



FLACSO
MÉXICO

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA DE MÉXICO**

**Maestría en Políticas Públicas Comparadas
VIII Promoción
2018-2019**

Caracterización de una agenda de políticas de cuidado para las Personas con
Discapacidad en la Ciudad de México.

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Políticas Públicas Comparadas

Presenta:

Nadia Troncoso Arriaga

Director de Tesis: Pablo Yanes Rizo

Seminario de Tesis: Seminario de Política Social

Ciudad de México, agosto de 2019.

Con agradecimiento a CONACYT que otorgó una beca para la realización de
esta investigación.

RESUMEN

¿Dónde estamos?, ¿a dónde vamos como Ciudad en materia de políticas del cuidado para las *Personas con Discapacidad de la Ciudad de México*? La caracterización de una agenda de políticas en materia de cuidados para las Personas con Discapacidad en la Entidad, será el centro de esta investigación, desarrollando el estudio de los cuidados para las Personas con Discapacidad como una categoría de análisis.

En la Ciudad de México, no está reconocida la dimensión social llamada dependencia o situación de dependencia, como existe en España, Costa Rica o en Uruguay, países en los que el eje articulador de una política pública en materia de cuidados se ha derivado y sistematizado de este concepto. Por lo tanto, en la Ciudad de México, no hay una intervención del cuidado adecuada. Además, las situaciones de dependencia de las Personas con Discapacidad (PcD), en esta Ciudad, sistemáticamente han sido resueltas al margen del Estado a través del cuidado, que ha seguido un patrón familista-empírico-no remunerado-feminizado e informal.

La inexistencia de una caracterización del cuidado de acuerdo a las necesidades de cada discapacidad, así como la demanda insatisfecha de servicios públicos de cuidado para PcD, son factores discapacitantes, que los excluyen cotidianamente del ejercicio de sus derechos.

PALABRAS CLAVE: Cuidados, Dependencia, Situación de dependencia, Persona con Discapacidad, Grados de discapacidad, Cuidadores, Formalización del trabajo de cuidado, derechos de las Personas con Discapacidad.

ABSTRACT

Where are we? Where do we go as a City in terms of care policies for People with Disabilities in Mexico City? The characterization of an agenda of care policies for people with disabilities in the Entity will be the center of the present research, developing a study of care for Persons with Disabilities as a category of analysis.



In Mexico City, has not been recognised the social dimension called dependence or dependence situation, as it actually exists in Spain, Costa Rica or Uruguay, countries in which care has been systematized from this concept articulating as an axis of a public policy. Therefore, in Mexico City, there is no clear intervention, nor adequate care management. The situations of dependence of Persons with Disabilities (PwD), in this City, have been systematically resolved outside the State, which has followed a family-empirical-unpaid-feminized and informal pattern.

The absence of a characterization of care according to the needs of each disability, as well as the disregarded demand for public care services for PwD, are disabling factors, which exclude them from the exercise of their rights every day.

KEY WORDS: Care, Dependence, Dependence situation, Person with disability, Disability Scale, Caregivers, Care work formalization, Rights of people with disability.



A mi madre

Por siempre estar ahí. Cada logro es un logro compartido,
somos el mejor equipo del mundo.

Gracias también a mis amigos, que han sido, son y serán,
una familia para mí. Gracias Max, Ruth y baby Max, Arturo,
Gaby, Jannet y Miriam.

Agradecimientos

Agradezco en primer lugar a mi Director de Tesis, Pablo Yanes, por creer en mí y en este proyecto de tesis. Esta investigación es la concreción de un largo tiempo de conversar acerca de una demanda social que representa una deuda histórica que el Estado y las agendas de gobierno tienen con las Personas con Discapacidad en situación de dependencia, no solo en la Ciudad de México, sino en el país y que no solo observamos con preocupación, sino que nos llevó a compartir ideas que, al ponerse en blanco y negro, se transforman en la esperanza de convertirse en instrumentos que promuevan un cambio social. Agradezco también a Pablo Yanes la paciencia para impulsarme a terminar este trabajo de investigación, sin duda, ser parte de la administración pública de la Ciudad de México, es un privilegio y una tarea a la que me debo las veinticuatro horas, por lo que sus recordatorios constantes de los plazos límite para las entregas y revisiones, me ayudó a terminar este esfuerzo de investigación en tiempo. Es un logro por el que le estaré siempre agradecida.

Agradezco con admiración y afecto a Mario Torrico, Coordinador de la Maestría en Políticas Públicas Comparadas y Tutor del equipo al que pertencí, por orientarme desde el inicio en la aventura FLACSO y a lo largo del camino. Gracias a mis compañeros del Torrico-Team: Cecilia, Giovanni, Paola, Angelina, Fernando y Luis Alberto por estar ahí en los momentos felices, pero también y sobre todo en los momentos de desesperación y de pensar que no lo lograría, estuvieron ahí siempre con compañerismo y sentido de equipo, con palabras de apoyo y aliento.

A las Doctoras Sughei Villa y Liliana Veloz mi reconocimiento y agradecimiento por escucharme, orientarme y siempre estar pendientes de los avances, sin ellas hubiera sido imposible culminar la tesis con éxito.



Agradezco también a mujeres maravillosas que no solo han sido aliadas y compañeras, sino amigas y cómplices en la búsqueda de más y mejores caminos para acercarnos a la justicia social. Primeramente, gracias a mis mentoras en el tema Rita Velázquez, Xóchitl Luna, Ivone Sámano, Camerina Robles y María del Carmen Carreón. Gracias a Ruth López, Directora General del Instituto de las Personas con Discapacidad, a Beatriz García, Directora General del Instituto del Envejecimiento Digno y a Beatriz Olivares Directora General del Instituto de la Juventud por compartir esta aspiración y el trabajo conjunto desde nuestros ámbitos de competencia. Agradezco infinitamente a mujeres que representan una guía y un bello recordatorio de que el trabajo entre mujeres lleva en sí mismo un futuro prometedor, gracias Nashieli Ramírez y Nancy Pérez.

Finalmente quiero agradecer a mi equipo de trabajo en el Gobierno de la Ciudad de México, porque sin su apoyo, dedicar parte de mi tiempo a esta investigación, no hubiera sido posible. Gracias: Moisés García, Iván Pérez, Ernesto Alatorre, Lourdes Tlapanco y Víctor García por apuntalar cada día con su incansable disposición de trabajo, así como su entusiasmo y compromiso por el servicio público.

Resumen.....	2
Dedicatoria.....	4
Agradecimientos.....	5

Tabla de contenidos

Introducción.....	11
Capítulo 1. Políticas nacionales de cuidado, los casos de Uruguay, España y Costa Rica. Una mirada por grupo de población.....	20
1.1. Caso Uruguay.....	23
1.2. Caso España.....	39
1.3. Caso Costa Rica.....	48
1.4. Caso de la Ciudad de México.....	64
Capítulo 2. Los cuidados de las Personas con Discapacidad como problema público en México.....	71
2.1. Los cuidados como problema público.....	71
2.2. ¿Qué son las políticas de cuidado?.....	72
2.3. ¿Cómo surgió el problema público en la Ciudad de México?.....	73
2.4. ¿Cuál es el estado actual de la Ciudad en provisión de bienes y servicios de cuidado para personas con discapacidad?.....	76
2.4.1. Conjunto de bienes y servicios de cuidado en la Ciudad de México.....	76
2.4.2. Conjunto de bienes y servicios de cuidado para Personas con Discapacidad en la Ciudad de México.....	77
2.5. Viabilidad y perspectiva de una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad desde el marco normativo vigente en la Ciudad de México.....	81
2.6. Contextualización del cuidado de las Personas con Discapacidad como tema relevante para la Ciudad de México. Panorama numérico.....	89
2.6.1. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón familista.....	90

2.6.2. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón empírico.....	92
2.6.3. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón no remunerado.....	93
2.6.4. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón feminizado.....	95
2.6.5. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón de informalidad laboral.....	98
2.7. Caracterización de la Población con discapacidad en la Ciudad de México.....	101
2.7.1. Sobre los grados de discapacidad.....	102
2.7.2. Composición de la discapacidad por edad.....	103
2.7.3. Discapacidad y género.....	104
2.7.4. Tipo de dificultad (discapacidad).....	105
2.7.5. Las causas de la discapacidad.....	107
2.7.6. Discapacidad y pobreza.....	108
2.8. El futuro de la discapacidad.....	110
Capítulo 3. Pertinencia de una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México. Una agenda pública en la que las Personas con Discapacidad sean incluidas.....	113
3.1. ¿Qué características debe tener una agenda de políticas de cuidados para Personas con Discapacidad?.....	115
3.2. Elementos para avanzar en la agenda de políticas de Cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México.....	121
3.3. Responsabilidades de implementación y criterios de evaluación...	124
Conclusiones y Recomendaciones.....	125
Anexos	
Anexo 1. Sobre las Personas con Discapacidad en perspectiva histórica.....	130
Anexo 2. Sobre la medición de la discapacidad en México.....	136

Anexo 3. Evolución de las estadísticas en México y porcentaje de población con discapacidad.....	140
--	-----

Bibliografía	143
---------------------------	-----

Tabla de cuadros y figuras

Tabla 1. Sistemas de cuidado desde la mirada de la literatura de construcción de agenda de políticas.....	22
Figura 1. Actores participantes en el Sistema de Cuidados de Uruguay.....	30
Figura 2. Esquema del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en España.....	48
Tabla 2. Costa Rica: políticas públicas de cuidado, previas a la REDCUDI y su institucionalidad, 2013.....	57
Tabla 3. Marco Estratégico de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.....	64
Tabla 4. Elementos de análisis del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México.....	70
Tabla 5. Programas Sociales identificados en el periodo 2012-2018 para la atención de la discapacidad.....	80
Tabla 6. Resumen normativo del tema discapacidad en la Ciudad de México.....	86
Tabla 7. Referencias al tema cuidado en la Constitución Política de la Ciudad de México.....	87
Tabla 8. Referencias al tema cuidado en el Programa para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal 2013-2018.....	88
Tabla 9. Población con actividades de cuidado, según sexo (datos agregados), Ciudad de México, 2012.....	91
Tabla 10. Personas con actividades de cuidado según sexo (datos desagregados), Ciudad de México, 2012.....	92
Figura 3. Promedio de horas a la semana dedicadas a realizar trabajo de cuidado no remunerado en la Ciudad de México.....	94
Figura 4. Distribución de los promedios de hora invertidas en trabajo no remunerado y trabajo remunerado.....	95
Tabla 11. Horas promedio semanales por tipo de trabajo de la población de 15 a 59 años, según sexo, México 2014.....	96
Tabla 12. Ocupaciones según segregación ocupacional, cambio absoluto y proporcional en la Ciudad de México, 2000 y 2010.....	97
Tabla 13. Mujeres de 14 a 70 años con actividades de cuidado en el hogar por condición de actividad, Ciudad de México, 2012.....	98
Tabla 14. Población total y con discapacidad en la Ciudad de México, por Alcaldía, 2010.....	101
Tabla 15. Preguntas en el segmento discapacidad, ENADID 2014.....	102
Figura 5. Ciudad de México: Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupos de edad, 2012.....	104



Tabla 16. Ciudad de México: Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupos de edad y sexo 2012.....	105
Figura 6. Ciudad de México: Distribución porcentual por tipo de dificultad, 2012.....	106
Figura 7. Ciudad de México: Distribución porcentual de población según causa de la discapacidad, 2012.....	107
Tabla 17. Ciudad de México: Distribución de discapacidades reportadas por sexo y grupos de edad según causa de discapacidad 2012.....	108
Tabla 18. Ciudad de México: Niveles de carencia de la Población según condición de discapacidad en las dimensiones de la pobreza 2012.....	109
Tabla 19. Componentes de la construcción de la agenda de políticas de Cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México.....	117
Tabla 20. Categorización de bienes y servicios para Personas con Discapacidad en el marco de la agenda de políticas de cuidados de la Ciudad de México.....	121
Tabla 21. Elementos que debe contener una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México.....	122
Tabla 22. Categorías propuestas para la medición y clasificación de la dependencia.....	124

INTRODUCCIÓN

El enfoque de ciclo de vida de las políticas públicas ofrece utilidad analítica para elaborar *una caracterización de agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad (PcD), en la Ciudad de México*. Que contiene los siguientes elementos: Problema, Definición del Problema, Identificación de alternativas, Evaluación de opciones, Implementación, Evaluación.¹

Problema público: Inexistencia de una agenda de políticas del cuidado de acuerdo a las necesidades de cada discapacidad, así como la demanda insatisfecha de servicios públicos de cuidado para PcD, que son factores discapacitantes y que los excluyen cotidianamente del ejercicio de sus derechos.

De acuerdo con el Modelo Social de la Discapacidad, esta se manifiesta cuando existe una limitación funcional, que se profundiza debido a las barreras que impone el entorno. En esta agenda de políticas, las situaciones de dependencia son fundamentales para poder identificar las intervenciones que se requieren desde el ámbito público para proteger la inclusión de este colectivo.

Ni en la Ciudad de México, ni en el país, se ha reconocido como dimensión social la llamada dependencia o condición de dependencia, por lo tanto no hay una intervención clara o un conjunto articulado de intervenciones adecuadas. Las situaciones de dependencia de las Personas con Discapacidad (PcD), sistemáticamente han sido resueltas al margen del Estado a través del cuidado, que ha seguido un patrón familista-empírico-no remunerado-feminizado e informal.

Los cambios demográficos y sociales en la Ciudad de México, están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Puede

¹ Del Castillo, G. y Méndez de Hoyos I. (2017). *Introducción a la Teoría de las Políticas Públicas, Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México. (p. 15)

entenderse por dependencia “el 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 o, en el caso de las Personas con Discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.² A la realidad, derivada del envejecimiento, debe añadirse la dependencia por razones de enfermedad y otras causas de discapacidad o limitación, que se ha incrementado en los últimos años por los cambios producidos en las tasas de supervivencia de determinadas enfermedades crónicas y alteraciones congénitas.

Asimismo, la evidencia indica que las mujeres concentran el mayor porcentaje de personas en quienes recae el cuidado en la Ciudad de México.³ Los cuidados por ser un asunto que articula la vida de las mujeres, asignándoles una responsabilidad cultural y moral del cuidado, han propiciado que la pobreza y la falta de tiempo conformen un círculo vicioso que resulta difícil de superar si no hay políticas dirigidas a fortalecer la autonomía de las mujeres. Vivimos con una feminización de la atención a las situaciones de discapacidad.

Además sabemos la demanda de cuidados se incrementará, debido a lo que CEPAL ha denominado “crisis de los cuidados”.⁴ De acuerdo con el Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), en la Ciudad de México hay una crisis de cuidados. La crisis de cuidados en la Ciudad de México se ve representada por la manera cómo se cubren las necesidades de cuidados basada en arreglos mayoritariamente injustos e insatisfactorios.⁵

² Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. España.

³ Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016. Plan estratégico de economía del cuidado de la Ciudad de México: propuesta de creación del sistema de cuidados y su marco normativo.

⁴ Rico, María N. (2011), Crisis del cuidado y políticas públicas: el momento es ahora. CEPAL, Chile.

⁵ ILSB, Los cuidados como problema público.

En este contexto, la inexistencia de una caracterización del cuidado de acuerdo a las necesidades de cada discapacidad, así como la demanda insatisfecha de servicios públicos de cuidado para PcD, son factores discapacitantes, que los excluyen cotidianamente del ejercicio de sus derechos. Dado que las políticas de cuidado se presentan como una herramienta de política transformadora, es imperativo situar la discusión del diseño e instrumentación de las políticas del cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México, centrando la atención en el cuidado como un bien público y como un nuevo derecho: cuidar y ser cuidado a lo largo de la vida.

Identificación de alternativas: Situar a la Ciudad de México en una caracterización de agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad, nos permitirá conocer ¿dónde estamos? y ¿hacia dónde vamos? en materia de cuidados, dadas las condiciones actuales en el tema, de modo que se aporten los elementos que permitan romper la raíz de la perpetuación de la exclusión y la desigualdad, en la que han vivido como un binomio indisoluble: las personas cuidadoras de las PcD y las propias PcD.

Caracterizar el fenómeno del cuidado de las Personas con Discapacidad, nos permitirá avanzar en la caracterización de las políticas que se requieren, definiendo las intervenciones propicias en el ámbito público, acercándonos no sólo a la posibilidad de clasificar sus necesidades específicas, también nos permitiría conocer la problemática que enfrentan las mujeres para poder atenderlas (bajo el esquema de cuidados informal y feminizado que prevalece en la actualidad).

Evaluación de opciones: La recolección de datos se agrupará de acuerdo con las etapas de la investigación y de acuerdo a si se trata de la sección de datos primarios o secundarios. Para la recolección de datos secundarios, se hará una revisión documental y el análisis de contenidos y datos de las fuentes oficiales y los registros, así como datos existentes en Instituciones.

Implementación: De manera progresiva a través del gobierno central de la Ciudad de México.

Evaluación: Se asociará a un seguimiento y evaluación que permita el monitoreo con indicadores específicos, diseñados para poder observar la implementación de la agenda de políticas de cuidado transversal e intersectorial.

Justificación

Colocar en la agenda pública el tema de cuidado para las Personas con Discapacidad es un asunto de justicia social y de gran actualidad al ser parte del contenido de la Constitución de la CDMX (artículo 9B).

Un análisis puede contemplar o combinar el uso de dos o más enfoques, aunque el tiempo y la cantidad de información que ello requiere suelen ser mayores.⁶ Por ejemplo, el de la racionalidad limitada de Herbert Simon, tiene una contraparte en los modelos analizados por Allison, en los que: a) no existe una única forma de análisis de los fenómenos sociales sino “una pluralidad de marcos de referencia” para analizar los problemas de la realidad que nos rodea, b) cada marco de referencia implica una serie de *supuestos analíticos* que deben tenerse en cuenta porque, sin duda, delimitan la forma como analizaremos y, por ende, entenderemos los problemas, c) Los marcos de referencia no son excluyentes.

Por lo tanto, esta investigación contará con marcos de referencia que permitan dar cuenta de un fenómeno complejo, en el que sabemos que la mayoría de las personas cuidadoras lo hace de manera no remunerada, el 70% de las personas que cuidan en la Ciudad de México son mujeres, el 30% hombres, de acuerdo con la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS, 2012).⁷ Siendo muy posible que quien cuida esté a cargo de más de una persona a la vez. Según

⁶ Allison, G. (2003), *Modelos conceptuales y la crisis de los misiles cubanos*, en: La hechura de las políticas, Luis, F. Aguilar Villanueva (estudio introductorio), Porrúa. México.p. 127.

⁷ La Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012 fue un proyecto estadístico que se realiza en el marco del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica del INEGI, a solicitud y con la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).

la Encuesta del Uso del Tiempo (ENUT, 2014),⁸ en la Ciudad de México, las mujeres invierten 39 horas a la semana en actividades de cuidados no remunerados, mientras que los hombres invierten 15 horas. Esta evidencia nos dice que la mayor carga del trabajo de cuidados en la Ciudad, recae en las mujeres, en donde además el 36% de los hogares tienen jefatura femenina.

De acuerdo con la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012, sabemos que en CDMX 40% de las mujeres entre 14 y 70 años declaran ser cuidadoras. Asimismo, la Tasa de Participación de las Mujeres en la entidad se ha elevado, de 0.42 a 0.46 entre 2000 y 2010, de modo que sabemos que las mujeres en edad de trabajar están ocupadas o estarían dispuestas a estarlo. Pero su participación en el mercado laboral sigue siendo muy baja comparada con la de los varones particularmente por las obligaciones de cuidado y la realización de trabajo no remunerado. En lo que respecta a las Personas con Discapacidad, Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014,⁹ es la primera encuesta que registra una escala con códigos numéricos que permite acercarnos a los niveles en que la limitación está presente: no puede hacerlo, lo hace con mucha dificultad, lo hace con poca dificultad y no tiene dificultad. Algunos datos que arrojó ENADID para la Ciudad de México es que la Ciudad cuenta con una las tasas más altas de adultos mayores con algún grado de discapacidad, el 57.3%. Además, que los principales detonantes de discapacidad entre la población del país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1 por ciento). Sin embargo, las situaciones de dependencia de las PcD y los cuidados relativos a ellas, siguen sin estar presentes en este y en otros ejercicios estadísticos que se han realizado por parte de las instancias generadoras de información.

⁸ La Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2014 permite generar información para la medición de todas las formas de trabajo (remunerado o no) de mujeres y hombres, así como captar la forma en que las personas de 12 años y más usan el tiempo en su esfuerzo por resolver necesidades de subsistencia y bienestar.

⁹ La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) se lleva a cabo con la finalidad de proporcionar información estadística relacionada con el nivel y comportamiento de los componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración (interna e internacional); así como otros temas referidos a la población, los hogares y las viviendas. El Instituto ha sido el encargado de levantar la información relativa a esta encuesta en los años de 1992, 1997, 2009 y 2014. En el marco del SNIEG, la ENADID es considerada como proyecto de Información de Interés Nacional, desde el 10 de noviembre de 2014; por ello el INEGI debe levantarla en forma regular y periódica.

Caracterizar una agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad (*PcD*), en la Ciudad de México, aportará elementos que permitan romper la raíz de la perpetuación de la exclusión y la desigualdad, en la que han vivido como un binomio indisoluble: las Cuidadoras de las PcD y las propias PcD. Caracterizar el fenómeno del cuidado de las Personas con Discapacidad, nos permitirá avanzar en la definición de las intervenciones propicias en el ámbito público, acercándonos no sólo a la posibilidad de clasificar sus necesidades específicas, también nos permitiría conocer la problemática relacionada con la formación y con la instrucción adecuada, ya que son prácticas que se han desarrollado empíricamente.

Pregunta(s) de investigación

Considerando que: “La pregunta de investigación se desprende de un problema de investigación. El problema constituye la motivación del proyecto, la razón por la que consideramos que es necesario producir un nuevo conocimiento.”¹⁰

¿Cuál es el estado de las políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México? ¿existe una agenda en la materia en la Entidad? ¿dónde estamos y hacia dónde vamos dadas las condiciones existentes en este tema?.

Hipótesis

Asumiendo que el marco teórico es una explicación, en términos abstractos, del problema de investigación que nos ocupa. Entonces, debemos tener claro en qué consiste la explicación desde el punto de vista teórico. En primer lugar, se trata de explicaciones dirigidas a entender clases de fenómenos, no eventos particulares.¹¹

¹⁰ Salazar R., (2018). *Metodología I, Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México. P. 5.

¹¹ Salazar R., (2018). *Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México. P. 14

Fomentar el trabajo de cuidados remunerado y profesional, permitirá no solo enfrentar la informalidad en estas tareas, sino sumar a más personas a una actividad productiva y profesional, que es se ha planteado como una labor determinante para la reproducción social, colocando al cuidado como un bien público que requiere la competencia de todos los sectores sociales (Estado, mercado, comunidad, familias).¹²

La hipótesis es una afirmación que debe resultar verdadera si la explicación teórica del problema es correcta. Es un subproducto del ejercicio teórico. En una palabra, una hipótesis propiamente no existe si previamente no se elaboró un marco teórico. A la inversa, un marco teórico del que no se deriven hipótesis explícitas es inútil para la investigación empírica.¹³ Asimismo, según Anduiza, Crespo y Méndez: es necesario recordar que las hipótesis deben ofrecer explicaciones teóricamente satisfactorias de la variable dependiente.¹⁴

En razón de lo anterior, la asociación que tendríamos que observar en la realidad, de acuerdo con la teoría mencionada, es que *la caracterización de una agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México*, aportará elementos que permitan caracterizar el fenómeno del cuidado para las Personas con Discapacidad (limitaciones funcionales), lo cual nos permitirá avanzar en las intervenciones propicias en el ámbito público, acercándonos no sólo a la posibilidad de clasificar sus necesidades específicas, también nos permitiría conocer la problemática que enfrentan las mujeres para poder atenderlas.

El universo de casos para los que aplica la hipótesis

En este momento del diseño de la investigación, es indispensable tener en cuenta una clara distinción entre los casos que motivaron nuestra pregunta de

¹² PNUD (2011), Esquivel, V. La Economía del Cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda. El Salvador.

¹³ Salazar R., (2018). *Metodología I, Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México, p. 17.

¹⁴ Anduiza Perea, Eva, Ismael Crespo Martínez, y Mónica Méndez Lago, p. 31.

investigación y los casos para poner a prueba la hipótesis, por lo que como regla general, todos aquellos casos para los que aplica la hipótesis, son casos que potencialmente deberían estar en el estudio.¹⁵

En primer lugar, tenemos el caso de las Personas con Discapacidad y en segundo, las personas que están involucradas en el cuidado de este colectivo, tanto de modo profesional, como no profesional. El universo que se tomará en cuenta para la presente propuesta se remitirá únicamente al caso de la Ciudad de México, por lo que la desagregación de variables se realizará a nivel municipal, es decir por Alcaldía.

Diseño metodológico

La presente investigación es mixta y se realiza con una combinación de técnicas para la adecuada recolección de datos de este tema, cuya documentación pretende aportar a la formulación de una caracterización para *una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México*. La recolección de datos se agrupará de acuerdo con las etapas de la investigación y de acuerdo a si se trata de la sección de datos primarios o secundarios. Para la recolección de datos secundarios, se hará una revisión documental y el análisis de contenidos y datos de las fuentes oficiales y los registros, así como datos existentes en Instituciones. Entre las que se encuentran:

- Identificación la oferta y el acceso a servicios de cuidado en primera instancia (o la falta de), a través de las Instituciones que los ofrecen.
- Con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), se caracterizarán las dimensiones de la discapacidad y sus magnitudes.

¹⁵ No se debe confundir el conjunto amplio de los casos para los que aplica la hipótesis con el subconjunto más reducido de casos positivos.



- A través de la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2014 (ENUT), que nos permite saber si las mujeres destinan más horas al trabajo (remunerado y no remunerado), que los hombres.
- Utilizando la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS), se indagarán las actividades de cuidado de Hombres y Mujeres.

Para la recolección de datos primarios, se utilizarán métodos de recolección estadísticos, para el caso de los receptores del cuidado, algunas variables son: tipo de discapacidad con relación a la edad, sexo, caracterización de las necesidades de cuidado para cada tipo identificado, frecuencia de cuidados, número de horas requeridas para cada tarea de cuidado. Para el caso de los/las cuidadores (as): identificación de las estrategias de cuidado, ¿cuánto tiempo se dedica al cuidado? Las variables permitirán estructurar los contenidos en términos de los grandes temas a analizar.

El análisis de los datos, será estadístico de modo que se pueda caracterizar el tema en su multidimensionalidad.

Capítulo 1. Políticas nacionales de cuidado, los casos de Uruguay, España y Costa Rica. Una mirada por grupo de población.

El problema de investigación ha sido abordado en muchos países del mundo, para tener una referencia de los amplios trabajos que se han hecho alrededor del tema del cuidado, se revisó bibliografía seleccionada a partir de los criterios de la construcción de agenda de políticas. La secuencia del proceso de problematización se enmarcará para cada mejor práctica, de manera general en las etapas de la Problematización propuestas por Méndez J.L, (2017),¹⁶ para cada caso de acuerdo con la propia secuencia de los sucesos nacionales, que de manera cronológica derivó en lo que actualmente se conoce como sus Sistemas Nacionales de Cuidados. Estos factores se categorizan en: factores externos (los del medio ambiente externo del problema) y los internos (los de la naturaleza propia del mismo), son los factores que inciden para que una circunstancia se convierta en una situación social problemática, cuestión o problema y consecuentemente pase de un tipo de agenda a otro.¹⁷

Con base en estos elementos, se tomaron los modelos de Uruguay, Costa Rica y España para apuntar hacia ellos como una guía que nos permita materializar específicamente la atención a Personas con Discapacidad en situación de dependencia en la Ciudad de México. La bibliografía que se tomó, parte de la base de los cambios jurídico-administrativos que tuvieron que ocurrir en ambos casos para echar a andar un Sistema con estas características.

Los sistemas nacionales de cuidados, como se verá con detalle más adelante, se han centrado en grupos de atención específicos, de acuerdo con las políticas prioritarias nacionales, que la agenda de los propios países han definido. Estos grupos son los siguientes:

¹⁶ Méndez J.L, (2017), *Formación de la Agenda en Política Pública, Primera Parte*. FLACSO, Ciudad de México, p. 9.

¹⁷ Méndez J.L, (2017). *Op. Cit.*

Niñas y niños. Los indicadores sobre el tiempo dedicado al cuidado de los niños, en particular de los más pequeños, también tuvo un fuerte impacto en los debates en cada país y condujo a priorizar, junto con argumentos derivados de la necesidad de atender al desarrollo infantil en edades tempranas, a este grupo poblacional. Uno de los elementos centrales de este debate, es la mayor responsabilidad de cuidado infantil recae en las mujeres dado que los varones tienen una menor participación e invierten menos tiempo en las actividades de cuidado. Las mujeres destinan más del doble de tiempo semanal que los varones al cuidado de los niños.¹⁸

Adultos Mayores. Un hallazgo particularmente relevante que se obtuvo para las políticas de cuidado referente a la existencia de un quiebre en el mandato generacional que indicaba la obligación de hijas e hijos de cuidar de sus madres y padres, lo cual muestra la necesidad de que la política pública le otorgue un lugar central a los servicios de cuidados para esta población. La diversidad del personal del sector de cuidados, las diferentes identidades profesionales y las particularidades organizativas de los servicios y de las actividades de atención propias de cada colectivo plantean el desafío de definir normativas de protección y regulación laboral específicas, tanto para los trabajos que se realizan en los hogares como para los que tienen lugar en los servicios.

En momentos en que estos trabajos están llamados a incrementarse, la valorización del trabajo de cuidados, la profesionalización y el reconocimiento de los derechos laborales del personal que cuida son elementos fundamentales para asegurar el derecho de las personas a recibir cuidados de calidad. El bienestar de los que reciben cuidados depende en gran medida de la calidad del empleo de quienes los prestan, lo que a su vez está vinculado con el modelo de organización de los servicios y las características de los programas.

¹⁸ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 57.

Personas con Discapacidad. Un tema relevante es este grupo de población, es que a nivel global, no existen estudios específicos a nivel poblacional que describan la situación de dependencia por discapacidad. Sin embargo, la información que se recoge en las diferentes encuestas nacionales tanto de Uruguay, como España o Costa Rica, muestran datos que han derivado en indicadores de la desventaja social que presentan las Personas con Discapacidad.¹⁹

Veamos la descripción de las etapas de la problematización que se analizará en este documento, de acuerdo con cada país analizado:

Tabla 1. Sistemas de cuidado desde la mirada de la literatura de construcción de agenda de políticas

País	Sistema nacional de políticas de cuidado	
	Grupo de población al que se enfoca	Análisis desde los elementos de la construcción de agenda de políticas
Uruguay	Adultos Mayores	Los factores utilizados para la problematización son: 1. Eventos, 2. Empresarios de políticas, 3. Política de coaliciones, 4. Política mediática, 5. Disponibilidad Presupuestal, 6. Vinculación problemática.
España	Adultos Mayores y funcionalidad limitada	Los factores utilizados para la problematización son: 1) Percepción, 2) Discusión, 3) Adopción, 4) Institucionalización.
Costa Rica	Primera Infancia	Los factores utilizados para la problematización son: 1) Percepción, 2) Discusión, 3) Adopción, 4) Institucionalización.

Fuente: Elaboración propia con base en la caracterización propuesta por Méndez J.L., (2017), Formación de la Agenda en Política Pública.

Para el caso de Costa Rica, el énfasis del Sistema se identifica hacia la Primera Infancia, en los casos de España y Uruguay, se centra en los Adultos Mayores y en un diseño tendiente a atender las necesidades a partir de la funcionalidad o

¹⁹ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 57.

ausencia de esta, así como un cambio de paradigma hacia la noción de diversidad funcional. Sin embargo, para el caso de España a partir de la crisis económica de 2008, se vio afectada la implementación del mismo, por lo que se mencionarán los retos, tal como se han identificado en las evaluaciones que se han hecho para este Sistema en este país.

Normativamente, el ancla para cada uno de los temas, tenemos para el caso de España la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre). Para el caso de Uruguay la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), promulgada el 27 de noviembre de 2015 y publicada el 8 de diciembre de 2015. Y Costa Rica, que cuenta con la Ley N° 9220, que crea la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Redcudi), publicada el 24 de abril de 2014. La descripción de los tres casos a continuación.

1.1. Caso Uruguay

Hay muchas experiencias internacionales de gobiernos que han promovido políticas y sistemas integrales de cuidados orientados a maximizar el bienestar de las personas que requieren cuidado y a generar mayor corresponsabilidad del Estado, la sociedad, el mercado y al interior de las familias como un imperativo clave de justicia social, igualdad de género y derechos humanos. Estas políticas han contribuido a facilitar el acceso a cuidados de calidad y mejorado significativamente las condiciones en las que las personas cuidadoras realizan las tareas. En países como Uruguay la discusión ha llegado a posicionarse de manera relevante en el debate público llegando a proponer que los cuidados deben ser el cuarto pilar del bienestar social y que representan una condición básica para la sustentabilidad social en el largo plazo.²⁰

²⁰ Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), Hacia un sistema de cuidados para la CDMX, Ciudad de México.

Asimismo, el proceso de problematización del cuidado en Uruguay, es un tema que emerge genuinamente de la sociedad civil, que se inserta a partir de una opinión pública socialmente construida por el mismo movimiento asociativo y planteado como una agenda de gobierno con un discurso centrado en la reparación de las deudas históricas con las poblaciones en desventaja. Al convertirse en agenda de gobierno y después transitar a la agenda prioritaria.²¹

1. Eventos. *Este tema es elaborado partiendo del principio que existe una variedad de eventos que pueden impulsar la problematización, como los diversos tipos de crisis (económicas o políticas), eventos dramáticos individuales (por ejemplo, los asesinatos de figuras públicas), los cambios de gobierno, las catástrofes naturales (por ejemplo, terremotos o huracanes), etc. Aunque las llamadas “ventanas de oportunidad” podrían incluir a algunos de los demás factores externos, los eventos tienden a constituir una parte fundamental de las mismas.*²²

En este sentido, para el caso del Sistema de Cuidados de Uruguay, fue un cambio de régimen lo que ocurrió para que el tema pudiera insertarse en la agenda. Diversos actores de la sociedad civil, gobierno, partidos políticos, cooperación internacional y académicos participan en la construcción de los cuidados como objeto de políticas públicas. De acuerdo con CEPAL (2014), el proceso avanzó a través de la sistematización y análisis de documentos públicos y de entrevistas con actores clave, la interrelación y el rol que ellos juegan en los distintos momentos o hitos que llevaron a avances en el proceso, así como las dificultades para alcanzar consensos, según las agendas de cada institución y los distintos grupos de interés involucrados.²³ Por ello, resulta fundamental para el análisis de la política de cuidados destacar la importancia del proceso y sus complejidades

²¹ Méndez J.L, (2017), Ibid. p. 13.

²² Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 10.

²³ Aguirre R. y Ferrari F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria, CEPAL, p. 21.

inherentes, relacionadas con la coyuntura ideológica y la política partidaria que las sustentan.²⁴

Durante la década de los noventa, varias reformas sociales modificaron la provisión de prestaciones sociales que han sido caracterizadas como propias de un reformismo “moderado” en Uruguay. Esto se explica mediante una serie de factores tales como el legado histórico en materia de bienestar, las orientaciones ideológicas de los tomadores de decisiones y el crecimiento electoral de los partidos de izquierda.²⁵

En 2005 se produjo un cambio histórico en la sociedad uruguaya y por primera vez en más de un siglo y medio de vida institucional una coalición de izquierda, el Frente Amplio, accede al poder bajo la presidencia de Tabaré Vázquez. Ello ocurrió en un contexto signado por la crisis económica que vivió el país en el año 2002 y que empeoró las condiciones de vida y trabajo de amplios sectores de la población. Destacan los aportes provenientes de la literatura feminista en cuanto a colocar las políticas de cuidado en el centro de las discusiones sobre los sistemas de bienestar y protección social en América Latina, así como en el mundo. Desde esa fecha hasta la actualidad, los esfuerzos han estado orientados hacia la promoción y restitución de derechos de grupos de población que históricamente se han encontrado en una situación de inequidad en el acceso al bienestar y la protección social. El nuevo gobierno desplegó una agenda social que buscó atender la situación de crisis y transformar la matriz de protección social. Se creó el Ministerio de Desarrollo Social en 2005 con el cometido de implementar y monitorear los programas de atención del Estado y coordinar las prestaciones sociales del sistema.

Durante la segunda administración de izquierda (2010-2015), con José Mujica como presidente, se refocalizaron programas ya existentes; incorporando a la

²⁴ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 8.

²⁵ Midaglia y Castiglioni, 2007. La izquierda en el gobierno: ¿cambio o continuidad en las políticas de bienestar social? Revista Uruguaya de Ciencia Política, Montevideo, p. 131.

agenda institucional las políticas de cuidado como parte de la matriz de protección social a partir de una conceptualización más amplia de esta que incluye a las personas en todas las etapas del ciclo de vida.²⁶

La reconfiguración del escenario está signada por enfoques que colocan los derechos humanos y la ciudadanía como principios orientadores de las políticas y el desarrollo, al mismo tiempo que aparecen nuevos sujetos impulsores y destinatarios de ellas.²⁷

2. Empresarios de políticas. *Esta segunda categoría remite a los enfoques sobre la problematización, para casi todos los autores los empresarios de políticas, personas con alta capacidad argumentativa y estratégica para reconocer e impulsar iniciativas, constituyen un factor fundamental para que una determinada circunstancia se convierta en cuestión y luego en un problema público.*²⁸

El análisis de las coyunturas social, política y gubernamental en Uruguay, en el marco del Sistema de Cuidados, que es donde constantemente se producen transformaciones en las agendas que marcan prioridades, recursos, consensos y tensiones, requiere tomar en cuenta cómo la política pública que decida abordar los cuidados se introduce en la agenda general del país y compite con los numerosos problemas que deben tomar en consideración los tomadores de decisiones, lo que puede alterar las prioridades gubernamentales en el proceso. Para lo cual, de acuerdo con Aguirre R. y Ferrari F. (2014), se requirió de la capacidad argumentativa y estratégica para mantener y avanzar en el tema. El Sistema de Cuidados tuvo dos detonantes, representados a través de dos actores fundamentales, en el periodo 2005 a 2010: Tabaré Vázquez y para el periodo 2010- 2015: José Mujica.

²⁶ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 56.

²⁷ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 8.

²⁸ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 9.

En el periodo previo a José Mujica, se planteó una política social que priorizara en los grupos vulnerables. El Sistema de Cuidados fue visto como una medida para adoptar la inclusión social.²⁹

En el periodo 2010- 2015, con José Mujica, se incorporó a la agenda institucional las políticas de cuidado como parte de la matriz de protección social a partir de una conceptualización más amplia de esta que incluye a las personas en todas las etapas del ciclo de vida. El Sistema de Cuidados, se planteó a través de una resolución presidencial, que expresó un conjunto de justificaciones para crear una política de este tipo que refieren a: "... la necesidad de atender a las personas que encontrándose en especiales situaciones de vulnerabilidad, necesitan apoyo para el desarrollo de su actividad en la vida diaria, a fin de obtener mayores niveles de autonomía personal". Asimismo, considera "que la atención a las personas en situación de dependencia constituye un desafío, como también, la promoción de autonomía personal, en el contexto de las políticas sociales a desarrollar por el Estado en su conjunto".³⁰

Por Resolución Presidencial 863/010 del Poder Ejecutivo se creó en 2010 un Grupo de Trabajo en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS) que es un órgano asesor del Gabinete Social. Se constituye así una esfera organizacional con responsabilidad central que expresa la voluntad política al más alto nivel y juega un papel fundamental en la toma de decisiones técnicas y políticas sobre el proceso de diseño del Sistema Nacional de Cuidados (SNC).

El periodo posterior a José Mujica es Presidido nuevamente por Tabaré Vázquez, quien entre otras cosas propuso impulsar una agenda de un modelo de financiamiento solidario, con una institucionalidad para articular el sistema, así como una propuesta de asistente personal (que proporcione cuidados 20 horas a la semana), en casos de situación de dependencia. Sin embargo, la prioridad

²⁹ Sojo, A. (2011). De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina. CEPAL, p. 8.

³⁰ Rico M. N., Sojo A., Hopenhayn M. et. al. 2014. Pactos sociales para una protección social más inclusiva: experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa. CEPAL.

sigue siendo la primera infancia. En su mensaje de asunción como Presidente de la República, el 1 de marzo de 2015, Tabaré Vázquez destacaba: No es un gasto, ni siquiera es una inversión. Es cumplir un imperativo ético.³¹ La Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), Promulgada el 27 de noviembre de 2015 y Publicada el 8 de diciembre de 2015, es reglamentada por los siguientes decretos de la Ley de Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que es Reglamentada por:

Decreto N° 427/016 de 27/12/2016,
Decreto N° 428/016 de 27/12/2016,
Decreto N° 117/016 de 25/04/2016.

Con lo cual, ambos Presidentes tuvieron una capacidad estratégica para impulsar el cuidado a través del Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay.

3. Política de organizaciones, coaliciones o redes. *En esta tercera categoría, se establece la dificultad que un empresario político por sí solo logre hacer avanzar una cuestión; usualmente éstos se basan en organizaciones, coaliciones o redes promotoras.*³²

En todo momento desde el primer periodo presidencial de Tabaré Vázquez (2005-2010), la presencia de la Red de Género y Familia, organización de la sociedad civil que trabaja en la defensa de los derechos de las mujeres y la promoción del reconocimiento de las consecuencias de las transformaciones familiares, tuvo un papel central en la articulación de los diferentes actores y en la incidencia política.³³

A partir de 2008 esta organización realizó numerosas acciones de intercambio académico y sensibilización pública (mesas de diálogo y materiales de difusión) con el fin de sensibilizar y comprometer a tomadores de decisiones y promover

³¹ Ministerio de Cuidados. Información del portal del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (enero de 2018).

³² Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 10.

³³ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 29.

la articulación de actores de la sociedad civil entre sí y con los distintos poderes del Estado.³⁴

Para el Sistema de Cuidados en Uruguay, esto se traduce en que se posibilitó llevar a la escena de la política pública el Sistema Nacional de Cuidados, decisión del Frente Amplio con una agenda que los representa y que lleva a la concreción del Sistema. Una vez determinado que el Sistema Nacional de Cuidados se llevaría a cabo, en la etapa de concreción operativa se definen niveles de participación en términos de: Participación alta, Participación media y Participación baja.³⁵

Para lo cual se determinó seguir la tipología propuesta por la CEPAL,³⁶ basada en tres categorías: i) actores con poder formal de decisión que poseen capacidad resolutoria en un orden jerárquico institucional específico; ii) actores con interés inmediato que se movilizan y desarrollan estrategias para la incidencia en la toma de decisiones y, iii) actores de contexto con intereses y experiencias vinculadas al área política en cuestión que pueden actuar como apoyos o referentes en momentos determinados, pero no están necesariamente involucrados en el proceso formal.³⁷ Esta tipología se describe en el esquema siguiente:

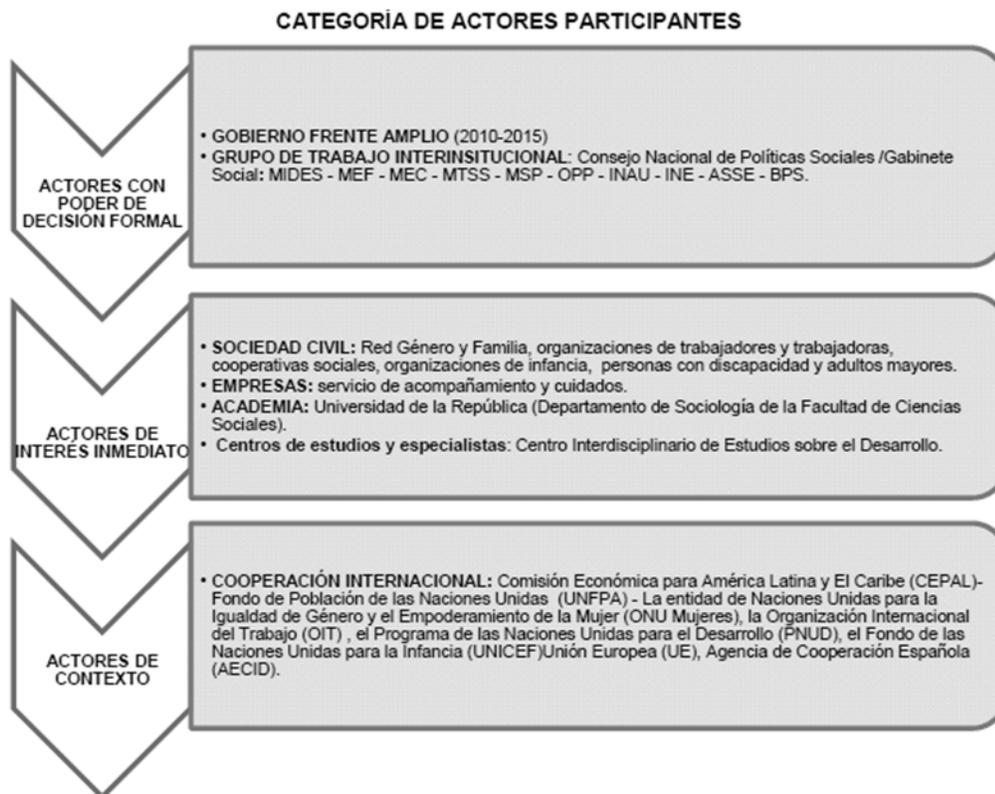
³⁴ Ello permitió construir la noción de derecho al cuidado y que éste sea reconocido como esfera legítima de intervención pública. A través de mesas de diálogo se debatieron distintas visiones y perspectivas sobre la necesidad de avanzar hacia la construcción de un sistema de cuidados.

³⁵ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 57.

³⁶ CEPAL. Serie Políticas Sociales No 192. La construcción del sistema de cuidados en Uruguay.

³⁷ Maldonado C. y Palma A. (2013). La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso del Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares del Uruguay, 2004-2009, CEPAL, p. 66.

Figura 1. Actores participantes en el Sistema de Cuidados de Uruguay



Fuente: CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 192. La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. Pagina 23.

Asimismo, el gobierno del Frente Amplio 2010-2015, cumpliendo los compromisos asumidos en materia de políticas de cuidado en la agenda programática del eje de protección e inclusión social, la Presidencia de la República en el mes de mayo de 2010 aprueba la resolución (863/010) que crea el Grupo de Trabajo en el marco del Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS).³⁸ Este Grupo de Trabajo Interinstitucional del Consejo Nacional de Políticas Sociales, se relaciona con las instancias siguientes de modo particular:

“Gabinete Social. El proceso recorrido desde la creación del Grupo de Trabajo transitó por tres etapas clave. En un primer momento, durante 2010, el grupo trabajó de manera sectorial y coordinadamente las bases conceptuales del sistema, definió una mirada común sobre los cuidados, las poblaciones objetivo, los lineamientos y los principios

³⁸ CEPAL. Serie Políticas Sociales No 192. La construcción del sistema de cuidados en Uruguay, p. 23.

rectores del SNC, además de elaborar un documento titulado “Lineamientos y aportes conceptuales para el diseño de un sistema nacional integrado de cuidados”, aprobado por el Consejo Nacional de Políticas Sociales en diciembre de ese mismo año.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). *El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) preside el Grupo de Trabajo Interinstitucional a través de la Dirección Nacional de Políticas Sociales (DNPS) en tanto organismo articulador de las políticas sociales en el país. Esta dirección ha jugado un rol clave en la coordinación, convocatoria y articulación de los actores participantes del Grupo.*

Ministerio de Economía y Finanzas (MEF). *El Ministerio de Economía y Finanzas participa del Grupo de Trabajo Interinstitucional y su aporte se ha centrado en la generación de insumos para el dimensionamiento económico y costeo de acciones previstas en el SNC.*

Banco de Previsión Social (BPS). *El Banco de Previsión Social (BPS) es el actor que en el país tiene mayores antecedentes en materia de seguridad y protección social. Se constituye en un actor fundacional e impulsor del SNC en conjunto con otros actores del anterior y actual gobierno.”³⁹*

En resumen, el trabajo asociativo alcanzó logros que permitieron institucionalizar el Sistema de Cuidados.

4. Política mediática. Para el punto cuatro que se refiere a que usualmente los medios masivos de comunicación son también un factor crucial para que surjan los problemas públicos, especialmente para que una circunstancia se convierta en cuestión pública y entre en la agenda social.⁴⁰

Para el Sistema de Cuidados de Uruguay, la política mediática incidió del mismo modo como las Organizaciones de la Sociedad Civil, es decir, de manera progresiva. Esto en virtud que la Red de Género y Familia entre otras organizaciones, se colocaron como las interlocutoras con una incidencia específica para plantear el tema como parte de la agenda social. La estrategia de medios que se sigue para el posicionamiento del tema, es concretar las

³⁹ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit., p. 24.

⁴⁰ Méndez J.L. (2017), Op. Cit. p. 9.

propuestas de gobierno hechas por el Frente Amplio en el cumplimiento de la agenda prometida.⁴¹

Este impacto progresivo como parte del trabajo colectivo, llevó a plantear, el Sistema de Cuidados, que se mantuvo en la agenda pública.⁴²

5. Disponibilidad presupuestal. Finalmente, la disponibilidad de recursos constituye un factor externo más, que afecta especialmente las posibilidades de los problemas cuya atención demanda por su naturaleza la aplicación de recursos del presupuesto público.⁴³

En este tema, en lo relativo al Sistema de Cuidados de Uruguay, a partir del 1° de enero de 2016 comienza la implementación del sistema de cuidados. El gobierno del presidente Tabaré Vázquez tiene pensado destinar US\$ 240 millones. En su primer año de funcionamiento, el sistema contará con US\$ 45 millones y en su segundo año con un poco menos del doble de esta cifra. La puesta en marcha del sistema tiene dos fases: la llamada cimentación (dos primeros años) y otra asociada a la Rendición de Cuentas de 2017, donde se completaría el presupuesto destinado al sistema nacional de cuidados.⁴⁴

El Sistema ha encontrado un esquema en el que participa el Banco de Previsión Social (BPS), que enfrenta la atención de adultos mayores jubilados y pensionados, de este modo cierta parte de la financiación se ha logrado con recursos ya existentes. Además prevé un financiamiento solidario que permita utilizar los recursos públicos y privados, y se va a financiar con rentas generales en función de las prioridades que defina el Poder Ejecutivo.

⁴¹ Álvarez K. (2014), “*Sistema Nacional de Cuidados y Población adulta mayor dependiente en Uruguay*”, Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 15-17 de setiembre de 2014.

⁴² Revista electrónica, Importa que lo sepas. Sección Salud (tomado en enero de 2018).

⁴³ Méndez J.L. (2017), Op. Cit. p. 10.

⁴⁴ Diario El País, Uruguay del 30 de agosto de 2015.

6. Vinculación problemática. Anteriormente indicamos que una característica de los problemas públicos es que son interdependientes, esto es, se vinculan unos con otros. Esta vinculación puede impulsar o bloquear su avance de un tipo de agenda a otra.⁴⁵

En este sentido, lo que podemos apuntar respecto de la “vinculación problemática” para el Sistema de Cuidados de Uruguay, es que en la región latinoamericana el debate académico y político sobre la noción de cuidado comienza recién con el inicio de este siglo, pero se integra a la investigación y a la agenda política en un breve lapso de tiempo. Si bien en la literatura sociológica sobre la división del trabajo se encuentran antecedentes teóricos, en el pensamiento feminista sobre el trabajo doméstico y en documentos emanados de organismos internacionales, la utilización actual de la noción de cuidado busca establecer un campo específico de problemas de investigación y de intervención social que cuenta con actores, instituciones y formas relacionales propias.⁴⁶

El cuidado, es concebido bajo la forma de un apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas dependientes, pero también a toda persona en tanto sujeto en situación de riesgo de pérdida de autonomía. Implica no sólo aspectos materiales (actividades de producción de bienes y servicios y el tiempo para realizarlas) sino también aspectos morales (responsabilidad, socialización basada en lo justo y lo adecuado) y afectivos (la preocupación por el otro, el amor, las tensiones y los conflictos).⁴⁷

En palabras de Laura Pautassi: “(...) no se trata de reconocer la existencia de ciertos sectores sociales que tienen necesidades no cubiertas, sino la existencia de personas que tienen derechos que pueden exigir o demandar, esto es, atribuciones que dan origen a obligaciones jurídicas de parte de otros y por consiguiente, al establecimiento de mecanismos de tutela, garantía o

⁴⁵ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 9.

⁴⁶ Letablier, 2001, Op. Cit. p. 20.

⁴⁷ Aguirre R. (2014), La política de cuidados en Uruguay: ¿un avance para la igualdad de género? Universidad de la República, Uruguay. Revista Estudios Feministas, Florianópolis, p. 795.

responsabilidad. En otros términos, el derecho al cuidado y a cuidar (se) debe ser considerado un derecho universal de cada ciudadano y ciudadana, no sujeto a determinación específica”.⁴⁸

Las actividades de cuidado comprenden alimentación, traslado, aseo, cuidado, salud, terapias especializadas, educación, supervisión de actividades y uso de servicios públicos y privados de cuidado, entre otras. Por lo que para entender la emergencia de las políticas de cuidado en la agenda social es necesario ubicarla en el contexto de los actuales desarrollos conceptuales sobre los modelos de bienestar y los aportes teóricos desde los distintos grupos que componen las situaciones de dependencia, tales como: niñas y niños, adultos mayores y Personas con Discapacidad, analizando el género desde una perspectiva en la que los cuidados han recaído, como ya se ha mencionado previamente, en las mujeres.

Al momento actual, los datos existentes sobre discapacidad, por ejemplo, se obtienen a partir de encuestas de hogares. La información que se utiliza en este documento parte de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (CNHD – INE, 2004) y estudios realizados posteriormente a partir de los micro-datos de la encuesta. Otra limitación para la obtención de información es que no existen criterios unificados para valorar y clasificar la discapacidad y la dependencia.⁴⁹

Ahora bien, en lo concerniente a los Factores Internos, tomaremos a continuación los cuatro factores para los que podemos decir que:

1. Etiquetación. Es la forma en que una circunstancia sea “etiquetada” -esto es, las denominaciones que reciba- son un poderoso factor interno para que avance de un tipo de agenda a otro.⁵⁰ Nombrar los asuntos, es decir etiquetarlos, aplica

⁴⁸ Pautassi, 2010, pág. 83.

⁴⁹ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 63.

⁵⁰ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 9.

a problemas que llevan un mensaje implícito para los que no están directamente interesados y para quienes sí lo están.⁵¹

Para aquello que se denomina labeling, sabemos que: "...un común denominador de todas las investigaciones sobre formación de agenda es descubrir que la manera de definir y marcar (labeling) la cuestión es decisiva para determinar el tipo de atención que merecerán." Y agrega que "una de las tácticas más frecuentes de caracterización, que usan los interesados en ciertos asuntos, es presentarlo como un asunto de valencia, de gran consenso afectivo".⁵²

En el debate nacional uruguayo se construyó un consenso para orientar la necesidad de la construcción de "un sistema de cuidados". Estos debates fueron espacios informados; es decir, se estructuraron con base en presentaciones de documentos realizados por especialistas en las necesidades y características de las tres poblaciones identificadas como prioritarias. Para cada debate específico por población (primera infancia, discapacidad y adultos mayores). Se realizaron 22 debates locales, 18 en las capitales del interior y el resto en Montevideo. En total, en los debates participaron 3290 personas y 1802 organizaciones sociales (Grupo de Trabajo Interinstitucional-CNPS).⁵³

Aunque el mismo Nelson, B. (1993), indica que encontrar "una duradera y adecuada etiqueta de valencia puede ser difícil,"⁵⁴ hubo algunos ejes importantes que permitieron avanzar en "nombrar el asunto", que se basó en el convencimiento de que:

i) el cuidado es un derecho y el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la participación de la ciudadanía en el diseño de una política que diera respuesta a ello;

⁵¹ Por ejemplo en el caso del maltrato infantil, la Guía (p. 127) indica que el abandono y el descuido de tornaron sensacionalistas, sin embargo fue exitoso en virtud que se detectó que en razón de esto había un consenso sobre ello.

⁵² Lo que se denomina "labeling" en: Nelson, B. (1993), "La formación de una agenda; el caso del maltrato a los niños", en Luis F. Aguilar (ed.), Problemas Públicos y Agenda de Gobierno. México, D.F., Miguel Ángel Porrúa, página 113.

⁵³ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 34.

⁵⁴ Nelson, B. (1993), Op. Cit. p. 134.

- ii) en el Uruguay se ha desarrollado una importante acumulación conceptual desde las organizaciones de la sociedad civil y academia y, por ello, se tornaba necesario generar espacios para socializarlo y construir propuestas colectivas;
- iii) el diseño del SNC requiere de una ciudadanía sensibilizada e involucrada con la identificación de sus necesidades;
- iv) las políticas sociales requieren de una mirada desde la especificidad de cada localidad para dar respuestas universales contemplando las particularidades.⁵⁵

En el debate se expresa una pluralidad de voces con un protagonismo creciente de las organizaciones que representan a personas dependientes (personas adultas mayores, Personas con Discapacidad en situación de dependencia y personas enfermas) y a sus familiares, así como de especialistas que trabajan con estos colectivos. Los cuidados no refieren exclusivamente a determinadas etapas del ciclo vital sino que se precisa, a lo largo de toda la vida, de una gran carga de trabajo reproductivo y de cuidados cotidianos frente a un conjunto de eventos que pueden limitar la autonomía y el desarrollo integral de las personas. Con esta visión progresiva, es que se plantea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

2. Aceptabilidad. Implica que existen circunstancias que en general tienden a ser aceptadas fácilmente como circunstancias negativas.⁵⁶

El componente de género fue fundamental para la aceptación de la agenda de cuidados, en términos de las presiones generadas por grupos feministas, que se extendieron hacia una visión de la economía de los cuidados. Cuyo objetivo fue propiciar el cambio de la actual división sexual del trabajo, integrando el concepto de corresponsabilidad de género y generacional como principio orientador.

El núcleo central de la dominación cultural de género se sitúa en la imposición de roles hegemónicos que ubica a los varones como individuos ciudadanos plenos

⁵⁵ CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 192, p. 33.

⁵⁶ Méndez J.L, (2017), Op. Cit. p. 9.

en la esfera pública y a las mujeres como madres-esposas confinadas a lo privado-doméstico y negadas de la posibilidad de desarrollarse como sujetos de derechos y ciudadanas legítimas. Aquí es donde ubican la contradicción fundamental de la pretendida igualdad formal de la democracia liberal, en el sentido de que se concibe a todos los individuos con las mismas capacidades y facultades para ejercer sus derechos y, al mismo tiempo, la dedicación doméstica de las mujeres restringe esa igualdad de condiciones.⁵⁷

3. Complejidad. No obstante que se acepte que una circunstancia tiene efectos sociales negativos o sea causa de insatisfacción social puede no ser suficiente para que avance de un tipo de agenda a otra, especialmente de la agenda social a la agenda estatal o estatal prioritaria.

El tema del cuidado se colocó como un tema transversal a varios Ministerios, por lo que fácilmente puede ser asociado como un tema complejo que pudo avanzar de la agenda social a estatal a prioritaria.⁵⁸

El Sistema Nacional de Cuidados de Uruguay, como se ha descrito previamente, encontró una complementariedad importante en los temas relacionados a grupos para los cuales la situación de dependencia es determinante para poder llevar a cabo una vida autónoma. Ello fungió como detonante para alcanzar acuerdos de mayor aliento.

4. Ciclo de vida. Finalmente, las distintas etapas por las que puede pasar una situación problemática es un factor también que influye en su paso entre los distintos tipos de agenda.

Este tema puede abordarse desde ocho puntos principales:

⁵⁷ Las críticas feministas europeas a la influyente tipología de Esping Andersen sobre los regímenes de bienestar (Lewis, 1992; Orloff, 1993 y Sainsbury, 2000) han advertido acerca del sesgo que supone ignorar la dimensión de género al analizar exclusivamente la estratificación por clase ocupacional.

⁵⁸ Como lo menciona la Ley N° 19.353 *Publicada en D.O. 08 dic/015 - N° 29351, intervienen:* Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de economía y finanzas, Ministerio de educación y cultura, Ministerio de trabajo y seguridad social, Ministerio de salud pública.



En primer lugar, lo que ocurrió en el Uruguay fue la realización de un breve contexto político y encuadre conceptual sobre pactos sociales y bienestar social, y sobre las políticas de cuidado e igualdad de género (movimientos iniciados por la sociedad civil desde 2003). **En segundo lugar**, se destaca el papel de la información y los conocimientos para la transformación de los cuidados en problema público. En esta etapa influyó la llegada de un gobierno que se identificaba con esa agenda (2005). **En tercer lugar**, la incorporación de los cuidados en la agenda gubernamental e institucional y la identificación de los actores clave en los ámbitos gubernamentales, de la sociedad civil, academia, centros de estudios, cooperación internacional y partidos políticos, ya como participantes permanentes del ciclo. **En cuarto lugar**, la construcción del sistema nacional de cuidados como política pública a través de los principales hitos del sistema para el período 2008-2013, describiendo la etapa de debate, las propuestas de acción para las poblaciones objetivo y la rendición social del gobierno y sociedad civil. **En quinto lugar**, intervienen los factores facilitadores y obstaculizadores percibidos por los actores. **En sexto lugar**, se presentan las claves y propuestas hacia un pacto social y fiscal. **En séptimo lugar**, se identifican las distintas concepciones sobre el cuidado y las políticas de protección social de los actores involucrados en este proceso. **Por último**, se sintetizan los retos pendientes para una nueva etapa de la construcción de un sistema nacional de cuidado en el Uruguay y recomendaciones para la región.⁵⁹

En virtud de lo anterior, la recomendación que hace CEPAL (2012), para lograr avanzar en la agenda del SNC, es centrarse en arrojar luz acerca del aporte y valor agregado de la política de cuidados, por lo que se deben fortalecer las argumentaciones con relación a la relevancia de estas políticas para el desarrollo y el bienestar de modo de que se les coloque en situación de competir por recursos con otras percibidas como más urgentes. Los problemas públicos no constituyen circunstancias dadas, sino construidas, de acuerdo con valores,

⁵⁹ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay. En busca de consensos para una protección social más igualitaria. CEPAL.

ideologías e intereses, por lo que una nueva realidad se devela a partir de la cual nuevas estrategias deberán ser planteadas.

1.2. Caso España

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) entra en vigor en el año 2006 bajo la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (Ley 39/2006 del 14 de Diciembre). Desde entonces el sistema ofrece servicios y prestaciones económicas a aquellas personas en situación de dependencia que requieren ayuda especial para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.⁶⁰

La secuencia del proceso de problematización se enmarcará para cada mejor práctica, de manera general en las cuatro etapas de la Problematización propuestas por Méndez J.L, (2017),⁶¹ estas son: 1) Percepción, 2) Discusión, 3) Adopción, 4) Institucionalización. Veamos la descripción de las etapas de la problematización:

1) Percepción. La percepción ocurre cuando un actor o agente percibe circunstancias como situaciones problemáticas. Para el caso del tema del cuidado en España, el punto de inflexión en la introducción del debate sobre una atención más integral, sociosanitaria y colectiva de la dependencia lo marcaron, a pesar de su insuficiente dotación presupuestaria y de la falta de compromiso político, tanto la Ley 13/1982, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) de 1982 como, sobre todo, la aprobación del Plan Gerontológico en 1992. A nivel gubernamental destacan tanto las leyes autonómicas de servicios sociales como el Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales de Comunidades Locales desde 1988.

⁶⁰ Observatorio de la dependencia. Octubre de 2017. España.

⁶¹ Méndez J.L, (2017), Op. Cit.

Desde el ámbito sanitario, es preciso reseñar igualmente otras medidas como la Ley General de Sanidad (1986) que supuso la práctica universalización de la atención sanitaria a toda la población, y la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que reguló por primera vez la llamada prestación socio-sanitaria.⁶² Esta prestación, sin remitirse exclusivamente a la dependencia, fue relevante para esta, ya que incluye prestaciones de cuidados de larga duración, atención sanitaria de la convalecencia, y rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Otro factor que hay que tener en cuenta es la transformación producida en la ideología sanitaria debida a la creciente relevancia atribuida a la prevención y a la integración en la comunidad de los colectivos con problemas de salud mental. Ello dio lugar a la destrucción de las redes de atención específicas para enfermos crónicos principalmente en los hospitales psiquiátricos, pero también en otra clase de enfermedades, trasladando así el “problema” y las soluciones de la dependencia a la sociedad y teniendo esta que hacerle frente de manera más integral y alternativa a la convencional.

La creciente “densidad de conciencia” de los distintos actores sociales sobre el fenómeno de la dependencia tiene un carácter acumulativo. Este movimiento estuvo encabezado por expertos y académicos y por las clases profesionales procedentes del ámbito de la Seguridad Social y de la geriatría y la gerontología, con amplios conocimientos sobre las experiencias de otros países en dicho campo. De modo que sus principales aportaciones fueron, en principio, contribuir a crear conciencia sobre dicho fenómeno trasladando sus inquietudes a las administraciones públicas, quienes reaccionaron con cierto retraso a las demandas sociales latentes que estaban emergiendo.⁶³

⁶² Establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.

⁶³ Marbán, V. (2010), Universidad de Alcalá Los actores sociales en el sistema de dependencia español. Revista Internacional de Sociología (RIS). España.

A inicios del año 2000, el 76,1% de los ciudadanos consideraban una prioridad inmediata la atención a las personas dependientes para aliviar la sobrecarga que sus cuidados suponen para las familias.⁶⁴

Asimismo, las demandas sociales, fueron canalizadas también, y en mayor medida, por los sindicatos y por las organizaciones sociales de la discapacidad y de personas mayores, a través de consejos estatales y plataformas de entidades (Plataforma de ONGs de acción social, Consejo Estatal de personas Mayores, Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad - CERMI). Ello se produjo con un cierto retraso respecto a los planteamientos articulados por expertos y profesionales debido a que, según algunos de los entrevistados, hasta los inicios del siglo XXI las prioridades de los sindicatos y de dichas organizaciones sociales no fueron la atención a la dependencia sino a otros tipos de reivindicaciones: en el caso de los sindicatos, las pensiones o la protección al desempleo. Para el caso de los movimientos sociales, la ampliación de programas de la integración laboral y educativa.

En el plano de las ideas y los intereses se destacarían fundamentalmente dos situaciones: Por un lado, aquellos aspectos sobre los que predominó el consenso debido a la confluencia de ideas articuladas sobre intereses conciliables, a veces competitivos (por ejemplo, provisión pública y privada lucrativa y no lucrativa). Por otro lado, aspectos como la divergencia en ideas articuladas sobre intereses contrapuestos entre los actores sociales. En cuanto al marco de la financiación, relacionado con el ámbito de competencias, el debate sobre la inclusión de la ley en el marco de la Seguridad Social, siguiendo el modelo alemán, o bien, fuera de ella, optando por ser financiada vía impuestos como en el sistema nórdico, fue intenso entre los diferentes actores sociales. Las razones por las que se decidió finalmente excluir la ley del ámbito de la Seguridad Social y financiar su

⁶⁴ Centro de Investigaciones Sociológicas 2004.

implementación con impuestos no fueron del todo justificadas por los responsables políticos.⁶⁵

La exclusión de la Ley de Dependencia del marco de la Seguridad Social estuvo motivada no solo por razones de financiación, sino especialmente por razones de tipo competencial entre los niveles central y autonómico del Estado español.

La **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia**⁶⁶ es el resultado de la importancia central de intensos procesos de negociación entre los distintos actores sociales. No obstante, no se puede afirmar con seguridad que para ello hayan establecido coaliciones basadas en estructuras organizativas y estrechas redes de contacto y cooperación mutua o alianzas diseñadas por acuerdo, sino más bien coaliciones basadas en intereses conciliables en mayor o menor grado entre distintas combinaciones de actores.

Por lo que la **Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia** no supone un episodio de cambio radical o abrupto, sino una reforma gradual dependiente de una senda (path dependency) acumulativa de factores socioeconómicos e institucionales acaecidos desde los años 80, sin los cuales no habría sido posible el actual modelo de atención a la dependencia.⁶⁷

Desde la puesta en marcha de la Ley en 2007 son muy destacables los esfuerzos realizados en los aspectos financiero, regulatorio, y de prestaciones (Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales 2009). Informes de evaluación ya apuntan cómo el sistema avanzó inicialmente en su

⁶⁵ Marbán, V. (2010), Universidad de Alcalá Los actores sociales en el sistema de dependencia español. España.

⁶⁶ Que en su exposición de motivos indica que la atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

⁶⁷ Marbán, V. (2010), Universidad de Alcalá Los actores sociales en el sistema de dependencia español. España.

implementación.⁶⁸ Sin embargo, es importante apuntar que la crisis económica de 2008 derivó en un escenario de crisis social, en la que las políticas públicas del gobierno estuvieron dominadas por la austeridad y los recortes. De modo que después de un periodo esperanzador, el sistema se debilitó, como consecuencia de los recortes introducidos en 2012 y 2013 (Ley 20/2012, de 13 julio y 1050/2013). Los individuos que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones a las que tienen derecho sigue siendo un tema de especial preocupación a nivel nacional y regional.⁶⁹ Afortunadamente, entre los años 2015 y 2017 parece haberse revertido la tendencia negativa previa.⁷⁰

De acuerdo con el Observatorio de la Dependencia, en el futuro se deberá incidir sobre el rediseño del sistema sobre bases más sólidas, con reglas más claras y transparentes, con una financiación y fuentes de financiación predefinidas, donde los ciudadanos y profesionales sean plenamente conscientes de sus deberes y derechos, si no se quiere llegar a un sistema de bajo costo y de baja calidad.⁷¹

2) Discusión. En la etapa de debate como problema público es construido, tematizado e interpretado en el contexto de interacciones e interlocuciones. Se presenta una diversidad de versiones del cuidado que se corresponden con la ubicación de los actores. En octubre de 2003 se aprobó en el Pleno del Congreso de los Diputados la Renovación del Pacto de Toledo con una Recomendación Adicional 3.^a que expresa: “resulta por tanto necesario configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia y la Comisión considera necesaria una pronta regulación en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección”. El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de

⁶⁸ Marbán Gallego, Vicente (2012). Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España. Revista Internacional de Sociología, Vol 70, No 2, Universidad de Alcalá, España.

⁶⁹ El gasto en cuidados de larga duración, en los países del sur de Europa como España e Italia, el gasto no supera el 1% del PIB mientras que en Europa del Norte se destina entre el 2.5% y 3% del PIB a cuidados de larga duración, superando al promedio de la OCDE.

⁷⁰ Jiménez-Martín, S., (2017). Estudios sobre la Economía Española, 2017/22. Observatorio de dependencia. Universidad Pompeu Fabra, FEDEA.

⁷¹ Jiménez-Martín, S., (2017), Ibid. p. 5.

relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea. En 2002, bajo la presidencia española, la Unión Europea decidió tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten. Las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, de 13 de diciembre de 2003, coinciden en la necesidad de configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad. En España, los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia.⁷²

3) Adopción. La situación por su amplio grado de aceptación se convirtió en un problema público que entró a la agenda pública prioritaria.⁷³ Por lo que en la etapa de diseño del sistema de cuidados, partiendo del hecho indudable que las entidades del tercer sector de acción social participaban ya en la atención a las personas en situación de dependencia y apoyando el esfuerzo de las familias y de las corporaciones locales en este ámbito. Estas entidades constituyen una importante malla social que previene los riesgos de exclusión de las personas afectadas. La necesidad de garantizar a los ciudadanos, y a las propias Comunidades Autónomas, un marco estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia y su progresiva importancia lleva ahora al Estado a intervenir en este ámbito con la regulación contenida en esta Ley, que la configura como una nueva modalidad de protección social que amplía y complementa la acción protectora del Estado y del Sistema de la Seguridad Social.

4) Institucionalización. El Sistema tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la Ley. Por lo que permite la colaboración y participación de las Administraciones

⁷² El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve por numerosos documentos y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea.

⁷³ Méndez J.L. (2017). *Formación de la Agenda en Política Pública, Primera Parte*. FLACSO, Ciudad de México.

Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles para configurar un derecho subjetivo que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles. En este sentido, la competencia exclusiva del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Asimismo, justifica la regulación de las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas, y con pleno respeto de las competencias que las mismas hayan asumido en materia de asistencia social. La Ley establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado.⁷⁴

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sirve de cauce para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, en materia de promoción de la autonomía personal y la atención y protección a las personas en situación de dependencia, del modo siguiente:

- 1) Optimizando los recursos públicos y privados disponibles, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.
- 2) El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados.
- 3) La integración en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de los centros y servicios.⁷⁵

⁷⁴ Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

⁷⁵ Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema. El Consejo estará constituido por el titular del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y por un

En cuanto a los niveles de protección del Sistema, se presta en los términos establecidos en la Ley y de acuerdo con los siguientes niveles:

- 1.º El nivel de protección mínimo establecido por la Administración General del Estado.
- 2.º El nivel de protección que se acuerde entre la Administración General del Estado y la Administración de cada una de las Comunidades Autónomas a través de Convenios.
- 3.º El nivel adicional de protección que pueda establecer cada Comunidad Autónoma.

En cuanto a la población beneficiaria, la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006), clasifica las situaciones de dependencia en tres grados:

Grado I: Dependencia moderada: son personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Grado II: Dependencia severa: son personas que necesitan ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requieren el apoyo permanente de un cuidador.

Grado III: Gran dependencia: son personas que necesitan ayuda para realizar diferentes actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y que por su pérdida total de autonomía necesitan del apoyo indispensable y continuo de otra persona.

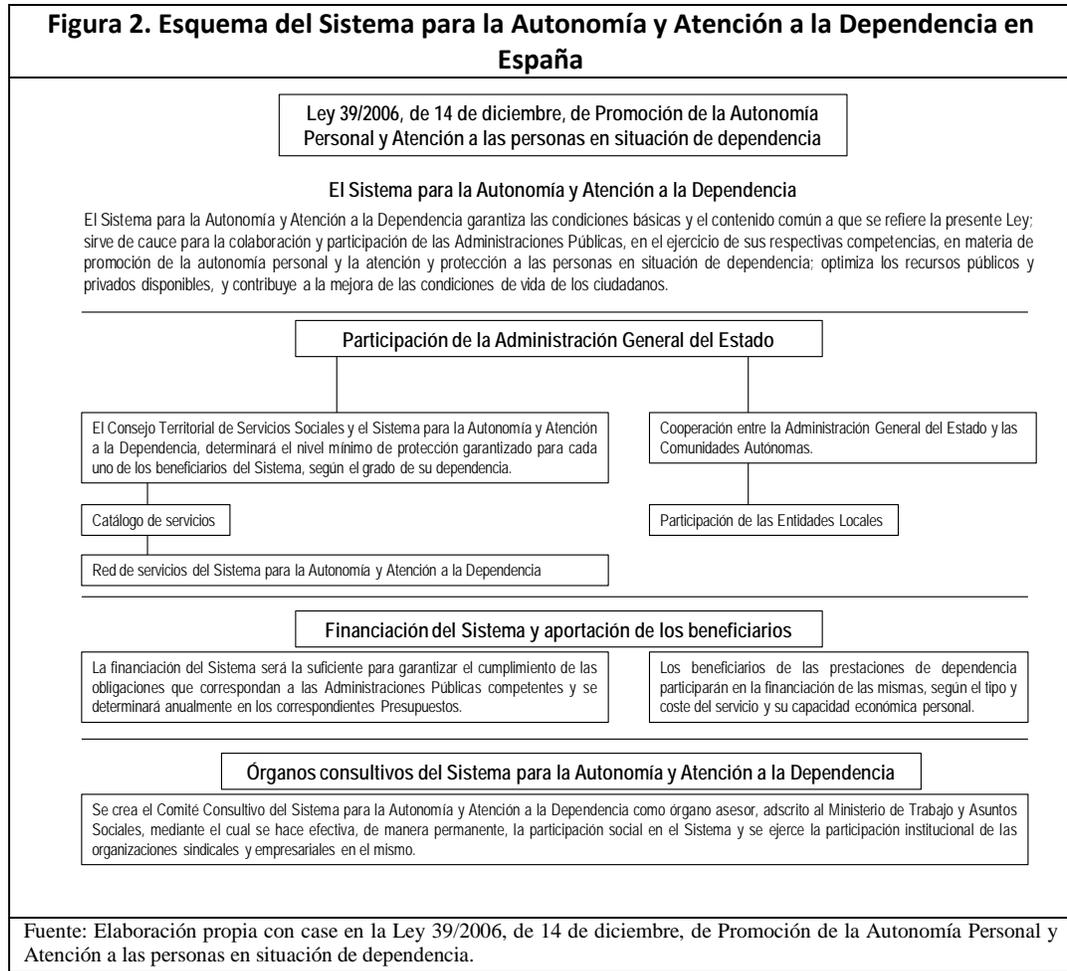
Dentro de cada uno de estos grados se distinguen dos niveles, en función de la autonomía de la persona y de la intensidad del cuidado que requieran. Con

representante de cada una de la Comunidades Autónomas, recayendo dicha representación en el miembro del Consejo de Gobierno respectivo que tenga a su cargo las competencias en la materia. Integrarán igualmente el Consejo un número de representantes de los diferentes Departamentos ministeriales. En la composición tendrán mayoría los representantes de las Comunidades Autónomas.

respecto a la tipología de prestaciones ofertadas,⁷⁶ se distingue entre servicios y prestaciones económicas. El catálogo de servicios del sistema, incluido en la Ley 39/2006, es el siguiente:

- a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- b) Servicio de Teleasistencia.
- c) Servicio de Ayuda a domicilio: (i) Atención de las necesidades del hogar. (ii) Cuidados personales.
- d) Servicio de Centro de Día y de Noche: (i) Centro de Día para mayores. (ii) Centro de Día para menores de 65 años. (iii) Centro de Día de atención especializada. (iv) Centro de Noche.
- e) Servicio de Atención Residencial: (i) Residencia de personas mayores en situación de dependencia. (ii) Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

⁷⁶ Estas prestaciones e encuentran en un catálogo, que es un documento, aprobado por Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia elaborado con pleno respeto al marco competencial, y las prestaciones y servicios que incluye son, con carácter general, competencia exclusiva de las comunidades autónomas.



1.3. Caso Costa Rica

Para enmarcar este Caso de estudio, se recurrirá a la secuencia del proceso de problematización en las cuatro etapas propuestas por Méndez J.L, (2017),⁷⁷ estas son: 1) Percepción, 2) Discusión, 3) Adopción, 4) Institucionalización. Este caso de estudio plantea que a través de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI), se constituye una política pública que como iniciativa gubernamental diseñada para respaldar las intervenciones estatales desde el enfoque de servicios que potencian el desarrollo humano de la primera infancia. La REDCUDI, en tanto experiencia puesta en marcha que alcanza su punto mayor de institucionalización en marzo de 2014 es, ante todo, una experiencia que hoy está sustentada jurídicamente en Ley de la República, logrando la

⁷⁷ Méndez J.L, (2017), Op. Cit.

confluencia de actores e intereses que la convirtieron en una política de Estado. Veamos la descripción de las etapas de la problematización:

1) Percepción

En el caso de los movimientos sociales, en el año 2009 en Costa Rica, se propuso el documento conocido como 10 medidas para enfrentar la crisis desde la inclusión social y productiva, en donde el tema del cuidado y desarrollo infantil como parte de la corresponsabilidad social se pone sobre la mesa. Este documento fue expuesto a todos los candidatos presidenciales. La lógica de la propuesta era proteger y crear trabajo decente con cinco propuestas desde la oferta y cinco propuestas desde la demanda; entre las propuestas de la oferta se proponía crear trabajo decente en área de cuidados mediante infraestructura social de los cuidados.⁷⁸

El primer principio, relacionado con la generación de una perspectiva de cuidado infantil como servicio público universal, fue uno de los argumentos centrales de los actores gubernamentales participantes en la formulación de la política. Con ello se aludía a la necesidad de ejecutar un programa de cuidado infantil cuyo alcance tuviera como objetivo el cubrir la mayor cantidad posible de niños y niñas cuyas edades coincidieran con el perfil de potenciales beneficiarios.

Para el Ministerio de Bienestar Social y Familia de Costa Rica, quienes ejecutaron la política también se enfocaron en garantizar los lineamientos operativos, técnicos, que con estándares básicos de calidad, aseguraran las mejores prácticas en la prestación de los servicios de cuidado, promoviendo intencionalmente el desarrollo integral de la niñez atendida.⁷⁹

⁷⁸ Frente a una propuesta de gobierno exclusivamente compensatoria en materia de inversión social, proponemos la generación de empleo y superación de barreras para el acceso de las mujeres al mercado laboral, mediante la ampliación y la creación de una infraestructura social de cuidados que aumente el ingreso de los hogares y evite la deserción escolar.

⁷⁹ Si bien en un inicio la población objetivo del proyecto eran niños y niñas en situación de pobreza extrema y vulnerables, en la etapa de implementación de la Red se decide incorporar a los grupos medios, considerando que ellos también requerían de este servicio. Sin embargo, es relevante destacar que este punto no ha podido implementarse de forma íntegra, dado que la prioridad se colocó en los grupos más necesitados.

En Costa Rica, muchas familias no disponen de los recursos económicos necesarios para enviar a sus hijos a centros de cuidado privado pues el costo es muy alto; en consecuencia, la única forma de brindar cuidado y atención a los niños es en el espacio familiar y las encargadas de hacerlo son las mujeres.⁸⁰

La noción del cuidado infantil como una actividad que posibilita a las mujeres disponer de tiempo para incorporarse al mercado laboral, también se aplica cuando es una tercera persona (distinta a la madre) quien accede a colaborar (remuneradamente o no) en el cuidado del niño. Un aspecto positivo de esta perspectiva de cuidado se da cuando a través de los mismos servicios de cuidado infantil, las mujeres logran encontrar una actividad laboral que optimice su desarrollo personal.⁸¹

La intervención del Estado debe ser transversal, pues el cuidado interpela las áreas de economía, infancia, trabajo, educación, salud, seguridad social, género, infraestructura y presupuesto público.⁸²

La Red de Cuidados está pensada para ser un mecanismo de articulación y gestión entre distintos actores sociales: instituciones del Estado, empresa privada y organizaciones de la sociedad civil. El marco conceptual de la Red de Cuidados señala que “debido a la necesidad social en el cuidado infantil y con el fin de lograr una mayor cobertura se hace imprescindible desarrollar nuevas alternativas y modalidades de atención, con la participación de los distintos actores sociales, entre ellos: gobiernos locales, cooperativas, asociaciones de desarrollo, asociaciones solidaritas, iglesias, organizaciones gremiales y de bienestar social”.⁸³

Por lo tanto, se plantea una integración cooperante de actores en torno a un programa de gobierno.

⁸⁰ Sojo, A. (1982), Empresa estatal y desarrollo económico en América Latina (en línea) CEPAL N° 38.

⁸¹ Guzmán, J. (2014), (Coordinadora). Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica El proceso de construcción 2010-2014, CEPAL. Serie Políticas Sociales N° 203.

⁸² Pautassi, Laura y María Nieves Rico (2011), “Cuidado infantil y licencias parentales”, Boletín Desafíos de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio N° 12, p. 9.

⁸³ Despacho del Ministro de Bienestar Social y Familia, 2011, pág. 6.

En el proceso de toma de decisión de la REDCUDI, los actores de contexto jugaron un rol protagónico, como las universidades. Una de las principales asesoras fue Lupita Chaves, Directora de Educación de la Universidad de Costa Rica (UCR), quien participaba en las reuniones con actores gubernamentales y se mantuvo como un contacto permanente.⁸⁴

Otro centro de producción académica es el Programa Estado de la Nación (PEN) que apoya con información técnica al equipo de la REDCUDI para evaluar los indicadores existentes sobre pobreza. Los datos del PEN son insumos para la toma de decisiones, pues permiten revisar indicadores de vulnerabilidad (ingreso per cápita, educación de la madre y ocupación de la persona que es jefe o jefa de familia, además se le añadió el tema de rezago educativo en el resto de la familia y ocupación se tipo formal o informal).⁸⁵

Los organismos internacionales, y la cooperación internacional desempeñaron un papel fundamental para el arranque del programa REDCUDI y la construcción de modelos de atención con apoyo de especialistas y nacionales e internacionales financiados por UNICEF, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Por su parte, UNICEF fue el organismo de la cooperación internacional que más insumos aportó para la puesta en marcha del programa REDCUDI. No sólo incidió en la visión del programa para considerar al niño como sujeto de acción, sino también en la idea de prestar un servicio de calidad que desarrolle integralmente a la población infantil incorporando elementos de formación docente. Esto quiere decir que se apunta a formar personal preparado no solo para enseñar una currícula, sino para enseñar otros procesos que desarrollen

⁸⁴ Entrevista a la Secretaria Técnica de la REDCUDI, 2013. En: Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica, CEPAL - Serie Políticas Sociales N° 203.

⁸⁵ Entrevista a la Secretaria Técnica de la REDCUDI, 2013.

capacidades y competencias en los niños y las niñas de forma integral (más orientado hacia educación para la vida).⁸⁶

La creación de espacios interinstitucionales formales es un elemento clave a la hora de construir una política social. En el caso del que tratamos, el arranque en los primeros dos años de gobierno fue lento, ya que la creación de la Secretaría Técnica tuvo sus obstáculos debido a la directriz del congelamiento de plazas que hizo prácticamente imposible ampliar la contratación en el sector público. En el primer año de gestión el programa se inicia sin una Secretaría Técnica y cada institución convocada cumplía individualmente con sus responsabilidades.⁸⁷

En el caso de la política de la REDCUDI, fue el propio ministro de Bienestar Social y Familia quien inició el contacto con organizaciones de bienestar, asociaciones solidarias, cooperativas, la empresa privada, municipalidades, organizaciones de índole religioso y varias organizaciones internacionales en las que con invitaciones directas se motivaba a participar de la Red. Con ello se invitó a participar de forma indirecta en la formulación de la política. Como resultado de este intercambio, el enfoque de cuidado y desarrollo infantil se fortaleció: se le dio énfasis a la inserción laboral de la mujer mediante la “Red Nacional de Cuido” y se ponderó de la misma manera el desarrollo y protección infantil con el agregado de “y de Desarrollo Infantil”.

Esta solución se logró dándole la oportunidad a las ONG de primera infancia de involucrarse en la discusión sobre esta nueva política social y teniendo un peso importante en su construcción.⁸⁸

⁸⁶ Entrevista a Rigoberto Astorga, Representante del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2013.

⁸⁷ Entrevista a la Ministra de Salud, 2013.

⁸⁸ Hubo una reunión paradigmática con especialistas en temas sociales y económicos, en la que participó Laura Chinchilla siendo Vicepresidenta durante la administración Arias Sánchez 2006-2010, con la finalidad de hacer un listado de las 10 políticas necesarias para mejorar el desarrollo del país. En esta reunión, las políticas de cuidado y desarrollo infantil fueron las que quedaron en primer lugar, haciendo que se posicionaran como primer punto en la agenda de desarrollo del Partido Liberación Nacional en la campaña de 2009-2010 (entrevista a la Presidenta de la República, 2013).

Asimismo, se identifica a la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados, la Asociación Sindical de Empleados del ICE y la Unión de Empleados de la Caja y de la Seguridad Social, como algunos de los actores que visibilizan el tema del cuidado y desarrollo infantil en tanto elemento fundamental de la inserción de la mujer en el mercado laboral.⁸⁹

La configuración de fuerzas en este caso se dio bajo una noción cooperativa y hasta redistributiva de las responsabilidades que asumiría cada institución, teniendo como objetivo el instaurar los centros de cuidado y desarrollo infantil, que no hubiera podido concretarse si las capacidades y recursos técnicos a disposición del Estado no hubiesen estado claras, sobre todo para determinar el cómo, cuándo y dónde instalar centros de cuidado y desarrollo infantil que viniesen a transformar de forma positiva el historial de cuidado de primera infancia que se venía prestando en el país.⁹⁰

2) Discusión

Entre mayo y junio de 2010 se inician contactos formales del Gobierno con UNICEF y mediante esta alianza se logra traer al país a una experta en el modelo finlandés. Por un lado, este apoyo se complementa con el interés mostrado por varias organizaciones sociales en torno al modo en que el gobierno concebía la creación y el desarrollo de una Red Nacional de Cuido y Desarrollo Integral para la prevención y atención de las necesidades de la niñez. Se genera un documento que entrega aportes al equipo de gobierno encargado de la política (UNICEF-Costa Rica, 2010). Esta iniciativa se vio alentada por la apertura de diálogo con la sociedad civil mostrada por el gobierno en su momento; incluso el ministro asume el compromiso de discutir este documento realizado desde la sociedad civil.

⁸⁹ Seminario realizado del 19 al 21 de noviembre de 2013 en San José, Costa Rica con el apoyo de CEPAL.

⁹⁰ La implementación de una política pública en sí misma es considerada una acción estatal que viene a modificar el estatus quo, sobre todo cuando esta acción gubernamental constituye una intervención que transforma sustancialmente la dinámica en cómo el Estado brinda y garantiza a la población el acceder a distintos servicios, en este caso, el del cuidado a la primera infancia. Esta concepción va de la mano con la intención de establecer las bases de un sistema de cuidado amplio y universal con financiamiento solidario.

Como resultado del asesoramiento con especialistas internacionales y, en consonancia con la propuesta inicial, se optó por incluir alternativas múltiples y manejadas de manera desconcentrada, no un sistema nacional.⁹¹

Sumado a esto, los espacios de integración y diálogo abierto, como seminarios, foros y conversatorios han sido determinantes en la construcción permanente de la Red. Diferentes actores entrevistados reconocen que con la Red Nacional de Cuido se logró un proceso de consulta con las ONG y con instituciones que enriqueció la política. Se logró integrar la producción técnica construida desde la sociedad civil y sistematizada en el documento *Perspectivas estratégicas y técnicas sobre la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil: propuesta de las organizaciones sociales que trabajan en el sector de niñez*.

Los beneficios para los actores se pueden identificar en términos de visibilización en la opinión pública e inclusión dentro de uno de los proyectos sociales de mayor importancia en la Administración Chinchilla Miranda 2010-2014.

Lo primero que se debe abordar es la problemática de la conciliación entre la vida laboral y la vida familiar de las mujeres, teniendo como telón de fondo la discusión sobre género y desigualdad de género. Por un lado las discusiones sobre género se han movido en líneas de investigación relacionadas con la construcción social de las conductas esperadas de lo que se considera femenino y lo que se considera masculino, aludiendo a comportamientos que se establecen de forma colectiva, feminizando labores como el cuidado y labores del hogar y masculinizando el trabajo remunerado fuera del hogar.⁹²

Reconocer el valor del cuidado en la primera infancia mediante políticas de bienestar social es uno de los instrumentos más importantes para formular una agenda política. Para ello es clave mencionar algunos enfoques teóricos en los

⁹¹ Entrevista al Ministro de Bienestar Social y Familia, 2013.

⁹² Sainsbury, D. (1996), *Gender, Equality and Welfare States*, Nueva York, Estados Unidos.

que se basa la discusión entre las diversas nociones de cuidado y su relación con el desarrollo integral infantil. Los principales enfoques corresponden a:

- El cuidado como una actividad que contribuye a la incorporación de las mujeres en el mercado laboral.
- El cuidado como una práctica que da empleo a las mujeres.
- El cuidado como un derecho de la niñez para alcanzar un desarrollo integral y cognitivo, y
- El Estado como empresa pública y oferente de servicios de cuidado infantil.⁹³

En América Latina y el Caribe existen fuertes disparidades en lo que se refiere al acceso que tienen niñas y niños a las diversas formas de educación pre-escolar y sistemas de cuidado. En Costa Rica, un alto número de niños y niñas entre los 0 y 6 años vive en condiciones de pobreza y no recibe educación preescolar de calidad.⁹⁴

En Costa Rica, algunos de los programas estatales tienen como objetivo principal el ofrecer servicios integrales de desarrollo cognitivo y motor según las necesidades de las distintas edades, ya que se ha demostrado científicamente que los primeros cinco años de vida es el periodo clave para la adquisición de aprendizajes y habilidades.

En Costa Rica los planes electorales de los partidos políticos son requisito implícito en el artículo 98 de la Constitución Política de Costa Rica, todo partido responsable debería tener una propuesta de gobierno que presente en período de campaña. Si el partido logra ser electo, este plan de gobierno en teoría se convierte en la base para el Plan Nacional de Desarrollo; por tanto, es obligatorio

⁹³ Guzmán, J. (2014), (Coordinadora). Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica El proceso de construcción 2010-2014, CEPAL. Serie Políticas Sociales N° 203.

⁹⁴ Vegas, E. y Santibáñez L. (2010), La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe, Washington, Estados Unidos: Banco Mundial.

para todo gobierno contar con un plan nacional de desarrollo de largo, mediano y corto plazo que amplíe las propuestas planteadas en el plan de gobierno con plazos, metas e indicadores de cumplimiento. Es decir, el plan nacional de desarrollo es el marco global que orienta los planes operativos institucionales.

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, fue declarada como iniciativa de interés público mediante el Decreto Ejecutivo N° 36020, que fue firmado por la presidencia el 8 de mayo de 2010, el mismo día de la toma de posesión de la presidenta Laura Chinchilla. Es decir, el arranque del gobierno priorizó en su agenda gubernamental el tema del cuidado y desarrollo infantil (y que evidencia la facultad del Ejecutivo de acoger programas y darles prioridad).⁹⁵

Además de priorizar el tema en la agenda de gobierno, mediante la firma de un acuerdo la Presidenta estableció la institución y la persona responsable, elevando el rango de ministro de Bienestar Social y Familia, quien ejercería a partir de entonces las labores de coordinación de los planes de desarrollo de la REDCUDI.⁹⁶

3) Adopción

El estado costarricense ha asignado gran relevancia a contar con programas y proyectos de cuidado infantil integrados en una estrategia de atención integral, de modo de que los recursos sean ejecutados de la mejor forma. Al respecto, se plantea que: “una política nacional es un camino útil para articular y coordinar diversas políticas desde una visión común”.⁹⁷

Entre los muchos ejemplos de iniciativas gubernamentales implementadas en Costa Rica en el tema del cuidado infantil, y que fusionan varios de los elementos señalados, destacan dos: i) los Centros de Educación y Nutrición y de Centros Infantiles de Atención Integral y ii) el programa Segunda Casa que proponía un

⁹⁵ Entrevista al Ministro de Bienestar Social y Familia, 2013.

⁹⁶ Presidencia de la República, 2010.

⁹⁷ Vegas, Emiliana y Lucrecia Santibáñez (2010), *La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe*, Washington, Estados Unidos: Banco Mundial, p. 162.

sistema de cuidado para menores de edad una vez concluida la jornada escolar y era supervisado por el Ministerio de Educación Pública.⁹⁸

El estado costarricense ha asignado gran relevancia a contar con programas y proyectos de cuidado infantil integrados en una estrategia de atención integral, de modo de que los recursos sean ejecutados de la mejor forma. Al respecto, se plantea que: “una política nacional es un camino útil para articular y coordinar diversas políticas desde una visión común”.⁹⁹

Tabla 2. COSTA RICA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE CUIDADO PREVIAS A LA REDCUDI Y SU INSTITUCIONALIDAD, 2013	
Políticas públicas	Instituciones
Centros de Nutrición (1951)	Ministerio de Salubridad
Centros de Educación y Nutrición (1971)	Ministerio de Salud
Centros Infantiles de Atención Integral (1972)	Ministerio de Salud
Guarderías Infantiles y Previsión Social (1989)	Ministerio de Trabajo
Hogares Comunitarios (1992)	Instituto Mixto de Ayuda Social
Centros de Atención Integral (2000)	Ministerio de Salud

Fuente: Ministerio de Salud de Costa Rica, con información extraída de Alexia Calvo y otros, “Un análisis histórico crítico de la política social de cuidado para la niñez en Costa Rica”, Universidad de Costa Rica, 2012.

Desde el plan de gobierno de Laura Chinchilla planteado en campaña se propuso impulsar programas que incentivaran a la empresa privada a suministrar servicios de cuidado infantil e instalar en el país un sistema integral de cuidado que brindara mejores y mayores oportunidades de cuidado a la primera infancia. En mayo de 2010, cuando ya había sido electa Presidenta de la República, Chinchilla firmó el decreto ejecutivo N° 36020 que declaraba de interés público la Red Nacional de Cuido y que constituye la base que sustentó la implementación de la REDCUDI como una política pública.

⁹⁸ Mata, Alonso, (2009), “MEP clausura guarderías escolares en zonas pobres”, Periódico en Línea La Nación, 2 de marzo de 2019 [en línea] http://www.nacion.com/ln_ee/marzo/02/pais1891090.html.

⁹⁹ Vegas, Emiliana y Lucrecia Santibáñez (2010), La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe, Washington, Estados Unidos: Banco Mundial, p. 102.

A partir de este decreto N° 36020 de mayo de 2010, se arranca con la política pública como prioridad del gobierno aspirando a impulsar su sostenibilidad en el tiempo, aspecto que finalmente se logra con la aprobación de la Ley N° 9220, Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI) en marzo del 2014.

El curso de acción de la REDCUDI desde su creación mediante los siguientes pasos:

- 1) Desarrollo y organización de la Red,
- 2) apertura de nuevos centros de cuidado,
- 3) fortalecimiento de alternativas de cuidado existentes y
- 4) participación comunal y familiar.¹⁰⁰

De la misma manera, el sustento y fundamento jurídico nacional que soporta el modelo de la REDCUDI ejemplifica la existencia de estándares jurídicos y principios básicos que otorgan financiamiento, mecanismos de acceso y selección que le darán sostenimiento a la política social en un futuro.¹⁰¹

El enfoque de la política social en estudio se basa en derechos. A partir de allí se propone resolver el problema de incumplimiento a una serie de derechos de las mujeres trabajadoras y sus familias, de los niños y las niñas, de modo que de no hacerlo se perpetúa un sistema excluyente con amplios grupos sociales vulnerables en condiciones de desigualdad y riesgo. Esto implica que las políticas públicas con enfoque de derechos buscan la integración social, universalidad y participación de la sociedad civil para la construcción de ciudadanía.¹⁰²

¹⁰⁰ Ministerio de Bienestar Social y Familia, 2011, p. 31.

¹⁰¹ Esta situación se logró con la aprobación de la Ley N° 9220. En el tema de financiamiento, la ley específica que FODESAF aportará al menos un 4% de sus ingresos anuales ordinarios y extraordinarios, además se cuenta con recursos de fuentes nacionales e internacionales.

¹⁰² Poder Ejecutivo, Decreto N° 36916-MP-MBSF, 2011.

El proyecto de ley es un punto determinante para la permanencia a lo largo del tiempo de una política social y de bienestar como lo es la REDCUDI, debido a que trasciende la gestión de un solo gobierno.

El Decreto Ejecutivo N° 36020, que declara de interés público la conformación y desarrollo de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, evidencia la facultad del Ejecutivo de acoger programas y darles prioridad. Tal como ya se mencionó, el tema del cuidado y desarrollo infantil fueron priorizados en el arranque mismo de este gobierno. Además, por las facultades del Ejecutivo ese mismo día se firmó el acuerdo (Presidencia de la República, 2010) que le otorgó rango de ministro de Bienestar Social y Familia al presidente ejecutivo del IMAS, quien sería la cabeza del ministerio encargado de realizar la coordinación de los planes de desarrollo de la REDCUDI.

Mediante este decreto de interés público, el tema del cuidado y desarrollo infantil entra en la agenda gubernamental y se define como un problema público prioritario. Esto responde no solo a la información concreta disponible sobre la necesidad de crear servicios sociales que permitieran a las mujeres integrarse al mercado laboral, tomando en cuenta la corresponsabilidad social del cuidado para evitar su feminización, situación que les implica jornadas dobles y triples. Además, responde al hecho de que los centros de cuidado se reconocen como espacios donde se desarrollan las capacidades cognitivas de las y los niños en sus primeros años de vida, aspecto que mejora sus condiciones de acceso a las oportunidades.¹⁰³

La relación gobierno-organizaciones de mujeres no fue sostenida en el tiempo, lo que parece mostrar que la aparente dicotomía entre los objetivos que aludían al desarrollo de la niñez por un lado, y aquellos que buscaban apoyar a las

¹⁰³ Román, Isabel y Natalia Morales (2010), Demanda potencial de cuidado infantil según estructura de los hogares: el caso de Costa Rica, San José, Costa Rica: INAMU-PEN.

mujeres para que pudieran acceder al mercado laboral, teniendo dónde dejar a sus hijos, no resultaron contrapuestos, sino efectivamente complementarios.¹⁰⁴

4) Institucionalización.

El programa Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil se puede analizar con el lente del enfoque neoinstitucional en su vertiente sociológica organizacional, que concibe la política pública como procesos de decisión, de creación y de desarrollo de modelos de acción pública diferentes, según el contexto organizacional y el momento.¹⁰⁵ En este enfoque se reconoce la interacción entre organizaciones gubernamentales y sociales fuertemente institucionalizadas que actúan de acuerdo con prácticas o modelos de acción distinguibles.¹⁰⁶

El 24 de marzo de 2014, la Presidenta de Costa Rica, Laura Chinchilla Miranda, firmó la Ley N° 9220, “Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil” (REDCUDI), aprobada en la Asamblea Legislativa, hecho que se inserta en una historia de participación del Estado en el cuidado infantil, y la singularidad de haberse convertido en Ley de la República.¹⁰⁷

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI), se constituye como una política pública que implica una iniciativa gubernamental diseñada para respaldar y legitimar las intervenciones estatales desde el enfoque del proteccionismo social y ofrecer servicios que potencien el desarrollo humano de la primera infancia.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Las organizaciones de mujeres han tenido, al menos en relación con REDCUDI, cada vez una participación mucho menos activa.
¹⁰⁵ Maldonado Valera, Carlos y Andrea Palma Roco (2013a), “La construcción de pactos y consensos en materia de política social: apuntes para un marco de análisis”, serie Políticas Sociales N° 179 (LC/L.3660), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Publicación de las Naciones Unidas.
¹⁰⁶ El caso de Costa Rica muestra el peso de las inercias de las políticas adoptadas con anterioridad y cómo la voluntad de posicionar sistemáticamente al cuidado como componente del sistema de protección social requiere ajustarse y construirse sobre la base de políticas y programas ya existentes.
¹⁰⁷ Guzmán, J. (2014), (Coordinadora). Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica El proceso de construcción 2010-2014, CEPAL. Serie Políticas Sociales N° 203.
¹⁰⁸ Ministerio de Bienestar Social y Familia. de Costa Rica. Sinopsis sobre la conformación y desarrollo de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, 2014.

El “Plan Estratégico de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (PEI-REDCUDI) 2018-2022” es el resultado del proceso de planificación estratégica realizado durante el segundo semestre del año 2017 y este se construyó a partir de un proceso participativo, que involucra variados puntos de vista a lo largo de diferentes momentos y tipos de consulta con agentes clave.¹⁰⁹

La Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil, como subsistema nacional, articula alternativas de atención, cuidado y desarrollo infantil, garantiza la cobertura progresiva, sostenible y la mejora continua en la calidad de los servicios, mediante la planificación y la gestión intersectorial. Cuenta con los Objetivos Estratégicos siguientes:

- 1) Establecer un marco intersectorial normativo, conceptual, operativo y organizacional de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.
- 2) Establecer un sistema financiero de gestión, asignación y fiscalización intersectorial de los recursos público-privados, que permita ampliar la cobertura, sostenible, para la mejora continua de la calidad de los servicios.
- 3) Establecer un sistema de planificación y gestión intersectorial para el fortalecimiento de la articulación y la prestación de servicios de atención, cuidado y desarrollo infantil.
- 4) Promover la corresponsabilidad social de los cuidados y el enfoque de derechos de la niñez como parte de la gestión de la red de atención, cuidado y desarrollo infantil.¹¹⁰

La actual conformación de la REDCUDI abarca las siguientes instituciones: Ministerio de Bienestar Social y Familia (MBSF); Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS); MINSA; MEP; Municipalidades; Dirección Nacional de Desarrollo Comunal; Universidad Nacional; Universidad de Costa Rica; Instituto Nacional de

¹⁰⁹ Plan Estratégico Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil 2018-2022. Red Nacional de Cuidado 2018, (REDCUDI).

¹¹⁰ Red Nacional de Cuidado 2018, Plan Nacional, p. 18.

Aprendizaje (INA); Instituto Nacional de la Mujer y Caja Costarricense de Seguro Social –CCSS.¹¹¹

La intervención del Estado en temas de cuidado se visualiza como un área de continua atención, no sólo pública-institucional sino también en apoyo de la sociedad civil. Tales criterios de acción son: a) integralidad y holismo, b) calidad, c) dinamismo y sinergia, d) flexibilidad y e) oportunidad.

La Secretaría Técnica de REDCUDI (ST-REDCUDI) es la figura encargada de regular los procesos de implementación de estos centros, controlando la cobertura ofrecida. La conformación de estos centros se basó en el modelo de atención de servicios de cuidado y desarrollo infantil.¹¹²

El sistema de financiamiento de la REDCUDI es de corte mixto; es decir, parte del financiamiento solidario se deriva de una contribución por parte del Gobierno de la República, Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF), municipalidades y el aporte de aquellas empresas privadas, organizaciones de la sociedad civil que deciden brindar una especie de donación o ayuda monetaria para el mantenimiento y administración. El modelo de financiamiento se caracteriza por el hecho que “El Estado podrá subsidiar, en forma parcial o total, aquellas familias en condición de pobreza o de riesgo y vulnerabilidad social, de acuerdo con la normativa vigente para las instituciones correspondientes y se podrán establecer mecanismos mixtos de financiamiento”. Las familias que son beneficiarias de la REDCUDI también podrán recibir un subsidio parcial o total, un monto variable que se entrega mensualmente por cada persona menor de edad atendida en el sistema. Entonces, el subsidio es de la familia y ella escoge el centro infantil de su elección, que forme parte de la Red de Cuido”.¹¹³

¹¹¹ Ministerio de Bienestar Social y Familia, 2011, p. 34.

¹¹² Ministerio de Bienestar Social y Familia, 2011, p. 31.

¹¹³ Ministerio de Bienestar Social y Familia.

En el caso de los gobiernos locales, ellos podrán optar por presentar una contrapartida presupuestaria institucional en dinero u otro insumo que funja como aporte del municipio para la construcción y puesta en marcha. El rol que ostentan las municipalidades como unidades ejecutoras evidencia la cooperación interinstitucional que se despliega en todo el proceso de formulación e implementación de la política pública.

El tema del financiamiento puede ejemplificarse como la construcción de un pacto, ya que es necesario el establecimiento de un pacto financiero para que se ponga en marcha un pacto social.

La REDCUDI está conformada por los servicios de cuidado ya existentes prestados por instituciones públicas, los centros de atención integral u Hogares Comunitarios, asociaciones de desarrollo, asociaciones solidarias y cooperativas y centros infantiles administrados por empresas privadas. Es decir, el cuidado incluye modalidades que integran lo público y lo privado. La novedad, es que se complementa con la modalidad de participación de los gobiernos locales. Algunos gobiernos locales no están preparados, pero hay apertura, el tema es la formación y capacitación”.¹¹⁴

¹¹⁴ Entrevista al representante de UNICEF en Costa Rica, 2013.

Tabla 3. Marco Estratégico de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil			
Visión: Desarrollado un subsistema nacional de atención, cuidado y desarrollo integral infantil que articula los servicios públicos y privados, de acceso universal, con financiamiento solidario y sostenido.		Misión: REDCUDI como subsistema nacional que articula alternativas de atención, cuidado y desarrollo infantil, garantiza la cobertura progresiva, sostenible y la mejora continua en la calidad de los servicios, mediante la planificación y la gestión intersectorial.	
Objetivo estratégico 1. Establecer un marco intersectorial normativo, conceptual, operativo y organizacional de la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil.	Objetivo estratégico 2. Establecer un sistema financiero de gestión, asignación y fiscalización intersectorial de los recursos público-privados, que permita ampliar la cobertura, sostenible, para la mejora continua de la calidad de los servicios.	Objetivo estratégico 3. Establecer un sistema de planificación y gestión intersectorial para el fortalecimiento de la articulación y la prestación de servicios de atención, cuidado y desarrollo infantil.	Objetivo estratégico 4. Promover la corresponsabilidad social de los cuidados y el enfoque de derechos de la niñez como parte de la gestión de la red de atención, cuidado y desarrollo infantil.
Requerimientos a. Normativa apropiada. b. Sostenibilidad financiera. Identificación de recursos económicos. c. Planificación efectiva. d. Gestión efectiva y oportuna de servicios de cuidado, atención y desarrollo y propuesta de financiamiento. e. Articulación entre instituciones públicas y privadas para ofrecer servicios de calidad. f. Acceso a servicios: disponibilidad de servicios y programas con pertinencia socioeconómica; ampliación gradual de cobertura. g. Establecimiento de condiciones habilitadoras. h. Implementación Óptima. i. Supervisión, evaluación y rendición de cuentas. j. Monitoreo y garantía de calidad (estándares esenciales de prestación de los servicios) k. Apoyos a mejoras de calidad de los servicios. l. Desarrollo del capital humano (capacitación). m. Sistema de información operando en línea para el procesamiento de datos y comunicación a la sociedad.			
Fuente: Elaboración propia con base en el Plan Estratégico Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (REDCUDI) 2018-2022, Gobierno de Costa Rica.			

1.4. El caso de la Ciudad de México

Para el caso de la Ciudad de México, se analizará la bibliografía correspondiente a los elementos analíticos siguientes, con la finalidad de aproximar una caracterización óptima de un Construcción de un modelo de gestión de los cuidados de las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México.

ELEMENTO 1. Los cuidadores de las Personas con Discapacidad (oferta).

Para el caso de los/las cuidadores (as), se identificarán las estrategias de cuidado, a través de preguntas como: ¿Quién cuida? ¿Cómo cuida? ¿Por qué cuida? ¿Cuánto tiempo dedican las personas al cuidado? ¿Cómo afecta su vida? ¿Reciben una remuneración por hacerlo? Para obtener esas respuestas, se tomarán los datos de: la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS), a través de la que se indagarán las actividades específicamente de cuidado de Hombres y Mujeres.

Ya se ha logrado que el aporte económico de los cuidados sea contabilizado en el Sistema de Cuentas Nacionales de México, por lo que ahora sabemos que estas actividades antes desvalorizadas en realidad generan una riqueza equivalente al 24.2% del Producto Interno Bruto del país.¹¹⁵

A los cuidadores se les caracterizará a través de diversos productos con los que cuenta INEGI, tales como: la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2014 (ENUT), que nos permite saber si las mujeres destinan más horas al trabajo que los hombres (remunerado y no remunerado) o la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS), se indagarán las actividades específicamente de cuidado entre Hombres y Mujeres.

Para la definición de la población con actividades de cuidado de Personas con Discapacidad en su hogar, se utilizará la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social 2012 (ELCOS) y la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 (ENESS), en las que se indagarán las actividades específicamente de cuidado de personas con alguna discapacidad.

En cuanto a la caracterización del uso del tiempo dedicado a las labores de cuidado. Con la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo 2014 (ENUT), nos

¹¹⁵ Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2017.

permitirá saber las horas destinadas al trabajo (remunerado y no remunerado), por sexo.

Para el trabajo de cuidado para Personas con Discapacidad profesional y no profesional. Partimos de los marcos propuestos por la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2014. Dicha encuesta clasificó las actividades de las personas básicamente en 13 rubros, si atendemos la propuesta de entender al trabajo doméstico como un espacio de cuidados (directos e indirectos).

A través del Sistema Nacional de Clasificación de Ocupaciones (SINCO), se identificarán los profesionales que se encuentran realizando estas actividades en el mercado de trabajo.

ELEMENTO 2. Las Personas con Discapacidad (demanda).

Para el caso de los receptores del cuidado, tomando en cuenta que los tipos de discapacidad se definen a partir de las limitaciones funcionales de las personas, con relación a los grados de discapacidad, a través de preguntas como: ¿Quiénes son? ¿Cuántos son? de modo que podamos analizar lo que ocurre por grupos de edad y sexo, y posteriormente de las necesidades de cuidado se desprenderán de este análisis.

La categorización para identificar las necesidades de las Personas con Discapacidad, se atenderán a través de las variables que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y su Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), ha determinado con fines de obtención de datos sociodemográficos a nivel nacional.¹¹⁶

La variable “Personas con Discapacidad” se identificará de acuerdo a la limitación funcional que corresponda, de acuerdo con el catálogo del SNIEG:

¹¹⁶ Cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en su versión 2014. INEGI.

- 1.- Dificultad para caminar, subir o bajar usando sus piernas
- 2.- Dificultad para ver (aunque use lentes)
- 3.- Dificultad para mover o usar sus brazos o manos
- 4.- Dificultad para aprender, recordar o concentrarse
- 5.- Dificultad para escuchar (aunque use aparato auditivo)
- 6.- Dificultad para bañarse, vestirse o comer
- 7.- Dificultad para hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros)
- 8.- Dificultad para realizar sus actividades diarias (con autonomía e independencia), relacionada a problemas como autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etc.¹¹⁷

Estas variables de acuerdo con este catálogo, además permiten identificar el grado de la limitación funcional, para la tipología mostrada. Y con ello, aproximarnos al tipo de cuidados que la limitación requeriría de manera específica para cada caso. La tipología para los grados es la siguiente:

“No puede hacerlo”, se considera grado 1.

“Lo hace con mucha dificultad”, grado 2.

“Lo hace con poca dificultad”, corresponde al grado 3.

Finalmente el grado 4, “No tiene dificultad”.

En términos de la CIF, se puede decir que los grados de dificultad se miden por medio de los calificadores establecidos en la clasificación y son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad, que van de (1) No, sin dificultad, (2) Sí, alguna dificultad, (3) Sí,

¹¹⁷ Por ser un conjunto o set de preguntas derivado de las recomendaciones del Grupo de Washington, la traducción del inglés se ha hecho literal. Por lo que respecta a la palabra “problemas”, expertos en el tema como Agustina Palacios (2009), han señalado que debería modificarse y generarse una nueva palabra que permita omitir el estigma de que una condición de vida, significa un problema para una persona o para una comunidad. Aún se debate al respecto. Aplica también para la pregunta de apertura del set.

mucha dificultad hasta (4) No puede hacerlo. Y en un factor contextual es un facilitador o barrera (OMS, 2011).¹¹⁸

Estos grados, proporcionan información detallada de la vida de las Personas con Discapacidad y permite la comparación entre grupos con diferentes grados de discapacidad, lo cual es útil para identificar qué intervenciones son necesarias para maximizar la inclusión y el funcionamiento de las personas que viven con esta condición. Para el caso de este trabajo, se identificarán intervenciones con relación a los cuidados que se requieren.¹¹⁹

Para lograr lo anterior, se analizará y caracterizará la población con discapacidad. Esta información se obtendrá de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), caracterizando las dimensiones de la discapacidad y sus magnitudes. Esto con base en la categorización propuesta por el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG). En cuanto a la definición y caracterización de la población con discapacidad que requiere cuidados, se analizará el universo de Personas con Discapacidad, la población que requiere cuidados. Los grados 3 y 4 definidos por el SNIEG a pesar de ser asociados con niveles de dependencia diferentes y por tanto atenciones diferentes que implica horas de cuidado.

Se complementará el análisis con datos de la Encuesta Nacional de Hogares 2014, para saber de la población de 3 años y más con discapacidad quiénes utilizan la ayuda de alguien

Con estos dos elementos documentados, se podrá avanzar en la propuesta final, que tiene que ver con una caracterización de las situaciones de dependencia por tipo de discapacidad y sus necesidades específicas para el desarrollo de un Modelo para la gestión del cuidado. Finalmente, para la caracterización del

¹¹⁸ INEGI. La discapacidad en México, datos al 2014-2016, p. 16.

¹¹⁹ Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2013.

Modelo para la gestión del cuidado de Personas con Discapacidad, se identificará el acceso a servicios de cuidado en primera instancia (o la falta de), a través de las Instituciones que los ofrecen. Para lo cual se recurrirá a los servicios de cuidado en la Ciudad de México.¹²⁰

ELEMENTO 3. Servicios públicos y privados de cuidado en la Ciudad de México.

Servirá para precisar un panorama relativo a las opciones de cuidado por parte del Estado y del Mercado, para poder responder a las preguntas:

- ¿Cuáles son las opciones de cuidado que existen por parte del Estado?
- ¿Cuáles son las opciones de cuidado que existen por parte del Mercado?

Por otro lado, la calidad en la atención a las Personas con Discapacidad es un elemento más que se determinará a partir de los datos obtenidos, al responder preguntas como:

- ¿Qué formación existe para los cuidadores de las Personas con Discapacidad?
- ¿Qué certificaciones existen para el tema de cuidados de las Personas con Discapacidad?
- ¿Qué protocolos de atención para situaciones de dependencia por tipo de discapacidad existen?

Identificado, los criterios y protocolos que se utilizan para atender a las Personas con Discapacidad en forma de un listado para la Ciudad de México. La revisión del inventario de *cuidados para la Ciudad de México*¹²¹ y los catálogos

¹²⁰ Identificación realizada por ONU Mujeres y el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir (ILSB), en el marco del Comité Económico y Social de la Ciudad de México en 2015.

¹²¹ Consejo Económico y Social (CES), 2017.

disponibles respecto a servicios públicos y privados, en la bibliografía existente, que se ha generado desde la Sociedad Civil puesto que todas las acciones que lo integran aportan a los cuidados.

Tabla 4. Elementos de análisis del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México

Personas con Discapacidad	Cuidadores	Gobierno, IP, OSC
Clasificación por tipo de limitación en la funcionalidad	La tasa de informalidad laboral (trabajo doméstico y de cuidados – informales)	Revisión de instituciones que ofrecen cuidados para Personas con Discapacidad públicas (servicios, protocolos de atención)
Clasificación por grado para cada limitación en la funcionalidad	Promedios de hora invertidas en trabajo no remunerado y trabajo remunerado	Revisión de instituciones que ofrecen cuidados para Personas con Discapacidad privadas (servicios, protocolos de atención)
Distribución porcentual de la población de 3 años y más con discapacidad que utiliza ayuda de alguien	Tiempo promedio para la realización de trabajos de cuidados	Aproximación de las necesidades de cuidado cubiertas con los servicios que existen públicos o privados, respecto al ideal para cada limitación funcional

Fuente: Elaboración propia con base en la caracterización de oferta y demanda de servicios de cuidado.

Capítulo 2. Los cuidados de las Personas con Discapacidad como problema público en México.

2.1. Los cuidados como problema público

Los cuidados son un indicador de desigualdad.¹²² Todas y todos requerimos cuidados a lo largo de nuestras vidas, sin embargo, una realidad es que en nuestra sociedad algunas personas pueden acceder al cuidado y otras no. Algunas reciben cuidados de calidad y otras por el contrario, viven situaciones de violencia que se agravan por su situación de dependencia.

Desde el punto de vista de quien cuida también hay desigualdades, hay quienes invierten más tiempo y recursos en cuidar y hay quienes aun con la posibilidad de cuidar, no lo hacen. Cuidar en exceso también empobrece. Es un hecho documentado, que las mujeres y las niñas cuidan más y que los cuidados se asumen como una actividad feminizada, aún en la Ciudad de México que tiene una trayectoria en la defensa de los derechos de las mujeres.

De acuerdo con el Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir y ONU Mujeres (2018), tenemos modelos económicos, pero también de organización social y familiar, culturales, que perpetúan las desigualdades estructurales, entre ellas la desigualdad de género. De modo que los cuidados son un asunto esencial para el ejercicio de los derechos humanos de las personas y por tanto, las personas tienen derecho a recibir cuidados de calidad y a ser tratadas con respeto y fortaleciendo su autonomía. Asimismo, las personas tienen derecho a cuidar, si así lo decidieran, lo que implica que las condiciones para poder hacerlo deben existir y asegurar que el cuidado no sea un obstáculo para el ejercicio de otros derechos.

¹²² Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), Los cuidados como problema público, Ciudad de México.

2.2. ¿Qué son las políticas de cuidado?

De acuerdo con ONU Mujeres (2016), una de las definiciones más utilizadas sobre los cuidados, indica que los cuidados son el conjunto de actividades cotidianas que permiten regenerar día a día el bienestar físico y emocional de las personas y que involucran tareas de cuidado directo, cuidado indirecto y de gestión de los cuidados.¹²³ Así los cuidados tienen tres niveles de acción que interactúan entre sí:

Cuidados directos: Se refiere a las tareas que requieren interacción directa entre la persona que es cuidada y la que cuida como dar de comer, bañar o vestir.

Cuidados indirectos: Son las tareas que se requieren para establecer las condiciones materiales que posibiliten el cuidado directo, como lavar la ropa para vestir o cocinar para poder alimentar. A estas tareas también las conocemos como trabajo doméstico.

Gestión de los cuidados: Son las tareas necesarias para coordinar, planificar y supervisar las acciones para que se lleven a cabo los cuidados, como la coordinación de terapias de rehabilitación, la planificación y compra de alimentos para elaborar una dieta con características especiales, etc.¹²⁴

Así que los cuidados son una necesidad intrínseca de las personas que está presente a lo largo de la vida y se manifiesta con las características e intensidades según la etapa del ciclo de vida o situación de dependencia derivado de alguna discapacidad, enfermedad. Para resolver dichas necesidades, se requiere tiempo, recursos económicos y materiales y también habilidades y conocimientos según el tipo de cuidado que se esté demandando.

¹²³ ONU Mujeres en coordinación con el Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018).

¹²⁴ Los cuidados como problema público, ILSB.

Cuando hablamos de cuidados hablamos del conjunto de actividades vinculadas a la gestión y mantenimiento cotidiano de la vida, de la salud y del bienestar de las personas. Resulta de la acción directa o del proceso por el cual esta gestión y mantenimiento son posibles.¹²⁵

Es así que se reconoce que los cuidados por ser relacionales tienen múltiples dimensiones, son trabajo, con economía y son un derecho.

2.3. ¿Cómo surgió el problema público en la Ciudad México?

En la Ciudad de México hubo un momento en que se puso en juego lo que Parsons denomina los enfoques críticos del pluralismo, cuando este autor destaca que esta perspectiva, en particular fue desafiada por Schattschneider al argumentar que: "No es necesariamente cierto que las personas con las mayores necesidades sean las más activas en la política; quienquiera que decida de qué se trata el juego prácticamente decide quién puede participar en él" (1960: 105). La explicación "realista" de Schattschneider mostró la existencia de un sesgo que opera a favor de algunos y en contra de otros. De acuerdo con esto, "los temas en la agenda política pueden estar relacionados racionalmente, no entre sí, sino con algún ideal o principio político más amplio que trasciende la agenda: una visión ideológica del sistema político" (Crenson 1971:173). Por lo tanto, la agenda no es aleatoria, sigue un orden preciso.¹²⁶ Como vimos, en México hubo un punto de inflexión en la evolución del tema: este cambio en el gabinete de gobierno que incidió en las prioridades en función de una visión de una postura política en ese momento. Por ejemplo en 2014 que se iniciaron los trabajos de un Comité denominado: Comisión de Economía del Cuidado e Igualdad Laboral (CECILA). Inicialmente dirigido como un mecanismo de coordinación interinstitucional con el propósito de promover estrategias y mecanismos de evaluación y seguimiento de las políticas del Gobierno del Distrito Federal (Ciudad de México) dirigidas a

¹²⁵ Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016.

¹²⁶ Parsons W. (2009), Meso-Análisis. Análisis de la definición del problema, el establecimiento de la agenda y la formulación de las políticas públicas en Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. Buenos Aires, FLACSO México-Miño y Dávila Editores, p. 172.

fomentar la igualdad laboral y la economía del cuidado desde una perspectiva de no discriminación e igualdad sustantiva entre mujeres y hombres.¹²⁷ Tomando en cuenta el hecho que el cuidado no formaba parte de “los grandes temas” que preocupaban a los políticos varones que determinaban la agenda prioritaria.¹²⁸

Tanto las condiciones socioeconómicas originales de una sociedad (en la medida en que hacen visibles las cuestiones a resolver), como su marco institucional (que establece los mecanismos a través de los cuales las distintas problemáticas son incorporadas como demandas legítimas, a resolver desde la acción gubernamental) y la dinámica de sus actores políticos al interior de dichas instituciones (la configuración de poder relativo que delimita y determina qué tipo de problemas serán considerados “públicos” e incorporados en la agenda de gobierno para su resolución).¹²⁹

El proceso de problematización del cuidado inició reuniendo las voces de diversos actores que desde sus ámbitos de participación (Estado, mercado, familias, sociedad civil), colocaron en la discusión sus perspectivas y necesidades. No obstante lo anterior, también ocurrió que si bien el proceso de problematización evolucionó de acuerdo con formas y tiempos hasta el punto de asumir que era imperativo transitar al cuidado como otro pilar las políticas públicas dentro de un marco de derechos, avanzar a la institucionalización de todos los actores, se logró hasta que ocurrió un cambio de gobierno. Y con el cambio de gobierno, una sucesión de decisiones “sesgadas” respecto a la incidencia o falta de ella de los actores dentro de un ámbito organizacional.¹³⁰

¹²⁷ Plan Estratégico de Economía del Cuidado de la Ciudad de México. Propuesta de creación del Sistema de Cuidados y su marco normativo. Consejo Económico y Social de la Ciudad de México.

¹²⁸ De acuerdo con Rico M. N., Sojo A., Hopenhayn M. et. al. (2014), se asume que la base del bienestar no radica solo en el trabajo remunerado, sino que también se deben considerar los servicios prestados por las familias, en especial, las mujeres. La mercantilización no tiene el mismo significado para ambos sexos, porque la participación de las mujeres en el mercado de trabajo no significa que ellas dejen de cumplir tareas no remuneradas y que puedan elegir entre realizarlas o no.

¹²⁹ Del Tronco, J. (2018), Op. Cit. p. 19.

¹³⁰ En palabras de Schattschneider: “la organización es la movilización del sesgo”. (1961:71) La atención del tema tiene que estar relacionada con el contexto organizacional.

Para lo cual se tomaron en consideración dos elementos que permitieron enmarcar los primeros pasos, estos fueron: 1) Cuando el Estado garantiza a las personas derechos que son independientes de su participación en el mercado, este proceso se denomina des-mercantilización, 2) Cuando el bienestar de los individuos depende de los sistemas familiares de cuidados y de protección, se denomina familismo.¹³¹

Para avanzar a una explicación a ello se utilizó en primero lugar para situar la discusión sobre a qué nos referimos cuando indicamos una condición de discapacidad, se recurrió a las fuentes de información estadística oficiales a nivel nacional tales como: “Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, 2013” o “La discapacidad en México, datos al 2014. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), México, 2016”. Por otro lado, con el fin de entender los contextos de las discusiones sobre los cuidados que incipientemente en el periodo de gobierno 2012-2018 en la Ciudad de México, que se concretaron a través de la “economía del cuidado” como tema, encabezado en 2015 por la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo y en particular del documento: “El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral”, del Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016, así como los trabajos encabezados por el Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C. y ONU Mujeres para poder contar con un Inventario y Análisis de Políticas Públicas del Gobierno de la Ciudad de México desde el Paradigma de los Cuidados, presentado en 2016.

Finalmente el programa de política pública para Personas con Discapacidad, que permite apuntar cuáles son los temas específicos con los que se ha avanzado en una agenda de gobierno para la Ciudad: “Programa para la integración al desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal 2014-2018”.¹³²

¹³¹ Sojo, A. (2011). De la evanescencia a la mira: El cuidado como eje de políticas y de actores en América Latina. CEPAL.

¹³² Gaceta Oficial de la Ciudad de México (24 de febrero de 2015).

2.4. ¿Cuál es el estado actual de la Ciudad en provisión de bienes y servicios de cuidado para personas con discapacidad?

En el marco de las responsabilidades del Estado para garantizar el derecho al cuidado y con la intención de incrementar el debate público en esta materia, en el periodo de gobierno 2012-2018 la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México (STyFE), el Consejo Económico y Social y el Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C., a través de la Mesa de la Comisión de Economía del Cuidado e Igualdad Laboral (CECILA), se elaboró una propuesta de Sistema de Cuidados para la Ciudad de México. Misma que se construyó tomando en cuenta que en la Ciudad de México se cuenta con programas o acciones que impactan en los cuidados indirectos tales como los que proveen alimentación, también existen programas que aportan recursos como transferencias monetarias, que bien pueden destinarse para alguno de los componentes de la gestión del cuidado.¹³³

2.4.1. Conjunto de bienes y servicios de cuidado en la Ciudad de México

En cuanto a la oferta de servicios de cuidado directo que tiene el gobierno de la Ciudad para la población, de acuerdo con el inventario de políticas de cuidado realizado por ONU Mujeres y el Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. en el marco de la CECILA (2015), se cuenta con los datos siguientes:¹³⁴

- De 0 a 5 años, existe un déficit del 49% de espacios para el cuidado infantil.
- De 6 a 14 años, sólo hay 700 escuelas públicas de tiempo completo de 5,373, o sea el 13%.
- Más de 75 años, hay 25 establecimientos que dan cobertura a 3,400 personas de 337,816 (el uno por ciento)

¹³³ Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), Los cuidados como problema público, Ciudad de México.

¹³⁴ Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016.

- Personas con Discapacidad, la atención es en las unidades básicas de rehabilitación, a las que solo llega el 5.5% del total de esta población.

Estos datos indican que hay un importante déficit de servicios de cuidado directo ofrecidos para las poblaciones con cierto grado de dependencia. Además, hay poca evidencia de las condiciones en las que estas personas son cuidadas, con relación a estándares en la atención que reciben.¹³⁵

Además, la baja oferta de servicios de cuidados públicos, muestra que la actual organización social de los cuidados está sustentada sobre el trabajo no remunerado dentro de los hogares, lo que genera tensiones que impactan el ejercicio de los derechos de sus integrantes y genera efectos negativos tanto de la carga de trabajo de cuidado de quien cuida, como de recibir cuidados precarios, de quien necesita cuidados, situación que se profundizan en hogares con altos índices de marginación y pobreza.

2.4.2 Conjunto de bienes y servicios de cuidado para Personas con Discapacidad en la Ciudad de México

Para identificar el conjunto de bienes y servicios con los que la Ciudad de México cuenta para la atención del cuidado de las Personas con Discapacidad, se realizó una revisión de las Reglas de Operación de los que se consideran como Programas Sociales, asimismo de los Lineamientos y de Manuales específicos de operación de una serie de acciones institucionales e interinstitucionales que se realizaron en la Ciudad en el periodo 2012-2018, destinadas a las Personas con Discapacidad. Iniciaremos con los Programas Sociales que se pueden asociar a algún tema de cuidado y después lo que simplemente se destinan a las Personas con Discapacidad como su población objetivo.

¹³⁵ ILSB y ONU Mujeres (2016), Inventario y análisis de políticas públicas del gobierno de la Ciudad de México, desde una perspectiva de cuidados. México.

Programa de Atención a Personas con Discapacidad en Unidades Básicas de Rehabilitación

Objetivo: Programa mediante el cual se brinda rehabilitación integral a las Personas con Discapacidad temporal o permanente y sus familiares, en Unidades Básicas de Rehabilitación.

Población objetivo: Personas con Discapacidad temporal o permanente, preferentemente en situación de pobreza que reside en la Ciudad de México.

Estrategia para la inclusión laboral de las Personas con Discapacidad: EmpoderaT

Objetivo: Generar una vinculación institucional que permite al INDEPEDI canalizar de manera específica a Personas con Discapacidad a proyectos productivos y empleo temporal, que son programas de STyFE.

Población objetivo: Personas con Discapacidad mayores de edad con y sin formación académica o laboral, interesadas en aprender o desarrollar una competencia en el gobierno de la Ciudad de México, o bien, a través de una Iniciativa a la Ocupación por Cuenta Propia.¹³⁶

Atención en casa hogar a Personas con Discapacidad en estado de abandono u orfandad

Objetivo: Asegurar que las condiciones en las que son atendidas las Personas con Discapacidad que se encuentran en una residencia o albergue público o privado, sean las óptimas.

Población Objetivo: Personas con Discapacidad que residen en instituciones públicas o privadas de la Ciudad de México.

Ahora bien, se considerará en segundo lugar los bienes y/o servicios que, si bien no cuentan con un componente específico para los temas del cuidado, se destinan a Personas con Discapacidad.

¹³⁶ El componente de empleo temporal se consideró para las personas cuidadoras de las Personas con Discapacidad que tuvieron la oportunidad de acompañarlos en sus labores cotidianas.

Programa de Apoyo Económico a Personas con Discapacidad Permanente

Objetivo: Programa mediante el cual se otorga un apoyo económico mensual a Personas con Discapacidad permanente, residentes en la Ciudad de México y menores de 68 años de edad, para mejorar su calidad de vida.

Población Objetivo: Personas con Discapacidad permanente, menores a 68 años y residentes en la Ciudad de México.

Programa de Aparatos Auditivos Gratuitos

Objetivo: Dotar a la población que viva preferentemente en colonias con un Bajo y Muy Bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) de aparatos auditivos gratuitos a personas residentes en la Ciudad de México.

Población Objetivo: En la Ciudad de México las personas que tienen alguna discapacidad son aproximadamente 758,086, de las cuales 297,928 tienen una discapacidad para escuchar, siendo esta la población potencial, con una población objetivo de 62,108 personas que tienen una discapacidad auditiva leve o moderada con una población beneficiaria de al menos 2 mil personas.

Programa de Apoyo Económico a Policías y Bomberos Pensionados de la CAPREPOL con Discapacidad Permanente

Objetivo: Contribuir a mejorar el ingreso económico de Personas con Discapacidad permanente y pensionados de la CAPREPOL, que durante su vida laboral hayan estado adscritos a la Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México, a la Policía Bancaria e Industrial de la Ciudad de México o al Heroico Cuerpo de Bomberos de la Ciudad de México.

Población objetivo: Policías y Bomberos Pensionados con Discapacidad Permanente de la CAPREPOL, que por riesgo de trabajo sufrieron un accidente o adquirieron algún tipo de discapacidad.

Exención del Programa Hoy No Circula para Personas con Discapacidad relativo a los automóviles en que se transportan

Con el propósito de proteger el entorno ambiental y promover un desarrollo sustentable del medio ambiente, la SEDEMA trabaja en una agenda enfocada a seis ejes prioritarios con metas y acciones claras para el aprovechamiento integral y eficiente del capital natural y una nueva gobernanza ambiental que permita invertir, mantener y hacer una buena gestión de los recursos naturales de la ciudad. A continuación, una tabla resumen:

Tabla 5. Programas Sociales identificados en el periodo 2012-2018 para la atención de la discapacidad

Programa o acción	Descripción	Se considera como una acción directa para el cuidado de Personas con Discapacidad (sí/no)
Programa de Atención a Personas con Discapacidad en Unidades Básicas de Rehabilitación	Programa mediante el cual se brinda rehabilitación integral a las Personas con Discapacidad temporal o permanente y sus familiares, en Unidades Básicas de Rehabilitación.	Sí
Estrategia para la inclusión laboral de las Personas con Discapacidad: EmpoderaT	Generar una vinculación institucional que permite al INDEPEDI canalizar de manera específica a Personas con Discapacidad a proyectos productivos y empleo temporal, que son programas de STyFE.	Sí
Atención en casa hogar a Personas con Discapacidad en estado de abandono u orfandad	Asegurar que las condiciones en las que son atendidas las Personas con Discapacidad que se encuentran en una residencia o albergue público o privado, sean las óptimas.	Sí
Programa de Apoyo Económico a Personas con Discapacidad Permanente	Programa mediante el cual se otorga un apoyo económico mensual a Personas con Discapacidad permanente, residentes en la Ciudad de México y menores de 68 años de edad, para mejorar su calidad de vida.	No
Programa de Apoyo Económico a Policías y Bomberos Pensionados de la CAPREPOL con Discapacidad Permanente	Contribuir a mejorar el ingreso económico de Personas con Discapacidad permanente y pensionados de la CAPREPOL, que durante su vida laboral hayan estado adscritos a la Secretaría de Seguridad Pública de la Ciudad de México, a la Policía Bancaria e Industrial de la Ciudad de México o al Heroico Cuerpo de Bomberos de la Ciudad de México.	No
Programa de Aparatos Auditivos Gratuitos	Dotar a la población que viva preferentemente en colonias con un Bajo y Muy Bajo Índice de Desarrollo Social (IDS) de aparatos auditivos gratuitos a personas residentes en la Ciudad de México.	No
Exención del Programa Hoy No Circula para Personas con Discapacidad relativo a los automóviles en que se transportan	Proteger el entorno ambiental y promover un desarrollo sustentable del medio ambiente.	No

Fuente: Elaboración propia con base en las reglas de operación de los programas sociales (análisis 2012-2018).

En razón de lo anterior, podemos decir que la política pública que se diseña e implementa actualmente desde el gobierno central de la Ciudad de México y sus dependencias, el paradigma del cuidado no es parte del modelo actual de política pública de la Ciudad de México y donde existe se centra en un nivel de reconocimiento, al tiempo que en gran parte se ejecuta a través de transferencias monetarias con perfil de protección social lo que pone en riesgo en mediano y largo plazo su sostenibilidad y sus posibilidades de incidencia en cambios estructurales es limitada.

Por ejemplo, el Programa de Unidades de Rehabilitación se centra en una oferta de infraestructura de rehabilitación y seguimiento médico, pero no se consideran servicios de capacitación dirigidos a las personas que están a cargo de proveer cuidados con el fin de fortalecer a las familias o cuando sea el caso, regular o certificar a cuidadores o recuperar los años de experiencia en cuidados para la inserción laboral.

2.5. Viabilidad y perspectiva de una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad desde el marco normativo vigente en la Ciudad de México.

La Ciudad de México tiene una sólida trayectoria de política social que deberá mantenerse encontrando los mecanismos para materializar el mandato de la Constitución de la Ciudad de México.

El artículo 9 de la Constitución de la CDMX centra su atención en: la población con grados de dependencia por ciclo de vida (discapacidad, enfermedad y en cuidadores no remunerados).

- La ampliación de responsabilidades del Estado para garantizar el derecho al cuidado y el principio de progresividad en la garantía de este derecho.
- La perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad.
- La transformación de la división sexual del trabajo tradicional que responsabiliza a las mujeres como cuidadoras primarias.

- La promoción de la autonomía de las personas en situación de dependencia permanente o temporal.¹³⁷

En el marco de la Mesa de la Comisión de Economía del Cuidado e Igualdad Laboral (CECILA), como se ha comentado para el periodo 2012-2018, se identificó en lo relativo a la población en situación de dependencia de atención prioritaria que existen:

- Servicios de cuidado directo, aunque son insuficientes.
- Programas y acciones públicas que buscan atender tanto necesidades específicas de estos sectores como promover su autonomía.

Asimismo, la Ciudad de México cuenta con un robusto marco normativo que precisamente con la reciente inclusión del derecho al cuidado a rango constitucional y la armonización legislativa consecuente, permitirá establecer un anclaje jurídico para el diseño y despliegue institucional de políticas de cuidado de forma sistémica. Lo que representa la gran oportunidad de construir un Sistema de Cuidados para la Ciudad de México que se configure a partir de enfoques multidimensionales como la perspectiva de género, el enfoque de derechos humanos, el enfoque de desarrollo sostenible y de interculturalidad; y a partir de estrategias intersectoriales. Se requiere un conjunto de acciones dirigido a los cuidadores y a las personas sujetas de cuidado. Por ejemplo, para las personas cuidadoras:

- Políticas de conciliación vida familiar y vida laboral
- Licencias maternidad, paternidad
- Transferencias monetarias para reconocer trabajo de cuidados
- Programas de capacitación y certificación
- Normatividad para personas cuidadoras remuneradas para ofrecer servicios de calidad

¹³⁷ Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), Los cuidados como problema público, Ciudad de México.

Para las personas que requieren cuidados

- Transferencias monetarias
- Centros de atención diurna y de larga estadía
- Servicios domiciliarios
- Asistencia
- Marco jurídico de protección

Las políticas de cuidado incluso si son focalizadas,¹³⁸ deben mantener un enfoque de ciclo de vida que reconozca que las personas tienen necesidades distintas y afrontan riesgos específicos a lo largo de sus diferentes etapas de vida y que la política pública debe responder a estas necesidades de forma oportuna y universal a fin de garantizar el ejercicio pleno de los derechos.¹³⁹

En este contexto, una política pública es un conjunto (secuencia, sistema, ciclo) de acciones, estructuradas en modo intencional y causal, en tanto se orientan a realizar objetivos considerados de valor para la sociedad o a resolver problemas cuya intencionalidad y causalidad han sido definidas por la interlocución que ha tenido lugar entre el gobierno y sectores de la ciudadanía; acciones que han sido decididas por las autoridades públicas legítimas; acciones que son ejecutadas por actores gubernamentales o por éstos en asociación con actores sociales (económicos, civiles), y que dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad (Aguilar, 2007).¹⁴⁰

Diversos actores de la sociedad civil, gobierno, partidos políticos, cooperación internacional y académicos han participado en la construcción de los cuidados como objeto de políticas públicas. Por lo que de acuerdo con CEPAL (2014), el proceso debe avanzar a través de la sistematización y análisis de documentos

¹³⁸ El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral. Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016.

¹³⁹ Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir, A. C. (2018), Los cuidados como problema público, Ciudad de México.

¹⁴⁰ Del Castillo, G. y Méndez de Hoyos I. (2017). *Guía de Estudio de la Materia: Introducción a la Teoría de las Políticas Públicas, Primera Parte*. FLACSO, Ciudad de México. (p. 10), p. 32.

públicos y la interrelación, así como el rol que ellos juegan en los distintos momentos o hitos que llevan a avances en el proceso, igual que las dificultades para alcanzar consensos, según las agendas de cada institución y los distintos grupos de interés involucrados.¹⁴¹ Por ello, resulta fundamental para el análisis de la política de cuidados destacar la importancia del proceso y sus complejidades inherentes, relacionadas con la coyuntura ideológica y la política partidaria que las sustentan.¹⁴²

El cuidado, es concebido bajo la forma de un apoyo multidimensional: material, económico, moral y emocional a las personas dependientes, pero también a toda persona en tanto sujeto en situación de riesgo de pérdida de autonomía. Implica no sólo aspectos materiales (actividades de producción de bienes y servicios y el tiempo para realizarlas) sino también aspectos morales (responsabilidad, socialización basada en lo justo y lo adecuado) y afectivos (la preocupación por el otro, el amor, las tensiones y los conflictos).¹⁴³

Las actividades de cuidado comprenden alimentación, traslado, aseo, cuidado, salud, terapias especializadas, educación, supervisión de actividades y uso de servicios públicos y privados de cuidado, entre otras. Por lo que para entender la emergencia de las políticas de cuidado en la agenda social es necesario ubicarla en el contexto de los actuales desarrollos conceptuales sobre los modelos de bienestar.

A nivel nacional existe un marco normativo para el tema discapacidad, que considera el tema del cuidado de manera marginal, las dos principales leyes en la materia:

¹⁴¹ Aguirre R. y Ferrari F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: en busca de consensos para una protección social más igualitaria, CEPAL, p. 21.

¹⁴² Méndez J.L. (2017). *Guía de Estudio de la Materia: Formación de la Agenda en Política Pública, Primera Parte*. FLACSO, Ciudad de México, p. 8.

¹⁴³ Aguirre R. (2014). La política de cuidados en Uruguay: ¿un avance para la igualdad de género? Universidad de la República, Uruguay. *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, p. 795.

a) Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad.

Entra en vigor a nivel internacional el 3 de mayo de 2008, cuando fue ratificada por 20 países. Indica en su artículo primero: “El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las Personas con Discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.”

b) Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011, con las últimas reformas publicadas en el Diario Oficial de la Federación del 12 de julio de 2018. Cuyo objeto es reglamentar en lo conducente, el Artículo 1o de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos estableciendo las condiciones en las que el Estado deberá promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las Personas con Discapacidad, asegurando su plena inclusión a la sociedad en un marco de respeto, igualdad y equiparación de oportunidades. De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las Personas con Discapacidad sus derechos humanos y mandata el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

c) Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal.

Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 10 de septiembre de 2010, con las últimas reformas publicadas en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 11 de mayo de 2017. Esta Ley tiene por objeto normar las medidas y acciones que contribuyan a lograr la equiparación de oportunidades para la plena integración al desarrollo de las Personas con Discapacidad en un plano de igualdad al resto de los habitantes del Distrito Federal, por lo que

corresponde a la Administración Pública del Distrito Federal velar en todo momento por el debido cumplimiento de la presente Ley.

A continuación, un resumen con los contenidos relativos a temas del cuidado en los tres ordenamientos mencionados:

Tabla 6. Resumen normativo del tema discapacidad en la Ciudad de México

Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad	Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad	Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal
<p>Artículo 16.-Protección contra la explotación, la violencia y el abuso</p> <p>Numeral dos. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las Personas con Discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.</p> <p>Artículo 28.- Nivel de vida adecuado y protección social</p> <p>Numeral dos, inciso c. Asegurar el acceso de las Personas con Discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados.</p>	<p>Artículo 7.-</p> <p>VIII. Establecer servicios de información, orientación, atención y tratamiento psicológico para las Personas con Discapacidad, sus familias o personas que se encarguen de su cuidado y atención.</p> <p>Artículo 21.-</p> <p>II. Establecer programas para la prestación de servicios de asistencia social para Personas con Discapacidad en situación de pobreza, abandono o marginación, incluidos servicios de capacitación, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas.</p>	<p>No se menciona.</p>

Fuente: Elaboración propia, con base en los ordenamientos mencionados.

Asimismo, en septiembre de 2018 entra en vigor la Constitución de la Ciudad de México. En este ordenamiento el tema del cuidado está mencionado en los apartados siguientes:

Tabla 7. Referencias al tema cuidado en la Constitución Política de la Ciudad de México

CAPÍTULO II. DE LOS DERECHOS HUMANOS.	Artículo 6, Ciudad de libertades y derechos.	D. Derechos de las familias.	Todas las estructuras, manifestaciones y formas de comunidad familiar son reconocidas en igualdad de derechos, protegidas integralmente por la ley y apoyadas en sus tareas de cuidado.
	Artículo 9, Ciudad solidaria.	B. Derecho al cuidado	Toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y le otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán un sistema de cuidados que preste servicios públicos universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrolle políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioritaria a las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado.
	Artículo 10, Ciudad productiva.	B. Derecho al trabajo.	5. Las autoridades de la Ciudad establecerán, de conformidad con las leyes aplicables y en el ámbito de sus competencias, programas de: d. Protección efectiva de los derechos de las personas trabajadoras del hogar, así como de los cuidadores de enfermos, promoviendo la firma de contratos entre éstas y sus empleadores. Su acceso a la seguridad social se realizará en los términos y condiciones que establezcan los programas, leyes y demás disposiciones de carácter federal aplicables en la materia; f. Reconocimiento del trabajo del hogar y de cuidados como generadores de bienes y servicios para la producción y reproducción social.
	Artículo 11, Ciudad Incluyente.	B. Disposicion es comunes.	3. Se promoverán: d. Condiciones de buen trato, convivencia armónica y cuidado, por parte de sus familiares y la sociedad.
	Artículo 11, Ciudad Incluyente.	Grupos Prioritarios	F. Derechos de personas mayores Las personas mayores tienen los derechos reconocidos en esta Constitución, que comprenden, entre otros, a la identidad, a una ciudad accesible y segura, a servicios de salud especializados y cuidados paliativos, así como a una pensión económica no contributiva a partir de la edad que determine la ley. Tomando en cuenta las necesidades específicas de mujeres y hombres, la Ciudad establecerá un sistema integral para su atención que prevenga el abuso, abandono, aislamiento, negligencia, maltrato, violencia y cualquier situación que implique tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes o atente contra su seguridad e integridad.
	Artículo 11, Ciudad Incluyente.	Grupos Prioritarios	M. Derechos de personas que residen en instituciones de asistencia social Las personas que residen en instituciones de asistencia social tienen el derecho a disfrutar de un entorno seguro, afectivo, comprensivo y libre de violencia; a recibir cuidado y protección frente a actos u omisiones que atenten contra su integridad; a una atención integral que les permita lograr su desarrollo físico, cognitivo, afectivo y social; a servicios de calidad y calidez por personal capacitado, calificado, apto y suficiente.
TÍTULO TERCERO DESARROLLO SUSTENTABLE DE LA CIUDAD CAPÍTULO ÚNICO DESARROLLO Y PLANEACIÓN DEMOCRÁTICA	Artículo 17, Bienestar social y economía distributiva.	A. De la política social	1. Se establecerá y operará un sistema general de bienestar social, articulado, incluyente, participativo y transparente vinculado a la estrategia de desarrollo redistributivo, al que concurrirán las instancias encargadas de las materias correspondientes. El sistema considerará al menos los siguientes elementos: d. El desarrollo y la operación eficiente y transparente de los sistemas de educación, salud, asistencia social, cuidados, cultura y deporte en forma articulada en todo el territorio de la Ciudad.

Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, en el Programa de Política Pública vigente para Personas con Discapacidad de la Ciudad de México, denominado: Programa para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal 2013-2018, publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 24 de febrero de 2015 y en él se encuentran las menciones al tema del cuidado siguientes:

Tabla 8. Referencias al tema cuidado en el Programa para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal 2013-2018	
Discapacidad y situación de dependencia	De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2013), el cuidado de las Personas con Discapacidad en situación de dependencia tiene particularidades que es necesario conocer para diseñar políticas públicas que promuevan su autonomía. El diseño de una política del cuidado, debe involucrar tanto a los cuidadores, que son a través de quienes se procura el bienestar de las Personas con Discapacidad en situación de dependencia, como a las propias Personas con Discapacidad, de forma tal que ambos logren ser autónomos.
Subprograma Protección Social	Meta 5. Impulsar acciones que promuevan la integración, atención y resiliencia de cuidadores de Personas con Discapacidad. Política Pública 5.1. La Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social y las Delegaciones, impulsarán que las personas encargadas del cuidado de Personas con Discapacidad, accedan fácilmente a servicios profesionales de orientación, atención y tratamiento psicológico. Política Pública. 5.2. El DIF-DF, la Secretaría de Salud, la Secretaría de Desarrollo Social y las Delegaciones, gestionarán la creación de espacios, unidades, o grupos de autoayuda para los padres de familia que tienen hijas o hijos con discapacidad.
Subprograma Vivienda	Según el Primer Informe Mundial sobre Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en 2011, las Personas con Discapacidad necesitan apoyo y asistencia para lograr una buena calidad de vida y participar en la vida económica y social en igualdad de oportunidades con las demás personas. Este cuidado puede incluir: - Servicios de cuidado a domicilio para dar apoyo en las tareas domésticas; - Atención de salud primaria a domicilio para responder a las necesidades médicas y de autocuidado.

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente en el Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México (Gaceta Oficial del 2 de enero de 2019), establece como atribución de la incipiente Secretaría de las Mujeres, a través de su artículo 202: *Dirigir y organizar las acciones necesarias para sentar las bases de creación de un Sistema Público de Cuidados en la Ciudad de México.* Asimismo, en el artículo 220, asigna a la Secretaría del Trabajo y Fomento al

Empleo el mandato de: *Promover acciones para coadyuvar al reconocimiento económico y social del sistema de cuidados de la Ciudad de México.*

2.6. Contextualización del cuidado de las Personas con Discapacidad como tema relevante para la Ciudad de México. Panorama numérico.

Tomando en cuenta que: “el marco teórico es una explicación, abstracta y en términos causales, de nuestro problema de investigación”, además considerando que un marco teórico está compuesto de afirmaciones y supuestos sobre el problema de investigación y sus factores causales y que la hipótesis, tiene las siguientes propiedades:¹⁴⁴

- Plantea una asociación entre dos conceptos: uno referido al fenómeno a explicar y otro referido al fenómeno que lo causa.
- Es una predicción. Indica qué deberíamos observar en el fenómeno a explicar a medida que el factor causal modifica su valor.
- Es “falsable”. Esto quiere decir que la hipótesis debe estar formulada en términos tales que se pueda decir de ella que es falsa o que es verdadera. Sólo las hipótesis falsables pueden ser sometidas a la prueba de la evidencia empírica.
- Es una consecuencia directa del marco teórico. La hipótesis es una afirmación que debe resultar verdadera si la explicación teórica del problema es correcta. Es un subproducto del ejercicio teórico. En una palabra, una hipótesis propiamente no existe si previamente no se elaboró un marco teórico. A la inversa, un marco teórico del que no se deriven hipótesis explícitas es inútil para la investigación empírica.¹⁴⁵

En razón de lo anterior, podemos decir que las propiedades más importantes del problema son las siguientes.

¹⁴⁴ Salazar R., (2018). *Metodología I, Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México p. 6.

¹⁴⁵ Salazar R., (2018). *Metodología I, Segunda Parte*. FLACSO, Ciudad de México, p. 7.

- El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón familista.
- El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón empírico.
- El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón no remunerado.
- El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón feminizado.
- El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón de informalidad laboral.

2.6.1. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón familista

En la Ciudad de México, cada familia se tiene que hacer cargo de sus dependientes y tradicionalmente las mujeres asumen esa labor para que los hombres se desempeñen en lo público. Tener poder o contar con recursos económicos permite eludir la responsabilidad de las labores de cuidado y subcontratar a otra persona, mayormente una mujer, para que se haga cargo de ellas.

Así como los maridos delegan en sus mujeres, las mujeres con recursos lo hacen en las empleadas del hogar. El cuidado de las personas es responsabilidad de las mujeres, y sólo cuando los dependientes no tienen un familiar mujer que se ocupe de ellos, interviene el Estado.¹⁴⁶

Estamos ante procesos de familiarización en la atención a los dependientes, con cuidados informales, así como un proceso de profundización de un tipo de régimen de bienestar familista.¹⁴⁷ Se deben sustituir los sistemas familistas por sistemas públicos integrales y especializados.

¹⁴⁶ El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral (2016). Consejo Económico y Social de la Ciudad de México. Gobierno de la Ciudad de México, p. 34.

¹⁴⁷ Modelo de bienestar “familista”, según el cual las políticas públicas dan por supuesto que las familias deben asumir la provisión de bienestar a sus miembros (Esping-Andersen, 2002).

Es la consecuencia de cambios en los tradicionales arreglos del cuidado que corrían principalmente a cargo de las familias y dentro de las familias, las mujeres y cambios en las variables sociodemográficas que evidencian una tendencia creciente a la demanda de cuidados y una tendencia decreciente en la disponibilidad de ofrecerlos. Si se consideran las variables ciclo de vida y dependencia por enfermedad, se estima que el 26% de la población de la Ciudad de México podría necesitar cuidados.¹⁴⁸

De acuerdo con la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012, del total de la población de la Ciudad de México, 1,922,165 personas reportaban realizar actividades de cuidado, siendo 70% por parte de mujeres y el 30% de hombres.

Tabla 9. Población con actividades de cuidado, según sexo (datos agregados), Ciudad de México, 2012

Población	Total	Porcentaje
Mujeres	1,351,594	70.3
Hombres	570,571	29.7
Total	1,922,165	100

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012.

En estos términos, se estima que en la Ciudad de México viven 660 mil 916 niñas y niños de 0 a 5 años de edad y 1 millón 119 mil 056 de 6 a 14 años de edad (Encuesta Intercensal, 2015). El 55.5% de las personas de 0 a 6 años son cuidadas por su mamá, 32.5% por terceros, es decir, personas que son parte de su red familiar o no familiar y colaboran con la madre, padre o tutor en el cuidado de niñas y niños. La abuela es quien cuida a la mitad de las niñas y niños que son cuidadas por terceras personas, en tanto que 23% de reciben cuidados en guarderías. Cabe destacar, también, que 79.3% de las terceras personas que cuidan a niños y niñas de 0 a 6 años no reciben un pago. Respecto a la población

¹⁴⁸ Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016.

adulta mayor, se estima que en la Ciudad de México viven un millón 276 mil 452 personas de 60 años o más años (52% mujeres y 48% hombres).¹⁴⁹

2.6.2. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón empírico.

El patrón empírico de los cuidados, tiene qué ver que en razón de que han sido las familias en la vida cotidiana las que han enfrentado las labores de cuidados de algún familiar o conocido, se han ido definiendo estas tareas en la práctica, de manera empírica, sin esquemas de profesionalización, que les permitan conocer los mejores procesos o procedimientos para enfrentar una situación de cuidado específica.

Los cuidados no profesionales, son la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.¹⁵⁰ De acuerdo con la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS), en 2012 en la Ciudad de México, la distribución de las actividades de cuidado en los hogares es la siguiente:

Tabla 10. Personas con actividades de cuidado según sexo (datos desagregados), Ciudad de México, 2012

Actividad	Mujeres	Porcentaje	Hombres	Porcentaje	Total
Cuida en el hogar	1,351,594	70.3	570,571	29.7	1,922,165
Personas con Discapacidad	171,170	67.8	81,320	32.2	252,490
Personas de 0 a 5 años	589,694	74.0	207,650	26.0	797,344
Personas de 6 a 14 años	827,335	71.4	331,288	28.6	1,158,623
Enfermos temporales	155,676	67.6	74,457	32.4	230,133
Total	3,095,469	71%	1,265,286	29%	4,360,755

Fuente: Elaboración propia con base en la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS), 2012.

¹⁴⁹ Plan Estratégico de Economía del Cuidado en la Ciudad de México. Consejo Económico y Social de la Ciudad de México.

¹⁵⁰ Ibid., El descuido de los cuidados (2016), p. 252.

2.6.3. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón no remunerado.

El trabajo doméstico y de cuidado no remunerado es el que se realiza de manera gratuita para el sostenimiento de la vida humana y se lleva a cabo fundamentalmente por mujeres en el ámbito privado (dentro de los hogares).¹⁵¹

Los datos obtenidos en el estudio Cuenta Satélite del Trabajo No Remunerado de los Hogares de México, 2015 señalan que la mayor parte de las labores domésticas y de cuidados fueron realizadas por las mujeres, con el 77.2% del tiempo que los hogares destinaron a estas actividades, lo que correspondió, a su vez, al 74.3% si se habla en términos del valor económico. El valor generado por el trabajo no remunerado doméstico y de cuidados de los hogares como proporción del PIB del país, en 2015, fue superior al alcanzado por algunas actividades económicas como la industria manufacturera, el comercio y los servicios inmobiliarios y de alquiler de bienes muebles e intangibles de manera individual.¹⁵²

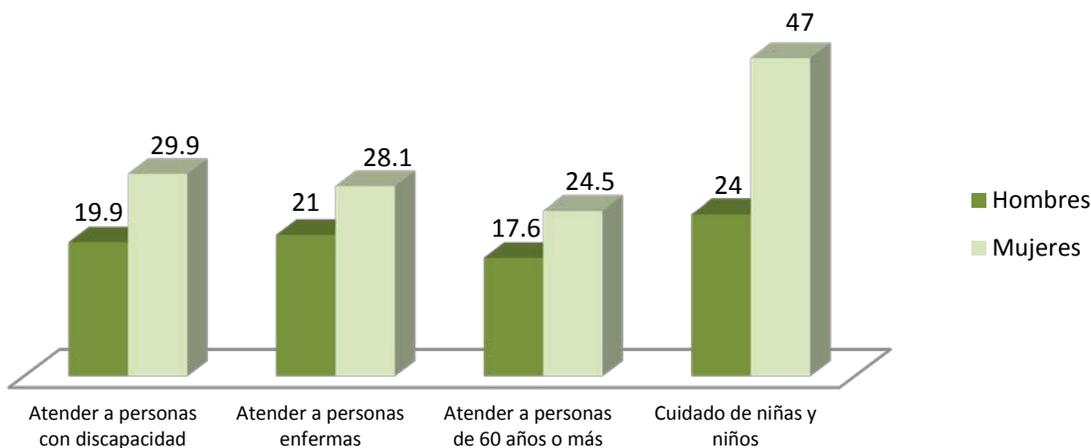
En este contexto, vale la pena apuntar que el cuidado de los niños, los adultos mayores y de las Personas con Discapacidad que enfrentan las familias y sobre todo las mujeres, ha seguido un patrón no remunerado. Situación preocupante, dado que una de las metas para el logro de la igualdad de género de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, *Transformando nuestro Mundo*, adoptada por los Estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde 2015, es: Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la

¹⁵¹ El descuido de los cuidados, Op. Cit. p. 59.

¹⁵² Boletín de prensa, NÚM. 532/16, del 9 de diciembre de 2016, INEGI, Aguascalientes.

provisión de infraestructuras y la formulación de políticas de protección social, así como mediante la promoción de la corresponsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.¹⁵³

Figura 3. Promedio de horas a la semana dedicadas a realizar trabajo de cuidado no remunerado en la Ciudad de México



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

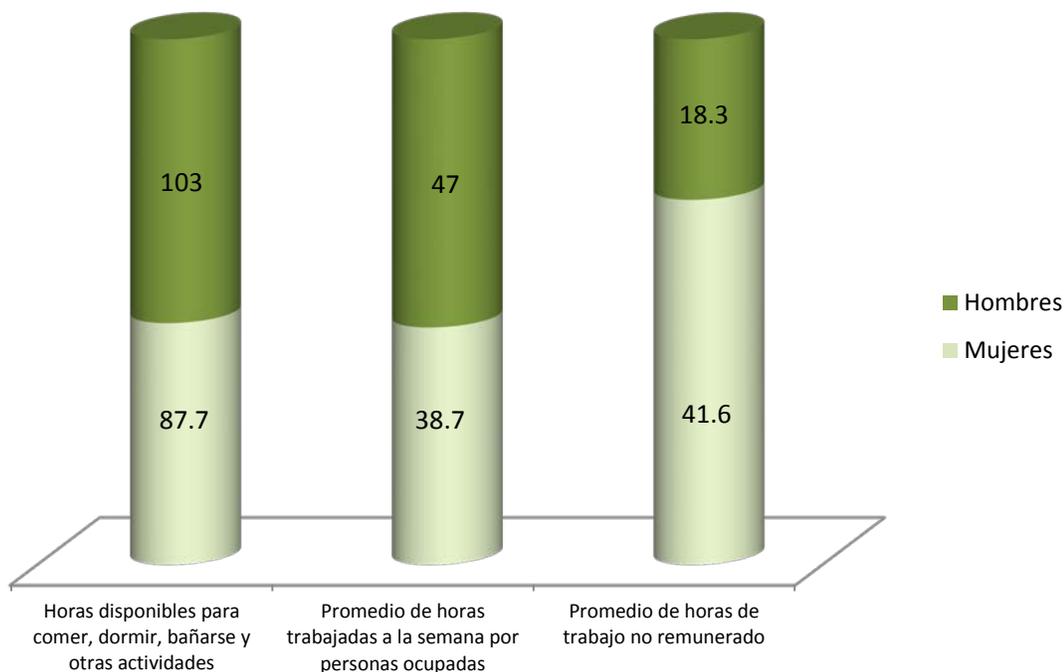
La oferta de servicios de cuidado es considerada un factor determinante a la autonomía económica de las mujeres. Desde la economía feminista, los conceptos de autonomía económica y políticas de cuidados presentan especial relevancia. La autonomía económica de las mujeres se define como algo mucho más amplio que el solo hecho de contar con ingresos propios o con un empleo remunerado. Incluye, además, las posibilidades de negociar las cargas de trabajo doméstico que se desprenden de la identidad genérica que la sociedad les demanda, y no se trata solo de trasladar dichas cargas a otras mujeres.¹⁵⁴

La actual organización social del cuidado que prevalece en la Ciudad de México limita el ejercicio de derechos por parte de las personas cuidadoras (principalmente mujeres), poniendo en riesgo su autonomía y desarrollo, como lo muestra la gráfica siguiente.

¹⁵³ Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución: A/RES/70/1.

¹⁵⁴ Rico, M. y Segovia, O. Editoras (2017), ¿Quién cuida en la Ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile.

Figura 4. Distribución de los promedios de hora invertidas en trabajo no remunerado y trabajo remunerado



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta Intercensal, INEGI, 2015.

2.6.4. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón feminizado.

La Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT) de 2014, muestra el tiempo que utilizan hombre y mujeres en actividades remuneradas y no remuneradas. Esta encuesta es una de las principales herramientas disponibles para demostrar que la responsabilidad de las labores del cuidado recae principalmente en las mujeres y que ello determina su inserción al mercado laboral. La carga de trabajo doméstico y de cuidado no remunerado en el país es sostenida, sin duda, principalmente por las mujeres.¹⁵⁵

¹⁵⁵ El descuido de los cuidados. Sus consecuencias en seguridad humana y desigualdad laboral. Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), 2016.

Tabla 11. Horas promedio semanales por tipo de trabajo de la población de 15 a 59 años, según sexo, México 2014

Tipo de trabajo	Mujeres	Hombres
Remunerado	38.7	49.5
No remunerado	51.0	15.5
Total	89.7	65.0

Fuente: CES, con base en la Encuesta Nacional sobre el Uso del Tiempo (ENUT), 2014.

Las mujeres son las grandes perjudicadas de la inexistencia de un sistema público de cuidados, porque las mujeres tienen asignada la labor de cuidado. Hay una debilidad política económica y social de varias generaciones de mujeres, a las que socialmente se les ha adjudicado esa responsabilidad, mujeres dispersas geográficamente, aisladas en sus casas, de edades medias y avanzadas, la mayoría educadas con un modelo bajo el que debían asumir un papel secundario en la sociedad, sin vertebración sindical o política. Una generación sin poder para cambiar las políticas públicas en los temas que les atañen. (Cortina, 1999; Durán, 2006; Navarro, 2006).¹⁵⁶

Asimismo para observar la segregación ocupacional, se determina que una ocupación es feminizada, si el 60% de los empleos en dicha ocupación están ocupados por mujeres, mientras que es una ocupación masculinizada si menos de 40% de empleos del grupo ocupacional refiere a puestos femeninos. Se designa como ocupaciones mixtas a aquellas que mantienen una distribución equitativa 40-60% con participación de mujeres.¹⁵⁷ En el siguiente cuadro (Pacheco, E., 2016), se muestra que de los 18 grupos ocupacionales, en la categoría profesionista aumentó la presencia de las mujeres, que ha cambiado de masculinizada a mixta, sin embargo en la categoría Técnico dejó de ser mixta y pasa a ser masculinizada, por lo que las segregaciones en las ocupaciones superiores, es algo en lo que debe ponerse atención.

¹⁵⁶ Feminización de la Dependencia. Reflexiones Sobre el Sistema para la Autonomía. Portularia Vol. VII, n° 12, 2007. Universidad de Huelva.

¹⁵⁷ Pacheco, E. (2016), Segregación horizontal y vertical del trabajo en la Ciudad de México.

Tabla 12. Ocupaciones según segregación ocupacional, cambio absoluto y proporcional en la Ciudad de México, 2000 y 2010

Ocupación	2000	2010	Cambio absoluto	Cambio
Funcionarios y directivos	Masculinizada	Masculinizada	19,647	0.4
Profesionistas	Masculinizada	Mixta	125,230	3.1
Técnicos	Mixta	Masculinizada	172,812	4.5
Trabajadores de la educación	Feminizada	Feminizada	-36,302	-1.1
Jefes en administración	Masculinizada	Mixta	13,832	0.2
Trabajadores en actividades administrativas	Feminizada	Feminizada	-74,028	-2.4
Trabajadores del arte, espectáculos y deporte	Masculinizada	Masculinizada	-16,915	-0.5
Jefes y supervisores en industria	Masculinizada	Masculinizada	-24,300	-0.7
Operadores de maquinaria en industria	Masculinizada	Masculinizada	-15,829	-0.5
Artesanos y trabajadores fabriles	Masculinizada	Masculinizada	-178,533	-5.2
Conductores	Masculinizada	Masculinizada	19,276	0.3
Ayudantes y peones	Masculinizada	Masculinizada	19,539	0.4
Comerciantes	Mixta	Mixta	72,487	1.4
Vendedores ambulantes	Mixta	Mixta	-878	-0.1
Trabajadores de servicios personales	Mixta	Mixta	66,025	1.5
Trabajadores domésticos	Feminizada	Feminizada	-66,673	-2.0
Protección y vigilancia	Masculinizada	Masculinizada	22,279	0.5
Trabajadores agropecuarios	Masculinizada	Masculinizada	2,254	0.0

Fuente: Clasificación agrupada de 18 ocupaciones. Censos de población y vivienda 2000 y 2010. Pacheco, Edith (2016).

De acuerdo con el Panorama Social de América Latina CEPAL (2012), las mayores brechas entre mujeres y varones en la carga total de trabajo se dan cuando ellas tienen jornadas laborales a tiempo parcial, lo que revela que el trabajo a tiempo parcial como estrategia para compaginar familia y trabajo no alivia el trabajo total de las mujeres y además afecta sus posibilidades de autonomía económica. La información sobre dedicación al trabajo no remunerado desagregada por estrato socioeconómico revela que las mujeres de la región con más alta dedicación al trabajo no remunerado son las más pobres.¹⁵⁸

¹⁵⁸ Aguirre R. y Ferrari F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay: En busca de consensos para una protección social más igualitaria. CEPAL, Chile., p. 8.

2.6.5. El cuidado de las Personas con Discapacidad ha seguido un patrón de informalidad laboral.

Cuidado informal: Se denominan cuidados informales al conjunto de tareas realizadas por personas, en 85% mujeres, cuyo objetivo es el cuidado de otras personas con dependencias o discapacidades permanentes, sin recibir remuneración adecuada y sin derechos laborales.

Cuidadoras informales: Colectivo cada vez más numeroso, constituido principalmente por mujeres, que realiza una tarea necesaria (entre 5% y 10% de los mayores de 65 años tienen limitaciones de autocuidado y movilidad), poco visible y poco reconocida socialmente, remunerado o no y sin derechos laborales.¹⁵⁹

De acuerdo con la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012, del total de 3,334,958 mujeres de 14 a 70 años, 1,315,600 declaran realizar labores de cuidado, que representan 39.4% del total.

Tabla 13. Mujeres de 14 a 70 años con actividades de cuidado en el hogar por condición de actividad, Ciudad de México, 2012

Población según condición de actividad	Mujeres	%	¿Es cuidadora?			
			Sí	%	No	%
Ocupada	1,852,074	55.5	41,349	48.7	1,210,725	60
Desocupada	103,446	3.1	40,684	3.1	62,762	3.1
No Económicamente activa	1,379,438	41.4	633,567	48.2	745,871	36.9
Total	3,334,958	100	1,315,600	100	2,019,358	100

Fuente: CES, con base en la Encuesta Laboral de Corresponsabilidad Social (ELCOS), 2012.

¹⁵⁹ El descuido de los cuidados, Op. Cit. p.286.

Cuidadores profesionales

El término cuidado tiene innumerables significados, para Esquivel (2012, 141), el cuidado es la relación interpersonal, trabajo, costo, es práctica social y herramienta política, es subsidio a la producción, conflicto, ética, derecho y responsabilidad. Estas definiciones cercanas, pero no necesariamente intercambiables implican distintas perspectivas interdisciplinarias y tradiciones teóricas, así como distintos niveles analíticos.¹⁶⁰

De acuerdo con la Clasificación Mexicana de Ocupación en su versión 2000 y 2010 a cuatro dígitos de desglose, se define como ocupación al conjunto de funciones y obligaciones, actividades o tareas que desempeña un individuo en su empleo, oficio, puesto, independientemente de la actividad económica que se realice. Para el caso de quienes declaran participar en “trabajo en servicios domésticos”, se reporta un 11.89 en el año 2000, contra un 7.31 en 2010 respecto del total que corresponde a las cinco principales ocupaciones que acumulan entre ellas un 21.8 del total.¹⁶¹ El trabajo en servicios domésticos no declara qué porcentaje es dedicado al cuidado de menores, adultos mayores o Personas con Discapacidad.

Cuidadores no profesionales

El universo de la población que cuida, de acuerdo con la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) 2012,¹⁶² se estima en 1 millón 922 mil 165 personas de las cuales 70% son mujeres y 30% hombres. También sabemos que en CDMX 40% de las mujeres entre 14 y 70 años declaran ser cuidadoras. Asimismo, la Tasa de Participación de las Mujeres en la entidad se ha elevado, de 0.42 a 0.46 entre 2000 y 2010, de modo que sabemos que su participación en el mercado laboral siguen siendo muy baja comparada con la de los varones

¹⁶⁰ Esquivel, V. (2011). La economía del cuidado, un recorrido conceptual. En Sanchís, N. (comp.), Aportes al debate del desarrollo en América Latina. Una perspectiva feminista. Argentina, ONU Mujeres.

¹⁶¹ Las cuatro restantes son: “empleados de ventas”, “vigilantes y guardias”, “mecánicos”, “secretarias”.

¹⁶² Definición de actividades de cuidados en la ELCOS: aquellas que realizan las personas generalmente adultas, pero no necesariamente, para satisfacer algunas de las necesidades de otras personas de su hogar o de otros hogares (menores de 15 años; personas con limitaciones permanentes o enfermas temporales).

particularmente por las obligaciones de cuidado y la realización de trabajo no remunerado.¹⁶³

Asimismo, ELCOS 2012 registró 323 mil 434 personas con necesidades de cuidado por limitaciones permanentes, en tanto que captó que 462 mil 508 personas realizaron algún tipo de cuidado para personas integrantes del mismo hogar con limitaciones permanentes, de las que 73% son mujeres. Las mujeres dedican más tiempo que los hombres al cuidado de personas con necesidades de cuidado: el cuidado de niñas y niños de 0 a 14 años de edad es el que más tiempo les implica (46.99 horas semanales), seguido del cuidado de Personas con Discapacidad (29.91 horas semanales), el de personas enfermas (28.10 horas semanales) y el de personas de 60 años o más (24.50 horas a la semana).¹⁶⁴ Los hombres, en cambio, dedican 17.57 horas semanales a atender personas de 60 años y más, 19.92 horas semanales al cuidado de Personas con Discapacidad, 21.01 horas a atender a personas enfermas y 23.98 horas semanales a cuidar niñas y niños de 0 a 14 años de edad.

El tiempo invertido en actividades de cuidado ocasiona que las mujeres y niñas tengan limitaciones para dedicar tiempo al autocuidado, al ocio, a la recreación, a la educación, al trabajo remunerado y al desarrollo profesional.

¹⁶³ Instituto Nacional de las Mujeres, Marco conceptual de la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, documento de trabajo, México, 2012.

¹⁶⁴ ELCOS 2012, tabulado predefinido de la sección: Apoyo y cuidado a integrantes del hogar.

2.7. Caracterización de la Población con discapacidad en la Ciudad de México

En esta sección se toman los datos del Censo de población y vivienda de 2010 para tener una aproximación más específica a las cifras a nivel municipal, para el caso de la Ciudad de México, nivel Alcaldía y posteriormente se toman datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, en su versión 2012, encuesta que es de carácter bienal, para contar con cercanía en el tiempo en términos de comparabilidad. El Censo de Población y Vivienda 2010 registró que en la Ciudad de México viven 481 mil 847 Personas con Discapacidad, 39% están en condición de discapacidad por enfermedad, 23.6% por edad avanzada, 16.2% por accidente y 15.6% por nacimiento. Por otra parte, los datos desagregados para la Ciudad de México, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, son como sigue:

Alcaldía	Población total		Población con discapacidad	
	Absoluta	Relativa	Absoluta	Relativa
Álvaro Obregón	717,204	8.2%	33,409	6.9%
Azcapotzalco	413,890	4.7%	25,110	5.2%
Benito Juárez	378,741	4.3%	20,087	4.1%
Coyoacán	615,772	7.0%	40,817	8.4%
Cuajimalpa de Morelos	182,973	2.1%	8,115	1.6%
Cuauhtémoc	524,525	6.0%	29,167	6.0%
Gustavo A. Madero	1,170,170	13.4%	67,147	13.9%
Iztacalco	383,051	4.4%	21,119	4.3%
Iztapalapa	1,792,891	20.5%	100,919	20.9%
La Magdalena Contreras	236,204	2.7%	11,194	2.3%
Miguel Hidalgo	363,889	4.1%	15,737	3.2%
Milpa Alta	129,268	1.4%	5,718	1.1%
Tláhuac	359,634	4.1%	18,784	3.9%
Tlalpan	641,122	7.3%	35,349	7.3%
Venustiano Carranza	429,054	4.9%	28,122	5.8%
Xochimilco	407,173	4.6%	21,053	4.3%
Ciudad de México	8,745,561	100%	481,847	100.0%

Fuente: Cálculos propios con base en la muestra del Censo de Población y Vivienda 2010.

2.7.1. Sobre los grados de discapacidad

En lo que respecta a medición, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, es la primera encuesta que registra una escala con códigos numéricos que permite acercarnos a los niveles en que la limitación en la funcionalidad está presente: no puede hacerlo, lo hace con mucha dificultad, lo hace con poca dificultad y no tiene dificultad. Algunos datos que arrojó ENADID en 2014, es que en el país se cuenta con una las tasas más altas de adultos mayores con algún grado de discapacidad, el 57.3%. Además, que los principales detonantes de discapacidad entre la población del país son las enfermedades (41.3%) y la edad avanzada (33.1 por ciento).¹⁶⁵

La categorización para identificar las necesidades de las Personas con Discapacidad, se observa a través de las variables que el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ha determinado con fines de obtención de datos sociodemográficos a nivel nacional.¹⁶⁶

Tabla 15. Preguntas en el segmento discapacidad, ENADID 2014				
Por algún problema de nacimiento o salud ¿cuánta dificultad tiene (NOMBRE), para				
	No puede hacerlo = 1	Lo hace con mucha dificultad = 2	Lo hace con poca dificultad = 3	No tiene dificultad = 4
1.- Caminar, subir o bajar usando sus piernas?				
2.- Ver (aunque use lentes)?				
3.- Mover o usar sus brazos o manos?				
4.- Aprender, recordar o concentrarse?				
5.- Escuchar (aunque use aparato auditivo)?				
6.- Bañarse, vestirse o comer?				
7.- Hablar o comunicarse (por ejemplo, entender o ser entendido por otros)?				
8.- Problemas emocionales o mentales, ¿cuánta dificultad tiene (NOMBRE), para realizar sus actividades diarias (con autonomía e independencia)? Problemas como autismo, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, etc. ¹⁶⁷				

¹⁶⁵ La discapacidad en México, datos al 2014. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2016.

¹⁶⁶ Cuestionario utilizado en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en su versión 2014. INEGI.

¹⁶⁷ Por ser un conjunto o set de preguntas derivado de las recomendaciones del Grupo de Washington, la traducción del inglés se ha hecho literal. Por lo que respecta a la palabra “problemas”, expertos en el tema como Agustina Palacios (2009), han señalado que debería modificarse y generarse una nueva palabra que permita omitir el estigma de que una condición de vida, significa un problema para una persona o para una comunidad. Aún se debate al respecto. Aplica también para la pregunta de apertura del set.

Fuente: Segmento de preguntas para tema: discapacidad, ENADID 2014.

La ENADID 2014 permitió captar a 15.8 millones de personas que tienen dificultades leves o moderadas para realizar alguna de las actividades evaluadas. Ellos representan 13.2% del total de la población, y son personas con limitación que, si bien no tienen discapacidad e incluso algunas de ellas pueden no experimentar restricciones en actividades como ir de compras, hacer las tareas del hogar, trabajar o ir a la escuela, se les considera en mayor riesgo que la población en general de experimentar limitaciones en la realización de tareas específicas (actividades) o restricciones de participación en la sociedad (WG, 2010), debido a la presencia de las dificultades reportadas.¹⁶⁸

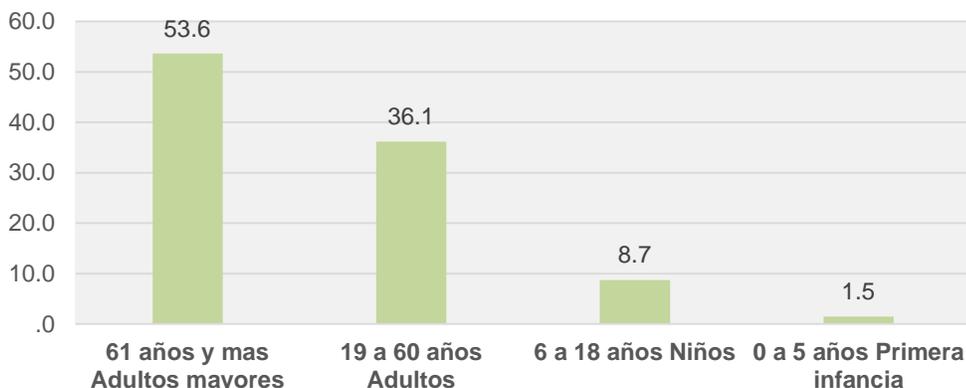
2.7.2. Composición de la discapacidad por edad

Debido que la población con discapacidad es un grupo cuya atención requiere de políticas públicas diferenciadas para mejorar el nivel de vida, se requiere analizar las particularidades de la población con discapacidad. En la Gráfica se presenta la distribución porcentual de la población con discapacidad por grupos de edad en la Ciudad de México.

Del total de Personas con Discapacidad que vivían en 2012, 53.6 por ciento eran mayores de 61 años y más. Es decir, 5 de cada 10 Personas con Discapacidad eran adultos mayores. Una posible explicación del porqué se observan un nivel alto de adultos mayores con discapacidad, en principio, puede deberse al proceso de envejecimiento demográfico en el que la Ciudad de México está inmerso.

¹⁶⁸ INEGI, (2014). La discapacidad en México.

Figura 5. Ciudad de México : Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupos de edad, 2012



Fuente: Estimaciones propias con base al MCS-ENIGH, 2012

De la misma manera, destaca la presencia de un alto porcentaje en los adultos (19 a 60 años) con 36.1 por ciento; resultado alarmante, ya que en este periodo transcurre la vida laboral de la persona.

2.7.3. Discapacidad y género

De acuerdo con los datos del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH, 2012 se puede establecer que la discapacidad afecta en mayor porcentaje a mujeres. Del total de la población con discapacidad que habitaban en la Ciudad de México, 2012, 60.4 por ciento son mujeres y 38.6 por ciento son hombres. En otras palabras, de cada 10 Personas con Discapacidad 6 son mujeres y 4 son hombres.

Al descomponer a la población con discapacidad en tres grupos de edad, se observa que el grupo de 0 a 18 años de edad (niños) fue conformado en su mayoría por mujeres con discapacidad con el 51.1 por ciento. En tanto, en los adultos (grupo de edad de 19 a 60 años) el porcentaje aumenta a 55.1 por ciento y en los adultos mayores la tasa de mujeres representó el 67.4 por ciento.

Tabla 16. Ciudad de México: Distribución porcentual de la población con discapacidad por grupos de edad y sexo 2012

Grandes grupos de edad	Hombre	Mujer	Total
0 a 18 años	48.9	51.1	100
19 a 60 años	44.9	55.1	100
61 años y mas	32.4	67.6	100
Distrito Federal	39.6	60.4	100

Fuente: Estimaciones propias con base al Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH, 2012.

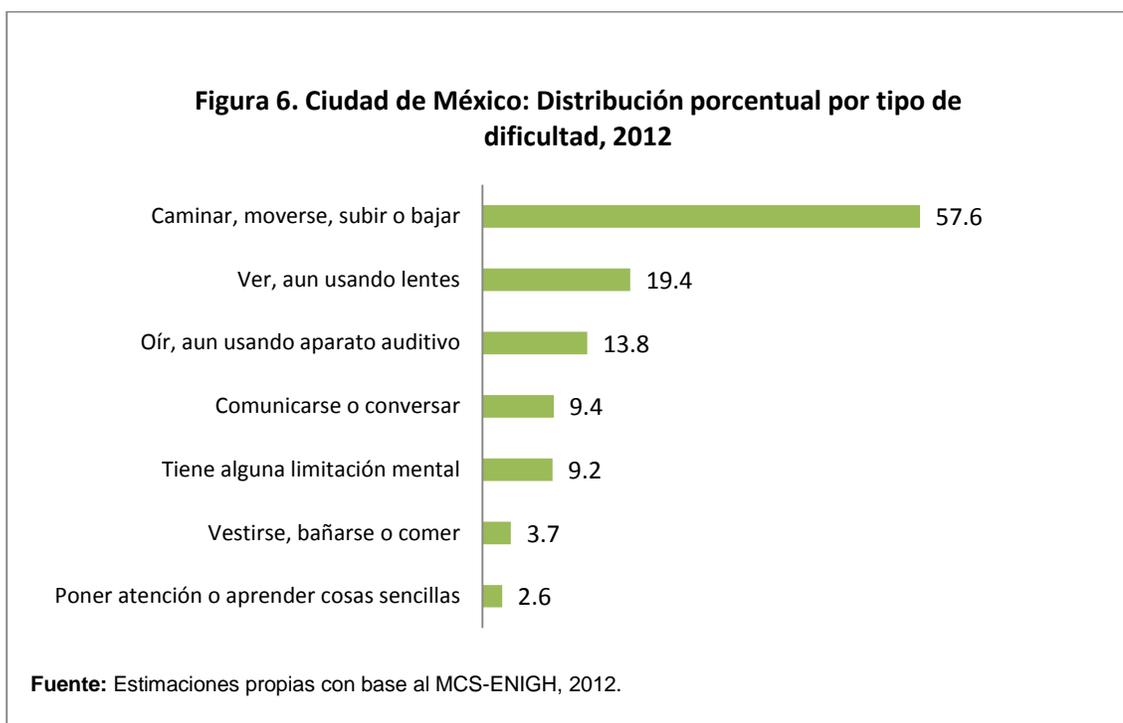
2.7.4. Tipo de dificultad (discapacidad)

El cuadro siguiente muestra la distribución del tipo de discapacidad que se observó en la Ciudad de México, 2012. En primer lugar, tenemos que el tipo de dificultad más frecuente fue:

- Caminar, moverse, subirse o bajar con el 57.6 por ciento. De acuerdo con el INEGI, esta limitación agrupa las discapacidades músculo-esqueléticas y neuromotrices. Las primeras se refieren a las dificultades que enfrenta una persona para moverse, caminar, mantener algunas posturas, así como las limitaciones en habilidades manipulativas como agarrar o sostener objetos. Las neuromotrices son aquellas que dificultan la movilidad de algún segmento corporal a consecuencia de un daño neurológico, incluyendo las secuelas de traumatismos y de algunas enfermedades como la poliomielitis, las lesiones medulares y distrofia muscular.
- La segunda categoría más frecuente en la Ciudad de México fue dificultades para ver, aun usando lentes con 19.4 por ciento. Este tipo de dificultad incluye a las personas ciegas y a quienes tienen debilidad visual las cuales regularmente ven sólo sombras o bultos.
- La tercera categoría fue las personas que no pueden oír, aun usando aparato auditivo con el 13.8 por ciento. Esta categoría agrupa a las personas sordas y con la pérdida parcial de la capacidad auditiva.
- La cuarta categoría de frecuencia que se captó fue las personas que tienen dificultad para comunicarse o conversar con 9.4 por ciento. Entre las

dificultades de lenguaje se encuentran la rinitis, la mudez, la laringotomía, el labio leporino y otras alteraciones de la articulación fonética.

- De acuerdo el INEGI, la dificultad mental se caracteriza por un funcionamiento intelectual y de comportamiento inferior al de promedio, este tipo de discapacidad generalmente coexiste junto a las limitaciones de la comunicación, el autocuidado, la vida en el hogar, las habilidades sociales, la autodirección, las habilidades académicas y el trabajo, entre otras. Esta discapacidad presentó el 9.2 por ciento.
- La sexta categoría fue las personas que tienen dificultad para vestirse, bañarse o comer con 3.7 por ciento.
- Y la séptima categoría fue 2.6 por ciento de personas que tienen dificultades para poner atención o aprender cosas sencillas (INEGI, 2012).

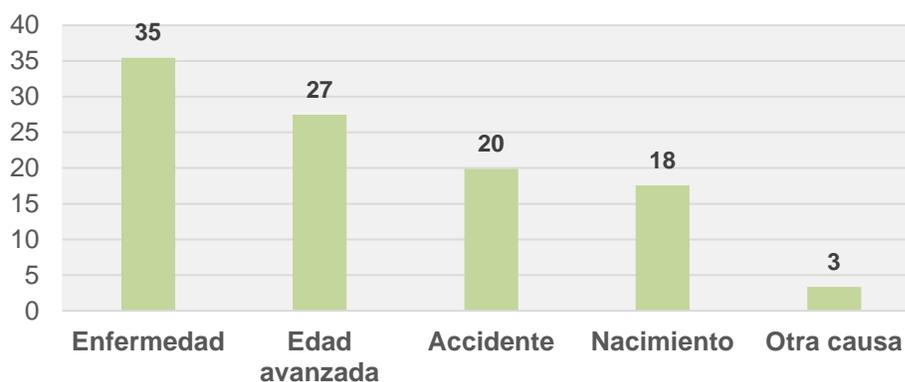


2.7.5. Las causas de la discapacidad

Las causas que dan origen a una discapacidad son de diversa índole, se relacionan con los aspectos de orden biológico y sociocultural; en ellas el medio físico y social desempeña un papel preponderante. Las causas identificadas

como relevantes son numerosas: factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, sedentarismo, tabaquismo, educación incompleta, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, traumatismo, adicciones al alcohol y a las drogas, problemas nutricionales, estrés y características del entorno físico y social entre otros (INEGI, 2012).

Figura 7. Ciudad de México: Distribución porcentual de población según causa de la discapacidad, 2012



Fuente: Estimaciones propias con base al MCS-ENIGH, 2012.

Nota: La suma de porcentaje según tipo de discapacidad es superior a 100 por las personas que reportan más de una discapacidad.

El MCS-ENIGH, 2012 se identificó las principales causas de las Personas con Discapacidad clasificadas en cuatro grupos: nacimiento, enfermedad, accidente, edad avanzada y otra. Con base a los cálculos realizados, de cada 100 Personas con Discapacidad en la Ciudad de México: 35 personas lo adquirieron por una enfermedad; 27 por la edad avanzada; 20 tuvieron un accidente que les dejó alguna secuela; 18 por algún problema en el embarazo o desde el nacimiento; y 3 por otra causa diferente a las anteriores.

La principal causa que originó la discapacidad en los hombres fue la enfermedad con el 30.4 por ciento; como segunda causa fue por sufrir un accidente con el 28.3 por ciento; la tercera se debió al nacimiento así con una presencia de 23.2 por ciento y la cuarta la edad avanzada con el 18 por ciento.

En tanto, las mujeres reportaron un mayor porcentaje en enfermedad con el 38.6 por ciento y la edad avanzada con el 33.3 por ciento.

Tabla 17. Ciudad de México: Distribución de discapacidades reportadas por sexo y grupos de edad según causa de discapacidad 2012

Sexo y grupos de edad	Causa de discapacidad				
	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad avanzada	Otra causa
Total	17.55	35.45	19.88	27.47	3.37
Hombre	23.20	30.42	28.34	18.08	2.99
Mujer	13.99	38.62	14.57	33.37	3.61

Nota: El porcentaje se calculó sobre el total de las discapacidades reportadas, que es mayor al número de Personas con Discapacidad por la población que señala más de una dificultad.

2.7.6. Discapacidad y pobreza

Existe una relación directa entre discapacidad y pobreza y entre pobreza y discapacidad. Por un lado, las Personas con Discapacidad tienen mayores probabilidades de caer en la pobreza porque tienen menores oportunidades de empleo, mayor rezago educativo y menores servicios públicos, así como mayores gastos que enfrentan para su atención personal, atención médica o de dispositivos auxiliares.¹⁶⁹ Esta doble combinación quizás sea el camino para llevarlos a la exclusión.

De acuerdo, con la medición multidimensional de la pobreza en México, que permite identificar a la población que no satisface las dimensiones de ingreso, educación, servicios de salud, seguridad social, calidad y espacio de la vivienda, servicios básicos de la vivienda y alimentación, reportada por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2012), en la Ciudad de México la población que se encuentra en situación de pobreza multidimensional (*persona que no tiene garantizado el ejercicio al menos uno de sus derechos y si sus ingresos son inferior para adquirir bienes y servicios que requiere para sus necesidades*) fue 28.9 por ciento (2 millones 565 mil 321 personas), de los cuales 125 mil 165 personas (4.8 por ciento) son Personas con Discapacidad.

¹⁶⁹ De la misma manera, cuando un miembro de la familia presenta discapacidad, al menos otro miembro debe de asumir el cuidado de la persona, en consecuencia, disminuye el ingreso del hogar, lo que impactara en la pobreza del hogar (CEPAL, 2012).

Tabla 18. Ciudad de México: Niveles de carencia de la Población según condición de discapacidad en las dimensiones de la pobreza 2012

Indicadores	Población total		Población con discapacidad	
	Absoluto	%	Absoluto	%
Pobreza				
Pobreza	2,565,321	28.9	125,165	29.0
Pobre moderado	2,346,296	26.4	108,245	25.1
Pobreza extrema	219,025	2.5	16,920	3.9
Población vulnerable por carencias sociales	2,872,107	32.4	160,522	37.2
Población vulnerable por ingresos	585,105	6.6	36,725	8.5
Población no pobre y no vulnerable	2,852,245	32.1	109,215	25.3
Privación social				
Población con al menos una carencia	5,437,428	61.3	285,687	66.2
Población con al menos tres carencias	814,243	9.2	40,339	9.3
Bienestar				
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	609,963	6.9	38,986	9.0
Población con ingreso inferior a la línea de bienestar	3,150,426	35.5	161,890	37.5

Fuente: Cálculos propios con base al MCS-ENIGH, 2012 y a las bitácoras publicadas por el CONEVAL, 2012.

En términos relativos, se observó que en la población con discapacidad la pobreza multidimensional fue 29 por ciento (125 mil 165 personas) y 71 por ciento (306 mil 462 personas), no pobres. Si se compara este resultado en la población general, el resultado es prácticamente el mismo con 28.9 por ciento pobres y 71.1 por ciento, no pobres.

La metodología de pobreza multidimensional permite obtener distintos grupos de pobreza. El porcentaje de la población con discapacidad en pobreza extrema (*personas que se encuentra con al menos tres carencias y si sus ingresos son inferiores para adquirir una canasta alimentaria*) fue 3.9 por ciento y en la población general 2.5 por ciento, lo que representó una brecha de 1.4 por ciento.

En lo que respecta a las vulnerabilidades por carencias sociales y por ingreso, la población con discapacidad presentó porcentajes más elevados que la población en general (37.2 por ciento contra 32.4 por ciento contra 8.5 por ciento contra 6.6 por ciento, respectivamente).

Como se puede observar, las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México están mostrando tasas más elevadas de pobreza (extrema, carencias sociales e ingresos), en consecuencia, requieren de acciones del Gobierno de la Ciudad de México que les permita salir de este círculo vicioso. Un primer camino es asegurar, como etapa de transición hacia la universalidad,¹⁷⁰ que el Programa Apoyo Económico para Personas con Discapacidad sea destinado a personas que se encuentren en situación de pobreza, ya sea mediante el principio de focalización territorial (CONEVAL, 2012).

2.8. El futuro de la discapacidad

Se prevé un aumento de prevalencia de la discapacidad a nivel mundial (OMS, 2011): aumento de población envejecida, enfermedades crónicas, trastornos de salud mental, secuelas de accidentes.¹⁷¹

No todas las Personas con Discapacidad tienen las mismas desventajas: mujeres con discapacidad frente a hombres, las deficiencias intelectuales tienen mayores dificultades de escolarización, los más excluidos del mercado laboral son los que presentan problemas de salud mental o deficiencia intelectual (OMS, 2011).

Desde 1996, la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) utiliza un abordaje basado en la CIDDM; es decir, el enfoque médico biológico que está presente en las versiones 2000, 2004, 2009, 2013 y el XII Censo General de Población y Vivienda 2000. La Encuesta Nacional de Evaluación al Desempeño (ENED 2002) es el primer acercamiento a la concepción de la discapacidad según la CIF, por lo que utilizó un conjunto de preguntas basadas en la identificación de dificultades para realizar tareas.¹⁷²

¹⁷⁰ Universalizar los programas sociales, abre la puerta para su institucionalización como derecho, cierra las posibilidades a cualquier uso clientelar, mejora la cohesión social, evita la estigmatización propia de los programas focalizados, facilita la operación y abate los costos de funcionamiento. Evalúa DF, 2009.

¹⁷¹ Organización Mundial de la Salud (OMS): Informe mundial sobre la discapacidad 2011.

¹⁷² Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2013.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en sus versiones 2008, 2006 y 2012 muestran claramente los cambios en los abordajes de la discapacidad. En el año 2000 se utilizó el enfoque asociado a deficiencias, en 2006 una combinación entre deficiencias y limitaciones (dificultades) y en 2012 uno más cercano a la CIF y al WG. Cabe señalar que existen otros estudios como la Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM 2001, 2003 y 2012) y la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) 2009 que también buscaron identificar discapacidad y dependencia, respectivamente, entre la población; sin embargo, con excepción de la ENASEM que es un estudio a mayor profundidad, la mayoría de ellas tienen una metodología poco desarrollada del tema. El Censo de Población y Vivienda 2010, así como la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2010, 2012 y 2014, presentan una perspectiva más acorde al WG, aunque con algunas variaciones, ya que incluyen una deficiencia (la de tipo mental) y no considera a los calificadores de la dificultad. Otra fuente de datos más reciente es la Encuesta Nacional de Hogares (ENH) 2014, la cual profundiza en el tema sobre discapacidad dentro de su apartado de salud, y las preguntas que se utilizan tienen los dominios que propone el Grupo de Washington como básicos para captar a esta población (4 preguntas). Es importante destacar que se basa en la propuesta de la iniciativa de Budapest, cuyo objetivo es desarrollar un instrumento común para medir el estado de salud de manera adecuada (INEGI, 2015).

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), en su versión del 2014, incluye por primera vez un apartado sobre discapacidad con el set completo de preguntas del Grupo de Washington y, por ende, basado en la metodología de este grupo.

En el apartado de discapacidad de esta encuesta se incluyeron dos preguntas más, independientemente de las que contempla el WG.¹⁷³ Una que hace

¹⁷³ La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) constituye el marco conceptual de la OMS para una nueva comprensión del funcionamiento, la discapacidad y la salud. Forma parte de la Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) junto con la CIE, siendo estas clasificaciones de referencias y las más importantes. Ambas clasificaciones son complementarias en su uso.

referencia a usar las extremidades superiores (mover o usar sus brazos o manos) y la otra relacionada con el aspecto mental. Para esta última se incluyó una pregunta con la finalidad de captar limitación en la actividad a partir de lo relacionado con problemas emocionales o mentales. La ENADID también indagó sobre el grado de dificultad que presentan las personas, la cual es una de las recomendaciones más importantes del WG; esta variable permite captar los niveles en que dicha dificultad puede estar o no presente (no puede hacerlo, lo hace con mucha dificultad, lo hace con poca dificultad y no tiene dificultad) y con ello establecer el monto de población con discapacidad, con limitación y sin discapacidad. En esta fuente de datos, los calificadores difieren del orden del WG, debido a que los informantes relacionan más el número mayor con no tener dificultad y el menor con no poder realizar las actividades por las cuales se indaga. En términos de la CIF, los grados de dificultad se miden por medio de los calificadores establecidos en la clasificación y son códigos numéricos que especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la discapacidad, que van de (1) No, sin dificultad, (2) Sí, alguna dificultad, (3) Sí, mucha dificultad hasta (4) No puede hacerlo. Y en un factor contextual es un facilitador o barrera (OMS y MSPSE, 2011).¹⁷⁴

Capítulo 3. Pertinencia de una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México. Una agenda pública en la que las Personas con Discapacidad sean incluidas.

Transitar hacia una política de cuidados para las Personas con Discapacidad, deberá insertarse en una lógica de construcción de acceso a los derechos, pues se observa un desarrollo desigual entre los cuatro grandes componentes de la política social en general: la prestación de servicios, las transferencias monetarias, los subsidios directos e indirectos y la infraestructura social. Hasta ahora, los diversos gobiernos de la Ciudad han puesto el acento en uno u otro aspecto, pero se está aún lejos de lograr un desarrollo armónico y

¹⁷⁴ INEGI, (2014). La discapacidad en México, datos a 2014.

complementario entre estas cuatro dimensiones, y con frecuencia lo que se presenta es una fuerte disputa de recursos entre ellas. Cuando ha habido expansión en la prestación de servicios, las transferencias monetarias tienden a rezagarse, y a la inversa: cuando se han priorizado las transferencias monetarias, cae la inversión en la prestación de servicios (Yanes, 2013).¹⁷⁵

Colocar en la agenda pública el tema de cuidado es un asunto de gran actualidad para la Ciudad de México, al ser parte del contenido de la Constitución de la Entidad (artículo 9B). Garantizar este derecho requiere, por un lado, la promoción de una oferta de cuidado, pero también la universalización de las responsabilidades, tareas y asignación de los recursos necesarios para realizarlo. Cabe recordar que en la discusión sobre los cuidados, se establece una relación que va en dos sentidos al tener que considerar el derecho de las personas a recibir cuidados, pero también los derechos de las personas cuidadoras. En este contexto, surge el debate sobre las responsabilidades que deben asumir el Estado y el mercado frente a las necesidades y tareas de cuidado. Asimismo, el reconocimiento de que los cuidados son esenciales para la vida y la reproducción social conlleva colocarlos como un bien público que requiere la competencia de todos los sectores sociales (Estado, mercado, comunidad, familias) a fin de valorizarlo y garantizar los derechos de todas las personas a cuidarse, cuidar y ser cuidadas.

En un ánimo de identificar las distintas etapas y requerimientos de los cuidados, Pérez Orozco, (2014), ofrece una clasificación de los cuidados en la que distingue los cuidados directos y la gestión del cuidado para el bienestar diario.¹⁷⁶

La gestión del cuidado implica todas aquellas tareas y responsabilidades de coordinar, planificar y supervisar las acciones como ir al supermercado a realizar las compras necesarias para la elaboración de los alimentos, la coordinación de los horarios de clases o terapias de rehabilitación, la planificación de una dieta

¹⁷⁵ Quince años de política social en la Ciudad de México. Logros y desafíos, lecciones y tensiones.

¹⁷⁶ Trabajo de cuidados y desigualdad en México (2014), OXFAM, México.

libre de azúcar, etcétera. Requiere tiempo, información, administración de recursos materiales, negociación con otros agentes de cuidado e incluso creatividad. Esta cadena in situ del cuidado puede ser realizada por una misma persona o desarrollarse por la intervención de más de una persona.¹⁷⁷

Una de las mayores potencialidades de instalar al cuidado y los cuidados como un problema público es sacarlo del terreno de lo privado y desnaturalizarlo como propio de las mujeres y de los hogares (Esquivel, 2011).¹⁷⁸ En esta línea, las conceptualizaciones desde el cuidado a través de las situaciones de dependencia en las Personas con Discapacidad.

3.1. ¿Qué características debe tener una agenda de políticas de cuidados para Personas con Discapacidad?

De acuerdo con Subirats, una política pública se define como una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos, cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían, a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. A la vez es preciso tomar en cuenta el contexto institucional que influye en las pautas de comportamiento tanto de manera individual como colectiva (2008:35).¹⁷⁹

El conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales) (Subirats et al., 2008).¹⁸⁰ En este caso, para la

¹⁷⁷ Pérez Orozco, Amaia (2014) “Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados”. En Cristina Carrasco (ed.) (2014) Con vos propia. La economía feminista como apuesta teórica y política. Los Libros de VientoSur & La oveja roja.

¹⁷⁸ Esquivel, V. (2011), El cuidado: de concepto analítico a agenda política. Revista Nueva Sociedad No 256, marzo-abril de 2015.

¹⁷⁹ Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne (2008), Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones.

¹⁸⁰ Subirats, Knoepfel, Larrue y Varonne (2008), Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones.

caracterización de una agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México.

Son necesarias nuevas definiciones, tales como disponibilidad e intensidad del cuidado, y un mayor énfasis en la perspectiva del receptor de cuidados en lugar de la del productor. La estructura demográfica es el mejor predictor de la demanda de cuidados, pero la estructura social y política condiciona fuertemente la distribución de la producción de cuidados.¹⁸¹

De acuerdo con el Modelo Social de la Discapacidad, esta se manifiesta cuando existe una limitación funcional, que se profundiza debido a las barreras que impone el entorno.¹⁸² En este Modelo, las situaciones de dependencia son fundamentales para poder identificar las intervenciones que se requieren desde el ámbito público para proteger la inclusión de este colectivo.

- Pautas de formación y capacitación de las personas que cuidan.
- Sistema de acreditación y regulación de cuidadores.
- Financiamiento: evaluación y proyección presupuestal.
- Institucionalización y transversalidad de la ética del cuidado desde una perspectiva de género.

En la agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México, deben intervenir las propias Personas con Discapacidad, las

¹⁸¹ El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas (2018).ONU Mujeres. Ciudad de México.

¹⁸² El modelo social nace a finales de la década de 1960 en los Estados Unidos y el Reino Unido, en un momento en el que las Personas con Discapacidad y las organizaciones de Personas con Discapacidad hacen notar su situación de "ciudadanos de segunda clase", y comienzan a hablar de las barreras sociales y ambientales, así como de las actitudes discriminatorias como las medidas que provocan discapacidad a las personas (González, 2010). Pueden distinguirse tres modelos de tratamiento del tema que coexisten en mayor o menor medida en el presente: el modelo de prescindencia, el médico o rehabilitador y el social o de derechos humanos (Palacios y Romañach, 2006). El primero supone que las causas que originan la discapacidad son religiosas y asume como innecesarias a las personas que viven esta condición, en virtud de que albergan castigos divinos, mensajes diabólicos o simplemente que sus vidas no valen la pena ser vivida (González, 2010). Como consecuencia, la sociedad decide prescindir de las Personas con Discapacidad. El segundo, el modelo médico o rehabilitador, pone a disposición de la ciencia la gestión y reparación de aquello en lo que "la naturaleza falló" (Soto, 2011). Como su nombre lo indica, este modelo considera que las causas de la discapacidad son médicas; por lo tanto, deja de asumir a las personas como innecesarias, siempre y cuando sean rehabilitadas o "curadas" (González, 2010). El tercer modelo, denominado social, considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, y que las personas que tienen esta condición pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de la población, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas diferentes (Palacios y Romañach, 2006).

Organizaciones de la Sociedad Civil, instituciones académicas, iniciativa privada, el gobierno central a través de la Secretaría de Finanzas para otorgarle presupuesto para su instrumentación y la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO), que sería la encargada de echar a andar un proyecto de esta magnitud. Con base en la tipología propuesta por la CEPAL,¹⁸³ basada en tres categorías fundamentales, se sigue que los involucrados mínimamente deberán ser: i) actores con poder formal de decisión que poseen capacidad resolutoria en un orden jerárquico institucional específico; ii) actores con interés inmediato que se movilizan y desarrollan estrategias para la incidencia en la toma de decisiones y, iii) actores de contexto con intereses y experiencias vinculadas al área política en cuestión que pueden actuar como apoyos o referentes en momentos determinados, pero no están necesariamente involucrados en el proceso formal.¹⁸⁴ Esta tipología se describe en el esquema siguiente:

Tabla 19. Componentes de la construcción de la agenda de políticas de Cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México

Componentes de la construcción de la agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México	Impulso de un debate amplio Participación de los actores involucrados, técnicos especializados, académicos, empresas, sociedad civil, en la articulación de una agenda de cuidados para Personas con Discapacidad.
	Organización de un grupo de trabajo interinstitucional Que articule a las dependencias en torno a un mismo fin.
	Cambios normativos y regulatorios Diseñar el marco normativo que regule el tema empezando por la categorización de los baremos, grados o escala en la que se identificará la situación de dependencia y de esa manera la intervención pública que se aplicará a cada caso.
	Sensibilización social e institucional Con el fin de generar una cultura de respeto a las personas con movilidad limitada y apropiación de la responsabilidad colectiva que como sociedad, estado y mercado se tiene que asumir.
	Diagnóstico específico Valida a través de un grupo de trabajo los datos oficiales que se utilizarán para marcar acciones para cada Sector, que incluya un inventario claro de los que se necesita, aprovechando las acciones que ya se tienen y que ello permita orientar de una mejor manera las que no.
	Planeación estratégica

¹⁸³ CEPAL. Serie Políticas Sociales No 192. La construcción del sistema de cuidados en Uruguay.

¹⁸⁴ Maldonado C. y Palma A. (2013). La construcción de pactos y consensos en materia de política social. El caso del Nuevo Régimen de Asignaciones Familiares del Uruguay, 2004-2009, CEPAL, p. 66.

	Que permita priorizar líneas de acción (centros diurnos, residenciales, teleasistencia, etc)
	<p>Presupuestación adecuada</p> <p>Considerar que se requiere de recursos suficientes, que puede tener algún componente mixto, como se revisó en los casos de los países que han avanzado en esta materia.</p>

Fuente: Elaboración propia, con base en la experiencia de los países analizados, siguiendo la caracterización de Méndez J.L. (2017) y CEPAL (2010).

Componente 1. Impulso de un debate amplio

Debe orientarse a garantizar que la Ciudad de México sea amigable a los cuidados.

Componente 2. Organización de un grupo de trabajo interinstitucional

Se propone que este Grupo esté integrado por instituciones públicas con obligaciones en materia de cuidado, así como Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades y especialistas en cuidados, que puedan contribuir en la gestión del conocimiento sobre el trabajo de cuidado para el desarrollo de políticas públicas para garantizar este derecho.

Las funciones del Grupo de Gestión girarán en torno a la implementación de acciones específicas que contribuyan a lograr la implementación del derecho al cuidado

El Consejo, estará integrado por: a) Secretaría de Gobierno; b) Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo; c) Secretaría de las Mujeres; d) Sistema DIF; e) Instituto para la Atención de los Adultos Mayores; f) Instituto de las Personas con Discapacidad; g) Secretaría de Inclusión y Bienestar Social; h) Secretaría de Salud; i) Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación; j) Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones; k) Instituto de la Juventud; l) Comisión de Derechos Humanos de la CDMX. Sus funciones girarán en torno a la toma de decisiones para el buen funcionamiento del Sistema. La Junta Central del Consejo será el órgano de mayor decisión en el Sistema.

Asimismo, resulta fundamental considerar la participación de representantes del Congreso y a la totalidad de las Alcaldías de la CDMX, pensando en que la problemática de cuidados es diversa en cada una de ellas.

Este grupo de trabajo debe garantizar el cumplimiento del Artículo 9 de la Constitución de la CDMX, al proponer programas que formen parte del Sistema, acciones de políticas públicas, proyectos de inversión en infraestructura en materia de cuidados, todo en el marco de la normativa vigente. Este mecanismo, como experto en el tema, deberá formular propuestas de mejora en las acciones de políticas que generan las dependencias, y diseñar lineamientos para la operatividad de programas o planes de acción de la CDMX.

Componente 3. Cambios normativos y regulatorios

Este componente se orienta a promover los cambios normativos y regulatorios que permitan que en la CDMX se reconozca del valor social de las labores de cuidado y se garantice el pleno ejercicio del derecho de las personas a cuidarse, cuidar y ser cuidadas, de acuerdo a los más altos estándares de derechos humanos en la materia. Es decir, a que se generen los instrumentos normativos y regulatorios necesarios para garantizar que todas las personas que habitan en la Ciudad puedan ejercer y exigir su derecho al cuidado, como está consignado en el Artículo 9, inciso B de la Constitución Política de la Ciudad de México.

Emisión de lineamientos para regular la instalación, operación, ampliación y supervisión de todos los servicios de cuidado. Los lineamientos deben elaborarse por tipo de servicio.

Componente 4. Sensibilización social e institucional

Estrategia de comunicación y difusión que incluya campañas en medios masivos e intervenciones comunicativas locales y comunitarias.

Es fundamental incorporar la problemática de los cuidados en estas políticas, con miras a desarticular la consideración de que la división sexual del trabajo es “natural”.

Componente 5. Diagnóstico específico.

Diagnóstico que incluya la elaboración de una identificación territorial a través de sistemas de información geográfica que identifique la localización de las poblaciones que necesitan cuidados y la de los tipos de servicios de cuidado públicos, privados y comunitarios que existen en la Ciudad. Se deben involucrar grados de dependencia específicos para la asignación de bienes o servicios.

Componente 6. Planeación estratégica

Hacia los servicios de cuidado que se orienta al diseño, coordinación y evaluación de políticas públicas para que la población con necesidades de cuidado cuente con servicios (públicos, privados y comunitarios), pertinentes, suficientes y de calidad, al tiempo que se garantice que los servicios de cuidado.

Componente 7. Presupuestación adecuada.

La presupuestación adecuada, logrará el financiamiento general del Sistema, persiguiendo la eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales y asegurando la sustentabilidad en la asignación de los recursos para la prestación de cuidados integrales, considerando que deberá ser desplegado mediante etapas graduales de acceso a las prestaciones y servicios, determinadas a través de un criterio político de progresividad. En términos de la responsabilidad estatal sobre la calidad, se asegurará que el Sistema persiga la calidad integral de los servicios y prestaciones de acuerdo a normas, regulaciones y protocolos de actuación que respeten los derechos de las personas que cuidan, así como de los prestadores de servicios de cuidados.

3.2. Elementos para avanzar en la agenda de políticas de Cuidados para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México

Promueve la necesidad de socializar costos vinculados a las tareas de cuidado, generando servicios públicos o bien estimulando y/o regulando la oferta privada. El reconocimiento de que las tareas de cuidados recaen principalmente en las mujeres por lo que desde el punto de vista de los derechos sociales y la equidad de género, es imprescindible reconocer y valorar el aporte que se realiza a toda la sociedad, así como promover la corresponsabilidad de las tareas de cuidado tanto entre las familias y el Estado como entre mujeres y varones dentro del hogar.

La evidencia de que la oferta existente en materia de cuidados es notoriamente insuficiente. La regulación debe determinar el tipo de servicios, las prestaciones mínimas y los perfiles profesionales y técnicos de quienes llevan adelante las tareas, la formación del cuidador. Garantizar el derecho de las Personas con Discapacidad a cuidarse, cuidar y ser cuidadas mediante servicios y políticas públicas que promuevan la autonomía y la vida independiente. Por ello, una propuesta para avanzar en categorizaciones relacionadas con los bienes o servicios que deberán desarrollarse en el marco de esta agenda están las siguientes.

Tabla 20. Categorización de bienes y servicios para Personas con Discapacidad en el marco de la agenda de políticas de cuidados de la Ciudad de México

Cuidados en el hogar	Cuidados fuera del hogar
Transferencia para el pago de cuidados en domicilio (cuidadores formales / informales)	Creación de centros especializados/ adecuación de servicios especializados existentes para atender el cuidado
Orientación y Apoyo a las familias	Equipos especializados y cuidadores especializados en centros de atención a primera infancia
Apoyo para ayudas técnicas	Residencias para dependencias severas sin apoyo o redes socio-familiares
Sistema de licencias para los cuidadores principales	Esquemas de apoyo tutelados para adultos en situación de dependencia
Transferencia económica para afrontar gastos generados por la situación de dependencia.	

Fuente: Elaboración propia.

Este nuevo esquema reconoce la dependencia de las personas y su derecho a ser cuidadas, apostando a estrategias de autonomía y autocuidado, y a visibilizar, también, los derechos de las personas que deciden o no cuidar a otras y, reiteramos, la corresponsabilidad entre el gobierno, el mercado y las familias.¹⁸⁵ La primera unidad de análisis son los cuidadores, que representa la oferta de cuidado y la segunda, las Personas con Discapacidad, para el caso de la demanda.

Tabla 21. Elementos que debe contener una agenda de políticas de cuidados para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México	
Definición: Se define como el catálogo de intervenciones para el cuidado, así como los responsables de la atención del mismo.	
Objetivos:	
<ul style="list-style-type: none"> - Mejor atención en temas de cuidado para las Personas con Discapacidad. - Identificar y empatar oferta con demanda de cuidado (registros administrativos de usuarios específicos por temas y con visión interseccional). - Desarrollar recursos y estructuras sociales que permitan el cuidado y la atención de las personas dependientes (para este caso, Personas con Discapacidad). 	
En cuanto a los Cuidadores	En cuanto a las Personas con Discapacidad en situación de dependencia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacitación por especialidades (tipo de limitación funcional). ▪ Remuneración (salario digno). ▪ Identificar y empatar oferta con demanda de cuidado (registro de cuidadores). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios que contribuyen al cuidado de personas en situación de dependencia ▪ Servicios de alimentación para personas en situación de pobreza ▪ Acciones para la autonomía de la población en situación de dependencia ▪ Acciones para el reconocimiento de los trabajos de cuidado ▪ Acciones de formación de personas cuidadoras ▪ Acciones para promover la corresponsabilidad de los cuidados ▪ Acciones para el empoderamiento de personas cuidadoras.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁸⁵ Informe 2015 del Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, p. 50.

La propuesta es que la agenda de políticas de cuidados logre articular todos los servicios de cuidado que brindan diversas dependencias públicas, así como los que ofrece el sector privado y comunitario. Además, este componente se orienta al diseño, coordinación y evaluación de políticas públicas que garanticen que las personas que realizan trabajo de cuidados en la Ciudad de México puedan ejercer plenamente todos sus derechos.

La situación de dependencia considerará los grados correspondientes a los cuales se les asociaría un nivel de atención o de intervención. Es decir, el trabajo de cuidados va a ser muy variable según la situación de dependencia y con ello las actividades implicadas (autocuidado, desplazamientos, curas, rehabilitación, entre otras), así como el contexto en el que se presta la ayuda (domicilio, centro especializado, hospital). Dentro de las cargas de trabajo se suelen diferenciar en primer lugar la categoría profesional y la especificidad de los cuidados.

Algunos ejemplos internacionales se han mostrado para apuntar la importancia de generar un gran acuerdo en torno a las variables que determinarán el acceso y permanencia en el sistema, así como el conjunto de bienes o servicios adecuados para cada situación. Será imprescindible, generar un gran consenso en torno a las categorías de las dependencias, siempre teniendo como marco lo ya establecido por la Organización Mundial de la Salud.

Tabla 22. Categorías propuestas para la medición y clasificación de la dependencia

<p>Dependencia severa y total. Aquellas personas que necesitan de tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida diaria (cuidado personal, movilidad dentro del hogar y/o funciones mentales básicas: higiene personal, vestirse, alimentarse, cambiar las posiciones del cuerpo, levantarse y acostarse, desplazarse dentro del hogar, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar tareas sencillas).</p>
<p>Dependencia moderada. Aquellas personas con necesidad de ayuda para salir del hogar, realizar tareas domésticas, y/o quienes tienen una discapacidad moderada en áreas de autocuidado, movilidad, alimentación y funcionamiento mental básico sin llegar a los altos niveles de dependencia considerados en el grupo anterior.</p>
<p>Dependencia leve. Aquellas personas con necesidad de ayuda para determinadas actividades. Se podría beneficiarse de algún componente del sistema de cuidados, dependiendo de la intensidad y frecuencia de la ayuda que necesite y puede complementarse de otros servicios de prestación pública.</p>

Fuente: Elaboración propia con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (OMS, 2010).

3.3. Responsabilidades de implementación y criterios de evaluación.¹⁸⁶

La definición de los parámetros sobre los que se definirá el éxito o el fracaso del seguimiento de la agenda de políticas será fundamental para cubrir los aspectos desde la implementación, hasta la evaluación. Recordamos con Cejudo, G. y Michel, C. (2016), que podemos identificar tres niveles de análisis desde los cuales evaluar la coherencia en las políticas públicas: la coherencia en las políticas (la coherencia interna), la coherencia entre políticas y la coherencia entre espacios de política.

Medir no significa necesariamente cuantificar los conceptos, sino establecer criterios para su observación y clasificación, de acuerdo con la presencia o ausencia o grado de presencia o de ausencia de la propiedad o propiedades que contenga cada concepto.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Finalmente, un tema central tiene que ver con las decisiones acerca de qué actores deberán involucrarse en la puesta en marcha del programa y cuáles podrán establecer los parámetros sobre los que se determinará el éxito o fracaso del mismo.

¹⁸⁷ Anduiza, Crespo, Méndez (1999). La operacionalización de los conceptos, en: Metodología de la ciencia política. Centro de Investigaciones Sociológicas, p. 38.

Conclusiones y Recomendaciones

Las situaciones de dependencia asociadas a los cuidados de Personas con Discapacidad, requieren que los cuidados puedan también dirigirse a quienes cuidan. Otro componente central en la situación de dependencia de Personas con Discapacidad, es el impacto que conlleva la presencia de uno o más integrantes con discapacidad en las familias. La existencia de una agenda pública clara en materia de políticas de cuidado para las personas con discapacidad debe tener en cuenta la situación de la familia y la situación de personas actualmente institucionalizadas. La situación de dependencia además puede darse en un hogar donde confluyan otras poblaciones priorizadas por el sistema: infancia y adultos mayores.¹⁸⁸

La Constitución de la Ciudad de México, es la primera Constitución del mundo que reconoce el derecho al cuidado en sus dos dimensiones: desde el punto de vista de quien necesita cuidados y desde el punto de vista de quien los provee. Entró en vigor el 17 de septiembre de 2018 y ello implica que se tendrá que trabajar en una Ley y su respectivo Reglamento, para integrar el tema del cuidado a la vida pública de la Ciudad.

Conclusiones

Como se analizó a lo largo del documento existen esfuerzos concretos para llevar adelante una agenda de cuidados en la Ciudad de México. En el periodo de gobierno 2012-2018 el impulso de los grupos feministas organizados, colocó como parte de la agenda pública la discusión alrededor de la “economía del cuidado” como todo aquello que permite el sostenimiento de la vida, el crecimiento económico y el desarrollo, en razón que tanto la economía, como nuestra organización social están sustentadas en el trabajo de cuidados (incluye el cuidado doméstico). Los cuidados son vistos como trabajo, son actividades

¹⁸⁸ Aguirre R. y Ferrari F. (2014), Op. Cit. p. 60.

que tienen como objetivo generar el bienestar de las personas. Los cuidados son también economía, porque el trabajo de cuidado de los hogares, permite la reproducción de la vida cotidiana. Fue así como el “Plan estratégico de economía de cuidados para la Ciudad de México: propuestas para la creación del sistema de cuidados y su marco normativo” (2017), encabezado por el Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CES), como parte de estos trabajos, se concretó una agenda para avanzar en un Sistema Integral de Cuidados, que tendría dos grandes vertientes: a) Gestión de la Ciudad, b) Coordinación e implementación. Avances, que al término del periodo de gobierno, no avanzaron más.

Con el incipiente periodo 2018-2024, en el que por una parte se da la transformación del Instituto de las Mujeres a nivel de Secretaría y por otra, la entrada en vigor de la Constitución de la Ciudad de México, se abre una ventana de oportunidad para el replanteamiento de este tema. Tomando en cuenta que de acuerdo con el Reglamento Interior del Poder Ejecutivo y de la Administración Pública de la Ciudad de México, publicado en la Gaceta de la Ciudad de México el 2 de enero de 2019, particularmente en su Artículo 202, que establece las atribuciones de la Secretaría de las Mujeres, indica en su fracción XIV, que tiene facultad para:

XIV. Dirigir y organizar las acciones necesarias para sentar las bases de creación de un Sistema Público de Cuidados en la Ciudad de México;

Asimismo, en su Artículo 220, correspondiente a las atribuciones del la Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo, se establece en su fracción XXX, que esta Entidad deberá:

XXX. Promover acciones para coadyuvar al reconocimiento económico y social del sistema de cuidados de la Ciudad de México;

Estos, son elementos que deberían generar una complementariedad para avanzar en el tema del cuidado en la Entidad. Es imprescindible que esta Secretaría (de nueva creación) o la misma Secretaría del Trabajo y Fomento al

Empleo, que en el periodo anterior logró integrar el trabajo del CES, avancen de manera definitiva en la articulación de la agenda de cuidados para la Ciudad de México.

Sin embargo para poder dar atención en el tema de las personas con discapacidad, a sea a través de un “*Sistema Público de Cuidados*” o bien del “*sistema de cuidados de la Ciudad de México*” (como lo indica el mencionado ordenamiento), de acuerdo con la experiencia internacional que revisamos a través de los ejemplos de Uruguay, España y Costa Rica, nos recuerda que hay consideraciones particulares que se deben tomar en cuenta en todo momento en el ciclo de la política pública, en virtud de: a) los cambios en las dinámicas demográficas de los países, b) que una limitación en la funcionalidad, no necesariamente lleva a una situación de discapacidad.

Por tanto, si bien la memoria institucional que ha heredado la actual administración local, cuenta con información relevante para dar continuidad al planteamiento del cuidado en la Ciudad de México y si bien, contamos con un marco normativo sin precedente, que nos coloca a la vanguardia, incluso internacional en temas de cuidado, el estado que guardan las acciones dirigidas a Personas con Discapacidad en este contexto, como se pudo analizar, se ha caracterizado por ser un conjunto de acciones desarticuladas y aisladas, que no corresponden a una visión del cuidado para este grupo de población. Por lo que es indispensable, generar una “***agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México***”, que permita avanzar en la integración de estas acciones y en subsecuentes complementariedades con una visión de conjunto para el tema del cuidado que considere cada uno de los grupos prioritarios de atención. Es indispensable que las Organizaciones de la Sociedad Civil participen en este esfuerzo.

Lograr una caracterización del cuidado de acuerdo con las necesidades de cada discapacidad, permitirá revertir la fragmentación de acciones, así como avanzar

en una agenda pública estatal en materia de cuidado para las Personas con Discapacidad. Las políticas del cuidado, se presentan como una herramienta transformadora para la instrumentación de una visión pública en esta materia en la Entidad.

Recomendaciones

La construcción de una agenda de políticas de cuidado para las Personas con Discapacidad en la Ciudad de México, aportará los componentes que permitan romper la raíz de la perpetuación de la exclusión y la desigualdad, en la que han vivido tanto las personas cuidadoras de las Personas con Discapacidad, como las propias Personas con Discapacidad.

Los cuidados deben entenderse como un elemento clave de diferenciación de los grupos sociales (Pérez Orozco, 2010), por lo que el derecho de las personas a cuidarse, a cuidar, a ser cuidadas y a no cuidar, tiene un nexo inequívoco con la desigualdad y la exclusión/inclusión de la ciudadanía (Rose, 1999).¹⁸⁹

Debido a que caracterizar el fenómeno del cuidado para las Personas con Discapacidad (limitaciones funcionales), nos permitirá avanzar en una agenda de política clara, definiendo las intervenciones propicias en el ámbito público, acercándonos no sólo a la posibilidad de clasificar las necesidades específicas, sino construir progresivamente la actuación en los marcos institucionales correspondientes.

¿Qué aspectos quedarían sin explicar?

Existe un vacío teórico en varios temas: **El primero.** Aun cuando hay información acerca de “las horas dedicadas al trabajo de cuidados por enfermedad y

¹⁸⁹ Los impactos socioeconómicos de las horas dedicadas al cuidado no es el objetivo de este trabajo, sin embargo, permite ofrecer un elemento de análisis que puede ser desarrollado en investigaciones posteriores relativas a una economía del cuidado.

discapacidad en la Ciudad de México”, no se cuenta con una desagregación que nos permita conocer ¿a qué tipo de limitación funcional se refiere las categorías agregadas “discapacidad” o “enfermedad”? Es decir, no conocemos este dato en relación con una situación de dependencia por discapacidad con el detalle que se requiere para plantear una intervención adecuada.

El segundo: Del total de Personas con Discapacidad que habitan la Ciudad de México, no contamos con una caracterización o una tipología de los cuidados que se requieren para los diversos tipos de limitaciones funcionales que existen.

Con lo que contamos es con una sola pregunta del conjunto que se deriva de ejercicios estadísticos que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), sobre el tema discapacidad, que indaga de manera general “si la persona tiene dificultad con el cuidado personal” y ponen como ejemplo: “bañarse, vestirse o comer”.¹⁹⁰

El tercero: Aun cuando hay un programa de política pública para el ejercicio de gobierno 2014-2018, no hay un documento en el que se dé seguimiento a las políticas relacionadas con el cuidado, contenidas en el programa. Con lo cual no es posible probar que en la práctica esté ocurriendo alguna actividad institucional por parte del Gobierno de la Ciudad de México, relacionado con esta actividad.¹⁹¹

¹⁹⁰ La discapacidad en México, datos al 2014. Versión 2017, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Ciudad de México, p. 88.

¹⁹¹ Quinto Informe de Gobierno de la Ciudad de México (2012-2018).

Anexo 1. Sobre las Personas con Discapacidad en perspectiva histórica.

Desde la prehistoria, las concepciones y tratamientos de que son objeto las Personas con Discapacidad oscilan entre dos perspectivas opuestas: un enfoque o actitud activa, que considera la deficiencia o problema en las funciones o estructuras corporales como una limitación que puede subsanarse, lo cual se traduce en prevención, tratamientos e integración, y otro enfoque o actitud pasiva, que señala que la deficiencia es fruto del castigo de dioses, del pecado o del demonio, lo que se traduce en rechazo y segregación. Así, en cada etapa de la historia han coexistido las actitudes de apoyo y de rechazo hacia las Personas con Discapacidad.¹⁹²

En el siglo XV, la tradición de la caridad cristiana era el único medio de supervivencia para quienes carecían de recursos, entre ellos, las Personas con Discapacidad. Pero al iniciarse el siglo XVI, se genera una asimilación entre pobre y criminal y se desplaza la santificación de la pobreza ante las nuevas exigencias burguesas de orden y utilidad; a partir de estos siglos, las Personas con Discapacidad se consideran sujetos de asistencia (Verdugo, 1995).¹⁹³

En Inglaterra, a partir de 1531 se generan disposiciones normativas a favor del reconocimiento de la responsabilidad pública respecto de los marginados, incluidas las Personas con Discapacidad, que culminan con las "leyes de pobres" de 1601; de ese modo, la caridad privada de los monasterios medievales fue dejando paso a un nuevo concepto de solidaridad: la asistencia pública (Palacios, 2008).¹⁹⁴ Durante el siglo XIX, las actitudes sociales hacia las Personas con Discapacidad experimentan cambios importantes, se extiende la idea de que necesitan ayuda, es decir, trabajo e instrucción profesional y no limosnas; florece la educación especial con la participación de médicos, educadores y psicólogos;

¹⁹² Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2010). Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010. México, Aguascalientes: INEGI.

¹⁹³ Verdugo, M. Á. (1995). Personas con deficiencias, discapacidades y minusvalía. En M. Á. Verdugo (Dir.), Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras (pp. 1-35). Madrid: Siglo XXI Editores.

¹⁹⁴ Palacios Rizzo, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección Cermi n°36. Madrid: Ediciones Cinca.

se fundan numerosas instituciones privadas para proteger, estudiar y tratar a las Personas con Discapacidad; mientras que la ortopédica y los intentos de corrección quirúrgica favorecen la aparición de una nueva conciencia que procuraba una vida digna para este colectivo; sin embargo, persiste la idea de que la discapacidad es fruto del pecado, por lo que la alternativa que se ofrece para las personas con esa condición es el aislamiento y la reclusión (Iañez, 2009).¹⁹⁵

El siglo XX trajo avances sociales que se manifiestan en medidas legales e institucionales en favor de las Personas con Discapacidad. Al finalizar el conflicto bélico en 1945, se funda la Organización de las Naciones Unidas (ONU), un año después se incorpora la Organización Internacional del Trabajo (OIT), especializada en el fomento de la justicia social y los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos, y en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), enfocada en la gestión de políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Las organizaciones internacionales adoptaron los principios de normalización e integración, con los que se pretendía proporcionar los recursos que cada persona requiere en función de sus limitaciones, para que pueda desarrollarse lo más posible en los ambientes normales en que se desenvuelve (Priante, 2003).¹⁹⁶

El decenio de 1970 significa el comienzo de un nuevo acercamiento a la discapacidad. Los derechos humanos empiezan a gozar de una mayor aceptación internacional. En esta época, la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta dos de sus principales declaraciones en materia de discapacidad: la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental en 1971 y la Declaración de los Derechos de los Impedidos en 1975. La primera proporciona un marco para la protección de los derechos mediante la adopción de medidas a nivel

¹⁹⁵ Iañez Domínguez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la diversidad funcional*. Madrid: Obra Social de Caja Madrid. Diversitas Ediciones.

¹⁹⁶ Priante Bretón, C. M. (2003). *Mejoras en organizaciones de México y España mediante el desarrollo de una estrategia inclusiva*. Tesis doctoral, Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos, Facultad de psicología, Universidad de Salamanca, España.

nacional e internacional; mientras que la segunda, reafirma los derechos de las personas a la educación, a la atención sanitaria y a servicios de colocación (ONU). Con ello, este organismo da sus primeros pasos hacia el reconocimiento jurídico de los derechos de las Personas con Discapacidad (Blanco y Sánchez, 2006). Por su parte, como alternativa al modelo tradicional de organización de los servicios de rehabilitación, al final del decenio de 1970, la OMS impulsó la estrategia de Servicios de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), con un enfoque basado en un alto grado de participación de las comunidades (Amate, 2006).¹⁹⁷

En 1980, con la publicación de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), la OMS aporta una perspectiva de lo social en el concepto de discapacidad que ayuda en la inclusión del entorno en la valoración de las consecuencias de la discapacidad. Por otro lado, la presencia del tema de la discapacidad en el discurso público, también estimula la demanda de estadísticas sobre la misma, evidenciando la importancia de ampliar su cobertura hacia aspectos sociodemográficos y económicos, del entorno, el acceso y la adaptabilidad de las Personas con Discapacidad. Dicha exigencia de información no sólo emana de su necesidad como insumo para el diseño, la implementación y la evaluación de políticas, sino también del imperativo ético de asegurar el ejercicio de los derechos de este grupo de población (Stang, 2011).¹⁹⁸

En 2001, la OMS concluye el proceso de revisión de la CIDDM con el lanzamiento de una nueva clasificación, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que usa un enfoque biopsicosocial de la discapacidad y busca eliminar el elemento de estigmatización y discriminación que toda clasificación tiende a producir (UIPC e IMSERSO, 2003). En el otoño de ese año, México propone a la Asamblea General de la ONU crear un Comité

¹⁹⁷ Amate y A. J. Vásquez (Eds.), *Discapacidad. Lo que todos debemos saber* (pp. 3-8). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.

¹⁹⁸ Stang Alva, M. F. (2011). *Las Personas con Discapacidad en América Latina: del reconocimiento jurídico a la desigualdad real* Serie Población y desarrollo N° 103. Santiago de Chile: Naciones Unidas y CEPAL.

Especial encargado de preparar una convención internacional amplia e integral para proteger los derechos y la dignidad de las Personas con Discapacidad. Cinco años después, en diciembre de 2006, la Asamblea General aprueba la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, y en marzo de 2007 la abre para su firma, junto con su Protocolo Facultativo, entrando en vigor en mayo de 2008, después de recibir su 20ª ratificación (ONU). La Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) recoge perfectamente el paradigma biopsicosocial propuesto por la CIF. En el Preámbulo, reconoce “que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.¹⁹⁹ La Convención es un documento importante, porque destaca que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un problema social y político causado por las barreras que las sociedades mismas han construido, al no considerar las necesidades de todas las personas en términos de movilidad y funcionalidad tanto de los espacios, los entornos, pero también de los contenidos.

Por lo que el tratamiento del problema requiere las modificaciones ambientales, culturales y políticas necesarias para hacer posible la plena participación de cualquier persona en todas las áreas de la vida. De ello y del articulado que se desprende de este documento (Artículos 3, Principios; 9, Accesibilidad; 12, Capacidad Jurídica; 19, Vida Independiente; 20, Movilidad personal; 24, Educación), podemos extraer un par de contenidos fundamentales, por remitirse a la eliminación de las barreras del entorno, en la comunicación y en el trato hacia este colectivo.

¹⁹⁹ Para revisar discusiones alrededor del paradigma social, se pueden revisar: Crespo Cuadrado, M., Campo, M. y Verdugo, M. A. (2003), Palacios Rizzo, A. (2008).

Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad	
Artículo	Resumen
Artículo 8, Toma de conciencia.	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a la sociedad, incluso a nivel familiar, para que tome mayor conciencia respecto de las Personas con Discapacidad y fomentar el respeto de los derechos y la dignidad de estas personas. - Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las Personas con Discapacidad y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral. - Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las Personas con Discapacidad.
Artículo 9, Accesibilidad.	-A fin de que las Personas con Discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las Personas con Discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales. Estas medidas, incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso.

Entonces, en resumen podemos hablar de tres paradigmas para pensar lo que aún llamamos discapacidad: el médico, el social y el biopsicosocial (que ha intentado integrar y superar la confrontación entre los dos primeros). Finalmente, es importante mencionar que los activistas de lo que se denomina como la corriente de la “Vida Independiente”,²⁰⁰ han propuesto que el paradigma biopsicosocial transite hacia un nuevo modelo que llaman de la diversidad funcional.²⁰¹

El modelo de la diversidad funcional²⁰² gira alrededor de una cuestión básica: las personas no tienen deficiencia, sino diversidad, de lo cual se deduce que lo que

²⁰⁰ El Movimiento de Vida Independiente es un movimiento social que nació en el marco de la lucha por los derechos civiles de finales de los años 60 en los Estados Unidos (Universidad de Berkeley). El movimiento fue impulsado por la acción de un grupo de personas con diversidad funcional que necesitaban asistencia personal para realizar sus actividades diarias. La lucha se realizó desde las organizaciones civiles, universidades y asociaciones de veteranos de guerra. Su objetivo era que las personas discriminadas por su diversidad funcional pudieran salir de los hospitales e instituciones e incluso de sus casas, en donde se hallaban recluidas, para que pudieran vivir y participar en la comunidad.

²⁰¹ Canimas-Brugué, J. (2015). Disability or functional diversity?. Observatorio de Ética Aplicada a la Acción Social, Psicoeducativa y Sociosanitaria. Fundación Campus Arnau d’Escala - Universidad de Girona. Parque Científico y Tecnológico.

²⁰² Este modelo queda plasmado en el libro El modelo de la diversidad (Agustina Palacios y Javier Romañach, 2006) y tiene su continuación teórica en el libro Bioética al otro lado del espejo (Javier Romañach, 2009), donde se abordan por primera vez las cuestiones bioéticas desde la perspectiva de la diversidad funcional, aportando una nueva visión al debate bioético.



sufren no es discapacidad, sino marginación e injusticia debido a su diversidad. Considera que la sociedad no sólo construye la discapacidad, como sostiene el paradigma biopsicosocial, sino también la deficiencia, y que lo que debería ser percibido como otra manera de ser y de hacer las cosas, lo es como un déficit no deseable, como una deficiencia y discapacidad.²⁰³ Que la deficiencia es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora, que exalta los modelos estándar, olvida que todos somos dependientes, vulnerables y finitos y subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, por ejemplo patologizando sus diferencias.²⁰⁴

De acuerdo con Palacios y Romañach (2006, p. 207 y 208), en el nuevo modelo la clave ya no es la capacidad sino la dignidad del ser humano, y no se habla de normalidad sino de diversidad. Diversidad que encontramos reflejada en la propia sociedad actual, diversidad funcional, cultural, religiosa, de género, étnica, de edad. Por tanto para alcanzar la diversidad, se requeriría hacer efectivo el reconocimiento moral, jurídico y social.

²⁰³ Lobato y Romañach (2005) "Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano."

²⁰⁴ Canimas-Brugué, J. (2015), Ibid. p. 6.

Anexo 2. Sobre la medición de la discapacidad en México.

Desde una perspectiva histórica algunos datos relevantes por tomar en cuenta en la perspectiva de las mediciones a nivel nacional en México, indican que en la década de 1970, frente al caos conceptual y terminológico existente para clasificar la discapacidad, la OMS se propuso desarrollar una clasificación que fuera útil para todos los profesionales que trabajan en el campo de la discapacidad, ya sea en contextos de salud, de empleo o comunitarios, con un lenguaje común que facilitara la comunicación entre los distintos profesionales y disciplinas.

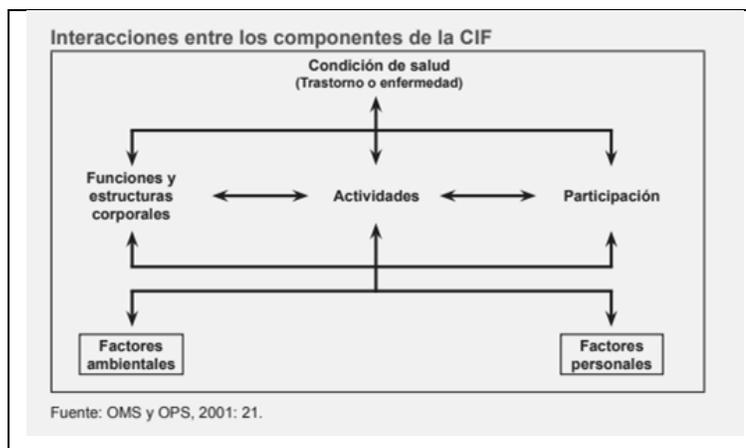
Por lo que es hasta 1980 que se publicó la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), cuyo principal objetivo era clasificar las consecuencias de las enfermedades, traumatismos y otros trastornos, y no tanto recopilar datos sobre sus causas (Crespo, Campo y Verdugo, 2003). La aportación de la CIDDM en relación con otros trabajos fue clasificar la información en forma integral; es decir, no aplica exclusivamente criterios vinculados a la enfermedad, porque su objetivo es ser de utilidad no sólo a médicos sino también a otros profesionales y planificadores (INEGI, 2000).²⁰⁵

Tratando de alejarse del modelo médico tradicional, el cual responde a un enfoque lineal que entiende la discapacidad como una patología (Etiología, Patología, Manifestación), la CIDDM planteó una aproximación conceptual nueva, en la que describe tres niveles o dimensiones derivadas de la enfermedad: deficiencia, discapacidad y minusvalía (Crespo, et.al., 2003). La nueva versión de la CIDDM, cuyo borrador final se tituló Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), fue aprobada por unanimidad en la 54a Asamblea Mundial de la Salud de 2001.

²⁰⁵ Crespo Cuadrado, M., Campo, M. y Verdugo, M. A. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): un largo camino recorrido. *Siglo Cero*, 34 (205).

Con ello, la OMS busca pasar de una clasificación centrada en los aspectos psico-biológicos del individuo a otra que tiende a considerar con mayor énfasis la influencia del contexto en el que se desenvuelve la persona (Querejeta González, 2004).²⁰⁶

La CIF está estructurada en dos partes. En la primera, se clasifica el funcionamiento y la discapacidad, formulado en dos componentes: (1) las funciones y las estructuras del cuerpo; y (2) las actividades y la participación. La segunda parte comprende a los factores contextuales, que incluyen los siguientes componentes: los factores ambientales y los personales (OMS y ESCAP, 2008).²⁰⁷



A lo largo de la historia, el fenómeno de la discapacidad se ha abordado desde distintos modelos; en cada uno de ellos se plasman valores, principios y conceptos que han impactado la vida de las Personas con Discapacidad y han condicionado los modos de comprender y atender este fenómeno, así como las respuestas de las sociedades donde han prevalecido (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH, 2007).²⁰⁸

²⁰⁶ Querejeta González, M. (2004). *Discapacidad/ Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

²⁰⁷ La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, (CIF), es una clasificación de referencia y junto con la CIE constituyen las clasificaciones más importantes de la FCI. La CIF fue aprobada oficialmente por los 191 Estados Miembros de la OMS mediante la resolución 54.21 en la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud el 22 de mayo de 2001.

²⁰⁸ Sánchez Barajas, G. (Coord.). (2010). *Análisis y evaluación de las políticas laborales y sociales en apoyo de los discapacitados en México*. Verano de la Investigación Científica. México: CONACYT.

Los censos de población y vivienda proporcionan una cobertura completa de la población de un territorio, así como de sus principales características demográficas y socioeconómicas, permitiendo con ello un amplio desglose estadístico y geográfico. En muchos casos es el único referente para la identificación y cuantificación de las Personas con Discapacidad, y de sus principales características y condiciones; también, constituyen la base para construir marcos de muestreo para realizar encuestas en hogares. Sin embargo, por su carácter general y sus restricciones de espacio (no se pueden incluir demasiadas preguntas), es un instrumento que no permite obtener un nivel de detalle temático amplio y puede presentar problemas de identificación de la población objetivo, producto de las no respuestas o los falsos positivos (INEGI, 2010).²⁰⁹

Las encuestas en hogares, diseñadas para ser representativas de la población en estudio, son instrumentos que se aplican a una pequeña sub-población, por lo que existen errores de muestreo o de cobertura y sólo permiten un desglose geográfico limitado. A pesar de ello, brindan la posibilidad de llegar a un nivel de detalle temático amplio, ayudan a reducir las no respuestas y falsos negativos, y facilitan el seguimiento global del fenómeno en el corto y el mediano plazo. La información sobre discapacidad vía encuestas puede obtenerse a través de encuestas especializadas o módulos temáticos dentro de otras encuestas (preferentemente aquellas que se levantan de manera regular).

Con las primeras se puede profundizar de forma amplia en la información sobre discapacidad, mientras que la inclusión de módulos temáticos ha sido una estrategia en varios países para obtener información aprovechando la infraestructura construida para otros instrumentos (INEGI, 2010).

²⁰⁹ Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México: INEGI, 2013.

En nuestro país, desde el Censo General de la República Mexicana de 1895 existen esfuerzos para determinar el número de Personas con Discapacidad y sus características (INEGI, 2001, 2004), pero fue a partir de las recomendaciones emitidas por el Programa de Acción Mundial para los Impedidos en 1982 que surge un verdadero interés por la recopilación de información estadística sobre este grupo de la población (INEGI, 2001).²¹⁰ En ese marco, el gobierno mexicano levantó la Encuesta Nacional de Inválidos de 1982, en la que se adopta la noción de invalidez (INEGI, 2004).²¹¹

Anexo 3. Evolución de las estadísticas en México y porcentaje de población con discapacidad.

El Censo de Población y Vivienda es el proyecto estadístico de mayor relevancia e interés nacional, porque permite conocer la situación del país en materia demográfica, y mostrar las principales características socioeconómicas de sus habitantes (INEGI, 2011). En el caso del tema de discapacidad, los censos de población y vivienda caracterizan demográfica y socioeconómicamente a las Personas con Discapacidad.

Fuente	Año	Concepto medido	Porcentaje
Censo	1900	Defectos físicos y mentales	0.20
Censo	1910	Defectos físicos y mentales	0.21
Censo	1921	Defectos físicos y mentales	0.65
Censo	1930	Defectos físicos y mentales	0.66
Censo	1940	Defectos físicos y mentales	0.54
Censo	1980	Ausentismo escolar por invalidez	2.80
Encuesta Nacional de Inválidos	1982	Invalidez	0.03
Conteo de Población	1995	Discapacidad	2.33
Registro Nacional de menores	1995	Discapacidad	6.35
Censo	2000	Discapacidad/limitación	1.84
Encuesta Nacional de Salud	2000	Discapacidad	2.30
Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño	2002	Discapacidad/dificultad	9.00
Encuesta Nacional de Salud y Nutrición	2006	Discapacidad/dificultad	9.00
Censo	2010	Discapacidad/dificultad	5.10
Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	2010	Discapacidad/dificultad	5.10
Fuente: INEGI, 2001 y 2010. INEGI (2010) Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados básicos. Cuestionario Ampliado. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/sistemas/TabuladosBasicos/Default.aspx?c=27303&s=est INEGI (2010) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/presentacion.aspx			

²¹⁰ Las Normas Uniformes de las Naciones Unidas se publicaron tras la aprobación en 1982 del Programa de Acción Mundial para los Impedidos, una estrategia mundial encaminada a promover la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y la igualdad de oportunidades de las Personas con Discapacidad.

²¹¹ Velázquez R. (2009), Preparativos para el censo 2010, México.

La gran diferencia entre el Censo 2000 y el Censo 2010, es que mientras que en el primer ejercicio se define a las Personas con Discapacidad con base en sus limitaciones, en el Censo 2010 se hace con base en los riesgos de experimentar restricciones en la actividad o participación, lo cual significa un mayor rango de inclusión de población en situación de discapacidad que con el primer ejercicio. El Censo 2010 también aplicó un cuestionario básico y uno ampliado. En el básico se incluyó la pregunta de dificultades en la actividad y en el ampliado, además la de causa de las dificultades. Las preguntas se diseñaron con base en el enfoque de dificultades en la actividad.

Para determinar la condición de discapacidad, se adoptaron los siguientes dominios: movilidad, funciones sensoriales y estructuras del ojo y oído, aprendizaje y aplicación de conocimientos, autocuidado y comunicación. En el Censo 2000 se pregunta por un atributo personal, representado por una limitación o condición limitante.²¹² Mientras que en el Censo 2010 se pregunta por la capacidad para realizar una serie de actividades; es decir, no se indaga por las características de la persona, sino sobre su funcionalidad. Esta diferencia provoca discrepancias significativas en el registro de la población con discapacidad de ambos instrumentos.

Diferencias en la pregunta de los Censos 2000 y 2010

Censo 2000 TIPO DE DISCAPACIDAD	Censo 2010 DISCAPACIDAD
¿(NOMBRE) tiene limitación para:	En su vida diaria, ¿(NOMBRE) tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:
moverse, caminar o lo hace con ayuda?	caminar, moverse, subir o bajar?
usar sus brazos y manos?	ver, aun usando lentes?
¿Es sordo(a) o usa un aparato para oír?	hablar, comunicarse o conversar?
¿Es mudo(a)?	oír, aun usando aparato auditivo?
¿Es ciego(a) o sólo ve sombras	vestirse, bañarse o comer?
¿Tiene algún retraso o deficiencia mental?	poner atención o aprender cosas sencillas?
¿Tiene otra limitación física o mental?	¿Tiene alguna limitación mental?
Entonces, no tiene limitación física o mental	Entonces, ¿no tiene dificultad física o mental?

²¹² Palacios Rizzo, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección Cerami n°36. Madrid: Ediciones Cinca.

Con los datos del Censo de Población y Vivienda 2010 no es posible establecer la prevalencia del fenómeno de la discapacidad en México, de acuerdo con las recomendaciones del WG, ya que la identificación del rango de gravedad de la dificultad experimentada, o grado de discapacidad, es indispensable para el cálculo de la prevalencia.²¹³

No está de más recordar que el WG recomienda que se considere como persona con discapacidad a todos aquellos con un rango de gravedad de la dificultad experimentada de 'Bastante dificultad' o 'No puede hacerlo en absoluto' en al menos un dominio del funcionamiento humano (WG, 2010).²¹⁴ Así, se reduce la comparabilidad internacional de los resultados del Censo 2010; sin embargo, los datos obtenidos a través del levantamiento censal pueden considerarse una buena estimación del número de Personas con Discapacidad que residen en el país en ese momento.

²¹³ Las Personas con Discapacidad en México, una visión al 2010.

²¹⁴ El INEGI desde 2001 forma parte del WG; su participación más activa comienza en 2005. El Washington Group on Disability Statistics (WG), es un grupo de estudio bajo los auspicios de la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas.



Bibliografía

- Aguirre, R. y Ferrari, F. (2014). La construcción del sistema de cuidados en el Uruguay, En busca de consensos para una protección social más igualitaria, Santiago de Chile: ONU.
- _____ (2013). Las encuestas sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado en América Latina y el Caribe. Caminos recorridos y desafíos hacia el futuro, Serie Asuntos de Género No. 122, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), agosto.
- Álvarez del Castillo, E. (1982). El derecho social y los derechos sociales mexicanos. México: Editorial Porrúa.
- Amate, E. A. (2006). Evolución del concepto de discapacidad. En E. A. Amate y A. J. Vásquez (Eds.), Discapacidad. Lo que todos debemos saber.
- Antúnez Farrugia, M. E. y Balcázar de la Cruz, A. (2007). Diagnóstico sobre Discapacidad en México. México: Organización de Estados Americanos (OEA), Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA).
- Astorga Gatjens, L. F. (2004). Incluyendo a las Personas con Discapacidad en las políticas de desarrollo. México: Instituto Interamericano sobre Discapacidad, Banco Interamericano de Desarrollo (BID)
- Alvarado, A. (2004). La ética del cuidado, Aquichan, vol. Núm 4, octubre, Colombia: Universidad de La Sabana, pp. 30-39.
- Batthyány, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo: ¿un desafío exclusivamente femenino? Una mirada desde el género y la ciudadanía social, Montevideo: CINTERFOR.
- Baquer, B. (2012). Una crisis de cuidado, Agenda Pública. España: Mimeo.
- Benería, L. (2011). Crisis de los cuidados, migración internacional y políticas públicas, en en Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.), El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: La Catarata.
- Blanco, E. E., y Sánchez Salcedo, A. M. (2006). Enfoque de la discapacidad en los organismos internacionales. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 65, 37-48. Recuperado el 10 de abril de 2019, de: www.meys.es/es/publica/pub.../revista/números/65/Revista65.pdf
- Bofill Ródenas, A. M. (2008). Valoración de la condición física en la discapacidad intelectual. Tesis doctoral presentada en el Programa de Doctorado Diferencias Educativas e Igualdad de Oportunidades, Universidad de Barcelona.
- Canto, M. y Martínez, A. (2013) Quince años de política social en el Distrito Federal: Balance y Propuestas para su fortalecimiento, México: Consejo de Evaluación del Desarrollo Social del DF.
- Cappa, C. y De Palma, E. (2015). The UNICEF/WG Module on Inclusive Education. International Children's Emergency Fund (UNICEF). Trabajo presentado en la décimo quinta reunión del Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad, 27-29 de octubre, Copenhague, Dinamarca.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), (2014). Informe regional sobre la medición de la Discapacidad. Una mirada a los

- procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad. Conferencia Estadística de las Américas. Santiago.
- _____ (2010), La hora de la Igualdad, brechas por cerrar, caminos por abrir. Trigésimo Tercer periodo de sesiones de la CEPAL (LC/G.2432 (SES.33/3), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo, Publicación de las Naciones Unidas.
- _____ (2012). Matriz de análisis para la identificación de políticas justas de igualdad de género. Santiago de Chile: ONUMujeres/UNFPA/OPS/AECID/Secretaría General Iberoamericana.
- _____ (2009). Políticas públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas, en Panorama social de América Latina 2009, Santiago de Chile.
- _____ (2007). Grupo de trabajo de censos de la Conferencia Estadística de las Américas de la CEA–CEPAL (Seminario “Ronda de Censos 2010”. Documento de referencia DDR/10, Cuarta reunión de la Conferencia Estadística de las Américas de la CEPAL). Santiago de Chile: CEPAL.
- Casa Presidencial (2012), Informe de Labores 2011-2012, San José, Costa Rica: Presidencia de la República [en línea] <http://www.presidencia.go.cr/component/content/article/99-casa/1567-informe-de-labores-2011-2012>.
- Cecchini, Simone (2013), “Aportes y limitaciones de los programas de transferencias condicionadas”, presentado en Taller regional de capacitación “Políticas orientadas a las familias para la reducción de la pobreza y la conciliación de la vida laboral y familiar en América Latina”, realizado en Santiago de Chile entre el 27 y el 29 de agosto de 2013, organizado por la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Carrasco, C. y Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados. Antecedentes históricos y debates actuales, en Carrasco, C., Borderías, C. y Torns, T. (eds.), El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas. Madrid: La Catarata.
- Charpentier, P. y Aboiron, H. (2001). Clasificación Internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías.
- Crespo Cuadrado, M., Campo, M. y Verdugo, M. A. (2003). Historia de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): un largo camino recorrido. Siglo Cero, 34 (205), 20-26. Recuperado el 01 de febrero de 2019, de: <http://sid.usal.es/idocs/F8/ART6142/articulos2.pdf>
- Culebro, R., Delgadillo, A. L. y Rolander, Y. (2008). Evaluación del programa de apoyo económico para Personas con Discapacidad en el Distrito Federal. México: Instituto Mexicano de Derechos Humanos y Democracia, A.C.
- De Lorenzo García, R. (2003) La protección jurídica de las Personas con Discapacidad en el derecho internacional. En R. González Millán y L. Cayo Pérez Bueno (Coords.), Las múltiples dimensiones de la discapacidad, Colección solidaridad 18 (pp. 53-84). Madrid: Fundación ONCE, Escuela libre editorial.



- Di Nasso, P. (2011). Mirada histórica de la discapacidad. Colección Artículos, Núm. 9. Palma de Mallorca, España: Ediciones de la Fundació Càtedra Iberoamericana.
- Daly, M. y Lewis, J. (2000). The Concept of Social Care and the analysis of Contemporary Welfare States, *British Journal of Sociology*.
- Del Tronco, J. (2008). ¿Políticas pro género o sesgo sexista de la política social? Feminización de beneficiarios y autonomía de la mujer en América Latina, en Zarenberg, G. (coord.), *Políticas sociales y género. Tomo II. Los problemas sociales y metodológicos*. México. FLACSO.
- Durán, M.A., (2007). El valor del tiempo ¿Cuántas horas le faltan al día?. Madrid: Espasa Calpe.
- _____ (2002). La recepción de la demanda de cuidado no remunerado: el impacto sobre los cuidadores y los costes invisibles de la enfermedad, en *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBVA, págs. 251-237.
- Ellingstaeter, A. L. (1999). "Dual breadwinners between state and market", *Restructuring Gender Relations and Employment. The Decline of the Male Breadwinner*, Rosemary Crompton (ed.), Nueva York: Oxford University Press.
- Esquivel, V. (2015). El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Sociedad* 256 (marzo-abril).
- Faur E. y Gherardi N. (2004). Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad, Serie Mujer y desarrollo, N° 56 (LC/L.2140-P), Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), mayo, Publicación de las Naciones Unidas.
- Guzmán, J. (2014), (Coordinadora). Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica El proceso de construcción 2010-2014, CEPAL. Serie Políticas Sociales N° 203.
- Grillo, Milena y otros (2010), *Perspectivas estratégicas y técnicas sobre la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil. Propuesta de las organizaciones sociales que trabajan en el sector de la niñez [en línea]* http://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Perspectivas_estrategicas_tecnicas_sobre_Red_Nacional_Cuido_Desarrollo_Infantil.pdf.
- Instituto de liderazgo Simone de Beauvoir A. C., (2018). Los cuidados como problema público, Ciudad de México
- _____ (2018), *Hacia un sistema de cuidados para la CDMX*, Ciudad de México.
- _____ (2014) *Hacia un Modelo Integral de Políticas de Cuidado en el Distrito Federal. Hoja de Ruta*. México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2010). *Las Personas con Discapacidad en México: una visión al 2010*. México, Aguascalientes: INEGI.
- _____ (2004). *Las Personas con Discapacidad en México: una visión censal*. México, Aguascalientes: INEGI.
- _____ (2011). *Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*. México, Aguascalientes: INEGI.
- _____ (2014) *La discapacidad en México. Datos al 2014*, México.

- Jiménez-Martín, S., (2017). Estudios sobre la Economía Española, 2017/22. Observatorio de dependencia. Universidad Pompeu Fabra, FEDEA.
- Martínez, J. (2008) ¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central. Buenos Aires, Argentina: CLACSO [en línea] <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/franconi/>.
- Martínez J. y Sánchez-Ancochea, D. (2013), Good Jobs and Social Services. How Costa Rica achieved the elusive double incorporation. Ginebra, Suiza: UNRISD [en línea] <http://www.unrisd.org/80256B3C005BCCF9/search/110BB7FDD22E4AF7C1257BC900485755?OpenDocument>.
- Méndez J.L, (2017). *Formación de la Agenda en Política Pública, Primera Parte*. FLACSO, Ciudad de México.
- Marbán, V. (2012). Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España. *Revista Internacional de Sociología*, Vol 70, No 2, Universidad de Alcalá, España.
- OECD (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-Term Care.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), Diez datos acerca del desarrollo en la primera infancia como determinante social de la salud, (2010), [en línea] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/10facts/es/index.html.
- _____ (2011). Salud mental: un estado de bienestar. Reportajes, cifras y datos.
- _____ (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association, Ottawa, Canadá). Recuperado el 13 de septiembre de 2018, de: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU), (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Asamblea General, 76ª sesión plenaria, Resolución A/Res/61/106). Nueva York: ONU.
- _____ (2010). Principios y recomendaciones para los censos de población y habitación (Revisión 2. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Serie M No.67/Rev.2). Nueva York: ONU
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). Importancia de la rehabilitación integral. En: E. A. Amate y A. J. Vásquez (Eds.), *Discapacidad. Lo que todos debemos saber*.
- Ortiz González, M. del C. (1995). Las personas con necesidades educativas especiales. Evolución del concepto. En M. Á. Verdugo (Dir.), *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Pautassi, L. (2007). El Cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos”, Serie Mujer y Desarrollo No. 87, Santiago de Chile: Agencia Española de Cooperación Internacional.

- Pautassi, Laura y María Nieves Rico (2011), “Cuidado infantil y licencias parentales”, Boletín Desafíos de la infancia y adolescencia sobre el avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio N° 12 [en línea] www.unicef.org/lac/desafios12_cepал-unicef.pdf
- Palacios Rizzo, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Colección Cermi n°36. Madrid: Ediciones Cinca.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Madrid: Ediciones Diversitas.
- Pérez Fragoso, L. (2016) ¿Quién cuida en la ciudad? Oportunidades y propuestas en la Ciudad de México, México: CEPAL. Consultado en http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40482/1/S1600726_es.pdf
- Pérez Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. Revista de Economía Crítica.
- Pérez Orozco, A. (2014) Del trabajo doméstico al trabajo de cuidados. En Carrasco C. (ed.) (2014) Con vos propia. La economía feminista como apuesta teórica y política. Los Libros de Viento Sur & La oveja roja.
- Pérez Haro, Y. (2016) En Busca del Tiempo Liberado. Experiencias de autonomía y desigualdad de tiempo en Jefas de Hogar de la Ciudad de México, UAM-I. Con base también en ONU Mujeres 2014, ¿Por qué nos preocupamos de los cuidados?, en un texto de coautoría entre Amaia Pérez Orozco y Mar García Domínguez.
- Plan de Gobierno Laura Chinchilla 2010-2014, (2010) [en línea] <http://www.archivoelectoral.org/documentos/plan-de-gobierno-laura-chinchilla-pln/11>
- Razavi, S. (2007), The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options, Gender and Development Programme, Paper number 3. United Nations Institute for Social Development.
- Rico, María Nieves (2013), “Hacia el surgimiento de sistemas nacionales de cuidado”, presentado en Seminario “Pactos Sociales para una protección más inclusiva: experiencias, obstáculos y posibilidades en América Latina y Europa” organizado en Santiago de Chile por la División de Desarrollo Social de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe [en línea] http://dds.cepal.org/proteccionsocial/pacto-social/seminario/docs_programa/pdf/PresentacionNieves-Rico.pdf.
- Rico, M. y Segovia, O. Editoras (2017), ¿Quién cuida en la Ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Santiago de Chile.
- Rico, M. y C. Robles (2016), Políticas de cuidado en América Latina: forjando la igualdad, serie Asuntos de Género, N° 140 (LC/L.4226), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre.



- Rodríguez, C. (2007). La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay”, Serie Mujer y Desarrollo, No. 90 (LC/L.1996-P), Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Publicación de las Naciones Unidas.
- Sainsbury, Diane (1996), Gender, Equality and Welfare States, Nueva York, Estados Unidos.
- Staab, S. (2010), Mucho trabajo y poco salario. Perspectiva internacional de los trabajadores del cuidado, Revista Internacional del Trabajo, no. 29.
- Salvador, S. (2011), Hacia un Sistema Nacional de Cuidados en Uruguay en Rico, M, (coord.), El desafío de un sistema nacional de cuidados para el Uruguay, Serie Seminarios y Conferencias No. 66, agosto, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile.
- Schkolnik, S. (2009). América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas. Notas de población, no. 92.
- Sojo, Ana (2010) Red Nacional de Cuido en Costa Rica y Desarrollo Infantil: Objetivos, Principios e Institucionalidad. San José, Costa Rica: PANIAMOR [en línea] <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/5/44945/SOJO-RED-NACIONAL-CUIDO.pdf>.
- Tobío, C. (2005), Madres que trabajan. Dilemas y estrategias, Madrid, Ediciones Cátedra.
- Tobío, C., Agulló, M., Gómez, M. (2011), El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Tobío, Constanza, M. Silveria Agulló, M. Victoria Gómez y M. Teresa Martín (2011). El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI. Barcelona: Fundació la Caixa.
- Torns, T. (2005), De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos.
- Vegas, E. y Santibáñez L. (2010), La promesa del desarrollo en la primera infancia en América Latina y el Caribe, Washington, Estados Unidos: Banco Mundial
- Villatoro, P., (2005). Programas de transferencias monetarias condicionadas: experiencias en América Latina, Revista de la CEPAL 86: Agosto.
- Williams, F. (2010), Claiming and Framing in the Making of Care policies. The Recognition and Redistribution of Care, Gender and Development Programme, Paper number 3: United Nations Institute for Social Development.
- Yanes, P. (2013), Quince años de política social en la Ciudad de México, Logros y desafíos, lecciones y tensiones, Revista Nueva Sociedad No. 243, México: www.nuso.org
- Washington Group on Disability Statistics (WG), (2004). Washington Group Position Paper. Proposed Purpuse of an Internationally Comparable General Disability Measure. Recuperado el 25 de Julio de 2019 de: http://www.cdc.gov/nchs/data/washington_group/WG_purpose_paper.pdf
- ____ (2011). Development of Disability Measures for Surveys: The Extended Set on Functioning. City Group, United Nations (U.N.).
- ____ (2009). Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions. Washington D. C., United States of America.



- _____ (2010). The Measurement of Disability. Recommendations for the 2010 Round of Censuses. Washington D. C., United States of America.
 - _____ Development of an Internationally Comparable Disability Measure for Censuses. Washington D. C., United States of America.
 - _____ Statement of rationale for the Washington Group general measure on disability. Washington D. C., United States of America.
 - _____ Development of Disability Measures for Surveys: The Extended Set on Functioning. Washington D. C., United States of America.
- Washington Group on Disability Statistics (WG) y United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), (2015). The WG-UNICEF Module on Child Functioning and disability: review of the work.