que una persona requiere cuidados, cuando éstos no son de calidad su capacidad para el disfrute de una vida digna y de aprovechar las oportunidades para

desarrollarse física y mentalmente, se ve comprometido. Esto afecta en mayor medida a los hogares de menores ingresos, pues sus alternativas para garantizar la salud y bienestar de los miembros de sus hogares se limita a la oferta pública existente –que es insuficiente– y, por tanto, no se encuentran en posibilidad de exigir calidad en los servicios que reciben.

Un efecto adicional de la insuficiente oferta y calidad de los servicios de cuidado existentes es que los recursos (tanto en términos de tiempo como de dinero) de los hogares se destina al cuidado de los miembros de la familia en situación de dependencia. Esto, además de que afecta de manera más pronunciada a las familias con menores recursos, provoca que las personas que proveen cuidados en el hogar tengan recursos muy limitados para procurar su propio bienestar. En efecto, las personas en el hogar dedicadas al cuidado concentran su tiempo y dinero en realizar esa actividad, en detrimento de otras actividades para su esparcimiento o desarrollo profesional. Si se considera que quienes realizan las labores de cuidado en los hogares son, en su mayoría, mujeres, esto perpetúa la desigualdad de género en lo particular, y las condiciones de desigualdad en lo general.

La provisión de cuidado puede provenir de instituciones públicas (mediante la seguridad social a partir de contribuciones de trabajadores, o por la vía de programas sociales financiadas por impuestos generales), por parte de privados (empresas, profesionistas que trabajan por su cuenta, trabajadores informales, organizaciones sociales o instituciones de beneficencia), o directamente por miembros del hogar (familiares). La suficiencia, calidad y accesibilidad varía dependiendo del tipo de provisión y de las necesidades de cuidado. Incluso en la provisión del Estado hay saturación y, en ocasiones, baja calidad. Esta situación se agrava cuando los proveedores de servicios de cuidados son personas que trabajan en la informalidad o por miembros del hogar. Esto nos alerta sobre cómo “el problema de cuidados” significa un problema distinto dependiendo de la situación laboral de los miembros de un hogar, de su nivel de ingresos, de las relaciones intrafamiliares y, también, del tipo de cuidados que se requieran en cada caso. Las formas de intervenir del Estado mediante políticas públicas tendrían que hacerse cargo de estas diferencias.

El problema de cuidados, como se dijo ya, es un problema complejo: tiene varias dimensiones y horizontes temporales, y no es susceptible de ser atendido con una sola

intervención gubernamental. Se requiere, por tanto, una política integrada (Cejudo y Michel 2017), que no solo coordine las actividades de distintas dependencias, sino que cuente con instrumentos de política (programas y acciones) que se complementen y refuercen entre sí, de forma tal que, en conjunto, logren objetivos más amplios. Pero más importante aún, se requiere una plataforma de decisión con información y autoridad para tomar decisiones sobre la política en su conjunto, que permita la toma de decisiones estratégicas sobre la política, con lo cual se garantice su integralidad en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Acker, S. (1987), “Feminist theory and the study of gender and education”, *International Review of Education*, 33(4), pp. 419–435.

Administración Federal de Servicios Educativos Educativos en el Distrito Federal (SEPDF) (2016), “Educación Preescolar”. Consultado el 14 de mayo de 2017. Disponible en: https://www2.sepdf.gob.mx/que_hacemos/preescolar.jsp

Agranoff, R. (2003), *Leveraging networks: A guide for public managers working across organizations*, Washington, DC: IBM Center for the Business of Government.

Agranoff, R. y M. McGuire (1998), “Multi-network management: Collaboration and the hollow state”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(1), pp. 67–91.

Aguirre, Rosario y Fernanda Ferrari (2014), *La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria,* CEPAL. Consultado el 2 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.cepal.org/es/publicaciones/36721-la-construccion-sistema-cuidados-uruguay-busca-consensos-proteccion-social-mas

Arceo, Eva (2017), “Cerrar el abismo entre hombres y mujeres en el mercado laboral”, en *Nexos*, 6 de marzo. Consultado el 20 de marzo de 2017. Disponible en: http://www.nexos.com.mx/?p=31706

Aronson, J. (1992), “Women's Sense of Responsibility for the Care of Old People: 'But Who Else Is Goig to Do It?”, *Gender & Society,* 6, pp. 8-29.

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, *Ley Nº 9220: Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.* Consultado el 6 de abril de 2017. Disponible en: http://www.cen-cinai.go.cr/index.php/legislacion/74-ley-no-9220-red-nacional-de-cuido-y-desarrollo-infantil

Banco Mundial (2012), Informe sobre el Desarrollo Mundial: Igualdad de Género y

Desarrollo. Consultado el 14 de mayo de 2017. Disponible en: http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/Resources/7778105-1299699968583/7786210-1315936231894/Overview-Spanish.pdf

Batthyány Dighiero, Karina (2015), *Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales.* CEPAL. Consultado el 28 de abril de 2017. Disponible en: http://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-las-politicas-y-el-cuidado-en-america-latina-una-mirada-las-experiencias

Bender, L. (1989), "Sex Discrimination or Gender Inequality", *Fordham Law Review,* 57(6), pp. 941-954.

Braithwaite, V. A. (1990), *Bound to care*, Allen & Unwin.

Castro García, C. y M. Pazos Moran (2015), "Parental leave policy and gender equality in Europe", *Feminist Economics*, 22(3), pp. 51-73.

Cejudo, G.M. y C.L. Michel (2017), "Addressing fragmented government action: coordination, coherence, and integration", *Policy Sciences*. DOI: 10.1007/s11077-017-9281-5

Centro Iberoamericano para la Tercera Edad, *Programa de Atención al Adulto Mayor en Cuba,* CITED & SCGG. Consultado el 16 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/paamc/

Chick, K.A., R.A. Heilman-Houser y M.W. Hunter (2002), "The Impact of Child Care on Gender Role Development and Gender Stereotypes", *Early Childhood Education Journal*, 29(3), pp. 149–154.

Comisión Australiana de Derechos Humanos (2017), *A human rights approach for ageing and health - A human rights approach and the aged care reforms*. Consultado el 3 de marzo de 2017. Disponible en: https://www.humanrights.gov.au/human-rights-approach-ageing-and-health-human-rights-approach-and-aged-care-reforms#fn48

CONEVAL (2015a), "Inventario de Programas y Acciones Federales de Desarrollo Social", México, CONEVAL.

CONEVAL (2015b), “Evaluación de Diseño, Servicios de Atención a Población Vulnerable”, México, CONEVAL.

CONEVAL (2016a), “Ficha de Monitoreo y Evaluación 2015-2016. Reporte de Resultados”, México, CONEVAL.

CONEVAL (2016b), *Informe de la evaluación específica de desempeño 2014-2015. Valoración de la información de desempeño presentada por el programa Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil*, México, CONEVAL.

Care Quality Commission (2017), “The fundamental standards”. Consultado el 26 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/content/fundamental-standards

Colegio de Notarios del Distrito Federal (s.a.), “Mayo, mes de las Instituciones de Asistencia Privada”. Consultado el 16 de abril de 2017. Disponible en: http://colegiodenotarios.org.mx/doctos/trip/07.pdf

CLEAR-CIDE (2012), “Servicios públicos de cuidado infantil en México: una propuesta para medir su calidad”. Consultado el 24 de mayo de 2017. Disponible en: http://clear-la.cide.edu/sites/default/files/Métrica%20de%20la%20calidad%20de%20cuidado%20infantil%20en%20México%20RGT%20.pdf

Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH) (1948, 10 de Diciembre) *Asamblea General en su resolución 217 A (III).*

Della Giusta, M., y S. Jewell (2015), “Unpaid work and conformity: why care?”, *Cambridge Journal of Economics*, *39*(3), pp. 689-710.

Donath, S. (2010), “The Other Economy: A Suggestion for a Distinctively Feminist Economics”, *Feminist Economics,* 6(1), pp. 115- 123.

Donebedian, A. (1988), "The quality of care how can it be assessed?", *Journal of the American Medical Association*, 260 (12), pp. 1743-1748.

Eccles, J.SI (1987), "Gender Roles and Women's Achievement-Related Decisions", *Psychology of Women Quarterly,* 11(2), pp. 135 - 172.

Eisenstein, H. (1984), “Contemporary Feminist Thought”, *Science and Society*, 48 (3), pp. 364-366.

EcuRed, (2017), Círculo infantil sueños de Cecilia en Cuba. Consultado el 13 de abril de 2017. Disponible en: https://www.ecured.cu/C%C3%ADrculo_Infantil_Sue%C3%B1os_de_Celia

Ferreyra, Marta (2016), “Prácticas de cuidados: algunas experiencias” en *El descuido de los cuidados: sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral,* Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, pp. 231-294.

Gerson, K. (1985), *Hard Choices: How Women Decide about Work, Career, and Motherhood*, Berkeley: Universidad de California.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2017), “Horas hábiles corresponsabilidad en la vida laboral y personal”, Ciudad de México, GIRE. Consultado 5 de abril 2017. Disponible en: http://corresponsabilidad.gire.org.mx/#/chapter/4/subchapter/1

Gobierno de Chile (2016), *Chile Crece Contigo*. Consultado durante diciembre de 2016. Disponible en: http://www.crececontigo.gob.cl

Gobierno de España (2015), *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Jefatura del Estado, última modificación 30 de octubre. Consultado durante diciembre de 2016. Disponible en: https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-21990-consolidado.pdf

Gobierno de Suecia, “Ten things that make Sweden family-friendly”, *Sweden Sverige: official site of Sweden*. Consultado el 15 de marzo de 2017. Disponible en: https://sweden.se/society/10-things-that-make-sweden-family-friendly/

Gobierno Federal (2017), “El valor del trabajo no remunerado en los hogares en México”, *Blog de Mujeres sin Violencia*. Consultado el 15 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/mujeressinviolencia/articulos/el-valor-del-trabajo-no-remunerado-en-los-hogares-en-mexico

Gornick, J.C. y M.K. Meyers (2003), *Families that work: policies for reconciling parenthood and employment*, New York: Russell Sage Foundation.

Graham, H. (1983), "Caring: A Labour of Love.", en Finch y D. Groves (eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*, London: Routledge & Kegan Paul, pp. 13-30.

Guzmán León, Juany (2014), *Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica: el proceso de construcción 2010-2014,* CEPAL. Consultado el 18 de enero de 2017. Disponible en: http://www.cepal.org/es/publicaciones/36819-red-nacional-cuido-desarrollo-infantil-costa-rica-proceso-construccion-2010-2014

Haas, L. y C.P. Hwang (2008), "The Impact of Taking Parental Leave on Fathers' Participation In Childcare And Relationships With Children: Lessons from Sweden", *Journal of Community, Work and Family*, Vol. 11, no. 1, pp. 85-104.

Hernández, Lilián (2016), "Guarderías hacen cancha para 25 mil; hay 150 mil en lista de espera", *Excélsior*, 12 de marzo. Consultado el 24 de marzo de 2017. Disponible en: http://www.excelsior.com.mx/nacional/2016/03/12/1080420

Himmelweit, S. (2005), *Can we afford (not) to care: prospects and policy,* London School of Economics, Gender Institute. New Working Paper Series No.15.

Himmelweit, S. (2007), "The prospects for caring: economic theory and policy analysis", *Cambridge Journal of Economics*, 31(4), pp. 581-99.

Himmelweit, S. y H. Land. (2010), *Change, Choice and Cash in Social Care Policies: Some Lessons from Comparing Childcare and Elder Care*. Open Discussion Papers in Economics No. 74.

Himmelweit, S. (2013), *Care: feminist economic theory and policy changes*. Consultado el 3 de abril de 2017. Disponible en: http://www.igs.ocha.ac.jp/igs/IGS_publication/journal/16/16%20Himmelweit.pdf

INEGI (2017), Índice Nacional de Precios al Consumidor. Consultado el 20 de junio. Disponible en: http://www3.inegi.org.mx/sistemas/inp/preciospromedio/.

INEGI (2012), Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS).

INEGI (2016), Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

INEGI, PIB y Cuentas Nacionales, Trabajo no Remunerado de los hogares. Consultado el 25 de abril de 2017. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/cn/tnrh/.

Infomed, *Programa de atención integral al adulto mayor,* Red de Salud de Cuba. Consultado el 25 de enero de 2017. Disponible en: http://files.sld.cu/sida/files/2012/01/prog-adultomayor.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (2009), Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2009.

Instituto Mexicano del Seguro Social (2016), *Encuesta de Satisfacción a Usuarios de Guarderías*, México, IMSS. Consultado el 19 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/encuesta-de-satisfaccion-usuarios-de-guarderias

Instituto Mexicano del Seguro Social (2017), Memoria Estadística 2016, México, IMSS. Consultado el 4 de abril de 2017. Disponible en: http://imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2016

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2012), Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2015), “El ISSSTE protege a todo derechohabiente con discapacidad”, comunicado de prensa, 02 de diciembre. Consultado el 29 de abril de 2017. Disponible en: http://www.gob.mx/issste/prensa/el-issste-protege-a-todo-derechohabiente-con-discapacidad

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2016), Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de octubre de 2016.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2016b), “Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil”, 24 de junio. Consultado el 3 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.gob.mx/issste/acciones-y-programas/estancias-para-el-bienestar-y-desarrollo-infantil

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2016c), “ISSSTE cuida la salud de las madres”, 10 de mayo. Consultado el 8 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/issste/prensa/issste-cuida-la-salud-de-las-madres

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (2017), *Anuario Estadístico* 2016, México, ISSSTE. Consultado el 8 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.issste.gob.mx/datosabiertos/anuarios/anuarios2016.html

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2015), *Programa Anual de Trabajo 2015*, México, INAPAM. Consultado el 12 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/188/1/images/PAT%202015(1).pdf

Junta Nacional de Cuidados (2015), *Plan Nacional de Cuidados 2016-2020,* Sistema de Cuidados, Diciembre. Consultado el 18 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/61181/1/plan-nacional-de-cuidados-2016-2020.pdf

Keyes, C.L. y M.B. Waterman (2003), "Dimensions of well-being and mental health in adulthood" en Bornstein, MH *et al* (eds.), *Well-being: positive development across the life course*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Kovacs, P.J. y M. Hayden Bellin (2005), "Family-centered care: a resource for social work", *Journal of Social Work in End-of Life & Palliative Care*, 2(1), pp. 13-27.

Lamas, Marta (2012), “El enfoque de género en las políticas públicas”, *dfensor. Revista de derechos humanos*, número 10, pp. 85-92.

Lewis, J. y B. Meredith (1988), *Daughters who care: Daughters caring for mothers at home*, London: Routledge & Kegan Paul.

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 25 de marzo de 2016.

Ley del Seguro Social, última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de noviembre de 2015.

Marrades, Ana (2016), “Los nuevos derechos sociales: El derecho al cuidado como fundamento del pacto constitucional”, *Revista de Derecho Político*, núm. 97, pp. 209-242.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, “Primera Infancia”, *Programas y servicios.* Consultado el 14 de enero de 2017. Disponible en: http://www.desarrollosocial.gob.ec/estrategia-nacional-intersectorial-para-la-primera-infancia-infancia-plena/

Ministerio de Desarrollo Social (2014), *Cuidados como Sistema: propuesta para un modelo solidario y corresponsable de cuidados en Uruguay,* Mides & DNPS. Consultado el 5 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/34676/1/cuidados_como_sistema.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (s.a.), *Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.* Consultado en diciembre de 2016. Disponible en: http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/index.htm

Misra, J., S. Moller y M.J. Budig (2007), "Work-family policies and poverty for partnered and single women in Europe and North America", *Gender & Society*, 21(6).

Morell, C. (1987), “Cause is function: Toward a feminist model of integration for social work”, *Social Service Review*, 61, pp. 144-155.

Niño de Haro, Humberto (2006), “El costo de un retiro”, *El Universal*, 21 de agosto. Consultado el 20 de mayo de 2017. Disponible en: http://archivo.eluniversal.com.mx/finanzas/53543.html

O’Toole, L. J. (1997), “Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration”, *Public Administration Review*, 57(1), pp. 45–52.

OECD (2014), “Gender Equality: Employment”. Consultado el 24 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.oecd.org/gender/data/

OECD (2015), “OECD Data: Mexico”. Consultado el 24 de mayo de 2017. Disponible en: https://data.oecd.org/emp/hours-worked.htm#indicator-chart

OECD (2016), “Sweden’s support for parents with children is comprehensive and effective but expensive”, *OECD.* Consultado el 22 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.oecd.org/els/family/swedenssupportforparentswithchildreniscomprehensiveandeffectivebutexpensive.htm

Organización de Estados Iberoamericanos (*s.a.*), “Las mujeres siguen teniendo doble jornada laboral”. Consultado el 25 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/noticias_511.htm

Organización Internacional del Trabajo (2014), Informe Mundial sobre Salarios 2014/2015: La brecha salarial entre ambos sexos se amplía para las mujeres mejor remuneradas. Consultado el 25 de mayo de 2017. Disponible en: http://ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_324700/lang--es/index.htm

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. Consultado el 6 de marzo de 2017. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) (1966, 16 de diciembre). *Asamblea General de la ONU en su resolución 2200 A (XXI)*.

Palo Stoller, E. (1993), “Gender and the organization of lay health care: A socialist-feminist perspective”, *Journal of Aging Studies*, 7(2), pp. 151-170.

Pautassi, Laura (2007), *El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos*, Santiago, CEPAL, Serie Mujer y desarrollo, 87.

Population Europe Resource Finder & Archive, “Family policies: Sweden”, *PERFAR.* Consultado el 6 de febrero de 2017. Disponible en: http://www.perfar.eu/policy/family-children/sweden

Procuraduría Federal del Consumidor (*s.a.*), “Brújula de compra: Terapias para niños con capacidades diferentes”. Consultado el 29 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/pdf-2008/Terapias%20para%20ni%C3%B1os%20con%20capacidades%20diferentes.pdf

Procuraduría Federal del Consumidor (2017), “Guarderías privadas. La elección de cuidar lo más preciado””. Consultado el 18 de junio de 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/profeco/documentos/guarderias-privadas-la-eleccion-de-cuidar-lo-mas-preciado

Procuraduría Federal del Consumidor (2011), “Brújula de compra: Cuidadores de enfermos”. Consultado el 24 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.profeco.gob.mx/encuesta/brujula/bruj_2009/bol144_cuidadores.asp

Reinhard, S.C. *et al.* (2008), "Supporting family caregivers in providing care", en R.G. Hughes (ed.), *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*, Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.

Ridgeway, C.L. (2011). *Framed by Gender: How Gender Inequality Persists in the Modern*, Oxford University Press.

Rodríguez, Ruth (2016), “Reorganizan horarios y calendario de escuelas”, *El Universal*, 26 de enero. Consultado el 5 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/politica/2016/01/26/reorganizan-horarios-y-calendario-de-escuelas

Rossi, A. (1980), “Life-span theories and women's lives”, *Signs*, 6, pp. 4-32.

Sáez Astaburuaga, Isabel (2015), *El horizonte de la igualdad de género: Colombia y Cuba frente a los retos de cuidado,* CEPAL. Consultado el 23 de abril de 2017.

Disponible en: http://www.cepal.org/es/publicaciones/39626-horizonte-la-igualdad-genero-colombia-cuba-frente-retos-cuidado

Salazar, P. (2014). *La reforma constitucional sobre derechos humanos. Una guía conceptual*. Instituto Belisario Domínguez. Senado de la República.

Secretaría de Salud (2016), *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, para el ejercicio fiscal 2017*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2009), Diagnóstico de la problemática de las madres con hijos pequeños para acceder o permanecer en el mercado laboral. Disponible en: https://www.gob.mx/sedesol/documentos/diagnosticos-de-los-programas-de-desarrollo-social

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2015), "Programa de Servicios a Grupos con Necesidades Especiales". Consultado el 21 de mayo de 2017. Disponible en: https://www.gob.mx/sedesol/documentos/programa-de-servicios-a-grupos-con-necesidades-especiales

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2016), *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2017*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2016.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) (2016b), *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2017*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 28 de diciembre de 2016.

Secretaría de Educación Pública (SEP) (2014), Acciones y Programas: "Escuelas de Tiempo Completo". Consultado el 26 de mayo de 2017. Disponible en: http://www.gob.mx/sep/acciones-y-programas/escuelas-de-tiempo-completo-14261.

Secretaría de Educación Pública (SEP) (2016), *Acuerdo número 16/12/16 por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Escuelas de Tiempo Completo para el ejercicio fiscal 2017*, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de diciembre.

Simon-Rusinowitz, L., K.J. Mahoney y A.E. Benjamin (1998), "Payments to families who provide care: an option that should be available", *Generations*, 22(3), pp. 69-75.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) (2015), “Opinión institucional. Evaluación de Diseño. E040 “Servicios de Atención Vulnerable”, México, Secretaría de Salud-DIF.

Sweden Sverige (2016), Página oficial del gobierno de Suecia: Sweden Sverige. Consultado el 12 de marzo de 2017. Disponible en: https://sweden.se/society/10-things-that-make-sweden-family-friendly/

Talley, R.C. y Crews, J.E. (2012), *Multiple dimensions of caregiving and disability*, USA: Springer Science & Business Media.

Ungerson, C. (1983), "Why Do Women Care?", en J. Finch y D. Groves (Eds.), *A Labour of Love: Women, Work and Caring*. London: Routledge & Kegan Paul, pp. 3I-50.

Van Bueren, E., E. H. Klijn y J. F. M. Koppenjan (2003), “Dealing with wicked problems in networks: Analyzing an environmental debate from a network perspective”, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 13(2), pp. 193–212.

Villamediana, Virginia (2014), “Representaciones del cuidado infantil como problema de políticas públicas en el Estado ecuatoriano: ambivalencias y cambios potenciales”, *Íconos Revista de Ciencias Sociales,* no. 50, pp. 97-110.

Weber, E. P. y A. M. Khademian, (2008), “Wicked problems, knowledge challenges, and collaborative capacity builders in network settings”, *Public Administration Review*, 68(2), pp. 334–349

Anexo 1. Programas presupuestarios federales relacionados con el tema de cuidados

La descripción de los programas presupuestarios presentados a continuación se nutrió tanto de la información contenida en el Inventario (la población objetivo, la población atendida y el presupuesto fueron exclusivamente obtenidos de esta fuente), como de otros documentos primarios, principalmente, reglas de operación y reglamentos. También se revisaron, cuando estuvieron disponibles, evaluaciones internas y externas de los programas identificados.

Programa	*Servicios de guardería (IMSS)*
Descripción del programa	El programa brinda servicio de guardería a las mujeres trabajadoras derechohabientes, al trabajador derechohabiente viudo o divorciado, o a aquel derechohabiente al que se le hubiere confiado la custodia del menor, desde los 43 días de nacido hasta los 4 años de edad. El servicio de guardería infantil se ofrece en dos turnos: matutino y vespertino, y se concibe como un servicio especial que comprende la guarda, custodia, aseo, alimentación, cuidado de la salud, educación y recreación de los menores (artículos 201 y 203 de la Ley del Seguro Social; artículo 6 del Reglamento para la Prestación de los Servicios de Guardería). Para el otorgamiento de esta prestación, la Ley del Seguro Social, en su artículo 204, prevé que el IMSS establecerá instalaciones especiales en zonas convenientemente localizadas en relación a los centros de trabajo y de habitación, y en las localidades donde opere el régimen obligatorio.
Población objetivo	Mujeres trabajadoras, padres viudos o divorciados, o derechohabientes que posean la custodia legal de menores de cuatro años.
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial asciende a 1,035,846 mujeres trabajadoras con hijos menores de cuatro años; su población objetivo es de 235,586, que corresponde a los lugares existentes en las guarderías más los que se preveía crear, y la población atendida es de 196,709 derechohabientes.

Programa	*Servicios de guardería (IMSS)*
Presupuesto 2015	Original: $9,649.70 MDP Modificado: $9,400.15 MDP Ejercido: $9,400.03 MDP
Definición del problema, causas y efectos	En su origen, el programa estuvo orientado fundamentalmente a las mujeres trabajadoras, pues el cuidado de los hijos tradicionalmente lo ha realizado la madre, y el hecho de que las mujeres tuvieran a niños menores de cuatro años a su cuidado obstaculizaba o, incluso, impedía, su incorporación al mercado laboral, lo que, a su vez, acentuaba la histórica desigualdad entre hombres y mujeres. La imposibilidad de que las madres pudieran garantizar el cuidado de sus hijos pequeños durante su jornada laboral, les impedía mejorar su productividad e ingreso. Por lo tanto, el programa busca promover el acceso de las mujeres (y hombres viudos o divorciados) al trabajo remunerado y recursos productivos.

Programa	*Rehabilitación (ISSSTE)*
Descripción del programa	El Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE define rehabilitación como el conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social y ocupacional (artículo 3). El programa tiene el objetivo de "recuperar de forma total o parcial las capacidades psicomotrices de los derechohabientes del ISSSTE perdidas a consecuencia de secuelas de enfermedades o lesiones de accidentes. La recuperación se realiza con la intervención de médicos especialistas del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación a través de procedimientos de terapia física, ocupacional y de lenguaje, así como del apoyo de adaptación de prótesis y ayudas funcionales de los pacientes con alguna discapacidad" (CONEVAL, 2015). De acuerdo con la Ley del ISSSTE, los servicios de atención médica, incluida la rehabilitación, se proporcionan desde el comienzo de la enfermedad y durante un plazo máximo de 52 semanas para la misma enfermedad. El ISSSTE dispone de 48 unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, equipadas con servicios de Medicina Física y Rehabilitación, que brindan tratamiento para disminuir o eliminar secuelas incapacitantes en los pacientes y favorecer en lo posible su autonomía funcional y su reintegración laboral, social y familiar (ISSSTE, 2015).

Programa	*Rehabilitación (ISSSTE)*
	La Dirección Médica del ISSSTE ha señalado que, en regiones donde es necesario, el Instituto tiene la alternativa de subrogar los servicios de rehabilitación, o realizar convenios de atención especializada con instituciones estatales de salud (ISSSTE, 2015).
Población objetivo	Derechohabientes que presenten algún tipo o grado de discapacidad. A partir de datos de la Organización Mundial de la Salud, el ISSSTE calcula que el 10% de la población derechohabiente podría padecer alguna discapacidad (CONEVAL, 2015).
Población atendida	De acuerdo con el programa, su población potencial es de 12,973,731 derechohabientes amparados; su población objetivo son 1,297,373 que presentan algún tipo o grado de discapacidad, y la población atendida es de 60,962 derechohabientes referidos al servicio de rehabilitación por requerir atención médica para reintegrarse a la sociedad.
Presupuesto 2015	Original: $99.68 MDP Modificado: $88.59 MDP Ejercido: $88.59 MDP
Definición del problema, causas y efectos	El principal objetivo de la rehabilitación es que las personas puedan reincorporarse a su vida diaria (Artículo 87 del Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE). Esto es así ya que las secuelas de enfermedades o accidentes que afectan las capacidades físicas o mentales de los derechohabientes impiden su plena integración a la sociedad, lo cual, además de afectar diversos ámbitos de la vida de las personas (por ejemplo, su vida laboral y social), tiene un impacto negativo en su ingreso y, de manera agregada, en la economía del país, pues su productividad es afectada. Así, los costos (individuales y nacionales) asociados a condiciones incapacitantes y la disminución en la calidad de vida de quienes las padecen son las situaciones que este programa busca revertir.

Programa	*Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (ISSSTE)*
Descripción del programa	El programa otorga el servicio de estancias para el bienestar y desarrollo infantil donde se brinda atención asistencial educativa y nutricional a los hijos, de entre 60 días de nacidos y hasta los seis años de edad, de madres y padres derechohabientes. De acuerdo con el Reglamento correspondiente,

Programa	*Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (ISSSTE)*
	los beneficiarios del programa son las madres trabajadoras y, por excepción, los padres trabajadores que se hayan divorciado, queden viudos o que por cualquier otra circunstancia tengan a su exclusivo cargo la custodia legal del niño o niña (fracción XIX, artículo 2). Según datos del 2016, el ISSSTE cuenta con 123 estancias propias (48 en la Ciudad de México y 75 en los estados). Adicionalmente, a partir de 1999 se puso en marcha el "Proyecto Nacional de Estancias de Participación Social", mediante el cual se atiene a un mayor número de niños en más lugares. En el marco de este proyecto, en 2016 el ISSSTE contaba con 121 estancias contratadas y cinco estancias como organizaciones de la sociedad civil (ISSSTE, 2016b).
Población objetivo	Niños y niñas, en el rango de 60 días de nacidos a los 6 años de edad, con derecho al servicio y que pueden ser atendidos de acuerdo a la capacidad de las Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE (CONEVAL, 2015).
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial es de 2,016,686 niños y niñas con derecho al servicio, su población objetivo son 38,872 niñas y niños con derecho al servicio que pueden ser atendidos de acuerdo con la capacidad de las estancias, y su población atendida es de 35,582 niños y niñas.
Presupuesto 2015	Original: $1,921.32 Modificado: $1,633.79 MDP Ejercido: $1,633.79 MDP
Definición del problema, causas y efectos	Si bien entre la población objetivo se encuentran de manera genérica los hijos e hijas de padres derechohabientes, y entre los beneficiarios están las madres y padres divorciados o viudos, el programa se enfoca principalmente en la mujer trabajadora. De acuerdo con el propio instituto, "el creciente papel de la mujer en el ámbito laboral, sin dejar de cumplir con su papel en la familia, ha ido de la mano con la necesidad de contar con espacios apropiados para el cuidado y el desarrollo de los hijos e hijas" (ISSSTE, 2016b). La incorporación de las madres al mercado laboral, por lo tanto, requiere de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de las familias en situación de carencia o pobreza, mediante el otorgamiento de servicios de atención asistencial educativa y nutricional a sus hijos (CONEVAL, 2015). El programa asume que el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias y el mejoramiento de su calidad de vida y productividad requiere que los padres puedan acudir a su jornada laboral con la confianza de que

Programa	*Servicios de Estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil (ISSSTE)*
	sus hijos se encuentran en espacios apropiados para su protección y desarrollo (ISSSTE, 2016b).

Programa	*Servicios de atención a población vulnerable (Secretaría de Salud-SNDIF)*
Descripción del programa	En 2010, como producto de una reestructuración del Sistema Nacional DIF, las acciones de: asistencia jurídico familiar, maltrato Infantil, regularización jurídica de menores, adopciones, campamentos recreativos, y atención integral a personas adultas mayores sujetas de asistencia social, se agruparon en un solo programa presupuestario. Posteriormente, en 2014, las acciones que implicaban ofrecer un *servicio* fueron reagrupadas en un nuevo programa presupuestario, el de *Servicios de atención a población vulnerable*, sin que hubiera de por medio para la reagrupación algún diagnóstico global o una metodología (DIF, 2015). El programa tiene el objetivo último —en alineación con el Plan Nacional de Desarrollo— de ampliar el acceso a una sociedad equitativa e incluyente, pero carece de objetivos generales o específicos propios. Otorga diversos servicios a partir de cuatro componentes: 1) atención integral de rehabilitación a personas con discapacidad, 2) formación en talleres para oficios, 3) asistencia social y jurídica, y 4) atención integral a niñas, niños, adolescentes y personas mayores albergados en casas hogar y campamentos recreativos.
Población objetivo	Personas con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, preferentemente aquellas en situación de pobreza, que habiten en zonas urbanas y rurales, atendidas por el SNDIF, SEDIF y personas atendidas en los Centros de Asistencia y Campamentos Recreativos, principalmente niñas, niños y adolescentes, y personas adultas mayores (CONEVAL, 2015a).
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial asciende a 5,739,001 personas con discapacidad o en riesgo de presentarla; su población objetivo es de 1,781,314 personas con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla en situación de pobreza, atendidas por el SNDIF, SEDIF y personas atendidas en los Centros de Asistencia y Campamentos Recreativos, y la población atendida es de 1,787,933 personas.
Presupuesto 2015	Original: $824.72 MDP Modificado: $892.43 MDP

Programa	*Servicios de atención a población vulnerable (Secretaría de Salud-SNDIF)*
	Ejercido: $892.43 MDP
Definición del problema, causas y efectos	En términos amplios, este programa busca dar atención a la población con discapacidad o en riesgo de presentarla mediante rehabilitación, combatir la violencia hacia niños y mujeres, así como el maltrato, abuso y abandono de infantes y personas mayores. No obstante, el concepto de vulnerabilidad al que el nombre del programa hace alusión no es definido de manera precisa. Adicionalmente, de acuerdo con una evaluación externa, los componentes del programa carecen de "un problema claro y consistente que articule los objetivos y las intervenciones", lo cual redunda en "duplicidades, omisiones y disminución de los efectos e impactos que busca resolver" (CONEVAL, 2015a). Esta vaguedad en la definición del problema también influye en la variedad de la población objetivo del programa. Según la misma evaluación, los criterios para determinar por qué esos son los grupos vulnerables prioritarios (y no otros), no son claros. Además, la falta de un problema claro deriva en la ausencia de un eje integrador que articule y dé coherencia a las distintas acciones en torno a sus cuatro componentes.

Programa	*Programa de atención a personas con discapacidad (Secretaría de Salud-SNDIF)*
Descripción del programa	El Programa de Atención a Personas con Discapacidad tiene como objetivo específico favorecer el desarrollo integral de las personas con discapacidad a través de la instrumentación de proyectos. Con tal propósito, el programa otorga recursos económicos a los sistemas estatales del DIF (SEDIF), sistemas municipales (SMDIF) a través de los SEDIF, y a las organizaciones de la sociedad civil (OSC). Los proyectos se circunscriben en tres vertientes: 1) acciones en salud para la atención a personas con discapacidad (ayudas funcionales, atención especializada, promoción de la salud y prevención de la discapacidad), 2) acciones de infraestructura y equipamiento para la atención de las personas con discapacidad (remodelación, construcción, operación y equipamiento) y, 3) acciones de desarrollo para la inclusión laboral, educativa y social de las personas con discapacidad. De acuerdo con el DIF, el diseño del programa es sensible a las problemáticas emergentes que presentan las personas con discapacidad, por lo que hasta 30% de los recursos se destina a la atención de proyectos especiales y de alto impacto, situaciones de contingencia o emergencia, políticas públicas impulsadas por el SNDIF, así como a los proyectos de las

Programa	*Programa de atención a personas con discapacidad (Secretaría de Salud-SNDIF)*
	OSC. El restante 70% es destinado a los proyectos y se establece de acuerdo a dos criterios: 1) el número de personas con discapacidad de las entidades federativas y su representación porcentual respecto al total de la población y 2) el número de personas en situación de vulnerabilidad y su representación porcentual con respecto al total de la población. El programa no focaliza los recursos, sino que funciona a través de la demanda de proyectos de los sistemas estatales DIF y las OSC para la atención a personas con discapacidad. Por lo tanto, su alcance está en función de la demanda de apoyos que se formalizan a través de convenios de colaboración, pero principalmente de que se tenga el presupuesto suficiente. (CONEVAL, 2016a).
Población objetivo	De acuerdo con las Reglas de Operación 2017, la población objetivo son las personas con discapacidad, particularmente aquéllas en situación de pobreza, que habiten tanto zonas urbanas como rurales, atendidas por el SNDIF, los SEDIF, los SMDIF y las OSC en todo el territorio nacional. Adicionalmente, se especifica que los beneficiarios del programa son los SEDIF, los SMDIF y las OSC que brinden atención a las personas con discapacidad a través de proyectos alineados con el programa (Secretaría de Salud, 2017).
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial es de 4,527,784 personas con discapacidad en México; su población objetivo —cuya cantidad el programa no cuantifica— se constituye por personas con discapacidad preferentemente aquellas en situación de pobreza, que habitan en zonas urbanas y rurales, atendidas por el SNDIF, SEDIF, SMDIF y OSC en todo el territorio nacional, y su población atendida fue de 10,904 personas (en 2015).
Presupuesto 2015	Original: 40.54 MDP Modificado: $42.37 MDP Ejercido: $42.37 MDP
Definición del problema, causas y efectos	Este programa parte de la noción de que la discapacidad es una condición que hace vulnerables a las personas quienes la padecen, ya que suele impedir su inclusión al mercado de trabajo y la dinámica social, lo que, aunado a una cultura excluyente y discriminatoria, los priva de oportunidades y obstaculiza su desarrollo integral y el goce pleno de sus derechos. Entre las causas principales que dificultan la inclusión al mercado de trabajo y la dinámica social de las personas con discapacidad están, en primer lugar, su limitada movilidad (dificultad para caminar o moverse), y en segundo, problemas de debilidad visual, de acuerdo con el diagnóstico presentado en

Programa	*Programa de atención a personas con discapacidad (Secretaría de Salud-SNDIF)*
	las Reglas de Operación 2017 de este programa. Entre la población mexicana, estas condiciones suelen ocurrir principalmente por enfermedades y edad avanzada. Adicionalmente, el programa asume que la falta de ayudas funcionales, la insuficiente infraestructura y equipamiento para ofrecer servicios de rehabilitación, las pocas oportunidades de capacitación y participación en actividades productivas, y las limitadas condiciones de accesibilidad en el país hacen prevalecer las condiciones de exclusión de este grupo de la población. Por lo tanto, el programa busca impulsar una política pública que contribuya a facilitar la inclusión social de las personas con discapacidad en un marco de igualdad de oportunidades que promueva el ejercicio pleno de los derechos (Secretaría de Salud, 2016).

Programa	*Servicios a grupos con necesidades especiales (SEDESOL-Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores)*
Descripción del programa	El objetivo del programa es "contribuir a construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de todas las personas mediante el fomento del desarrollo humano integral de las personas adultas mayores" (SEDESOL, 2015). Para lograr su objetivo, el programa otorga servicios de asesoría jurídica, actividades físicas y deportivas, capacitación para el trabajo, centros de atención integral, centros culturales, albergues y residencias diurnas, y un programa de descuentos a los portadores de la credencial INAPAM, entre otros. Las actividades realizadas por el programa se agrupan en las siguientes categorías: 1. Difusión de los valores y derechos de las personas adultas mayores. 2. Formación y educación del personal en temas relacionados al envejecimiento y vejez. 3. Afiliación de personas adultas mayores mediante credenciales INAPAM. 4. Registro y supervisión de casa hogar, albergues y residencias de día. 5. Convenios para realizar acciones de fomento al ejercicio de los derechos sociales de las personas adultas mayores. Cabe destacar que una de las actividades derivadas de este programa es: "coordinar, promover, apoyar y fomentar la capacitación a personas

Programa	*Servicios a grupos con necesidades especiales (SEDESOL-Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores)*
	interesadas en el proceso de envejecimiento y vejez para mejorar la actitud, conocimiento, habilidades, destrezas y conductas en la atención de las personas adultas mayores, para contribuir al mejoramiento de los sistemas de atención. Coadyuvar en la capacitación del personal que trabaja o desea trabajar con las personas adultas mayores, con el fin de contribuir al mejoramiento de los sistemas de atención y la calidad de los servicios dirigidos a esta población" (INAPAM, 2015).
Población objetivo	Personas adultas mayores a partir de los 60 años, particularmente las que poseen credencial del INAPAM.
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial asciende a 12,085,796 personas adultas mayores en México, de las cuales, se estimó que 11,570,234 contaban con credencial del INAPAM, pero no se cuenta con información disponible sobre las personas que hacen uso de los servicios que ofrece el programa.
Presupuesto 2015	Original: $312.03 MDP Modificado: $352.41 MDP Ejercido: $352.41 MDP
Definición del problema, causas y efectos	El programa define el problema público que busca atender como el "insuficiente desarrollo humano integral de las personas adultas mayores en México" (CONEVAL, 2015). Si bien el problema no es descrito con mayor detalle ni descompuesto en sus causas y efectos, el objetivo del programa sugiere la premisa de que las personas adultas mayores podrían enfrentar situaciones que violenten el ejercicio de sus derechos, y con ello, se comprometa su desarrollo integral, lo que los posiciona como un grupo vulnerable. En este mismo sentido, el propósito del programa denota que su población objetivo, las personas adultas mayores, suelen enfrentar limitaciones en el ejercicio de sus derechos y enfrentar necesidades que impiden su desarrollo humano integral. Adicionalmente, el programa destaca un contexto nacional de cambios en la estructura de la población, siendo uno importante el inicio del proceso de envejecimiento demográfico, es decir, un incremento de la población en edad avanzada. En México, señala el INAPAM, 10% de la población son personas mayores. De esta manera, se desprende que la condición de vulnerabilidad de las personas mayores, que pone en riesgo su desarrollo integral, así como el

Programa	*Servicios a grupos con necesidades especiales (SEDESOL-Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores)*
	creciente incremento de ese grupo poblacional, requiere de acciones para fortalecer sus derechos y promover su atención integral.

Programa	*Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras (SEDESOL)*
Descripción del programa	El Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras tiene el objetivo general de "contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza mediante el mejoramiento de las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de las madres, padres solos y tutores que buscan empleo, trabajan o estudian y acceden a los servicios de cuidado y atención infantil" (SEDESOL, 2016). De esta manera, los instrumentos del programa son subsidios mensuales que permiten que las madres que trabajan, buscan empleo o estudian, así como los padres y tutores solos, puedan sufragar el costo del cuidado y atención de sus hijos en estancias infantiles afiliadas al programa, y así cuenten con tiempo disponible para acceder o permanecer en el mercado laboral, o en su caso, estudiar. Cabe señalar que la diferencia entre el subsidio y el costo total de la cuota mensual de la estancia infantil respectiva debe ser pagado por el beneficiario. Adicionalmente, el programa contribuye al aumento de espacios para el cuidado y atención infantil, ya que ofrece apoyos no recurrentes para establecer y operar estancias infantiles. Como parte de sus acciones para apoyar el establecimiento y operación de estancias infantiles, ofrece capacitación a las personas responsables de las mismas para su correcta operación.
Población objetivo	De acuerdo con las Reglas de Operación 2017, la población objetivo de este programa son las madres de 15 años y más, padres solos y tutores que no tienen empleo, buscan un empleo o tienen un empleo que no les brinda seguridad social, en cuyo hogar el ingreso per cápita no rebasa la línea de bienestar, con hijas o hijos entre 1 y 3 años 11 meses, o 1 y 5 años 11 meses de edad en niños con discapacidad. Para el apoyo al establecimiento y operación de estancias infantiles, la población objetivo son personas físicas o morales que deseen establecer y operar una estancia infantil o que cuenten con espacios en los que se brinde o pretenda brindar el servicio de cuidado y atención infantil.
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial es de 3,194,377 madres de 14 años y más, con hijas e hijos de entre 1 y 4 años, sin

Programa	*Programa de estancias infantiles para apoyar a madres trabajadoras (SEDESOL)*
	acceso a seguridad social de forma directa o por parentesco con el jefe del hogar, en hogares con ingreso estimado per cápita por debajo de la línea de bienestar. Su población objetivo es de 861,497, conformada por madres y padres de la población potencial que declaran no tener acceso a servicios de cuidado y atención infantil (la cifra también incluye personas físicas o morales que desean establecer y operar una estancia infantil). La población atendida por el programa es de 310,652 madres, padres o tutores que reciben el servicio.
Presupuesto 2015	Original: $3,807.53 Modificado: $3,641.97 MDP Ejercido: $3,641.22 MDP
Definición del problema, causas y efectos	El programa parte del entendimiento de que el rol social de las mujeres como amas de casa y responsables del cuidado de sus hijos e hijas ha cambiado en las últimas décadas, y un creciente número de ellas decide incorporarse al mercado laboral para contribuir al sustento de sus hogares. Esta decisión, reconoce el programa en sus ROP, depende en buena medida de la existencia de alternativas viables de cuidado infantil que les permitan contar con el tiempo necesario para obtener y permanecer en un empleo, o bien, para estudiar o capacitarse. De acuerdo con el programa, las mujeres con menores ingresos y condiciones de mayor marginación son las que más necesitan incorporarse al mercado de trabajo, así como obtener capacitación para mejorar su productividad e ingreso, y con ello, el bienestar económico de la familia, pero carecen de esquemas de seguridad social, específicamente, de servicios de cuidado y atención infantil que les facilite hacerlo, por lo que el programa se centra en ellas. Si bien el programa, como su nombre lo indica, está orientado a las mujeres que buscan incursionar en el mercado laboral o estudiar, una acción para fortalecer el enfoque de igualdad de género del programa fue incluir también a los hogares monoparentales encabezados por hombres, por lo que éstos son también parte de la población objetivo. De acuerdo con una evaluación de impacto realizada en 2011, la definición del problema y el instrumento seleccionado para intervenir son adecuados, ya que el programa aumenta 18% la probabilidad de que la población objetivo encuentre trabajo, además de que incrementa la permanencia laboral y las horas trabajadas de los beneficiarios. También se hallaron efectos positivos en la diversidad de la dieta y el desarrollo infantil de los niños cuyos padres, madres o tutores ya contaban con empleo antes de ingresar a la estancia infantil, aunque no se identificaron efectos significativos en los ingresos de los beneficiarios (CONEVAL, 2016a).

Programa	*Pensión para Adultos Mayores (SEDESOL)*

Descripción del programa	El objetivo general del Programa de Pensión para Adultos Mayores es contribuir a dotar de esquemas de seguridad social que protejan el bienestar socioeconómico de la población en situación de carencia o pobreza, mediante el aseguramiento de un ingreso mínimo, así como la entrega de apoyos de protección social a personas de 65 años de edad en adelante que no reciban una pensión o jubilación de tipo contributivo superior a $1,092 pesos mensuales (SEDESOL, 2016b).
	
	Adicionalmente, el programa realiza acciones de protección social y participación comunitaria a través de una red integrada por promotores, facilitadores y gestores voluntarios. Otras acciones incluyen apoyos para la inclusión financiera y acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental de la población beneficiaria.
	
	De acuerdo con sus ROP, el programa ofrece los siguientes apoyos:
	
	1. Apoyos económicos directos.
	
	• Apoyos mensuales por $580.00 (con entrega bimestral).
	• Apoyo económico único por defunción por $1,160.00.
	
	2. Acciones de protección social y participación comunitaria
	
	• Acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental. Mediante grupos de crecimiento, campañas de orientación social y jornadas y sesiones informativas se fomenta la participación social en temas relacionados con:
	  o Derechos humanos de las personas mayores
	  o Desarrollo personal
	  o Cuidados de la salud
	  o Cuidado del medio ambiente
	  o Otros temas en beneficio de las personas mayores
	
	• Acciones para la protección social. Son servicios o apoyos para atenuar los riesgos por pérdidas en el ingreso o salud, por ejemplo:
	  o Promover la obtención de la credencial del INAPAM
	  o Promover el acceso a los servicios de salud (Seguro Popular)
	  o Promover el cuidado de la salud del adulto mayor
	  o Fomentar la capacitación de las y los cuidadores de la

	población beneficiaria • Rehabilitación, acondicionamiento y equipamiento de Casas de Día para la atención de la población de personas mayores y clubes INAPAM.
Población objetivo	De acuerdo con las Reglas de Operación 2017 de este programa, su población objetivo son las personas de 65 años de edad en adelante, mexicanas y mexicanos por nacimiento o con un mínimo de 25 años de residencia en el país, que no reciban pensión mayor a $1,092 pesos mensuales por concepto de jubilación o pensión de tipo contributivo.
Población atendida	Según datos del programa, su población potencial es de 6,494,021 personas de 65 años o más que no tienen pensión o jubilación contributiva, o que la tienen pero es menor a lo necesario para adquirir la canasta alimentaria; la población objetivo es de 4,768,556 personas que el programa planea atender, y las personas atendidas, según el Padrón Activo de Beneficiarios, son 5,701,662.
Presupuesto 2015	Original: $42,515.57 MDP Modificado: $39,707.76 MDP Ejercido: $39,707.22 MDP
Definición del problema, causas y efectos	El programa se sitúa en un contexto de envejecimiento poblacional, en el que las personas mayores que se encuentran fuera de los esquemas institucionales de seguridad social y pensiones presentan especial vulnerabilidad, ya que 26.9% de ellos tiene alguna dificultad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, caminar, acostarse y levantarse) y 24.6%, tienen dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (preparación y compra de alimentos, administración de medicamentos, manejo de dinero). Esta vulnerabilidad es peor en las mujeres, pues aunque el programa no lo refleja en su focalización, parte de la premisa de que por su rol tradicional y factores sociales, económicos, políticos y culturales, las mujeres son quienes a lo largo de su vida presentan mayores dificultades para acceder al ámbito laboral formal, a la protección social, y en consecuencia, en su vejez, tener a una jubilación o pensión, ya que muchas de ellas se dedicaron de tiempo completo al cuidado de la casa y de los hijos, mientras que el proveedor era el hombre. La vulnerabilidad de las personas mayores, tanto hombres como mujeres, se ve agravada por la insuficiente cobertura de los sistemas de pensiones, el limitado acceso a servicios de salud y la escasa cultura de prevención de enfermedades. Estos factores pueden conducir a las personas mayores a la dependencia, debido al padecimiento de enfermedades crónicas y la reducción de su funcionalidad. Por lo tanto, mediante sus dos modalidades de apoyo, el

	programa busca abonar en la autonomía y bienestar de las personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Programa	*Programa Escuelas de Tiempo Completo (SEP)*
Descripción del programa	El Programa Escuelas de Tiempo Completo es una iniciativa de la SEP que se orienta al fortalecimiento de la educación básica y encamina sus esfuerzos para contribuir al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 3o. de la Constitución. El programa tiene como objetivo establecer de manera paulatina y conforme a la suficiencia presupuestal, el modelo de Escuelas de Tiempo Completo, que contempla jornadas escolares de entre 6 y 8 horas diarias, en las que el tiempo se aproveche mejor para el desarrollo académico, deportivo y cultural de los alumnos y alumnas. Adicionalmente, algunas de las escuelas participantes en el programa proporcionan el servicio de alimentación al alumnado, dando atención preferente a las escuelas donde más se necesita, es decir, aquéllas donde hay población en condición de pobreza multidimensional extrema con carencia de acceso a la alimentación, la cual constituye la población objetivo y potencial de la estrategia de inclusión y bienestar social: "Cruzada contra el Hambre" (Secretaría de Educación Pública, 2016). Esta acción ayuda a mejorar la calidad del aprendizaje en educación básica y favorece la permanencia de los alumnos y alumnas en el sistema educativo nacional. Los apoyos que el programa ofrece son subsidios que se entregan por única ocasión, y son transferidos a las entidades federativas “para fomentar el desarrollo de actividades sociales o económicas prioritarias de interés general”, es decir, apoyos financieros y técnicos dirigidos a escuelas públicas de educación básica que participan en el programa. Los apoyos que el programa brinda a las escuelas son: *Económico por concepto de Compensaciones y Fortalecimiento del modelo de Tiempo Completo* Pago de apoyo económico a: a) Personal directivo. b) Personal docente. c) Personal de apoyo (intendente). d) Para el Fortalecimiento del Modelo de Tiempo Completo se utilizará en: mejora de los espacios educativos de los planteles participantes, asesorías, capacitación en las Líneas de Trabajo Educativas del PETC. Fortalecimiento de la autonomía de gestión de las escuelas

Programa	*Programa Escuelas de Tiempo Completo (SEP)*
	a) Asistencia técnica. b) Acondicionamiento. c) Adquisición de materiales educativos para uso de las/os alumnas/os, personal docente; madres y padres de familia en las escuelas participantes. d) Eventos y actividades escolares para fortalecer la convivencia. *Apoyos para el Servicio de Alimentación* Apoyo para el suministro de alimentos en las escuelas seleccionadas. a) Compra de insumos y enseres vinculados con la prestación del servicio de alimentación. b) Apoyo económico a la/al Coordinadora/or Escolar del Servicio de Alimentación. Y a las autoridades educativas locales les da poyos para: *La implementación local* Apoyo a la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones del PETC, así como demás acciones necesarias para el logro de sus objetivos.
Población objetivo	La población objetivo del Programa de Escuelas de Tiempo Completo son las escuelas públicas de educación básica de un solo turno, en todos sus niveles y modalidades, que cumplan preferentemente con al menos uno de los siguientes criterios (Secretaría de Educación Pública, 2016): • Ofrezcan educación primaria o telesecundaria. • Atiendan a población en situación de vulnerabilidad o en contextos de riesgo social. • Presenten bajos niveles de logro educativo o altos índices de deserción escolar. • Estén ubicadas en municipios y localidades en los que opere la Cruzada Contra el Hambre y/o el Programa Nacional para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2014-2018.
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial son 139,194 escuelas públicas de educación básica de un solo turno (excluyendo escuelas comunitarias y secundarias para trabajadores). Su población objetivo son 40,000 escuelas que atiendan a población en situación de vulnerabilidad o en contextos de riesgo social, con bajos niveles de logro educativo o altos índices de deserción escolar, ubicadas en municipios y localidades donde opere el PNPSVD y en la CNCH. La población atendida fue de 24,507 escuelas participantes en el programa en el ciclo escolar 2015-2016.

Programa	*Programa Escuelas de Tiempo Completo (SEP)*
Presupuesto 2015	Original: $12,500.38 MDP Modificado: $6,435.19 MDP Ejercido: $6,435.18 MDP
Definición del problema, causas y efectos	Este programa parte del supuesto implícito de que la calidad de la educación en México es deficiente, por lo que el fin del programa es "contribuir a asegurar la calidad de los aprendizajes en la educación básica y la formación integral de todos los grupos de la población mediante la adopción del modelo de escuelas de tiempo completo" (CONEVAL, 2015). El programa señala que, para mejorar la calidad de la educación en México, el gobierno federal "tiene la obligación de mejorar sustantivamente los procesos y resultados educativos". En este marco, se espera que las escuelas de tiempo completo favorezcan "la calidad educativa con equidad, al propiciar el avance continuo de los aprendizajes del alumnado a través de la ampliación y el uso eficiente del tiempo escolar; la mejora de las prácticas de enseñanza; el trabajo colaborativo y colegiado; el fortalecimiento de la autonomía de gestión escolar y la incorporación de nuevos materiales educativos" (Secretaría de Educación Pública, 2016). Además, se asume que las personas que viven en contextos de riesgo social son quienes no tienen garantizado el derecho a la educación o la educación que reciben es de menor calidad, por lo que debe haber mayor inclusión de esos grupos y ahí debe centrarse el programa. Si bien no está previsto explícitamente por el programa, éste tiene el efecto colateral de extender el tiempo que las escuelas resguardan a las y los niños, lo cual permite que sus padres, particularmente madres solteras, tengan la posibilidad de incursionar en el mercado laboral o realizar otras actividades, como estudiar o capacitarse, para mejorar su ingreso y el bienestar de su hogar. De hecho, en un evento con los secretarios de educación de las entidades federativas, el titular de la Secretaría de Educación Pública, Aurelio Nuño, reconoció que la extensión de los horarios de clases es un cambio que no sólo mejora la educación, sino que es "un apoyo muy grande a todas las madres trabajadoras" (Rodríguez, 2016).

Programa	*Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (SEP)*

Programa	*Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (SEP)*
Descripción del programa	El objetivo del Programa de Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil "es contribuir a asegurar mayor cobertura, inclusión y equidad educativa entre todos los grupos de la población para la construcción de una sociedad más justa mediante la transferencia no regularizable de recursos a las entidades federativas (EF) para el fortalecimiento a la educación temprana y el desarrollo infantil" (CONEVAL, 2015). Para cumplir su objetivo, el programa otorga subsidios económicos a las entidades federativas con la intención de que con ellos les sea posible solventar gastos inherentes a la operación y prestación de servicios de los Centros de Desarrollo Infantil (CENDIS) (CONEVAL, 2016b). La transferencia del recurso se hace de manera anual por una sola ocasión, y se calendariza en el trimestre de octubre-diciembre. Los componentes del programa son convenios firmados con las entidades federativas para la transferencia de recursos y su única actividad es la elaboración de convenios y revisión de la documentación justificativa para la firma de los mismos.
Población objetivo	La población objetivo del programa son las entidades federativas que presenten solicitud de recursos y cumplan los requisitos para la formalización de los convenios, de acuerdo a la meta anual estimada para contribuir a la inclusión y equidad educativa para el fortalecimiento a la educación temprana y el desarrollo infantil.
Población atendida	De acuerdo con información del programa, su población potencial son las 32 entidades integrantes de la federación; de las cuales 15 forman parte de la población objetivo para la formalización de convenios y 18 fueron, en 2015, las entidades federativas atendidas.
Presupuesto 2015	Original: $950 MDP Modificado: $1,107.77 MDP Ejercido: $1,107.77 MDP

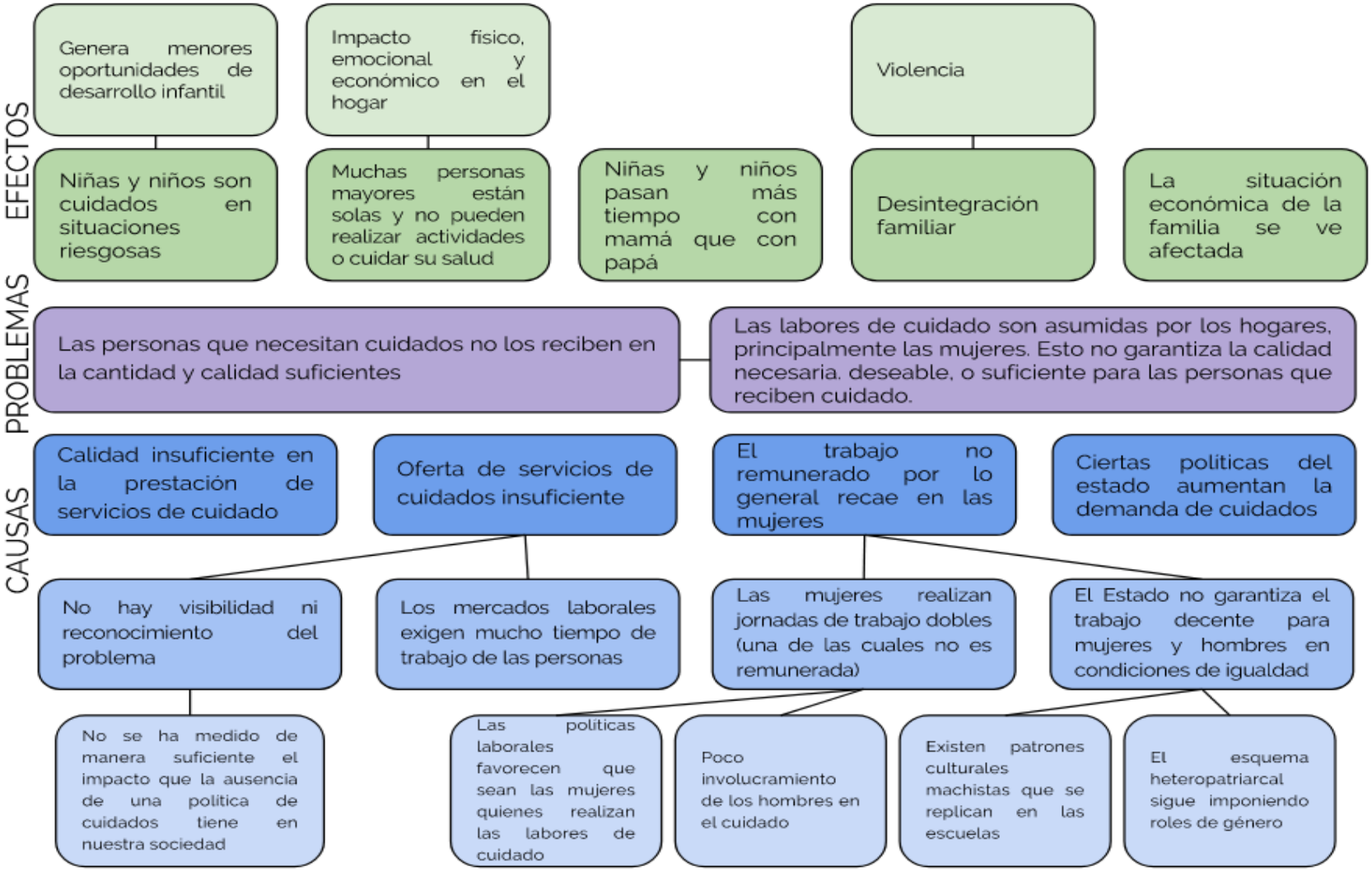
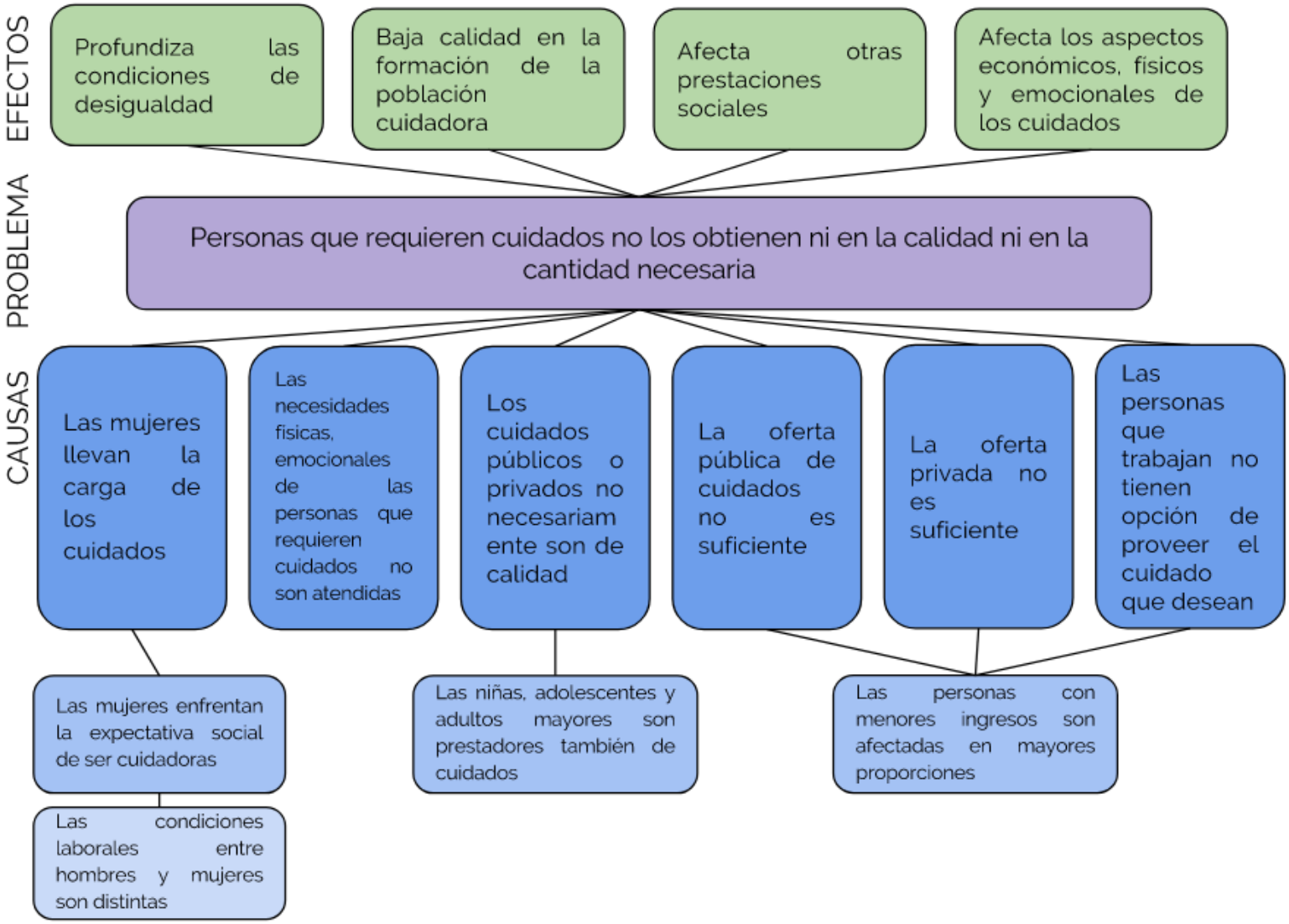
Programa	*Fortalecimiento a la Educación Temprana y el Desarrollo Infantil (SEP)*
Definición del problema, causas y efectos	El programa no identifica claramente el problema público que pretende atacar ni cuenta con Reglas de Operación. Esto se refleja en su Matriz de Indicadores para Resultados, que sólo contiene un componente y una actividad, insumos insuficientes para valorar su ejecución (CONEVAL, 2016a). Más aún, una evaluación externa encontró que no existe información sustantiva sobre cómo las entidades federativas utilizan los recursos que reciben. Una vez que los recursos son entregados, el programa no da seguimiento a su uso (CONEVAL, 2016b). Esto implica que los efectos del programa o la contribución de sus acciones a la obtención del objetivo tampoco sean claros. De acuerdo con la misma evaluación, en términos jurídicos, aunque el programa establece que los recursos del subsidio deben fortalecer a los Centros de Desarrollo Infantil, en los convenios con las entidades esto no se especifica claramente, lo que supone un considerable margen de discrecionalidad para las entidades (CONEVAL, 2016b), lo que podría ser indicativo de un uso político del programa. Lo anterior podría deberse a que la SEP, en realidad, solo gestiona y transfiere los subsidios a través de su Oficialía Mayor, ya que los recursos del programa provienen de reasignaciones de otros programas o presupuestos que la Cámara de Diputados otorga a la SEP en el Presupuesto de Egresos de la Federación, por lo que no surgen a partir de la planeación de esa secretaría, ni pasan por ninguna de sus áreas sustantivas.

Programa	*Fomento de la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral (STPS)*
Descripción del programa	Este programa, creado en 2016, tiene el objetivo de que "los centros de trabajo cuenten con menores barreras y obstáculos para el ingreso, permanencia y desarrollo del trabajo digno y decente de los sectores vulnerables (personas mayores, con discapacidad, con VIH, con preferencia sexual diferente, mujeres jefas de familia, entre otros) de la población en edad de trabajar" (CONEVAL, 2015). Las acciones que el programa lleva a cabo para el cumplimiento de su objetivo son: 1. Propiciar la inclusión laboral de personas en situación de vulnerabilidad y promover la Red Nacional de Vinculación Laboral. 2. Impulsar la acreditación de habilidades y certificación de jornaleras y jornaleros agrícolas.

Programa	*Fomento de la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral (STPS)*
	3. Promover y vigilar el cumplimiento de la Norma Mexicana para la Igualdad Laboral entre Mujeres y Hombres y demás normatividad laboral pertinente, particularmente aquélla relacionada con las condiciones generales de seguridad y salud en el trabajo 4. Otorgar los distintivos *Empresa Familiarmente Responsable*, *Empresa incluyente* y *Empresa Agrícola Libre de Trabajo Infantil*, para el reconocimiento y promoción de la distinción y certificación a los centros de trabajo que desarrollen mecanismos a favor de la igualdad de oportunidades y trato, la inclusión laboral y la erradicación del trabajo infantil.
Población objetivo	El programa identifica como su población objetivo a los centros de trabajo que participan para certificarse y obtener los *Distintivos Gilberto Rincón Gallardo*, *Empresa Familiarmente Responsable* y *Empresa Agrícola Libre de Trabajo Infantil* en el país; los cuales son impulsados por la Dirección General de Inclusión Laboral y Trabajo de Menores. Sin embargo, también reconoce como parte de su población potencial a "las mujeres trabajadoras y personas en situación de vulnerabilidad del país, considerando que la atención se brinda mediante la demanda de los servicios que otorga la Dirección General de Inclusión Laboral y Trabajo de Menores" (CONEVAL, 2015).
Población atendida	El programa declara que su población potencial son todas las mujeres trabajadoras y personas en situación de vulnerabilidad en el país, así como las empresas con buenas prácticas de inclusión laboral y erradicación del trabajo infantil. Su población objetivo son 1,368 centros de trabajo que participan para certificarse y obtener distintivos. Su población atendida son 1,786 personas beneficiadas por buenas prácticas de inclusión laboral.
Presupuesto 2015	Original: $34.04 MDP Modificado: $35.46 MDP Ejercido: $35.46 MDP
Definición del problema, causas y efectos	El problema público que el programa busca atacar es, primordialmente, la discriminación laboral de personas en situación de vulnerabilidad, y en segundo término, el trabajo infantil. Sin embargo, no busca atacar sus causas primigenias, sino contribuir a la sensibilización del sector productivo para evitar incurrir en prácticas discriminatorias y emplear a infantes. Para ello, el programa reconoce buenas prácticas otorgando un distintivo a los centros de

Programa	*Fomento de la equidad de género y la no discriminación en el mercado laboral (STPS)*
	trabajo con buenas prácticas, entre otras acciones. El programa asume que sus acciones combatirán los obstáculos que impiden el desarrollo del trabajo digno y decente de los sectores vulnerables e incentivarán acciones afirmativas de inclusión laboral, lo que también promoverá la generación de condiciones para la estabilidad laboral de las personas en situación de vulnerabilidad.

Anexo 2. Árbol de problemas, sesión A



Anexo 3. Árbol de problemas, sesión B