

**EVALUACIÓN**  
diagnóstica y de diseño del

**SISTEMA DE  
CUIDADOS**

en la Ciudad de México 2023



**EVALÚA**  
Ciudad de México

**INFORME FINAL**

Araceli Damián González

**Presidenta del Consejo de Evaluación  
de la Ciudad de México**



Miguel Calderón Chelius

Myriam Cardozo Brum

Francisco Pamplona Rangel

Teresa Shamah Levy

**Consejeras y Consejeros del Consejo  
de Evaluación de la Ciudad de México**



Guillermo Jiménez Melgarejo

**Secretario Ejecutivo del Consejo  
de Evaluación de la Ciudad de México**



Iván Alexis Roldán Mendoza

Raymundo Martínez Fernández

Jesús Arturo de la Luz Aceves

Daniel Ochoa Rodríguez

**Equipo de trabajo de la evaluación**



Consejo de Evaluación de la Ciudad de México

Ciudad de México, septiembre de 2024

## ÍNDICE

Siglas y acrónimos.....	5
<b>RESUMEN EJECUTIVO.....</b>	<b>8</b>
Conceptualización del cuidado .....	8
Aspectos socioeconómicos del cuidado.....	9
Principales resultados del diagnóstico de la situación del cuidado en la Ciudad de México .....	10
Análisis espacial de la oferta y demanda del cuidado institucional.....	18
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>23</b>
Planteamiento de los objetivos .....	24
Contenido .....	24
<b>CAPÍTULO PRIMERO: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>26</b>
1.1. Antecedentes sobre la noción del cuidado: teorías y conceptos .....	26
1.1.1. Diversos enfoques sobre el cuidado .....	26
1.1.2. La conceptualización del cuidado a partir de la relación autonomía/dependencia-cuidado .....	28
1.1.3. Actores implicados en los requerimientos y la provisión de cuidado .....	34
1.2. Antecedentes y experiencias internacionales sobre sistemas de cuidados .....	37
Plan Nacional de Cuidados de Uruguay .....	37
Política Nacional de Cuidados de Costa Rica .....	39
Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá.....	40
1.3. Tendencias demográficas de la capital mexicana .....	42
<b>CAPÍTULO SEGUNDO: METODOLOGÍA APLICADA .....</b>	<b>46</b>
Análisis estadístico .....	46
Análisis territorial .....	47
Valoración de diseño institucional .....	49
<b>CAPÍTULO TERCERO: DIAGNÓSTICO SOBRE REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS Y PROVISIÓN DE CUIDADOS EN LOS HOGARES POR INTEGRANTES DEL HOGAR EN LA CIUDAD DE MÉXICO</b>	<b>51</b>
2.1. Características generales .....	51
2.2. Población que requiere cuidados .....	58
2.2.1. Requerimientos de cuidados de la población dependientes por edad.....	58
2.2.2. Dependientes por discapacidad .....	59
2.2.3. Población adulta mayor sin dependencia por discapacidad.....	70

2.3. Provisión de cuidado en los hogares por los hogares. Personas cuidadoras y tiempo de cuidado .....	71
2.3.1. Cuidado en el hogar de la población menor de 15 años .....	71
2.3.2. Cuidado en el hogar de las personas dependientes por discapacidad .....	76
2.4. Aspectos socioeconómicos del cuidado.....	81
<b>CAPÍTULO CUARTO: PROVISIÓN DE CUIDADOS INSTITUCIONALES PARA GRUPOS PRIORITARIOS (DISEÑO, POBLACIÓN ATENDIDA Y ANÁLISIS TERRITORIAL) .....</b>	<b>86</b>
3.1. Normativa sobre el cuidado.....	86
3.1.1. Ámbito internacional.....	86
3.1.2. Ámbito nacional.....	88
3.1.3. Ámbito de la Ciudad de México .....	89
Constitución Política de la Ciudad de México .....	89
Normativas específicas de los cuidados para la Ciudad de México .....	90
La Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México .....	92
3.2. Instituciones que proveen cuidado a la población infantil .....	93
3.2.1. Diseño y cobertura de los servicios públicos de cuidado infantil.....	93
Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México .....	94
Atención en Centros de Atención y Cuidado Infantil y preescolares.....	95
Escuelas de tiempo completo (primarias y secundarias) .....	103
Instituciones nacionales de cuidado infantil en la Ciudad de México.....	104
Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil. DIF-CDMX.....	113
Centros de Atención y Cuidados Infantiles comunitarios.....	117
Centros de Desarrollo Infantil de las alcaldías .....	119
Aprende DIFerente. DIF-CDMX .....	124
Centros de día DIF .....	125
Instituciones públicas de alojamiento a menores de edad .....	126
Visión general de la cobertura del cuidado de dependientes por edad durante la jornada de trabajo.....	127
3.2.2. Análisis espacial de la oferta y demanda de cuidado institucional para la población infantil.....	130
Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población de 0 a 5 años.....	130

Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población de 0 a 5 años .....	135
Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población infantil de 0 a 5 años .....	141
Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población de 6 a 14 años .....	144
3.3. Instituciones que proveen cuidado a la población con discapacidad .....	146
3.3.1. Diseño y atención de los servicios públicos de cuidado para personas con discapacidad.....	146
Instituciones públicas de alojamiento a personas con discapacidad.....	147
Centros de Atención Múltiple.....	148
Unidades de Rehabilitación DIF.....	149
Unidades de Rehabilitación de las alcaldías .....	151
3.3.2. Análisis espacial de la oferta y demanda de cuidado institucional para la población con discapacidad.....	152
Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población con discapacidad.....	152
Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población con discapacidad.....	155
Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población con discapacidad .....	157
3.4. Instituciones públicas que proveen cuidado a la población adulta mayor .....	159
3.4.1. Servicios públicos de cuidado para personas adultas mayores y población atendida .....	159
Oferta de servicios de cuidado del gobierno central de la Ciudad de México: Instituto del Envejecimiento Digno (INED) .....	159
Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores del gobierno federal en la Ciudad de México: INAPAM y SNDIF .....	164
Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores adscritos a las alcaldías de la Ciudad de México.....	165
3.4.2. Aspectos generales del diseño de los servicios de cuidado de la Ciudad de México para la población adulta mayor.....	166
3.4.3. Análisis espacial de la oferta y demanda de servicios para la población adulta mayor (65 años y más) .....	167
Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población adulta mayor .....	167

Distribución espacial de la oferta pública para la población adulta mayor .....	170
Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población adulta mayor.....	174
3.5. Otros servicios de cuidado de la Ciudad de México .....	176
3.6. Recapitulación de la valoración del diseño de las principales instituciones a integrarse en un sistema de cuidados para la Ciudad de México .....	179
<b>CAPÍTULO QUINTO: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE LÍNEAS DE POLÍTICAS .....</b>	<b>183</b>
4.1. Coordinación institucional.....	185
4.2. Instrumentos y estrategias.....	187
4.3. Ámbito normativo.....	192
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>194</b>

## Siglas y acrónimos

**AEFCM:** Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México

**AGEB:** Área Geoestadística Básica

**BVD:** Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia

**CACDI:** Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil (DIF-CDMX)

**CACI:** Centros de Atención y Cuidado Infantil

**CAI:** Centros de Atención Infantil

**CAIS:** Centros de Asistencia e Integración Social

**CAM:** Centros de Atención Múltiple

**CASSA:** Círculos de Aprendizaje Socialización y Saberes

**CCAI:** Centros Comunitarios de Atención a la Infancia

**CDMX:** Ciudad de México

**CEDE:** Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno

**CEFI:** Centro de Formación Integral para la Enseñanza de Artes y Oficios

**CENDI:** Centros de Desarrollo Infantil

**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina

**CODIACI:** Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la Infancia

**CPCM:** Constitución Política de la Ciudad de México

**CPEUM:** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

**CVC:** Centro de Valoración y Canalización (de CAIS)

**DENUE:** Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas

**DIF-CDMX:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México

**EBDI:** Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil

**EJA:** Escuelas de Jornada Ampliada

**ENASIC:** Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados

**ENESS:** Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social

**ENOE:** Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo

**ENUT:** Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo

**ETC:** Escuelas de tiempo completo

**IDS:** Índice de Desarrollo Social

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social

**INAPAM:** Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

**INED:** Instituto del Envejecimiento Digno

**INEGI:** Instituto Nacional de Estadística y Geografía

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

**IPN:** Instituto Politécnico Nacional

**LRFCACI:** Ley que regula el funcionamiento de los centros de atención y cuidado infantil para el Distrito Federal

**MMIP:** Método de medición integrada de la pobreza

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo

**OM:** Oficialía Mayor

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**PGJ:** Procuraduría General de Justicia

**PEMEX:** Petróleos Mexicanos

**PNPSACDI:** Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil

**PIB:** producto interno bruto

**RENCAI:** Registro Nacional de Centros de Atención Infantil

**SAF:** Secretaría de Administración y Finanzas

**SNDIF:** Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

**SECTEI:** Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación

**Seduvi:** Secretaría de Desarrollo Urbano y Vivienda

**SEP:** Secretaría de Educación Pública

**SIBISO:** Secretaría Inclusión y Bienestar Social

**SOBSE:** Secretaría de Obras y Servicios

**SSC:** Secretaría de Seguridad Ciudadana

**TSJ:** Tribunal Superior de Justicia

**UAM:** Universidad Autónoma Metropolitana

**UNAM:** Universidad Nacional Autónoma de México

# RESUMEN EJECUTIVO

## Conceptualización del cuidado

Cuando se habla del tema del cuidado como problema público es importante especificar y delimitar el objeto de estudio y evaluación, pues de otro modo el término puede llegar a abarcar muchos aspectos de la vida social, todos ellos importantes, pero que requieren tratamientos específicos. El tipo de cuidado al que se refiere el presente trabajo consiste en la ayuda activa que se proporciona a personas que no han adquirido o que han perdido parcial o totalmente la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, que por tanto están en un estado de dependencia respecto del apoyo, en diferentes grados, proporcionado por otras personas. De lo anterior se derivan como grupos de cuidado los que se han definido como dependientes por edad y dependientes por discapacidad.

El primer grupo consiste en la población menor de 15 años que no presenta discapacidad o si la tiene no es en un grado que no le impida desempeñarse en las actividades diarias propias de su edad. Los requerimientos de cuidados de este grupo están definidos por la edad. De ahí que las disposiciones normativas y técnicas clasifiquen a este grupo y sus necesidades de cuidado por intervalos de edad: lactantes (de 45 días a 18 meses), maternal (de un año y seis meses hasta ante de cumplir 3 años) y preescolar (de 3 años a 5 años y 11 meses); asistentes al sistema de educación básica (6 a 14 años cumplidos).

El grupo de dependientes por discapacidad se refiere a las personas de cualquier edad que tienen una discapacidad que les impide realizar las actividades de su vida diaria en algún grado, independientemente del origen de la discapacidad (de nacimiento, por accidente, enfermedad o deterioro físico por edad), y que dependen de otras personas para la realización de esas actividades. Se trata además de una condición permanente o de larga duración (a diferencia del enfermo temporal). Cabe subrayar el *estado de dependencia* para de definición de este grupo, pues la condición de discapacidad no siempre se traduce en una dependencia para realizar las actividades cotidianas. Igualmente hay que considerar que el *grado* de discapacidad aumenta las *probabilidades* de dependencia; pero para la definición de este grupo lo que cuenta es la dependencia efectiva y sus necesidades de cuidados. Éstas se definen a partir de tres variables básicas: tipo de padecimiento, tiempo de cuidado requerido por periodo de tiempo y tipos de cuidados que se requieren proporcionar. Esto se traduce idealmente en la construcción de un *baremo* que especifica grados de intensidad del cuidado y el tipo de atención requerida.

Las personas mayores, en la medida en que tienen alguna desventaja en la realización de sus actividades diarias, caen en el segundo grupo, al igual que el resto de las personas con discapacidad que tienen alguna dependencia. Sin embargo, dada la existencia de algunos planteamientos específicos para este grupo de edad en la literatura de cuidados, pero sobre todo la existencia de políticas para este grupo poblacional que se relacionan indirectamente con los cuidados, se hacen algunas consideraciones para este grupo.

Los cuidados que se proporcionan a estos grupos dependientes se dan de tres formas: el cuidado institucional (público y privado), el no institucional (que se realiza principalmente para y por integrantes del hogar, casi siempre de manera gratuita y mayoritariamente por mujeres) y el que proporciona particulares (con o sin la mediación de una agencia) por una remuneración, independientemente de si existe algún parentesco de la persona cuidadora.

En el caso de dependientes por edad el punto central de la problemática es proporcionar cuidado durante el lapso de la jornada de trabajo. Actualmente, la mayor parte del cuidado recae en integrantes del hogar. Este cuidado entra en competencia con otras actividades necesarias y el tiempo libre y hay una carga desproporcionada hacia las mujeres. En este caso, el problema público a atender en un sistema de cuidados es reducir la carga de trabajo no remunerado en los hogares, pues al momento de dedicar tiempo para cuidar a otros integrantes del hogar, reducen su oportunidad de estudiar, trabajar o realizar alguna otra actividad que les otorgue un ingreso o habilidades para encontrar autonomía e independencia como personas. Esto mismo sucede con el cuidado de las personas dependientes por discapacidad. De este modo, una prueba definitiva para saber si la política pública atiende adecuadamente el problema es: ¿las medidas reducen la carga de las personas cuidadoras? De este modo, se tiene un criterio clave para diferenciar sobre cuáles políticas resuelven el problema público y cuáles, a pesar de tener alguna relación, no lo hacen, o no lo hacen directamente.

### Aspectos socioeconómicos del cuidado

Hay una clara propensión a la pobreza entre las personas que reportan dedicar tiempo a cuidar de forma no remunerada a niños, enfermos, ancianos y personas con discapacidad, según el Método de Medición Integrada de la Pobreza (MMIP).

Los datos para 2022 indican que las personas que reportaron dedicar tiempo a cuidar de forma no remunerada de 12 años presentan las siguientes tendencias.

- Entre quienes reportaron dedicar tiempo a cuidar, la población en situación de pobreza dedica en promedio a la semana casi 26 horas a cuidar, mientras que los no pobres solo dedican 16.
- Mientras que la población en pobreza muy alta dedica casi 34 horas semanales al cuidado, quienes pertenecen al estrato alto emplean solo 11 horas a las mismas tareas.
- La incidencia de pobreza entre quienes dedican tiempo no remunerado al cuidado es significativamente mayor a la incidencia general de pobreza, 75% frente a 63%
- Como consecuencia, también es mayor la pobreza de tiempo entre la población pobre.

En cuanto al valor del trabajo no remunerado en los hogares, tenemos lo siguiente:

- En la Ciudad de México, el valor del trabajo no remunerado doméstico y de cuidados es superior al 10% del producto interno bruto local. La participación de las mujeres en este indicador es de más del doble en comparación con los hombres (7.9 frente a 3.7).

- En la Ciudad de México, el valor del trabajo doméstico y de cuidados no remunerado es significativamente menor al observado en nivel nacional. Esto se puede asociar con:
  - ❖ Un mayor mercado de trabajo doméstico y de cuidados remunerado, en comparación con otros estados
  - ❖ Una mayor oferta de servicios públicos y oferta institucional de cuidados, en comparación con otros estados

## Principales resultados del diagnóstico de la situación del cuidado en la Ciudad de México

Más de tres millones de personas, casi un tercio de la población capitalina, potencialmente necesita cuidados. A pesar del claro envejecimiento poblacional y de la transición demográfica que observa la Ciudad de México, la gran mayoría de quienes efectivamente requieren cuidados, en la actualidad, son niñas y niños, cuyos requerimientos y nivel de dependencia es más intenso en la primera infancia. En promedio y a nivel general, las mujeres dedican 50 horas semanales al cuidado de infantes menores de 5 años, más del doble de lo dedicado por hombres.

De manera correspondiente, más de tres millones de personas reportan realizar trabajo no remunerado de cuidados. Sin embargo, hay que hacer algunas precisiones. Conforme aumenta el número de horas de cuidado, es menor el número de personas cuidadoras. Al mismo tiempo, conforme aumenta el número de horas dedicadas a estas actividades, se incrementa su grado de feminización, es decir, en los estratos más intensos de cuidados es mayor la participación de mujeres respecto al promedio. Sin embargo, también es importante apuntar que la mayor parte de horas dedicadas al cuidado registradas se realiza al “estar al pendiente o mientras se hace otra cosa”, lo que en algunos casos implica mayor pobreza de tiempo y posibles carencias en el cuidado proporcionado; por otro lado, puede revelar una duplicación en la contabilidad del uso del tiempo.

### *Requerimientos y cuidados proporcionados en hogares a dependientes por edad*

Para este y el siguiente apartado, la principal fuente de información es la Encuesta Nacional sobre Uso del tiempo (ENUT) de 2019, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), complementada por la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) de 2017, también del INEGI.

Una característica de este grupo de edad es que todas las personas que lo integran (0 a 14 años) son susceptibles de cuidados.

En términos generales, en cuanto al tiempo de cuidado dedicado a los dos grandes subgrupos en que se divide la población dependiente por edad por parte de integrantes del hogar, sin atender a la distinción entre tiempo durante la jornada laboral y el posterior a la misma, tenemos las siguientes características en tiempo promedio y distribución de la carga por sexo.

HORAS DE CUIDADO PROMEDIO SEMANAL A PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS, POR GRAN GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA, CIUDAD DE MÉXICO 2019

Grupo de cuidado	Promedio	Mujeres	Hombres
Población menor de 6 años	39.05	50.66	22.19
Población de 6 a 14 años	20.51	24.26	14.69

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

La mayor desproporción de la carga por sexo se da en la población de menor edad: más del doble de tiempo de mujeres que de hombres. En el caso de la población 0-14 la desproporción es ligeramente menor, lo que se debe a que es un grupo con menor intensidad de cuidado requerido.

Una desproporción similar ocurre cuando vemos el número de personas dedicadas al cuidado de los referidos grupos, aun sin mucha distinción entre los dos subgrupos.

PERSONAS A CARGO DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES POR EDAD DEL GRUPO 0-5 Y 0-14 Y PORCENTAJES, POR SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA, CIUDAD DE MÉXICO 2019

Tipo de población		Hombres	Mujeres	Total
Población 0-5		372,817	597,652	970,469
		38.4%	61.6%	100.0%
Población 0-14	Total de cuidados	869,666	1,284,564	2,154,230
	Sin cuidados mientras se hace otra cosa	673,367	1,058,515	1,731,882
	Total de cuidados	40.4%	59.6%	100.0%
	Sin cuidados mientras se hace otra cosa	38.9%	61.1%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

Es posible un acercamiento a la caracterización de la distribución de cargas del cuidado de menores de hasta 6 años, específicamente durante la jornada de trabajo, en cuanto al número de personas dedicadas al cuidado de esos menores.

TIPO DE FIGURA ENCARGADA DEL CUIDADO DE LA POBLACIÓN DE 0 A 6 AÑOS DURANTE LA JORNADA LABORAL Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2017

Figura cuidadora	709,067	
Va a la escuela (6 años)	104,450	
Cuidado institucional (0-5 años)	35,479	
Cuidado no institucional (0-5 años)	569,138	100.0%
Mamá que no trabaja	357,765	62.9%
Papá (que no trabaja)	7,999	1.4%
Abuelo/a	123,805	21.8%
Otro familiar	16,422	2.9%
Un no familiar	9,168	1.6%
Con su mamá en su trabajo	50,606	8.9%
Lo dejan solo	179	0.0%
No sabe	3,194	0.6%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENESS, 2017

La principal figura cuidadora es la madre que no trabaja, que representa casi un tercio de las personas cuidadoras. Sigue en importancia la figura de abuela/abuelo, con más de 20%. Llama la atención el caso de la mamá que cuida a hijo/as en el trabajo (casi 9%); probablemente quienes desempeñan un trabajo independiente informal en su mayoría.

*Requerimientos y cuidados proporcionados en hogares a dependientes por discapacidad*

De las personas con discapacidad, sólo un parte requieren cuidados. En los dos siguientes cuadros se refleja de manera sintética el número de personas requirentes y sus necesidades de cuidado, a manera de una primera aproximación a un baremo de la intensidad del cuidado, una labora aún por hacer en México. Los niveles de dependencia se establecen en función de las horas de cuidado semanales requeridas: moderada, 10 a 20; severa, 20 a 50; mayor, más de 50. No se consideran los enfermos temporales ni quienes requieren menos de 10 horas de cuidado a la semana.

PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD CON LIMITACIONES PERMANENTES, SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y TIPO DE LIMITACIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Niveles de dependencia	Enfermedad crónica	Limitación física	Limitación mental	Total
Moderada	12,699	7,973	7,554	28,226
Severa	19,412	16,464	7,107	42,983
Dependencia mayor	8,436	8,750	9,144	26,330
Total dependientes	40,547	33,187	23,805	97,539

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD CON LIMITACIONES PERMANENTES, SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y GRAN GRUPO DE EDAD E INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN TOTAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Niveles de dependencia	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	65 años y más	Total
Moderada	2,382	13,226	12,618	28,226
Severa	5,017	32,869	5,097	42,983
Dependencia mayor	4,338	6,079	15,913	26,330
Total dependientes	11,737	52,174	33,628	97,539
Población total 2020	1,652,773	6,525,440	1,022,105	9,200,318
Incidencia	0.71%	0.80%	3.29%	1.06%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019; e INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020

El perfil de las personas cuidadoras de las personas dependientes por discapacidad se ve reflejado en los siguientes dos cuadros. La mayor parte de las personas cuidadoras son mujeres y dedican más tiempo promedio al cuidado que los hombres.

PERSONAS Y HORAS PROMEDIO EN EL CUIDADO GRATUITO A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD EN OTROS HOGARES, POR SEXO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Concepto	Hombres	Mujeres	Total
Horas promedio	6.25	18.17	13.86
Personas cuidadoras	76,031	134,627	210,658

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

En el siguiente cuadro se aprecia la dedicación al cuidado por sexo y número de horas, es decir, la intensidad de la carga de cuidado. Se puede ver lo ya dicho en general, de que a mayor número de horas de cuidado es menor número de personas cuidadoras. Sin embargo, es mayor la intensidad de la carga para mujeres conforme aumenta el número de horas de cuidado requerido.

PERSONAS EN EL CUIDADO GRATUITO A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD EN OTROS HOGARES Y PORCENTAJE, POR SEXO Y RANGO DE HORAS A LA SEMANA DE CUIDADO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10	68,324	79,434	147,758
Más de 10 hasta 20	0	15,783	15,783
Más de 20 hasta 50	7,707	27,803	35,510
Más de 50	0	11,607	11,607
Total	76,031	134,627	210,658
Hasta 10	46.2%	53.8%	100.0%
Más de 10 hasta 20	0.0%	100.0%	100.0%
Más de 20 hasta 50	21.7%	78.3%	100.0%
Más de 50	0.0%	100.0%	100.0%
Total	36.1%	63.9%	100.0%
Hasta 10	89.9%	59.0%	70.1%
Más de 10 hasta 20	0.0%	11.7%	7.5%
Más de 20 hasta 50	10.1%	20.7%	16.9%
Más de 50	0.0%	8.6%	5.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

*Características principales del cuidado institucional público*

De manera potencial, el sistema de cuidados incluye subsistemas, algunos de los cuales ya operan como tales y otros lo harían sólo mediante una adecuación:

- Subsistema de atención a la infancia
- Subsistema de atención a personas con discapacidad
- Subsistema de atención a las personas mayores
- Subsistema de apoyo

Subsistema de atención a la infancia:

- *Centros de Atención y Cuidado Infantil (CACI)*. Incluye niveles de lactantes, maternal y preescolar de tiempo completo. Consiste en cuidado integral en aspectos de educación, salud, vigilancia nutricional, psicología, trabajo social. Incluye instituciones federales que proporcionan servicio en la Ciudad de México, centros atendidos por el Gobierno de la Ciudad y algunas de sus instituciones en particular, Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) de alcaldías, CACI comunitarios y CACI privados. **Población 0 a 5 años.**
- *Escuelas de tiempo completo y jornada ampliada*. Forman parte del sistema educativo, pero se integrarían a un sistema de cuidado en función de su horario (aunque las de jornada ampliada aún requieren de mayor ampliación de horario). **Grupo 6-14 años.**
- *Aprende Diferente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX)*. Actividades recreativas, culturales y deportivas, extra jornada escolar. Podrían por sí mismas ampliar la jornada de escuelas de tiempo parcial matutino, con menores requisitos y costos que la ampliación del horario escolar
- *Centros de día DIF-CDMX*. Representan un sistema de cuidado puntual para casos extraordinarios de vulnerabilidad.

Subsistema de atención a personas con discapacidad:

- *Unidades Básicas de Rehabilitación DIF-CDMX*. Aunque no se trata en sí de un sistema de cuidados, pueden ampliar sus servicios en ese sentido, aprovechando la experiencia en el trato de personas con discapacidad. Su modelo de rehabilitación es en cuanto diseño muy adecuado, además que trabaja en zonas de mayor vulnerabilidad socioeconómica.
- *Unidades Básicas de Rehabilitación de las Alcaldías*. Podrían seguir el modelo de las unidades del DIF-CDMX.
- *Centros de Atención Múltiple (CAM)*. Modalidad federal educativa para personas con discapacidad, para infantes de 0 a 18 años.

Subsistema de atención a las personas mayores:

- *Instituto de Envejecimiento Digno (INED)*, que cuenta con las siguientes modalidades:
  - ❖ Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE). Actividades físicas, cognitivas, biológicas y sociales, donde también se ofrece alivio y apoyo a las personas cuidadoras (área de respiro).
  - ❖ Círculos de Aprendizaje, Socialización y Saberes (CASSA). Espacios para convivencia, para compartir experiencias y activarse física y mentalmente.
  - ❖ Centro de Formación Integral para la Enseñanza de Artes y Oficios (CEFI). Activación física y mental, con actividades como huertos urbanos, costura y confección, repostería y otros oficios; además se proporciona capacitación sobre temas básicos de envejecimiento.
  - ❖ Módulos de atención

*Valoración del diseño de las instituciones públicas que proporcionan cuidado*

Las principales normas son la Constitución Política de la Ciudad de México, que define de manera concisa el derecho al cuidado (capítulo noveno, fracción B) y la “Ley que regula el funcionamiento

de los centros de atención y cuidado infantil para el Distrito Federal”, que regula algunos aspectos del funcionamiento de los CACI.

El sistema de los CACI públicos, así como las escuelas de tiempo completo y jornada ampliada, constituyen por el modelo de atención que aplican auténticos sistemas de cuidado para las poblaciones a las que atienden, considerando las particularidades y las necesidades de los grupos de edad correspondientes, es decir, cero a 5 años y 6 a 14 años, respectivamente. Sin embargo, hay que atender a lo siguiente:

- Actualizar la normativa correspondiente para que queden definidas todas las características indispensables del modelo de atención de los CACI, incluido el horario, de modo que haya garantías de su correcta aplicación.
- El horario de las escuelas de tiempo completo y jornada ampliada debe considerar los requerimientos de la jornada de trabajo. Puede ampliarse la cobertura a las escuelas de tiempo parcial, que ya son la minoría. Pero también debe revisarse el modelo de escuelas de doble turno, aprovechando la capacidad disponible no utilizada en las escuelas de turno matutino.
- Se debe ampliar la cobertura de los CACI, sobre todo considerando la demanda de madres trabajadoras, así como de mujeres que no ingresan en el mercado laboral, aunque desean hacerlo, por atender al cuidado en los hogares. También habrá que considerar la ubicación en zonas vulnerables en términos socioeconómicos.
- Merecen especial atención los CACI comunitarios, a fin de asegurarles certeza financiera y condiciones de funcionamiento óptimas. Esta modalidad es importante por su gran adaptación a los requerimientos de la demanda.

En cuanto a las personas dependientes por discapacidad, algunas pocas residencias permanentes que atienden a este grupo poblacional. La mayor carga del cuidado recae en integrantes del hogar, que proporcionan el cuidado de manera casi exclusivamente gratuita y principalmente por mujeres. Aquí hace falta construir el sistema mismo, enfocándose en el apoyo a las familias, mediante acciones directas e indirectas de sustitución o alivio de la carga, por ejemplo, mediante algunas remuneraciones a personal que realice el relevamiento, siempre considerando las necesidades diferenciadas de las personas requirentes de cuidado, según el tipo de cuidados, el tiempo de cuidado y el tipo de padecimiento específico que presente.

Los servicios de rehabilitación, aunque no son propiamente un sistema de cuidado, pueden contribuir al mismo de dos maneras. Por una parte, al restablecer la autonomía de la persona, en los casos en que haya resultado posible, constituyen un alivio a la carga de las personas cuidadoras. Por otra parte, por la función y experiencia en el trato a las personas dependientes por discapacidad pueden añadir un componente de cuidado asociado a los servicios de rehabilitación. Destacan por su calidad en el diseño los servicios provistos por el DIF-CDMX, que se complementan por los de algunas alcaldías.

En cuanto a las personas mayores, los diversos servicios están orientados principalmente a la recreación. Sin embargo, los servicios recreativos tienen la posibilidad de ampliarse a uno de cuidado, al menos para algún sector de las personas mayores. Igualmente, existe la posibilidad de combinar el cuidado con la recreación y las actividades educativas. En cuanto a la accesibilidad, es variable la situación en cuanto al cobro de cuotas de recuperación, lo que deberá revisarse al instituir o adaptar un sistema de cuidado para el grupo poblacional. Es importante tener en cuenta los temas de movilidad y accesibilidad territorial, así como el de los horarios.

*Provisión institucional de cuidados de la población menor de edad*

El siguiente cuadro describe la oferta institucional de los CACI (grupo 0-5 años):

MATRÍCULA TOTAL DE LOS CACI Y PORCENTAJE POR TIPO DE SOSTENIMIENTO, CIUDAD DE MÉXICO, 2020 Y 2023

Sostenimiento	Matrícula		Porcentaje	
	2020	2023	2020	2023
Público federal	28,837	32,294	43.6%	50.4%
Público CDMX central	3,516	4,301	5.3%	6.7%
Alcaldías	15,946	13,991	24.1%	21.8%
Comunitario	11,590	6,229	17.5%	9.7%
Privado	6,218	7,218	9.4%	11.3%
<b>Total</b>	<b>66,107</b>	<b>64,033</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en base en DIF-CDMX, base de datos de CACI 2020, 2022 y 2023; y estadística de Secretaría de Educación Pública.

Sin embargo, la cobertura aún es baja. Para el grupo 0-2 (lactantes y maternal), la cobertura pública total (incluida la federal) es de poco más del 10%. La del grupo de preescolar (grupo 3-5 años) es de 14.5%. Recordemos se trata de modalidades de tiempo completo, es decir, desde punto de vista del cuidado. También hay que tomar en cuenta que para el cierre de la brecha habría que considerar la demanda activa de servicios y que las modalidades comunitaria y privada aportan alrededor del 10% cada una.

El siguiente cuadro describe la oferta institucional de los centros de educación básica de tiempo completo y jornada ampliada (grupo 6-14 años).

Las escuelas de primaria y secundaria de tiempo completo y jornada ampliada representan una proporción alta del servicio público en primaria, del 40%, aunque sólo alrededor del 33% de los requerimientos totales. En secundaria la cobertura es menor.

ESCUELAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE JORNADA AMPLIADA Y TIEMPO COMPLETO, CIUDAD DE MÉXICO, INICIO DE CICLOS 2021-2022 Y 2023-2024

Tipo de escuela	Nivel	2021-2022	2023-2024
Escuelas de tiempo completo (ETC)	Primaria	97,654	94,191
	Secundaria	8,300	7,700
	Total ETC	105,954	101,891
Escuelas de Jornada Ampliada (EJA)	Primaria	160,507	150,330
	Secundaria	73,453	69,876
	Total EJA	233,960	220,206
Ambas modalidades (ETC + EJA)	Primaria	258,161	244,521
	Secundaria	81,753	77,576
	Total ETC + EJA	339,914	322,097

Fuente: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México. Datos abiertos. Secretaría de Educación Pública. Inicio de cursos 2021-2022 y 2023-2024.

Por su parte, el programa Aprende DIFerente del DIF-CDMX tuvo una cobertura importante, pero fue afectada fuertemente por la pandemia, como se aprecia en el siguiente cuadro.

INSCRITOS EN PROGRAMA BIENESTAR APRENDE DIFERENTE, DIF-CDMX, 2020-2023

Concepto	2020	2021	2022	2023
Beneficiarios	65,000	65,000	25,227	12,632

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de Bienestar Aprende DIFerente (2020 y 2023) e Informe de Actividades (2022 y 2021), proporcionados por DIF-CDMX

*Provisión institucional de cuidados de la población dependientes por discapacidad*

Dentro de la atención a las personas con discapacidad, existen pocos centros públicos de atención a quienes requieren cuidados intensivos y de tiempo completo. El censo de alojamientos de asistencia social levantado por INEGI junto con el Censo de Población 2020 registra en total 8 centros públicos (hospital/residencia) para padecimientos mentales con 706 usuarios, así como 2 centros (hospital/residencia) para enfermedades incurables con 1,357 usuarios.

Los centros de día fueron afectados por la pandemia, y después de un impulso inicial su cobertura bajó, de lo cual no se ha recuperado.

BENEFICIARIOS DE LOS CENTROS DE DÍA DEL DIF-CDMX, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2018-2023

Concepto	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Beneficiarios	435	4,178	404	384	324	324

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de Centros de Día, proporcionados por DIF-CDMX

Para población con discapacidad, destaca desde el punto de vista de la salud, el servicio de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y el Centro de Atención para Personas con

Discapacidad (CAPD), cuya pertinencia en ese sentido ha sido destacada más arriba. Su crecimiento ha sido importante en los últimos años, como se aprecia en el siguiente cuadro.

BENEFICIARIOS ACTIVOS EN UBR Y EL CAPD, CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2020 Y 2022-2023

UBR/CAPD	2018	2019	2020	2022	2023
Hombre	7	26	12	227	227
Mujeres	14	23	33	323	455
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>550</b>	<b>682</b>

Fuente: Elaboración propia con información de base de datos sobre UBR y CADP, 2018-2020 y 2022-2023, proporcionada por DIF-CDMX

El principal servicio para personas mayores es el programa de los Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE) del Instituto para el Envejecimiento Digno (INED), pues, a diferencia de otros servicios de este Instituto, contiene un importante componente de cuidado. La unidad de observación de los Centros son las personas beneficiarias. Los otros programas, con énfasis más recreativo, registran actividades. Después de un vacío en la información durante la pandemia, se registra recientemente un importante impulso a la atención, como se ve en el siguiente cuadro.

POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CEDE DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Año	Mujer	Hombre	Total
2022	3,752	1,750	5,502
2023	7,983	4,006	11,989

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

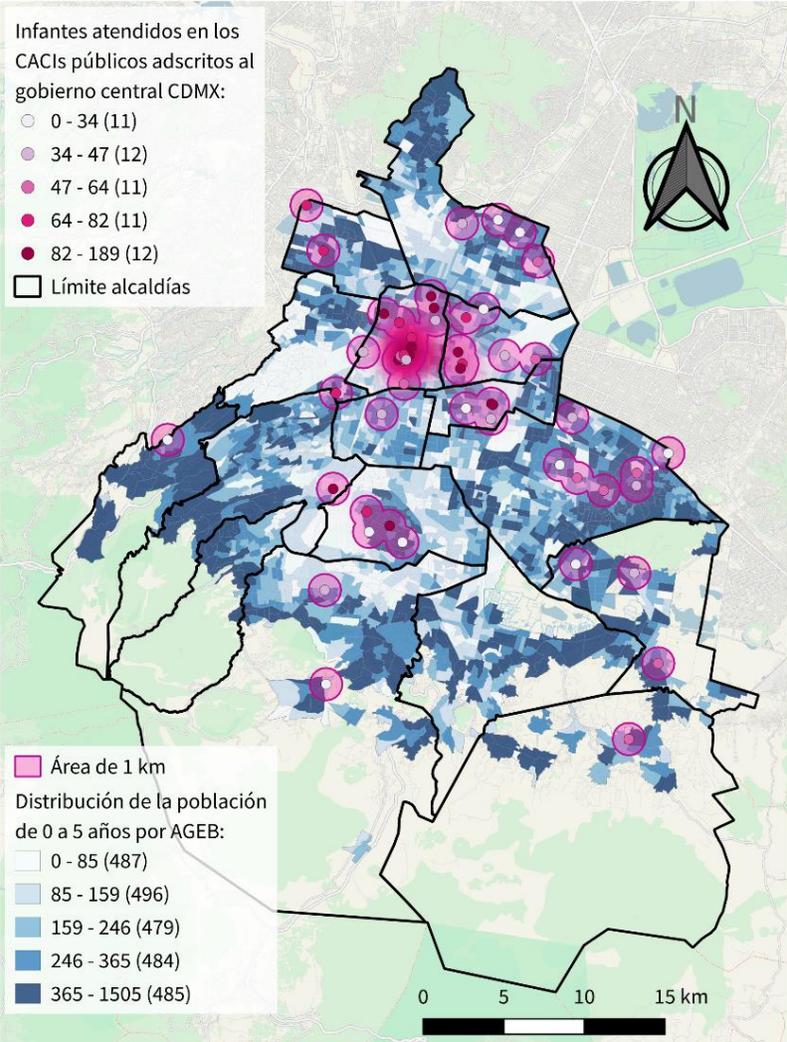
## Análisis espacial de la oferta y demanda del cuidado institucional

Por medio de herramientas propias del análisis espacial se valoró, por un lado, el patrón de concentración para cada grupo prioritario que requiere cuidados en la Ciudad de México, por otro, la oferta de servicios públicos que brindan cuidado a cada grupo. Para conocer las características del arreglo espacial de los tres grupos poblacionales sujetos al derecho del cuidado se usó una técnica de auto correlación espacial mediante el cálculo del Índice de Moran. Los resultados mostraron que los tres grupos poblacionales tienen patrones de concentración específicos a lo largo de la ciudad, lo que da paso a la conformación de *clusters*. La población infantil se concentra en la periferia de la ciudad, con *clusters* importantes en Iztapalapa y Gustavo A. Madero. Por el contrario, la población adulta mayor suele concentrarse en las alcaldías centrales, principalmente en Benito Juárez y Coyoacán. Las personas con discapacidad están más dispersas a lo largo de la ciudad, pero con cierta tendencia a ubicarse en la periferia, ya que se encontraron *clusters* importantes en Coyoacán e Iztapalapa.

En cuanto a la distribución territorial de los servicios de cuidados para niñas y niños se observa una tendencia a la concentración en alcaldías centrales y del eje norponiente, mientras que las

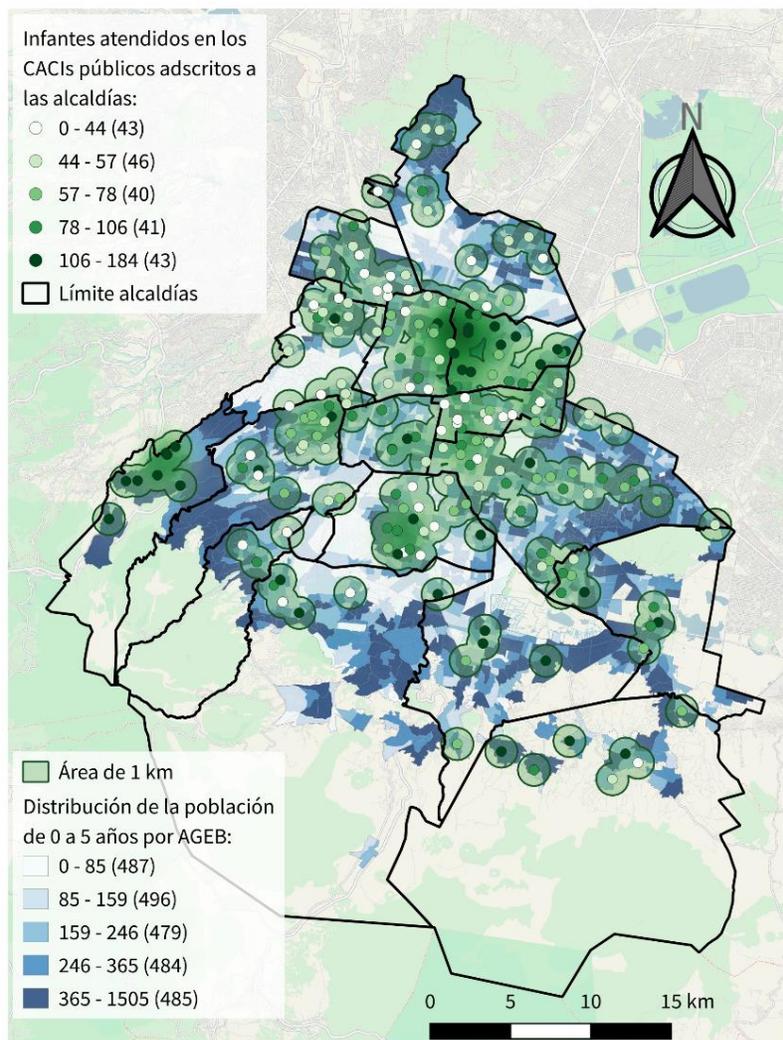
zonas periféricas de las demarcaciones, aquellas con mayor presencia de infantes, cuentan con menor disponibilidad de oferta pública. Algunas áreas fronterizas entre alcaldías y el Estado de México o limítrofes entre demarcaciones requieren atención especial, ya que se observa una acusada concentración de infantes, en un entorno de ausencia de servicios públicos y de pobreza. Este fenómeno puede observarse en los mapas RE1 y RE2, que corresponden a los centros de atención y cuidado infantil del gobierno de la Ciudad de México y de las alcaldías, a los que se agregó la distribución de la población de 0 a 5 años. Los servicios del gobierno central de la ciudad se concentran con mayor intensidad en Cuauhtémoc y con cierta extensión a Venustiano Carranza. Los CACI de las alcaldías se distribuyen con mayor dispersión a lo largo de la demarcación, pero no cubren las zonas de alta concentración infantil.

MAPA RE1: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL ADSCRITOS AL GOBIERNO CENTRAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

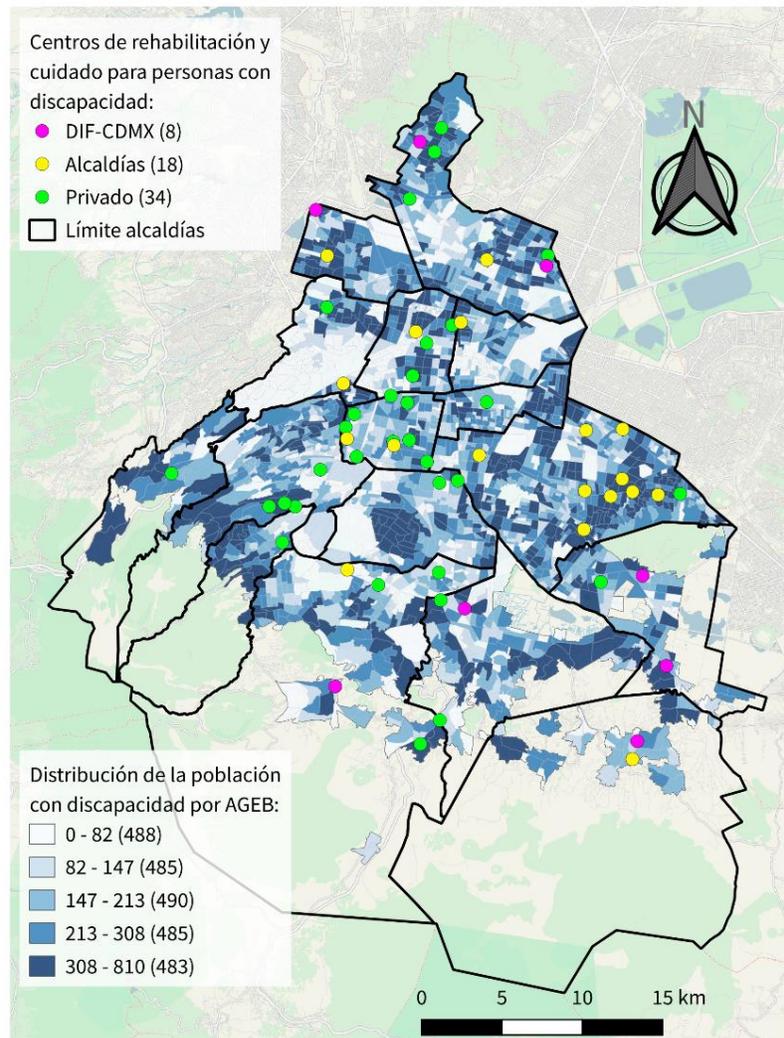
MAPA RE2: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL ADSCRITOS A LAS ALCALDÍAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

La oferta de servicios institucionales para la población con discapacidad es escasa y con un importante componente privado. El gobierno central de la Ciudad de México cuenta con ocho unidades de rehabilitación a cargo del DIF CDMX; en cuanto a las alcaldías se lograron identificar 18 centros que atienden a personas con discapacidad. Según el DENUE, de INEGI, hay 34 centros privados para las personas con discapacidad. Es claro que la iniciativa privada ha satisfecho la demanda que no ha cubierto los centros públicos. Es primordial que el sistema de cuidado de la Ciudad de México, además de reducir la carga de trabajo en los hogares, también desmercantilice el acceso al cuidado de los grupos vulnerables, pues esto sólo amplía las desigualdades sociales en la ciudad. Ver mapa RE3.

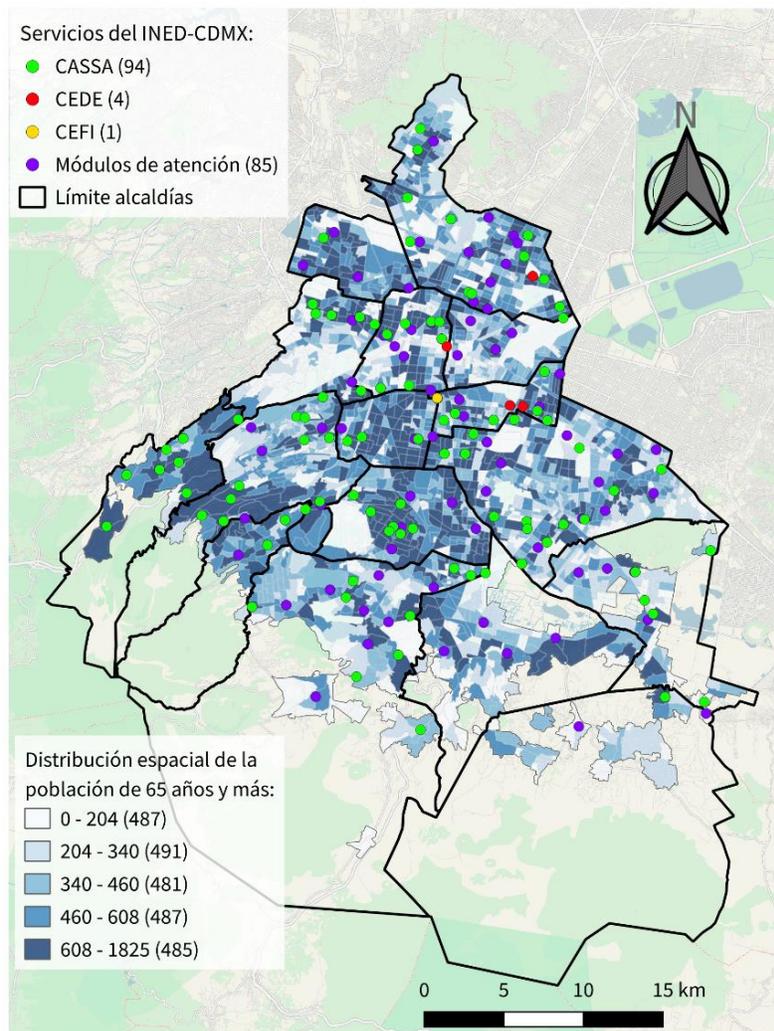
MAPA RE3: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN Y CUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX; investigación en páginas de alcaldías; Censo de Población y Vivienda 2020 y DENUE, INEGI.

La oferta pública de servicios de atención para personas mayores del gobierno central de la Ciudad de México está a cargo del Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias (INED) que, si bien oferta diversas actividades, la mayoría de ellas son de carácter recreativo, por lo que su capacidad de contribuir al cuidado de este grupo poblacional es limitada. También hay servicios del gobierno federal y de las alcaldías, pero, al igual que con el gobierno central, son actividades recreativas, más no de cuidados. El servicio que mejor se relaciona con la lógica del sistema de cuidados son los Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE) del INED, pues reconocen explícitamente que son espacios para el alivio y apoyo de las personas cuidadoras del hogar, un área de respiro, pero sólo hay cuatro en toda la ciudad. Ver mapa RE4.

MAPA RE4: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO DIGNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

## INTRODUCCIÓN

El Consejo de Evaluación de la Ciudad de México es un organismo constitucional autónomo, técnico, colegiado e imparcial, de carácter especializado en evaluación, con personalidad jurídica y patrimonio propios, autonomía técnica y de gestión, así como capacidad para decidir sobre el ejercicio de su presupuesto, determinar su organización interna y encargado de la evaluación de las políticas, programas y acciones que implementen los entes de la Administración Pública y las Alcaldías. Bajo el fundamento del Artículo 42 de la Ley de Desarrollo Social para el Distrito Federal, así como del Artículo 9 fracción VI del Estatuto Orgánico del Consejo, el Pleno del Comité aprobó, en la I Sesión Extraordinaria 2023, el Programa Anual de Evaluaciones Externas 2023, que, entre otras evaluaciones, contempla a la “Evaluación diagnóstica y de diseño del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México”.

Existe actualmente en México una extensa discusión, tanto a nivel de la política pública como teórico, sobre la necesidad de reconocer el derecho al cuidado y la forma de ponerlo en práctica. Si bien estos esfuerzos han derivado en un consenso generalizado acerca de su importancia, que ha logrado permear a la agenda pública, se reconocen aún pocos avances en términos metodológicos, jurídicos e institucionales efectivos, cuando menos en la capital mexicana. Las limitaciones en la normativa han sido un inconveniente, pues ni los preceptos internacionales ni la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) tratan de manera sistemática e integral la problemática. Sólo la Constitución Política de la Ciudad de México (CPCM) estipula explícitamente al cuidado como derecho y mandata el establecimiento de un Sistema de Cuidados, delimitando de manera general, pero clara, sus alcances.

La implementación de un sistema de cuidados conlleva un proceso complejo: desde el diálogo social entre las partes implicadas, hasta la coordinación institucional y normativa para su puesta en operación. Dado que no hay un antecedente directo o algún instrumento análogo en México, la administración pública capitalina se encuentra ante una coyuntura decisiva: aunque ya cuenta con algunos elementos institucionales que fungen como plataforma y que formarían potencialmente parte de él, hoy día los esfuerzos se encuentran en fase inicial. Cabe mencionar que la capital mexicana ya ha tenido propuestas de ley al respecto, aunque aún no han tenido consecuencias prácticas. El esfuerzo más importante, muy reciente, es la constitución de la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México, creada mediante Acuerdo del Jefe de Gobierno de la Ciudad de México.

Es necesario, por tanto, identificar los avances, pero, a la vez, las áreas no resueltas que limitan la concreción de dicho objetivo.

## Planteamiento de los objetivos

- *Objetivo general*

Realizar un diagnóstico territorial sobre los servicios de cuidado en la Ciudad de México y formular propuestas para la construcción del sistema local de cuidados.

- *Objetivos específicos*

- a) Identificar patrones y tendencias demográficas relevantes en materia de cuidados para la Ciudad de México
- b) Analizar aspectos clave de la dinámica del trabajo remunerado y no remunerado de cuidado al interior de los hogares y en instituciones
- c) Estimar el valor monetario del trabajo no remunerado de cuidados en la Ciudad de México
- d) Valorar el diseño de los servicios públicos de cuidados para niñas y niños, personas con discapacidad y personas mayores
- e) Analizar territorialmente la oferta de servicios de cuidados para niñas y niños, personas con discapacidad y adultos mayores, en relación con los niveles de pobreza y la demanda potencial del servicio
- f) Formular propuestas para la construcción del sistema de cuidados en la Ciudad de México, desde el punto de vista presupuestal, de diseño y a partir de la identificación de zonas prioritarias de atención

## Contenido

En el capítulo primero se realiza una revisión de la literatura sobre cuidados a fin de definir un concepto operativo del cuidado, así como para identificar sus implicaciones en política pública. Se hace, asimismo, una breve revisión sobre algunos casos latinoamericanos que ya han implementado un Sistema de Cuidados. Finalmente se examinan algunas de las perspectivas demográficas que tendrán implicaciones para la provisión de cuidados en el corto y mediano plazo.

En el capítulo segundo se explica la metodología aplicada para el abordaje de las tres áreas de análisis/valoración del presente documento: análisis estadístico de requerimientos-provisión de cuidados; valoración de diseño de la provisión institucional pública de cuidados y análisis espacial de la oferta-demanda de servicios públicos de cuidados.

El capítulo tercero efectúa un diagnóstico sobre el estado actual de las necesidades de cuidado y su atención por parte de integrantes del hogar para integrantes del hogar, el cual se realiza en su mayor parte de manera gratuita, en la Ciudad de México, lo que involucra tanto a las personas receptoras como a las personas proveedoras en hogares. Inicialmente, se hace un ejercicio de clasificación para identificar el tipo de figuras involucradas y las características de cada una;

posteriormente, se realiza una cuantificación tanto de la población potencial como de la población objetivo, utilizando diversas fuentes de información oficial.

El capítulo cuarto corresponde, por un lado, una valoración del diseño de las instituciones públicas de cuidados en la Ciudad de México que potencialmente conformarían parte del Sistema de Cuidados, así como la atención institucional de cada institución valorada. Por otra parte, se realiza un análisis geoespacial de los servicios de cuidado públicos.

Finalmente, en el capítulo quinto se desarrolla una reflexión para determinar, por un lado, cómo las intervenciones identificadas pueden articularse de manera más oportuna y, por otro, los vacíos que prevalecen para alcanzar el objetivo de implementar el Sistema de Cuidados. Las propuestas señaladas están clasificadas, según su naturaleza, en los siguientes rubros: a) coordinación institucional; b) instrumentos y estrategias; y c) ámbito normativo.

# CAPÍTULO PRIMERO: MARCO TEÓRICO

## 1.1. Antecedentes sobre la noción del cuidado: teorías y conceptos

Naturalmente, el primer problema que tiene que abordar la evaluación es respecto al concepto mismo del *cuidado*, pues en la literatura no hay una acepción única. Esto afecta al alcance del concepto y por ello las propuestas para su análisis pueden discrepar considerablemente. Desde hace varios años se ha desarrollado a nivel internacional una discusión al respecto, lo que permite hoy tener algunas guías para su delimitación conceptual en la realidad mexicana y de la Ciudad de México.

### 1.1.1. Diversos enfoques sobre el cuidado

Un marco general para abordar el tema de los cuidados ha sido desarrollado recientemente por Nancy Fraser (2023). Según esta autora, Marx descubrió la morada oculta del mercado y del comercio: las relaciones capitalistas de producción sin las que no sería posible ningún intercambio. Siguiendo el mismo procedimiento, la economía feminista ha descubierto la morada oculta de la producción, el trabajo doméstico, reproductivo y de cuidados, sin el cual ni la producción ni el intercambio —ámbitos privilegiados de estudio de la economía— serían posibles. La necesidad internacional de un sistema de cuidados se relaciona con el doble movimiento hacia el incremento de la participación laboral femenina y la precarización de los mercados laborales. Se deriva de ello una crisis internacional de cuidados: el modelo neoliberal exige a las mujeres trabajar de forma remunerada y fuera de los hogares y, al mismo tiempo, desmantela servicios públicos de cuidados.

Cuando se discute en el cuidado desde una lógica socioeconómica suele enfatizarse la noción de la *reproducción social*. Esta orientación teórica da como resultado llevar la discusión hasta el conjunto de elementos que se requieren para garantizar la subsistencia en una sociedad, pero asimismo puede llevar a nociones que abarcan a toda la actividad social. Por ejemplo, Lazzaro (2020, p. 260) comenta que los cuidados se refieren a todas las actividades y tareas que gestionan [...] la supervivencia de todas las personas y colectivos, cotidiana y generacionalmente”. Bajo esta perspectiva, se concibe que cualquier persona, sin excepción, requiere labores de cuidados, pues se trata de un proceso de apoyo mutuo, intercambio que termina por forjar una sociedad. De este modo, un concepto importante pero específico termina sustituyendo al conjunto de las relaciones sociales.

De forma más específica, encontramos la acepción de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), que delimita al *cuidado* como “las actividades y relaciones implicadas en la atención de necesidades físicas, psicológicas y emocionales de personas adultas e infantes, mayores y jóvenes, con o sin discapacidad” (International Labour Organization, 2018, p. 6. Traducción

propia). Esta definición ha sido muy difundida y aceptada, incluso en documentos producidos para la Ciudad de México por la administración pública (véase Styfe y OIT, 2021).

La OIT también identifica dos tipos de cuidados: directo e indirecto. El primero, “cuidado cara a cara” o “actividades de cuidado personal”, comprende acciones de atención a las necesidades inmediatas de personas que tienen alguna limitación en su autonomía. Por el contrario, el segundo tipo alude a actividades que no implican necesariamente un trabajo “cara a cara”, pero que aportan las condiciones necesarias para consagrar el cuidado, como la limpieza del espacio que se habita, la preparación de comida o la gestión del hogar (generalmente incluidas bajo la categoría de *trabajo doméstico*). Según el organismo internacional, los dos tipos de actividades no deben concebirse por separado y, de hecho, en la práctica hay traslapes cotidianos, sea en los hogares o en las instituciones (International Labour Organization, 2018, p. 6). De hecho, hay una corriente que conceptualiza al cuidado de esta forma, bajo el binomio “trabajo de cuidados y trabajo doméstico” (CEPAL, 2016; Domínguez *et. al.*, 2019; Legarreta, 2008; ONU-Mujeres, 2016).

Estos enfoques más amplios han dado lugar a estudios de cuantificación de cuidados. Destaca a nivel internacional el amplio estudio de la Organización Internacional del Trabajo sobre el trabajo de cuidados y empleos de cuidados, donde incluye en la contabilidad a todo el sistema de salud (International Labour Organization, 2018). A nivel latinoamericano podemos referir el estudio de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) en su Panorama Social más reciente, que consideran en conjunto el trabajo de cuidado y el trabajo doméstico (CEPAL, 2023). Algo similar ocurre a nivel nacional con un estudio sobre el cuidado remunerado, que incluye tanto el trabajo de cuidado como el doméstico (Aragón *et al.*, h. 2021).

No obstante, como expone Brígida García (2019, p. 243), otras perspectivas excluyen el trabajo doméstico del concepto de cuidado “para referirse de manera exclusiva al cuidado de personas dependientes, y [...] reivindican el uso del término para referirse a las tareas que implican una perspectiva relacional”. García se adhiere a esta última noción, por considerarla la más factible en términos de análisis y operación en la acción pública.

Al delimitarse de ese modo el concepto de cuidado se reconoce su especificidad, lo que no significa desconocer las relaciones del trabajo de cuidados y el trabajo doméstico, o casos de imbricación (como cuando se realiza preparación de comida especial y exclusiva para la persona dependiente, lo que entraría en el ámbito del cuidado). El hecho de conservar tal distinción conceptual abre la posibilidad de dar una atención más precisa y adecuada a cada ámbito. Dados los objetivos de este documento, la evaluación se enfocará en el trabajo de “cuidados directos”, con plena conciencia de que se requiere un trabajo de igual magnitud para analizar su parte complementaria, es decir, el trabajo doméstico.

La rápida revisión anterior permite constatar que, en muchas ocasiones, algunas definiciones sobre trabajo de cuidados son todavía muy generales y no han permitido ahondar

apropiadamente en el concepto. Se requiere de una conceptualización que delimite claramente los alcances del tema y desarrolle conceptos que puedan operarse para la investigación.

### 1.1.2. La conceptualización del cuidado a partir de la relación autonomía/dependencia-cuidado

En Carretero *et. al.* (2006) se presenta un amplio panorama del estado de la cuestión de la discusión sobre el cuidado a nivel internacional, así como una conceptualización clara y precisa sobre los cuidados, que además se relaciona con avances en la operativización del concepto y su aplicación al análisis de la provisión de los cuidados para la población con alguna discapacidad permanente, en particular, la elaboración de baremos de la intensidad del cuidado.

El punto de partida del análisis del cuidado es el concepto de *dependencia*, que se define como “la situación de necesidad en la que una persona requiere de la ayuda de otro/s para realizar las actividades de la vida diaria”. La dependencia se vincula al concepto de autonomía como su contraparte. La dependencia sería un estado en el que las personas por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual necesitan de la asistencia y/o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria (*op. cit.*, p. 9). Es necesario señalar que el concepto de cuidado no se limita a la vigilancia o estado de alerta sobre la persona dependiente, como parece evocar el término, sino que incluye la “asistencia y/o ayuda” *activa* para con la persona dependiente.

En cuanto a la relación entre discapacidad y dependencia: La dependencia sería un atributo de la discapacidad en función de la gravedad de ésta, pues puede haber discapacidad sin que concurra la dependencia. A mayor gravedad de la discapacidad mayor es la **probabilidad** de que la discapacidad haga a la persona dependiente de otras (p. 11, 12) (énfasis nuestro).

Existen otras consideraciones que se requiere aclarar para precisar y acotar el concepto del cuidado, y por tanto hacerlo operativo. Dentro del concepto de dependencia está la noción de un estado crónico, por lo que debe diferenciarse de la enfermedad aguda y las limitaciones temporales. En ambos casos se requieren soluciones diferentes. (p. 10).

Si la dependencia es crónica, los cuidados son de larga duración. Y esta característica nos da pauta para *distinguir los cuidados de la atención médica*. En efecto, lo que distingue a los cuidados “de otros procesos o situaciones es la necesidad que tiene la persona dependiente de recibir una asistencia por parte de otros durante un período prolongado de tiempo. [...] la ayuda no está asociada sólo al cuidado de una enfermedad puntual”. La dependencia “implica una asistencia para aquellas actividades que un sujeto realiza diariamente, siendo el cuidado de naturaleza prolongada”. “**Los cuidados de larga duración se diferencian fundamentalmente de los cuidados agudos y de las tradicionales intervenciones sanitarias en que su finalidad no es curar o sanar una enfermedad**” (p. 29) (énfasis nuestro).

Ya varios autores “señalan que los cuidados de larga duración no incluyen la asistencia médica y que, por lo tanto, ambos tipos de atención no deben confundirse”. Los cuidados de larga duración

“pueden ser dispensados por personas no cualificadas como son los familiares de las personas dependientes”. Sin embargo, otros autores y organismos piensan que la atención médica sí deben incluirse (p. 30).

Un aspecto central en la conceptualización del cuidado es el de la *intensidad* del mismo. En efecto, “la cantidad y frecuencia de los cuidados aumenta conforme incrementa el grado de dependencia de la persona receptora de la asistencia” (p. 29).

Esto ha dado paso en el plano internacional a la formulación de parámetros de medición del grado de dependencia y por tanto de las bases para una política de atención. La principal referencia en este punto es el Baremo español, una metodología estandarizada, que ha sido replicada en otros países. Denominado oficialmente Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD), parte del concepto de dependencia como su fundamento. La propia ley que regula los cuidados da una definición de dependencia como la que hemos venido refiriendo.

[...] 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. Gobierno de España, 2011; p. 18571.

Para mayor precisión, se realizan algunas especificaciones sobre la dependencia que delimitan su concepto y ayudan a la operativización del concepto de cuidados, y que van en el mismo sentido de lo señalado más arriba. Lo que distingue a la dependencia de otras situaciones es:

- El *carácter permanente de la situación de dependencia*, cuando en la condición de salud de la persona no haya posibilidad razonable de restitución o de mejoría en el funcionamiento.
- La intervención *resulta imprescindible*
- La edad, la enfermedad o la discapacidad son condiciones necesarias, pero no suficientes en sí mismas, para establecer la situación de dependencia y el alcance de su severidad
- No se consideran otras situaciones relacionadas con condiciones de salud que tengan posibilidades razonables de restitución o de mejoría, o bien cuando los apoyos en las tareas no sean imprescindibles. (*ibid.*, p. 18573).

La elaboración del Baremo español parte de definir grandes *niveles de dependencia*:

- I. Moderada. “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal”.

- II. Severa. “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal”.
- III. Gran dependencia. “cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal”. (*ibid.*, p. 18571).

Lo anterior atiende principalmente al criterio de la frecuencia. A fin de estructurar el método para medir el grado de dependencia a través del Baremo se considera también una tipología de apoyos requeridos (sólo supervisión, ayuda parcial o total y apoyos especiales), además de la frecuencia del apoyo. La metodología se resume en los siguientes pasos (*ibid.*, p. 18574-18581):

1. Se definen diversas actividades cotidianas específicas para diversos ámbitos: comer y beber; higiene personal relacionada con la micción y defecación; lavarse; realizar otros cuidados corporales; vestirse; mantenimiento de la salud; cambiar y mantener la posición del cuerpo; desplazarse dentro del hogar; desplazarse fuera del hogar; realizar tareas domésticas. En el caso de personas con una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales: tomar decisiones
2. Se aplica un puntaje a cada actividad específica en función del grupo de edad (3-6, 7-10, 11-17 y 18 y más) y la ponderación de cada tarea. Para el puntaje específico se toma en cuenta el tipo y la frecuencia del apoyo; también la existencia o no de una condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales. (No se explica el porqué de cada puntaje específico.)
3. De la aplicación de un puntaje ponderado general para la persona resulta una escala de 0 a 100 puntos, cuya división por intervalos define el grado de dependencia y 2 niveles de dependencia para cada grado.

Más allá de la forma específica en que se estructura el Baremo, lo importante es que considera diferenciaciones en la *intensidad* de los cuidados en función de las características de la dependencia. Para ello, distingue dos componentes principales: *tipo* de apoyo y *frecuencia* del mismo, que definen la intensidad del cuidado, lo que da un principio metodológico básico en el tratamiento teórico y de política pública del tema de los cuidados.<sup>1</sup>

Esta conceptualización permite analizar y establecer especificaciones importantes tanto en los **requerimientos** del cuidado como en la **provisión** de los mismos. Al grado de dependencia y por tanto de la intensidad del cuidado corresponde lo que se ha llamado la *carga* de las personas cuidadoras, como la contraparte de la intensidad del cuidado requerido. Primeramente, hay que establecer una distinción entre tipos de cuidado, formal y el informal (Carretero *et. al.*, 2006, 31-21). No obstante, podría quedar más claramente definida la diferencia distinguiendo:

---

<sup>1</sup> El Baremo español ha sido replicado con adaptaciones en otros países, como Costa Rica (véase Política Nacional de Cuidados, h. 2022). También se sigue aquí la conceptualización del cuidado que se ha venido exponiendo.

- cuidado institucional (público y privado);
- cuidado proporcionado por personas particulares dedicadas a esa actividad por una remuneración (a través del mercado);
- cuidado que se da al interior del hogar por integrantes del hogar o por otro tipo de personas conocidas que no forman parte del hogar, principalmente de forma gratuita.

Es en este último caso en el que se presenta la problemática de la carga del cuidado.

De este modo, “el cuidado informal ha sido conceptualizado como un evento vital estresante”. Se utiliza el término *carga* para “describir la consecuencia física, emocional y económica de proporcionar el cuidado” (Carretero *et. al.*, p. 52). La problemática de las personas cuidadoras se deriva primeramente de las características del tipo de cuidado proporcionado, pero va aún más allá. Para definir la carga se han utilizado indicadores como tiempo de cuidado, tareas realizadas, impacto en el ámbito laboral, limitaciones en la vida social y restricciones en el tiempo libre (*ibid.*, p. 53). De aquí se deriva el concepto de *estresores* para caracterizar y clasificar los efectos de proporcionar el cuidado en las personas cuidadoras.

De una manera general, los efectos físicos y psicológicos de proporcionar los cuidados en las personas cuidadoras presentan diversos aspectos. “...los cuidadores no responden de la misma forma a los mismos estresores ni a los mismos niveles de demandas ni tampoco utilizan los mismos recursos para afrontarlos. [También existen] fluctuaciones en la adaptación a los estresores a lo largo del tiempo de cuidado”. Los efectos en la salud mental son más frecuentes e intensos que en la salud física: trastornos depresivos, ansiedad, ira y hostilidad. Son más frecuentes en mujeres. El mayor determinante de la salud mental de la persona cuidadora es el grado de responsabilidad asumido (*ibid.*, pp. 53, 63, 65).

Como vimos, las variables principales que se han utilizado para definir la intensidad del cuidado son: tipo de apoyo y frecuencia del mismo. Sin embargo, idealmente, e independientemente de la dificultad para definirlo operativamente, deberían agregarse otros elementos de la mayor importancia para la definición de la carga de las personas cuidadoras, y es lo que se ha denominado como *estresores primarios*.

Se ha comprobado que uno de los mayores estresores, si no es que el mayor, es el cuidado de personas dependientes afectadas por trastornos cognitivos, como demencia o Alzheimer. Las personas con trastornos mentales presentan variaciones conductuales —gritos, agresión física, discusiones, resistencia a la ayuda para la realización de las actividades de la vida diaria— y emocionales —depresión, llanto, patrones de sueño variables. Ello provoca más altos niveles de sobrecarga que los problemas en la capacidad funcional de las personas dependientes. Esta problemática es una de las razones más comunes para la referencia psiquiátrica de las personas cuidadoras. Pero igualmente hay otros dos estresores primarios de gran importancia en la sobrecarga de las personas cuidadoras. Uno se da cuando el tipo de cuidados se proporciona de manera extensiva durante la noche, como la incontinencia, “que son especialmente molestas para los cuidadores y por ello pueden originar altos niveles de malestar emocional y fatiga entre

los proveedores del cuidado”. También son fuente de fuertes estresores el cuidado de pacientes con cáncer o en etapa terminal de alguna enfermedad. P. 74. La “imprevisión de los problemas conductuales” es “más estresante que las características más previsibles y las demandas más regulares de la enfermedad...” (Carretero *et. al.*, pp. 73-75).

Otros estresores, denominados secundarios (o, mejor dicho, derivados), son asimismo de gran importancia. Representan repercusiones indirectas, lo que no quiere decir menos importantes, de la provisión de cuidados. Entre los principales podemos mencionar (*ibid.*, pp.76-80):

- Abandono total del mundo laboral o bien una reducción de horas de trabajo
- A la inversa, incrementar su participación en el mercado de trabajo para obtener ingresos suficientes que puedan compensar los gastos ocasionados.
- Gastos adicionales: para adquisición de medicamentos y de ayudas técnicas (silla de ruedas, rampas, etc.), consultas médicas, comida o ropa especial, transporte y adaptaciones de la vivienda.
- Afectación a la realización de ocio y las relaciones sociales.
- Conflictos familiares por las formas de proveer el cuidado, la distribución de las tareas y otras decisiones importantes relacionadas con la provisión del cuidado.

Estos estresores también constituyen, junto con las horas de cuidado, los predictores del mantenimiento o deterioro de la salud física y/o mental de la persona cuidadora. De hecho, Carretero *et. al.* realizan una extensísima revisión de la discusión en la literatura sobre las problemáticas de las personas cuidadoras y de las políticas implementadas o potenciales para atender la sobrecarga (sobre todo en lo que concierne a las consecuencias psicológicas) de estas personas (pp. 52-118). De modo muy sucinto podemos mencionar (pp. 63-67):

- En cuanto a la salud física: síntomas psicósomáticos; mayor riesgo de hipertensión arterial y de enfermedades del corazón; trastornos inmunológicos; mayor probabilidad de fumar y de consumir una cantidad superior de grasas saturadas; hábitos de sueño y descanso inadecuados; retraso en buscar ayuda médica; dificultades para la realización de las propias actividades normales en relación con la edad.
- En cuanto a salud mental: trastornos depresivos, ansiedad, ira y hostilidad. Se constata un mayor riesgo de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión cuanto más grave es el grado de dependencia física y de deterioro mental de la persona cuidada. Estos síntomas se presentan con más frecuencia en mujeres.

En cuanto a las problemáticas de la persona cuidada, debida a las repercusiones de la sobrecarga sobre la salud mental y física de la persona proveedora de cuidados, podemos mencionar de modo igualmente sintético:

- Malos tratos a la persona dependiente
- Afectación a la condición física y/o mental de la persona cuidada
- Remisión prematura a institución de cuidados

Esta última posibilidad no termina con la problemática en la medida en que las “familias siguen implicadas en el cuidado tras el ingreso, dado que visitan a sus familiares en forma regular y siguen proporcionando algunos cuidados, por lo que funcional y emocionalmente siguen siendo cuidadores. Aunque disminuye el número de estresores directamente relacionados con las rutinas del cuidado, surgen nuevos estresores relacionados con las presiones financieras del coste del pago de la institución, las visitas, la delegación del cuidado y la relación con el personal de la residencia” (*ibid.*, p. 68).

Hasta este punto se ha presentado la delimitación del campo de acción del cuidado para un grupo de personas: las que por diversos motivos (enfermedad, edad, accidente) e independientemente de su edad *han perdido* una parte o el total de su autonomía para realizar las actividades de su vida diaria y que por ello dependen de otras personas para suplir esa falta de autonomía (dependencia) para realizar dichas actividades. Llamaremos a estas personas ***dependientes por discapacidad***.

Pero también existe otro gran grupo en el que se aplica la misma concepción del cuidado, sólo que por otro motivo. Se trata la población menor de edad. En este caso la necesidad y tipo de cuidados están en función de la *edad*, igualmente por una falta de autonomía, pero porque aún no han desarrollado sus capacidades para desenvolverse de modo independiente en las actividades cotidianas. En el caso de los infantes más pequeños incluso los cuidados son una condición de sobrevivencia. A veces se les refiere como población de tal o cual grupo de edad sana o sin discapacidad, pero lo importante es que su condición de dependencia depende sólo del grupo de edad al que pertenece. Llamaremos a este grupo ***dependientes por edad***.

También cambia la naturaleza misma de los cuidados. Se trata de una relación propia del ámbito familiar que en sí misma no debería ser un problema o carga. La problemática que se genera aquí no es tanto por la naturaleza de los cuidados, sino por el contexto socio-familiar que puede hacer de esos cuidados un problema que pueda requerir una intervención pública. En particular por las presiones y limitantes que se generan por actividades o circunstancias que entran en competencia con el tiempo de cuidado. De diferentes maneras pueden actuar en este sentido la jornada laboral, otras actividades necesarias (como el trabajo doméstico, el arreglo de asuntos varios, etc.) o la excesiva concentración del cuidado en una sola persona (mayoritariamente mujeres), lo que a su vez tiene otros tantos determinantes.

Posiblemente el hecho de que este tipo de cuidados no hayan sido objeto de una atención conceptual especial, como la de las personas dependientes por discapacidad, es porque su definición es más directa. Los cuidados necesarios variarían sólo en función de la edad. Y es necesario delimitar los cuidados requeridos por esa condición de dependencia propia de los menores de edad y diferenciarla de otras intervenciones, como por ejemplo la manutención económica (que también se origina en otro tipo de “dependencia” y que no se suple con cuidados sino a través del trabajo remunerado del padre y/o la madre) o la ayuda educativa en casa a

estudiantes de más edad del hogar (que se puede sustituir por la asesoría particular de un educador, no de un cuidador).

### 1.1.3. Actores implicados en los requerimientos y la provisión de cuidado

La existencia misma de una actividad de cuidados ocurre porque previamente existe una *necesidad* del mismo. Metodológicamente hablando se requiere primeramente definir de modo específico la necesidad a la cual satisface el cuidado y posteriormente analizar cómo se requiere proveer y cómo se provee. En este sentido, se necesita una caracterización lo mejor y más detalladamente posible de los **requerimientos** de cuidados y a partir de esto la caracterización de la **provisión** de cuidados.

Una forma primaria de aproximarse a la caracterización de los requerimientos es a través de la definición de los grupos poblacionales que los requieren. Un consenso a nivel nacional es expuesto por un documento del Instituto Nacional de las Mujeres y ONU-Mujeres (2018, p. 16), que, en su intención de sistematizar la Estrategia Nacional de Cuidados, identifican cuatro grupos como población objetivo:

- a) infantes (entre 0 y 6 años);
- b) infantes y adolescentes (entre 7 y 15 años);
- c) personas con discapacidad temporal o permanente; y
- d) personas adultas mayores (de 65 años en adelante).

Sobre este esquema conviene hacer algunas precisiones. En lo que corresponde a las personas dependientes por edad existe una uniformidad normativa (incluso una específica para la Ciudad de México, como se verá más adelante) que establece grupos específicos de atención institucional:

- Lactantes: de 45 días de nacidos a 18 meses de edad.
- Maternal: de 1 año seis meses a dos años 11 meses.
- Edad de preescolar: de 3 a 5 años 11 meses de edad
- Población 6-14

Para efectos prácticos, los primeros dos grupos pueden fusionarse en un grupo de hasta tres años cumplidos. Ese intervalo es atendido por los llamados Centros de Desarrollo Infantil (CENDI) y sistemas similares, como guarderías, estancias infantiles, reunidos todos bajo la denominación oficial, en la Ciudad de México, de Centros de Atención y Cuidado Infantil (CACI). Aunque algunos de estos sistemas de cuidado incluyen a uno o dos de estos grupos junto preescolar, la mayor parte del grupo de tres a cinco años cumplidos es atendido por la educación preescolar general, lo que denota un claro corte en la separación del grupo 0-2 respecto al grupo 3-5.

Por su parte el grupo 6-14 puede subdividirse en 6-11 y 12-14, grupos normativos de los niveles educativos de primaria y secundaria respectivamente. La educación de esos niveles en su sistema

general cubre una parte del tiempo de cuidado requerido, concretamente el de la jornada laboral, aun cuando su objetivo se centra en la educación. Sólo las escuelas de tiempo completo y jornada ampliada cubren un tiempo significativo del cuidado.<sup>2</sup>

En cuanto a los mencionados grupos de personas con discapacidad y personas adultas mayores (c y d), como se señaló más arriba en el apartado sobre la conceptualización del cuidado, la edad y la discapacidad no se traducen de por sí y necesariamente en una condición de dependencia. Conforme aumenta el grado de discapacidad o la edad avanzada se incrementan las *probabilidades* de caer en un estado de dependencia. Pero lo que debe considerarse para una *política pública de cuidados* es la *condición efectiva de dependencia*, que es lo que *genera el requerimiento del cuidado*. En todo caso, la población con discapacidad, *independientemente del origen de la discapacidad* (de nacimiento, por accidente, enfermedad o edad avanzada), representaría la *población potencial* de requerimiento de cuidados por discapacidad, es decir, sólo a su interior habría casos de personas que podrían requerir cuidados por esa condición. Pero sólo una parte requeriría efectivamente de cuidados, y en ese caso estarían considerados como *población objetivo* en una *política* de cuidados. Por supuesto, *programas específicos* de cuidados requerirían la definición de poblaciones objetivo específicas, más acotadas. Sin embargo, aunque el centro de atención es la población que requiere cuidados, que representa sólo una fracción de la población con discapacidad, resulta pertinente considerar la población potencial para algunos efectos. En particular, para este grupo de atención se puede geolocalizar la población potencial, pero no la población objetivo.

Como se señaló anteriormente, la dependencia por discapacidad no circunscribe la causa de la dependencia a un origen específico (puede ser debida a enfermedades, discapacidad de nacimiento o adquirida por accidente o consecuencia de deterioro acumulado por edad avanzada) y por tanto tampoco se circunscribe a un grupo de edad, y por ello *incluye a población de mayor edad*. Las principales distinciones al interior de este gran grupo sería el tipo de necesidades de cuidado y la intensidad del mismo, así como la edad.

Respecto de las personas mayores, no representan un grupo definido de cuidados. El grupo de dependientes por discapacidad *ya incluye* a las personas mayores que han desarrollado dependencia *por edad avanzada*. Entonces habría que preguntarse por el lugar en la política de cuidados de las personas mayores *no dependientes* para las actividades de su vida diaria, que incluyen las que se desempeñan por sí mismas, e incluso son cuidadoras, por no hablar de las que trabajan.

Esta indefinición se refleja en las diversas clasificaciones de los grupos de atención de cuidados. Un reciente estudio sobre sistemas de cuidado en Latinoamérica (CELIG, 2023) nos proporciona unos ejemplos de esta diferencia en el tratamiento los grupos de atención, particularmente del de las personas mayores (ver [cuadro 1.1](#)).

---

<sup>2</sup> Todo esto se explica con detalle en el capítulo cuarto.

CUADRO 1.1: ALGUNAS PROPUESTAS DE GRUPOS DE ATENCIÓN DE PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS

CELIG (pp. 9, 44)	Sistema de cuidados Uruguay (p. 30)	CELIG (considerando otros sistemas; p. 53)
Primera infancia	Niñas y niños de hasta doce años	Niñas, niños y adolescentes, con prioridad hasta la edad de 5 años
Personas con discapacidad que sean dependientes	Personas con discapacidad que carecen de autonomía para desarrollar actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas con discapacidad</li> <li>• Personas (de cualquier edad) en situación de dependencia leve, moderada o severa</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas adultas mayores que sean dependientes</li> <li>• Otras que se identifiquen</li> </ul>	Personas mayores de sesenta y cinco años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria	Personas de 60 años o más

Fuente: elaboración propia a partir de CELIG, 2023

Además de las diferencias en el corte de edad de todos los grupos, vemos diferentes casos de indefiniciones del grupo de personas mayores. Se habla por ejemplo de personas adultas mayores dependientes, en cuyo caso se duplican con las personas con discapacidad dependientes; o de personas de 60 años y más que implícitamente no son dependientes, por lo que queda en duda si requieren cuidados.

Una clarificación consistiría en postular que personas de 65 años y más que no tengan discapacidad que les impida desarrollar sus actividades cotidianas de manera autónoma (a veces referidos en las encuestas como personas mayores sanas) pudieran requerir sin embargo algunos cuidados (por ejemplo, vigilancia). En todo caso, se trataría de un subconjunto de las personas mayores y no de todo el grupo de edad (no olvidemos que muchas personas mayores incluso están incorporadas a la fuerza laboral). Se harán algunas consideraciones respecto de este grupo.

En cuanto a la *provisión* del cuidado, se mencionan cuatro medios principales en la literatura para articular la necesidad de proveer cuidados: el sector público, el sector privado, la sociedad civil organizada y los hogares (Instituto Nacional de las Mujeres y ONU-Mujeres, 2018). Conforme a lo desarrollado en la parte conceptual esta clasificación podría reorganizarse de la siguiente manera:

- Cuidado institucional
  - Público
  - Privado
- Personas que proporcionan cuidados de manera remunerada e independiente
- Cuidado para integrantes del hogar por integrantes del hogar (realizado casi siempre de manera gratuita)
- Cuidado a integrantes del hogar por integrantes de otros hogares o comunitario (gratuito o no)

## 1.2. Antecedentes y experiencias internacionales sobre sistemas de cuidados

En este apartado se revisan brevemente las experiencias de tres gobiernos que ya han implementado algún Sistema de Cuidados o que reportan algún avance trascendente en este tipo de política. Analizaremos el caso de Uruguay y de Costa Rica que, a escala nacional, tienen experiencias importantes. Debe tenerse en cuenta, sin embargo, que las realidades nacionales en materia de cuidados no son extrapolables a la escala subnacional, por razones presupuestarias, institucionales o normativas. De tal suerte, se revisa también el caso del distrito de Bogotá, pues, en su calidad de capital y de entidad federativa, encuentra mayores paralelismos con la Ciudad de México.

Esta sección se desarrollará a partir de la revisión de documentos de planeación, instrumentos normativos y demás testimonios públicos que contienen información importante. En los tres ejemplos examinaremos particularmente los siguientes aspectos: a) conceptualización de los cuidados, b) actores implicados y c) proceso de instrumentación, en términos de estrategias y herramientas.

### Plan Nacional de Cuidados de Uruguay

El Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay (2021, pp. 5-6) conceptualiza al cuidado como “todas las acciones que las personas en situación de dependencia deben recibir para garantizar su derecho a la atención de [...] las actividades de la vida diaria”. Es importante notar que, bajo su perspectiva, el cuidado es una responsabilidad compartida, en la que intervienen cuatro tipos de actores que recuerdan al diamante del cuidado: a) las familias; b) el Estado (instituciones públicas); c) el mercado (instituciones privadas y empresas); y d) comunidades (por ejemplo, la sociedad civil organizada). La función principal del Sistema Nacional Integrado de Cuidados es conjuntar a estos cuatro ámbitos bajo una estructura ordenada que persiga objetivos comunes y que logre articular la Política Nacional de Cuidados. En términos institucionales, el Sistema está compuesto por tres órganos más una unidad especializada (ver [cuadro 1.2](#)).

CUADRO 1.2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS DE URUGUAY

Órgano	Características y objetivos
Junta Nacional de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano rector de la política pública de cuidados.</li> <li>• Integrado por las personas titulares de diferentes ministerios), de entre los que destacan: desarrollo social, educación y cultura, trabajo y seguridad social, salud, economía y finanzas, planeación y presupuesto.</li> </ul>
Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano ejecutivo de la Junta Nacional de Cuidados.</li> <li>• Tiene la finalidad de coordinar y articular interinstitucionalmente al Sistema.</li> <li>• Es la encargada de coordinar, articular y dar seguimiento a la Política Nacional de Cuidados</li> <li>• Cuenta con dos áreas que, a su vez, tienen tres divisiones cada una: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dirección de cuidados: infancia, servicios y dependencia</li> <li>○ Dirección de discapacidad: apoyo para la inclusión, regulación y alojamiento.</li> </ul> </li> </ul>

Órgano	Características y objetivos
Comité Consultivo de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrado por representantes de la sociedad civil, academia, entidades privadas que prestan servicios de cuidado y el PIT-CNT (Plenario Intersindical de Trabajadores - Convención Nacional de Trabajadores).</li> <li>Tiene la finalidad de asesorar y aportar a la construcción del Plan Nacional de Cuidados.</li> </ul>
Unidad Especializada de Género	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tiene la finalidad de articular acciones interinstitucionales que produzcan efectos directos en la igualdad de género, además de velar por los intereses de los grupos vulnerados.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Desarrollo Social (2021).

La Política Nacional de Cuidados cuenta con seis componentes, cinco de ellos especializados en algún tema prioritario de la agenda pública del cuidado y uno más que expone los retos y desafíos de esta política. El [cuadro 1.3](#) sintetiza los primeros cinco.

CUADRO 1.3: COMPONENTES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS DE URUGUAY

Componentes	Características y objetivos	
1. Servicios	1.1. Personas en situación de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asignación de servicios: planteamiento para unificar y ordenar la oferta de servicios y su asignación</li> <li>Asistentes personales: programa que regula la contratación de personas para cubrir el cuidado. Se pone énfasis en la protección de las garantías del trabajo y la supervisión de la calidad de los servicios</li> <li>Teleasistencia: servicios de respuesta frente a emergencia, promoción de hábitos saludables, acompañamiento y asesoría a cuidadores</li> <li>Centros de día: se plantea mejorar la calidad, incrementar la cobertura y mejorar el acceso (en términos de transporte)</li> <li>Establecimientos de larga estadía: monitoreo, subsidios a los establecimientos privados y capacitación a personas trabajadoras</li> </ul>
	1.2. Infancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centros de capacitación y cuidado: espacios de cuidados que acordados con sindicatos y empresas para el bienestar de las personas trabajadoras y sus infantes</li> <li>Casas comunitarias territoriales: comunidades promotoras del cuidado que involucra la sociedad, sobre todo en localidades pequeñas y medio rural</li> <li>Becas de inclusión socioeducativa: gestiona la inclusión, en la oferta privada de guarderías, de infantes pertenecientes a familias vulnerables</li> <li>Cuidados y crianza en el hogar: proyectos que promueven las parentalidades compartidas, desde cuestiones informativas hasta apoyos en especie</li> </ul>
2. Formación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procesos de educación, capacitación y certificación.</li> <li>Se atienden dos áreas específicas (en función del público objetivo de los servicios otorgados): infancia y personas en situación de dependencia</li> </ul>	
3. Regulación	3.1. Personas en situación de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medidas para estandarizar centros de larga estadía</li> <li>Evaluación de centros de día</li> <li>Instrumentación de la Ley de Salud Mental</li> <li>Regulación laboral de personas que cuidan</li> <li>Evaluación y monitoreo de la calidad de los servicios</li> <li>Definición de un marco sancionatorio</li> </ul>
	3.2. Infancia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diseñar indicadores para evaluar la calidad</li> <li>Impulsar licencias parentales</li> <li>Promover espacios de cuidado extra-horario escolar</li> </ul>
4. Gestión de la información y el conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Portal de cuidados: plataforma unificada y de acceso universal en el que interactúan usuarios y trabajadores del cuidado, así como servicios públicos y privados</li> <li>Registro Nacional de Cuidados: incorpora toda la información del Sistema, además de dar datos sobre proveedores, usuarios, institutos y personas cuidadoras habilitadas</li> </ul>	

Componentes	Características y objetivos
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medición de la dependencia: se desarrolla una encuesta para estimar el volumen y el grado de dependencia de la población</li> <li>Desarrollo de evaluaciones y estudios especializados sobre temas afines</li> </ul>
5. Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campañas para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado y la promoción del desarrollo de la primera infancia</li> <li>Portal de la primera infancia: otorga información sobre servicios de educación y cuidados, tanto públicos como privados</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en Ministerio de Desarrollo Social (2021).

## Política Nacional de Cuidados de Costa Rica

El Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica (2021, p. 34) define el cuidado como una función social que “se funda en relaciones ‘cara a cara’ entre quienes lo reciben y quienes lo proveen de forma remunerada o no remunerada”. A partir de esa disposición, el documento estipula que las “políticas de cuidado deben cubrir tanto a las personas cuidadoras como a quienes requieren esos servicios, a saber: personas en situación de dependencia”. La definición se funda en una relación de cuidados directa y se advierte la necesidad de implementar acciones de protección para las dos partes que participan en ella.

La Política Nacional de Cuidados está sustentada en el “Modelo Base de Atención a la Dependencia”, cuya finalidad es estructurar el Sistema de Cuidados. Se cuenta con cuatro servicios, que priorizan a la población en función de la severidad de su dependencia. La intención inmediata es lograr una cobertura del 100% de las personas con dependencia grave. En el caso de la dependencia moderada, se plantea una ampliación progresiva del sistema a lo largo de 20 años. (Cuadro 1.4)

CUADRO 1.4: PARÁMETROS DEL MODELO BASE DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Parámetro	Definición
Priorización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como criterio, se utiliza el nivel de severidad de la dependencia (con base en la caracterización de las necesidades del cuidado)</li> <li>Se incluye población dependiente grave y moderada, que se calcula alrededor de 65% del total de personas dependientes</li> </ul>
Cobertura	<ul style="list-style-type: none"> <li>La meta inmediata es cubrir a 55% del total de personas dependientes y 88% de personas dependientes graves y moderadas</li> <li>La meta para 2050 es cubrir 60% y 93% respectivamente</li> </ul>
Servicios (prestaciones del modelo)	a. Atención domiciliaria <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidado dirigido a personas con dependencia grave, máximo 80 horas mensuales</li> <li>Cobertura: 80% del total de personas con dependencia grave</li> <li>Costo unitario: 218 USD al mes (aproximadamente 4,500 pesos)</li> </ul>
	b. Teleasistencia <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación profesional a distancia en temas de salud, educación, apoyo y acompañamiento.</li> <li>Cobertura: 100% de personas dependientes graves y 70% de moderadas.</li> <li>Costo unitario: 24 USD al mes (aproximadamente 480 pesos).</li> </ul>
	c. Centros de atención diurna <ul style="list-style-type: none"> <li>Dirigido a personas con dependencia grave y moderada que residen en sus hogares.</li> <li>Cobertura: 10% de las personas que reciben atención domiciliaria y teleasistencia.</li> <li>Costo unitario: 175 USD al mes (aproximadamente 3,500 pesos).</li> </ul>

Parámetro	Definición	
	d. Centros residenciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirigido a cubrir los gastos de todas las personas que residen en instituciones públicas o privadas de este tipo. Complementa la atención de los casos más severos que residen en hogares y que no son atendidos por la atención domiciliaria (entre ambas suman 100%).</li> <li>• Cobertura: 20% del total de personas con dependencia grave (aquellas que no son atendidas por la atención domiciliaria)</li> <li>• Costo unitario: 939 USD al mes (aproximadamente 19 mil pesos).</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica (2021, pp. 115-119).

Por otro lado, para las personas encargadas del cuidado, se cuenta básicamente con tres instrumentos: a) aseguramiento no contributivo de las personas cuidadoras; b) licencias laborales para llevar a cabo cuidados y c) programa de educación y capacitación (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2021a).

Según la experiencia de Costa Rica, el proceso de construcción de la Política Nacional de Cuidados tardó poco más de tres años. Su ejemplo puede dar elementos sobre lo que implica la construcción de un sistema de cuidados (ver [cuadro 1.5](#)).

CUADRO 1.5: PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LA POLÍTICA NACIONAL DE CUIDADOS DE COSTA RICA

No.	Fase	Objetivo
1	Bases para la articulación de la política	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analizar las bases legales</li> <li>• Sistematizar la oferta programática vigente</li> <li>• Desarrollar análisis tipo FODA de la oferta</li> </ul>
2	Círculos de diálogo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar, a partir de las personas implicadas, las prioridades y características de las necesidades del cuidado</li> </ul>
3	Análisis de costos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explorar la cuantía total de los recursos que se requieren</li> <li>• Realizar proyecciones presupuestarias con diferentes escenarios</li> </ul>
4	Caracterización de las necesidades de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimar la demanda real de los servicios</li> <li>• Desarrollar y aplicar instrumentos de análisis cualitativo y cuantitativo (encuesta y entrevistas a profundidad)</li> </ul>
5	Análisis de impacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimar, en términos monetarios, el ahorro por la implementación de la política (aproximadamente dos mil millones de pesos mexicanos por año)</li> </ul>
6	Construcción de política y plan de acción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificación y asignación de las tareas que se desarrollarán.</li> <li>• Adoptar compromisos.</li> <li>• Plantear la política pública y el plan de acción</li> </ul>
7	Acuerdo de diálogo multisectorial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear canales de diálogo entre sectores e instituciones para impulsar la política de cuidados</li> </ul>
8	Consulta pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender los comentarios de la población</li> </ul>

Fuente: elaboración propia con base en Instituto Mixto de Ayuda Social de Costa Rica (2021, pp. 50-53).

## Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá

El caso de Bogotá está mucho más próximo al de la Ciudad de México por su calidad de gobierno subnacional, además de ser también la capital del país. Esta escala de gobierno hace que el caso colombiano sea diferente a los dos anteriores, que corresponden al país entero: tanto las líneas de acción como la conformación del sistema difieren en algunos puntos. Hay dos claves para entenderlo. En primer lugar, este Sistema considera a los cuidados de tipo directo e indirecto, por lo que adquiere un espectro más amplio de ámbitos a atender. En segundo lugar, está

fundamentado en el modelo de las “3 R” de Diane Elson, de modo que se busca reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados (Moreno, 2021). Estas dos cualidades definen el esquema y la naturaleza del Sistema, que está ciertamente cargado hacia la emancipación, autonomía y bienestar de las personas que realizan acciones de cuidado. El [cuadro 1.6](#) muestra, de modo esquemático, las cuatro formas de operación del Sistema.

CUADRO 1.6: FORMAS DE OPERACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO DE BOGOTÁ

No.	Componente	Características
1	Manzanas del Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Espacios que concentran servicios para: a) las personas cuidadoras, b) población que requiere cuidados y c) familias de las personas cuidadoras.</li> <li>• Si bien cada demarcación territorial tiene una oferta distinta, de entre los servicios se encuentran talleres culturales, activaciones físicas, acciones de atención a la salud, estrategias de formación, entrega de comida y capacitación.</li> </ul>
2	Buses del cuidado (unidades móviles)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Versión móvil de las Manzanas del Cuidado, por medio de vehículos equipados para llevar servicios a zonas rurales y urbanas alejadas de Bogotá.</li> <li>• En estos vehículos “las cuidadoras pueden estudiar, descansar, ejercitarse y divertirse, mientras, las niñas y los niños, las personas mayores y las personas con discapacidad que tienen bajo su cuidado, disfrutan servicios que promueven su autonomía y desarrollan sus capacidades” (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).</li> </ul>
3	Cuidado a casa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cuidado en casa para personas que requieren altos niveles de apoyo, condicionado a que su cuidadora acceda a servicios de formación y respiro.</li> <li>• El objetivo es reducir el tiempo de trabajo de cuidado no remunerado dentro de los hogares, para que las personas cuidadoras accedan a servicios que generen oportunidades para su autonomía y desarrollo personal.</li> </ul>
4	Otras Unidades Operativas del Cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas tradicionales de operación del Sistema: jardines, centros día, centros de pernocta, entre otros.</li> </ul>

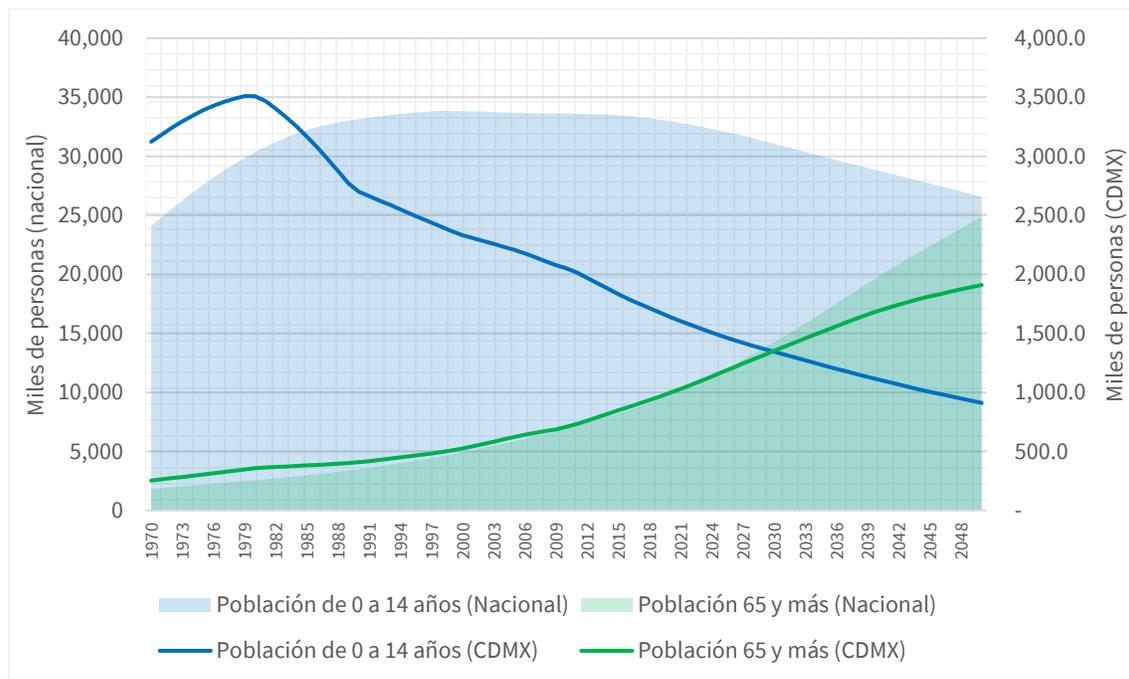
Fuente: elaboración propia a partir de Moreno (2021) y Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (2022).

En cuanto a su institucionalización, el Sistema Distrital del Cuidado cuenta con una Comisión Intersectorial, integrada por la persona titular de la Alcaldía Mayor (la institución análoga a la Jefatura de Gobierno en Ciudad de México) y por quienes asumen la titularidad de otras 13 secretarías (Secretaría Jurídica Distrital, 2020a). Este órgano cuenta con una presidencia y una secretaria técnica. Por otro lado, también tiene una Unidad Técnica de Apoyo que ayuda a la Comisión a conseguir sus objetivos. La organización institucional es muy parecida a aquella que se estudió en las propuestas de iniciativa de Ley en la Ciudad de México.

### 1.3. Tendencias demográficas de la capital mexicana

Al igual que muchas de las grandes ciudades de América Latina, la Ciudad de México se encuentra en un proceso de transición demográfica (ver [gráfica 1.1](#)). En números absolutos, la población menor de 15 años se habrá contraído 3.4 veces en un periodo de ocho décadas, en tanto que la población adulta mayor se habrá expandido 7.5 veces. Si esta transición se estudia en términos de proporciones, se evidencia que, en 1970, al menos 4 de cada 10 personas tenían menos de 15 años (43.5%); sin embargo, para 2050, esta proporción se habrá reducido a casi una de cada 10 (11.8%). En contraposición, las personas adultas mayores sólo abarcaban 3.5% del total de la población en 1970, pero, para 2050, una de cada cuatro personas pertenecerá a este grupo (24.8%).

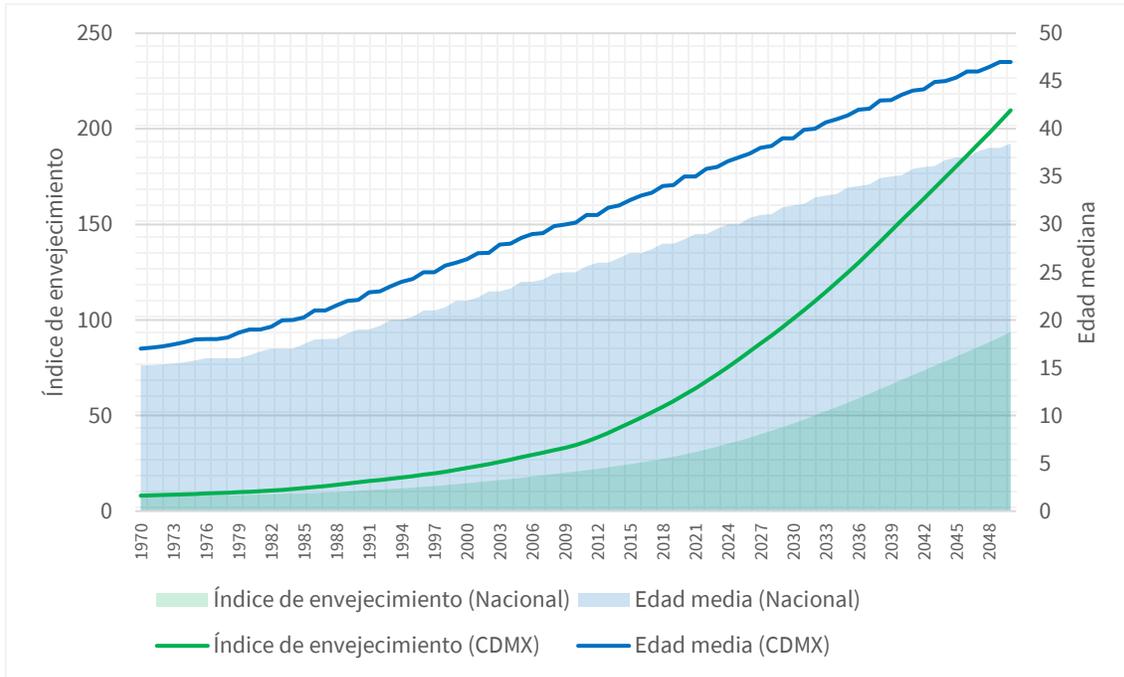
GRÁFICA 1.1: PROYECCIÓN DE POBLACIÓN INFANTIL Y ADULTA MAYOR (NACIONAL Y CIUDAD DE MÉXICO, 1970-2050)



Fuente: elaboración propia a partir de Consejo Nacional de Población (2018).

Aunque todo el país pasa por una etapa de envejecimiento demográfico, la velocidad de la Ciudad de México es naturalmente más alta (ver [gráfica 1.2](#)). Por ejemplo, el índice de envejecimiento, que indica la relación entre población mayor de 65 años y menor de 15, muestra un crecimiento exponencial en la capital mexicana: para 2050, se estima que su valor alcance casi 210, es decir, que la población adulta mayor rebase por más del doble a la cantidad de infantes y adolescentes menores de 15 años. La Organización Panamericana de la Salud (s.f.) considera a una población envejecida cuando ese valor rebasa 100. Según las estimaciones, ese estado se alcanzará en 2030 en la Ciudad de México y cada vez será más grande.

GRÁFICA 1.2: PROYECCIONES DEL ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO Y LA EDAD MEDIANA (NACIONAL Y CIUDAD DE MÉXICO, 1970-2050)

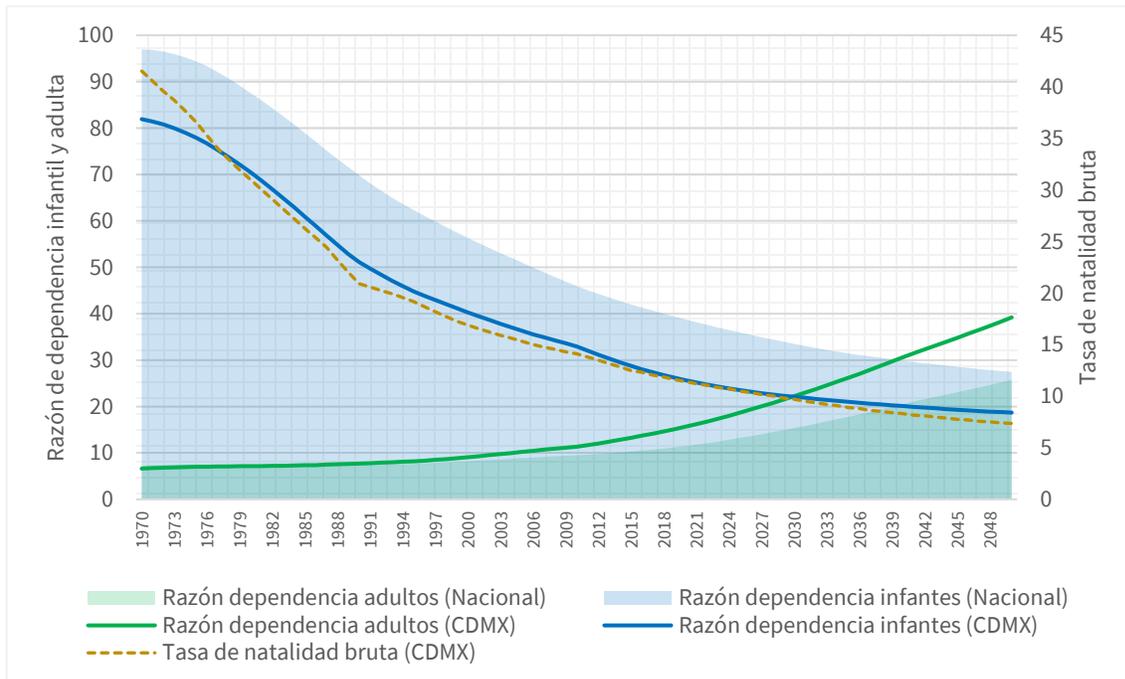


Fuente: elaboración propia a partir de Consejo Nacional de Población (2018).

La edad mediana también tiende a aumentar con mayor velocidad en la capital mexicana que en el ámbito nacional. Se nota una progresión constante, con aumentos en promedio de 3.8 años cada década desde 1970. Para 2030, se estima que la mitad de la población será mayor de 39 años en la Ciudad de México, y para 2050, la mitad de los habitantes habrán rebasado los 47 años. Esta condición se explica por un descenso en la tasa natalidad y un aumento simultáneo en la esperanza de vida, cuestión que apunta a la necesidad de preparar un sistema sólido de cuidados, pues el cuidado desde el ámbito familiar será cada vez más escaso, aumentando consecuentemente la demanda de asilos, casas de día y, en general, un sistema sólido de monitoreo y atención de enfermedades asociadas al envejecimiento.

Por otra parte, la [gráfica 1.3](#) muestra la razón de dependencia tanto adulta como infantil; es decir, la relación que hay entre el número de personas mayores de 65 años y de menores de 15 respecto a la población en edad económicamente productiva (de 15 a 64). En 1970, a cada persona en edad productiva le correspondían alrededor de siete personas mayores; sin embargo, para 2050, se calcula que esta relación aumente a prácticamente uno por cada 40.

GRÁFICA 1.3: PROYECCIÓN EN LA RAZÓN DE DEPENDENCIA ADULTA E INFANTIL Y DE LA TASA DE NATALIDAD BRUTA (NACIONAL Y CIUDAD DE MÉXICO, 1970 Y 2050)



Fuente: elaboración propia a partir de Consejo Nacional de Población (2018).

Esto tiene implicaciones importantes en el sostenimiento de los sistemas de seguridad social, pues a una base muy pequeña de población en edad productiva le corresponderá sostener a un conjunto cada vez más grande de población mayor dependiente. La caída en la relación de dependencia infantil, sin embargo, tiene cierto efecto compensatorio en este cambio demográfico; de hecho, este índice habrá caído de manera mucho más abrupta que el incremento del de la población mayor, al pasar de 81 en 1970 a casi 17 para 2050. Entre otras variables, el comportamiento de ambas razones de dependencia se atribuye a una caída en la tasa de natalidad bruta de la capital mexicana: en sólo 80 años, habrá caído de 41.5 nacimientos anuales por cada mil personas a únicamente 7.4, es decir, una contracción de casi seis veces.

La información anterior señala algunos puntos importantes para tener en cuenta en el planteamiento de política pública de cuidados.

- El envejecimiento de la población previsible en los próximos años hará que aumente la proporción de personas que requerirán cuidados. Esto significa que al déficit actual de atención institucional habrá que añadir una mayor presión en el futuro para la atención de más personas en condición de dependencia conforme aumente su edad.
- A pesar de la reducción tendencial de la población de menor edad y de los cuidados que proporcionalmente se requerirán, la caída en la tasa de natalidad se traduce en la conformación de hogares más pequeños, muchas veces sin descendencia. En vista de que la

mayor parte de las labores de cuidado se realizan al interior del hogar y por personas que forman parte de él, se generará a mediano y largo plazo una mayor presión para la provisión de cuidados, tanto de menores de edad como de personas con alguna discapacidad que requiera ayuda.

- Es de prever que cada vez habrá una mayor tendencia a la participación de los dos progenitores en el mercado laboral. Por ello, será cada vez más difícil que sólo una persona del hogar aporte los recursos económicos necesarios, cediendo el cuidado del hogar e infantes a la pareja, generalmente las mujeres. Esto generará una presión, adicional a las anteriores, para encontrar soluciones institucionales que apoyen el cuidado de los integrantes del hogar.
- Dado que la población en edad productiva tiende a reducirse en comparación con otros grupos etarios, esto añadirá nuevas presiones, vía disponibilidad financiera y presupuestal, por parte de la autoridad para la atención del derecho al cuidado, tanto para para provisión de cuidado institucional como para acciones de apoyo al cuidado que se da al interior de los hogares. Es imprescindible buscar nuevas fuentes de recursos (no forzosamente tributarios) que le permitan a la Ciudad de México asegurar las finanzas suficientes para hacer efectivo el sistema de cuidados.

## CAPÍTULO SEGUNDO: METODOLOGÍA APLICADA

La metodología de esta evaluación es mixta, pues combina técnicas cualitativas y cuantitativas. En su realización se aplican tres ejes de trabajo:

- ❖ Análisis estadístico (cuantitativo). Se genera información estadística y análisis sobre el estado de los requerimientos y la provisión de cuidados.
- ❖ Análisis territorial (cuantitativo). Mediante diversas técnicas de análisis cartográfico y estadístico, se representa la oferta y la demanda de cuidados sobre el territorio de la Ciudad de México, con el fin de identificar zonas prioritarias de atención.
- ❖ Valoración de diseño institucional (cualitativo). A partir de criterios como la pertinencia, el grado de planeación o el enfoque de derechos, se analiza el diseño de las instituciones públicas que proporcionan de manera efectiva o potencial servicios de cuidado en la Ciudad de México, valorando su idoneidad para proporcionar el cuidado requerido o bien para su reconversión hacia un servicio de cuidado.

### Análisis estadístico

La estructuración de la información estadística se realiza a partir de los criterios definidos en el subapartado de la conceptualización del fenómeno. De este modo, con base en el concepto de cuidado definido y su definición operativa se toma como punto de partida la separación entre los requerimientos y la provisión de los cuidados.

A partir de lo anterior se pueden identificar los grupos de atención involucrados: los dependientes por edad y los dependientes por discapacidad. Con todo lo anterior se abordan los diversos aspectos involucrados a describir y analizar, como definición de quienes específicamente requieren cuidados de entre los grupos potenciales, la intensidad de los cuidados y su tipo, las distinciones pertinentes por edad y sexo, etcétera. De modo especial, hay una aproximación a la magnitud de las necesidades de cuidado a nivel de la Ciudad de México.

Desde el ángulo de la provisión de cuidados, se partió de la distinción principal entre el cuidado institucional y el que se proporciona de modo “informal” al interior de los hogares para integrantes del hogar, para cada grupo de atención.

Los temas principales del cuidado institucional es la disponibilidad de instituciones que de manera efectiva o potencial proporcionan cuidados, en el sentido específico definido, así como la magnitud de la atención proporcionada.

Entre los principales temas del cuidado no institucional que proporcionan integrantes del hogar a otros integrantes del hogar están la magnitud diferenciada de la carga del cuidado (por tiempo y número de personas), su distribución por sexo, la diferenciación por tipo de cuidado.

El tratamiento estadístico se guía por la conceptualización establecida y la necesidad de clarificar los aspectos mencionados, lo que implicó la necesidad no sólo de realizar tabulaciones específicas que respondieran a las cuestiones planteadas, sino también la aplicación de algunos procedimientos especiales, como la conjunción de bases de datos y algunas estimaciones, a fin de responder a las cuestiones que se derivan de la propuesta conceptual adoptada.

Entre las principales fuentes de información utilizadas para el análisis cuantitativo-territorial se encuentran la siguientes:

- Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)
- Censo de Población y Vivienda 2020, de INEGI
- Índice de Desarrollo Social 2020, del Consejo de Evaluación de la Ciudad de México
- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2023, de INEGI
- Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), de INEGI
- Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2022, de INEGI
- Bases de datos e información sobre servicios de cuidado enviadas por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF CDMX)

## Análisis territorial

Para el análisis territorial se han utilizado técnicas que describen aglomeraciones o *clusters* de determinados fenómenos poblacionales o concentración de servicios.

El mapeo de información estadística estructurada en quintiles, con un nivel territorial de área geoesadística básica (AGEB), se utiliza como un primer acercamiento para explorar si existe cierta aglomeración espacial del fenómeno. Por ejemplo, para verificar la concentración de infantes en la ciudad de una forma no aleatoria, se calculó una medida de asociación o autocorrelación espacial, que se obtiene por medio del índice de Moran.<sup>3</sup> Esta medida se basa en el concepto de contigüidad binaria, es decir, que para señalar que una unidad espacial sea vecina de otra toma el valor de 1, y si no son vecinas toma valor de 0. Para establecer una relación de vecindad se necesita un mapa, en donde cada unidad espacial es contenida en un polígono. Si los polígonos se tocan hay una relación de vecindad; en caso contrario los polígonos no son vecinos. Estas relaciones de vecindad se representan en una matriz de pesos espaciales, que también se conoce como matriz de contigüidad. la matriz es útil para calcular el estadístico del Índice de Moran, que se representa en la siguiente formula:

$$I = \frac{n}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij}} * \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n W_{ij} (x_i - \bar{x})(x_j - \bar{x})}{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{x})^2}$$

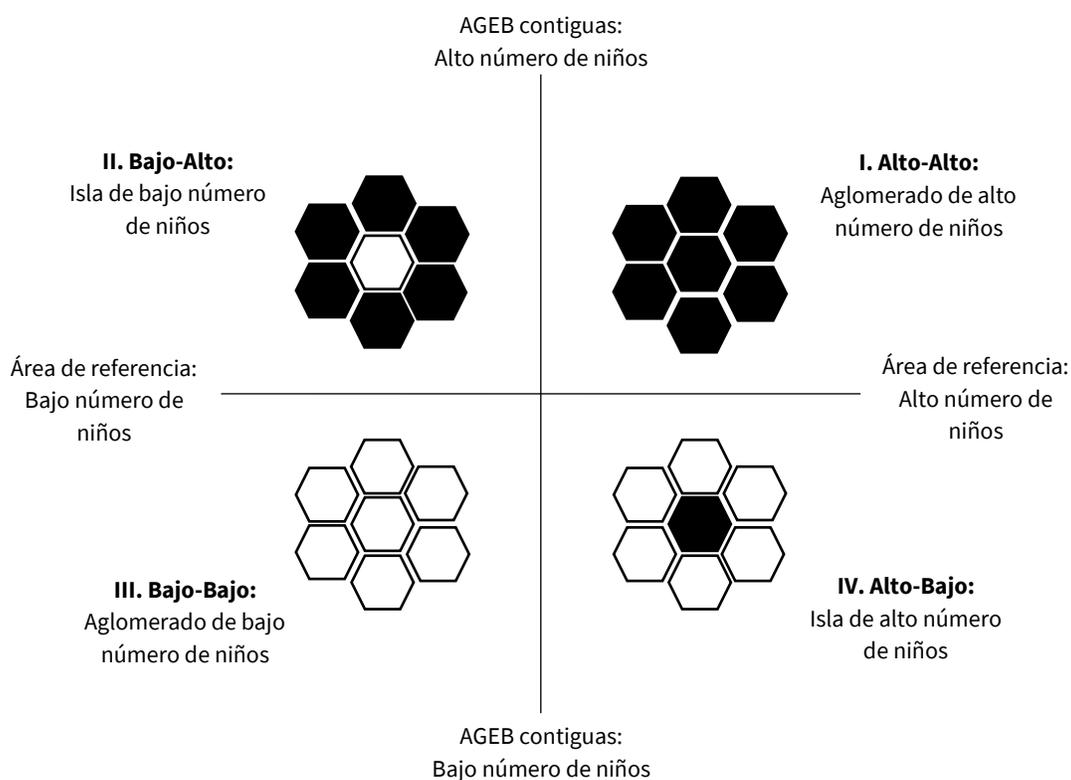
---

<sup>3</sup> El índice, como señala Rodríguez Soto (2023, p. 3), es parte del campo de la econometría espacial, lo usó primeramente Moran en 1948 y se popularizó en los trabajos de Cliff y Ord, 1973.

En la fórmula,  $n$  es el número de unidades espaciales,  $W$  representa la matriz de contigüidad, que también se conoce como matriz de pesos espaciales; la matriz define si las áreas geográficas,  $i$  y  $j$ , son vecinos o no. La fórmula también incluye la desviación de la variable con respecto al promedio, por lo que la fórmula es similar al coeficiente de correlación de Pearson, con la modificación que se incluye la relación espacial de las unidades territoriales.

El grado de asociación o autocorrelación espacial que presenta una observación con relación a la magnitud del fenómeno en sus vecinos toma valores entre  $-1$  y  $1$ ; una asociación positiva, es decir un índice de Moran mayor a  $0$  y menor o igual a  $1$ , significa que valores similares tienden a concentrarse en el espacio, ya sea que estos valores sean altos o bajos; en cambio la asociación negativa, un índice de Moran menor a  $0$  y mayor o igual a  $-1$ , implica que unidades espaciales con características distintas se ubican cercanos unos de otros. El índice de Moran se puede representar por medio de un diagrama de dispersión, con el ejemplo de número de niños por AGEGB, como se muestra en la [figura 3.1](#).

FIGURA 1.1: INTERPRETACIÓN DEL DIAGRAMA DE DISPERSIÓN DE MORAN PARA EL NÚMERO DE NIÑOS POR AGEGB



Fuente: Elaboración propia a partir de Treviño (2016) y Rodríguez-Soto (2023).

En los cuadrantes I y III, Alto-Alto y Bajo-Bajo, se encuentran las aglomeraciones espaciales (*clusters*) donde una AGEGB con alto número de niños se encuentra alrededor de otras AGEGB con alto número de niños; o en caso contrario, una AGEGB con bajo número de niños está rodeada de AGEGB con bajo número de niños. Los cuadrantes II y IV corresponden a las islas o casos atípicos.

En el cuadrante II (Bajo-Alto) una AGEB con bajo número de niños se encuentra en torno de varias AGEB con alto número de niños. En el cuadrante IV (Alto-Bajo) varias AGEB con bajo número de niños rodean a una AGEB con alto número de niños. En síntesis, saber si una determinada concentración territorial sigue un patrón específico o por el contrario es aleatoria.

Para identificar específicamente *clusters* de aglomeración infantil en la Ciudad de México se usó el índice de Moran local, que como señala Anselin (1995, p. 94), es una medida similar al índice de Moran, pero con la característica de que se puede identificar en qué medida el *cluster* se extiende de forma estadísticamente significativa, es decir es un indicador de la magnitud espacial de la aglomeración. Treviño (2016, p. 688) añade que el Índice de Moran Local proporciona la significancia estadística de las observaciones individuales; en otras palabras, permite observar en un mapa aquellas zonas en que la aglomeración de infantes por AGEB es estadísticamente significativa al menos a un pseudo p-value del 0.05. El estadístico se considera pseudo ya que consiste en comprobar que la distribución territorial de la variable de estudio no se da de forma aleatoria. El programa computacional realiza una serie de permutaciones o escenarios para calcular en qué medida la distribución de la variable presenta un *cluster* o simplemente es un comportamiento al azar de la variable; comúnmente la cantidad de permutaciones o escenarios que se usan para comparar el arreglo espacial es de 1,000.

Como insumo de trabajo para el análisis territorial se usaron registros administrativos del sistema DIF-CDMX, directorios de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM) e información del DENU de INEGI. Además, se trabajó en la georreferenciación de los datos del DIF-CDMX y de la AEFCM, ya que sus registros no contaban con esa información. Para ubicar a la población potencial y usuaria de los servicios se usó información por AGEB del Censo de Población y Vivienda 2020.

### Valoración de diseño institucional

El diseño de las instituciones públicas que proporcionan cuidados se valorará, según la documentación disponible, con base en los siguientes criterios:

- Elementos de planeación. Diagnósticos, población objetivo, cobertura, etc.
- Pertinencia. Coherencia entre el modelo de intervención planteado y el problema público que pretende modificar
- Consistencia. Análisis sobre los componentes de la intervención con la finalidad de determinar su adecuación con las metas y los objetivos que se proponen
- Accesibilidad. Si existe discriminación en los requisitos de acceso, gratuidad y adecuada distribución territorial
- Grado potencial de integración. Posibles duplicidades y potencial de complementación y sinergias entre los diversos instrumentos públicos y privados consagrados al cuidado

Para el análisis del diseño se cuenta con los instrumentos normativos, operativos y de planeación por los que se rigen dichas intervenciones (como reglas de operación, manuales, protocolos o

reglamentos internos, según sea el caso); y también se consideran fuentes adicionales como informes de gestión, programas anuales de trabajo, padrones de personas beneficiarias, etc. Parte de la información se obtuvo mediante solicitudes de información a los entes y dependencias que se encuentran a cargo de los instrumentos.

Con base en esta documentación se realiza la valoración de la idoneidad de las instituciones analizadas para la provisión de servicios de cuidado o para su potencial reconversión a un servicio de cuidado, con lo que se establece una base para definir su eventual integración en un *sistema* de cuidados para la Ciudad de México.

# CAPÍTULO TERCERO: DIAGNÓSTICO SOBRE REQUERIMIENTOS DE CUIDADOS Y PROVISIÓN DE CUIDADOS EN LOS HOGARES POR INTEGRANTES DEL HOGAR EN LA CIUDAD DE MÉXICO

## 2.1. Características generales

A pesar del avance en la provisión de cuidados por parte de instituciones públicas en las últimas décadas en la Ciudad de México, tanto de instituciones federales como del Gobierno de la Ciudad, el cuidado tanto a dependientes por edad como a dependientes por discapacidad se da principalmente en los hogares por parte de integrantes del mismo. En este capítulo se tratará de dar un diagnóstico de los requerimientos de cuidado en ambos grupos de dependientes y la provisión de cuidados por parte de los hogares. Asimismo, se hará una valoración de los aspectos socioeconómicos del cuidado al interior de los hogares, incluyendo la contribución económica de integrantes del hogar en la provisión del cuidado, efectuado principalmente por mujeres.

Una vez delimitados conceptualmente los grupos que integran a los dependientes por edad y por discapacidad, pasemos a su delimitación cuantitativa. De manera general, veamos primeramente cuál es la población potencial susceptible de cuidados. En el [cuadro 2.1](#) se presenta la población de la Ciudad de México por grandes grupos de edad y según el grado de discapacidad general que presenta.

CUADRO 2.1: POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO POR GRADOS DE DISCAPACIDAD Y GRUPOS DE EDAD Y PORCENTAJES RESPECTO DEL GRUPO DE EDAD PARA 2022

Grado de dificultad para realizar actividades*	Grupos de edad				
	De 0 a 5	De 6 a 14	De 15 a 64	De 65 y más	Total
No tiene problemas	426,227	999,088	5,733,757	552,401	7,711,473
Poca dificultad	7,300	32,893	519,982	389,326	949,501
Mucha dificultad	1,136	25,829	223,572	266,485	517,022
No puede hacerlas	2,521	6,096	57,707	60,189	126,513
Total	437,184	1,063,906	6,535,018	1,268,401	9,304,509
No tiene problemas	97.5%	93.9%	87.7%	43.6%	82.9%
Poca dificultad	1.7%	3.1%	8.0%	30.7%	10.2%
Mucha dificultad	0.3%	2.4%	3.4%	21.0%	5.6%
No puede hacerlas	0.6%	0.6%	0.9%	4.7%	1.4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENIGH, 2022

\* Las actividades que la ENIGH considera son caminar, ver, usar brazos, aprender, escuchar, vestirse, hablar y no poder realizar actividades diarias por algún problema mental o emocional.

Se han marcado con colores los grupos de edad según grado de discapacidad indicando el grado de necesidad de cuidado: rojo, muy alta; anaranjado, alta; amarillo, baja; azul, no tiene.

La población dependiente por discapacidad estaría *potencialmente* representada por quienes tienen mucha dificultad o no pueden hacer sus actividades cotidianas, de cualquier edad. Por su parte, la población dependiente por edad estaría representada por la población menor de 15 años que no presenta discapacidad o tiene poca dificultades para realizar sus actividades cotidianas. Quedarían fuera las personas de 15 años y más que no presentan discapacidad o sólo tienen poca dificultad. El [cuadro 2.2](#) muestra la integración de la demanda potencial.

CUADRO 2.2: POBLACIÓN POTENCIAL CON NECESIDADES DE CUIDADOS Y PORCENTAJES RESPECTO DE LA POBLACIÓN TOTAL EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 2022

Población	Número	Porcentaje	Necesidad de cuidados
Niños de 0-5 años*	434,663	4.6	Muy alta
Niños de 6-14 años*	1,057,810	10.7	Alta
Población que hace alguna actividad con poca dificultad**	909,308	10.2	Baja
Población que hace alguna actividad con mucha dificultad***	490,057	5.6	Alta
Población no puede hacer alguna actividad****	126,513	1.4	Muy alta
<b>Total población que necesita cuidados</b>	<b>3,018,351</b>	<b>32.4</b>	N/A
Total población	9,304,509	100	

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENIGH, 2022

Notas: Las actividades que la ENIGH considera son caminar, ver, usar brazos, aprender, escuchar, vestirse, hablar y no poder realizar actividades diarias por algún problema mental o emocional.

\* Incluye a niñas y niños sin problemas, con poca dificultad y mucha dificultad

\*\*Incluye a población con poca dificultad de 15 años y más

\*\*\*Población con mucha dificultad de 15 años y más

\*\*\*\* Incluye a población de todas las edades

La delimitación de la población potencial, aunque no nos dice directamente cuál es la población que requiere efectivamente cuidados (en particular la dependiente por discapacidad), es de gran utilidad, pues nos permite hacer algunos análisis y cruces de información que no podrían hacerse con la población que efectivamente requiere cuidados (por limitaciones de la estadística), por ejemplo, la ubicación territorial o la vinculación con la pobreza.

Para una visión general sobre la provisión de cuidados en los hogares por integrantes del mismo a los dos grandes grupos de dependientes, se presentan a continuación las principales cifras totales relativas a esa provisión.

La principal fuente de información respecto de la provisión de cuidados en los hogares —personas cuidadoras y tiempos de cuidado— es la ENUT, la más reciente de las cuales es la del 2019. Para su uso hay que empezar por hacer algunas aclaraciones metodológicas.

La ENUT registra horas de cuidado para diferentes categorías de personas a las que se les proporciona. Para efectos de la cuantificación según los tipos de poblaciones que hemos delimitado, la ENUT considera un grupo de cuidados para la población de cero a cinco años (sin discapacidad, sana o “no dependiente”), otro para la población de cero a 14 años (sin discapacidad, sana o “no dependiente”) y otro para “personas dependientes por discapacidad, enfermedad crónica o temporal”. En los dos últimos grupos considera una categoría de cuidar o estar al pendiente “mientras se hacía otra cosa”. Esta categoría de cuidado, a veces referida como “cuidado pasivo” presenta algunos problemas de interpretación para la integración de las cifras relativas al cuidado. Los tiempos reportados en ese tipo de cuidados son sistemáticamente mucho más altos que los de cualquier otro tipo de cuidado individual, lo que introduce variaciones en los resultados de la sistematización de la información y su interpretación. Así como puede referirse a una atención o vigilancia que interfiera en algunos casos con la posibilidad de hacer otras actividades (como trabajar), puede ser un añadido a actividades que de cualquier forma ya se realizan (estudiar, hacer quehaceres domésticos, jugar, etc.). De cualquier forma, las horas computadas representan por definición (“mientras se hace otra cosa”) una duplicación respecto de otras actividades registradas por la ENUT.<sup>4</sup>

Pasemos ahora a las cifras globales relativas al cuidado en los hogares por integrantes del mismo. Los aspectos a considerar son las personas involucradas y las horas de cuidado proporcionado. Se presenta en dos escenarios, considerando tanto el total de tipos de cuidados, es decir, incluyendo la categoría de “mientras se hace otra cosa”, como el total sin esta última categoría.

En el [cuadro 2.3](#), que incluye cifras del número de personas cuidadoras por sexo y grupo de edad, nos muestra un perfil de las personas cuidadoras. Lo más destacado es que la mayor parte de las personas cuidadoras se concentran en los grupos de edad mediana (18 a 60 años); sin embargo, los otros dos grupos tienen una presencia importante. En cuanto a las proporciones en que se reparte el número bruto por sexo no revela el peso de la contribución en cada caso.

---

<sup>4</sup> Para explorar la posibilidad de la duplicación de las horas computadas por la introducción de los “cuidados pasivos” o “mientras se hace otra cosa” se hizo un ejercicio del cómputo total de horas de la ENUT. Por una parte, se pudo verificar que hay valores muy extremos en las observaciones muestrales, es decir, se registran casos en los diferentes tipos de actividades de valores excesivamente bajos o excesivamente altos, incluso anómalos (cosa común en toda estadística). Esas grandes variaciones se pueden deber tanto a la variabilidad individual misma como a la dificultad de calcular el tiempo de cierta actividad en relación con otras actividades. Las menores variaciones se registraron en actividades de poca incertidumbre en estimar: dormir y trabajar. En este sentido, para calcular la posible duplicación en el caso de los “cuidados pasivos” se tomaron en cuenta los promedios generales de las horas declaradas en los diferentes tipos de actividades. El resultado fue que el promedio de horas totales computadas durante la semana de referencia de la ENUT, 173.60, es algo mayor que el total del tiempo físico de la semana, de 168 horas; pero si descontamos el tiempo dedicado a lo que se registra como cuidados mientras se hace otra cosa, el total de horas promedio es de 166.91, prácticamente el mismo que la duración física de la semana.

CUADRO 2.3: PERSONAS CUIDADORAS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD Y PORCENTAJES, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de edad	Con cuidados haciendo otra cosa			Sin cuidados haciendo otra cosa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 12 a 18 años	149,330	146,046	295,376	121,212	131,644	252,856
De más de 18 a 40 años	602,214	793,234	1,395,448	523,239	756,419	1,279,658
De más de 40 a 60 años	371,308	612,164	983,472	315,892	469,520	785,412
De más de 60 años	189,444	216,892	406,336	135,783	161,446	297,229
Total	1,312,296	1,768,336	3,080,632	1,096,126	1,519,029	2,615,155
De 12 a 18 años	50.6%	49.4%	100.0%	47.9%	52.1%	100.0%
De más de 18 a 40 años	43.2%	56.8%	100.0%	40.9%	59.1%	100.0%
De más de 40 a 60 años	37.8%	62.2%	100.0%	40.2%	59.8%	100.0%
De más de 60 años	46.6%	53.4%	100.0%	45.7%	54.3%	100.0%
Total	42.6%	57.4%	100.0%	41.9%	58.1%	100.0%
De 12 a 18 años	11.4%	8.3%	9.6%	11.1%	8.7%	9.7%
De más de 18 a 40 años	45.9%	44.9%	45.3%	47.7%	49.8%	48.9%
De más de 40 a 60 años	28.3%	34.6%	31.9%	28.8%	30.9%	30.0%
De más de 60 años	14.4%	12.3%	13.2%	12.4%	10.6%	11.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2022

CUADRO 2.4: TOTAL DE PERSONAS CUIDADORAS POR SEXO Y RANGOS DE TIEMPO DE CUIDADO Y PORCENTAJES, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas de cuidado a la semana	Con cuidados haciendo otra cosa			Sin cuidados haciendo otra cosa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10 horas	708,341	544,178	1,252,519	886,336	814,527	1,700,863
Más 10 hasta 20 horas	229,126	284,668	513,794	131,200	368,984	500,184
Más 20 hasta 50 horas	278,608	507,176	785,784	69,613	256,766	326,379
Más de 50 horas	96,221	432,314	528,535	8,977	78,752	87,729
Total	1,312,296	1,768,336	3,080,632	1,096,126	1,519,029	2,615,155
Hasta 10 horas	56.6%	43.4%	100.0%	52.1%	47.9%	100.0%
Más 10 hasta 20 horas	44.6%	55.4%	100.0%	26.2%	73.8%	100.0%
Más 20 hasta 50 horas	35.5%	64.5%	100.0%	21.3%	78.7%	100.0%
Más de 50 horas	18.2%	81.8%	100.0%	10.2%	89.8%	100.0%
Total	42.6%	57.4%	100.0%	41.9%	58.1%	100.0%
Hasta 10 horas	54.0%	30.8%	40.7%	80.9%	53.6%	65.0%
Más 10 hasta 20 horas	17.5%	16.1%	16.7%	12.0%	24.3%	19.1%
Más 20 hasta 50 horas	21.2%	28.7%	25.5%	6.4%	16.9%	12.5%
Más de 50 horas	7.3%	24.4%	17.2%	0.8%	5.2%	3.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2022

El [cuadro 2.4](#) contiene el número de personas cuidadoras por horas promedio semanal de cuidado proporcionado. Esta presentación nos muestra cómo al considerar diferenciaciones al interior de las cifras globales se revelan aspectos y matices importantes para el análisis y diseño de las políticas públicas. En particular la diferenciación por número de horas dedicadas en promedio a la semana muestra muchas diferenciaciones importantes al interior de la provisión de cuidados. En primer lugar, vemos que conforme es mayor el número de horas de cuidado proporcionado es menor el número de personas cuidadoras. De hecho, el grupo que proporciona hasta 10 horas (hasta una hora 24 minutos en promedio diario) representa prácticamente la mitad de todas las personas cuidadoras.

En cuanto a la diferenciación por sexo, vemos que mientras que en el grupo de hasta 10 horas de cuidado semanal hay una ligera proporción mayor de hombres, en los siguientes grupos de mayores horas de cuidado semanal la proporción de mujeres aumenta conforme es mayor la carga de horas de cuidado, hasta rebasar el 80% en el grupo de más horas de cuidado. En la cifra bruta de personas cuidadoras aparece, entonces, un número de hombres similar al de mujeres por dos razones: 1) los hombres participan más en el grupo de menor intensidad de cuidado, el más numeroso; 2) los hombres tienen mayor participación relativa en los cuidados “mientras se hace otra cosa”.

De este modo, la mayor carga de horas se concentra en mujeres y de manera progresiva conforme es mayor la carga de horas de cuidado. Por otra parte, esta tendencia se acentúa si consideramos los cuidados excluyendo la categoría de “mientras se hace otra cosa”. Si se incluye esta categoría en el cuidado de más de 50 horas la proporción de mujeres asciende a 81.8%, mientras que si se excluye la proporción sube hasta 89.8%; en general, suben considerablemente los porcentajes de participación de mujeres al excluir los cuidados “mientras se hace otra cosa”.

Esto se aprecia más directamente cuando consideramos el total o la masa de horas proporcionadas. Primeramente, en el [cuadro 2.5](#) se presenta el total de horas de cuidados por sexo y grupo de edad. En primer lugar, en conjunto el tiempo de cuidado proporcionado por mujeres es de alrededor de tres cuartos del tiempo total. Esta proporción es más característica en los tres primeros grupos de edad; en cambio disminuye en el último grupo de edad (posiblemente por la mayor participación relativa de los abuelos en el cuidado de integrantes menores de edad). Esta disminución es más acentuada cuando se incluye el cuidado mientras se hace otra cosa. Por otra parte, la proporción en el aporte de horas disminuye en el grupo 12 a 18 años en comparación con la proporción de personas, lo que apunta a que en promedio la carga de las personas menores de edad es algo menor que la de los grupos otros grupos de edad. De hecho, la mayor carga de horas reside en el grupo de 18 a 40 años (más de la mitad del total de horas) y va descendiendo para los dos siguientes grupos.

El [cuadro 2.6](#) presenta el total de horas de cuidado por sexo y rangos de tiempo de cuidado. Lo que destaca aquí es la tendencia a haber más horas de cuidado conforme mayor es la carga del cuidado promedio semanal, al contrario de lo que pasa con el número de personas. El aumento de las horas totales de cuidado conforme aumenta la carga promedio semanal se da a pesar del menor número de personas involucradas.

CUADRO 2.5: HORAS DE CUIDADOS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD Y PORCENTAJES, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de edad	Con cuidados haciendo otra cosa			Sin cuidados haciendo otra cosa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 12 a 18 años	933,005	2,529,064	3,462,070	274,281	1,185,314	1,459,595
De más de 18 a 40 años	11,807,894	34,639,654	46,447,548	4,704,210	14,612,136	19,316,346
De más de 40 a 60 años	5,685,387	16,100,368	21,785,755	2,058,502	4,989,748	7,048,250
De más de 60 años	3,730,979	4,786,794	8,517,773	865,013	1,426,233	2,291,247
Total	22,157,265	58,055,880	80,213,146	7,902,007	22,213,432	30,115,438
De 12 a 18 años	26.9%	73.1%	100.0%	18.8%	81.2%	100.0%
De más de 18 a 40 años	25.4%	74.6%	100.0%	24.4%	75.6%	100.0%
De más de 40 a 60 años	26.1%	73.9%	100.0%	29.2%	70.8%	100.0%
De más de 60 años	43.8%	56.2%	100.0%	37.8%	62.2%	100.0%
Total	27.6%	72.4%	100.0%	26.2%	73.8%	100.0%
De 12 a 18 años	4.2%	4.4%	4.3%	3.5%	5.3%	4.8%
De más de 18 a 40 años	53.3%	59.7%	57.9%	59.5%	65.8%	64.1%
De más de 40 a 60 años	25.7%	27.7%	27.2%	26.1%	22.5%	23.4%
De más de 60 años	16.8%	8.2%	10.6%	10.9%	6.4%	7.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2022

CUADRO 2.6: TOTAL DE HORAS DE CUIDADO POR SEXO Y RANGOS DE TIEMPO DE CUIDADO Y PORCENTAJES CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas de cuidado a la semana	Con cuidados haciendo otra cosa			Sin cuidados haciendo otra cosa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10 horas	2,891,638	2,314,520	5,206,158	3,343,557	3,680,882	7,024,439
Más 10 hasta 20 horas	3,406,777	4,239,495	7,646,272	1,918,283	5,430,998	7,349,281
Más 20 hasta 50 horas	8,472,162	16,508,696	24,980,858	1,911,723	7,987,706	9,899,430
Más de 50 horas	7,386,688	34,993,170	42,379,858	728,444	5,113,845	5,842,289
Total	22,157,265	58,055,881	80,213,146	7,902,007	22,213,432	30,115,438
Hasta 10 horas	55.5%	44.5%	100.0%	47.6%	52.4%	100.0%
Más 10 hasta 20 horas	44.6%	55.4%	100.0%	26.1%	73.9%	100.0%
Más 20 hasta 50 horas	33.9%	66.1%	100.0%	19.3%	80.7%	100.0%
Más de 50 horas	17.4%	82.6%	100.0%	12.5%	87.5%	100.0%
Total	27.6%	72.4%	100.0%	26.2%	73.8%	100.0%
Hasta 10 horas	13.1%	4.0%	6.5%	42.3%	16.6%	23.3%
Más 10 hasta 20 horas	15.4%	7.3%	9.5%	24.3%	24.4%	24.4%
Más 20 hasta 50 horas	38.2%	28.4%	31.1%	24.2%	36.0%	32.9%
Más de 50 horas	33.3%	60.3%	52.8%	9.2%	23.0%	19.4%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2022

Un indicador de resumen lo constituye el número de horas promedio de cuidado provisto semanalmente. Esto está representado en el [cuadro 2.7](#).

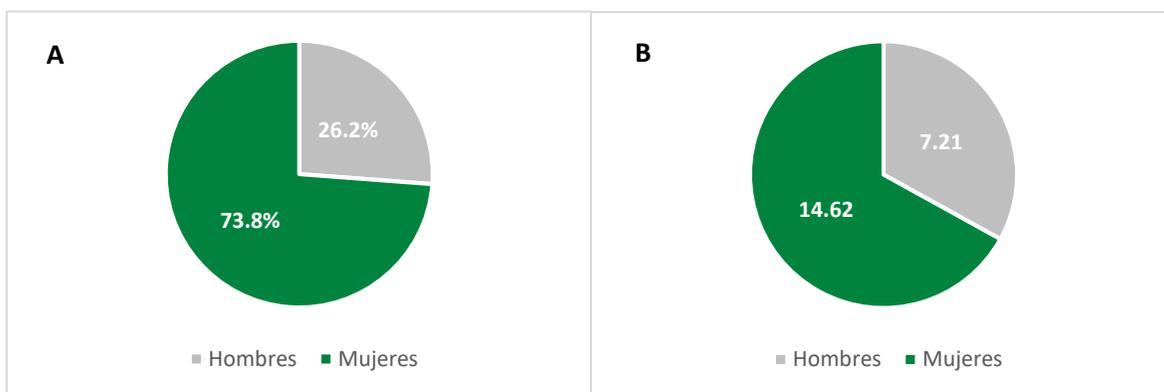
CUADRO 2.7: HORAS DE CUIDADO PROMEDIO SEMANAL POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de edad	Con cuidados haciendo otra cosa			Sin cuidados haciendo otra cosa		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
De 12 a 18 años	6.25	17.32	11.72	2.26	9.00	5.77
De más de 18 a 40 años	19.61	43.67	33.29	8.99	19.32	15.09
De más de 40 a 60 años	15.31	26.30	22.15	6.52	10.63	8.97
De más de 60 años	19.69	22.07	20.96	6.37	8.83	7.71
Total	16.88	32.83	26.04	7.21	14.62	11.52

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2022

El mejor indicador de la aportación del trabajo femenino de cuidados respecto del masculino está representado mejor por el número de horas. En cambio, las horas promedio muestran una menor proporción en la medida en que hay más mujeres dedicadas el cuidado. Por lo explicado, se utiliza el total de tipos de cuidados sin incluir el cuidado “mientras se hace otra cosa”. Esto se visualiza en la gráfica 2.1.

GRÁFICA 2.1: PORCENTAJE DE HORAS TOTALES DE CUIDADO A LA SEMANA Y HORAS PROMEDIO SEMANALES POR SEXO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019



Fuente: cuadros 2.5 y 2.7

Nota: se excluye la categoría de cuidado mientras se hace otra cosa

Finalmente, hay que tener presente que los resultados presentados hasta aquí están influidos por el hecho de que la mayor parte de las personas y tiempo de cuidado corresponden a los dependientes por edad, como se irá aclarando más adelante.

## 2.2. Población que requiere cuidados

### 2.2.1. Requerimientos de cuidados de la población dependientes por edad

A diferencia de los dependientes por discapacidad (ver más adelante), la población objetivo de los dependientes por edad corresponde a la población potencial. Es decir, salvo quienes padecen alguna discapacidad que requiera cuidados especiales, que ya estaría considerada entre los dependientes por discapacidad y estaría recibiendo atención especial, el resto del grupo de menores de 15 años es susceptible de cuidados. Como vimos, estamos hablando de unas 434 mil personas de cero a 5 años y alrededor de un millón 32 mil personas, en total casi un millón y medio de personas.

Como se apuntó más arriba, la población de menor edad tiende a decrecer en la Ciudad de México. Sin embargo, aún representa una magnitud importante frente a la satisfacción de necesidades de todo tipo, incluyendo el cuidado.

Las diferenciaciones en el tipo de cuidados para este grupo están en función de la edad. La intensidad de los cuidados disminuye proporcionalmente a la edad. Para la población de 0 a 2, los cuidados ya están tipificados para sus diferentes subgrupos: lactantes y maternal, que se aplican en las instituciones de cuidado correspondientes (ver capítulo tercero). Desde preescolar los menores pueden ir ya a la escuela, pero aún requieren cuidados especiales. Después, en el grupo 6-14, se reduce mucho de manera progresiva la carga de cuidado requerido.

Para definir de qué manera se requieren satisfacer las necesidades de cuidado de estos grupos de población es necesario hacer una distinción *funcional* (no necesariamente de tiempo) entre los *cuidados que tienen que realizarse durante el lapso de tiempo de la jornada estándar de trabajo del padre y/o la madre* —que podrían ser cubiertos tanto por el cuidado institucional como el cuidado no institucional en el hogar— y los que se efectúan más allá de ese lapso, principalmente en el hogar. La jornada de trabajo entra en competencia con el cuidado de las hijas e hijos menores en la medida en que representa una sustracción del tiempo que los padres o tutores pueden encargarse de los menores bajo su tutela. El cuidado durante la jornada de trabajo *cuando no es adecuadamente atendido de manera institucional* (por institución pública o privada) plantea el mayor reto a las familias. Cuando sólo uno de los cónyuges trabaja, el otro, generalmente mujer, tiende a ocuparse del cuidado de hijas e hijos, en muchos de estos casos a costa de su aspiración a incorporarse al ámbito laboral. Si los dos cónyuges trabajan el cuidado suele recaer en otro integrante de la familia, principalmente abuela o abuelo (ver más adelante).

En este sentido, la necesidad de cuidado institucional responde a la necesidad de sustituir el cuidado en el hogar durante la jornada de trabajo, que se provee en los hogares, por integrantes del hogar, de modo principalmente gratuito.

Más allá de la jornada de trabajo el cuidado de las personas menores de edad plantea otras problemáticas, que tienen que ver más con la necesidad de una distribución equilibrada de los cuidados por parte de los integrantes del hogar, independientemente de las posibilidades o deseos de recurrir parcialmente a cuidados sustitutos pagados.

### 2.2.2. Dependientes por discapacidad

Más arriba se vio que la población potencial que requiere cuidados por discapacidad es unas 645 mil personas, integrada por personas de todas las edades que tienen mucha dificultad para realizar las actividades de la vida diaria o no las pueden realizar. Se trata de una aproximación que parte de la población con discapacidad para después establecer qué parte de ella podría necesitar cuidados. Es decir, según la *probabilidad* de requerimiento de cuidados, o bien, de un enfoque *indirecto* de detección de necesidades.<sup>5</sup> Como vimos en la parte conceptual no toda la población que presenta alguna discapacidad requiere cuidados. Si consideramos dentro el grado de dificultad las categorías “no puede hacerlo” y “mucha dificultad” para definir la *necesidad* de cuidado, la primera categoría incluiría con la mayor probabilidad a todas las personas requirentes y la segunda a la mayoría, pero no a todas. Si se excluye de las personas que requieren cuidados a las categorías “poca dificultad” y “ninguna dificultad”, en el primer caso se habrá excluido a cierto número de personas no mayoritario, pero posiblemente significativo, mientras que en el segundo caso muy probablemente no se excluiría a nadie.

Entonces, para determinar a las personas que *efectivamente* requieren cuidados, la opción metodológicamente más conveniente es *preguntar directamente por la necesidad del cuidado* y posteriormente hacer las distinciones que se crean convenientes. Esto es lo que precisamente hace la ENUT. En esta fuente se pregunta *explícitamente* si alguna persona en el hogar *necesita cuidados* en razón de alguna limitación o discapacidad. Y con base en esto se pueden establecer las características de esta población. Se presentan a continuación los resultados de la utilización de esta fuente.

De un total de 2,919,832 hogares resultantes de la ENUT, en 223,066, es decir, el 7.6% se registran personas dependientes por discapacidad que requieren cuidados. La distribución de estos hogares según el número de personas requirentes se distribuye así (cuadro 2.8):

CUADRO: 2.8: HOGARES CON PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS, SEGÚN NÚMERO DE PERSONAS REQUIRENTES DE CUIDADOS Y PORCENTAJE SEGÚN TIPO DE HOGAR, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

<b>Total de hogares con personas que requirieron cuidados</b>	<b>223,066</b>	<b>100.0%</b>
Con una persona con discapacidad	205,521	92.1%
Con dos personas con discapacidad	14,364	6.4%
Con tres personas con discapacidad	3,181	1.4%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

<sup>5</sup> Sería el caso, por ejemplo, de la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC). Aquí pregunta por dificultades de algún miembro del hogar ver, oír, moverse, etc., y, en cuanto al grado, si tiene, nula, poca o mucha dificultad para hacerlo o no puede hacerlo (pregunta 3.7). Aparte pregunta si alguien tiene algún problema mental y si ello le permite vivir de modo independiente (pregunta 3.8 y 3.8a). Más adelante considera a las “personas con discapacidad que necesitan cuidados” las que tenían “mucha dificultad” o “no pueden hacerlo” de 3.7 y las personas con problemas mentales que no pueden desempeñarse de modo independiente de 3.8a. En función de eso se pregunta si recibió cuidados y quién los proporcionó.

Sin embargo, del total de hogares con personas dependientes por discapacidad que requieren cuidados (223,066), sólo en 189,465 hogares se registran acciones de cuidado. De otro modo, 31,601 hogares, es decir, el 15.1%, no proporcionan cuidados.

Pasamos ahora desarrollar el perfil de la población dependiente por discapacidad. El total de estas personas que arroja la ENUT es de 256,051.<sup>6</sup> Su distribución por grandes grupos de edad y su comparación general con la población objetivo, puede verse en el [cuadro 9](#).

CUADRO: 2.9: POBLACIÓN POTENCIAL, POBLACIÓN QUE REQUIERE CUIDADOS Y PORCENTAJE QUE REPRESENTA LA POBLACIÓN REQUERENTE, POR GRAN GRUPO DE EDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Grupo de edad	Población potencial	Requieren cuidados	Porcentaje
0 a 14	35,582	16,096	45.2%
15 a 64	281,279	139,264	49.5%
65 y más	326,674	100,691	30.8%
Total	643,535	256,051	39.8%

Fuente: Elaboración propia con base cuadro 2.2 e INEGI, ENUT, 2019

Lo que más destaca de la cifra total de personas efectivamente dependientes por discapacidad es que representan una parte menor del conjunto de personas dependientes, siendo mucho más numerosas las personas dependientes por la edad (como vimos, alrededor de 1.5 millones).

CUADRO: 2.10: NÚMERO DE PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS Y PORCENTAJES POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
0 a 14	12,699	3,397	16,096
15 a 64	61,566	77,698	139,264
65 y más	50,764	49,927	100,691
Total	125,029	131,022	256,051
0 a 14	78.9%	21.1%	100.0%
15 a 64	44.2%	55.8%	100.0%
65 y más	50.4%	49.6%	100.0%
Total	48.8%	51.2%	100.0%
0 a 14	10.2%	2.6%	6.3%
15 a 64	49.2%	49.2%	49.2%
65 y más	40.6%	40.6%	40.6%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

<sup>6</sup> Un problema particular surge en la expansión de la muestra es que las personas con discapacidad que requieren cuidados no siempre cuentan con el factor de expansión de persona, sin que se especifique la razón. La solución que se dio fue la utilización de un factor mixto; es decir, donde existe se utiliza el factor de persona, y en caso contrario se utiliza el factor de hogar. Esto limita algunas comparaciones, aunque no esenciales, entre *personas* que requieren cuidados y *personas* cuidadoras.

En el [cuadro 2.10](#) puede verse la distribución por grupo de edad y sexo. En primer lugar, llama la atención que el grupo 0-14 constituye una parte pequeña del conjunto de personas en la condición dicha (6.3%). En cuanto a las diferencias por sexo, sólo hay un contraste en el grupo de menor edad, el de 0-14; esto podría deberse a un tema del alcance de la muestra, considerando especialmente las pequeñas cifras involucradas. Como sea, en los grupos más numerosos la frecuencia por sexo de los requerimientos de cuidados es poco significativa.

La ENUT considera cuatro tipos de categorías de limitaciones de las personas dependientes por discapacidad ([cuadro 2.11](#)). En este caso, al enfocarse sobre la condición de dependencia más que en la discapacidad se incluye a una categoría de personas “en dependencia” pero que no tiene propiamente una discapacidad, sino sólo una limitación temporal (“enfermo temporal”). Por definición, se trata —a diferencia de las demás categorías, que hasta en su formulación denotan la característica de permanencia que hemos subrayado en la parte conceptual— de un grupo con una mucha rotación, que registra a quienes están en esa condición en el momento de la encuesta. Y no es un grupo menor: representa casi el 29% del total y casi el 40% dentro del grupo de menos de 15 años. La concentración de las personas enfermas temporales en menores de edad parece indicar que se trata en general de enfermedades poco críticas, atendibles en el hogar y que requieren cuidados sólo por falta de desarrollo de la persona cuidada. Este sector de las personas cuidadas tiene un status especial que requerirá considerarlo aparte en vista de la política pública. Pues, por un lado, es una actividad que insume efectivamente tiempo de cuidado, pero, por el otro, su propio carácter efímero y rotatorio hace difícil ser objeto de una política específica.

CUADRO: 2.11: PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE REQUIEREN CUIDADOS Y PORCENTAJES POR GRUPOS DE EDAD Y TIPO DE LIMITACIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Tipo de discapacidad	Menos de 15	De 15 a 59	60 y más	Total
Enfermedad crónica	3,181	21,054	66,474	90,709
Limitación física	3,601	12,082	49,135	64,818
Limitación mental	2,989	34,862	11,846	49,697
Enfermo temporal	6,325	30,212	14,290	50,827
Total	16,096	98,210	141,745	256,051
Enfermedad crónica	3.5%	23.2%	73.3%	100.0%
Limitación física	5.6%	18.6%	75.8%	100.0%
Limitación mental	6.0%	70.1%	23.8%	100.0%
Enfermo temporal	12.4%	59.4%	28.1%	100.0%
Total	6.3%	38.4%	55.4%	100.0%
Enfermedad crónica	19.8%	21.4%	46.9%	35.4%
Limitación física	22.4%	12.3%	34.7%	25.3%
Limitación mental	18.6%	35.5%	8.4%	19.4%
Enfermo temporal	39.3%	30.8%	10.1%	19.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

La enfermedad crónica y la limitación física son las limitaciones de mayor incidencia. Afectan más a los adultos mayores, en donde ambos tipos de limitaciones llegan a representar tres cuartos de los casos.

Hasta aquí lo que puede derivarse directamente de los datos de la ENUT tal como está diseñado el cuestionario y la organización de las bases de datos. Una desventaja en el diseño metodológico de la ENUT es que separa en módulos y bases de datos diferentes la información que trata sobre personas que requieren cuidados y la de las personas cuidadoras;<sup>7</sup> esta última es la que incluye los tipos y tiempos de cuidado. De modo que para obtener más información que nos permita definir un perfil más amplio (aunque siempre limitado) de la población dependiente por discapacidad hubo que empear las dos series de datos: los de la población que requiere cuidados por discapacidad (módulo características sociodemográficas) y la de los cuidados proporcionados (módulo características personales [de personas cuidadoras]). También se requirió manejar los datos según las necesidades del análisis y las limitaciones de la información a nivel de persona o a nivel de hogar.

Para empear las bases de datos en las que se alberga la información sobre personas cuidadas y la que contiene la información sobre los cuidados y las horas de cuidados se adoptaron los siguientes criterios: 1) se empearon los registros de cada base a nivel de hogar, de modo que los cuidados que aparecen en una base se refieren a las personas dependientes de la otra base; 2) los hogares incluidos fueron los que proporcionaron cuidados; 3) se consideraron el total de horas proporcionadas por cada tipo de cuidado, independientemente del número y sexo de las personas cuidadoras, pues lo que se capta aquí es el *requerimiento* de cuidado; 4) se tomaron en consideración sólo los hogares con una sola persona que requiere cuidados, pues donde había más de una persona a cuidar no era claro a quién correspondían los diferentes tipos y tiempos de cuidados. No obstante, la submuestra así resultante incluyó la mayoría de los casos (171,920 de 189,465 hogares que proporcionan cuidados, 90.7%). Para ello se utilizó el factor de expansión de hogar, dado que se relacionaba a una persona dependiente por edad y el total de horas proporcionadas en ese hogar.

Para utilizar la información contenida en la ENUT respecto de provisión de cuidado, hubo que establecer la pertinencia de las diferentes categorías que utiliza para definir los tipos de cuidados que se proveen a las personas dependientes por discapacidad. La ENUT utiliza las siguientes categorías de cuidados a personas en dependencia por discapacidad:

- 01 le(s) dio de comer o ayudó a hacerlo?
- 02 lo(s) bañó, aseó, vistió, arregló o ayudó a hacerlo?
- 03 lo(s) cargó, acostó o le(s) ayudó a hacerlo?
- 04 le(s) preparó remedios caseros o algún alimento especial?
- 05 le(s) dio medicamentos o checó sus síntomas? (temperatura, presión, otros)

---

<sup>7</sup> Lo mismo sucede con la ENASIC.

- 06 lo(s) llevó, recogió o esperó para que recibiera(n) atención de salud (exámenes, visitas al médico, etc.) o alguna terapia especial?
- 07 le(s) dio terapia especial o ayudó a realizar ejercicios?
- 08 lo(s) llevó y/o recogió de clases, trabajo u otro lugar?
- 09 lo(s) ayudó o apoyó en las tareas de la escuela o trabajo?
- 10 asistió a juntas, festivales o actividades de apoyo escolar?
- 11 mientras hacía otra cosa, lo(s) cuidó o estuvo al pendiente?

De conformidad con lo desarrollado en el capítulo primero en las definiciones conceptuales, se ha considerado que de la lista que establece la ENUT sólo los siete primeros tipos corresponden propiamente a actividades de cuidados de las personas dependientes por discapacidad. Los tipos 8 a 10 corresponden a actividades relacionadas más con la educación, actividades efectivamente consumidoras de tiempo, pero de otro ámbito. Por lo demás, pesan muy poco en el conjunto de las horas (incluso los tipos 9 y 10 los porcentajes son estadísticamente insignificantes: menos el 1% de los 11 tipos). En cuanto al tipo 11, no sólo se trata de una actividad de cuidado no activa, sino como lo establece la propia definición se realiza al mismo tiempo que “otra cosa”, la cual aparecería reportada en otra categoría de uso del tiempo. Al igual que con las horas totales de cuidado el cuidado “mientras se hace otra cosa” registra un número desproporcionado de horas e implica por definición una duplicación respecto de otras actividades (ver apartado 2.2.1).<sup>8</sup>

De esta manera podemos obtener un primer perfil del cuidado requerido por las personas dependientes. Relacionamos primero el número y tipo de cuidados proporcionados en un hogar según el tipo de limitación de la persona dependiente por discapacidad de ese hogar, para tener una primera imagen de la intensidad del cuidado requerido. (Cuadro 2.12)

CUADRO 2.12: HORAS DE CUIDADO PROPORCIONADO PROMEDIO SEMANAL A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD, POR TIPO DE DISCAPACIDAD Y TIPO DE LIMITACIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Tipo de cuidado	Enfermedad crónica	Limitación física	Limitación mental	Enfermo temporal
Para comer	7.25	4.45	7.55	8.67
Para bañar ,asear, vestir, arreglar	1.40	4.06	3.16	1.40
Para cargar o acostar	0.69	8.72	2.44	3.59
Preparar remedio/alimento especial	2.49	0.21	2.72	0.83
Dar medicamentos, checar síntomas	1.98	0.33	2.69	2.10
Transporte/espera de atención a salud	1.40	1.00	2.27	2.04
Dar terapia o ayudar a realizar ejercicios	0.22	1.37	0.91	0.07

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019.

Nota: Se trata de la submuestra de personas en hogares con una persona dependiente por discapacidad.

<sup>8</sup> En el caso de las personas dependientes por discapacidad, más del 50%. En los otros tipos de cuidados donde se hace la misma distinción (grupos 0 a 14 y 60 y más), hasta tres cuartos.

Quienes padecen tanto enfermedad crónica como limitación mental requieren más horas de ayuda para comer que de cualquier otro tipo. Este tipo de ayuda implica un deterioro mayor de la persona en cuestión. Resulta en cambio más difícil de explicar el requerimiento muy bajo de personas con enfermedad crónica en cuanto “cargar y acostar”. Las personas con limitación mental tienen en general requerimientos mayores en el conjunto de cuidados. Las personas con limitación física requieren lógicamente más apoyo para “cargar y acostar”, aunque también para comer y “bañar, asear, vestir, arreglar”.

En los enfermos temporales el requerimiento se concentra en dar de comer; esto se explicaría como vimos por una mayor concentración de este cuidado en personas menores de edad, más que en la severidad del padecimiento. En suma, aunque el apoyo para comer resulta un indicador central para identificar la intensidad del cuidado en tres de las limitaciones consideradas y el cargar y acostar para el otro tipo de limitación, el tipo de apoyo no resulta suficiente para definir las intensidades en términos de una de las variables claves, en este caso, el tipo de cuidado.

Se habían definido como las dos variables básicas para definir la intensidad del cuidado el tipo de apoyo y frecuencia del mismo. Dadas las limitaciones que acabamos de mencionar respecto al tipo de cuidado, vamos a comparar la frecuencia del cuidado, medida en términos de horas promedio semanales, tanto según el tipo de cuidado como el tipo de limitación.

En cuanto al número de personas que requiere de cada *tipo de cuidado* según las *horas a la semana de cuidado* proporcionado (cuadro 2.13), vemos primeramente que (como sucede en todos en los que se presenta el desglose de grupo de horas de cuidado), hay una tendencia a la reducción progresiva de las cifras conforme aumenta el número de horas de cuidado requerido.

CUADRO 2.13: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD SEGÚN TIPO DE CUIDADO REQUERIDO Y NÚMERO DE HORAS A LA SEMANAL DE CUIDADO PROPORCIONADO Y PORCENTAJE SEGÚN HORAS, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Horas de cuidado a la semana	Para comer	Para bañar, asear, vestir, arreglar	Para cargar o acostar	Preparar remedio/alimento especial	Dar medicamentos, checar síntomas	Transporte y espera para atención a salud	Dar terapia o ayudar a realizar ejercicios
Hasta 10 horas	59,299	72,130	57,199	62,565	118,746	52,420	48,527
Más de 10 hasta 20 horas	30,086	3,723		2,718	3,397	2,718	
Más de 20 hasta 50 horas	15,177		6,742	5,127	2,043		
Más de 50 horas			3,044				
Total	104,562	75,853	66,985	70,410	124,186	55,138	48,527
Hasta 10 horas	56.7%	95.1%	85.4%	88.9%	95.6%	95.1%	100.0%
Más de 10 hasta 20 horas	28.8%	4.9%		3.9%	2.7%	4.9%	0.0%
Más de 20 hasta 50 horas	14.5%		10.1%	7.3%	1.6%		0.0%
Más de 50 horas			4.5%				0.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019.

Nota: Se trata de la submuestra de personas en hogares con una persona dependiente por discapacidad.

Tomando en cuenta los diversos tipos de cuidados por separado (que no se suman, pues una persona recibe varios cuidados), vemos que la inmensa mayoría de las personas dependientes por discapacidad requieren menos de 10 horas de cuidados (en tres casos sobrepasa el 95%). Por el contrario, cuando el número de horas es mayor, la frecuencia de personas se reduce. Si tomamos, por ejemplo, los intervalos de más de veinte horas, como la intensidad más crítica en el requerimiento de cuidados (el mínimo, 20 horas, equivale a 2.9 horas diarias promedio), los tipos de cuidados más importantes en este sentido serían la ayuda para comer y cargar y acostar, seguidos de preparar remedio/alimento especial. En los demás, considerados aisladamente, ya no hay casos o no son significativos. En cambio, si tomamos los intervalos de 50 horas y más (el mínimo, 50 horas, equivale a 7 horas diarias promedio), sólo cargar y acostar presenta algún porcentaje.

Otro acercamiento nos lo da la clasificación *por horas de cuidado y tipo de limitación* (cuadro 2.14). Aunque de una manera menos contrastada que en la comparación horas-tipo de cuidado, también aquí hay un descenso progresivo en el número de personas conforme aumenta el número de horas de cuidado requerido. Si tomamos el mismo criterio de nivel crítico de intensidad de cuidado, para 20 horas en orden descendente de porcentaje tenemos: limitación física, limitación mental, enfermedad crónica y enfermo temporal. En caso de las 50 horas los porcentajes en orden decreciente serían: limitación mental, limitación física, enfermedad crónica y enfermo temporal.

CUADRO 2.14: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD Y PORCENTAJE SEGÚN TIPO DE LIMITACIÓN Y NÚMERO DE HORAS A LA SEMANA DE CUIDADO PROPORCIONADO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Horas totales semanales promedio	Enfermedad crónica	Limitación física	Limitación mental	Enfermo temporal	Total
Hasta 10 horas	36,329	11,017	22,947	16,985	87,278
Más de 10 hasta 20 horas	9,172	2,785	6,690	16,042	34,689
Más de 20 hasta 50 horas	14,034	5,727	6,300	3,272	29,333
Más de 50 horas	6,073	3,044	8,106	3,397	20,620
Total	65,608	22,573	44,043	39,696	171,920
Hasta 10 horas	55.4%	48.8%	52.1%	42.8%	50.8%
Más de 10 hasta 20 horas	14.0%	12.3%	15.2%	40.4%	20.2%
Más de 20 hasta 50 horas	21.4%	25.4%	14.3%	8.2%	17.0%
Más de 50 horas	9.3%	13.5%	18.4	8.6%	12.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hasta 10 horas	41.6%	12.6%	26.3%	19.5%	100.0%
Más de 10 hasta 20 horas	26.4%	8.0%	19.3%	46.2%	100.0%
Más de 20 hasta 50 horas	47.8%	19.5%	21.5%	11.2%	100.0%
Más de 50 horas	29.5%	14.8%	39.3%	16.5%	100.0%
Total	38.2%	13.1%	25.6%	23.1%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019.

Nota: Se trata de la submuestra de personas en hogares con una persona dependiente por discapacidad.

Antes de pasar a la formulación de un incipiente baremo de cuidado, con base en lo desarrollado hasta aquí en esta sección 2.1.3, veamos un perfil de las personas dependientes por discapacidad que *no reciben* cuidados. Una primera clasificación por tipo de limitación y sexo puede verse en el [cuadro 2.15](#).<sup>9</sup>

CUADRO: 2.15: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD QUE NO RECIBEN CUIDADOS Y PORCENTAJE, SEGÚN TIPO DE LIMITACIÓN Y SEXO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Tipo de limitación	Hombre	Mujer	Total
Enfermedad crónica	3,324	4,086	7,410
Limitación física	9,753	18,798	28,551
Enfermo temporal	3,952	3,271	7,223
<b>Total</b>	<b>17,029</b>	<b>26,155</b>	<b>43,184</b>
Enfermedad crónica	44.9%	55.1%	100.0%
Limitación física	34.2%	65.8%	100.0%
Enfermo temporal	54.7%	45.3%	100.0%
<b>Total</b>	<b>39.4%</b>	<b>60.6%</b>	<b>100.0%</b>
Enfermedad crónica	19.5%	15.6%	17.2%
Limitación física	57.3%	71.9%	66.1%
Enfermo temporal	23.2%	12.5%	16.7%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

Del total de personas requirentes, 43,184 no reciben cuidados, es decir, un 17%. A diferencia del grupo total de requirentes, aquí hay una mayor proporción de mujeres que no reciben cuidados, proporción que se mantiene en limitación física y cae en enfermedad temporal. En cuanto a tipo de limitación, predomina claramente la limitación física, un poco más alta en mujeres.

CUADRO: 2.16: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD QUE NO RECIBEN CUIDADOS Y PORCENTAJE, SEGÚN SEXO Y GRAN GRUPO DE EDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Sexo	30 a 50	60y más	Total
Hombres	6,071	10,958	17,029
Mujeres	6,581	19,574	26,155
<b>Total</b>	<b>12,652</b>	<b>30,532</b>	<b>43,184</b>
Hombres	35.7%	64.3%	100.0%
Mujeres	25.2%	74.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>29.3%</b>	<b>70.7%</b>	<b>100.0%</b>
Hombres	48.0%	35.9%	39.4%
Mujeres	52.0%	64.1%	60.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

<sup>9</sup> Se utilizó el factor persona (disponible en todos los casos), más compatible con el factor usado para el total de personas requirentes (factor mixto). No se registraron casos de limitación mental.

En cuanto a la distribución por grandes grupos de edad y sexo, se observan algunas tendencias en el cuadro 2.16. Lo que más resalta es la concentración de las personas en cuestión en el grupo de edad de 60 años y más. Por contraste, hay una ausencia total de personas de menos de 30 años. Por otra parte, aumenta la proporción de mujeres de 60 años y más respecto del porcentaje total de ese grupo de edad.

De los datos anteriores es difícil saber las razones de que no se registre atención de ese subgrupo de dependientes por discapacidad. La encuesta no lo explora. Hay varias posibles explicaciones, no necesariamente excluyentes. Por supuesto, una posibilidad es que el hogar no pueda atender a sus integrantes requirientes. Otra posible explicación es que al referir la pregunta de los cuidados a integrantes del hogar no se registre el cuidado por otros medios, es decir, pago a personas exteriores al hogar o cuidado por integrantes de otros hogares (se excluye una institución de cuidados, pública o privada, pues está implícito que la persona requiriente reside en el hogar). La ausencia de personas con limitación mental, difícilmente no atendibles, al menos a partir de un grado (no muy alto) de limitación, podría sugerir que las personas requirientes aparentemente o posiblemente no atendidas no se encuentren en una situación crítica de cuidados, junto con una situación concurrente de medios limitados para su cuidado (no tenemos aquí horas de cuidado proporcionado como indicador de horas de cuidado requeridas).

La posibilidad de hacer un diagnóstico preciso de los requerimientos de cuidados de las personas dependientes por discapacidad se ve limitada por las limitaciones de la principal fuente de información. Aunque la ENUT tiene el mérito de requerir información directamente sobre las personas que requieren cuidados (y no sobre las que probablemente los requieran), presenta las siguientes limitaciones específicas, que igualmente tienen que ser atendidas en encuestas específicas de cuidados:

- La clasificación de la discapacidad o limitación de las personas que requieren cuidados es muy restringida
- No especifica grados de intensidad del problema
- No relaciona puntualmente las limitaciones con los cuidados proporcionados, tanto institucionales como no institucionales

Las correcciones para una encuesta que trate o se enfoque específicamente en cuidados debería incluir una clasificación de las discapacidades o limitaciones realizada por profesionales de la salud especializados en los temas, que además especifique el grado de atención diferencial requerida de cada padecimiento, a fin de definir la intensidad del cuidado y con ello la carga de la persona cuidadora. Por ejemplo, qué tan demandante es el cuidado de personas con deterioro cognitivo (por ejemplo, Alzheimer) respecto de personas que tienen cierta limitación de movilidad o de audición, etc., sobre una base comparativa, por ejemplo, el mismo número de horas de cuidado requerido. Como vimos en el capítulo uno, la literatura internacional al respecto señala que el cuidado de personas con deterioro cognitivo implica una mayor intensidad de cuidado y por tanto una mayor carga de tensión en las personas cuidadoras. La ponderación en

este sentido de los diferentes padecimientos, e incluso antes, la propia clasificación, sería uno de los trabajos pendientes a realizar.

Un baremo ideal para diagnosticar la intensidad de los cuidados implicaría entonces: 1) la clasificación y ponderación de los diversos tipos de discapacidad o limitación; 2) el tipo de cuidado requerido; 3) el número de horas de cuidado requerido.

Las tres dimensiones citadas son importantes tanto para las personas cuidadas como para las personas cuidadoras. Sin embargo, en un escenario de simplificación del diagnóstico de los requerimientos de cuidados de las personas dependientes por discapacidad tienen más peso las horas de cuidado y el tipo de padecimiento.

Con las limitaciones señaladas de las fuentes de información y a partir de lo desarrollado previamente en esta sección, podemos presentar un esquema simplificado de requerimientos de las personas dependientes por discapacidad, a manera de un baremo simplificado, y de las personas que estarían involucradas.

Dado que para establecer las relaciones entre personas dependientes por discapacidad y sus limitaciones, por un lado, y las horas de cuidado, por la otra, se empataron las variables para un subconjunto de las personas dependientes (en hogares donde había una sola persona requirente), hubo necesidad de “expandir” ese subconjunto para incluir al número total de personas dependientes captadas por la ENUT. Para ello se utilizaron las proporciones de la submuestra en que se relaciona la cantidad de horas requeridas de cuidado para cada tipo de limitación ([cuadro 2.14](#)) y se aplicaron al total de las personas que resultaron requirentes de cuidados por tipo de limitación ([cuadro 2.11](#)).

Para la delimitación de las personas definitivamente incorporadas a un baremo simplificado orientado a definir las personas más susceptibles de algún tipo de intervención pública en función de la intensidad del cuidado requerido se omitieron las personas enfermas temporales, que no sólo quedan fuera de la definición del tipo específico de cuidados de las personas dependientes por discapacidad, sino que además su rotación no permite la definición de una política de atención en este sentido. También se omitieron a quienes requieren menos de 10 horas de cuidado a la semana. Los grupos de horas de cuidados optados se etiquetaron como un grado de dependencia (de manera similar al Baremo español), quedando definidos así:

- Dependencia moderada: más de 10 hasta 20 horas semanales o aproximadamente 1:26 a 2:51 promedio diario
- Dependencia severa: más de 20 hasta 50 horas semanales o aproximadamente 2:51 a 7:09 promedio diario
- Dependencia mayor: Más de 50 horas semanales o aproximadamente 7:09 y más promedio diario

El resultado puede verse en el [cuadro 2.17](#).

CUADRO: 2.17: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD CON LIMITACIONES PERMANENTES, SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y TIPO DE LIMITACIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Niveles de dependencia	Enfermedad crónica	Limitación física	Limitación mental	Total
Moderada	12,699	7,973	7,554	28,226
Severa	19,412	16,464	7,107	42,983
Dependencia mayor	8,436	8,750	9,144	26,330
Total dependientes	40,547	33,187	23,805	97,539

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

Se perfilan entonces cuatro estratos de atención por la intensidad por el criterio de las horas de cuidado requeridas, que van de menor a mayor intensidad. El estrato más crítico y de mayor prioridad es el de más de 50 horas, que bien podría ser susceptible de intervenciones directas (sustitución parcial o total de la persona cuidadora por un cuidado público). Los dos estratos intermedios son menos críticos, pero de atención especial: capacitación de personas cuidadoras, acceso de las personas dependientes a centros atención por horas específicas, etc. El primer estrato puede ser atendido de manera más simplificada, teniendo en cuenta además que es el grupo más numeroso y con menores problemáticas.

Otro aspecto a considerar es el padecimiento para definir otro criterio de priorización en la atención en el sentido de que es más crítica la situación de la persona dependiente (o que es mayor su dependencia). La ordenación podría ser (por lo comentado en el capítulo uno): limitación mental, enfermedad crónica y limitación física.

Considerando la edad, las personas según su grado de dependencia podrían clasificarse por la edad. Para considerar su peso en el conjunto de la población, se estima la incidencia de la dependencia por grado y grupo de edad.

Esto se presenta en el cuadro 2.18.

CUADRO: 2.18: PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD CON LIMITACIONES PERMANENTES, SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA Y GRAN GRUPO DE EDAD E INCIDENCIA EN LA POBLACIÓN TOTAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Niveles de dependencia	De 0 a 14 años	De 15 a 64 años	65 años y más	Total
Moderada	2,382	13,226	12,618	28,226
Severa	5,017	32,869	5,097	42,983
Dependencia mayor	4,338	6,079	15,913	26,330
Total dependientes	11,737	52,174	33,628	97,539
Población total 2020	1,652,773	6,525,440	1,022,105	9,200,318
Incidencia	0.71%	0.80%	3.29%	1.06%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019; e INEGI. Censo de población y Vivienda 2020

### 2.2.3. Población adulta mayor sin dependencia por discapacidad

Se ha considerado generalmente al grupo de personas mayores como un grupo definido susceptible de cuidados. Cuando se refiere a este grupo *sin más* como la población de cierta edad avanzada (60 o 65 años y más), resulta una indefinición mayor en términos de cuidados. Como en el caso de las personas con discapacidad, muchas personas mayores no requieren cuidados para el desempeño de sus actividades diarias, una de las cuales muy frecuentemente es la trabajar. Como se muestra en el [cuadro 2.18](#), las personas que son dependientes para el desarrollo de sus actividades cotidiana de 65 años y más representan sólo el 3.3% del grupo de edad. Por otra parte, si hablamos de personas mayores *dependientes*, ya están consideradas en el grupo de dependientes por discapacidad.

Si nos enfocamos específicamente en las personas mayores *sin dependencia por discapacidad*, cabría hacer la pregunta de si de cualquier modo requieren algunos cuidados específicos. Sobre esto no hay definiciones. Una posibilidad es la de la supervisión general. La ENUT define algunos cuidados para este tipo de población, aunque no son específicos de este grupo de edad, e incluye el cuidado “mientras se hace otra cosa”. Los cuidados y horas promedio semanales resultantes son las siguientes:

- Asesorar uso de computadora/celular/internet: 1.3
- Llevar/recoger por atención de salud: 3.5
- Llevar/recoger por trabajo/trámite/otro motivo: 3.6
- Cuidar o estar al pendiente: 17.1

En este caso no sabemos si la persona encuestada distingue entre lo que reportó sobre la persona dependiente y lo que corresponde a las personas mayores no dependientes por discapacidad, o, por el contrario, si lo está duplicando. Falta en realidad por definir incluso qué tipo de cuidados corresponderían a este grupo, lo que podría ser resuelto sólo por una pregunta bien diseñada al interior de una encuesta.

## 2.3. Provisión de cuidado en los hogares por los hogares. Personas cuidadoras y tiempo de cuidado

Los hogares que no cuentan con un sistema de cuidado institucional, o no pueden pagar cuidado privado individual, recurren al cuidado por parte de integrantes del hogar, realizado mayoritariamente de modo gratuito.

Este puede desarrollarse tanto durante la jornada de trabajo, como después de la misma. Aquí hace falta calcular el tiempo que invierten los integrantes del hogar, con las correspondientes diferenciaciones de tipo de cuidado, así como establecer el perfil de las personas cuidadoras, por edad y sexo y sus cargas respectivas.

### 2.3.1. Cuidado en el hogar de la población menor de 15 años

Para la consideración del tiempo empleado en el cuidado de menores de 15 años en los hogares la ENUT presente un problema de diseño. Por una parte, se pregunta por el cuidado de menores de 6 años (población 0 a 5), definiendo cuidados muy especiales de ese grupo de edad. Por otra parte, pregunta sobre cuidados de la población menor de 15 años (grupo 0 a 14), definiendo cuidados para todo el ese grupo de edad. De este modo, la atención a los grupos 0-5 y 6-14 como grupos separados se dificulta.

Para hacer dicha separación se contaron las horas de cuidado proporcionadas al grupo 0-14 en hogares donde hay presencia de menores de 6 años y se sumaron a las reportadas específicamente para este grupo de edad, considerando las personas involucradas para obtener las horas promedio. Esto puede traducirse en una leve sobreestimación del tiempo en el grupo 0-5. El resultado puede verse en el [cuadro 2.18](#) y la [gráfica 2.2](#).

CUADRO 2.19: HORAS DE CUIDADO PROMEDIO SEMANAL A PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA, CIUDAD DE MÉXICO 2019

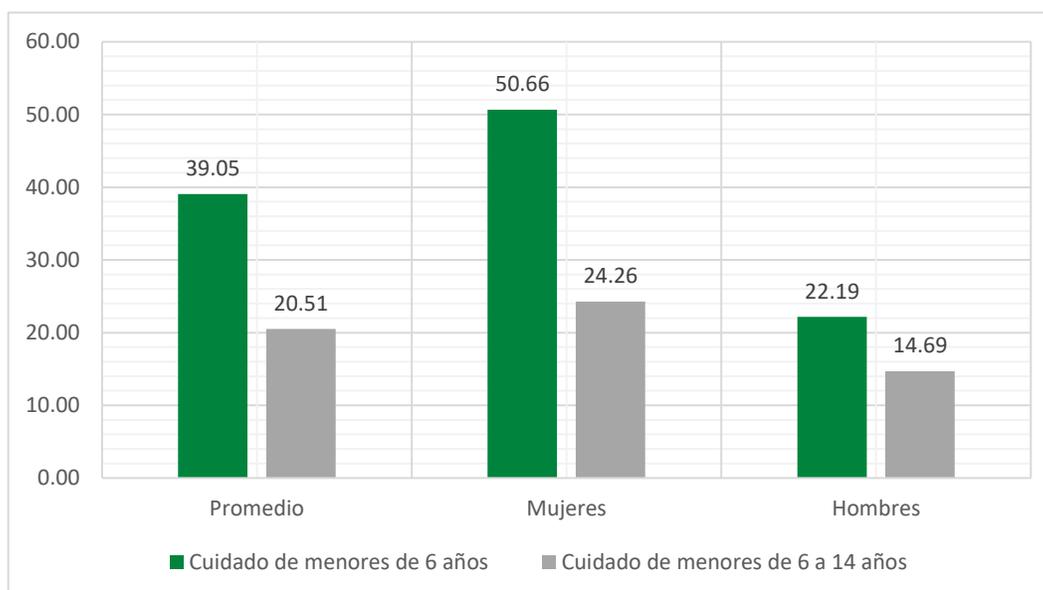
Grupo de cuidado	Promedio	Mujeres	Hombres
Población menor de 6 años	39.05	50.66	22.19
Población de 6 a 14 años	20.51	24.26	14.69

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Como puede observarse, el tiempo promedio de cuidado requerido por el grupo 0-5 es mayor que el del tiempo del grupo 6-14. Como se señaló previamente, se espera que la intensidad del cuidado provisto a dependientes *por edad* (es decir, separados de quienes requieren cuidados por discapacidad) va disminuyendo conforme mayor es la edad.

Por otra parte, hay un mayor número de horas promedio dedicado por mujeres que por hombres. Esta diferencia es mayor en el caso del grupo 0-6 (poco más del doble) que en el grupo 6-14 (un 50% más).

GRÁFICA 2.2: HORAS DE CUIDADO PROMEDIO SEMANAL A PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS, POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA, CIUDAD DE MÉXICO 2019



Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2022

En cuanto al número de personas involucradas en el cuidado de la población menor de 15 años, podemos darnos una idea de la importancia relativa de los diferentes tipos de cuidados proporcionados por el número de personas que los proveen. Hay que hacer notar que los totales no son la suma de las personas que proporcionan cada tipo de cuidado, pues una persona proporciona varios tipos de cuidados a la vez.

En el cuadro 2.20 se muestra a las personas que proporcionan cuidados al grupo 0-6 por sexo.

CUADRO 2.20: PERSONAS A CARGO DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES POR EDAD DEL GRUPO 0-5 Y PORCENTAJE, POR TIPO DE CUIDADO Y SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA, CIUDAD DE MÉXICO 2019

Tipo de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Dar de comer/amamantar o dar de beber	252,459	499,814	752,273
Bañar, asear/cambiar pañales, vestir o arreglar	202,888	524,721	727,609
Cargar o acostar	309,280	452,743	762,023
<b>Total</b>	<b>372,817</b>	<b>597,652</b>	<b>970,469</b>
Dar de comer/amamantar o dar de beber	33.6%	66.4%	100.0%
Bañar, asear/cambiar pañales, vestir o arreglar	27.9%	72.1%	100.0%
Cargar o acostar	40.6%	59.4%	100.0%
<b>Total</b>	<b>38.4%</b>	<b>61.6%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Vemos, por una parte, que el total de personas involucradas en los tres tipos de cuidados registrados es bastante similar. En cuanto a la distribución de las personas por sexo, en conjunto, un 60% de las personas cuidadoras en este grupo de edad son mujeres. Este porcentaje aumenta en el caso de los cuidados relacionados con el aseo y la vestimenta.

En el [cuadro 2.21](#) se muestra a las personas que proporcionan cuidados al grupo 0-14 por sexo. Aquí el número de personas involucradas en cada tipo de cuidado registrado varía mucho según el caso. El mayor número corresponde al cuidado “mientras se hace otra cosa”, categoría cuyas características e implicaciones ya se han comentado. Llama la atención que en llevar o recoger a la persona menor de edad estén involucradas muchas personas. Esto puede estar muy relacionado con las dificultades que plantea la jornada laboral, así como otras actividades posteriores. No sólo el padre o la madre pueden alternarse, sino también abuelas/os o integrantes jóvenes del hogar con mayor edad, pues los tiempos de traslado para y desde el trabajo amplían las dificultades de atender la necesidad de traslado de las personas menores de edad, más aún cuando se suman otras actividades. También involucra a muchas personas el asesoramiento de las tareas de la escuela. Igualmente, no es suficiente que una sola persona se encargue de ese apoyo, por ejemplo, la madre; se sumarían otros integrantes del hogar a dicha tarea.

En cuanto a la distribución por sexo de las personas que proporcionan los cuidados en cuestión, la participación femenina, siempre mayoritaria, va (dejando a un lado el cuidado pasivo) de un 65 a un 73 por ciento.

CUADRO 2.21: PERSONAS A CARGO DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES POR EDAD DEL GRUPO 0-14, POR TIPO DE CUIDADO Y SEXO DE LA PERSONA CUIDADORA Y PORCENTAJE POR SEXO, CIUDAD DE MÉXICO 2019

Tipo de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Llevar/recoger de guardería/clases, casa de familiar/amigo para ser cuidado	369,683	695,389	1,065,072
Dar terapia especial/ayudar a realizar ejercicios	49,020	71,189	120,209
Ayudar en tareas de la escuela	461,805	872,671	1,334,476
Asistir juntas/festivales/actividades de apoyo en guardería/escuela	101,908	280,574	382,482
Llevar/recoger/esperar para que recibiera(n) atención de salud	31,843	83,702	115,545
Cuidar/estar al pendiente mientras hacía otra cosa	595,141	1,048,053	1,643,194
<b>Total</b>	<b>869,666</b>	<b>1,284,564</b>	<b>2,154,230</b>
<b>Subtotal sin cuidados mientras se hace otra cosa</b>	<b>673,367</b>	<b>1,058,515</b>	<b>1,731,882</b>
Llevar/recoger de guardería/clases, casa de familiar/amigo para ser cuidado	34.7%	65.3%	100.0%
Dar terapia especial/ayudar a realizar ejercicios	40.8%	59.2%	100.0%
Ayudar en tareas de la escuela	34.6%	65.4%	100.0%
Asistir juntas/festivales/actividades de apoyo en guardería/escuela	26.6%	73.4%	100.0%
Llevar/recoger/esperar para que recibiera(n) atención de salud	27.6%	72.4%	100.0%
Cuidar/estar al pendiente mientras hacía otra cosa	36.2%	63.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>40.4%</b>	<b>59.6%</b>	<b>100.0%</b>
<b>Subtotal sin cuidados mientras se hace otra cosa</b>	<b>38.9%</b>	<b>61.1%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Tenemos que unas 970 mil personas están involucradas en el cuidado de la población dependiente por edad del grupo 0-6, y alrededor de un millón 732 mil personas (si descontamos los cuidados pasivos) en el cuidado del grupo 0-14, donde muchas personas se encuentran en ambos grupos, es decir, proporcionan ambos tipos de cuidados.

En vista de la gran importancia que tiene la distinción entre el cuidado durante la jornada de trabajo y el que se desarrolla posteriormente, según lo desarrollado más arriba, resulta de gran interés indagar sobre las características del cuidado específicamente durante lapso de tiempo durante la jornada de trabajo.

Para comprender cómo se atiende a los cuidados de los menores de 6 años contamos con datos que se derivan de preguntas incluidas en la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) de INEGI, la última de las cuales se levantó en 2017. En una de sus preguntas recaba información precisamente sobre quién cuida a las/os niñas/os *mientras la mamá va a trabajar*. La ENESS registra la información de cuidado de personas de hasta 6 años. La ventaja de esta pregunta consiste en que está referida a los cuidados *durante el lapso de la jornada laboral*. Como abarca a todos casos en los hogares que tienen hijas/os en ese intervalo de edad, se contabiliza también cuando la madre no trabaja. Como abarca hasta la edad de 6 años, una opción de variable de respuesta que aparece también (“va a la escuela”) nos permite descontar del cómputo a quienes tienen 6 años. Otra opción de respuesta sobre la asistencia a guardería o estancia infantil (que incluso está desglosada) nos permite asimismo separar a quienes reciben cuidado institucional. De este modo, en función de la figura cuidadora, la información queda de la siguiente manera (cuadro 2.22):

CUADRO 2.22: TIPO DE FIGURA ENCARGADA DEL CUIDADO DE LA POBLACIÓN DE 0 A 6 AÑOS DURANTE LA JORNADA LABORAL Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2017

<b>Figura cuidadora</b>	<b>709,067</b>	
Va a la escuela (6 años)	104,450	
Cuidado institucional (0-5 años)	35,479	
Cuidado no institucional (0-5 años)	569,138	100.0%
Mamá que no trabaja	357,765	62.9%
Papá (que no trabaja)	7,999	1.4%
Abuelo/a	123,805	21.8%
Otro familiar	16,422	2.9%
Un no familiar	9,168	1.6%
Con su mamá en su trabajo	50,606	8.9%
Lo dejan solo	179	0.0%
No sabe	3,194	0.6%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENESS, 2017

Aunque se trata de fuentes distintas, las cifras de la ENESS guardan congruencia con las cifras de población que hemos venido manejando, así como de las de cobertura institucional (ver capítulo 3). Dejando a un lado la opción de “va a la escuela”, que corrige aproximadamente el traslape que se produce al incluir a niñas/os de 6 años, tenemos que de los 569 mil menores de 6 años que no cuentan con cuidado institucional la mayoría, un 63%, son cuidados por la mamá que no trabaja. Viene a continuación la figura de “abuela/o” (no se desglosa por sexo), casi 22%. Destaca en tercer lugar la figura de “con su mamá en el trabajo”, posiblemente en algunos casos una situación rotatoria pero no por ello menos importante, que llega a abarcar casi el 9% de los casos. “Otro familiar representa” la siguiente figura en importancia, con casi el 3%. No deja de ser preocupante

que haya menores que “dejan solo”, por pequeña que sea la cifra, lo que evidentemente requiere una atención institucional especial.

Otro aspecto que revela la ENESS en relación al tema del cuidado durante la jornada laboral es la respuesta a la pregunta de por qué no se utilizan los servicios de guardería ([cuadro 2.23](#)). Cabe aclarar que aquí están incluidas las opciones de personas cuidadoras de: papá, abuela/o, otro familiar y un no familiar.

CUADRO 2.23: NÚMERO DE HOGARES Y PORCENTAJE QUE NO UTILIZAN LOS SERVICIOS DE GUARDERÍA POR TIPO DE MOTIVO, CIUDAD DE MÉXICO, 2017

Motivo	Frecuencia	Porcentaje
No tiene derecho	7,025	4.5%
No hay lugar	2,136	1.4%
No confía en los servicios	41,804	26.6%
No reciben al niño(a) porque tiene una discapacidad	0	0.0%
No tiene quién lo lleve o lo recoja	1,310	0.8%
No hay o le queda lejos	3,241	2.1%
No tiene dinero para pagar los gastos o el servicio	17,779	11.3%
No tiene necesidad	78,536	49.9%
Otro motivo	5,563	3.5%
Total	157,394	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENESS, 2017

Evidentemente muchas de las opciones no son excluyentes. En ese sentido, por ejemplo, las cifras de no tiene derecho o no hay lugar no reflejan en absoluto el déficit institucional. Y la opción no “tiene dinero” tampoco refleja el número de hogares que no pueden pagar por un servicio privado de cuidados. En cambio, es de gran interés la respuesta de “no tiene necesidad”. Esta “percepción” de no necesidad refleja una normalización del uso del cuidado no institucional gratuito. De este modo, buena parte del cuidado no institucional es desempeñado de modo “natural” por la mamá que no trabaja o abuela/o. Ello representa un déficit institucional, en la medida en que el cuidado de las madres que no trabajan representa en al menos la mayor parte de los casos un obstáculo para el ingreso de esas madres a la actividad laboral. Igualmente, el cuidado por la figura de abuela/o y de otro familiar representa asimismo un subsidio social al déficit institucional de cuidados.

Finalmente, la ENESS proporciona una oportunidad para acercarnos al tema de la remuneración en el cuidado no institucional. Existe la idea de que el trabajo de cuidado en los hogares por integrantes del mismo es siempre gratuito, aunque como se ha afirmado antes, es mayoritariamente (no completamente) gratuito. El [cuadro 2.24](#) nos da una imagen de conjunto.

De las figuras consideradas, evidentemente quien en mayor proporción recibe remuneración es el no familiar. Pero también un porcentaje importante de familiares distintos de la figura de abuela/o reciben alguna remuneración, menor en promedio de las de los no familiares. Estos otros familiares pueden ser no integrantes del hogar. Finalmente, un porcentaje pequeño, pero

no desdeñable, de abuelas/os (que evidentemente son en alguna medida integrantes del hogar) reciben remuneración, menor que la de los otros familiares.

CUADRO 2.24: PORCENTAJE DE PERSONAS QUE RECIBEN REMUNERACIÓN POR CUIDADO DE MENORES DE HASTA 6 AÑOS EN EL HOGAR Y REMUNERACIÓN PROMEDIO DE LAS PERSONAS QUE RECIBEN REMUNERACIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2017

Tipo de persona cuidadora	Personas cuidadoras con remuneración			Remuneración promedio
	Total	Reciben remuneración	%	
Abuelo/a	123,805	8,940	7.2%	\$586
Otro familiar	16,422	4,543	27.7%	\$1,288
Un no familiar	9,168	6,036	65.8%	\$2,003*
Total	157,394	19,519	12.4%	

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENESS, 2017

\* En la última opción de ingreso corresponde a “más de 3,000”. Para tener una cifra a ponderar se utilizó esa misma cantidad. Por tanto, la cantidad promedio es mayor, sin que sea posible determinar qué tanto.

### 2.3.2. Cuidado en el hogar de las personas dependientes por discapacidad

El cuidado que proporcionan integrantes del hogar a personas dependientes por discapacidad del propio hogar constituye, junto con el cuidado institucional y el provisto de manera individual por el mercado, la otra gran faceta del cuidado, la de la *provisión* de cuidados. Pero este cuidado por y para los hogares desempeñado de modo casi exclusivamente gratuito y mayoritariamente por mujeres, constituye, al igual que en el caso del cuidado de los dependientes por edad, la mayor parte con mucho del cuidado provisto.

Para la identificación de las personas cuidadoras y la contabilización de las horas de cuidado, así como la definición de su perfil, tomaremos los siete tipos de cuidados que ya se definieron al tratar de los requerimientos de las personas dependientes por discapacidad.

Con estas premisas se presentan primeramente las características generales de las personas cuidadoras y del cuidado proporcionado, por y para el hogar, para posteriormente hacer algunas distinciones que nos permitan conocer mejor la forma en que se provee el cuidado en el caso que tratamos.

En primer lugar, se establece un perfil general de las personas cuidadoras de personas dependientes por discapacidad. Esto puede verse en el cuadro 2.25.

La ENUT 2019 arroja un total de 296,203 personas cuidadoras considerando los tipos de cuidados considerados. La división por sexo de personas cuidadoras indica un 70% de mujeres y un 30% de hombres, aunque esa proporción aumenta en los dos últimos grupos de edad considerados. También se destaca que una proporción considerable de personas cuidadoras (37.7%) tiene 60 años o más, cuestión que se retoma más adelante.

CUADRO 2.25: PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR QUE PROPORCIONAN CUIDADOS A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD DEL HOGAR Y PORCENTAJE, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Grupo de edad de personas cuidadoras	Hombres	Mujeres	Total
De 12 a 17	0	9,925	9,925
De 18 a 30	26,337	30,629	56,966
De 31 a 59	30,773	87,008	117,781
60 y más	29,758	81,773	111,531
Total	86,868	209,335	296,203
De 12 a 17	0.0%	100.0%	100.0%
De 18 a 30	46.2%	53.8%	100.0%
De 31 a 59	26.1%	73.9%	100.0%
60 y más	26.7%	73.3%	100.0%
Total	29.3%	70.7%	100.0%
De 12 a 17	0.0%	4.7%	3.4%
De 18 a 30	30.3%	14.6%	19.2%
De 31 a 59	35.4%	41.6%	39.8%
60 y más	34.3%	39.1%	37.7%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Siguiendo con los aspectos generales, podemos ver cómo se reparte el tiempo de cuidado total según el tipo de cuidado específico. En el [cuadro 2.26](#) se presenta el *promedio de horas* de cuidado por tipo de cuidado.

CUADRO 2.26: PROMEDIO DE HORAS A LA SEMANA DE CUIDADO QUE PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR QUE PROPORCIONAN A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD DEL HOGAR, POR SEXO Y TIPO DE CUIDADO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Tipo de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Dar de comer o ayudar a hacerlo	6.53	8.15	7.73
Bañar, asear, vestir, arreglar o ayudar a hacerlo	3.86	3.72	3.75
Cargar, acostar o ayudar a hacerlo	2.02	7.97	5.38
Preparar remedios caseros o alimento especial	5.03	3.7	3.94
Dar medicamentos o checar síntomas	3.67	1.48	1.99
Llevar/recoger/esperar para atención médica o terapia	6.62	4.23	4.77
Dar terapia especial o ayudar a ejercicios	1.55	1.84	1.76
Total	9.86	12.75	11.91

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

El tipo de cuidado que más insume tiempo es el de apoyo para comer, seguido de cargar y acostar y llevar/recoger/esperara en relación con asuntos de salud; los dos primeros relacionados con persona con mucho deterioro físico; el segundo relacionado con los dilatados tiempos de espera en centros de salud y del traslado en la ciudad.

En cuanto a la distribución de la carga de cuidado por sexo, el promedio total arroja una diferencia de un 30% más de tiempo de mujeres. Esta proporción varía por tipo de cuidado, donde incluso en algunos casos es mayor la participación masculina.

Para tener una visión más específica de la forma en que se proporcionan los cuidados se presenta la información desglosada por intervalos de tiempo de cuidado semanal. Como se ha visto anteriormente, este desglose proporciona una visión clara de la distribución de la carga según su intensidad, definida esta al menos por este criterio fundamental (ver [cuadro 2.27](#)).

CUADRO 2.27: PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR QUE PROPORCIONAN CUIDADOS A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD DEL HOGAR Y PORCENTAJE POR SEXO E INTERVALOS DE HORAS DE CUIDADO A LA SEMANA, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas de cuidado semanal	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10 horas	54,119	127,642	181,761
Más de 10 hasta 20 horas	24,447	43,350	67,797
Más de 20 hasta 50 horas	6,214	22,661	28,875
Más de 50 hasta 60 horas	0	9,155	9,155
Más de 60 y más horas	2,088	6,527	8,615
<b>Total</b>	<b>86,868</b>	<b>209,335</b>	<b>296,203</b>
Hasta 10 horas	29.8%	70.2%	100.0%
Más de 10 hasta 20 horas	36.1%	63.9%	100.0%
Más de 20 hasta 50 horas	21.5%	78.5%	100.0%
Más de 50 hasta 60 horas	0.0%	100.0%	100.0%
Más de 60 y más horas	24.2%	75.8%	100.0%
<b>Total</b>	<b>29.3%</b>	<b>70.7%</b>	<b>100.0%</b>
Hasta 10 horas	62.3%	61.0%	61.4%
Más de 10 hasta 20 horas	28.1%	20.7%	22.9%
Más de 20 hasta 50 horas	7.2%	10.8%	9.7%
Más de 50 hasta 60 horas	0.0%	4.4%	3.1%
Más de 60 y más horas	2.4%	3.1%	2.9%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Al igual que ya se vio para el conjunto del cuidado y para los requerimientos de cuidados de los dependientes por discapacidad, el número de personas involucradas en el cuidado disminuye conforme aumenta la carga de cuidado. Al igual que con las necesidades de las personas dependientes por discapacidad, el cuadro anterior nos muestra diferentes intensidades y cargas del cuidado que se provee. Y apunta a la necesidad de un abordaje diferenciado de las políticas de atención a las personas cuidadoras, según problemáticas específicas derivadas de los diferentes niveles y tipos de carga de cuidado. Es muy distinto el apoyo que se proporcionaría a una persona que dedica menos de 10 horas a la semana que una que le dedica más de 60.

Por supuesto, habría otros elementos para definir el apoyo específico, pero la carga de horas de cuidado define diferencias importantes. Otro elemento que debería pesar como indispensable

para definir el tipo de apoyo sería el tipo de limitación de la persona cuidada, más incluso que el tipo de cuidados a proporcionar, también importante. Los tipos de apoyo podrían ser tan diferentes, que podrían ir desde una capacitación en cuidados específicos (sobre todo en casos de cuidados de pocas horas de requerimiento) hasta la sustitución completa de la persona del hogar por una persona profesionalizada en cuidados específicos (por ejemplo, en los casos de Alzheimer), esta última opción factible financieramente dada la incidencia relativamente pequeña de los casos de mayor intensidad de carga, al menos a juzgar por el criterio de las horas de cuidado a la semana requeridas.

Por supuesto, todo el análisis de la provisión de cuidados de las personas dependientes por discapacidad, así como el de requerimientos, intentando mostrar sus componentes y los órdenes de magnitud, es decir, definir la población objetivo, será de utilidad para la planeación y el cálculo del esfuerzo público para los diversos elementos de política que se apliquen. La determinación del número de la población beneficiaria y su ubicación representaría una segunda etapa, vinculada a la captación y localización de la población a atender, lo cual podría hacerse mediante convocatoria al uso de servicios, ya conociendo qué tipo de políticas y servicios se ofrecerán.

Vimos un poco antes que una gran cantidad de personas cuidadoras (37.7% del total) estaban en el intervalo de edad de más de 60 años. En este sentido, resulta conveniente ahondar un poco más en la situación de este grupo de edad en cuanto a la carga de horas de cuidado (hasta donde lo permita la muestra). Para examinar las cargas de cuidado por el criterio de las horas de cuidado a la semana por grupos de edad, dejamos de lado el pequeño grupo de 12 a 17 años. El resultado puede verse en el [cuadro 2.28](#).

CUADRO 2.28: PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR DE MAYORES DE 18 AÑOS QUE PROPORCIONAN CUIDADOS A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD DEL HOGAR Y PORCENTAJE, POR GRANDES GRUPOS DE EDAD, SEXO E INTERVALOS DE HORAS DE CUIDADO A LA SEMANA, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas	De 18 a 59 años			De 60 años u más		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Hasta 10 horas	33,655	61,445	95,100	20,464	56,272	76,736
Más de 10 horas hasta 50 horas	23,455	46,255	69,710	7,206	19,756	26,962
Más de 50 horas	0	9,937	9,937	2,088	5,745	7,833
Total	57,110	117,637	174,747	29,758	81,773	111,531
Hasta 10 horas	58.9%	52.2%	54.4%	68.8%	68.8%	68.8%
Más de 10 horas hasta 50 horas	41.1%	39.3%	39.9%	24.2%	24.2%	24.2%
Más de 50 horas	0.0%	8.4%	5.7%	7.0%	7.0%	7.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
Hasta 10 horas	35.4%	64.6%	100.0%	26.7%	73.3%	100.0%
Más de 10 horas hasta 50 horas	33.6%	66.4%	100.0%	26.7%	73.3%	100.0%
Más de 50 horas	0.0%	100.0%	100.0%	26.7%	73.3%	100.0%
Total	32.7%	67.3%	100.0%	26.7%	73.3%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Vemos que también al examinar la carga de horas de cuidado por gran grupo de edad el número de personas disminuye de manera pronunciada conforme aumenta la carga de cuidado. Respecto del grupo de 60 años y más vemos que hay más personas proporcionalmente concentradas en el estrato de menos horas respecto del grupo 18-59. No obstante, resulta preocupante que haya cierto número no muy pequeño de personas de esa edad que cuidan más de 50 horas a la semana.

Por último, cabe hacer un breve comentario del cuidado que se provee por integrantes del hogar a otros hogares de manera gratuita, que podría denominarse comunitario. El número de personas que intervienen es muy alto, como puede observarse en el [cuadro 2.29](#).

CUADRO: 2.29: PERSONAS Y HORAS PROMEDIO EN EL CUIDADO GRATUITO A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD EN OTROS HOGARES, POR SEXO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Concepto	Hombres	Mujeres	Total
Horas promedio	6.25	18.17	13.86
Personas cuidadoras	76,031	134,627	210,658

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

Sin embargo, como sucede en otros casos el número de personas involucradas disminuye de manera pronunciada conforme aumenta la carga de horas, de modo que la mayor parte de las personas (70%) dedica menos de 10 horas a este tipo de cuidado, como se ve en el [cuadro 2.30](#).

CUADRO: 2.29: PERSONAS EN EL CUIDADO GRATUITO A PERSONAS DEPENDIENTES POR DISCAPACIDAD EN OTROS HOGARES Y PORCENTAJE, POR SEXO Y RANGO DE HORAS A LA SEMANA DE CUIDADO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

Rango de horas de cuidado	Hombres	Mujeres	Total
Hasta 10	68,324	79,434	147,758
Más de 10 hasta 20	0	15,783	15,783
Más de 20 hasta 50	7,707	27,803	35,510
Más de 50	0	11,607	11,607
Total	76,031	134,627	210,658
Hasta 10	46.2%	53.8%	100.0%
Más de 10 hasta 20	0.0%	100.0%	100.0%
Más de 20 hasta 50	21.7%	78.3%	100.0%
Más de 50	0.0%	100.0%	100.0%
Total	36.1%	63.9%	100.0%
Hasta 10	89.9%	59.0%	70.1%
Más de 10 hasta 20	0.0%	11.7%	7.5%
Más de 20 hasta 50	10.1%	20.7%	16.9%
Más de 50	0.0%	8.6%	5.5%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. ENUT, 2019

La proporción en el total de mujeres a hombres es de dos a uno. La participación femenina es un poco menor para el estrato de menos de 10 horas, como sucede en otros casos.

## 2.4. Aspectos socioeconómicos del cuidado

Hay una variable importantísima poco tomada en cuenta en la literatura, y de hecho no desarrollada, que nos da luz sobre las principales características del cuidado que se desarrolla en los hogares. Se trata de las *diferencias en el nivel económico* de los hogares en los que integrantes del hogar proporcionan cuidados, principalmente en forma gratuita y principalmente por mujeres. El ejercicio se hizo para el caso del cuidado a menores de 15 años.

Para establecer la relación correspondiente, al menos de modo aproximativo, se generó una variable del ingreso del hogar, con la pregunta de los ingresos del hogar no derivados del trabajo (transferencias, ayudas, programas sociales, etc.) y la de los diferentes ingresos individuales por trabajo.<sup>10</sup> Se eliminaron los casos de no respuesta, que representarían un sesgo mucho mayor a sólo considerar los casos de respuesta (los sí especificados). Igualmente se fijaron sólo tres estratos para eliminar la aleatoriedad que resultaría de una muestra pequeña, recortada aún más al descartar los no especificados.

En este ejercicio han resultado más significativas, en diferentes sentidos, las diferencias por estrato socioeconómico en el promedio total de horas de cuidado y en el número personas aplicadas al cuidado. El resultado puede observarse en los cuadros 2.30 y 2.31.

Del cuadro anterior se desprenden dos grandes conclusiones, ya previsibles a partir del análisis anterior, en este caso referidas al cuidado de la población menor de edad.

En primer lugar, es clara la relación entre el nivel de ingresos y el recurso al cuidado no institucional de menores de edad. A mayor nivel socioeconómico menor proporción de personas dedicadas al cuidado. Esto es bastante lógico. Con mayores ingresos es mayor es la posibilidad de resolver el problema del cuidado, cuando entra en competencia con otra actividad, por ejemplo, el trabajo. A menor nivel socioeconómico, mayor la probabilidad de que el cuidado se convierta en problema y una carga, en competencia con otras actividades.

En segundo lugar, existe un nivel de cuidados irreductible, que no es resultado de la imposibilidad de “deshacerse” del “problema” del cuidado, sino de que existe esa parte del tiempo de cuidado relacionado con la relación afectiva, en donde el cuidado no es considerado una “carga”. Los hogares del estrato de mayores ingresos no tienen problemas de pagar cuidados y, sin embargo, también proporcionan cuidados en el hogar. De hecho, el promedio de horas dedicadas al cuidado tiende a ser mayor en el estrato alto. Aunque la desproporción por sexo se mantiene.

---

<sup>10</sup> La ENUT 2019 presenta 10 fuentes de ingresos monetarios en el hogar, los primeros nueve se incluyen en la base de datos del hogar y son: 1) jubilación y pensiones; 2) por familiares o conocidos en el país; 3) por familiares o conocidos en el extranjero; 4) alquiler de algún bien; 5) renta de propiedad; 6) retiro de intereses bancarios; 7) venta o empeño de bienes; 8) programas de gobierno y 9) otras fuentes no provenientes de trabajo. La décima fuente proviene del ingreso por trabajo y se incluye en la base de datos del módulo ya que es una variable individual para cada persona. Para el cálculo del ingreso del hogar primero se sumó el ingreso por trabajo de cada integrante del hogar y el resultado se unió con la base de los hogares, después se sumaron los 10 ingresos monetarios y se obtuvo el ingreso por hogar, el cual se divide entre el número de integrantes del hogar para obtener el ingreso per cápita por hogar.

CUADRO: 2.30: HORAS DE CUIDADO PROPORCIONADO Y PERSONAS QUE PROPORCIONAN CUIDADOS A MENORES DE 5 AÑOS, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

	Sexo	Estrato socioeconómico			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Personas de 12 años y más	Total	2,257,488	2,252,274	2,236,401	6,746,163
	Mujeres	1,177,257	1,206,074	1,137,921	3,521,252
	Hombres	1,080,231	1,046,200	1,098,480	3,224,911
Proporcionan cuidados	Total	458,968	344,312	95,651	898,931
	Mujeres	282,764	221,337	51,641	555,742
	Hombres	176,204	122,975	44,010	343,189
Porcentaje	Total	20.3%	15.3%	4.3%	13.3%
	Mujeres	24.0%	18.4%	4.5%	15.8%
	Hombres	16.3%	11.8%	4.0%	10.6%
Horas totales por semana	Total	5,425,738	4,896,144	1,870,320	12,192,202
	Mujeres	4,340,424	3,630,728	1,477,749	9,448,901
	Hombres	1,085,314	1,265,416	392,571	2,743,301
Horas promedio por semana	Total	11.8	14.2	19.6	13.6
	Mujeres	15.3	16.4	28.6	17.0
	Hombres	6.2	10.3	8.9	8.0

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

CUADRO: 2.31: HORAS DE CUIDADO PROPORCIONADO Y PERSONAS QUE PROPORCIONAN CUIDADOS A MENORES DE 15 AÑOS Y PORCENTAJE, SEGÚN ESTRATO SOCIOECONÓMICO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019

	Sexo	Estrato socioeconómico			
		Bajo	Medio	Alto	Total
Personas de 12 años y más	Total	2,257,488	2,252,274	2,236,401	6,746,163
	Mujeres	1,177,257	1,206,074	1,137,921	3,521,252
	Hombres	1,080,231	1,046,200	1,098,480	3,224,911
Proporcionan cuidados	Total	754,623	574,981	276,190	1,605,794
	Mujeres	444,204	364,033	183,151	991,388
	Hombres	310,419	210,948	93,039	614,406
Porcentaje	Total	33.4%	25.5%	12.3%	23.8%
	Mujeres	37.7%	30.2%	16.1%	28.2%
	Hombres	28.7%	20.2%	8.5%	19.1%
Horas totales por semana	Total	5,234,601	4,174,474	1,934,518	11,343,593
	Mujeres	3,775,952	3,273,552	1,387,699	8,437,203
	Hombres	1,458,649	900,922	546,819	2,906,390
Horas promedio por semana	Total	6.9	7.3	7.0	7.1
	Mujeres	8.5	9.0	7.6	8.5
	Hombres	4.7	4.3	5.9	4.7

Fuente: Elaboración propia con base INEGI: ENUT, 2019

En síntesis, que el cuidado de la población menor de edad, particularmente durante el lapso de la jornada de trabajo, *afecta principalmente a los hogares de bajos ingresos*, de manera menos intensa a los estratos medios, y no representa un problema para los hogares de estrato alto.

Esto nos inclina a reflexionar sobre la manera de abordar el tema de los cuidados, en la que habrá siempre que incluir todas sus facetas, como se ha intentado hacer en este análisis.

El cuidado institucional que debe efectuarse durante la jornada de trabajo debe ser concebido actualmente como necesidad social, en la medida en que la opción de incorporación de las mujeres al mercado laboral se ha convertido en una necesidad social, particularmente en los hogares de menores ingresos. El Estado debe emprender acciones para, de manera gradual pero progresiva, asegurar la satisfacción de dicha necesidad, ya sea directamente, a través de la provisión de servicios, ya sea indirectamente, promoviendo y facilitando la provisión, oferta y accesibilidad del servicio privado, o con otro tipo de apoyos.

Por otra parte, son necesarias políticas para apoyar el cuidado post jornada laboral, por ejemplo, educativas, promoviendo la equidad por sexo en el cuidado al interior del hogar, o capacitación para un mejor cuidado en el hogar por parte de sus integrantes, u otros apoyos como el acercamiento de la oferta y la demanda.

Como toda política pública en un ámbito específico, no puede desligarse de otras áreas de requerimiento y de las políticas aplicadas para atenderlos, con las que debe haber coordinación. Entre ellas destacan las dos mayores áreas consumidoras de tiempo que entran en competencia con los cuidados: la jornada laboral y el trabajo doméstico. Gran parte de la posibilidad de éxito de una política pública del cuidado dependerá en buena medida de los avances en esas dos áreas.

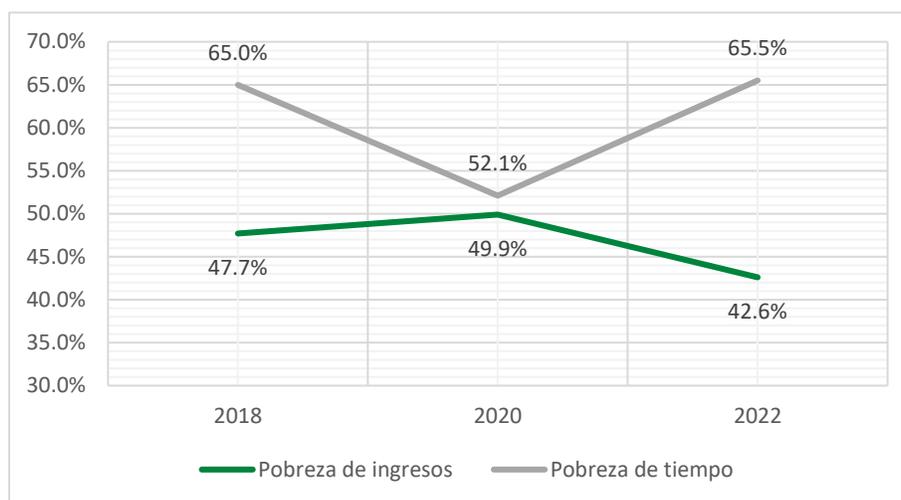
También existe una relación entre la provisión de cuidados por integrantes del hogar y la pobreza. De modo general, en los años recientes la pobreza de ingresos ha tendido a disminuir. Hubo un repunte durante la pandemia, pero ya en 2022 se recupera la tendencia a la baja. No ocurre lo mismo con la pobreza de tiempo. Durante la pandemia tendió a disminuir debido a la reclusión forzosa; pero ya en 2022 se constata un ligero repunte respecto de 2018. Ver [cuadro 2.32](#). La pobreza de ingresos y la de tiempo siguen entonces una tendencia contrapuesta. Ver [gráfica 2.3](#). En una economía de mercado, la pobreza de ingresos y de tiempo observan comportamientos inversos, pues el tiempo es canjeable en el mercado por ingresos.

CUADRO: 2.32: PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA DE INGRESOS Y DE TIEMPO, 2018-2022, DE ACUERDO CON EVALÚA

Tipo de pobreza total	2018	2020	2022
Pobreza de ingresos	47.7%	49.9%	42.6%
Pobreza de tiempo	65.0%	52.1%	65.5%

Fuente: Consejo de Evaluación de la Ciudad de México. Medición de la pobreza 2018-2022, Principales resultados, Cuadros MMIP Entidad Federativa 2018-2022. Con base en ENIGH, 2018, 2020 y 2022 y Cuentas Nacionales de 2018, 2020 y 2022 del INEGI.

GRÁFICA: 2.3: PORCENTAJE DE POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE POBREZA DE INGRESOS Y DE TIEMPO, 2018-2022, DE ACUERDO CON EVALÚA



Fuente: Cuadro 2.32

La relación entre la provisión de cuidados y la pobreza resulta más clara cuando examinamos las horas de cuidado proporcionadas en promedio a la semana a los diversos requirentes y el estrato de pobreza. Ver cuadro 2.33. La pobreza es también pobreza de tiempo. Claramente, el promedio de horas de cuidado proporcionado aumenta conforme es mayor la pobreza. Mientras que la población en pobreza muy alta dedica casi 34 horas semanales al cuidado, quienes pertenecen al estrato alto emplean solo 11 horas a las mismas tareas. Asimismo, la incidencia de pobreza entre quienes dedican tiempo no remunerado al cuidado (75%) es significativamente mayor a la incidencia general de pobreza (63%).

CUADRO: 2.33: POBLACIÓN QUE REPORTÓ DEDICAR TIEMPO A CUIDAR DE FORMA NO REMUNERADA A NIÑOS, ENFERMOS, ANCIANOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR ESTRATOS DEL MMIP, 2022

Estratos	Porcentaje	Población	Horas promedio a la semana	Participación en el total de horas
a. Pobreza muy alta	6.8	106,422	33.7	9.9
b. Pobreza alta	14.2	223,204	25.8	15.9
<b>c. Pobreza extrema<sup>1</sup> (a+b)</b>	<b>21.0</b>	<b>329,626</b>	<b>28.3</b>	25.8
d. Pobreza moderada	53.7	842,804	24.6	57.2
<b>e. Pobreza Total<sup>2</sup> (c+d)</b>	<b>74.7</b>	<b>1,172,430</b>	<b>25.6</b>	83.0
f. Satisfacción mínima	11.6	182,405	16.4	8.2
g. Estrato medio	12.8	201,192	15.1	8.4
h. Estrato alto	0.8	13,259	11.1	0.4
No Pobres <sup>3</sup> (f+g+h)	25.3	396,856	15.5	17.0
<b>Población total</b>	<b>100.0</b>	<b>1,569,286</b>	<b>23.1</b>	100

Fuente: elaboración propia a partir de la medición de la pobreza de Evalúa Ciudad de México y la ENIGH 2022

En este contexto resulta más significativo el aporte de las familias de menores ingresos al trabajo de cuidados. Si se calcula el equivalente en términos de valor en el mercado del trabajo de cuidados resulta relevante la aportación de las familias y especialmente de las mujeres. INEGI ha realizado una estimación de ese valor, incluyendo la proporción que representa en términos del producto interno bruto. Para contextualizar la importancia del trabajo de cuidado en esos términos, se presenta también el valor de mercado imputado al total del trabajo no remunerado, comparando el total nacional con el valor para la Ciudad de México, distinguiendo la aportación según sexo. Ver [cuadro 2.34](#).

CUADRO: 2.34: VALOR MONETARIO DEL TRABAJO NO REMUNERADO ("LABORES DOMÉSTICAS Y DE CUIDADO")<sup>1</sup> Y DE CUIDADOS EN PORCENTAJE DEL PRODUCTO INTERNO BRUTO Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO DE LA CONTRIBUCIÓN DEL VALOR IMPUTADO, MÉXICO Y CIUDAD DE MÉXICO, 2022

Concepto	Nivel nacional			Ciudad de México		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Total trabajo no remunerado <sup>2</sup>	24.3%	17.6%	6.7%	11.6%	7.9%	3.7%
Trabajo no remunerado cuidados <sup>3</sup>	6.1%	4.5%	1.5%	2.7%	2.0%	0.7%
Total trabajo no remunerado <sup>2</sup>	100.0%	72.4%	27.6%	100.0%	68.1%	31.9%
Trabajo no remunerado cuidados <sup>3</sup>	100.0%	75.0%	25.0%	100.0%	74.1%	25.9%

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Trabajo no Remunerado de los Hogares

Notas:

1 Se incluye en el cálculo la estimación de la contribución de población de 5 a 11 años; "se excluye el tiempo destinado a las actividades simultáneas, con el fin de evitar una doble contabilización del tiempo de trabajo". Ver INEGI 2024, pp. 462, 464.

2 Los componentes considerados en la definición de "Labores domésticas y de cuidado" son proporcionar: alimentos; limpieza y mantenimiento a la vivienda; limpieza y cuidado de la ropa y calzado; compras y administración del hogar; cuidados y apoyo; y ayuda a otros hogares y trabajo voluntario.

3 El área de cuidados y apoyo considera las siguientes subdivisiones: Cuidado general, ayuda y apoyo escolar y cuidados de salud (temporales y especializados)

En la Ciudad de México el porcentaje del valor de mercado en términos del producto interno bruto (PIB) del total del trabajo no remunerado, así como del de cuidados, representa menos de la mitad del nacional. Esto puede deberse, entre otras cosas a una mayor presencia del cuidado institucional público en la Ciudad de México, así como una mayor capacidad para recurrir al cuidado pagado. Tanto en la Ciudad de México como a nivel nacional el trabajo de cuidados representa alrededor de la cuarta parte del trabajo no remunerado.

En cuanto a la distribución por sexo, tanto en la Ciudad de México como en el país vemos que el trabajo de cuidado desempeñado por mujeres representa alrededor de los tres cuartos del valor en términos monetarios, es decir, tres veces más que los hombres. En cuanto el trabajo no remunerado los porcentajes son sólo un poco menores, especialmente en la Ciudad de México, posiblemente por las mismas razones por la que los porcentajes en proporción al PIB en la Ciudad de México son menores que a nivel nacional.

## CAPÍTULO CUARTO: PROVISIÓN DE CUIDADOS INSTITUCIONALES PARA GRUPOS PRIORITARIOS (DISEÑO, POBLACIÓN ATENDIDA Y ANÁLISIS TERRITORIAL)

### 3.1. Normativa sobre el cuidado

Para entender de qué forma se debe articular el diseño de un sistema de cuidados en la Ciudad de México se expondrán algunos avances en la normatividad internacional, nacional y con particular interés en la local. Si bien no hay un desarrollo profundo para el ámbito local, hay que destacar la disposición constitucional local (Art. 9, letra B) que establece el cuidado como derecho y mandata la creación del sistema de cuidados, así como la creación en octubre de 2023 de la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México, que como órgano colegiado ha funcionado como plataforma base para la discusión y planteamiento de un sistema de cuidados para la ciudad.

#### 3.1.1. Ámbito internacional

Los organismos internacionales han tenido un papel importante en la discusión sobre los cuidados. Han permitido tratar al cuidado como un derecho y una responsabilidad de orden público. En su objetivo quinto, que corresponde a la igualdad de género, la Agenda 2030 estipula que los países miembros de la Organización de Naciones Unidas (ONU) deberán “reconocer y valorar los cuidados y el trabajo doméstico no remunerados mediante servicios públicos, infraestructuras y políticas de protección social, y promoviendo la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país” (CEPAL, 2016, p. 17). Hay particularmente dos cosas que notar en el mandato: el énfasis que se hace en el trabajo no remunerado (cuestión crítica para la equidad de género) y la distinción clara entre el trabajo doméstico y el de cuidado. A partir de ello, se señalan dos ámbitos en los que el Estado debe intervenir: en el público, por medio del desarrollo de políticas públicas e inversión, y en el privado, donde tiene la incumbencia de generar estrategias para permitir una carga compartida entre las personas que integran el hogar. Aunque en este último punto se deja abierto el precepto según el país que se trate, para el caso mexicano podría aplicar en el desarrollo de instrumentos como las licencias de maternidad y paternidad, licencias de cuidados, compensaciones a personas cuidadoras o, inclusive, campañas de información y concientización.

Por otra parte, la ONU-Mujeres es uno de los organismos internacionales más activos en la discusión del cuidado y cuenta con muchos documentos al respecto. Sin embargo, es posible detectar cuatro puntos recurrentes en su discusión (ver [cuadro 3.1](#)). Las recomendaciones están orientadas a la cuestión de equidad de género.

CUADRO 3.1: SÍNTESIS DE PUNTOS RECURRENTES EN LOS DOCUMENTOS DE LA ONU-MUJERES

Tema	Aspectos que se discuten
Diagnóstico de la situación	Detección, por medio de distintos métodos, de las brechas de género en las labores de cuidado (sobre todo del no remunerado). Se destacan algunos efectos perjudiciales, por ejemplo: la amplia dependencia económica, la pobreza de tiempo, las menores posibilidades de continuar estudios o la dificultad para insertarse en el mercado laboral.
Reconocimiento de las labores de cuidado	Discusión sobre la necesidad de visibilizar y valorizar al cuidado, tanto en términos económicos como sociales (por ejemplo: tener un sueldo y garantías laborales). Suelen sugerirse algunas acciones para la administración pública, como programas sociales, estrategias de concientización, mejores prácticas en la gestión de la infraestructura o reformas en la normatividad.
Reducción y redistribución del cuidado	Análisis de alternativas para socializar el cuidado, es decir, para promover el involucramiento de diferentes sectores de la sociedad. Al respecto, ha sido ampliamente difundido el llamado “diamante de cuidados”. Se trata de un esquema que cuestiona al modelo tradicional “familiarista” en la provisión del cuidado y abre la posibilidad a que se involucren de forma más activa tres partes adicionales (además de la familia): el Estado, la sociedad civil y el sector privado.
Información	Apuntes sobre la necesidad de producir información y estadísticas que permitan diseñar mejores políticas públicas, además de crear indicadores oportunos que favorezcan su evaluación. Se reconoce, asimismo, la necesidad de medir el aporte de este tipo de labores a la economía del país para conocer con claridad la dimensión del problema.

Fuente: elaboración propia a partir de ONU-Mujeres (2016; 2018; 2018a, 2020).

Por su orientación hacia los asuntos laborales, la OIT ha tenido también un papel fundamental en la discusión sobre el cuidado, más que nada en lo que respecta a los derechos de las personas trabajadoras. Al respecto, el organismo ha sintetizado en un informe reciente algunos puntos medulares a considerar en cualquier política de cuidados (ver [cuadro 3.2](#)). La OIT pone un acento en los periodos pre y post-parto, además del cuidado en la primera infancia, lo que le hace diseñar propuestas dirigidas a la protección de la maternidad y las licencias parentales.

CUADRO 3.2: DIMENSIONES QUE DEBE ABARCAR UNA POLÍTICA DE CUIDADOS SEGÚN LA OIT

Dimensión	Instrumentos
Tiempo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrupciones del trabajo para la lactancia</li> <li>• Otras licencias relacionadas con cuidados: de larga duración o por motivos urgentes</li> <li>• Tiempo libre para la atención sanitaria antenatal</li> </ul>
Seguridad de los ingresos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestaciones monetarias por licencia de maternidad, paternidad y parental</li> <li>• Seguridad de los ingresos para la lactancia</li> <li>• Prestaciones monetarias por cuidados de larga duración</li> </ul>
Servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de cuidados de salud materno-infantiles</li> <li>• Servicios de cuidado infantil (a domicilio, comunitarios y en los centros infantiles)</li> <li>• Educación primaria y secundaria y servicios extraescolares</li> <li>• Instalaciones para la lactancia</li> <li>• Servicios de cuidados de larga duración (a domicilio, de respiro y en residencias)</li> </ul>
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No discriminación, sin violencia ni acoso y protección del empleo</li> <li>• Derecho a un horario de trabajo decente</li> <li>• Derecho a lugares de trabajo seguros y saludables</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Organización Internacional del Trabajo (2022).

### 3.1.2. Ámbito nacional

En noviembre de 2020, la Cámara de Diputados aprobó la reforma a los artículos cuarto y 73 de la CPEUM, con el propósito de elevar a rango constitucional el derecho al cuidado. Algunos de los puntos principales de esta reforma son los siguientes (Cámara de Diputados, 2020):

- Señalamiento del Estado como el garante del derecho al cuidado, cuyo cumplimiento requiere un Sistema Nacional de Cuidados.
- Prescripción de equidad en las labores de cuidado, aludiendo a la corresponsabilidad no sólo entre hombres y mujeres, sino entre diversos actores sociales.
- En relación con el uso del tiempo, se reconoce un *derecho a no cuidar*; reconocido en la literatura (Fraga, 2018); es decir, a no ejecutar estas labores por falta de alternativas o por carencia de recursos.
- Priorización de tres grupos sociales: se identifica a infantes, población con discapacidad y personas adultas mayores. Cabe resaltar, además, la preocupación por las personas trabajadoras de cuidado no remuneradas.

Pese a este esfuerzo, después de tres años no se ha avanzado hacia la publicación de la Ley del Sistema Nacional de Cuidados. No obstante, existen algunas iniciativas. Por sus alcances, conviene revisar particularmente una de ellas, que fue presentada en 2021 por la LXV Legislatura. Dicha iniciativa reconoce la reforma al mandato constitucional, por lo que sus estipulaciones se encuentran alineadas a ella. El [cuadro 3.3](#) señala algunos de los elementos más relevantes.

CUADRO 3.3: ELEMENTOS RELEVANTES EN LA INICIATIVA DE LEY DEL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS 2021

1. Antecedentes y disposiciones generales	
Poblaciones objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infancia y adolescencia (dividida, a su vez, en tres grupos: de 0 a 3 años; 3 a 5; 6 a 12)</li> <li>• Personas mayores en situación de dependencia (transitoria o permanente)</li> <li>• Personas enfermas o discapacitadas (dependencia transitoria o permanente)</li> <li>• Personas cuidadoras</li> </ul>
Clasificación de los servicios del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados a domicilio: incluye cuidados directos e indirectos (estos últimos, siempre y cuando estén relacionados con la atención de las poblaciones objetivo)</li> <li>• Cuidados institucionales: incluye centros de atención infantil, horarios escolares ampliados y centros diurnos para personas con dependencia leve o moderada</li> <li>• Cuidados residenciales: servicios en centros de larga estadía y con pernocta</li> <li>• Apoyos y materiales tecnológicos: herramientas para mejorar las habilidades de las personas que reciben cuidados</li> </ul>
Grados de dependencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leve: ayuda intermitente o una vez al día para realizar varias actividades de la vida diaria</li> <li>• Moderada: ayuda dos o tres veces al día (pero no apoyo permanente) para realizar varias actividades de la vida diaria</li> <li>• Severa: ayuda permanente para realizar actividades de la vida diaria</li> </ul>
2. Estructura del Sistema Nacional de Cuidados (SNC)	
Junta Nacional de Cuidados: dependencias involucradas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano rector del SNC, conformado por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Secretarías de Hacienda, Trabajo, Educación, Cultura, Salud y Bienestar (esta última presidirá a la Junta)</li> <li>• Instituciones y órganos desconcentrados: IMSS, ISSTE, SNDIF, CONAPRED, Instituto de las Mujeres (esta última asumirá la Secretaría Técnica)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representación estatal: titulares de Secretarías de Bienestar de entidades federativas</li> </ul>
Comisiones técnicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano especializado de coordinación y articulación, según las especialidades de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infancia</li> <li>• Personas dependientes por envejecimiento, discapacidad o enfermedad</li> <li>• Personas cuidadoras</li> </ul> </li> </ul>
Asamblea consultiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Órgano de opinión y asesoría de acciones, políticas y programas implementados en el Sistema.</li> </ul>
<b>3. Herramientas y componentes</b>	
Registro nacional del cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herramienta para unificar la información sobre los componentes del sistema y censar los servicios que ya existen.</li> </ul>
Componentes programáticos discutidos en la coordinación interinstitucional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de cobertura</li> <li>• Desarrollo de política pública</li> <li>• Profesionalización y capacitación</li> <li>• Regulación laboral y de calidad de servicios</li> <li>• Gestión de recursos: financiamiento y distribución</li> <li>• Cambio cultural (concientización y sensibilización sobre temas del cuidado)</li> </ul>
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejecutivo Federal y los Gobiernos de las entidades federativas</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Senado de la República (2021).

Cabe mencionar brevemente los “Lineamientos generales para el funcionamiento y operación del registro nacional de centros de atención infantil (RENCAI)”. Esta disposición se limita a regular el registro de los centros de atención infantil (CAI) a nivel nacional. Respecto de lo que atañe a las entidades, sólo cabe dar cuenta de la estipulación de que las entidades federativas serán las responsables de los datos que se ingresen al RENCAI, los que podrán ser validados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) mediante supervisiones realizadas a los CAI, supervisiones que por lo demás sólo se refieren al registro, no al funcionamiento de los CAI.

### 3.1.3. Ámbito de la Ciudad de México

#### Constitución Política de la Ciudad de México

La promulgación de la CPCM fue un momento histórico y un referente político medular para la historia mexicana. De entre otras garantías adquiridas, se encuentra el derecho al cuidado, estipulado en el Capítulo noveno, que a la letra de su fracción B, enuncia:

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 (Gaceta Oficial de la Ciudad de México, 2017).

El mandato capitalino es muy preciso en sus definiciones y se encuentra en consonancia con la Carta Magna federal.

Al igual que en el ámbito federal, en la Ciudad de México ha habido diferentes propuestas para promulgar la ley respectiva. En el [cuadro 3.4](#) se sintetizan los puntos principales de tres documentos seleccionados. Se hacen evidentes varias afinidades con la iniciativa federal, como las poblaciones objetivo, la estructura orgánica del Sistema o las cuestiones relacionadas con el financiamiento. Será necesario, sin embargo, tener una coordinación mucho más precisa en lo que respecta al reparto de atribuciones entre niveles de gobierno, pues se advierten algunos traslapes potenciales con el ámbito de las capacitaciones o el sistema de información.

CUADRO 3.4. ELEMENTOS RELEVANTES EN ALGUNAS INICIATIVAS DE LEY DEL SISTEMA DE CUIDADOS PARA LA CIUDAD DE MÉXICO

1. Antecedentes y disposiciones	
Poblaciones objetivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Con algunas variaciones mínimas, pueden reconocerse básicamente tres grupos: infantes (la edad máxima varía de 8 a 14 años), personas adultas mayores y población con discapacidad o enfermedad.</li> </ul>
2. Estructura del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México	
Consejo Coordinador	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aunque recibe diferentes nombres, en todos los casos se menciona un Consejo que coordina el Sistema de Cuidados, que se encuentra integrado, cuando menos, por: <ul style="list-style-type: none"> <li>Titular de la Jefatura de Gobierno (quien presidirá),</li> <li>Titulares de diferentes Secretarías de la Ciudad de México</li> <li>Representantes del sector empresarial</li> <li>Representantes de la sociedad civil</li> <li>Adicionalmente, según la propuesta, se añade a representantes de la academia, organizaciones de profesionistas, sector sindical o diputados de diferentes partidos.</li> </ul> </li> <li>El Consejo Coordinador se divide en dos grupos: a) una secretaría ejecutiva y b) una secretaría técnica (o, en su defecto, un órgano de gestión).</li> </ul>
3. Herramientas y componentes	
Componentes discutidos sobre políticas públicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dotación de prestaciones tanto a las personas cuidadoras, como a la población que recibe cuidados</li> <li>Creación de estímulos para empresas</li> <li>Capacitación de personas trabajadoras del cuidado</li> <li>Integración de un padrón de personas beneficiarias</li> <li>Gestión de diferentes estrategias para atender las necesidades de cuidado de las personas que trabajan en dependencias de la Ciudad de México</li> </ul>
Fondo del Sistema de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> <li>En todos los casos se menciona un Fondo integrado por distintas secretarías que le permitirán al Consejo desarrollar proyectos de fortalecimiento de organizaciones sociales, así como estudios, reportes y análisis en materia de cuidados.</li> </ul>
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>En todos los casos, el Sistema está financiado por el Gobierno de la Ciudad de México, y es aprobado por el Congreso.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia a partir de Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (s.f.); Congreso de la Ciudad de México (2019; 2021).

## Normativas específicas de los cuidados para la Ciudad de México

### Ley que regula el funcionamiento de los centros de atención y cuidado infantil para el Distrito Federal

Todo sistema de cuidados para la población menor de 6 años en la Ciudad de México cae bajo la denominación oficial de CACI y está normado por la correspondiente “Ley que regula el

funcionamiento de los centros de atención y cuidado infantil para el Distrito Federal” (LRFCAI), publicada en la Gaceta Oficial de la Ciudad de México el 19 de agosto de 2011, con una última actualización el 12 de diciembre de 2022. La Ley regula el funcionamiento de todos los CACI, “cualquiera que sea su denominación, de carácter privado, público o comunitario, manejados por personas físicas o morales que cuenten con centros para proporcionar servicios de cuidado y atención de niños y niñas a partir de los 45 días de nacidos hasta cinco años once meses de edad”. (Art. 4)

Este sistema de los CACI comprende los siguientes niveles y grupos de edad (Art. 6):

- I. Lactantes: de 45 días de nacidos a 18 meses de edad.
- II. Maternal: de 1 año seis meses a tres años de edad.
- III. Preescolar: de 3 a 5 años 11 meses de edad.

Es importante señalar que no todos los CACI cuentan necesariamente con los tres niveles de servicios. Generalmente se trata de centros que cubren dos o tres de los servicios. En el primer caso puede ser la asociación de lactantes con maternal o de maternal con preescolar.

También es importante aclarar desde un inicio que el servicio de preescolar en este sistema funciona como una continuación del nivel maternal, y por ello forma parte del mismo sistema; pero ello no quiere decir en modo alguno que el servicio de preescolar de los CACI constituya el único servicio de preescolar disponible. Existe además el preescolar general, de cobertura mucho mayor, como veremos más adelante, tanto en la modalidad pública a cargo de la Secretaría de Educación Pública (SEP), como la modalidad privada.

Por su tipo los CACI se clasifican en (Art. 5):

- I. CACI Públicos: Los creados, financiados y administrados por el Gobierno de la Ciudad de México o sus Instituciones;
- II. CACI Privados: Todos los que son creados, financiados y administrados por particulares, excepto los que reciban subsidios o apoyos de la Ciudad de México;
- III. CACI Comunitarios: En estos, el Gobierno de la Ciudad de México, las alcaldías y/o las personas físicas o morales participan en el financiamiento o establecimiento de centros que proporcionan diversos servicios de cuidado y atención a la infancia.

Un órgano colegiado, el Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la Infancia (CODIACI), tiene la función de evaluar y supervisar el cumplimiento de los objetivos y prioridades de los CACI (Art. 12). Está integrado por (Art. 13):

- I. La Jefatura de Gobierno, quien lo presidirá;
- II. La Dirección General del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México, quien tendrá a cargo la coordinación ejecutiva del Comité;
- III. La Secretaría de Protección Civil;
- IV. La Secretaría de Salud;
- V. Secretaría de Educación; y
- VI. Una persona representante de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social.

Corresponde al DIF-CDMX, entre otras atribuciones, elaborar el Padrón Único de Centros de Atención y Cuidado Infantil y publicarlo en su respectivo sitio de internet (Art. 14).

Otras disposiciones importantes de la Ley estipulan que el Gobierno de la Ciudad de México, de acuerdo al presupuesto asignado, procurará el establecimiento de los CACI en zonas de alta y muy alta marginación. Los CACI privados o comunitarios, procurarán otorgar descuentos en las cuotas y costos desde un cincuenta por ciento hasta un cien por ciento a por lo menos el cinco por ciento de su matrícula, a aquellos usuarios que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad, según lineamientos que al efecto emita el Comité. (Art. 5 bis y 5 ter.)

Cabe subrayar que hay al menos dos omisiones de primera importancia. Por una parte, no se dice nada del modelo de atención: sus componentes y requisitos básicos. Por otra parte, tampoco se establecen horarios mínimos que aseguren que su extensión permita que el servicio represente un auténtico sistema de cuidado de los infantes.

### **Otras normativas**

Mencionamos primero el decreto que crea el “Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México” (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 17 de septiembre de 2020). En esta norma se prescribe la creación del mencionado Sistema. Básicamente se establece que debe crearse un Plan de Atención Integral a Niñas y Niños. Además de ello, sólo se desarrolla la constitución y funcionamiento de un Consejo del Sistema. Cabe destacar que en artículo quinto se establece que: “El acceso de niñas y niños a los Centros [públicos] será gratuito...”. Esta sería la única formulación explícita de la gratuidad del servicio público en un documento normativo en la Ciudad de México.

Otras normativas de carácter general serían:

- “Lineamientos generales para la operación de los Centros de Atención y Cuidado Infantil de la Secretaría de Finanzas del Gobierno de la Ciudad de México y sus 16 alcaldías” (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 1 de octubre de 2018, pp. 41-58.)
- “Reglamento de operación de los centros de atención, cuidado y desarrollo infantil DIF Ciudad de México” (proporcionado por el DIF-CDMX)

Estas normas se abordan al tratar de la valoración de los CACI de las alcaldías y los centros de a cargo del DIF-CDMX, respectivamente.

### **La Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México**

El 23 de octubre de 2023 se publicó en la *Gaceta Oficial de la Ciudad de México* el Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México. La Comisión es un órgano colegiado “encargado de articular las políticas públicas, servicios públicos y acciones gubernamentales de la Administración Pública local en materia de cuidados de las y los habitantes de la Ciudad” (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 2023). La

Comisión se integra por los titulares de: 1) Jefatura de Gobierno, quien preside la Comisión; 2) Secretaría de Inclusión y Bienestar Social, quien suplirá a la presidencia en caso de ausencia; 3) Secretaría de las Mujeres, quien está a cargo de la Secretaría Técnica; 4) Secretaría de Administración y Finanzas; 5) Secretaría de Salud; 6) Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación; y 6) Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo. Además, como invitados permanentes con derecho sólo a voz están los titulares de: 1) Subsistema de Educación Comunitaria PILARES; 2) Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia; 3) Instituto para el Envejecimiento Digno; 4) Instituto de las Personas con Discapacidad; 5) Agencia Digital de Innovación Pública; 6) Consejo de Evaluación; 7) Instituto de Planeación Democrática y Prospectiva; y 8) Junta de Asistencia Privada.

En el acuerdo de la creación de la Comisión destaca que entre sus atribuciones está: 1) definir los objetivos específicos del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México; 2) establecer los criterios para la articulación, diseño, implementación, operación y evaluación de las políticas, servicios y regulación que cumplan los objetivos del sistema de cuidados; 3) Elaborar la estrategia de cuidados para la Ciudad de México. Es decir que la Comisión se ha convertido en la plataforma base para diseñar e implementar el sistema de cuidados en la Ciudad de México. En las primeras reuniones que ha tenido se ha avanzado en la discusión sobre los cuidados en la ciudad; sin embargo, a causa de su reciente creación la estrategia de cuidados para la Ciudad de México aún está pendiente.

## 3.2. Instituciones que proveen cuidado a la población infantil

Las instituciones públicas de cuidado infantil se analizaron a partir de dos grupos: de 0 a 5 y de 6 a 14 años. La división de las instituciones corresponde al tipo de servicios que se ofrecen, por un lado, los CACI y el preescolar general atienden a la población de 0 a 5 años, y por otro, el sistema educativo, en específico las primarias y secundarias, se cruza con las necesidades de cuidado de la población de 6 a 14 años.

Se inicia el análisis con los aspectos generales de la atención a la población dependiente por edad. Luego se abordan en particular las principales modalidades del cuidado infantil. Para cada uno de estos servicios se discute su diseño, la población atendida y cuando resulta posible se estima la cobertura; además se integra un análisis territorial de la distribución de los servicios y una propuesta de localización optimizada de nuevos centros de cuidado para la población de 0 a 5 años.

### 3.2.1. Diseño y cobertura de los servicios públicos de cuidado infantil

En esta sección se da una valoración general del diseño de los servicios públicos para el cuidado de la población dependiente por edad, es decir, de cero a 14 años cumplidos y que no requiere de cuidados especiales por discapacidad, la cual es tratada en la sección sobre dependientes por discapacidad. También se incluyen algunas instituciones que, aunque en sentido estricto no son

propiamente de cuidados, en el sentido y delimitación que se hace en este trabajo, sus servicios se vinculan al trabajo de cuidados y pueden ser integrantes del sistema de cuidados.

También se trata la oferta de servicios públicos proporcionados por dichas instituciones. En algunos casos, en los que por la importancia del servicio es posible y conveniente mostrar asimismo la cobertura, se proporcionan las cifras correspondientes, incluyéndolo a los servicios privados, a fin de tener una imagen completa de la cobertura y por tanto una imagen del esfuerzo por realizar a fin de obtener una cobertura completa.

### Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México

Prácticamente no hay información disponible sobre la constitución y situación actual del Sistema. No hay información disponible si existe el Plan que mandata el decreto que crea dicho Sistema. Cuenta con una página de Internet<sup>11</sup> con información mínima, prácticamente sólo un informe en PowerPoint, en que se dan algunos resultados de actividades. Se dice que se capacitaron 1,917 agentes educativos (discapacidad en la primera infancia, límites en los niños, prevención del abuso en los niños, fomento de la autoestima en los niños, importancia del arte en la vida de los niños), además de capacitación en salud sobre prueba Evaluación del Desarrollo Infantil, para menores de 5 años (factores de riesgo biológico, exploración neurológica, lenguaje, motriz gruesa, motriz fina, social, conocimiento, señales de alarma, señales de alerta). Además, se reporta que se hizo un recorrido en el 100% de los CENDI para identificar necesidades de: obra, protección civil, educación, en las 16 Alcaldías, para el total de 213 CENDI, de lo cual se identificaron 117 CENDI para ser intervenidos por Secretaría de Obras y Servicios (SOBSE).

Existe también una presentación en PowerPoint, proporcionada por el DIF-CDMX, en la que se presenta lo que parece ser el Plan mencionado en el decreto correspondiente. Al inicio viene la siguiente declaración:

El Modelo de Atención a los Centros de Educación Inicial (CEI) Públicos de la Ciudad de México ofrece un servicio accesible, inclusivo, GRATUITO [énfasis original] y con calidad, todo ello bajo un enfoque interinstitucional con una estrategia emprendida por el DIF de la Ciudad de México, que incluye Capacitación, mantenimiento en Infraestructura y Nutrición.

El Modelo CEI Públicos de la Ciudad de México tiene como objetivo otorgar un servicio integral que favorezca el crecimiento y desarrollo cognitivo, personal, social, afectivo, comunicativo y nutricional en un ambiente cálido que respete su individualidad, intereses y necesidades a niñas y niños de 45 días a 2 años 11 meses (lactantes y maternas) y en su caso de 3 a 5 años once meses (preescolares).

---

<sup>11</sup> <https://dif.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/sistema-de-desarrollo-integral-de-los-centros-de-atencion-infantil-publicos-de-la-ciudad-de-mexico>

Posteriormente especifican las áreas de atención y se desarrollan con detalle no sólo los contenidos que deberán definirlas, sino diversos aspectos, como objetivos, funciones, aspectos procedimentales, protocolos, programas, capacitaciones, etc., sin una estructura homogénea. De modo enunciativo, las áreas consideradas son:

- Área de trabajo social
- Área de Psicología
- Área Médica
- Área de Pedagogía
- Área de Nutrición

Se desconoce si existe un instrumento jurídico que especifique todas estas cuestiones y que mandate su aplicación obligatoria a los CACI. Menos aún se conoce si se ha aplicado a la atención efectiva de los CACI a cargo del Gobierno de la Ciudad de México. Las dos presentaciones de PowerPoint son de 2020. No hay indicios de actividad posterior del Sistema y su Consejo.

### Atención en Centros de Atención y Cuidado Infantil y preescolares

En el [cuadro 3.5](#) puede verse la evolución reciente de la matrícula de los CACI.

CUADRO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA MATRÍCULA TOTAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL Y PORCENTAJE POR TIPO DE SOSTENIMIENTO, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Modalidad	2019	2020	2021	2022	2023
Público	45,785	48,299	ND	ND	50,586
Comunitario	11,847	11,590	5,575	5,341	6,229
Privado	7,644	6,218	ND	ND	7,218
<b>Total</b>	<b>65,276</b>	<b>66,107</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>64,033</b>
Público	70.1%	73.1%	ND	ND	79.0%
Comunitario	18.1%	17.5%	ND	ND	9.7%
Privado	11.7%	9.4%	ND	ND	11.3%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>ND</b>	<b>ND</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en: 2019: información proporcionada por DIF-CDMX; 2020: base de datos proporcionada por DIF- CDMX; Comunitario 2021-2023: SECTEI. 5° Informe de gobierno; Público 2023: estimación basada en DIF-CDMX, bases de datos de CACI 2020, 2022 y 2023, y estadística SEP; Privado 2023: estadística de SEP

De la información disponible puede verse que la modalidad que más se vio afectada por la contingencia hasta el presente es la comunitaria. Esto resulta particularmente significativo puesto que es la modalidad que precisamente mejor se adapta a las necesidades de la población de bajos recursos y con mayor concentración relativa de infantes, como se muestra más adelante. Asimismo, se trata de la modalidad más vulnerable financieramente a las crisis, por su propia indefinición administrativo-legal. A pesar del financiamiento emergente que recibió

durante la contingencia del Covid-19,<sup>12</sup> sólo una fracción se mantuvo funcionando, como se aprecia en el mencionado cuadro.

Una comparación para dos años de los diversos tipos de sostenimiento (ver [cuadro 3.6](#)) nos permite ver algunos detalles adicionales.

CUADRO 3.6. MATRÍCULA TOTAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL PORCENTAJE POR TIPO DE SOSTENIMIENTO, CIUDAD DE MÉXICO, 2020 Y 2023

Sostenimiento	Matrícula		Porcentaje	
	2020	2023	2020	2023
Público federal	28,837	32,294	43.6%	50.4%
Público CDMX central	3,516	4,301	5.3%	6.7%
Alcaldías	15,946	13,991	24.1%	21.8%
Comunitario	11,590	6,229	17.5%	9.7%
Privado	6,218	7,218	9.4%	11.3%
<b>Total</b>	<b>66,107</b>	<b>64,033</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en base en DIF-CDMX, base de datos de CACI 2020, 2022 y 2023; y estadística del SEP

Puede constatar una tendencia a la recuperación de la atención institucional de 2020 a 2023 en los CACI públicos federales y los de las instituciones de Gobierno de la Ciudad a nivel central, así como de los CACI privados. De las modalidades de atención públicas sólo las alcaldías no recuperan aún los niveles precrisis, lo que tiene relevancia dado su importante peso en la provisión de servicios por parte de las autoridades de la Ciudad de México.

En cuanto a los CACI públicos, puede verse una información más en detalle en el [cuadro 3.7](#).

<sup>12</sup> Los detalles en la página del Codiaci: <https://dif.cdmx.gob.mx/codiaci>. Según datos proporcionados por DIF-CDMX de un oficio se constituyeron fondos emergentes en 2020 y 2021, con los que se apoyaron a 118 CACI comunitarios y 5 CACI públicos.

CUADRO 3.7. MATRÍCULA TOTAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL PÚBLICOS Y PORCENTAJE POR TIPO DE SOSTENIMIENTO, PRINCIPALES INSTITUCIONES Y NIVEL DE ATENCIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2020 Y 2023

Modelo de atención	Sostenimiento	Adscripción	Matrícula		Centros*	
			2020	2023	2020	2023
Lactantes y maternal	Institución nacional en Ciudad de México	IMSS	13,568	19,695	130	114
		ISSSTE	2,042	1,387	42	42
		SEP	995	995	25	25
		Otros	995	1,151	17	18
		<b>Total</b>	<b>17,600</b>	<b>23,228</b>	<b>214</b>	<b>199</b>
	Institución CDMX central	DIF CDMX	948	1,658	30	34
		Otros	649	782	22	21
		<b>Total</b>	<b>1,597</b>	<b>2,440</b>	<b>52</b>	<b>55</b>
	CDMX alcaldías	<b>Alcaldías</b>	<b>2,378</b>	<b>3,047</b>	<b>132</b>	<b>134</b>
		<b>Total público</b>	<b>21,575</b>	<b>28,715</b>	<b>398</b>	<b>388</b>
Preescolar	Institución nacional en Ciudad de México	IMSS	4,719	3,620	131	114
		ISSSTE	3,219	2,459	47	42
		SEP	1,704	1,704	29	25
		Otros	1,595	1,283	21	18
		<b>Total</b>	<b>11,237</b>	<b>9,066</b>	<b>228</b>	<b>199</b>
	Institución CDMX central	DIF CDMX	827	801	35	16
		Otros	1,092	1,060	23	22
		<b>Total</b>	<b>1,919</b>	<b>1,861</b>	<b>58</b>	<b>38</b>
	CDMX alcaldías	<b>Alcaldías</b>	<b>13,568</b>	<b>10,944</b>	<b>213</b>	<b>203</b>
		<b>Total público</b>	<b>26,724</b>	<b>21,871</b>	<b>499</b>	<b>440</b>
Total	Institución nacional en Ciudad de México	IMSS	18,287	23,315	131	114
		ISSSTE	5,261	3,846	47	42
		SEP	2,699	2,699	29	29
		Otros	2,590	2,434	21	21
		<b>Total</b>	<b>28,837</b>	<b>32,294</b>	<b>228</b>	<b>206</b>
	Institución CDMX central	DIF CDMX	1,775	2,459	35	35
		Otros	1,741	1,842	23	22
		<b>Total</b>	<b>3,516</b>	<b>4,301</b>	<b>58</b>	<b>57</b>
	CDMX alcaldías	<b>Alcaldías</b>	<b>15,946</b>	<b>13,991</b>	<b>213</b>	<b>212</b>
		<b>Total público</b>	<b>48,299</b>	<b>50,586</b>	<b>499</b>	<b>475</b>

Fuente: Elaboración propia con base en base en DIF-CDMX, base de datos de CACI 2020, 2022 y 2023; y estadística del SEP.

Otros de institución nacional incluyen: UNAM, IPN, UAM; Pemex, DIF nacional, Hospital Gea. Otros de institución CDMX central incluyen: SAF, TSJ, SSC, PGJ, OM, Sistema penitenciario; Metro

\* El total de los centros incluye unos pocos centros inactivos, que representan. Los centros de lactantes y maternales son los centros en los que hay usuario en al menos uno de los dos niveles. Los centros de preescolar son los centros que registran usuarios.

En cuanto al grupo de edad 0 a 2, puede apreciarse claramente la importancia de la aportación federal. La mayor aportación proviene del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además, al comparar los dos años se puede ver que la parte federal aporta también el mayor dinamismo, que se explica por el crecimiento de la atención por parte del IMSS, que compensa la disminución de las otras entidades federales. En cuanto a los organismos de la Ciudad de México, es importante la aportación del conjunto de las alcaldías y enseguida del DIF-CDMX, que muestran una importante recuperación en el segundo de los años.

En cuanto pasamos al nivel preescolar, dentro del sistema CACI, destaca sobre todo la fuerte participación del conjunto de las alcaldías, que llega a superar incluso al conjunto de la aportación federal en este nivel, aunque presente una disminución de la atención para 2023, al igual que la atención federal.

Las cifras del conjunto de las dos modalidades de cuidado se explican por sus dos componentes.

La atención conjunta de todos los niveles de cuidados por alcaldía evidencia las diferencias de cobertura entre las demarcaciones territoriales. Se presenta primero al grupo 0 a 2 años. Ver [cuadro 3.8](#).

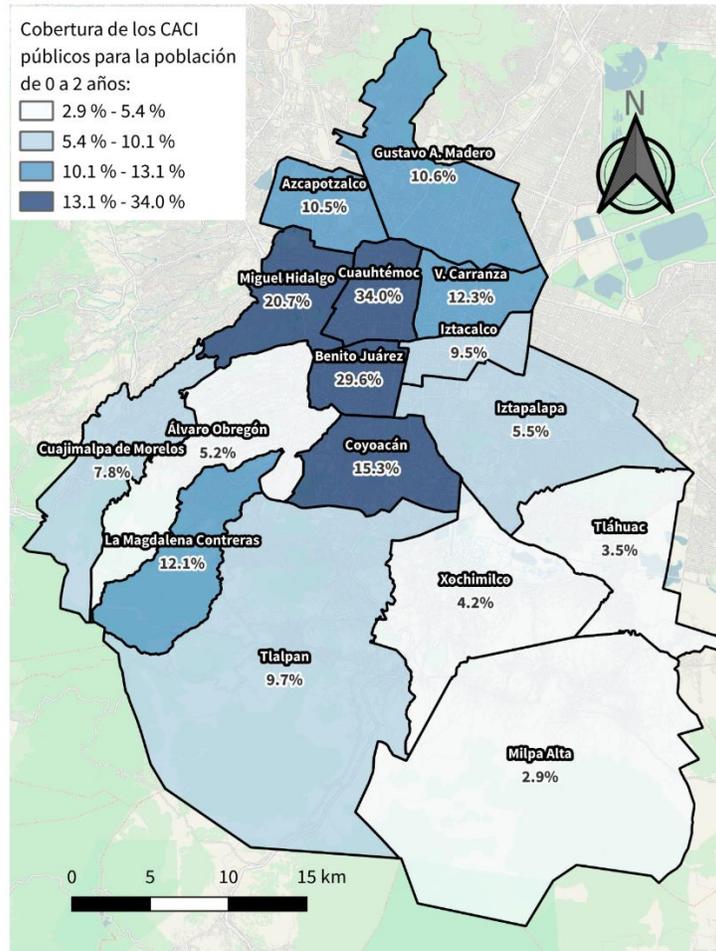
CUADRO 3.8. CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL PÚBLICOS (CUIDADOS DE TIEMPO COMPLETO) PARA INFANTES DE 0 A 2 AÑOS: ESTABLECIMIENTOS, MATRÍCULA, PROMEDIO POR ESTABLECIMIENTO, POBLACIÓN TOTAL Y COBERTURA, POR ALCALDÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2023 (LACTANTES Y MATERNAL, SIN CONSIDERAR EDUCACIÓN PREESCOLAR)

Alcaldía	Número de establecimientos públicos	Matrícula de infantes	Promedio de infantes por establecimiento público	Población total de infantes	Cobertura en establecimientos públicos
Álvaro Obregón	24	1,100	45.8	21,213	5.2%
Azcapotzalco	24	1,232	51.3	11,784	10.5%
Benito Juárez	34	2,759	81.1	9,319	29.6%
Coyoacán	42	2,262	53.9	14,791	15.3%
Cuajimalpa de Morelos	10	630	63	8,030	7.8%
Cuauhtémoc	75	4,941	65.9	14,525	34.0%
Gustavo A. Madero	47	3,733	79.4	35,261	10.6%
Iztacalco	28	1,095	39.1	11,527	9.5%
Iztapalapa	48	3,164	65.9	57,907	5.5%
La Magdalena Contreras	8	875	109.4	7,221	12.1%
Miguel Hidalgo	45	2,312	51.4	11,182	20.7%
Milpa Alta	8	168	21	5,824	2.9%
Tláhuac	13	462	35.5	13,208	3.5%
Tlalpan	21	1,833	87.3	18,861	9.7%
Venustiano Carranza	36	1,570	43.6	12,749	12.3%
Xochimilco	12	579	48.3	13,749	4.2%
<b>Total</b>	<b>475</b>	<b>28,715</b>	<b>60.5</b>	<b>267,151</b>	<b>10.7%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en base en DIF-CDMX, base de datos de CACI 2020, 2022 y 2023; y estadística del SEP.

La oferta pública de servicios de cuidado infantil de jornada completa para el grupo 0 a 2 años es significativa pero aún muy limitada, lo que genera tasas de cobertura claramente insuficientes. En promedio es del 10.7 % para la entidad. Sin embargo, las diferencias en cobertura entre alcaldías son muy acusadas, que van desde el 2.9% (Milpa Alta) al 34% (Cuauhtémoc). Los contrastes pueden visualizarse en el [mapa 3.1](#).

MAPA 3.1. COBERTURA DE CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL DESTINADOS A INFANTES DE ENTRE 0 Y 2 AÑOS POR ALCALDÍA, 2023



Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de CACI proporcionada por DIF-CDMX; INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020.

Ya aquí se muestra un patrón que más adelante se tratará más sistemáticamente, en el se aprecia en general una fuerte concentración de los servicios en alcaldías centrales, con menores coberturas en alcaldías más en la periferia y muy baja atención a la demanda potencial en las alcaldías más rurales.

Para preescolar la situación es muy poco mejor, en cuanto que además de la cobertura de los CACI se cuenta con el preescolar de tiempo completo, que aporta un tanto más a la cobertura, en este caso al grupo de edad 3 a 5 años, propio de preescolar. Ver [cuadro 3.9](#).

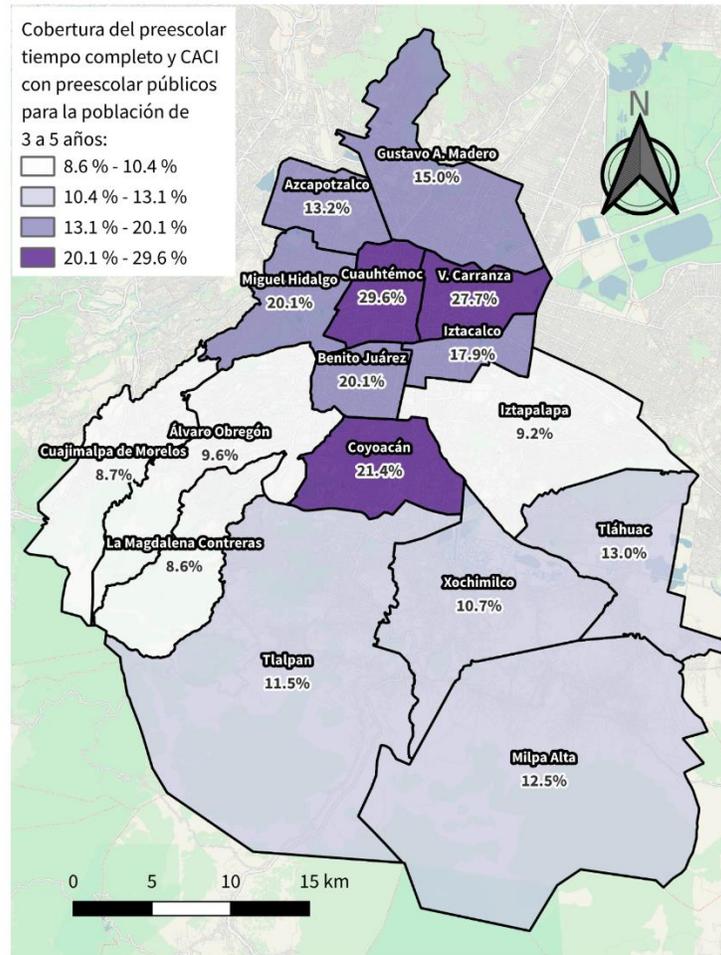
CUADRO 3.9. ATENCIÓN DE EDUCACIÓN PREESCOLAR (CUIDADOS DE TIEMPO COMPLETO Y PARCIAL) PÚBLICOS PARA INFANTES DE 3 A 5 AÑOS: ESTABLECIMIENTOS, MATRÍCULA, PROMEDIO POR ESTABLECIMIENTO, POBLACIÓN TOTAL Y COBERTURA, POR ALCALDÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2023

Alcaldía	Población total de infantes	Matrícula de preescolar en CACI	Matrícula de preescolar de tiempo completo	Matrícula en preescolar general (tiempo parcial)	Cobertura pública de tiempo completo (CACI + preescolar tiempo completo)	Cobertura pública total
Álvaro Obregón	26,306	1,212	1,319	9,384	9.6%	45.3%
Azcapotzalco	14,191	887	990	6,317	13.2%	57.7%
Benito Juárez	11,006	1,498	711	2,078	20.1%	39.0%
Coyoacán	18,061	2,372	1,489	6,135	21.4%	55.3%
Cuajimalpa de Morelos	9,524	689	142	4,004	8.7%	50.8%
Cuauhtémoc	17,113	3,326	1,742	5,094	29.6%	59.4%
Gustavo A. Madero	42,615	1,877	4,502	16,816	15.0%	54.4%
Iztacalco	13,523	1,187	1,231	5,678	17.9%	59.9%
Iztapalapa	69,475	1,257	5,130	25,389	9.2%	45.7%
La Magdalena Contreras	8,941	236	535	4,109	8.6%	54.6%
Miguel Hidalgo	13,447	1,537	1,170	3,052	20.1%	42.8%
Milpa Alta	6,993	540	331	3,219	12.5%	58.5%
Tláhuac	16,140	758	1,348	7,568	13.0%	59.9%
Tlalpan	24,591	1,032	1,799	9,991	11.5%	52.1%
Venustiano Carranza	15,997	2,668	1,770	4,253	27.7%	54.3%
Xochimilco	17,019	795	1,029	8,247	10.7%	59.2%
<b>Total</b>	<b>324,942</b>	<b>21,871</b>	<b>25,238</b>	<b>121,334</b>	<b>14.5%</b>	<b>51.8%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de CACI proporcionada por DIF-CDMX; INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. SEP, estadísticas del sistema educativo

Considerando las dos modalidades de tiempo completo la cobertura de preescolar llega al 14.5%. Dada la mayor presencia en general del sistema escolar, las diferencias entre alcaldías son algo menores que en el caso de la atención del grupo 0 a 2, y que van del 8.6% al 29.6%. El patrón territorial es ligeramente diferente que en el caso anterior. Aquí las alcaldías del sur son las menos atendidas y prevalece no obstante un patrón de centralización de las mayores coberturas. Ver [mapa 3.2](#).

MAPA 3.2. COBERTURA PÚBLICA DE TIEMPO COMPLETO PARA INFANTES DE 3 A 5 AÑOS: COBERTURA POR ALCALDÍA EN 2023



Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de CACI proporcionada por DIF-CDMX; INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020.

Considerando la atención de preescolar general (con jornada parcial), la cobertura educativa se eleva al 51.8%, pero la cobertura de cuidado durante la jornada laboral queda incompleta. La cobertura educativa se amplía si consideramos el preescolar privado. La cobertura total educativa del preescolar llega al 68.2% (cuadro 3.10).

CUADRO 3.10. ATENCIÓN DE EDUCACIÓN PREESCOLAR (CUIDADOS DE TIEMPO COMPLETO Y PARCIAL) TOTAL PÚBLICOS Y PRIVADOS PARA INFANTES DE 3 A 5 AÑOS: ESTABLECIMIENTOS, MATRÍCULA, PROMEDIO POR ESTABLECIMIENTO, POBLACIÓN TOTAL Y COBERTURA, POR ALCALDÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO EN 2023

Alcaldía	Población total de infantes	Matrícula en preescolar particular	Cobertura de preescolar particular	Cobertura pública total	Cobertura preescolar total
Álvaro Obregón	26,306	5,902	22.4%	45.3%	67.7%
Azcapotzalco	14,191	2,050	14.4%	57.7%	72.1%
Benito Juárez	11,006	4,671	42.4%	39.0%	81.4%
Coyoacán	18,061	4,347	24.1%	55.3%	79.4%
Cuajimalpa de Morelos	9,524	3,700	38.8%	50.8%	89.6%
Cuauhtémoc	17,113	2,592	15.1%	59.4%	74.5%
Gustavo A. Madero	42,615	6,267	14.7%	54.4%	69.1%
Iztacalco	13,523	1,689	12.5%	59.9%	72.4%
Iztapalapa	69,475	7,615	11.0%	45.7%	56.7%
La Magdalena Contreras	8,941	1,146	12.8%	54.6%	67.4%
Miguel Hidalgo	13,447	4,069	30.3%	42.8%	73.1%
Milpa Alta	6,993	283	4.0%	58.5%	62.5%
Tláhuac	16,140	1,395	8.6%	59.9%	68.5%
Tlalpan	24,591	3,919	15.9%	52.1%	68.0%
Venustiano Carranza	15,997	2,116	13.2%	54.3%	67.5%
Xochimilco	17,019	1,506	8.8%	59.2%	68.0%
<b>Total</b>	<b>324,942</b>	<b>53,267</b>	<b>16.4%</b>	<b>51.8%</b>	<b>68.2%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de CACI proporcionada por DIF-CDMX; INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020. SEP, estadísticas del sistema educativo

### Escuelas de tiempo completo (primarias y secundarias)

Los servicios de primaria y secundaria de tiempo completo y jornada ampliada pueden cubrir, aproximadamente, el horario de la jornada laboral estándar, fungiendo como parte del cuidado institucional en el grupo de edad que requiere cuidados menos especializados (es decir, que basta con las medidas de seguridad básicas durante la jornada escolar). En el [cuadro 3.11](#) puede verse la matrícula de esas modalidades para los ciclos 2021-2022 y 2023-2024.

Si consideramos el grado de cobertura de esas modalidades respecto de los requerimientos del grupo de edad, podemos tomar como punto de referencia la estadística total de los niveles primaria y secundaria, dado que su cobertura educativa es prácticamente universal ([cuadro 3.12](#)). En este sentido, la atención de los niveles de primaria y secundaria de tiempo completo y jornada ampliada representa una proporción alta del servicio público en primaria, del 40%, aunque sólo alrededor del 33% de los requerimientos totales. En secundaria la cobertura es menor. De este modo, desde el punto de vista de los cuidados, el déficit institucional es de alrededor de dos tercios en primaria y de poco más de cuatro quintos en secundaria.

CUADRO 3.11: ESCUELAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE JORNADA AMPLIADA Y TIEMPO COMPLETO, CIUDAD DE MÉXICO, INICIO DE CICLOS 2021-2022 Y 2023-2024

Tipo de escuela	Nivel	2021-2022	2023-2024
Escuelas de tiempo completo (ETC)	Primaria	97,654	94,191
	Secundaria	8,300	7,700
	Total ETC	105,954	101,891
Escuelas de Jornada Ampliada (EJA)	Primaria	160,507	150,330
	Secundaria	73,453	69,876
	Total EJA	233,960	220,206
Ambas modalidades (ETC + EJA)	Primaria	258,161	244,521
	Secundaria	81,753	77,576
	Total ETC + EJA	339,914	322,097

Fuente: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México. Datos abiertos. SEP. Inicio de cursos 2021-2022 y 2023-2024.

CUADRO 3.12: COBERTURA DE ESCUELAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS DE JORNADA AMPLIADA Y TIEMPO COMPLETO, CIUDAD DE MÉXICO, INICIO DE CICLOS 2021-2022 Y 2023-2024

Modalidad de atención	Ciclo 2021-2022		Ciclo 2023-2024	
	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
En escuelas TC y JA	258,161	81,753	244,521	77,576
Total público	634,700	374,092	611,625	370,860
Total (público y privado)	774,407	440,304	744,639	436,553
Cobertura de público	40.7%	21.9%	40.0%	20.9%
Cobertura de total	33.3%	18.6%	32.8%	17.8%

Fuente: Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México. Datos abiertos. Y SEP. Estadística histórica. Inicio de cursos 2021-2022 y 2023-2024.

Además de la ampliación del sistema de escuelas de tiempo completo y jornada ampliada, una forma de ampliación de la jornada de las escuelas de tiempo parcial (desde el punto de referencia de la jornada de trabajo) es el modelo del programa Aprende DIFerente del DIF-CDMX.

### Instituciones nacionales de cuidado infantil en la Ciudad de México

En este apartado se presenta el modelo de atención de las principales instituciones de cuidado nacionales que operan en la Ciudad de México. Se hace una valoración de ellas en tanto que representan un referente del modelo de atención. Asimismo, se ilustra su importancia en los últimos años en la atención de las necesidades de cuidado infantil.

#### Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS ofrece el servicio de guarderías a un grupo acotado de personas: trabajadores afiliados en el régimen obligatorio de seguridad social y trabajadores del propio Instituto. Lo hace a través de dos esquemas. El primero es la prestación directa en sus instalaciones y con su personal a través del *servicio ordinario* (con clave “G” antes del número de establecimiento) y *Madres IMSS* (clave “M”) para trabajadoras del Instituto. Indirectamente lo hace a través de contratos de prestación

de servicios con privados, quienes ofrecen el servicio y cobran una cuota mensual por cada infante inscrito. Tiene cuatro modalidades: *Vecinal Comunitario Único* (clave “U”), *Guardería Integradora* (clave “Y”), *Guardería en el Campo* (clave “C”) y *Reversión de Cuotas* (clave “R”). Un esquema especial es el de *Guardería Integradora*, que tiene instalaciones adicionales para dar soporte a las terapias de rehabilitación de los niños que presentan discapacidad. Durante junio de 2024, en la Ciudad de México ofrecieron servicios directamente en 50 establecimientos propios (43 ordinarios y 7 de Madres IMSS) e indirectamente en 60 espacios a través de la subcontratación con entes privados, todos bajo el esquema *Vecinal Comunitario Único*.<sup>13</sup> El proceso de inscripción se realiza en línea, salvo para los trabajadores bancarios, las madres trabajadoras del IMSS o para los padres de infantes con alguna discapacidad, en cuyo caso el proceso debe hacerse directamente en la guardería a la que se desee asistir.

El horario es de lunes a viernes, excepto los días de descanso obligatorio, durante nueve horas en horario matutino y vespertino, según lo previsto en cada unidad. En el caso del esquema de guardería integradora el servicio es de 10 horas. Los horarios de atención suelen iniciar entre 6:30 y 7:30 de la mañana, mientras que la hora de cierre es más variable, entre 16:00 y las 22:00 horas. Hay diferentes rangos de tiempo de ingreso y retiro de los infantes. Las restricciones de ingreso se establecen para no interrumpir las actividades de alimentación o descanso de otros infantes. En la Ciudad de México el lapso de tiempo de operación de las guarderías es de 9 hasta 16 horas. La gran mayoría de las guarderías subrogadas trabajan el mínimo de 9 horas (75%); en la mayoría de las propias predomina el lapso de alrededor de 12 horas.

El servicio se presta para infantes de 43 días de nacidos hasta 4 años, aunque para las madres que laboran para el IMSS se ofrece atención hasta que sus hijos cumplan 6 años.<sup>14</sup> (Ver [cuadro 3.13](#))

CUADRO 3.13: NOMENCLATURA Y RANGOS DE EDAD DE ATENCIÓN EN GUARDERÍAS DEL IMSS.

Bloque	Grupo	Rango de edad
Lactantes	A	43 días a 6 meses
	B	7 meses a 1 año
	C	1 año 1 mes a 1 año 6 meses
Maternales	A	1 año 7 meses a 2 años
	B1	2 años 1 mes a 2 años 6 meses
	B2	2 años 7 meses a 3 años
	C1	3 años 1 mes a 3 años 6 meses
	C2	3 años 7 meses a 4 años

Fuente: Elaboración propia con base en IMSS, *Descripción del servicio*. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderías/Descripcion-Servicio-Guarderías.pdf>

Los servicios que se prestan se efectúan conforme a manuales específicos o guías especiales.

<sup>13</sup> Véase el *Directorio completo de Guarderías IMSS* en <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderías/directorio-guarderías-2024.xlsx>. La fecha de corte es 27 de junio de 2024.

<sup>14</sup> Este límite se fijó en el Artículo 189 de la Ley del Seguro Social del 12 de marzo de 1973 y se retomó en el Artículo 206 de la actual Ley del Seguro Social del 21 de diciembre de 1995. No se ha reformado este artículo.

La alimentación que hay en las guarderías del IMSS incluyen al menos dos comidas y una colación. En los establecimientos con jornadas más amplias se incluye otra colación y una merienda. La provisión de los alimentos es responsabilidad directa de las áreas de nutrición, quienes implementan y supervisan los distintos procesos en las guarderías. La lactancia materna exclusiva se fomenta hasta los seis meses de edad, y sigue complementariamente hasta los 2 años. También se ofrece la alternativa de recibir y almacenar leche materna para ofrecerla a los bebés en el transcurso del día.

Los servicios de enfermería y cuidados médicos llevan controles de peso, talla, perímetro cefálico e inmunizaciones. Fungen un papel importante de vigilancia epidemiológica, que ejecutan principalmente como responsables del filtro sanitario al ingreso y también al detectar casos que requieran atención médica. También atienden a niños con discapacidad, suministran medicamentos prescritos por un médico y ajustan la dieta de los menores que así lo requieran. Como parte del apoyo a programas institucionales de promoción de la salud, los servicios de enfermería ofrecen aplicar vacunas en la guardería para mantener al corriente a los pequeños en el esquema básico de vacunación. También se ofrece aplicar dos dosis de vacuna contra la varicela, que no forman parte del esquema de vacunación en menores de 10 años.

El área de pedagogía sigue el desarrollo de los niños a través de programas de estimulación y evaluaciones periódicas. Planifica actividades pedagógicas con base en los programas establecidos por la SEP en educación inicial y preescolar. En la implementación de estas acciones se da un lugar preponderante al lenguaje, al juego y al movimiento como elementos relevantes para un desarrollo integral. Además, planifica y hace el seguimiento en los pequeños que inician el aprendizaje para el control de esfínteres e interviene cuando identifica alteraciones conductuales, de aprendizaje o de autorregulación emocional.

La capacidad máxima instalada varía según el esquema de atención. Las guarderías ordinarias y del esquema Madres IMSS tiene un límite de 400 infantes. En el esquema vecinal comunitario único el límite superior es de 256 concurrentes, además de que debe contar con espacios y mobiliario definidos. Además, está regulado el perfil del personal de salud, alimentación y administrativo, los requisitos de formación y el número requerido por guardería. Además de los puestos comunes o generales, hay plazas específicas según el esquema de la guardería. En las ordinarias y Madres IMSS hay administradores, técnicos en puericultura y técnicos polivalentes. En las guarderías subrogadas, hay coordinadores educativos y vigilantes.

Internamente, las guarderías del IMSS deben cumplir con un conjunto de medidas a fin de garantizar la seguridad de todos los concurrentes a estos espacios. Estos requisitos varían respecto de lo establecen las distintas Normas Oficiales Mexicanas aplicables. Los *Estándares de seguridad en guarderías del IMSS* detallan múltiples aspectos y fijan periodicidades para su verificación.

A continuación, se enlistan algunos de elementos y sus principales responsabilidades:

- Programa Interno de protección civil de cada inmueble anual

- Constancias, dictámenes y certificaciones estructurales y de instalaciones eléctricas y gas, actualizable por cambios en el inmueble o a raíz de un siniestro
- Capacitación en protección civil para todo tipo de eventualidades
- Simulacros mensuales, trimestrales y anuales bajo distintas hipótesis
- Equipos contra incendio, dependiendo del nivel de riesgo en cada parte del inmueble
- Sistema de alarma y detectores de incendio
- Rutas de evacuación, puntos de reunión y salidas de emergencia
- Condiciones del mobiliario, equipo, instalaciones y mecanismos eléctricos
- Sistema de circuito cerrado de televisión por salas de atención

Existe una supervisión interna 4 veces al año de los establecimientos, a cargo del Departamento de Guarderías del IMSS. Las visitas de supervisión permiten iniciar los procesos para cubrir vacantes, hacer reparaciones o surtir alimentos, insumos y consumibles en las guarderías ordinarias. En el caso de las guarderías subrogadas se desprenden observaciones que contemplan plazos sugeridos y máximos para corregir incumplimientos, además de deducciones al pago. Además, a petición de otras instituciones, se contempla y dan facilidades para la verificación de otras instancias públicas que tengan competencia.

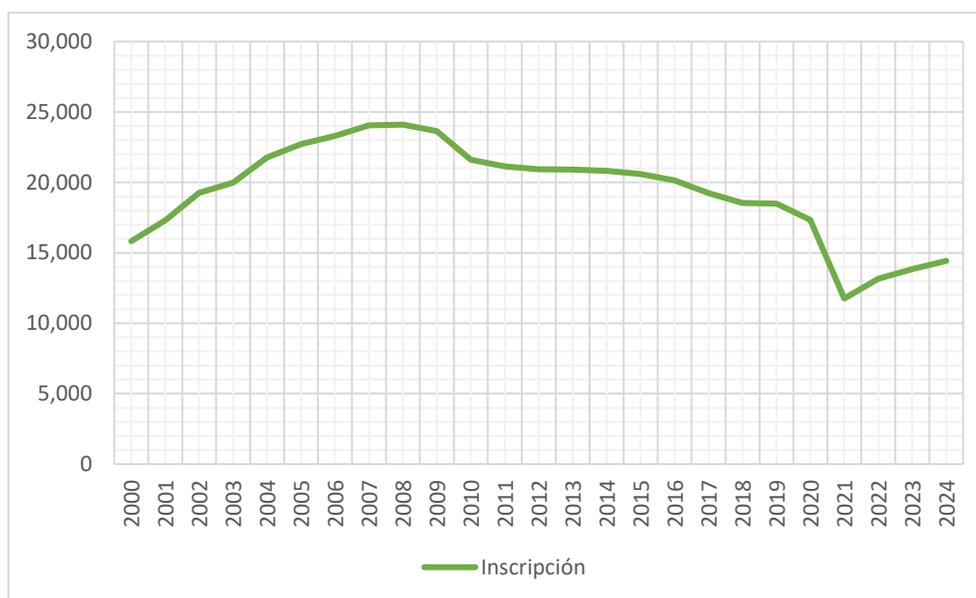
A pesar de un buen diseño en el esquema de los servicios proporcionados por las guarderías del IMSS, en términos de accesibilidad se pueden hacer algunas consideraciones sobre diversas limitaciones. Se trata de un modelo basado en derechos laborales, en particular de personas que trabajan en el sector formal. Además de las limitaciones en la cobertura de ese universo, que depende básicamente de disposición de recursos, en cuanto a lo normativo, el servicio sólo es asequible a personas en régimen obligatorio y madres trabajadoras del IMSS. La operación refleja también problemas de atención a una demanda no cubierta, dados los niveles de capacidad ociosa de las guarderías y la subrogación de los servicios en esquemas no gratuitos, o, dicho de otro modo, falta de acceso a esa prestación laboral, que genera una erogación propia de quien no tiene derecho al servicio. Resulta significativo a este respecto que en la Ciudad de México mientras que en las guarderías propias durante 2024 hasta mayo la tasa de inscripción oscila entre el 52 y 64%, en las guarderías subrogadas el porcentaje va de 83 a 96%.<sup>15</sup> Además, en la mayoría de los casos los servicios se dejan de ofrecer cuando los infantes cumplen 4 años de vida, mientras que en el resto de los sistemas de cuidados (incluso en los que no dan atención de tiempo completo) la edad límite es al menos 5 años 11 meses.

En términos generales en la Ciudad de México la tendencia durante el presente siglo ha sido la de un aumento de la oferta hasta 2008 y de un descenso sostenido desde 2009. Con la crisis de la pandemia, como en muchos otros ámbitos, se aprecia una caída pronunciada en 2020-2021, con una recuperación posterior desde el nivel de 2020-2021 ([gráfica 3.1](#)).

---

<sup>15</sup> Véanse los *Indicadores básicos de operación por OOAD* para guarderías de prestación directa e indirecta en mayo de 2024 en <https://www.imss.gob.mx/servicios/guarderias>.

GRÁFICA 3.1: INSCRIPCIÓN PROMEDIO ANUAL EN GUARDERÍAS DEL IMSS EN CIUDAD DE MÉXICO, 2000-2024



Fuente: Elaboración propia con base en: IMSS. *Memoria estadística 2022*, t. XII Guarderías. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2020>; IMSS. *Consulta dinámica (Cubos)*, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>

Las cifras de inscritos proporcionan un indicador del nivel de atención. En cambio, las cifras sobre la capacidad instalada muestran la oferta potencial. Al comparar la diferencia se puede ver que existe un margen de expansión de la provisión del servicio, antes de requerirse un aumento en el número de guarderías (cuadro 3.14).

CUADRO 3.14: CAPACIDAD INSTALADA TOTAL, INSCRIPCIÓN PROMEDIO Y PORCENTAJE DE OCUPACIÓN EN GUARDERÍAS DEL IMSS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2024

Año	Capacidad instalada total	Promedio anual de inscritos	Grado de ocupación
2018	24,883	18,541	74.5%
2019	24,875	18,490	74.3%
2020	24,661	17,349	70.3%
2021	24,613	11,756	47.8%
2022	24,259	13,168	54.3%
2023	22,648	13,850	61.2%
2024	21,503	14,428	67.1%

Fuente: Elaboración propia con base en IMSS. Consulta dinámica (Cubos) (capacidad instalada). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>. Información sobre número de inscritos en promedio para cada año; en 2024 se usan cifras de asistencia de enero a mayo. En 2023 se excluyó un nivel atípico en octubre para el cálculo del promedio.

No obstante, coincide esto con una contracción en la capacidad instalada. Indagar las causas de la menor oferta y también de la menor concurrencia de infantes a guarderías es necesario para incrementar las tasas de ocupación y, eventualmente, ampliar las instalaciones.

### **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) ofrece servicios de cuidados infantiles de tiempo completo para los hijos de los trabajadores de las instituciones públicas del país. Lo hacen a través de las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil (EBDI), que se definen como “espacios apropiados para el cuidado y el desarrollo de sus hijos e hijas, con el propósito de apoyar a los padres y madres trabajadoras que desempeñan una jornada laboral, sin dejar de cumplir con su papel en la familia y con la confianza de que sus hijos e hijas están en un lugar seguro”.<sup>16</sup> En la Ciudad de México únicamente se ofrecen los cuidados a través de 42 establecimientos, que se ubican en 11 alcaldías de la capital.<sup>17</sup>

Al igual que el IMSS, prestan servicios mediante instalaciones y personal propio y con contratos de prestación de servicio con particulares y esquemas de colaboración. Este servicio constituye una prestación social obligatoria, por lo que el uso y disfrute de ésta no tiene costo adicional para los usuarios. El sostenimiento de estos establecimientos proviene de aportaciones obrero-patronales equivalentes al 1% del sueldo básico, dividido equitativamente entre las partes. Aparte, la Junta Directiva del ISSSTE fija anualmente un costo unitario anual. La mitad de esta cantidad la debe cubrir el ente público que emplea al trabajador beneficiario, mientras que la otra mitad se cubre con recursos propios del ISSSTE.<sup>18</sup> En caso de pérdida de empleo, el menor puede seguir asistiendo a la EBDI hasta el mes de julio, pero se obliga al ex trabajador a cubrir el 100% de la parte proporcional del costo unitario anual entre el momento del fin de la relación laboral hasta el final del ciclo de servicio.

El servicio se organiza preponderantemente a través del Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. En varios contratos para ofrecer el servicio a través de privados se enuncian “Lineamientos de operación de las estancias para el bienestar y desarrollo infantil y estancias contratadas” y “Lineamientos, guías e instructivos de las estancias para el bienestar y desarrollo infantil”; no ha sido posible consultar alguno de estos dos documentos normativos.<sup>19</sup>

---

<sup>16</sup> ISSSTE, “Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil”, 1 de enero de 2024, disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/estancias-para-el-bienestar-y-desarrollo-infantil-225660?idiom=es>

<sup>17</sup> Las alcaldías que no cuentan con alguna estancia del ISSSTE son: Álvaro Obregón, Azcapotzalco, Cuajimalpa, Milpa Alta, Tláhuac. Administrativamente, el ISSSTE considera que en la Ciudad de México ofrecen servicios 44 EBDI, pero dos se ubican en el municipio mexiquense de Nezahualcóyotl.

<sup>18</sup> Véanse los Artículos 4, 196 y 199 de la Ley del ISSSTE.

<sup>19</sup> Estos documentos se buscaron en la Normateca institucional digital, en la Plataforma Nacional de Transparencia, en el apartado sobre normatividad y también en la plataforma de compras públicas Compranet. En ninguna de ellas fue posible localizar estos documentos.

Los cuidados se proporcionan en tres niveles (cuadro 3.15):

CUADRO 3.15: NOMENCLATURA Y RANGOS DE EDAD DE ATENCIÓN EN GUARDERÍAS DEL ISSSTE

Bloque	Grupo	Rango de edad
Lactantes	A	60 días a 6 meses 29 días
	B	7 meses a 11 meses 29 días
	C	1 año 1 mes a 1 año 6 meses 29 días
Maternales	A	1 año 7 meses a 1 año 11 meses 29 días
	B	2 años a 2 años 11 meses 29 días
Preescolares	I	De 3 años
	II	De 4 años
	II	De 5 años <sup>a</sup>

Fuente: Artículo 10 del Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; Contrato de prestación de servicios DEM/DOSG/LP/0059/2023.

Hay dos particularidades sobre el servicio que se da en las estancias del ISSSTE. La primera es que se permite que los niños con más de 6 años cumplidos sigan asistiendo y terminen el último ciclo de servicio, que equivale al último grado de educación preescolar. En estos casos se pide a los padres del menor que ha superado la edad límite pagar el 25% de la parte proporcional del Costo Unitario Anual por el tiempo que reste entre el fin del ciclo escolar y el momento en que el infante cumple 6 años.<sup>20</sup> La segunda es que se procura que los pequeños se mantengan en la misma sala por todo el ciclo de servicio —agosto a julio—, por lo que sólo se promueve a los infantes que lo necesiten por su nivel de desarrollo físico y mental.

El proceso de inscripción puede hacerse presencialmente ante las oficinas de la delegación del ISSSTE respectiva o en la misma estancia. También puede hacerse en línea, a través de un registro en una plataforma del ISSSTE para este propósito. La admisión de los menores no es inmediata, porque está sujeta a la disponibilidad de espacios en el establecimiento elegido y a la suficiencia de fondos para los trabajos en cada estancia. Por este motivo, se ha implementado un sistema de lista de espera para ordenar los nuevos ingresos. La atención se ofrece indistintamente a niños con o sin discapacidad, a quienes únicamente se les pide una evaluación diagnóstica como requisito adicional para la inscripción.

El Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del ISSSTE fija que el horario de entrada será en todas las estancias de 7 a 8 de la mañana, mientras que el horario de salida se deja a criterio de las autoridades administrativas de cada delegación estatal o regional del Instituto. La entrada y salida de los infantes debe ser en los límites que se fijan para cada estancia; no se permite que un menor llegue o se retire fuera de las horas designadas. La mayoría de las estancias del ISSSTE en la Ciudad de México ofrecen más frecuentemente el

<sup>20</sup> Véase el Artículo 12 del Reglamento de los Servicios de Atención para el Bienestar y Desarrollo Infantil del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

servicio de nueve horas y con menor frecuencia 8 o 10 horas; son muy pocas las que ofrecen servicio por más de 10 horas.

En las estancias se ofrecen los alimentos suficientes para los concurrentes con base en una *Guía básica de alimentación para lactantes, maternas y preescolares en las Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil*. En este documento se cuantifican gramajes y porciones, se detallan los pasos de las preparaciones y se proponen 25 diferentes menús diarios: desayuno, comida y colación. Se calendarizan frutas de temporada y se sugieren alimentos para fechas especiales. Además, se permite a las madres de los menores de 6 meses entrar a las salas para dar lactancia materna a sus hijos y se fomenta la lactancia complementaria hasta los 2 años.

El personal de una estancia se compone de profesionistas titulados en medicina, psicología, trabajo social, odontología, pedagogía y nutrición. Además, los cuidadores de las salas de lactantes deben tener estudios técnicos en puericultura, mientras que en salas de maternas y preescolares se pide acreditar la licenciatura en educación preescolar. El resto del personal incluye directores, cocineros, auxiliares de cocina, encargados y apoyos de lactario, personal de vigilancia y de servicios generales. En algunas estancias se ofrecen clases de inglés, música, educación artística y computación como actividades complementarias. No ha sido posible identificar al personal mínimo por la imposibilidad de consultar los “Lineamientos de operación de las estancias para el bienestar y desarrollo infantil” y de estancias contratadas, y a la discrepancia entre requisitos mínimos contratos de prestación de servicios revisados.

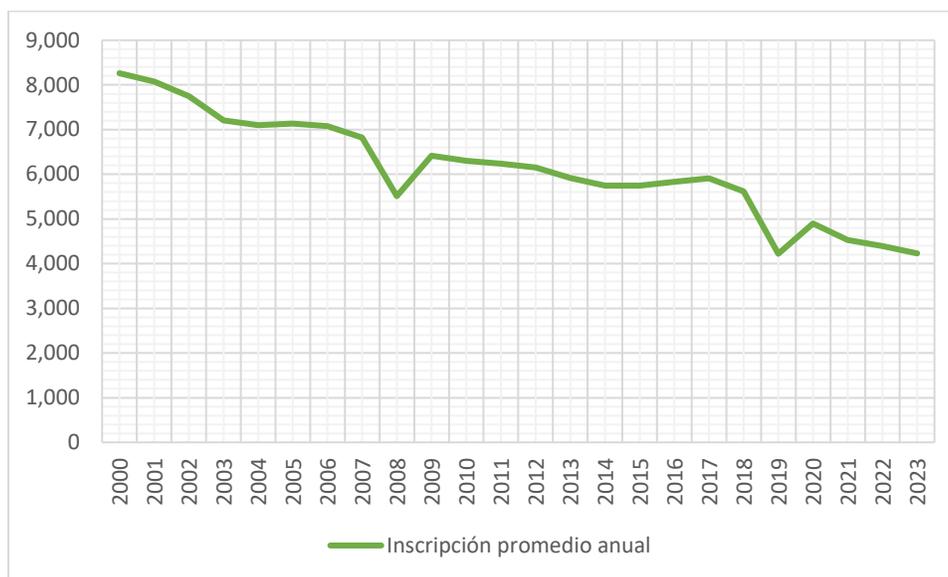
La capacidad instalada de cada Estancia es variable, sus rangos van desde 60 hasta 340 menores. En promedio, las 42 EBDI en la Ciudad de México pueden recibir hasta 173 infantes.

Existe un sistema de monitoreo de los EBDI para el manejo de contingencias a través de una plataforma a nivel nacional. Existen sistemas de alarma para dar respuesta eventos como incendios, connatos de incendios, fugas de gas, sismos, disturbios, etc. El sistema contra incendios cuenta con suministros propios de agua para afrontar emergencias de ese tipo.

La supervisión del funcionamiento de los establecimientos queda a cargo de las Delegaciones Regionales del ISSSTE en la Ciudad de México. Lo anterior se hace a través de la calendarización de un programa de visitas de supervisión y orientación, en la que se identifican problemas y se acuerdan compromisos fechas límite para solventar las irregularidades identificadas. Aparte de estas revisiones, en julio y agosto se calendarizan actividades de mantenimiento, conservación y acciones preventivas de protección civil, por lo que se suspenden actividades en estos establecimientos durante diez días hábiles. Esto según disponibilidad presupuestal.

Desde el año 2000 se puede observar una tendencia decreciente en la inscripción promedio anual de menores en las estancias del ISSSTE en la Ciudad de México (ver [gráfica 3.2](#)). Para 2023, la reducción es de casi el 50% en comparación con el número reportado en 2000. La tasa anual de cambio es de -2.23%, mientras que hay 15 establecimientos menos en el último año en comparación con la cifra del último año del siglo pasado.

GRÁFICA 3.2: INSCRIPCIÓN PROMEDIO ANUAL EN GUARDERÍAS DEL ISSSTE EN CIUDAD DE MÉXICO, 2000-2023



Fuente: Elaboración propia con base en: ISSSTE, *Anuario estadístico*. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

En los años más recientes, la capacidad instalada y la tasa de atención han acentuado su tendencia decreciente. La matrícula anual promedio ha bajado a una tasa anual de 4.1%. Han cerrado seis establecimientos, aunque la reducción en la capacidad instalada ha sido de apenas 8.5% entre 2018 y 2023. El número de solicitudes en lista de espera ha disminuido, aunque sus números muestran que equivalen desde el 4.8% hasta el 16% del total del promedio de infantes inscritos. Los datos que sustentan este análisis se observan en el [cuadro 3.16](#).

CUADRO 3.16: CAPACIDAD INSTALADA TOTAL, PROMEDIO ANUAL DE INSCRIPCIÓN PORCENTAJE DE OCUPACIÓN Y SOLICITUDES EN ESPERA EN ESTANCIAS INFANTILES DEL ISSSTE EN CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2023<sup>a</sup>

Año	Capacidad instalada total	Promedio anual de inscritos	Grado de ocupación	Solicitudes en lista de espera
2018	8,150	5,619	68.9%	900
2019	8,036	4,221	52.5%	617
2020	7,925	4,901	61.8%	426
2021	7,894	4,526	57.3%	230
2022	7,541	4,396	58.3%	212
2023	7,537	4,230	56.1%	282

Fuente: Elaboración propia con base en: ISSSTE, *Anuario estadístico*. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

<sup>a</sup> Se incluyen estadísticas para dos guarderías en el municipio de Nezahualcóyotl porque se consideran parte de la representación estatal de la Ciudad de México y no fue posible separar sus datos del global.

El declive entre 2018 y 2023 en la capacidad instalada total fue menor a la reducción de la tasa de ocupación. Aunque el cambio más abrupto se dio con la pandemia de Covid-19, el número de

infantes que asisten a los establecimientos de cuidados del ISSSTE no ha disminuido de forma acentuada. El número de solicitudes en espera es notoriamente menor, lo que podría apuntar que en conjunto hay menos demanda activa por estos servicios.

Al igual que en el caso del IMSS, el diseño del modelo de atención resulta adecuado en la medida en que cuenta con los componentes del servicio (salud, alimentación, educación, recreación, etc.) y sistemas de protección. Sin embargo, al igual que el IMSS, el servicio es un tema de derecho laboral, restringido a quienes trabajan en gobierno federal, específicamente madres trabajadoras (excepcionalmente a padres solo a cargo de hijo/as menores). Existe lista de espera, que indica una demanda activa no satisfecha, a pesar de lo cual hay igualmente subocupación de los centros infantiles.

### Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil. DIF-CDMX

El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX) ofrece servicios de cuidados infantiles en 35 establecimientos denominados Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil (CACDI), que se distribuyen en las alcaldías de la capital, excepto en Benito Juárez, La Magdalena Contreras y Xochimilco.

Los CACDI se rigen por el anteriormente citado “Reglamento de operación de los centros de atención, cuidado y desarrollo infantil DIF Ciudad de México” (proporcionado por el DIF-CDMX). Los CACDI permite la inscripción a cualquier solicitante, aunque se da preferencia a los padres que carezcan de seguridad social, sean beneficiarios de algún programa social o pertenezcan a algún grupo o residan en un entorno vulnerable. En la información provista en el apartado servicios en la Plataforma Nacional de Transparencia, se indica que un requisito adicional es que los ingresos familiares netos sean menores a cuatro Unidades de Medición y Actualización. Este requisito no se ha podido localizar en ningún otro documento.

Prestan sus servicios de manera directa: personal propio que cuida a los concurrentes en instalaciones propiedad o en posesión del DIF-CDMX. Su sostenimiento proviene de los recursos presupuestales asignados al programa presupuestario “S066 Centros para el desarrollo infantil”.

El DIF de la capital presta servicio de cuidados para infantes entre 45 días de nacidos hasta 5 años 11 meses. Sin embargo, en convocatorias recientes se ha acotado la edad de ingreso hasta los 6 meses de edad. La atención se ofrece de lunes a viernes durante todo el año, aunque administrativamente se hacen actividades de inicio de actividades en agosto y de cierre en julio.

Al igual que en otros sistemas de cuidados infantiles, se divide la organización de grupos en tres bloques: lactantes, maternas y preescolares:

- Lactantes 45 días de nacido a 1 años 5 meses
- Maternas 1 año 6 meses a 2 años 11 meses
- Preescolares De 3 años a 5 años 11 meses

Para la colocación de los niños en cada grupo se usa una tabla de edades, aunque también se considera su desarrollo integral. No todos los CACDI ofrecen atención para todos los grupos; en algunos sólo se presta servicio para lactantes y maternales.

Según su reglamento el servicio es completamente gratuito (Art. 9). Sin embargo, se solicitan contribuciones en especie a los padres y tutores una vez al año, al inicio del ciclo escolar (art. 10). Para los padres de infantes en grupos de lactantes y maternales se pide entregar productos de aseo personal con valor de \$250.00 y materiales didácticos por esta misma cantidad. A los padres de infantes en grupos de preescolar se pide únicamente aportar materiales didácticos cuyo valor sume \$250.00.

El proceso de inscripción es completamente en línea. Un portal centralizado del DIF concentra los procesos de admisión y reinscripción para todos los establecimientos; aquí se remiten los documentos digitalizados necesarios para el expediente del postulante. Cuando se concluye esta etapa se pide a los padres llevar físicamente estos documentos y asistir presencialmente al CACDI elegido para finalizar el trámite de admisión. Este proceso está abierto todo el año para nuevos ingresos y hay convocatorias anuales para reinscripción de quienes ya concurren a estas instalaciones. En caso de no haber lugar, se implementa el sistema de lista de espera.

El ingreso de los menores es únicamente al inicio de actividades; no se permite ningún ingreso extemporáneo. La salida de los infantes también se acota únicamente al final de la jornada de servicios, pues se permite la salida anticipada únicamente en casos extraordinarios que lo ameriten. Los horarios de atención fijados en el *Reglamento Interno* indican que el horario de servicio será de 7:30 hasta 16:15. No obstante, se permite que la Subdirección de Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil puede autorizar modificaciones en los horarios. Así, muchos centros publicitan sus servicios en la página institucional con horario de 9:00 a 17:00h e incluso algunos tienen jornadas de trabajo más amplias.

El personal de los CACDI se agrupa en un equipo multidisciplinario, que tiene los siguientes grupos de trabajo: coordinación operativa, trabajo social, área médica —que incluye medicina y enfermería, odontología y nutrición—, psicología y pedagogía. No fue posible identificar el perfil mínimo de la plantilla de trabajo de un CACDI, por lo que se infiere que en lo que respecta a médicos, enfermeros, cirujanos dentistas, profesores de preescolar y trabajadores sociales se aplica lo indicado en el Artículo segundo transitorio del Decreto del 2 de enero de 1974 que reformó la Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en la Ciudad de México. Tampoco se pudo ubicar cuántos cuidadores se requieren en cada sala.

Las actividades de aprendizaje se basan en el juego y otras acciones recreativas. Éstas son responsabilidad de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México: el manual administrativo vigente del sistema DIF en la Ciudad de México indica que corresponde a esta institución federal la responsabilidad del personal docente que imparte las actividades educativas en los CACDI (DIF-CDMX, h. 2022, p. 101). En educación inicial se busca desarrollar el

lenguaje, habilidades socioemocionales, motricidad gruesa y motricidad fina. En preescolar, los campos formativos son: lenguaje y comunicación, pensamiento matemático, desarrollo personal y social, desarrollo físico y artes. Hay cinco manuales internos para estas actividades: estimulación temprana, ciencias, artes, ludo yoga y valores.

Las actividades diarias se estructuran así: después del ingreso, se asean las manos de los infantes y se ofrece el desayuno. Posteriormente, inician las actividades pedagógicas, que pueden prolongarse hasta el receso. Después, se ofrece la comida y se habilita una hora de siesta. Finalmente, hay actividades recreativas y se alista a los infantes para la hora de salida. Como parte de las actividades complementarias se ofrece, entre otras, yoga para la educación inicial, *mindfulness*, iniciación en las artes y la ciencia y pláticas mensuales de orientación para los padres y tutores. Una actividad adicional es la organización de talleres de cuidados prenatales, que se ofrecen tanto a la comunidad de los CACDI cuanto a población abierta. Los infantes en preescolar deben asistir con una bata y suéter, que hacen de uniforme escolar. No se pudo determinar si se les provee de estos artículos a los padres y tutores al inscribir a los menores o si deben adquirirlos por su cuenta.

El área médica es responsable del filtro diario en la entrada. Además de esta actividad, ofrecen consulta externa de medicina general a los infantes del CACDI. Llevan controles periódicos en talla, peso, perímetro encefálico y desarrollo. Como parte de estas actividades, se hace el seguimiento del cumplimiento del esquema básico de vacunación y también se dan tratamientos desparasitantes y sobres de suero oral. Si se detecta alguna alteración en la salud de los infantes también se les remite a unidades médicas de segundo nivel de atención. Los odontólogos ofrecen servicios completos: desde atención preventiva y aplicación de flúor hasta atención curativa y extracciones. Entre sus actividades destaca que se anima a los niños a aprender y adquirir el hábito de asear sus dientes por cuenta propia.

El área de psicología implementa programas de adaptación, habilidades socioemocionales, lenguaje y control de esfínteres. El área de nutrición ofrece con 30 menús cíclicos, que se elaboran con base en vegetales y frutas frescas, proteínas de origen animal sin procesar, cereales y grasas vegetales y un alto contenido de leguminosas y oleaginosas. En los alimentos que se ofrecen diariamente se han excluido alimentos ultraprocesados, como los embutidos.

La supervisión del funcionamiento de los CACDI queda principalmente a cargo de la estructura de la Dirección Ejecutiva de Centros de Educación Inicial y Alimentación del Sistema DIF local. Las áreas de pedagogía y de atención integral y gestión de riesgos hacen actividades de capacitación pedagógica y en protección civil al personal y de identificación de riesgos potenciales dentro de los CACDI. No fue posible identificar cuál es la periodicidad en que se hacen visitas de supervisión e inspección del funcionamiento de los CACDI.

Podemos hacer una valoración del diseño del modelo de los CACDI en los siguientes términos:

**Elementos de planeación:** El documento normativo no desarrolla diagnóstico, normativa ni población objetivo. Implícitamente, se da por conocida la problemática.

**Pertinencia:** En términos de diseño, las principales características corresponden al modelo CENDI, que implícitamente se adopta, adecuado al cuidado infantil del grupo de edad correspondiente, especialmente del grupo 0 a 2 años. La parte educativa, especialmente en preescolar, depende de las autoridades educativas.

**Consistencia:** El modelo de atención de los CACDI contiene los componentes básicos requeridos, como servicios de prevención y atención médica (incluyendo odontología), alimentación y vigilancia nutricional, psicología, pedagogía y trabajo social.

**Accesibilidad:** El servicio en sí es gratuito, aunque se solicitan aportaciones en especie anuales de materiales que, aunque son en especie, limitan la gratuidad completa del servicio. Ante la imposibilidad de ofrecer un servicio que impacte de manera importante en la cobertura, se establecen prioridades hacia potenciales beneficiarios con diversas carencias sociales. En una evaluación de impacto podría valorarse el impacto positivo o negativo de hacer estudios socioeconómicos y fijar un ingreso máximo para admitir a alguien para usar el servicio. De la información disponible no fue posible identificar si el servicio de cuidados se presta durante todo el año o si se fijan períodos vacacionales en los que se interrumpa el servicio.

**Grado potencial de integración:** No se especifica este aspecto en los documentos normativos. Formaría parte integrante de un sistema de cuidados en tanto que proporciona un servicio de cuidados propiamente dicho para el grupo de edad, contribuyendo a la cobertura de las necesidades de cuidados del grupo de edad correspondiente.

No fue posible identificar cuál es la capacidad máxima instalada en cada uno de estos establecimientos; para el ciclo 2022-2023 se enunció que había 3,000 lugares en todo el sistema.

La evolución reciente de la atención de los CACDI puede verse en el [cuadro 3.17](#):

CUADRO 3.17: USUARIOS DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN, CUIDADO Y DESARROLLO INFANTIL DEL DIF CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Año	Usuarios
2019	2,384
2020	1,575
2021	1,613
2022	3,466
2023	2,459

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de CACDI proporcionada por la institución

La tendencia muestra claramente un efecto negativo en los años afectados por la contingencia sanitaria, con una recuperación importante en 2022 y una baja en 2023.

## Centros de Atención y Cuidados Infantiles comunitarios

Los CACI comunitarios tienen como única regulación lo que establece la citada Ley que Regula el Funcionamiento de los Centros de Atención y Cuidado Infantil para la Ciudad de México (LRFACI), que como hemos visto carece de estipulaciones básicas como el modelo de atención y el horario básico de servicios. Su característica común principal es que provienen de instituciones que formaron parte del Acuerdo para la instrumentación de acciones tendientes a favorecer el acceso a la Educación Preescolar de los menores que acuden a los Centros Comunitarios de Atención a la Infancia (CCAI) en el Distrito Federal de abril de 2010, que se amplió en 2011 para incluir a los Centros de Educación Inicial.

Por su cantidad, son el segundo sistema más numeroso en la Ciudad de México. Se ubican preponderantemente en las zonas con mayor marginación e índices de desarrollo social más bajo de la capital (ver más adelante el análisis espacial correspondiente). Son servicios abiertos a la población; no hay restricciones para el ingreso salvo que se cubran las cuotas que cada establecimiento fije. Sin embargo, para los CACI comunitarios se impone en el artículo 5 ter de la LRFACI que al menos el 5% de lugares con un costo reducido en al menos el 50%. No fue posible determinar un rango de precios al público por la variedad de características y servicios que ofrecen estos establecimientos.

El artículo 28 de la LRFACI que los CACI deben contar con su propio reglamento interno, que no contradiga la esta ley, establezca derechos y obligaciones del usuario y del prestador de servicio, así como los requisitos de admisión del niño o niña. Esto provoca que no haya criterios uniformes en la organización interna de los pequeños que concurren a los CACI Comunitarios y no haya una estandarización en el servicio.

El origen humilde y autogestivo de los CACI comunitarios ha causado improvisación y adaptación de inmuebles y su mobiliario. El personal de estos CACI es autodidacta o los gestionan grupos de madres que se organizan para ofrecer los servicios de cuidado, lo que no garantiza que las cuidadoras implementen las mejores técnicas de cuidado. Por ejemplo, no hay claridad sobre si se emplean guías nutrimentales para servir los menús diarios o si hay la asesoría por parte de nutriólogos o ambas, o si los padres deben llevar los alimentos o fórmulas lácteas de los menores o si se sufragarán desde la administración de los CACI.

Ocurre algo similar en el aspecto pedagógico: no siempre quienes están al frente de las salas de atención cuentan con los conocimientos o la preparación para impartir educación inicial o preescolar. Las normas locales no subsanan estas carencias: El artículo 18 del Reglamento de la LRFACI únicamente indica que será la Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (SECTEI) quien tiene la responsabilidad de “supervisar que el personal que realiza labores docentes y directivas cumpla con los requisitos establecidos en la normatividad aplicable”. Esta redacción no es exhaustiva para delimitar cuál es el perfil que se debe acreditar, ni a quién debe aplicarse, si sólo a los profesores responsables de sala o también a los auxiliares. Esta situación

se diagnosticó en el Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (PNPSACDI) y clasificó con modalidad semiescolarizada a la atención que se ofrece en los CACI comunitarios.

Para atender esta situación, la SECTEI implementa periódicamente programas orientados a capacitar y actualizar a los trabajadores de los CACI de toda la Ciudad de México; el personal de los CACI comunitarios suele ser el grupo más numeroso de beneficiarios de estos programas. Esta solución no se ha codificado como parte de sus actividades: En los cuatro *Manuales administrativos* de la SECTEI que se han elaborado entre 2019 y 2024 no han variado las funciones asignadas a la estructura de la Dirección de Asuntos Académicos. Lo mismo ocurre con la Dirección de Educación Continua. Las únicas atribuciones directas que tienen atribuidas en relación con los CACI comunitarios son las de proveer las boletas de evaluación para los alumnos en preescolar, la captura de su matrícula para integrar registros estadísticos y la de ofrecer capacitación y actualización al personal pedagógico.

La LRFACI estableció el CODIACI para evaluar y supervisar el cumplimiento de las disposiciones de esta ley, así como llevar la relación y la estadística de las condiciones físicas de las instalaciones y la matrícula, y su publicación una vez al año por lo menos (Art. 14).

No se cuenta al momento más que con un solo informe del CODIACI de 2019,<sup>21</sup> que trata además de las cuestiones administrativas una relación de hallazgos sobre situación de CACI y de las mejoras realizadas con el “Fondo de apoyo para la regularización de los CACI” a los centros que por convocatoria accedieron a los fondos. Según el informe se visitaron 82 CACI en el primer trimestre (45 comunitarios, 36 privados y 1 público) y 102 en el segundo semestre (55 comunitarios y 47 privados) (p. 17). Algunos casos críticos reportaban problemas como ausencia de separación respecto de casas colindantes, cilindro de 20 kg de gas en área recreativa, cercanía de instalaciones de gas y eléctricas, tinaco con agua verde, tanque estacionario caduco, detectores de humo sin batería, salidas estrechas, etc. Aunque se trata de casos extremos, dan cuenta las condiciones de fragilidad con que suelen operar los CACI comunitarios.

Los apoyos monetarios que cada año se otorgan a los CACI que lo soliciten y cumplan con los requisitos deben invertirse en proyectos para reparar, acondicionar o mejorar las instalaciones, cursos o capacitaciones al personal o en mobiliario y material didáctico. Una serie disponible muestra los siguientes resultados. ([Cuadro 3.18](#))

Llama la atención la tendencia durante los años reportados a la disminución de los centros apoyados. Asimismo, destaca que sólo en 2019 se otorgó apoyo a CACI privados, mientras que en 2022 sólo se dio apoyo a comunitarios.

---

<sup>21</sup> Informe anual del Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la infancia, 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/3847823b951b29a09bd3e6d67effe0e6dc7836c3.pdf>

CUADRO 3.18: CENTROS APOYADOS A TRAVÉS DEL FONDO DE APOYO PARA LA REGULARIZACIÓN DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL, 2019-2022

Año	Públicos	Comunitarios	Privados	Total
2018	35	57	192	284
2019	12	123	0	135
2020	5	118	0	123
2021	ND	ND	ND	ND
2022	0	102	0	102

Fuente: Copia de oficio informativo proporcionado por el DIF-CDMX

Hasta la pandemia por Covid-19, la matrícula de alumnos en los CACI comunitarios era de las más numerosas, equiparable a la del conjunto de las 16 alcaldías. Después de la pandemia se constata una fuerte reducción, en más de 50%, del número de infantes que asistieron a estos centros de cuidados. Al cierre del ciclo escolar 2022-2023 la matrícula era apenas el 55.6% de la que se registró en 2019-2020. Lo anterior se observa en el cuadro 3.XX:

CUADRO 3.19: MATRÍCULA DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL COMUNITARIOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Ciclo	Matrícula
2019-2020	11,213
2020-2021	5,575
2021-2022	5,341
2022-2023	6,229

Fuente: SECTEI, *Quinto informe de Gobierno de la Ciudad de México, 2019-2023*, p. 140. Disponible en: [https://www.sectei.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe\\_SECTEI/Quinto%20Informe%20de%20SECTEI.pdf](https://www.sectei.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe_SECTEI/Quinto%20Informe%20de%20SECTEI.pdf)

### Centros de Desarrollo Infantil de las alcaldías

Existe una normativa específica que regula las actividades de los CACI tanto de la Secretaría de Administración y Finanzas (SAF) como de las alcaldías, emitida por esta Secretaría. Se trata de los “Lineamientos generales para la operación de los Centros de Atención y Cuidado Infantil de la Secretaría de Finanzas del Gobierno de la Ciudad de México y sus 16 alcaldías”. (*Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 1 de octubre de 2018, pp. 41-58). Algunas regulaciones aplican para ambos tipos de CACI, mientras que otras quedan referidas a atribuciones de las alcaldías. Se examinarán estas regulaciones en conjunto, pero se indicará cuando hubiere diferencias.

Cabe destacar que ésta es la única regulación de CACI, y de alcance más allá de una sola institución, que contiene todos los aspectos que se requiere definir para su adecuado funcionamiento.

Los servicios se prestan directamente. Los inmuebles donde se ofrecen estos servicios están en posesión o son propiedad del Gobierno de la Ciudad de México y sus alcaldías. Queda establecida la posibilidad de establecer cuotas en la medida en que habla de ingresos autogenerados, definidos como “recursos económicos que ingresan a los CACI por aportación del padre, madre o tutor” (Art. 3, II). Más adelante se señalan tres tipos de cuotas para el caso de los CACI o CENDI de alcaldías (Art. 59):

- Por concepto de inscripción y reinscripción, una vez al año
- Por concepto de material didáctico, una vez al año, en dinero o en especie, según lo determine la alcaldía
- Por concepto de alimentación, según lo determine la alcaldía

Además, se aclara que las cuotas “serán de observancia obligatoria” (Art. 60).

Queda implícito que sólo los costos de operación en personal, insumos y mantenimiento corren a cuenta del erario. Con ello se deja a un lado la prescripción de gratuidad que establece el “Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México” (véase 3.1.3).

El acceso a los CACI de la SAF y las alcaldías está destinado a personas trabajadoras en activo, con guarda y custodia de un menor, del Gobierno de la Ciudad de México y que estén afiliados al Sindicato Único de Trabajadores del Gobierno del Distrito Federal. Los CACI de alcaldías podrán asimismo atender a niñas y niños de la comunidad abierta. Por su parte, los CACI de SAF también podrán acceder al servicio “todo el personal de estructura, nómina 8, base sin dígito sindical, del ámbito Central y de los Órgano Político Administrativos del Gobierno de la Ciudad de México”, ocupando hasta un 30% de la capacidad instalada; en este caso el servicio es gratuito. En cuanto al personal de estructura desde el nivel de Enlace hasta el nivel de secretario, podrán acceder a los beneficios que ofrecen los CACI-SEFIN [...]a cambio de una cuota quincenal de recuperación por concepto de alimentos de las niñas y los niños”. (Art. 9)

Existen tres niveles de atención normados por la ley de los CACI:

- I. Lactantes: Desde los 43 días de nacidos hasta 1 año 7 meses de edad.
- II. Maternales: Para niñas y niños de 1 año 7 meses 1 día a 2 años 11 meses; y
- III. Preescolares: Que abarca las edades de 3 años a 5 años 11 meses de edad

Lo que no indica que necesariamente se proporcionen siempre los tres niveles.

Las inscripciones están abiertas durante todo el año, y durante julio y agosto hay reinscripciones para los infantes que han terminado ciclo anterior y desean continuar el servicio. Los trámites para los CACI-SAF son principalmente digitales, aunque se debe completar el trámite presencialmente. En los de alcaldías los trámites de admisión y reinscripción son presenciales en las jefaturas departamentales u homólogas de este servicio. En los CACI-SAF y en los CENDI se

implementan listas de espera en caso de saturación, y quienes están en estas relaciones tienen preferencia para acceder al servicio en cuanto esté disponible un lugar.

A diferencia de la Ley que Regula el Funcionamiento de los Centros de Atención y Cuidado Infantil para El Distrito Federal, aquí se especifican los componentes de atención de los CACI. Éstos deberán tener las siguientes áreas (Arts. 18 y ss.):

- I. Servicio Médico
- II. Trabajo Social
- III. Nutrición
- IV. Psicología
- V. Pedagogía

El área médica de los establecimientos tiene la encomienda de procurar el estado óptimo de la salud de los infantes. Para ello, implementan acciones preventivas y canalizan a los servicios de la Secretaría de Salud en caso de identificar que algún infante requiere atención especializada. Se enuncia que en estos establecimientos se dará atención a infantes con discapacidad, sin embargo, no fue posible identificar en cuáles establecimientos hay personal especializado para esta función. Se destaca que en los CACI-SAF se contemplan clases de lengua de señas mexicana, sin embargo, no fue posible identificar algún otro servicio notable en este aspecto.

El área de trabajo social contribuye a estos fines mediante la elaboración de estudios socioeconómicos que conozcan las condiciones de vida de los infantes y se pueda identificar si hubiere alguna situación que afecte su desarrollo.

Los alimentos son responsabilidad del área de nutrición, que implementa y ajusta los menús y porciones de acuerdo con la edad de los infantes. No fue posible identificar si se usa algún documento o guía rectora para diseñar los menús diarios. Los Lineamientos no enuncian con claridad si se permite la lactancia materna directa; pero sí se contempla como parte del personal contar con al menos un encargado de lactario. Así, se infiere que se contempla almacenar leche materna para ofrecerla indirectamente.

El área de psicología busca que los alumnos desarrollen en un entorno armónico para que sean capaces de sostener relaciones humanas armónicas con la comunidad.

El área de pedagogía implementa los programas de educación inicial y de preescolar de la SEP. Se enfatiza que el desarrollo físico, cognoscitivo y afectivo-social permita a los infantes desarrollar y expresar libremente su individualidad.

También a diferencia de la Ley de los CACI, también se establece una regulación sobre los horarios de servicio. El horario básico es de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 por el período que establezca el calendario oficial de cursos de la SEP. No obstante, de que dicho horario se extienda. Para las alcaldías se considera la posibilidad de horarios vespertinos y jornadas ampliadas. En estos casos el horario se indica de 14:00 a 20:00 horas. Los horarios de desayuno, comida, colación y, en su

caso, merienda están claramente establecidos. No hay claridad si la entrada y salida de los pequeños fuera de estos horarios está permitida. Tampoco fue posible identificar cuántos CENDI cuentan con horarios ampliados o atención en horario vespertino.

Cabe resaltar la detallada regulación en diversos aspectos del funcionamiento de los centros, incluida la seguridad y la protección civil. Otros aspectos son la descripción detallada del personal que debe atender el centro en todas sus áreas, las funciones de los responsables de los centros del equipo técnico del personal docente, administrativo y de servicios generales, además de los aspectos más administrativos como los mecanismos de inscripción, la integración de la base de datos, etcétera

Una particularidad en la administración del personal de estos establecimientos es que el responsable de cada CACI-SAF y CENDI únicamente puede permanecer en su puesto hasta tres años. Quienes ocupan estos puestos son profesionales en pedagogía, psicología o una disciplina afín con la educación inicial y preescolar. No queda claro si al transcurrir este período se le reasigna a otro establecimiento o a algún otro empleo dentro del servicio público.

En el caso de los CACI-SAF, la organización y supervisión queda a cargo directamente del personal de esta Secretaría a través de la estructura de la Dirección Ejecutiva de Desarrollo Personal y Derechos Humanos. En el caso de las alcaldías, cada una tiene a su cargo la organización y coordinación de los trabajos, mientras que la supervisión es concurrente entre estos órganos político-administrativos y la SAF. Para ambos, también hay supervisión externa de otros entes públicos, como la SEP para aspectos pedagógicos y las distintas autoridades de protección civil.

Como se apreciará enseguida, la suma de todos los menores que concurren a los CENDI hace que los servicios provistos por las 16 alcaldías sean el segundo sistema más grande por el total de infantes atendidos, concentrado en preescolar. No fue posible identificar una capacidad máxima instalada normativa; se infiere que ésta se determina para cada establecimiento en función de sus características espaciales y las medidas de protección civil pertinentes. Para 2020, en que tenemos cifras detalladas, confiables y completas, cada CENDI atendió en promedio durante a 75 infantes. Esta cantidad es menor a la matrícula promedio por establecimiento en otros sistemas de cuidados: 85 en el DIF de la Ciudad de México, 126 en el IMSS y 173 en el ISSSTE.

Se cuenta con alguna serie de totales de usuarios, proporcionada por la Secretaría Inclusión y Bienestar Social (SIBISO). (Ver [cuadro 3.20](#))

Como se aprecia, las cifras muestran un declive tendencial en el número de asistentes a estos servicios que se acentúa en los dos últimos años reportados. Llama la atención la abrupta caída en 2022, después de pasada la contingencia, mientras que en los años de ésta la disminución no fue tan acentuada. El declive en 2022 no se puede explicar con la información disponible, como tampoco se puede concluir que el repunte de 2023 se deba a que haya aumentado la matrícula, pues la cifra de asistentes es notoriamente menor a la que hubo en 2021.

CUADRO 3.20: USUARIOS DE LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL A CARGO DE LAS ALCALDÍAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Año	Usuarios
2019	16,032
2020	11,909
2021	12,321
2022	5,416
2023 <sup>a</sup>	9,539

<sup>a</sup> Cifras preliminares a agosto de 2023.

Fuente: Gobierno de la Ciudad de México, *Quinto Informe de Gobierno 2019-2023*. SIBISO, 2023, p. 98.

Los Lineamientos de operación de los CACI de la SAF y alcaldías constituyen un buen ensayo de lo que debe ser una regulación adecuada del conjunto de los CACI, por lo que podría ser un punto de partida para la reforma de la Ley de los CACI de la Ciudad de México, que afectara a todos los centros públicos de cuidado infantil dependientes del Gobierno de la Ciudad de México, a nivel central y alcaldías, así como de control privado que operan en la entidad. Se requeriría una revisión minuciosa tanto de los aspectos a recuperar como de las omisiones en que incurre, así como evitar las repeticiones innecesarias o los detalles excesivos. Caben algunas observaciones particulares.

El horario de servicio prescrito es reducido en comparación con las jornadas de atención en otras instituciones. Ampliar el tiempo de los cuidados permitiría considerar los tiempos una jornada máxima de trabajo y los de traslado desde y hacia los CACI. También esto permitiría considerar que los infantes tienen ciclos de sueño distintos a los de un adulto; una jornada de atención más amplia y flexibilidad para el ingreso y la salida amplia permitiría respetar las diferentes horas de descanso de los pequeños.

Otro aspecto a replantear es el número de asistentes educativos y puericultores que hay en cada grupo. Por ejemplo, en otras instituciones se fija como norma que en salas de lactantes bajo ninguna circunstancia puede haber sólo una persona responsable en cada sala de atención. Además, el número de auxiliares por niño es menor en algunos de los grupos de maternos. Ajustar estos dos aspectos podría mejorar la calidad de la atención.

Es pertinente observar que ampliar el personal de los CENDI, al igual que otras tantas medidas, no es una decisión exclusiva de las alcaldías, se requiere compromiso y voluntad para dotar de suficientes recursos a estos establecimientos. Igualmente se requiere que el servicio incluyera de modo normal la educación inicial con igual peso que el preescolar.

En el caso de los CENDI de las alcaldías, la falta de información sistematizada sobre la capacidad máxima instalada por cada CENDI no permite identificar hasta qué punto sería posible una mayor utilización de la capacidad existente. Como en los casos de otras modalidades de atención, utilizar la capacidad ociosa sería un recurso de aplicación a corto plazo, al tiempo que se

considerase la ampliación de la infraestructura existente, que podría focalizarse en zonas de la Ciudad que carezcan de establecimientos y tengan una alta demanda de este servicio.

### Aprende DIFerente. DIF-CDMX

El programa Bienestar Aprende DIFerente del DIF (heredero del anterior programa de Apoyo a Niñas y Niños Talento) proporciona actividades culturales y recreativas en áreas como ciencias, artes, deportes e integración familiar, como complemento a las actividades escolares, y trabaja con estudiantes principalmente de 6 a 14 años. De este modo, Aprende DIFerente constituye una extensión de la jornada escolar y en ese sentido contribuye a hacer del sistema educativo parte de un sistema de cuidado, en la medida de la población que atiende. Las cifras pueden verse en el [cuadro 3.21](#). Existe una caída en la atención de 2021 a 2022, probablemente como efecto de la crisis del confinamiento (la cifra de 2023 es posiblemente preliminar). Como se señala más adelante, sería un modelo que habría que cuidar y sobre todo reforzar.

CUADRO 3.21: INSCRITOS EN PROGRAMA BIENESTAR APRENDE DIFERENTE, DIF-CDMX, 2020-2023

Alcaldía	2020	2021	2022	2023
Álvaro Obregón	3,752	3,754	1,632	956
Azcapotzalco	4,006	3,991	1,175	496
Benito Juárez	1,354	1,342	725	372
Coyoacán	3,076	1,022	704	869
Cuajimalpa de Morelos	1,029	3,056	1,188	531
Cuauhtémoc	1,949	1,947	960	286
Gustavo A. Madero	12,597	12,638	3,178	1,750
Iztacalco	3,479	3,468	1,804	643
Iztapalapa	17,656	17,714	5,677	3,388
La Magdalena Contreras	776	772	830	32
Miguel Hidalgo	1,599	1,602	434	286
Milpa Alta	809	807	662	363
Tláhuac	2,831	2,819	1,401	556
Tlalpan	3,452	3,434	1,785	935
Venustiano Carranza	4,726	4,758	1,580	591
Xochimilco	1,909	1,876	1,492	578
Total	65,000	65,000	25,227	12,632

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de Bienestar Aprende DIFerente (2020 y 2023) e Informe de Actividades (2022 y 2021), proporcionados por DIF-CDMX

Tanto las modalidades con tiempo adicional de primaria y secundaria como el programa Aprende DIFerente constituyen una opción de conversión del sistema escolar en un sistema de cuidado propiamente dicho, en la medida que contribuyen mediante los horarios complementarios a cubrir el lapso de la jornada laboral, complementando la base que representa el sistema escolar tradicional.

En particular, una ventaja del modelo de Aprende DIFerente es que representaría una opción menos costosa de complementar la jornada escolar que la ampliación de los sistemas de tiempo

y jornada ampliada, y con menores complicaciones en otros aspectos importantes como la coordinación con las autoridades federales y las organizaciones sindicales.

### Centros de día DIF

Los Centros de Día dan servicios de protección y apoyo a las niñas, niños y adolescentes urbanos marginales e indígenas, entre 4 y 17 años de edad que residen en la Ciudad de México situación de exclusión social. Se brindan servicios compensatorios de carencias familiares, a través de actividades, talleres y cuidados proporcionados en los Centros de Día. Los servicios van en el sentido del conocimiento y promoción de derechos, evitar la deserción infantil y el riesgo de trabajo infantil o situación de calle.

Las intervenciones se dan a través de los siguientes servicios:

- Apoyo, regularización e iniciación a la educación preescolar, primaria y secundaria
- Salud preventiva
- Comedor (desayuno y comida)
- Regaderas (servicio de baño)
- Apoyo psicológico y trabajo social.
- Actividades lúdicas, recreativas, culturales, deportivas, científicas y extraescolares.
- Talleres de derechos y valores y de las niñas, niños y adolescentes
- Salidas extramuros
- Cursos de verano

Los Centros de Día constituyen un modelo mixto que incluye aspectos de asistencia social, cuidado, educación, recreación y trabajo social. De la información disponible en la página del DIF-CDMX no quedan claros los mecanismos de acceso (fuera de la solicitud) y selección, si existe o no gratuidad, ni los modelos de intervención (no están disponibles las reglas de operación).

La atención a beneficiarios se presenta en el [cuadro 3.22](#). Llama la atención el pico de atención durante 2021, probablemente relacionado con la atención emergente durante la contingencia del Covid-19.

CUADRO 3.22: BENEFICIARIOS DE LOS CENTROS DE DÍA DEL DIF-CDMX, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD, 2018-2023

	Grupo edad	Cuauhtémoc			Iztapalapa			Venustiano Carranza			Total		
		M	H	T	M	H	T	M	H	T	M	H	T
2018	0 a 5	19	20	39	18	21	39				37	41	78
	6 a 17	144	104	248	49	60	109				193	164	357
	Total	163	124	287	67	81	148				230	205	435
2019	0 a 5	164	203	367	204	217	421				368	420	788
	6 a 17	1,266	1,018	2,284	496	610	1,106				1,762	1,628	3,390
	Total	1,430	1,221	2,651	700	827	1,527				2,130	2,048	4,178
2020	0 a 5	13	14	27	14	17	31				27	31	58
	6 a 17	128	113	241	53	52	105				181	165	346
	Total	141	127	268	67	69	136				208	196	404
2021	0 a 5	20	5	25	20	7	27				40	12	52
	6 a 17	80	94	174	85	73	158				165	167	332
	Total	100	99	199	105	80	185				205	179	384
2022	0 a 5	10	7	17	6	10	16	9	11	20	25	28	53
	6 a 17	46	45	91	39	31	70	53	57	110	138	133	271
	Total	56	52	108	45	41	86	62	68	130	163	161	324
2023	0 a 5	10	7	17	6	10	16	9	11	20	25	28	53
	6 a 17	46	45	91	39	31	70	53	57	110	138	133	271
	Total	56	52	108	45	41	86	62	68	130	163	161	324

Fuente: Elaboración propia con base en: DIF-CDMX. Base de datos de Centros de Día, proporcionados por DIF-CDMX

### Instituciones públicas de alojamiento a menores de edad

En 2015 el INEGI realizó un Censo de Alojamientos de Asistencia Social. Más recientemente, se repitió el ejercicio en forma paralela al levantamiento del Censo de Población y Vivienda 2020. De los diversos tipos de alojamientos considerados, dos se relacionan con atención menores de edad. Se trata en principio de menores huérfanos o abandonados. Las cifras son pequeñas, dentro de las que destaca una mayor participación de las instituciones privadas. (Ver [cuadro 3.23](#))

CUADRO: 3.23: NÚMERO Y PORCENTAJE DE ALOJAMIENTOS Y USUARIOS DE INSTITUCIONES QUE ALOJAN A MENORES DE EDAD SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

Figura jurídica	Alojamientos	Usuarios	Alojamientos	Usuarios
Institución pública	6	159 **	8.1%	8.8%
Asociación civil	35	803 *	47.3%	44.5%
IAP/IBP	28	762 **	37.8%	42.2%
Sociedad civil	1	12	1.4%	0.7%
Otra	2	35 **	2.7%	1.9%
No especificado	2	35	2.7%	1.9%
Total	74	1,806	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. Características de Alojamientos de Asistencia Social, 2020.

\* Dos instituciones no proporcionan número de usuarios

\*\* Una institución no proporciona número de usuarios

No se cuenta con la localización de las instituciones de esta fuente, por lo que no son ubicables en el territorio.

### Visión general de la cobertura del cuidado de dependientes por edad durante la jornada de trabajo

Con base en la información utilizada hasta este punto en el presente capítulo se puede elaborar un cuadro que represente de manera muy gruesa el postulado formulado anteriormente en el sentido de que el cuidado en los hogares por integrantes del hogar cubre lo que no atiende el cuidado institucional, en este caso en relación con la población dependiente por edad, particularmente durante el horario de trabajo. (Ver [cuadro 3.24](#))

Para este ejercicio se han tenido que utilizar fuentes distintas y para momentos distintos, aunque cercanos. Por ello, los resultados son sólo indicativos, pero apuntan a confirmar la hipótesis señalada. La información de los grupos de población proviene del Censo de Población y Vivienda 2020. La provisión institucional de cuidados del grupo de edad 0 a 5 se obtuvo de las tabulaciones confeccionadas a partir de la base de datos de los CACI proporcionada por el DIF-CDMX para 2020, la información más completa sobre los CACI, próxima por lo demás a la información del Censo 2020. Se ha agregado la información del preescolar general de tiempo completo de la estadística de SEP. La información sobre escuelas de tiempo completo y jornada ampliada proviene de la estadística de SEP del ciclo 2020-2022. La información sobre Aprende DIFerente proviene de las bases de datos proporcionadas por el DIF-CDMX para el año 2020. Las cifras del déficit institucional resultan de la diferencia entre el requerimiento y la provisión institucional de cuidados. Las personas cuidadoras de cuidado no institucional (por y para integrantes del hogar) del grupo de edad de 0 a 5 años durante la jornada laboral, distinguiendo la figura cuidadora, se obtuvo de la ENESS 2017 de INEGI. Finalmente, la información sobre las personas cuidadoras del grupo 6-14 se obtuvo de la ENUT 2019 de INEGI. Estas cifras ya se han utilizado previamente en este trabajo.

CUADRO: 3.24: RELACIÓN DE CONJUNTO REQUERIMIENTO-PROVISIÓN DE CUIDADOS A LA POBLACIÓN  
DEPENDIENTE POR EDAD DURANTE LA JORNADA DE TRABAJO, CIUDAD DE MÉXICO

Grupo de edad	Requerimiento	Provisión institucional de cuidados		Déficit institucional	Personas cuidadoras de cuidado no institucional	
0 a 2	267,151	CACI Público	21,575	241,108	Mamá que no trabaja	357,765
		Nacional CDMX	17,600		Papá (que no trabaja)	7,999
		CDMX central	1,597		Abuelo/a	123,805
		Alcaldías	2,378		Otro familiar	16,422
		CACI Comunitario	1,202		Un no familiar	9,168
		CACI Privado	3,266		Con mamá en trabajo	50,606
		Total	26,043		Lo dejan solo	179
3 a 5	324,942	CACI Público	26,724	233,597	No especificado	3,194
		Nacional CDMX	11,237			
		CDMX central	1,919			
		Alcaldías	13,568			
		CACI Comunitario	10,388			
		CACI Privado	2,952			
		Preescolar TC SEP	25,238			
		Total	65,302			
Total 0-5	592,093		91,345	484,705		569,138
6 a 11 12 a 14	692,726 367,954	Tiempo completo	105,954		Hombres	121,890
		Jornada Ampliada	233,960		Mujeres	584,998
		Aprende DIFerente	25,227			
Total 6-14	1,060,680		365,141	695,539		706,888

Fuente: Elaboración propia con base en: INEGI. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2017; INEGI. Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2019; INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. DIF-CDMX, bases de datos de los CACI 2020, proporcionada por la institución

Como puede observarse, el número de personas dependientes por edad que requieren cuidado y no son atendidas por el cuidado institucional durante la jornada de trabajo es bastante similar al número de personas cuidadoras. La relación no es exactamente de uno a uno. Esto se debería principalmente a que las fuentes son distintas, pero posiblemente reflejen una proporción ligeramente mayor de personas cuidadoras por cada persona cuidada.

En cuanto a los aspectos del diseño de todo el **sistema de los CACI públicos (federal, central CDMX, alcaldías y comunitario)**, que atienden al grupo de edad de cero a cinco años, podemos hacer las siguientes valoraciones:

**Elementos de planeación:** No existe una planeación que se base en los requerimientos de la demanda y la expansión del sistema parece derivarse de razones puramente presupuestales.

**Pertinencia:** El modelo de los CACI constituye un auténtico sistema de cuidados de la población de 0 a 5 años. Sin embargo, no todos los CACI contienen los tres niveles (lactantes, maternal y preescolar) y sobre todo hay muchas diferencias en los horarios y pocos son los que cubren al menos el lapso de la jornada laboral, por no hablar de los tiempos de traslado hogar-centro de cuidado- centro laboral. La cobertura es además muy pequeña.

**Consistencia:** Falta por definir de modo sistemático y oficial los componentes del modelo CACI, y no sólo basarse en lo que tradicionalmente se incluye en el modelo CENDI.

**Accesibilidad:** No todas las modalidades públicas son gratuitas. Por ejemplo, hay excepciones en alcaldías; hay algunos cobros (aunque pequeños) en especie en los CACDI del DIF-CDMX; no hay seguridad financiera (entre otros tipos) en los CACI comunitarios. Y la cobertura baja es uno de los principales impedimentos de acceso al derecho.

**Grado potencial de integración:** Las diversas modalidades en cuanto al tipo de control (federal, central CDMX, alcaldías) se complementan, sin entrar en contradicción ni en competencia. Sin embargo, no hay ningún tipo de coordinación o planeación en función de las necesidades sociales en su conjunto.

En cuanto a las modalidades que atienden a la población de 6 a 14 años, constituidas por las **escuelas de tiempo completo y de jornada ampliada**. Podemos hacer las siguientes valoraciones:

**Elementos de planeación:** Al igual que en el caso del sistema de los CACI, no existe una planeación que se base en los requerimientos de la demanda y la expansión del sistema parece derivarse de razones puramente presupuestales.

**Pertinencia:** Las escuelas de jornada ampliada tienen un horario aún muy por debajo de los requerimientos en función de la jornada de trabajo laboral. La expansión del sistema tiene un obstáculo en las escuelas de tiempo parcial y con doble turno.

**Consistencia:** Dados los requerimientos menores de intensidad de cuidado para el grupo de edad 6-14, la limitación sigue siendo básicamente la cuestión del horario.

**Accesibilidad:** No se detecta algún problema de accesibilidad, fuera de la cuestión del horario y la cobertura.

**Grado potencial de integración:** El conflicto con las escuelas de doble turno es la principal problemática, dado que, dejando a un lado estas escuelas, las modalidades de tiempo completo y jornada ampliada cubren una parte significativa de las escuelas del nivel básico.

Las demás modalidades de atención no han sido diseñadas o concebidas como sistemas de cuidados. Solamente cabe destacar el programa de Aprende DIFerente, que tiene gran potencial como complemento de la jornada escolar, a fin de empatarla con la jornada laboral, pues se ahorrarían muchas problemáticas que se requerirían para la ampliación de la jornada escolar (normatividad educativa, laboral, etc.)

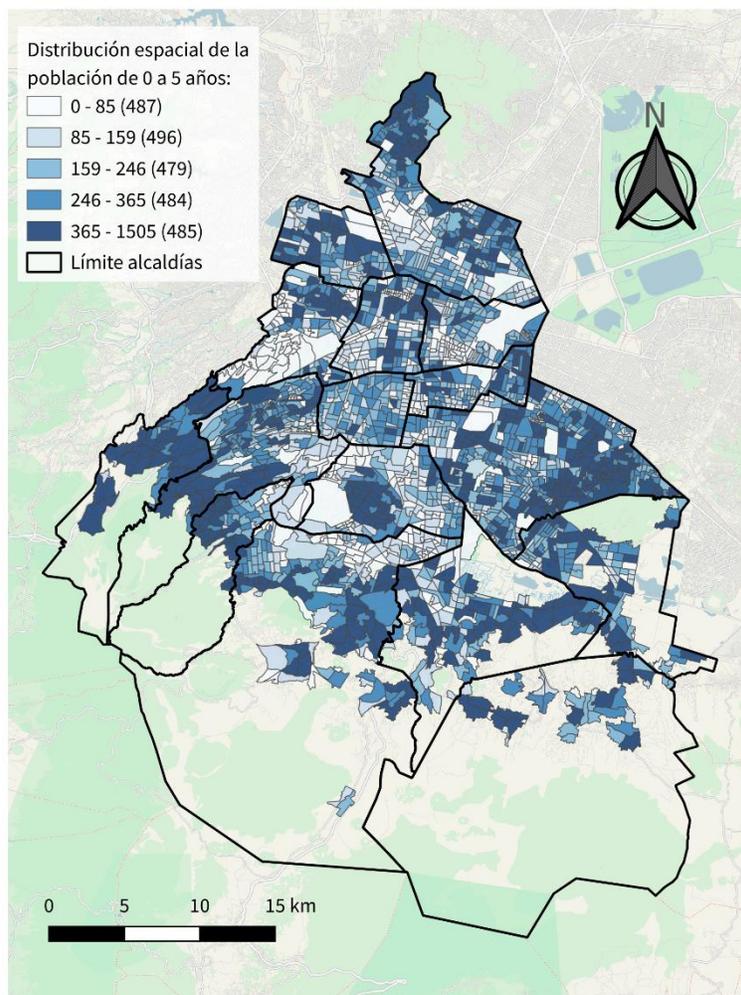
### 3.2.2. Análisis espacial de la oferta y demanda de cuidado institucional para la población infantil

Un factor clave para delinear una política que sea parte del sistema de cuidados de la Ciudad de México es conocer las características de la población que se busca atender; específicamente se requiere saber cuántos son, en dónde se encuentran y cuál es la relación de su localización con la oferta de instituciones que brindan cuidado. El objetivo de esta sección es comparar la distribución de los centros de cuidado infantil por tipo de adscripción con la localización de la población de 0 a 5 años, para así encontrar zonas en que la oferta pública tiene menor presencia. Para ello se han usado herramientas propias del análisis espacial como el Índice de Moran y análisis de distancias para encontrar aquellas colonias de la ciudad que requieren mayor atención.

#### Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población de 0 a 5 años

En el [mapa 3.3](#) se observa el arreglo espacial de la población de 0 a 5 años en valores absolutos. A simple vista, destaca mayor presencia de infantes en alcaldías como Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Cuajimalpa de Morelos, Álvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Cuauhtémoc, Coyoacán, entre otras. La ubicación espacial de la población infantil es fundamental para, por un lado, identificar zonas de concentración poblacional y, por otro, poner en relación la distribución espacial de los CACI con las necesidades de cuidado institucional de la población.

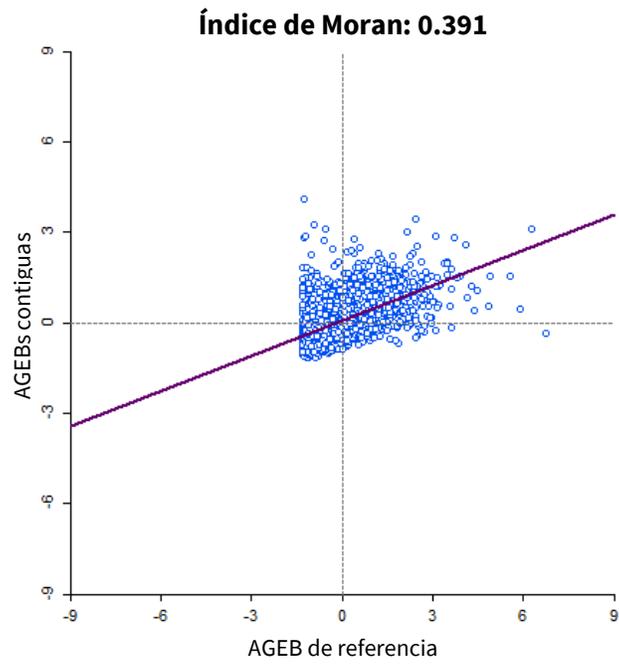
MAPA 3.3: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

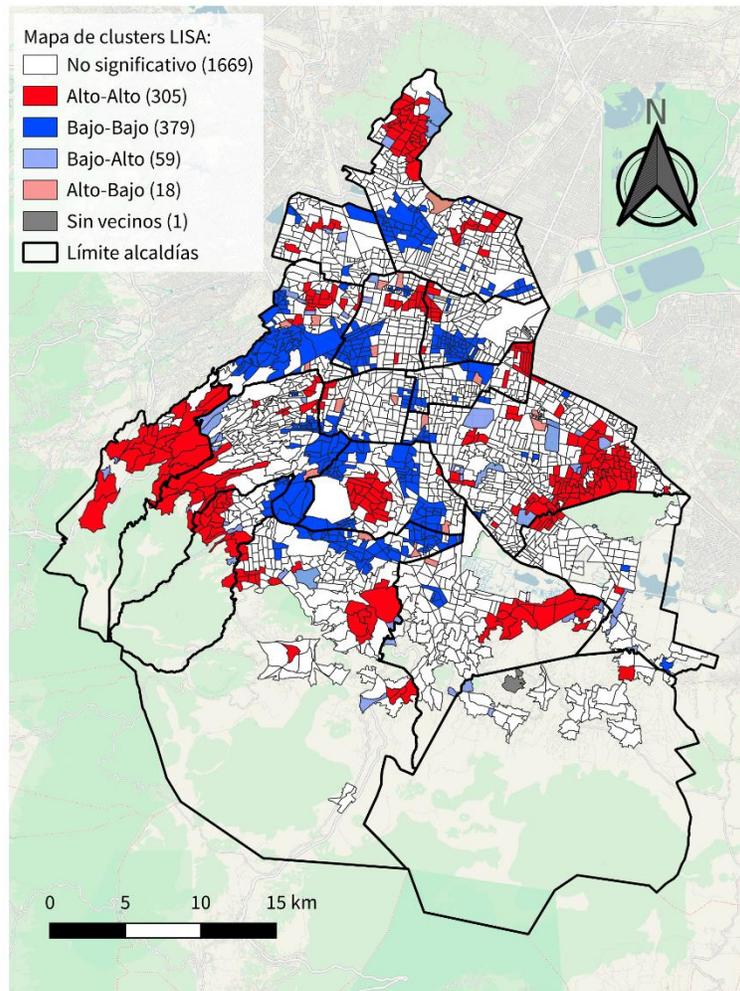
Para el caso de la población de 0 a 5 años se obtuvo un Índice de Moran de 0.391 con un pseudo p-valor  $\leq 0.001$ , como se observa en la [gráfica 3.1](#), es decir, que la distribución de la población de 0 a 5 años en la Ciudad de México sigue un patrón de aglomeración específico: las AGEB con mayor número de niños tienden a estar juntas y lo mismo pasa con las AGEB que reportan un menor número de niños. El análisis se complementa con el Índice de Moran Local, que permite observar en un mapa aquellas zonas en que la aglomeración de infantes por AGEB es estadísticamente significativa al menos a un pseudo p-value del 0.05. El resultado se muestra en el [mapa 3.4](#). El mapa de *clusters* confirma que hay algunas zonas de la ciudad en donde la población infantil se aglomera, tanto Alto-Alto como Bajo-Bajo; entre las alcaldías con alguna aglomeración del tipo Alto-Alto están Gustavo A. Madero, Cuajimalpa de Morelos, Álvaro Obregón, La Magdalena Contreras, Iztapalapa, Coyoacán, Tlalpan y Xochimilco. También se observan aglomeraciones de tipo Alto-Alto, pero de menor tamaño en Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Venustiano Carranza e Iztacalco.

GRÁFICA3.1: ÍNDICE DE MORAN PARA LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS POR AGEB, CDMX, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

MAPA 3.4: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS *CLUSTERS* ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS PARA LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



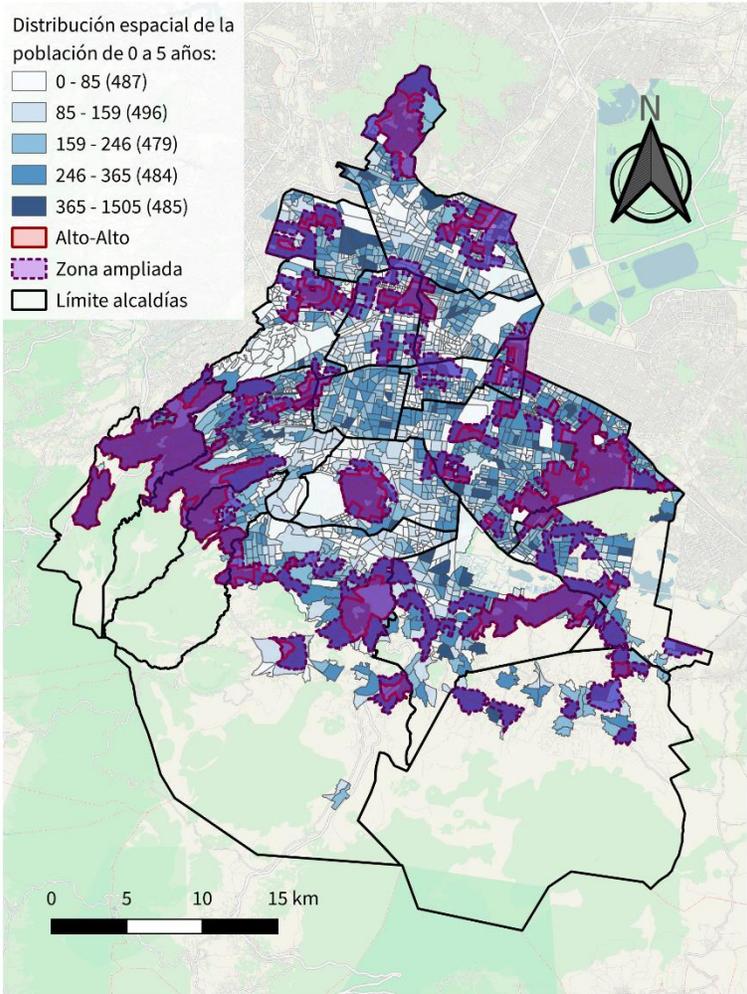
Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

Si bien se han identificado las zonas de aglomeración infantil, la autocorrelación espacial identifica AGEB contiguas que presentan un alto valor de la variable de estudio, pero hay otras AGEB con un peso importante en el total de infantes en la ciudad, pero que por su ubicación no se detectan dentro de los *clusters* locales. Por tal motivo se ampliaron las AGEB de los *clusters* con ayuda del mapa de quintiles. Las zonas que se agregaron se encuentran junto a los *clusters* que se identificaron, con excepción de la alcaldía Cuauhtémoc, donde hay varias zonas con cierta concentración de infantes y la zona sur de la ciudad que por falta de vecinos las AGEB resultaron no significativas. El resultado se observa en el [mapa 3.5](#).

En total se cuenta con 2,431 AGEB, con una población de 9.14 millones de personas, de los que 585 mil son infantes de 0 a 5 años. En la zona Alto-Alto hay 305 AGEB, que representa el 12.55% de total de unidades territoriales, y aquí se localiza el 25.48% de la población infantil, es decir

159,166 niños; en la zona ampliada hay 619 AGEB, 25.46% con respecto del total, y aquí está el 50.15% de la población de 0 a 5 años, 293.5 mil infantes (ver [cuadro 3.5](#)). Es necesario indicar que la población infantil está presente en todo el territorio de la ciudad, sin embargo, en la zona ampliada es donde se concentra en mayor medida este grupo poblacional, por lo que, por un lado, sirve de insumo para el diseño e implementación de la intervención gubernamental y, por otro, la zona ampliada se puede poner en relación con el servicio, tanto público como privado, de los Centros de Atención y Cuidado Infantil.

MAPA 3.5: DELIMITACIÓN DE LA ZONA AMPLIADA DE CONCENTRACIÓN INFANTIL, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

CUADRO 3.25: NÚMERO DE AGEBS, POBLACIÓN TOTAL Y NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS POR ZONA, Y PORCENTAJE RESPECTO AL TOTAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

Zona	No. AGEBS	%	Población total	%	Población de 0 a 5 años	%
Total	2,431	100.00	9,138,524	100.00	585,324	100.00
Alto-Alto	305	12.55	1,964,584	21.50	149,166	25.48
<b>Zona ampliada</b>	<b>619</b>	<b>25.46</b>	<b>4,010,064</b>	<b>43.88</b>	<b>293,501</b>	<b>50.14</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

### Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población de 0 a 5 años

Para analizar la distribución territorial de las instituciones públicas de cuidado para la población de 0 a 5 años se elaboró una base de datos georreferenciada a partir de la información que proporcionó el DIF CDMX sobre los CACI. Además de la georreferenciación se identificó el tipo de adscripción en cinco grandes grupos: públicos federales; públicos del gobierno de la Ciudad de México; públicos de las alcaldías; comunitarios y privados. También se agregó la matrícula de infantes atendidos en 2020 para tener cierta referencia de la capacidad de cada centro. En los mapas se presenta a la población de 0 a 5 años en quintiles; la distribución espacial de los CACI ordenados por su matrícula; mapas de calor para cada tipo de adscripción para acentuar la concentración; y un área de un kilómetro a la redonda para tener cierta referencia del alcance del servicio.

El [mapa 3.6](#) muestra la distribución espacial de los CACI de instituciones del gobierno federal en la Ciudad de México en comparación de la población de 0 a 5 años. Se observa que el servicio se concentra en la zona central de la ciudad, particularmente en la alcaldía Cuauhtémoc (con cierta extensión hacia Miguel Hidalgo). Parece que la concentración de los centros obedece a lo que en décadas anteriores fue la parte urbanizada de la ciudad, de modo tal que dejó un acervo importante que después se fue ampliando hacia la entonces periferia. Los centros federales también coinciden con las alcaldías que reportan mayor actividad económica y además muchos de ellos se localizan en vías de comunicación principales, como lo es periférico sur. También destaca que hoy en día hay poca o nula presencia de centros federales en las zonas donde se concentra la población infantil.

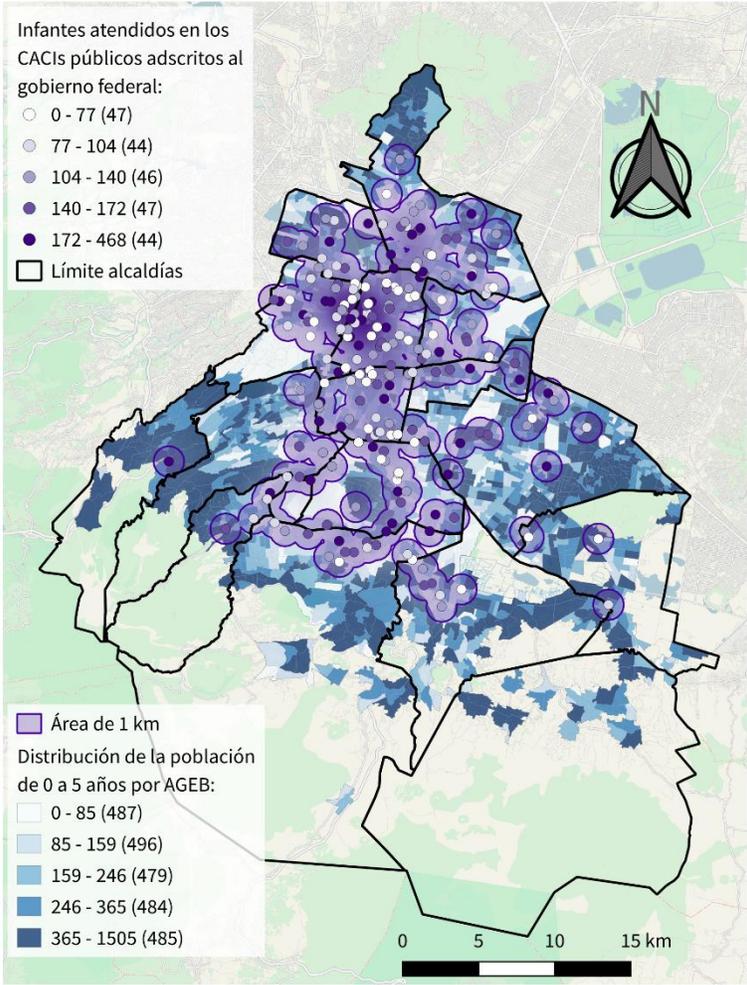
La centralización de los CACI es más notoria al observar los centros del gobierno central de la Ciudad de México, [mapa 3.7](#). El servicio se concentra en la alcaldía Cuauhtémoc con extensión a la alcaldía Venustiano Carranza. Las alcaldías de la periferia tienen poca o nula presencia de servicios de cuidado infantil del gobierno central de la Ciudad de México.

Los CACI de las alcaldías, que se observan en el [mapa 3.8](#), muestra un patrón de concentración policéntrico. Hay importantes concentraciones en alcaldías como Cuajimalpa de Morelos, Álvaro Obregón, Coyoacán, Iztapalapa, Iztacalco, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco y destaca una mayor

presencia y concentración en Cuauhtémoc y Venustiano Carranza. Los centros de las alcaldías también se localizan con mayor intensidad en las periferias, en comparación de los centros del gobierno federal y del gobierno central de la Ciudad de México. Sin embargo, aún hay zonas, a las orillas de la ciudad, donde no hay ningún centro público.

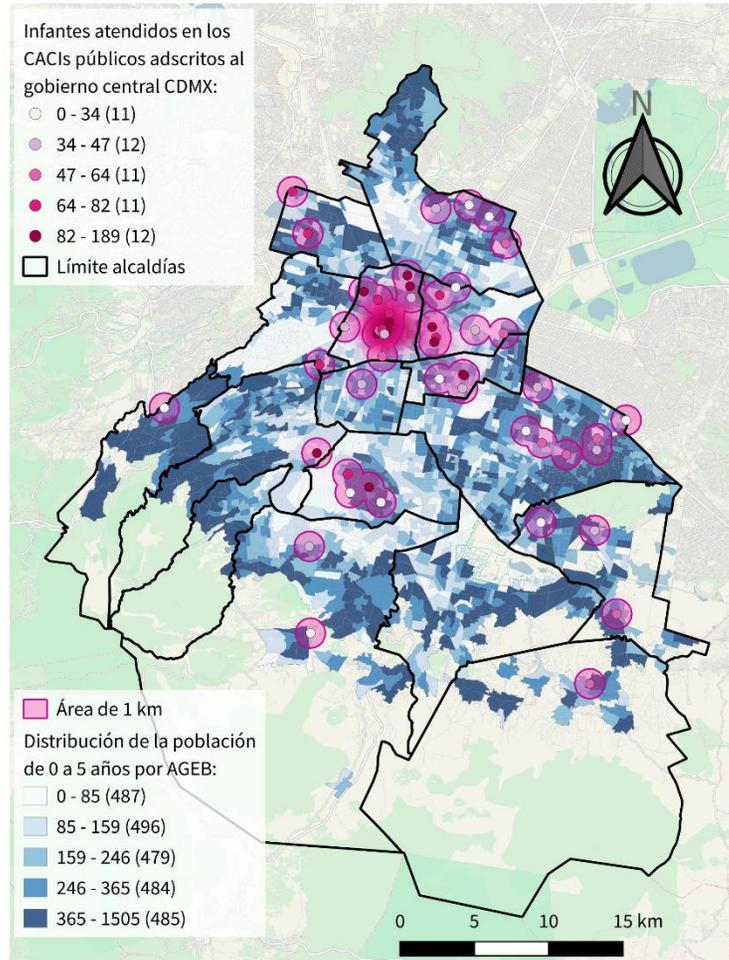
Si se observa la totalidad de los centros públicos, independientemente de su tipo de adscripción, resalta que se han concentrado en el centro de la ciudad, quizá por el proceso de urbanización y el peso de las actividades económicas. Sin embargo, hoy en día la demanda del servicio está en las periferias, que es donde se localiza con mayor intensidad la población infantil.

MAPA 3.6: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL ADSCRITOS AL GOBIERNO FEDERAL Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



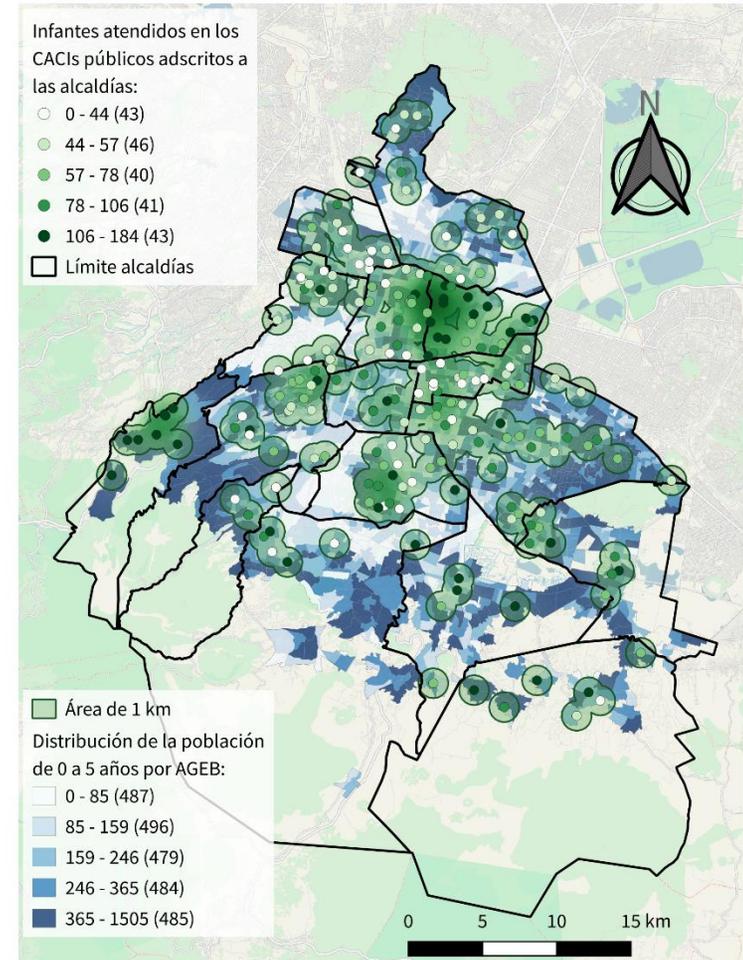
Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

**MAPA 3.7: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL ADSCRITOS AL GOBIERNO CENTRAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020**



Fuente: Elaboración propia a partir información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

**MAPA 3.8: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL ADSCRITOS A LAS ALCALDÍAS Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020**



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

En contraste con la oferta pública, están los centros con adscripción comunitaria y privada, [mapas 3.9 y 3.10](#). Los CACI comunitarios, que reflejan una participación social, muestran al menos cuatro focos importantes de concentración de los servicios, los cuales se localizan fuera de la zona central: norte de Gustavo A. Madero, oriente de Iztapalapa, centro sur de Coyoacán y norte de Tlalpan. Otras concentraciones menores ocurren en el norte de La Magdalena Contreras y el norte de Álvaro Obregón. Es decir, las concentraciones se ubican claramente hacia la periferia de la mancha urbana. Los CACI operados por particulares presentan un patrón con mayor dispersión a comparación de los comunitarios, es posible que respondan a cierta demanda por el servicio. Destaca una concentración particularmente acentuada en la parte centro sur de Coyoacán. Otras concentraciones de menor intensidad se ubican al poniente de Iztacalco y zonas de Iztapalapa. Llama la atención, sin embargo, la muy poca presencia del servicio privado en algunas alcaldías, como Cuauhtémoc, Benito Juárez, Venustiano Carranza y Cuajimalpa.

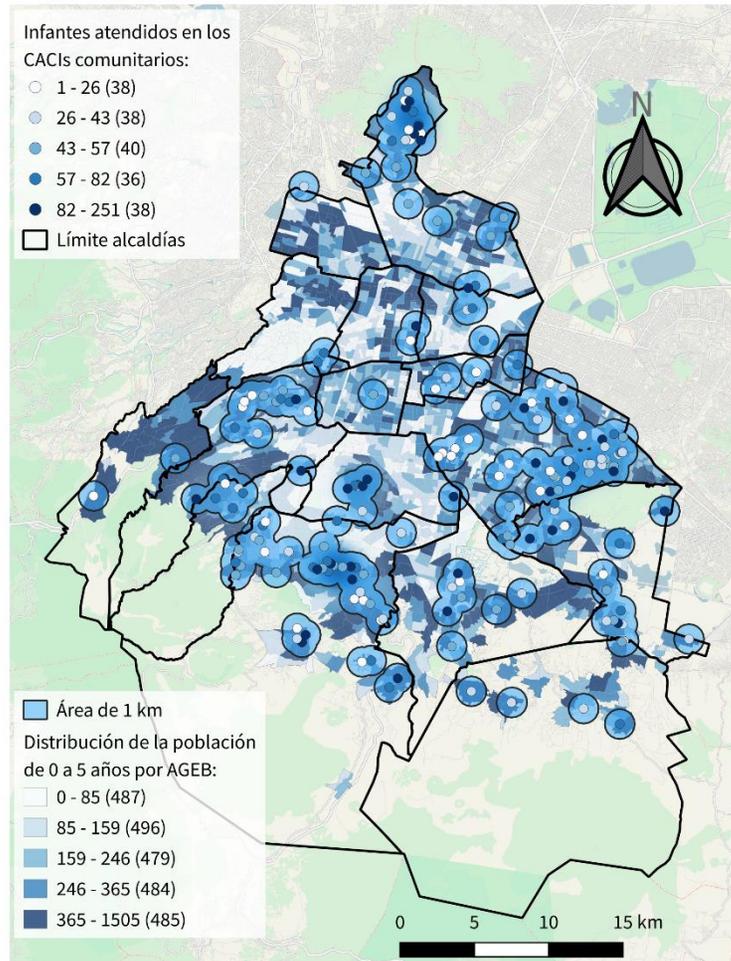
En los mapas también destaca que hay cierta compensación entre la oferta pública con la oferta comunitaria/privada, es decir, que en las zonas donde la oferta pública tiene menos presencia, hay un mayor número de CACI comunitarios y privados. La ubicación de los dos últimos coincide con la identificación de los *clusters* de niños en la periferia. Como se muestra en el [cuadro 3.26](#), en cuanto a servicios públicos sólo el 22.37% de los centros federales, el 27.59% de los centros del gobierno central y el 36.15% de los centros está adscrito a las alcaldías dentro de la zona ampliada de concentración infantil; en contraste el 60.53% de los comunitarios y el 51.57% de los privados está dentro de esta zona. Si el análisis se hace con el área de 1 km los federales aumenta a 71.05% los del gobierno central, a 87.93% los de gobierno central de la Ciudad de México y a 86.38% los de las alcaldías. Por su parte, los centros privados aumentan a 88.68% y los comunitarios a 89.47%; es decir, que casi 9 de cada 10 centros privados o comunitarios se localizan dentro de la zona ampliada o a un kilómetro de distancia.

CUADRO 3.26: RELACIÓN DE LA OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE CUIDADO INSTITUCIONALES PARA LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, Y PORCENTAJE DE LAS ZONAS RESPECTO DEL TOTAL, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

Tipo de adscripción de los CACI		Centros dentro de la zona ampliada de concentración infantil			Centros dentro de la zona ampliada y a 1 km de distancia		
		Zona ampliada	Resto de la ciudad	Total	Zona ampliada	Resto de la ciudad	Total
<b>Oferta</b>							
Federal	Valor	51	177	228	162	66	228
	Porcentaje	22.37	77.63	100	71.05	28.95	100
CDMX central	Valor	16	42	58	51	7	58
	Porcentaje	27.59	72.41	100	87.93	12.07	100
Alcaldía	Valor	77	136	213	184	29	213
	Porcentaje	36.15	63.85	100	86.38	13.62	100
Comunitario	Valor	115	75	190	170	20	190
	Porcentaje	60.53	39.47	100	89.47	10.53	100
Privado	Valor	82	77	159	141	18	159
	Porcentaje	51.57	48.43	100	88.68	11.32	100
<b>Demanda</b>							
Niños	Valor	293,501	291,823	585,324	293,501	291,823	585,324
	Porcentaje	50.14	49.86	100	50.14	49.86	100

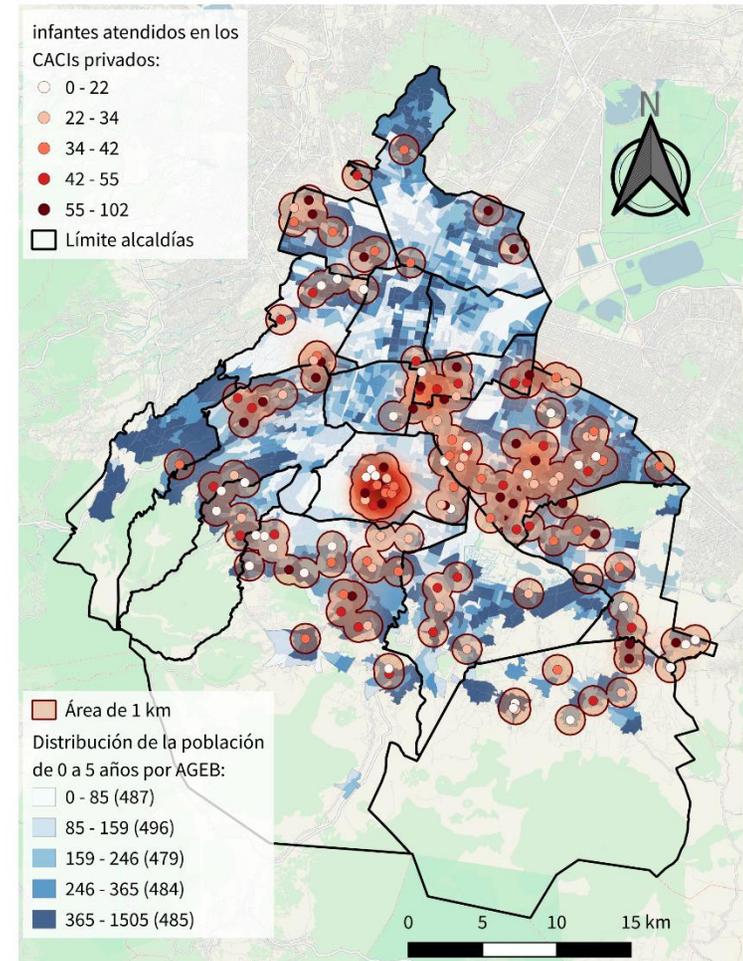
Fuente: Elaboración propia con información de DIF-CDMX y Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

**MAPA 3.9: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL COMUNITARIOS Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020**



Fuente: Elaboración propia a partir información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

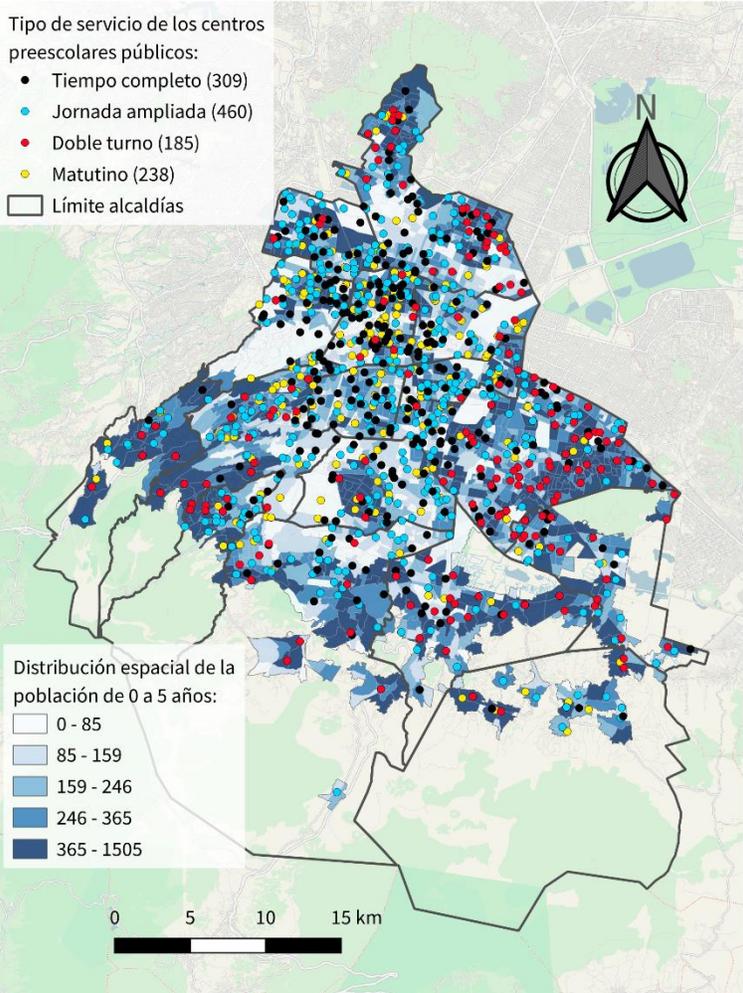
**MAPA 3.10: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN Y CUIDADO INFANTIL PRIVADOS Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO, 2020**



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

Además de los CACI, también se presenta la distribución espacial del preescolar en sus diferentes modalidades según la extensión del horario de servicio. Este es un servicio que se dirige para la población de 3 a 5 años, y no se puede ignorar su función en el cuidado de la población infantil. Como se observa en el [mapa 3.11](#) la cobertura del preescolar general es amplia: se distribuye a lo largo de las 16 alcaldías de la Ciudad de México, quizá con un poco de menor intensidad en las periferias. El mapa muestra el tipo de modalidad de cada preescolar. Se observa que en las alcaldías centrales hay mayor presencia de la jornada ampliada y del tiempo completo; en contraste en la periferia hay mayor número de preescolares con doble turno. La forma en que se dispersan las diferentes modalidades del servicio de preescolar puede indicar una mayor demanda por el servicio. Está característica se debe tomar en consideración para el diseño del sistema de cuidados y las escuelas de tiempo completo.

MAPA 3.11: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS PREESCOLARES PÚBLICOS (2023-2024) Y POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de AEFM y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

## Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población infantil de 0 a 5 años

A partir de los resultados del análisis espacial de la oferta y demanda del cuidado institucional para la población de 0 a 5 años es claro que hay cierta descompensación en la provisión del servicio público. Hay zonas que tienen una gran cantidad de niños, pero están alejadas de las instituciones públicas, mientras otras concentran la mayoría de centros públicos, pero tienen una menor concentración de infantes. Las zonas ampliadas de concentración infantil son la base para encontrar los lugares en que se necesita aumentar la oferta pública. Sin embargo, todavía se deben discriminar bajo algunos criterios: 1) distancia a los CACI; 2) el índice de desarrollo social que elabora el Consejo de Evaluación de la Ciudad de México; 3) la nula presencia de servicios públicos; 4) considerar la relación entre número de niños y centros nuevos.

En el caso del primer criterio, si se toman a las AGEB que integran la zona ampliada y se identifican las colonias que comparten espacio con esas AGEB y además se mide la distancia promedio del centro de cada colonia al CACI más cercano según el tipo de adscripción para cada alcaldía, tenemos como resultado el [cuadro 3.27](#). El análisis de la distancia muestra que las alcaldías de la Ciudad de México se pueden clasificar en dos grupos: el primero en el que las colonias de la zona ampliada están en promedio a menos de un kilómetro de distancia del CACI público más cercano, independientemente del tipo de adscripción; en este grupo está Azcapotzalco, Benito Juárez, Coyoacán, Cuauhtémoc, Iztacalco, Miguel Hidalgo y Venustiano Carranza; las colonias de estas alcaldías no se incluyen en las colonias para aumentar la oferta pública. El segundo grupo corresponde a las alcaldías de Álvaro Obregón, Cuajimalpa de Morelos, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, La Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan y Xochimilco. Las colonias de la zona ampliada de estas alcaldías están en promedio a una distancia mayor de un kilómetro desde el centro de la colonia al CACI público más cercano. Las colonias del segundo grupo de alcaldías tienen potencial para localizar nuevos centros públicos de cuidado infantil, pero falta contrastarlas con el índice de desarrollo social.

CUADRO 3.27: DISTANCIA PROMEDIO EN METROS DEL CENTRO DE LAS COLONIAS DE LA ZONA AMPLIADA AL CACI MÁS CERCANO POR TIPO DE ADSCRIPCIÓN PARA LAS ALCALDÍAS DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2020

Alcaldía	Tipo de adscripción de los CACI				
	Nacional	Gobierno CDMX	Alcaldías	Privado	Comunitario
<b>Grupo 1</b>					
Azcapotzalco	704	1,510	774	1,130	3,449
Benito Juárez	204	1,443	593	1,394	1,399
Coyoacán	1,078	1,097	557	437	951
Cuauhtémoc	513	715	503	1,890	2,574
Iztacalco	840	1,443	552	983	1,076
Miguel Hidalgo	615	2,948	605	895	4,300
Venustiano Carranza	1,173	1,125	561	2,574	1,976

Alcaldía	Tipo de adscripción de los CACI				
	Nacional	Gobierno CDMX	Alcaldías	Privado	Comunitario
<b>Grupo 2</b>					
Álvaro Obregón	2,452	4,329	1,030	961	788
Cuajimalpa de Morelos	3,527	3,459	1,191	3,415	2,398
Gustavo A. Madero	1,665	3,801	1,072	1,848	1,055
Iztapalapa	2,000	2,319	1,260	906	757
La Magdalena Contreras	1,592	6,691	1,288	802	877
Milpa Alta	7,002	3,286	811	982	1,439
Tláhuac	1,934	1,767	1,409	896	928
Tlalpan	3,565	3,916	2,461	951	714
Xochimilco	2,272	6,084	1,562	1,552	1,592

Fuente: Elaboración propia con datos de SEDUVI e información proporcionada por el DIF CDMX.

El índice de desarrollo social (IDS) es una medida que elabora el Consejo de Evaluación de la Ciudad de México a partir del Censo de Población y Vivienda de INEGI. Evalúa las dimensiones de seguridad social, salud, vivienda, educación, bienes durables, energía, agua y drenaje, teléfono e internet. La desagregación que presenta es para manzanas, AGEB y alcaldías. Clasifica a las unidades territoriales a partir del IDS en: muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto. Para la evaluación se decidió usar la desagregación de AGEB ya que son las que mejor coinciden, en cuanto a tamaño, con los polígonos de las colonias. El procedimiento fue comparar las colonias de la zona ampliada con el IDS de las AGEB y excluir aquellas colonias que se encuentran en una AGEB con IDS medio, alto o muy alto, además las colonias prioritarias se clasificaron en dos grupos, las que se encuentran en una AGEB con IDS muy bajo y aquellas colonias que comparten espacio con una AGEB con IDS bajo<sup>22</sup>.

Una vez que se obtuvo el grupo de colonias con IDS bajo o muy bajo, se insertó una malla de hexágonos sobre la superficie de las colonias, con el propósito de homogenizar y también para que cada hexágono funcionara como el espacio ideal para un nuevo centro. Cabe mencionar que cada hexágono cubre un espacio de 500 metros a la redonda. La UNESCO señala<sup>23</sup> que la distancia de la escuela al hogar es un determinante para asistir o desertar del sistema educativo; distancias más largas conllevan más recursos tanto de tiempo como monetarios. En el caso de las instituciones que ofrecen servicios de cuidado en la ciudad, distancias mayores amplían las brechas entre los que tienen un mejor acceso y disponibilidad y aquellos que se encuentran alejados de los centros educativos. El sistema de cuidados debe basarse en un principio de

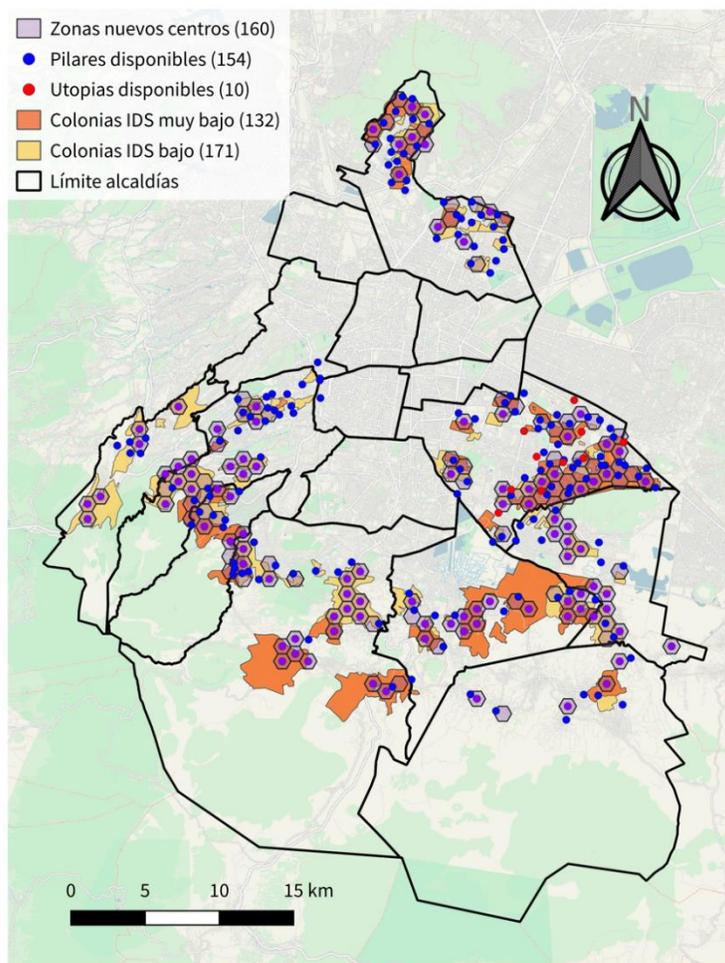
<sup>22</sup> Para mayor información sobre la metodología del índice de desarrollo social del Consejo de Evaluación de la Ciudad de México consultar: Evalúa CDMX (2020).

<sup>23</sup> Education Policy Toolbox. *School location*. Véase: <https://policytoolbox.iiep.unesco.org/policy-option/school-location/>

proximidad del servicio público, por lo que la distancia de 500 metros es ideal para apoyar a las tareas de cuidado en el hogar.

Posteriormente se retiró cada colonia y hexágono en los que hubiera presencia de algún CACI público o preescolar general de tiempo completo. En el caso de los preescolares hay algunos que su servicio está combinado con la educación inicial en modalidad CACI; sólo se eligieron los que ofrecen exclusivamente el servicio de preescolar. Por último, se cotejó el número de hexágonos con la población infantil para tener una relación cercana a un hexágono por cada mil niños. En el [mapa 3.12](#) se presenta el resultado final del análisis para identificar las colonias susceptibles de aumentar la oferta pública y el número de centros propuestos para la población de 0 a 5 años de edad. Se identificaron 160 espacios para nuevos centros, pero sólo en 60 de ellos hay cierta infraestructura social que pueden servir como plataforma para los nuevos servicios de cuidado infantil de la Ciudad de México.

MAPA 3.12: PROPUESTA DE NUEVOS CENTROS DE CUIDADO PARA LA POBLACIÓN DE 0 A 5 AÑOS, CIUDAD DE MÉXICO



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de oferta y demanda de centros de cuidado infantil.

En el [cuadro 3.28](#) se muestra un resumen de los resultados del análisis para los nuevos centros. Como se comentó arriba, se identificaron 160 espacios, representados en hexágonos de 500 metros a la redonda, para albergar centros nuevos que se integren al sistema CACI. Hay 164 Pilares o Utopías disponibles, 60 dentro de los hexágonos y 104 al menos a 500 metros de un hexágono o colonia prioritaria. También se identificaron 174 primarias públicas bajo la idea de que puede ser infraestructura con posibilidades de adaptarse para atender las nuevas necesidades de la urbe. La población potencial es de 198 mil niños, que representan el 33.5% del total de la población de 0 a 5 años de la ciudad. Para enriquecer en análisis se proyectó un costo operativo anual de 2,195 millones de pesos. El ejercicio se realizó para un centro con capacidad de atender a 117 niños, está a precios de 2024 y faltaría sumar el costo de la obra. En el cálculo del costo operativo se consideraron salarios del personal cuidador, alimentos para los niños, materiales educativos y gastos administrativos y de mantenimiento.

CUADRO 3.28: NUEVOS CENTROS, INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE, POBLACIÓN POTENCIAL Y COSTO OPERATIVO ANUAL POR ALCALDÍA PARA LA CIUDAD DE MÉXICO

Alcaldía	Nuevos centros de cuidado infantil en zonas prioritarias <sup>1</sup>	Pilares y Utopías disponibles <sup>2</sup>	Escuelas primarias dentro de zonas prioritarias <sup>3</sup>	Población potencial	Costo operativo anual (MDP) <sup>4</sup>
Álvaro Obregón	19	23	22	21,756	\$260.71
Cuajimalpa de Morelos	9	5	3	8,889	\$123.49
Gustavo A. Madero	20	32	31	30,756	\$274.43
Iztapalapa	41	54	62	67,146	\$562.58
La Magdalena Contreras	10	7	10	12,119	\$137.22
Milpa Alta	5	7	5	6,226	\$68.61
Tláhuac	15	9	11	14,200	\$205.82
Tlalpan	23	15	16	21,122	\$315.59
Xochimilco	18	12	14	16,281	\$246.99
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>164</b>	<b>174</b>	<b>198,495</b>	<b>\$2,195.44</b>

<sup>1</sup>Se identificaron 160 zonas en las que no hay algún centro público de cuidado infantil, pero en 60 de ellas hay al menos un Pilar o una Utopía.

<sup>2</sup>Son Pilares o Utopías dentro de las zonas prioritarias o a una distancia de 500 metros.

<sup>3</sup>Se consideraron las escuelas primarias porque puede ser infraestructura disponible.

<sup>4</sup>La cifra no incluye el costo de la obra.

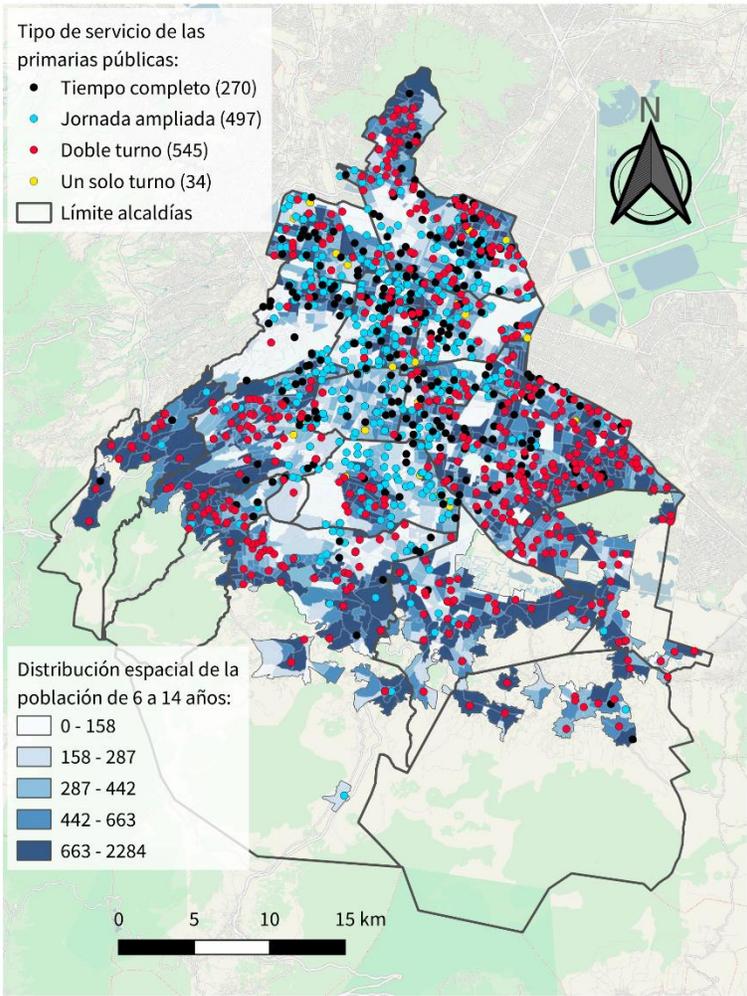
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de oferta y demanda de instituciones de cuidado infantil.

### Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población de 6 a 14 años

Para la población de 6 a 14 años se asume que hay cobertura total del sistema educativo, como se observa en los [mapas 3.13 y 3.14](#). Por tanto, el análisis espacial consistió en identificar de qué forma se distribuyen las diferentes modalidades del servicio a lo largo del territorio. La

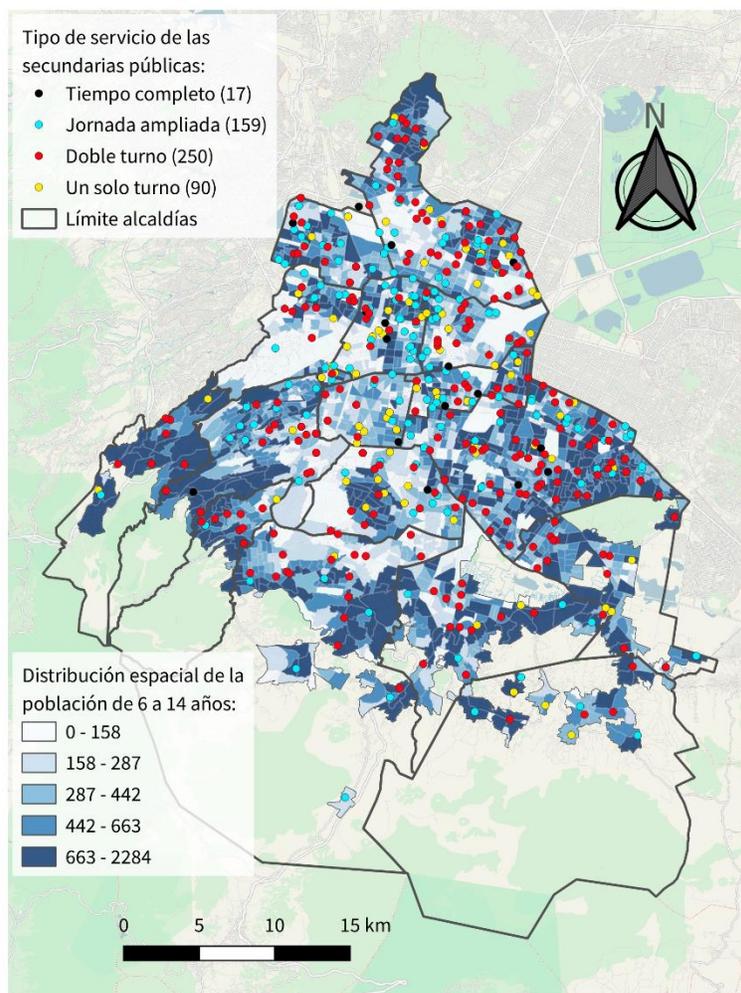
información proviene de la AEFCM. Para la distinción se identificaron las escuelas que son de doble turno o de un solo turno. En el caso de las primarias destaca que aquellas que son de doble turno tienen mayor presencia en la periferia de la ciudad, que es donde la población infantil se concentra con mayor intensidad. Es natural pensar que a mayor número de niños se requiere mayor oferta del servicio educativo. Para las secundarias el patrón no es tan claro. Pero en ambos casos el que las escuelas sean de doble turno podría significar un reto para ampliar el horario educativo. Una alternativa es que la jornada de tiempo completo se ofrezca para los más pequeños, es decir para los de primero y segundo grado, que tienen edades entre 6 y 7 años, ya que son los que podrían requerir mayor tiempo de cuidado. Otra alternativa es llevar programas como el de Aprende DIFerente a las escuelas, pero no hay que olvidar que las modalidades educativas de tiempo completo deben contemplar el alimento para los niños y así cubrir el tiempo de una jornada laboral.

MAPA 3.13: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LAS PRIMARIAS PÚBLICAS (2023-2024) Y POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de AEFCM y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

MAPA 3.14: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LAS SECUNDARIAS PÚBLICAS (2023-2024) Y POBLACIÓN DE 6 A 14 AÑOS POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de AEFM y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

### 3.3. Instituciones que proveen cuidado a la población con discapacidad

#### 3.3.1. Diseño y atención de los servicios públicos de cuidado para personas con discapacidad

En términos generales, las instituciones públicas dedicadas al cuidado de las personas con discapacidad se caracterizan por centrarse en el cuidado de tiempo completo con una cobertura mínima (federales y de gobierno de la ciudad de México), así como en la atención desde el punto de vista educativo (federal), sin que existan programas amplios de apoyo a las personas cuidadoras.

Por otra parte, existen servicios de rehabilitación a personas con discapacidad, que atienden por definición al aspecto médico y de restauración (aunque sea parcial) de la condición de autonomía de las personas discapacitadas, pero no al servicio del cuidado propiamente dicho. Sin embargo, se consideran en esta recapitulación de los servicios públicos de cuidados públicos dada su potencial vinculación a los servicios de cuidado y su posible articulación dentro de un sistema de cuidados.

### Instituciones públicas de alojamiento a personas con discapacidad

En ya citado Censo de Alojamientos de Asistencia Social de INEGI, de los diversos tipos de alojamientos considerados, dos se relacionan con atención a personas con discapacidad. (Cuadro 3.29)

CUADRO: 3.29: INSTITUCIONES QUE ALOJAN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

Figura jurídica	Hospital/residencia para personas con padecimientos mentales		Hospital/residencia para personas con enfermedades incurables		Total	
	Alojamientos	Usuarios	Alojamientos	Usuarios	Alojamientos	Usuarios
Asociación civil	6	127	2	46	8	173
IAP/IBP	5	79	2	72	7	151
Sociedad civil	1	10	0	0	1	10
Asociación religiosa	0	0	0	0	0	0
Institución pública	8	706	2	1,357	10	2,063
Sociedad mercantil	1	2	0	0	1	2
Otra	3	94	1	NE	4	94
No especificado	2	13	1	1	3	14
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>1,031</b>	<b>8</b>	<b>1,476</b>	<b>34</b>	<b>2,507</b>
Asociación civil	23.1%	12.3%	25.0%	3.1%	23.5%	6.9%
IAP/IBP	19.2%	7.7%	25.0%	4.9%	20.6%	6.0%
Sociedad civil	3.8%	1.0%	0.0%	0.0%	2.9%	0.4%
Asociación religiosa	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Institución pública	30.8%	68.5%	25.0%	91.9%	29.4%	82.3%
Sociedad mercantil	3.8%	0.2%	0.0%	0.0%	2.9%	0.1%
Otra	11.5%	9.1%	12.5%	0.0%	11.8%	3.7%
No especificado	7.7%	1.3%	12.5%	0.1%	8.8%	0.6%
<b>Total</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>
Pública	8	706	2	1,357	10	2,063
Privada	13	218	4	118	17	336
Otra/no especificado	5	107	2	1	7	108
Pública	30.8%	68.5%	25.0%	91.9%	29.4%	82.3%
Privada	50.0%	21.1%	50.0%	8.0%	50.0%	13.4%
Otra/no especificado	19.2%	10.4%	25.0%	0.1%	20.6%	4.3%

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. Características de Alojamientos de Asistencia Social, 2020

La mayor parte de los servicios en cuanto usuarios se proporcionan por parte del estado, sin que las cantidades sean muy altas, en comparación con la demanda potencial. Se trata de cuidados de tiempo completo que están asociados a servicios de salud, sea física o mental. La información disponible por la fuente no permite hacer mayores valoraciones ni establecer su ubicación en el territorio de la Ciudad de México.

### Centros de Atención Múltiple

Los Centros de Atención Múltiple (CAM) constituyen un servicio educativo y de capacitación laboral, de control federal o privado, para personas con discapacidad, con problemas para el desarrollo de competencias currículo oficial e incluso con capacidades y aptitudes sobresalientes. Sus modalidades y grupos de edad normativos son prácticamente los mismos que en otros sistemas:

- Educación Inicial: de 43 días a 2 años 11 meses.
- Educación Preescolar: de 3 años a 5 años 11 meses.
- Educación Primaria: de 6 años a 14 años 11 meses.
- Educación Secundaria: de 12 años a 18 años.
- Formación para la Vida y el Trabajo: de 15 años a 22 años

Por su orientación educativa y de inclusión social no está diseñado para atender el tema del cuidado. Sin embargo, al igual que en el sistema educativo, cubre una parte del tiempo de la jornada laboral, o una parte mayoritaria, según el horario del centro respectivo. En efecto, existen tres tipos de horario: turno matutino (8:00 a 12:30 horas); turno vespertino (14:00 a 18:30); turno continuo (8:00 a 16:00 horas).

Dado su carácter principalmente federal y orientado a la educación e inclusión social no se ofrece una valoración del modelo desde el punto de vista de los cuidados. Sin embargo, sus servicios ofrecen posibilidades de coordinación con el futuro sistema de cuidados. La matrícula para el ciclo 2023-2024 puede verse en el [cuadro 3.30](#).

CUADRO: 3.30: ESTUDIANTES EN CAM, EN CIUDAD DE MÉXICO, CICLO 2023-2024

Nivel/modalidad	Hombres		Mujeres		Total	
	Federal	Particular	Federal	Particular	Federal	Particular
Inicial	28	0	14	0	42	0
Preescolar	346	28	154	13	500	41
Primaria	1,718	168	987	109	2,705	277
Secundaria	1,280	0	702	0	1,982	0
Capacitación laboral	1,381	0	844	0	2,225	0
Atención Complementaria	339	0	111	0	450	0
<b>Total</b>	<b>5,092</b>	<b>196</b>	<b>2,812</b>	<b>122</b>	<b>7,904</b>	<b>318</b>

Fuente: Elaboración propia con base Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México, Educación especial

## Unidades de Rehabilitación DIF

La descripción del servicio público de rehabilitación se realiza a partir de su documento normativo más reciente (DIF-CDMX, 2023). La acción institucional denominada “Atención a Personas con Discapacidad en Unidades Básicas de Rehabilitación” proporciona servicios integrales de rehabilitación abiertos a la población que los requiera. “...incluye orientaciones específicas para cada etapa del proceso rehabilitatorio individualizado, tanto a la persona beneficiaria como a sus familiares, lo que permite una atención personalizada y oportuna” (DIF-CDMX, 2023, p. 3). El servicio se establece a partir de una valoración médica; el diagnóstico se realiza a través de la utilización de diversas técnicas y define el tratamiento indicado.

Como se afirma en el documento normativo:

El fin último de esta Acción institucional es favorecer la autonomía, la vida independiente y la calidad de vida, en vinculación y colaboración con el entorno social, para así lograr una inclusión social de las personas con discapacidad. DIF-CDMX, 2023a, p. 3.

El servicio se proporciona a través de siete Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y un Centro de Atención para Personas con Discapacidad (CAPD) “Cuauhtémoc”. Además, se cuenta con 4 unidades móviles, que tienen funciones de difusión y acercamiento a la población.

El servicio de terapia consiste principalmente en:

- Rehabilitación física integral en sus diferentes modalidades: mecanoterapia, hidroterapia, masoterapia, termoterapia y electroterapia.
- Atención psicológica y valoración médica complementa a la habilitación y rehabilitación. Incluye un enfoque preventivo para una detección oportuna de posibles riesgos en las personas de adquirir una discapacidad a partir de deficiencias o accidentes.
- Mecanismos de referencia y contrarreferencia de beneficiarios a instituciones externas del Gobierno de la Ciudad de México, así como a instituciones federales
- Acuerdos institucionales con la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, la Secretaría de las Mujeres y el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México, para la capacitación a personal de las UBR en materia de derechos humanos y enfoque de género a personas con discapacidad y familiares.

Dada la prácticamente inexistente atención institucional al cuidado de las personas dependientes por discapacidad, se toma las UBR para una valoración de la acción institucional, a pesar de que cubre un aspecto más propiamente de salud pública. Se puede hacer una valoración a partir de las características adicionales del servicio:

**Elementos de planeación:** El lineamiento interno realiza un diagnóstico trata tanto de la existencia de una población requirente, es decir, con discapacidad, así como de la falta de una atención adecuada de este grupo poblacional (“escasa disponibilidad en el acceso a los servicios de

salud”). Establece como población objetivo “cerca de 493,589 personas”, es decir, 5.36% de los habitantes de la Ciudad de México, que “viven con alguna discapacidad motriz, visual, de carácter auditivo y relacionado con dificultad para recordar”, lo que en realidad es la población potencial. La población beneficiaria se establece en 2,500 personas con discapacidad, que se amplía con aproximadamente 5 mil familiares. Faltaría determinar no sólo la población con alguna discapacidad sino también la que requiere servicios de rehabilitación, pues muchas personas con discapacidad no requieren los servicios por tener limitaciones que no se modifican con rehabilitación y/o se desempeñan en sus actividades diarias mediante ayudas físicas (aparatos y dispositivos) o personales (asistencia de cuidado activo).

**Pertinencia y consistencia:** El conjunto de servicios descrito previamente resulta, por las áreas que cubre, ampliamente pertinente y consistente en función del problema público de la rehabilitación en la Ciudad de México. Asimismo, la adecuación del diseño se refuerza en la medida en que el servicio se otorga preferentemente a personas en situación de pobreza extrema que habitan en colonias con índice de desarrollo social bajo y muy bajo, lo que se reafirma con la ubicación de las URB y CAPD en zonas claramente de menores recursos, como se aprecia en la distribución de los servicios y el mapa de los mismos. (Ver más adelante.)

**Accesibilidad:** Los servicios son enteramente gratuitos. Además, cuenta con servicios de difusión mediante trípticos o carteles en URB y CAPD, así como a través de jornadas itinerantes del DIF-CDMX y jornadas informativas en las unidades móviles.

**Grado potencial de integración:** El servicio, como se señaló, establece acciones de referencia y contrarreferencia con otras instituciones, así como acuerdos con otras instituciones en materia de capacitación en trato de los beneficiarios. Además, se cuenta con el apoyo de asociaciones civiles que participan en el Programa de Coinversión para el Desarrollo Social de la Ciudad de México y con el Programa de Empleo Temporal, a cargo de la Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo. Se colabora con instituciones de la Secretaría de Salud para programas de educación continua y proceso de actualización del personal profesional de la salud.

Se ha tomado como referencia del servicio proporcionado las personas activas en las URB y CAPD (ver cuadro 3.31). Los totales representan un número menor de la población beneficiaria definida (2,500), la que posiblemente se refiera al total aproximado de las personas que han pasado por los servicios, en función de un esquema rotativo.

Se ha dado un claro impulso al servicio desde 2022 respecto de 2020 (no hay datos de 2021), en tanto se decuplicó el número de beneficiarios. En 2023 se mantiene la tendencia alcista. También destaca la ubicación de las unidades y el centro en alcaldías en la periferia y zonas desfavorecidas socioeconómicamente.

CUADRO 3.31. BENEFICIARIOS ACTIVOS EN LAS UBR Y EL CAPD, CIUDAD DE MÉXICO, 2018-2020 Y 2022-2023

UBR/CAPD		2018	2019	2020	2022	2023
Hombres	Álvaro Obregón	0	0	2	60	33
	Azcapotzalco	4	6	6	33	38
	GAM-CAPD-Cuauhtemoc	0	1	0	13	28
	Milpa Alta	0	2	0	12	20
	Tláhuac-Ixtayopan	2	1	1	11	20
	Tláhuac-Tlaltenco	0	3	0	25	20
	Tlalpan-Ajusco	0	7	1	17	21
	Xochimilco-Muyuguarda	1	6	2	56	47
	<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>26</b>	<b>12</b>	<b>227</b>	<b>227</b>
Mujeres	Álvaro Obregón	2	0	0	39	24
	Azcapotzalco	5	13	23	60	68
	GAM-CAPD-Cuauhtemoc	0	0	0	19	36
	Milpa Alta	0	4	1	33	62
	Tláhuac-Ixtayopan	2	0	0	30	42
	Tláhuac-Tlaltenco	0	1	2	61	71
	Tlalpan-Ajusco	1	2	5	32	63
	Xochimilco-Muyuguarda	4	3	2	49	89
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>23</b>	<b>33</b>	<b>323</b>	<b>455</b>
Total	Álvaro Obregón	2	0	2	99	57
	Azcapotzalco	9	19	29	93	106
	GAM-CAPD-Cuauhtemoc	0	1	0	32	64
	Milpa Alta	0	6	1	45	82
	Tláhuac-Ixtayopan	4	1	1	41	62
	Tláhuac-Tlaltenco	0	4	2	86	91
	Tlalpan-Ajusco	1	9	6	49	84
	Xochimilco-Muyuguarda	5	9	4	105	136
	<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>49</b>	<b>45</b>	<b>550</b>	<b>682</b>

Fuente: Elaboración propia con información de base de datos sobre UBR y CADP, 2018-2020 y 2022-2023, proporcionada por DIF-CDMX

### Unidades de Rehabilitación de las alcaldías

Es en general poca y desigual la información disponible acerca de los servicios de rehabilitación de las alcaldías, a pesar de que por su importancia debería enfatizarse la existencia de estos servicios por parte de las demarcaciones territoriales. Después de una revisión de páginas web de las alcaldías, se pudo comprobar la existencia y ubicación de las unidades de rehabilitación, tal como se muestra en el [cuadro 3.32](#).

Destaca de manera clara la importancia del servicio de rehabilitación que se proporciona en Iztapalapa, frente a las 2 unidades en Benito Juárez y una en las demás demarcaciones. Cabe no obstante hacer algunas observaciones importantes sobre la naturaleza de los servicios proporcionados.

CUADRO 3.32. UNIDADES DE REHABILITACIÓN A CARGO DE LAS ALCALDÍAS

Alcaldía	Unidades
Azcapotzalco	1
Benito Juárez	2
Cuauhtémoc	1
Gustavo A. Madero	1
Iztapalapa	9
Miguel Hidalgo	1
Milpa Alta	1
Venustiano Carranza	1
Tlalpan	1

Fuente: Elaboración propia con información de las páginas Web de las alcaldías

Por ejemplo, en Azcapotzalco los servicios de rehabilitación están acotados a un servicio puntual, en horario y extensión del servicio, al interior de un centro recreativo. Benito Juárez tiene un caso similar, pero también cuenta con un centro médico de importancia con diferentes especialidades médicas y que ofrece servicio de rehabilitación. Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero y Tlalpan cuentan con unidad de rehabilitación en forma. Sobre Miguel Hidalgo, Milpa Alta y Venustiano Carranza no hay mayor información. Iztapalapa cuenta con nueve centros de rehabilitación, de los cuales 3 están al interior de Utopías.

### 3.3.2. Análisis espacial de la oferta y demanda de cuidado institucional para la población con discapacidad

Al igual que en el análisis para la población infantil, para las personas con discapacidad se presenta su distribución territorial y las características de su aglomeración, lo que representaría la demanda potencial de cuidado institucional. Para la oferta de los servicios públicos se muestra los centros de rehabilitación del DIF-CDMX, los de las alcaldías y los de adscripción privada. También se agrega la propuesta para localizar nuevos centros de cuidado para la población con discapacidad a partir de comparar la oferta con la demanda del servicio.

#### Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población con discapacidad

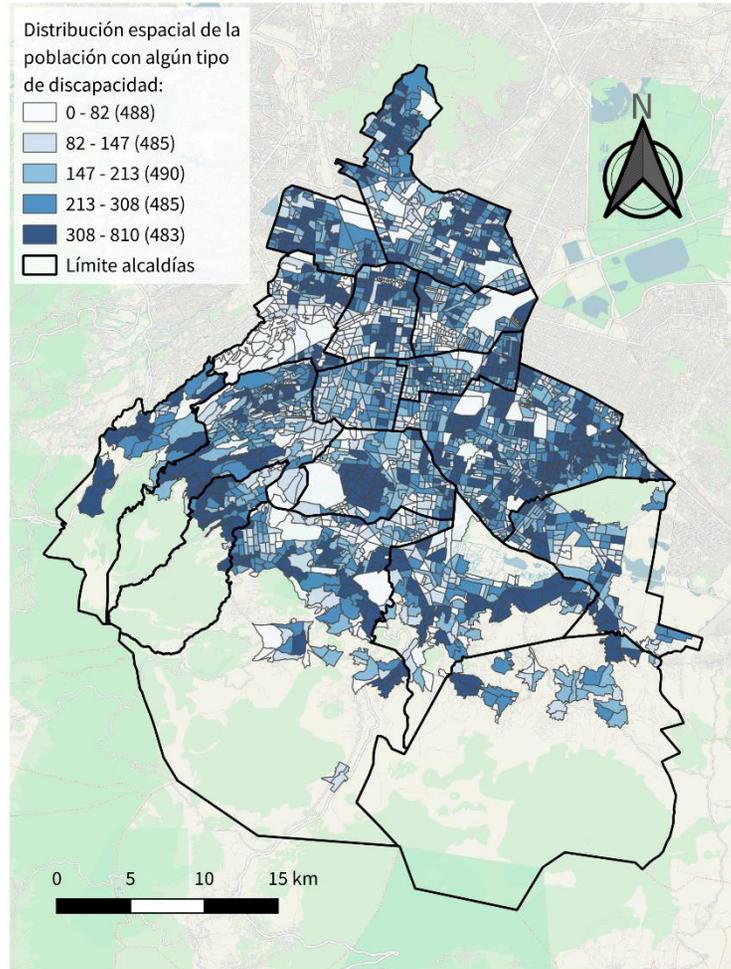
En el [mapa 3.15](#) se presenta la distribución territorial de la población con discapacidad. A diferencia de la población infantil, las personas con discapacidad muestran una distribución más dispersa a lo largo de la ciudad. Sin embargo, hay algunos puntos con mayor concentración como el sur de Iztapalapa, el centro de Coyoacán, el sur de Xochimilco, Magdalena Contreras y Álvaro Obregón, el oriente de Iztacalco y en menor medida algunos lugares de Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco y Gustavo A. Madero. El Índice de Moran para la población con discapacidad mostró un valor de 0.345 a un pseudo p-value del 0.05, lo que indica que en cierta

medida hay auto correlación espacial positiva de las AGEB, es decir, que unidades con valores altos tienden a localizarse cerca de otras unidades con valores altos.

El mapa de *clusters*, [mapa 3.16](#), confirma las aglomeraciones que se identificaron en el mapa de quintiles. Hay agrupaciones amplias del tipo Alto-Alto en el sur de Álvaro Obregón y Magdalena Contreras, en el centro de Coyoacán y al sur de Iztapalapa. Hay otras aglomeraciones de menor magnitud en Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Iztacalco y Xochimilco. Al igual que con la población infantil, el Índice de Moran y el mapa de *clusters* sirven para identificar en qué lugares de la ciudad se necesita con mayor intensidad los servicios de cuidado público; en otras palabras, los *clusters* de tipo Alto-Alto son la base para la identificación de los lugares para la ampliación de las instituciones públicas.

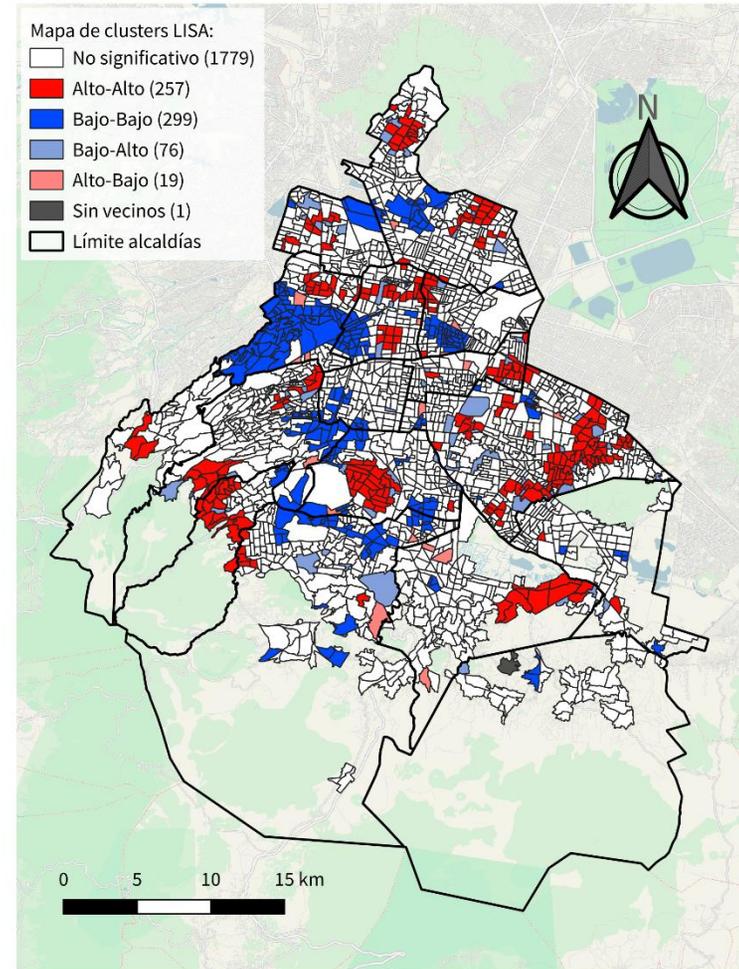
Cabe señalar que la información de la población con discapacidad proviene del Censo de Población y Vivienda 2020, por lo que es necesario señalar algunos puntos: 1) si bien el censo distingue entre diferentes tipos de discapacidad, en los mapas se muestra a toda la población en su conjunto, que son alrededor de 490 mil personas (población potencial); 2) un vacío en los datos del censo es que no identifica cuántas personas de esa población necesitan cuidados, ni tampoco la intensidad de los mismos, por lo que la población con requerimientos de cuidados debe ser menor; y 3) la información del censo tampoco permite identificar la distribución de la población con discapacidad por grupos de edad, por lo que si los mapas se realizan para población de 0 a 14 años, de 15 a 64 y más de 64 años, los resultados pueden ser diferentes. De modo tal que el análisis territorial que se presenta es una forma de encontrar espacios en la ciudad en que es más probable que haya población con discapacidad que requiera cuidados.

MAPA 3.15: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

MAPA 3.16: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CLUSTERS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

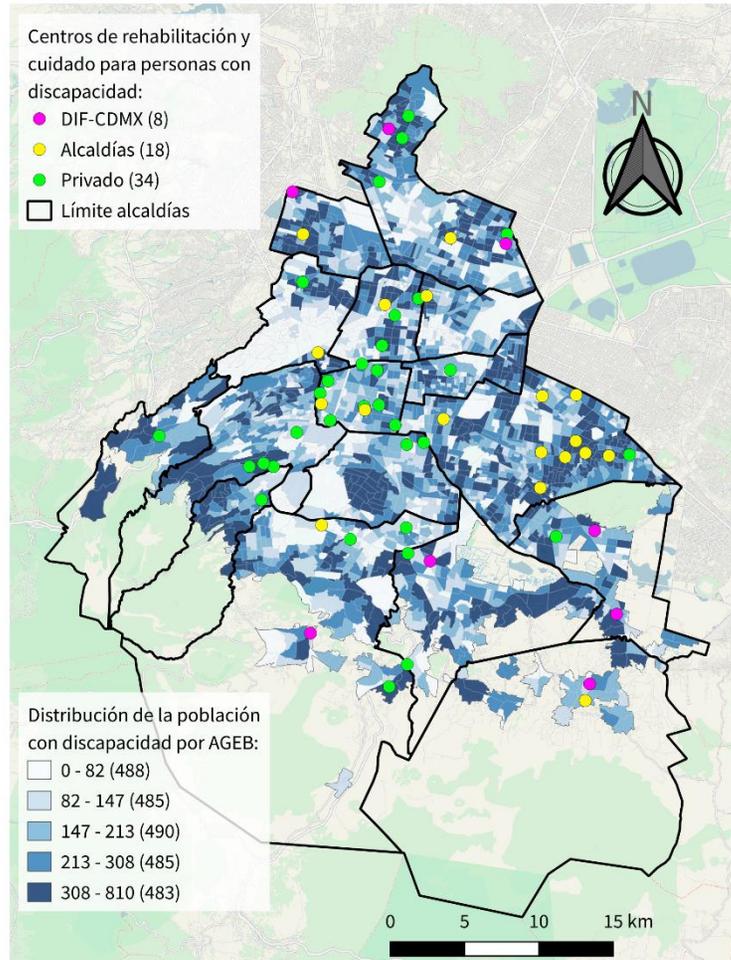
## Distribución espacial de la oferta pública de cuidado institucional para la población con discapacidad

En una primera lectura del [mapa 3.17](#) destaca que la oferta de servicios de rehabilitación y cuidado para la población con discapacidad es escasa y con mayor preponderancia de centros privados. En cuanto a los servicios públicos de rehabilitación del gobierno central están los centros adscritos al sistema DIF-CDMX; sólo son ocho para toda la ciudad y se ubican en las periferias de Azcapotzalco, Gustavo A. Madero, Tláhuac, Milpa Alta, Xochimilco y Tlalpan. Es claro que los centros del DIF-CDMX no alcanzan a cubrir la demanda del servicio en toda la ciudad y que tampoco se localizan en las zonas de concentración de la población. La información de los centros de las alcaldías es dispersa; para obtenerla se tuvo que consultar la página de internet de cada alcaldía. También se observa cierta dispersión en la localización de los 18 centros que se identificaron. Destaca la alcaldía Iztapalapa, que aumentó la oferta de servicios de rehabilitación y cuidado para personas con discapacidad y su ubicación corresponde con la zona de concentración de la población con discapacidad; algunos de estos centros se ubican en las Utopías de la alcaldía.

Los servicios privados se obtuvieron del DENU, de INEGI. Hay 34 en toda la ciudad y se localizan en las alcaldías centrales, principalmente en Benito Juárez, y quizá se relaciona con la distribución de la población de mayor edad. Por eso es importante tener estadísticas disponibles sobre discapacidad por grupos de edad y distribución territorial. Tampoco hay que ignorar que algunos de los centros privados también se distribuyen en varios lugares de la periferia; seguramente responden a la demanda y necesidad de servicios de cuidado especializado. El hecho de que los servicios públicos sean escasos y que los centros privados superen en número a los centros públicos indica que parte del cuidado y atención a este grupo poblacional se ha mercantilizado. Es tarea del sistema de cuidado de la Ciudad de México reducir la brecha entre quienes pueden acceder al cuidado institucional y los que no, es una obligación pendiente para la población con discapacidad.

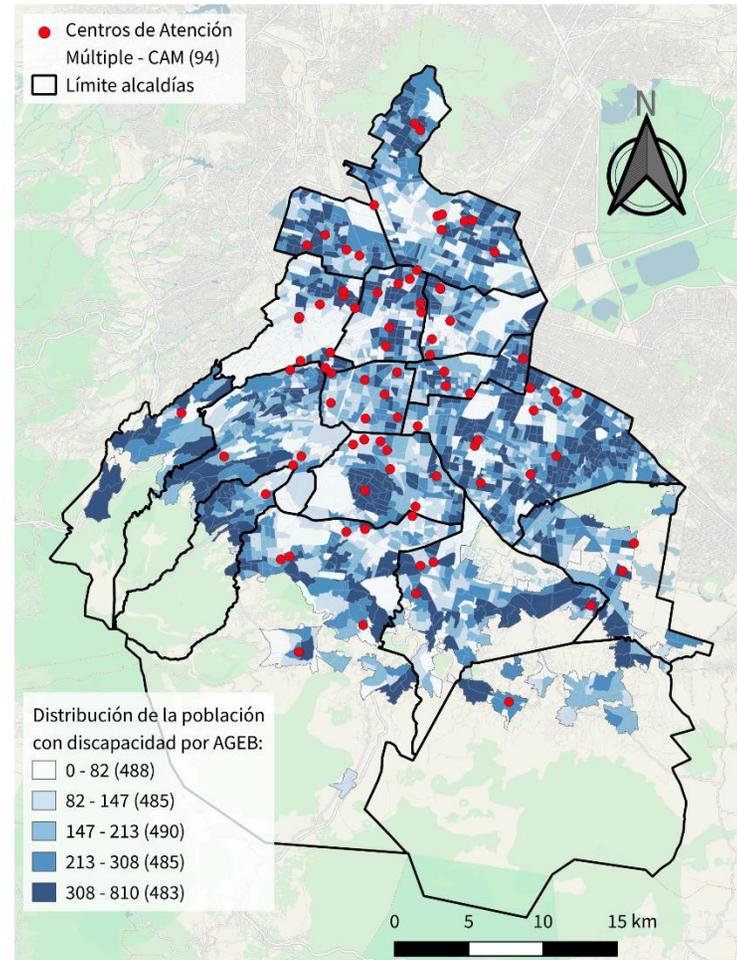
Otras instituciones, que cumplen, en cierta medida, la función de cuidado, específicamente para la población infantil, son los Centros de Atención Múltiple (CAM), que son parte del sistema educativo de la Ciudad de México y están adscritos al gobierno federal mediante la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM). La distribución espacial de este tipo de centros es amplia, como se observa en el [mapa 3.18](#). Se identificaron 94 escuelas especiales, de las cuales 6 son particulares. Si bien están presentes en las 16 demarcaciones, tienden a concentrarse en las alcaldías centrales, por lo que hay una menor disponibilidad de centros en las periferias de la ciudad y tampoco cubren completamente las zonas de concentración de la población con discapacidad. La discapacidad infantil, que, si bien es menos frecuente a comparación de grupos con mayor edad, necesita, además de la rehabilitación, el componente educativo. La falta de centros educativos que se adapten a las necesidades de cuidado de infantes con discapacidad también es un factor de desigualdad social. El sistema de cuidados también enfrenta el reto de ofrecer servicios adecuados para cada grupo de edad.

**MAPA 3.17: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN Y CUIDADO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, CIUDAD DE MÉXICO, 2020**



Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por el DIF CDMX; investigación en páginas de alcaldías; Censo de Población y Vivienda 2020 y DENEU, INEGI.

**MAPA 3.18: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN MÚLTIPLE (CAM), CIUDAD DE MÉXICO, 2020**

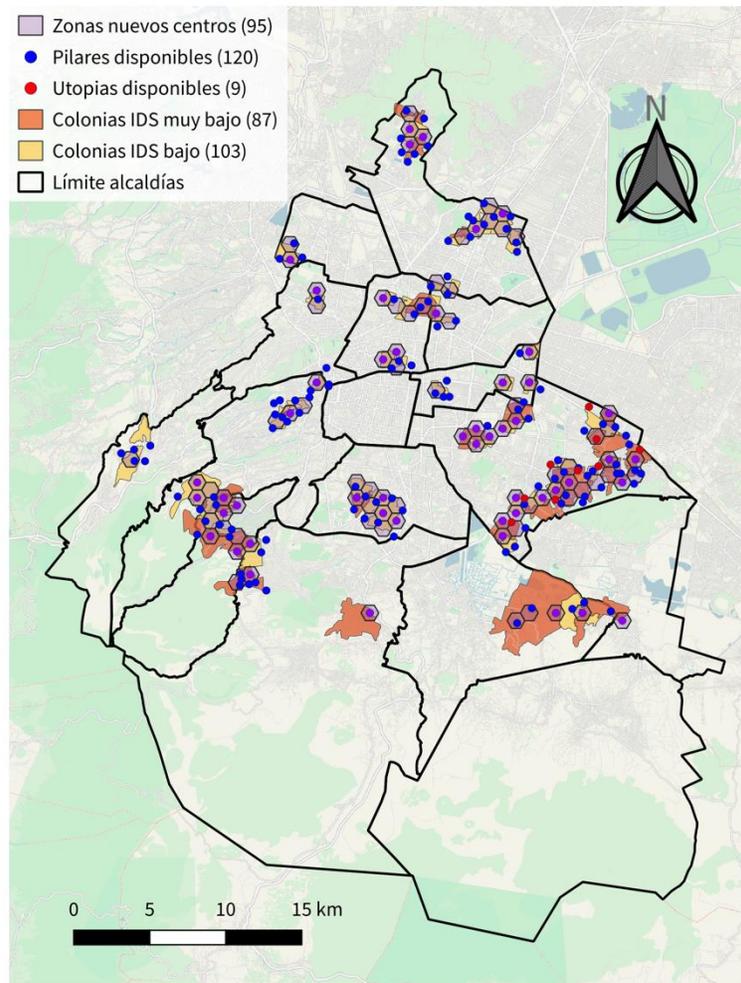


Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México y Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

## Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población con discapacidad

Para la ubicación de las zonas para la ampliación de servicios públicos de cuidado para la población con discapacidad se tomaron los siguientes criterios: 1) los *clusters* Alto-Alto y su contraparte en colonias, que a diferencia de los niños, para las personas con discapacidad no se amplió la zona del *cluster*; 2) discriminar las colonias a partir del IDS de las AGEB con las que se comparte espacio; 3) la localización de los centros públicos con los que ya cuenta la ciudad; y 4) la relación entre el número de centros nuevos y la población potencial. Como la oferta de los centros públicos es escasa no hubo necesidad de discriminar a las colonias a partir de la distancia a las unidades de rehabilitación y cuidado, por lo que no se excluyó a alguna alcaldía por este criterio. Además, también se agregó la malla de hexágonos de 500 metros a la redonda para conocer la ubicación de los nuevos centros.

MAPA 3.19: PROPUESTA DE NUEVOS CENTROS DE CUIDADO PARA LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD, CIUDAD DE MÉXICO



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis espacial de la oferta y demanda de centros de cuidado para personas con discapacidad.

El resultado del ejercicio se muestra en el [mapa 3.19](#). Se identificaron 190 colonias con alta aglomeración de personas con discapacidad, de las cuales 87 están en espacios con IDS muy bajo y 103 en AGEB con IDS bajo. Hay 95 zonas, que surgen de la malla de hexágonos, donde es factible la localización de nuevos centros de cuidado; en 45 de esos hexágonos hay disponible infraestructura social como Pilares o Utopías de la alcaldía Iztapalapa. Las alcaldías que no tienen algún centro nuevo de cuidado son Benito Juárez y Milpa Alta; en ambos casos no hay *clusters* estadísticamente significativos que indiquen que se aglomera la población con discapacidad en esos lugares. En el [cuadro 3.33](#) se observa que hay 120 Pilares o Utopías dentro de las zonas o a 500 metros de las colonias prioritarias; hay también 203 escuelas que pueden ser susceptibles a transformación y se espera alcanzar a una población potencial de 135 mil personas con discapacidad. El costo operativo anual es de 566.3 millones de pesos a precios de 2024, para un centro de cuidado con capacidad de 63 personas.

CUADRO 3.33: NUEVOS CENTROS, INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE, POBLACIÓN POTENCIAL Y COSTO OPERATIVO ANUAL POR ALCALDÍA PARA LA CIUDAD DE MÉXICO

Alcaldía	Nuevos centros de cuidado para personas con discapacidad <sup>1</sup>	Pilares y Utopías disponibles <sup>2</sup>	Escuelas primarias dentro de zonas prioritarias <sup>3</sup>	Población potencial	Costo operativo anual (MDP) <sup>4</sup>
Álvaro Obregón	8	14	15	11,630	\$47.72
Azcapotzalco	2	3	4	1,903	\$11.93
Coyoacán	10	8	18	13,945	\$59.66
Cuajimalpa de Morelos	1	5	1	1,592	\$5.97
Cuauhtémoc	7	7	26	11,565	\$41.76
Gustavo A. Madero	12	19	35	16,865	\$71.59
Iztacalco	4	6	9	7,393	\$23.86
Iztapalapa	29	30	63	40,566	\$173.00
La Magdalena Contreras	9	6	12	10,022	\$53.69
Miguel Hidalgo	2	3	8	3,825	\$11.93
Tláhuac	1	0	0	813	\$5.97
Tlalpan	3	9	2	5,013	\$17.90
Venustiano Carranza	3	4	7	5,991	\$17.90
Xochimilco	4	6	3	4,810	\$23.86
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>120</b>	<b>203</b>	<b>135,933</b>	<b>\$566.73</b>

<sup>1</sup>Se identificaron 95 zonas en las que no hay algún centro público de cuidado de personas con discapacidad, pero en 45 de ellas hay al menos un Pilar o una Utopía.

<sup>2</sup>Son Pilares o Utopías dentro de las zonas prioritarias o a una distancia de 500 metros.

<sup>3</sup>Se consideraron las escuelas primarias porque puede ser infraestructura disponible.

<sup>4</sup>La cifra no incluye el costo de la obra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de oferta y demanda de instituciones de cuidado para personas con discapacidad.

### 3.4. Instituciones públicas que proveen cuidado a la población adulta mayor

El análisis de la oferta de cuidado institucional para la población adulta mayor incluye la descripción de los servicios que se identificaron (de los cuales sólo una pequeña parte pueden considerarse de cuidados); la población atendida de aquellos servicios en los que estaban los datos disponibles; comparación de los modelos de atención que se acercan o mejor se adaptan a la perspectiva de género y de cuidado; y una sección evaluativa en que se valoran los servicios con algunos criterios como: diagnóstico, pertinencia, consistencia y accesibilidad. Posteriormente se presenta un análisis de oferta y demanda del servicio institucional a la población adulta mayor. El análisis consiste en identificar zonas en la ciudad en las que se concentra la población para así poner estos espacios en relación con la oferta pública. El análisis espacial termina con la identificación de zonas susceptibles para ampliar la oferta de centros de servicio que podrían transitar a un sistema de cuidado; se presenta información sobre el número de centros, la población potencial, el costo operativo anual y la infraestructura social disponible.

#### 3.4.1. Servicios públicos de cuidado para personas adultas mayores y población atendida

En la investigación de la oferta pública de cuidado para personas adultas mayores se identificaron servicios en los tres órdenes de gobierno: 1) los servicios del gobierno de la Ciudad de México se concentran en el INED, que es parte de SIBISO; 2) la oferta pública del gobierno federal es mediante el INAPAM, pero también se identificaron un par de centros del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF); 3) por último se encontró que al menos 11 de las 16 alcaldías de la Ciudad de México cuentan con algún centro o espacio para la oferta de servicios públicos para la población adulta mayor. A continuación, se detallan las características de los servicios para cada orden de gobierno.

#### Oferta de servicios de cuidado del gobierno central de la Ciudad de México: Instituto del Envejecimiento Digno (INED)

El Instituto de Envejecimiento Digno cuenta con cuatro espacios en los que se ofrece información o servicios para la población adulta mayor con carácter territorial, según lo que se puede consultar en la página de internet de SIBISO:

- Círculos de Aprendizaje Socialización y Saberes (CASSA).
- Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE).
- Centro de Formación Integral para la Enseñanza de Artes y Oficios (CEFI).
- Módulos de atención del INED.

En el quinto informe de gobierno de SIBISO<sup>24</sup> se mencionan algunos servicios extra como:

- Atención médica (telefónica o domiciliaria).
- Atención gerontológica.
- Acompañamiento permanente a personas mayores de 60 años.
- Acompañamiento universitario voluntario a personas mayores.
- Cursos y capacitaciones a cuidadores y cuidadoras de personas mayores.
- Cursos de capacitación gerontológica.
- Orientación sobre el Alzheimer.
- Servicios de atención a casos de violencia o maltrato.
- Talleres de prevención de la violencia.

A continuación, se hace una breve descripción de los servicios con carácter territorial del Instituto de Envejecimiento Digno.

### **Círculos de Aprendizaje Socialización y Saberes**

Se trata de espacios de convivencia, aprendizaje, activación física y mental y en general de diversas actividades recreativas que buscan mantener la independencia de las personas adultas mayores. La página oficial del INED reporta que los CASSA tienen presencia en las 16 alcaldías de la Ciudad de México, pero la base de datos de la localización de los CASSA, que proviene directamente de SIBISO, muestra que no están en las alcaldías Venustiano Carranza y Xochimilco. Algunas de las actividades que se ofrecen son: pláticas informativas sobre diabetes, activación física, talleres sobre Alzheimer, lectura de libros, clases de guitarra, danza, manualidades y canto. Los servicios no tienen costo y se dirigen a la población de 60 años y más. Se desconoce el tipo de infraestructura en la que operan, por lo que seguramente son sitios que no están acondicionados para ofrecer cuidados especializados. Lo que sí se sabe es que no son de horario continuo. Las reuniones son dos o tres veces por semana y sólo por un par de horas al día.

CUADRO 3.34: POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CASSA DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

<b>Año</b>	<b>Número de actividades</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
2019	3,277	25,418	8,079	<b>33,497</b>
2020	2,951	23,985	6,192	<b>30,177</b>
2021	1,889	17,113	3,293	<b>20,406</b>
2022	12,157	148,623	26,761	<b>175,384</b>
2023	10,488	162,493	29,162	<b>191,655</b>
<b>Total</b>	<b>30,762</b>	<b>377,632</b>	<b>73,487</b>	<b>451,119</b>

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

<sup>24</sup> Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Documents/5TO\_INFORME\_01123.pdf

En el [cuadro 3.34](#) se muestra la población atendida anual de los CASSA. Se logra apreciar un fuerte aumento de 2019 a 2023, al pasar de 33,497 a 191,655 personas adultas mayores atendidas, un incremento del 472.15%. Puede haber dos grandes motivos para este incremento. Por un lado, el número de actividades en los CASSA también se incrementó; pasó de 3,277 en 2019 a 10,488 en 2023. Por otro lado, para el año 2023 ya había pasado la contingencia sanitaria que provocó el COVID 19. Otro aspecto a notar es que en todos los años hay más mujeres que hombres atendidos: en 2023, de las 191,655 personas adultas mayores que recibieron los servicios de los CASSA, el 84.8% eran mujeres, mientras que el 15.2% restante fueron hombres. Las cifras de los CASSA indican que hay una demanda creciente de servicios para la población adulta mayor, y que esa demanda tiene un perfil mayoritariamente femenino, que quizá se relaciona con los patrones de esperanza de vida diferenciados entre ambos géneros. En 2023 se atendió en los CASSA a aproximadamente el 12.5% de la población de 60 años y más de la Ciudad de México.

### **Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE)**

El objetivo de los CEDE es ofrecer una atención integral a las personas adultas mayores, busca el desarrollo personal mediante actividades físicas, cognitivas, biológicas y sociales para así mejorar la calidad de vida biopsicosocial. La riqueza de estos centros es que reconocen dos puntos clave para un sistema de cuidados: 1) buscan mejorar el núcleo familiar en el que convive la persona adulta mayor, pues su función es repartir el cuidado entre el centro y el hogar, y por consiguiente 2) reconocen explícitamente que son un área de respiro, alivio y apoyo para las personas cuidadoras. Los servicios en los CEDE se basan en atención social, atención psicológica, terapia ocupacional y cuidados de la salud. Los horarios son de 9:00 am a 3:30 pm y los servicios que ofrecen no tienen costo para la población. En toda la ciudad sólo hay cuatro CEDE del INED, dos en Iztacalco, uno en Gustavo A. Madero y uno en la alcaldía Cuauhtémoc, aunque el INED en el Quinto Informe de Gobierno de SIBISO reporta que en total sólo hay dos.

CUADRO 3.35: POBLACIÓN ATENDIDA EN LOS CEDE DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

<b>Año</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
2022	3,752	1,750	<b>5,502</b>
2023	7,983	4,006	<b>11,989</b>
<b>Total</b>	<b>11,735</b>	<b>5,756</b>	<b>17,491</b>

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

La información sobre los usuarios de los CEDE comienza en 2022, [cuadro 3.35](#), seguramente por efectos de la pandemia de COVID 19. De 2022 a 2023 la población atendida pasó de 5,502 a 11,989 personas adultas mayores, un incremento de más del 100%, lo que indica que también hay una demanda creciente en el servicio de cuidados que ofrecen los CEDE. Al igual que los CASSA, en los CEDE la población usuaria es mayoritariamente femenina; en 2023 las mujeres representaron el 66.6% de la población total, mientras que los hombres fueron el 33.4% restante. Con respecto a la población total de la Ciudad de México, los CEDE apenas cubrieron 0.8% de la población de 60

años y más, es claro que los cuatro centros no tienen una gran influencia para las necesidades y requerimientos de la ciudad.

### **Centro de Formación Integral para la Enseñanza de Artes y Oficios (CEFI)**

En el CEFI se ofrece atención con la finalidad de que las personas adultas mayores continúen con actividad física y mental, además se busca que mantenga su sentido de pertenencia a la comunidad. El CEFI es un espacio de talleres y capacitación mediante el cual las personas adultas mayores pueden obtener beneficios económicos. Los talleres y capacitaciones que se ofrecen son: huertos urbanos, costura y confección, repostería y otros oficios. Una característica a tomar en cuenta del CEFI es que menciona que permite a los y las cuidadoras de las personas adultas mayores capacitarse sobre temas de envejecimiento. En total sólo hay un CEFI y se ubica en la alcaldía Iztacalco, en frontera con Benito Juárez y Cuauhtémoc, se desconoce los horarios de atención y si los talleres tienen algún costo para los usuarios.

CUADRO 3.36: POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CEFI DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

<b>Año</b>	<b>Número de talleres</b>	<b>Mujer</b>	<b>Hombre</b>	<b>Total</b>
2019	317	2,831	1,927	<b>4,758</b>
2020	99	634	846	<b>1,480</b>
2021	15	28	202	<b>230</b>
2022	283	628	3,753	<b>4,381</b>
2023	364	5	1,715	<b>1,720</b>
<b>Total</b>	<b>1,078</b>	<b>4,126</b>	<b>8,443</b>	<b>12,569</b>

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

En el [cuadro 3.36](#) se presenta la población atendida en los CEFI del INED. Se logra apreciar la disminución de usuarios a causa de la pandemia por COVID 19 en 2020 y 2021. Para 2022 la cifra se recupera, pero no logra alcanzar la cantidad de usuarios de 2019. Para 2023 vuelve a caer, principalmente porque en ese año sólo se reportaron 5 mujeres; se desconoce el motivo de la caída de usuarios y del bajo reporte de la población femenina. De 2019 a 2023 aumentó el número de talleres que se ofrecen en el CEFI; pasaron de 317 a 364. No se puede determinar un patrón poblacional, pues las cifras parecen presentar cierta incongruencia, principalmente por la caída de la población femenina, ya que en 2019 era mayor que los hombres, pero para los siguientes años es mucho menor, sin aparentemente tener una explicación clara del motivo. Al ser un solo centro para toda la ciudad, la capacidad de usuarios atendidos es mínima a comparación del total de la población de 60 años y más.

### **Módulos de atención del INED**

En los módulos de atención se orienta a las personas mayores sobre trámites, servicios sociales o cualquier otro tipo de información que requieran. La base de datos de SIBISO indica que hay 85 módulos en toda la ciudad y están presentes en las 16 alcaldías. Los módulos no son centros de

cuidado o servicios, simplemente son lugares para orientar a la población potencial. Hay una tendencia muy marcada a la reducción de atención en los módulos, como se observa en el [cuadro 3.37](#). Resalta mucho el año 2022, cuando en total sólo hubo 949 atenciones para toda la ciudad; se desconoce el motivo de la irregularidad de las cifras, a pesar de ello destaca que la mayoría de consultas en los módulos son de la población femenina, a excepción de 2019.

CUADRO 3.37: ATENCIONES EN MÓDULOS DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Año	Mujer	Hombre	Total
2019	187,984	281,976	<b>469,960</b>
2020	164,991	98,774	<b>263,765</b>
2021	66,608	35,503	<b>102,111</b>
2022	598	351	<b>949</b>
2023	22,814	16,290	<b>39,104</b>
<b>Total</b>	<b>442,995</b>	<b>432,894</b>	<b>875,889</b>

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

Para los servicios que no tienen un carácter territorial se presenta el [cuadro 3.38](#). La atención médica puede ser telefónica o domiciliaria; consiste en un diagnóstico integral que deriva en recomendaciones de salud para la persona atendida. El año con mayor número reportado de atenciones fue 2022, 47,446, para después caer a 27,937 en 2023, una reducción del 41.1%. La atención gerontológica busca adaptarse a las necesidades del grupo de edad y contribuir al envejecimiento digno, saludable y activo; de 2020 a 2023 muestra una tendencia a la baja para ubicarse en 1,804 atenciones, cifra incluso menor a 2019. El acompañamiento permanente a personas mayores de 60 años es un servicio en el que personal capacitado visita de forma periódica a los adultos mayores; en las visitas se verifica el estado físico y social, se promueven los servicios del INED y se identifican potenciales focos de atención. Según el citado Quinto Informe de Gobierno de SIBISO (p. 25) hay 1,200 profesionales en Servicios para Personas Adultas Mayores y en 2023 se registraron 475,510 visitas, lo que representa el 31% de la población de 60 años y más. Por las características y la magnitud del servicio tiene potencial para ayudar a establecer un Sistema de Cuidados en la Ciudad de México, ya que además de localizar a la población mayor vulnerable, también puede ofrecer información sobre las y los cuidadores.

El acompañamiento universitario voluntario a personas mayores surgió durante la contingencia sanitaria por COVID 19 como un servicio de llamadas telefónicas a personas mayores en condiciones de soledad o sin una red de apoyo familiar o social. Participan estudiantes del Instituto de Estudios Superiores del Tecnológico de Monterrey. Si bien el servicio ha tenido continuidad después de la pandemia, se aprecia una clara tendencia a la baja en el número de atenciones, pues se pasó de 1,064 en 2020 a 174 en 2023, una reducción del 83.6%. El INED también ofrece cursos para personas cuidadoras, capacitación gerontológica y orientación sobre Alzheimer. En 2022 fue cuando se reportó mayor número de cursos, con 6,405; de capacitaciones, con 7,904; y de orientaciones, con 25,149, aunque el número que se reporta es la asistencia anual

a un evento virtual sobre Alzheimer. La capacitación para personas cuidadoras es parte fundamental de un sistema de cuidados. Sin embargo, sobresale que para 2023 los cursos del INED cayeron a comparación de 2022.

El INED también tiene un eje de atención y prevención de la violencia a personas mayores. Por un lado, se ofrece asesoramiento, orientación y acompañamiento a aquellas personas que sufren algún tipo de violencia; además se les canaliza a diversas instituciones del gobierno de la Ciudad de México para solucionar casos específicos de violencia o maltrato. Al igual que con otras cifras, este tipo de servicios mostró una reducción en 2023 a comparación de años anteriores, para ubicarse en 1,556 atenciones en ese año. Por otro lado, el INED organiza talleres con el objetivo de prevenir actos de violencia contras las personas mayores. Sin embargo, en 2023 los talleres cambiaron a intervenciones personalizadas con los integrantes de las familias de los adultos mayores, según lo que se reporta en el Quinto Informe de Gobierno de SIBISO; quizá eso es lo que explica la gramática reducción de 2022 a 2023, pues se pasó de 2,128 asistentes a talleres a solo 117.

CUADRO 3.38: POBLACIÓN ATENDIDA POR OTRO TIPO DE SERVICIOS DEL INED, CIUDAD DE MÉXICO, 2019-2023

Tipo de servicio	2019	2020	2021	2022	2023
Atención médica (telefónica o domiciliaría)	N/A	31,676	43,895	47,446	27,937
Atención gerontológica	1,842	4,022	2,177	3,028	1,804
Acompañamiento permanente a personas mayores de 60 años	2,264,760	796,723	95,669	236,926	475,510
Acompañamiento universitario voluntario a personas mayores	N/A	1,064	1,041	443	174
Cursos y capacitaciones a cuidadores y cuidadoras de personas mayores	908	720	1,353	6,405	2,852
Cursos de capacitación gerontológica	1,542	2,352	2,130	7,904	4,026
Orientación sobre Alzheimer	1,752	1,284	N/A	25,149	781
Servicios de atención a casos de violencia o maltrato	571	1,584	2,177	2,470	1,556
Talleres de prevención de la violencia	N/A	443	869	2,128	117

Fuente: Elaboración propia con información del Quinto Informe de Gobierno de SIBISO.

### Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores del gobierno federal en la Ciudad de México: INAPAM y SNDIF

En la oferta federal se localizaron servicios del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), específicamente tres: 1) clubs INAPAM; 2) residencias de día; y 3) albergues INAPAM. Además, se encontraron residencias permanentes del DIF Nacional. Los clubs INAPAM tienen un carácter recreativo; son espacios comunitarios y autogestivos para personas de 60 años y más. El objetivo es fomentar la participación social de las personas adultas mayores mediante actividades como canto, manualidades, zumba, psicología, bordado, juegos de mesa, lectura,

ajedrez, danza, yoga, paseos y convivios.<sup>25</sup> Los clubs tienen cierta similitud a los CASSA del INED, ya que su infraestructura no es suficiente para ofrecer un servicio de cuidado más especializado. Las residencias de día funcionan como lugares de estancia temporal, con horario de lunes a viernes de 8:00 a 15:00 horas. Se ofrece atención gerontológica, alimentación, cuidado a la salud, activación física, estimulación cognitiva y terapia ocupacional. El ingreso es gratuito, pero se aporta una cuota mensual que se determina a partir de un estudio socioeconómico.<sup>26</sup> Hay cinco residencias en la ciudad.

Los albergues del INAPAM son estancias permanentes. Funcionan las 24 horas de los 365 días del año; ofrecen atención médica integral, rehabilitación física, cuidados, alimentación, terapia ocupacional y estimulación cognitiva. Los requisitos de acceso son tener más de 60 años y presentar disminución en la capacidad funcional, entre otros. El registro no tiene costo, pero se requiere la aportación de una cuota mensual. Según los resultados de un previo estudio socioeconómico, en toda la ciudad sólo se localizaron cuatro residencias permanentes del INAPAM.<sup>27</sup> El DIF Nacional tiene dos Centros Nacionales Gerontológicos, que funcionan en dos modalidades: 1) atención de día: se dan servicios médicos, alimentarios, psicológicos y actividades recreativas, y tienen la función de contribuir al cuidado en el hogar, cuando los familiares no pueden cubrir esta función; 2) modalidad de residencia: las personas reciben atención las 24 horas de los 365 días del año, y de entre los servicios que se ofrecen hay: alojamiento, vestido, alimentación, servicios médicos, psicológicos, geriátricos, de nutrición y rehabilitación. Los servicios son para personas de 60 años y más y se prioriza a personas en vulnerabilidad, marginación, desamparo y sujetos a maltrato, además se debe cubrir una cuota de recuperación.<sup>28</sup>

### Oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores adscritos a las alcaldías de la Ciudad de México

La información de los servicios de las alcaldías es dispersa. Se consultó páginas oficiales de las administraciones, redes sociales, notas periodísticas. En general la mayoría de centros y servicios se basan en actividades recreativas para la población adulta mayor, con excepción de algunos casos específicos: 1) la Universidad de la Vida, de la alcaldía Miguel Hidalgo; 2) la casa hogar y centro de día "Arcelia Nuto de Villamichel", de la alcaldía Venustiano Carranza; y 3) la clínica gerontológica de San Juan de Aragón, de la alcaldía Gustavo A. Madero. Estos centros cuentan con una mejor infraestructura y equipamiento para ofrecer un servicio de cuidado más completo, aunque las actividades van desde la recreación hasta la atención de la salud. Destaca la casa

---

<sup>25</sup> Véase: <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/los-clubes-inapam-promueven-la-participacion-de-los-adultos-mayores?idiom=es>

<sup>26</sup> Véase: <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/albergues-y-residencias-diurnas-inapam>

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> Véase:

[http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/centros\\_gerontologicos/centros\\_gerontologicos.html](http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/centros_gerontologicos/centros_gerontologicos.html)

hogar de la Venustiano Carranza, pues permite y posibilita la residencia permanente de la población adulta mayor y se suma a la escasa oferta de centros que ofrecen este servicio en la ciudad. Se desconoce si tiene algún costo, pero sólo acepta a personas que aún mantienen independencia para moverse y comunicarse.<sup>29</sup>

### 3.4.2. Aspectos generales del diseño de los servicios de cuidado de la Ciudad de México para la población adulta mayor

**Elementos de planeación:** En general, los servicios para personas adultas mayores en la Ciudad de México se notan fracturados. No hay coordinación entre los tres órdenes de gobierno sobre el tipo de atención que se ofrece y mucho menos hay un modelo homogéneo e integral que garantice el cuidado de la población adulta mayor. En las intervenciones se identifica que la población objetivo son adultos de 60 años y más, pero la cobertura es insuficiente para la magnitud de personas en este rango de edad, además de que las cifras disponibles presentan inconsistencias y las más confiables muestran irregularidad en el número de atenciones que se ofrecen. Los servicios pierden potencial para el establecimiento de una teoría de cambio que realmente influya en las dinámicas de los hogares, pues al estar fracturados. El esfuerzo de cada intervención se pierde ante las crecientes necesidades de las personas mayores.

**Pertinencia:** El diseño de los servicios es insuficiente para atender dos de los grandes asuntos que son competencia de un sistema de cuidados: 1) garantizar el derecho al cuidado de la población de la ciudad; 2) contribuir a reducir la carga de trabajo no remunerado por motivos de cuidado en los hogares. Es urgente que la perspectiva de género y de cuidado llegue a los servicios públicos de la ciudad y que además sea explícito que uno de sus objetivos es aliviar el trabajo de los hogares por las instituciones de gobierno. Si se reconoce de forma explícita que el cuidado institucional contribuye a liberar tiempo en los hogares, y principalmente el tiempo de las mujeres, se contribuye a garantizar que los servicios sean integrales, con capacidad técnica para cuidados con mayor especialización y que los horarios se adapten a la duración de las jornadas laborales. En el centro de la pertinencia está entender que se debe pasar de un modelo de servicios recreativos a un modelo de cuidado integral para la población adulta mayor.

**Consistencia:** Los componentes de la intervención están descompensados, pues se tiene una oferta mucho mayor de actividades recreativas, con horarios muy cortos y que solo están disponibles dos o tres días a la semana, en comparación con centros de día, que atiendan por lo menos de lunes a viernes en un horario de 8:00 am a 4:00 pm y que además incluyen alimentos, por no hablar de las residencias permanentes, ya que se observa un amplio vacío de la oferta pública institucional sobre este tipo de servicio. La escasez de servicios de día y de residencias permanentes no es menor, pues ante la ausencia de oferta pública comienza a

---

<sup>29</sup> Véase: <https://www.vcarranza.cdmx.gob.mx/grupos.html>

aumentar los servicios privados, como se verá en el análisis espacial, de modo tal que se mercantiliza el acceso al cuidado y se amplían las brechas sociales en la ciudad.

**Accesibilidad:** Es necesario que, en la medida de lo posible, los servicios de cuidado sean gratuitos, como en los CEDE y los otros servicios del INED. Sin embargo, hay varios centros y modelos de atención que tienen cuotas mensuales o de recuperación. Además, se desconoce en qué medida la oferta de las alcaldías es gratuita. Aparte de la accesibilidad económica, se debe garantizar la cercanía espacial y la capacidad de cupo, pues los centros que presentan un modelo más completo de cuidado son escasos y con pocos lugares disponibles. Su ubicación y capacidad instalada hace casi imposible que la mayoría de la población en la Ciudad de México pueda acceder a ellos.

**Grado potencial de integración:** Hay varios centros y servicios con posibilidad de integrarse y alinearse a objetivos en común. Quizá sea posible que se pueda elaborar un directorio que aglutine la mayoría de los centros y servicios para personas adultas mayores en la Ciudad de México, y que además incluya a los tres órdenes de gobierno. La integración de los servicios es posible si primero se conoce cuántos hay y de qué tipo son. Además, los servicios de capacitación son necesarios para formar a los cuidadores de la ciudad; sin embargo, su alcance se limita a los grandes esfuerzos que hace el INED para que esta información llegue a la población.

### 3.4.3. Análisis espacial de la oferta y demanda de servicios para la población adulta mayor (65 años y más)

Para concluir el análisis espacial de oferta y demanda de los servicios de cuidado, se presenta, por el lado de la demanda, la distribución territorial y los patrones de aglomeración de las personas adultas mayores. En el caso de la oferta de servicios públicos se cuenta con los actividades y centros del Instituto de Envejecimiento Digno, además se mapeo los servicios del gobierno federal, de las alcaldías y algunos privados y se identificaron los que son centros de día y los que son residencias permanentes. Además, como se hizo para los grupos anteriores, también se realizó el análisis para saber en qué zonas de la ciudad se deben localizar nuevos centros de cuidado para personas adultas mayores.

#### Índice de Moran para localizar la demanda de cuidado para la población adulta mayor

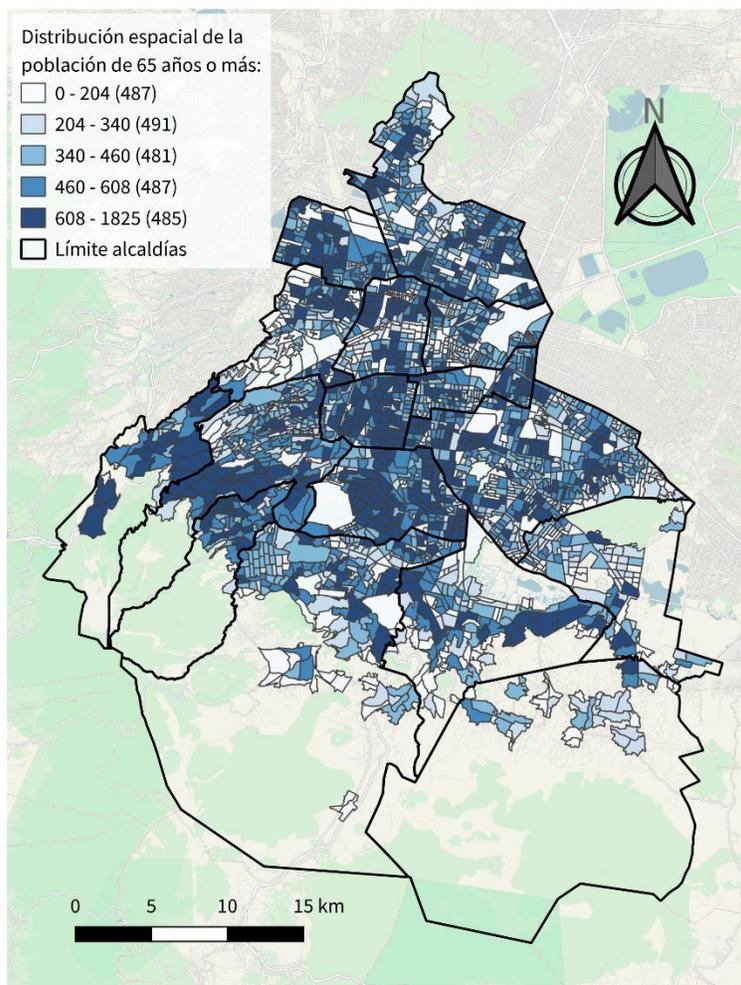
El mapa de quintiles para personas adultas mayores ([mapa 3.20](#)) muestra que la distribución territorial de la población contrasta con lo que se observó en los resultados de los grupos anteriores. Las personas de mayor edad tienden a localizarse en las alcaldías centrales de la ciudad, con mayor intensidad en Benito Juárez y Coyoacán. También se observa algunas agrupaciones de la población, que asemejan a un corredor, en Azcapotzalco, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc y en menor medida en Gustavo A. Madero. Otro lugar que resalta por la aglomeración de AGEB con alto número de personas adultas mayores es el oriente de Cuajimalpa de Morelos y el sur de Álvaro Obregón. El Índice de Moran reportó un valor de 0.342 a un pseudo

p-value del 0.05, lo que confirma que hay aglomeraciones estadísticamente significativas de la población adulta mayor en la Ciudad de México.

Los *clusters* para la población adulta mayor se presentan en el [mapa 3.21](#). La localización de las agrupaciones de tipo Alto-Alto confirman el patrón que se observó en el mapa de quintiles: las alcaldías de Benito Juárez y Coyoacán son donde la población adulta mayor se concentra con mayor intensidad; también destaca el sur de Álvaro Obregón y el corredor de Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc. Resalta que, si bien Iztapalapa es la alcaldía con mayor número de personas adultas mayores, no muestra un *cluster* importante de población adulta mayor, lo que indica que la población está dispersa a lo largo de la unidad territorial.

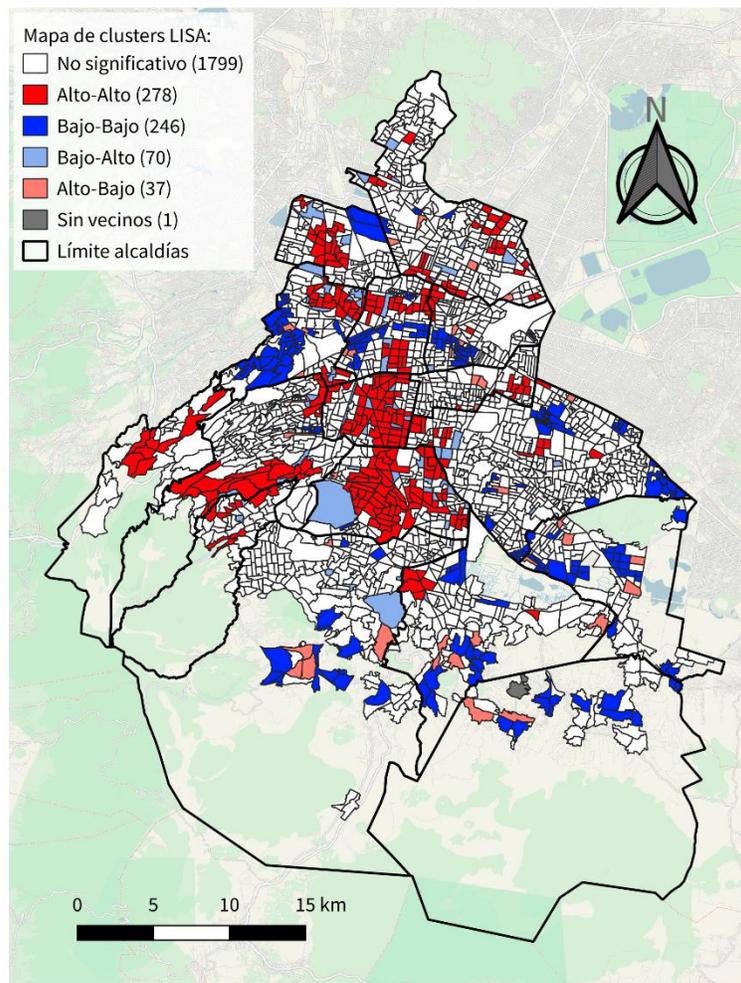
La información de la población adulta mayor proviene del Censo de Población y Vivienda 2020. Según el censo había 1.02 millones de personas de 65 años y más en la Ciudad de México. La población es amplia, sin embargo, como ocurre con la población con discapacidad, el censo no indica qué porcentaje de la población total de 65 años y más requiere cuidados y la intensidad de los mismos. A pesar de la limitación de la información, lo que sí se sabe es el patrón poblacional de concentración, por lo que las necesidades de este grupo de personas van de la mano con el patrón observado, de modo tal que el mapa de quintiles y el mapa de *clusters* servirán de base para evaluar los servicios que ya están en la ciudad y proponer centros nuevos para el cuidado de las personas adultas mayores.

MAPA 3.20: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

MAPA 3.21: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CLUSTERS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR AGEB, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



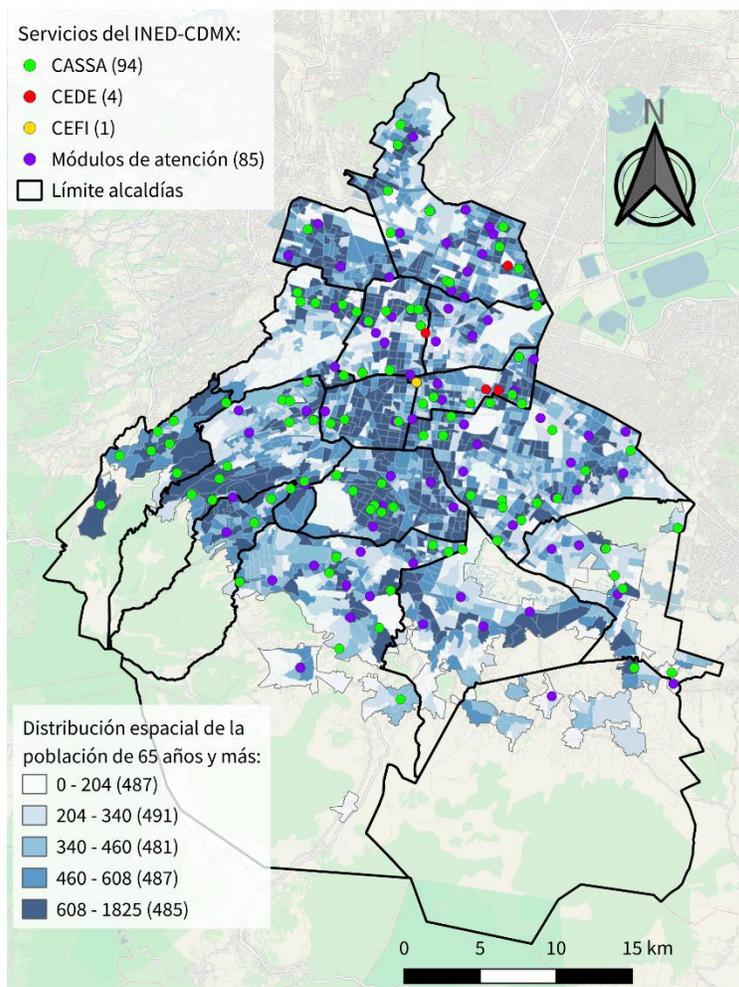
Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

### Distribución espacial de la oferta pública para la población adulta mayor

Los servicios de atención y cuidado para personas adultas mayores se presentan en tres mapas: en el primero están todos los servicios del INED de la Ciudad de México, que corresponden a toda la oferta pública del gobierno central de la ciudad; en el segundo mapa están los centros diurnos, tanto públicos como privados; y en el tercero están las residencias permanentes públicas y privadas. En cuanto a los servicios del INED ([mapa 3.22](#)) los módulos de atención y los CASSA son los de mayor presencia en la ciudad. Además, varios de ellos se ubican en zonas de alta marginación y concentración de la población adulta mayor. Entre estos lugares están las aglomeraciones de Azcapotzalco, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc; el centro de Coyoacán; y el sur de Álvaro Obregón con cierta expansión a Cuajimalpa de Morelos y La Magdalena Contreras. Sólo hay cuatro CEDE en toda la ciudad y se localizan al oriente, en las alcaldías Gustavo A. Madero,

Cuauhtémoc e Iztacalco; su ubicación no corresponde con el patrón de concentración de la población. El CEFI se ubica en Iztacalco, en la frontera con Benito Juárez y Cuauhtémoc. Estos dos últimos tipos de centros son escasos a comparación de la demanda potencial.

MAPA 3.22: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS SERVICIOS DEL INSTITUTO DE ENVEJECIMIENTO DIGNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

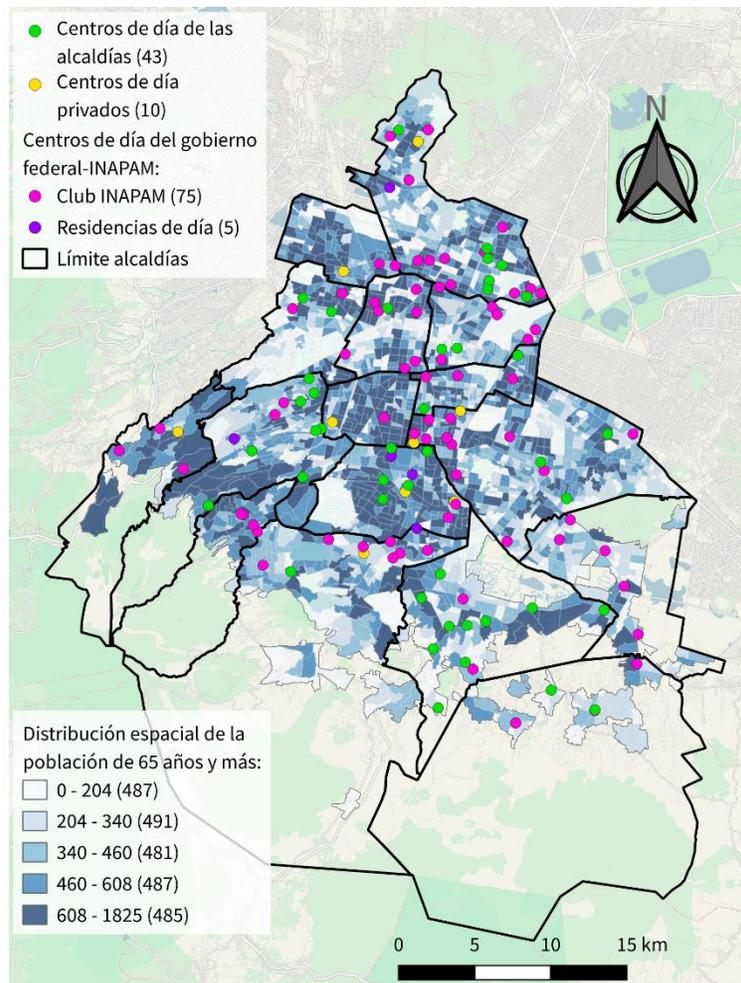


Fuente: Elaboración propia a partir de información de la Secretaría de Inclusión y Bienestar Social (SIBISO) y del Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

En el [mapa 3.23](#) se presentan los centros y servicios de día para personas adultas mayores en la Ciudad de México. Para la oferta pública hay dos fuentes de información: 1) los registros y directorios del INAPAM, que corresponde a los servicios del gobierno federal en la ciudad; y 2) los centros de las alcaldías, que se obtuvieron mediante una búsqueda exhaustiva en páginas oficiales, redes sociales y notas periodísticas. Como la información es dispersa y se desconoce la vigencia de la misma, puede ser que falte o sobre algún centro. Los servicios privados se obtuvieron del DENU. En el mapa se aprecia que en cuanto a servicios de día hay cierta

diversidad de lugares públicos dispersos a lo largo de la ciudad, con una ligera concentración al centro; los servicios privados no destacan en esta categoría. No es claro que tanto públicos como privados sigan algún patrón con respecto a la población, pero destacan concentraciones al norte de Tlalpan, en la frontera entre Coyoacán e Iztapalapa, al norte de Cuauhtémoc y al sur de Gustavo A. Madero. Resalta que en Xochimilco hay varios centros adscritos a la alcaldía.

MAPA 3.23: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LOS CENTROS Y SERVICIOS DE DÍA PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIUDAD DE MÉXICO, 2020



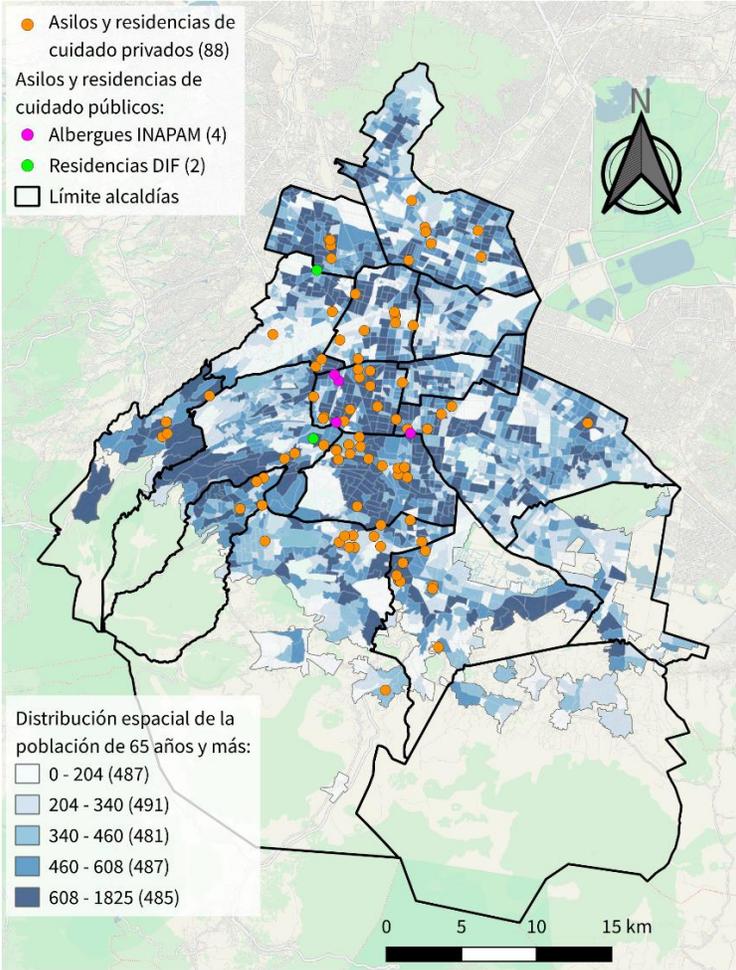
Fuente: Elaboración propia a partir de registros y directorios del INAPAM; información de páginas oficiales de las alcaldías; DENU y Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

Las residencias permanentes para personas adultas mayores se presentan en el [mapa 3.24](#). Para este tipo de servicio hay dos cosas claras: 1) la casi nula presencia de residencias públicas permanentes para personas adultas mayores en la ciudad y que las que hay son adscritas al

gobierno federal; y 2) los servicios privados se concentran en las alcaldías centrales, norte de Tlalpan, Coyoacán, Benito Juárez y Cuauhtémoc. Las residencias privadas parecen seguir el patrón de distribución territorial de la población adulta mayor.

Si se analizan los tres mapas en su conjunto se aprecia que los servicios públicos se complementan con los privados en cuanto a distribución territorial y tipo de servicio. Al igual que con la población infantil, la iniciativa privada cubre vacíos de cuidado que los centros del gobierno no logran cubrir. El sistema de cuidados debe reducir la mercantilización del cuidado en la ciudad, con servicios que realmente apoyen a la reducción de carga de trabajo en los hogares.

MAPA 3.24: DISTRIBUCIÓN ESPACIAL DE LAS RESIDENCIAS PERMANENTES PARA PERSONAS ADULTAS MAYORES Y DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIUDAD DE MÉXICO, 2020

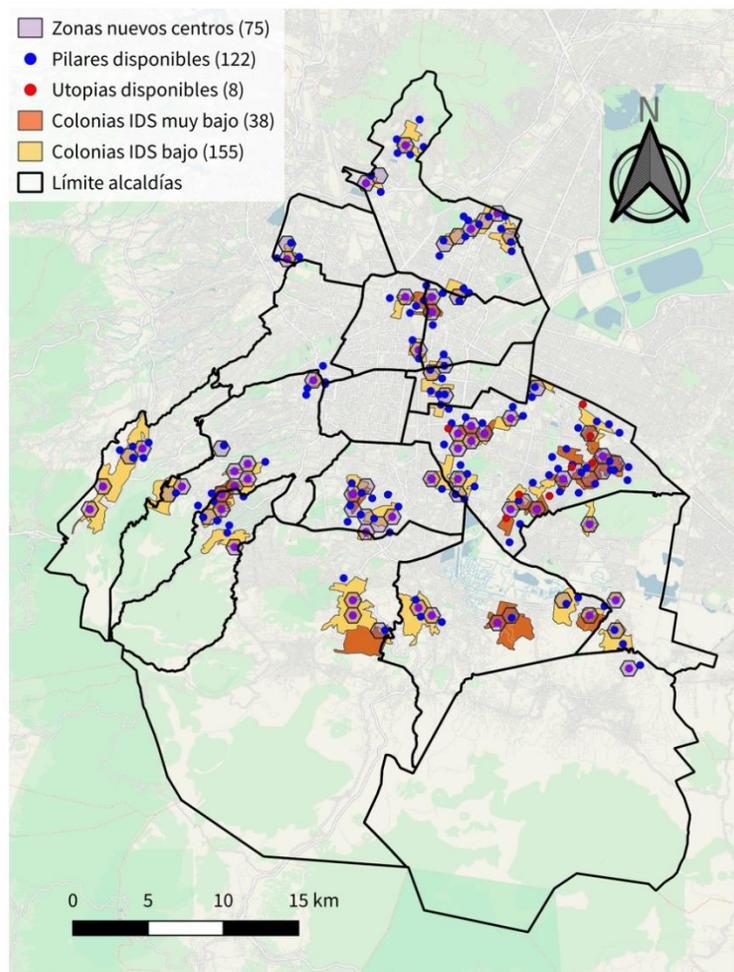


Fuente: Elaboración propia a partir de directorios del INAPAM y DIF Nacional; DENU y Censo de Población y Vivienda 2020, INEGI.

## Identificación de colonias para la ampliación y refuerzo de servicios públicos de cuidados para la población adulta mayor

Los criterios para la ampliación de los servicios para personas adultas mayores son: 1) las colonias que comparten espacio con un clúster de tipo Alto-Alto, pero, al igual con que los niños, el *cluster* se amplió con AGEB que tuvieran un peso importante en la población total de personas adultas mayores; 2) las colonias se discriminaron con el IDS de las AGEB con las que se comparte espacio, si bien hay *clusters* importantes de tipo Alto-Alto en Benito Juárez, Coyoacán y Azcapotzalco; estos lugares quedaron fuera por el criterio del IDS; 3) la localización de servicios públicos; en este caso se tomó los CASSA, CEDE y el CEFI del INED; los servicios del INAPAM y los centros de las alcaldías; y 4) se tomó en cuenta la relación entre el número de centros nuevos y la población potencial. No hubo discriminación de alcaldías por distancia a los servicios y también se agregó la malla de hexágonos de 500 metros a la redonda, esta malla representa la localización de los centros nuevos.

MAPA 3.25: PROPUESTA DE NUEVOS CENTROS DE CUIDADO PARA LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR, CIUDAD DE MÉXICO



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis espacial de la oferta y demanda de centros de cuidado para personas adultas mayores.

Para la población adulta mayor hay 193 colonias con alta concentración de personas de 65 años y más, 38 en AGEB con IDS muy bajo y 155 en espacios con IDS bajo ([mapa 3.26](#)). Resalta que el número y tipo de colonias prioritarias coincide con el hecho de que la población adulta mayor no se aglomera en zonas con IDS muy bajo. Mediante el análisis de hexágonos se obtuvo 75 ubicaciones donde es viable la apertura de nuevos centros de cuidado. Se debe mencionar que en 30 de esos hexágonos hay cerca algún Pilar o Utopía. Cabe señalar que, si bien en la alcaldía Benito Juárez hay un *cluster* importante de personas adultas mayores, la alcaldía quedó fuera por el alto IDS que reporta la unidad territorial. En cuanto a la infraestructura social disponible (ver [cuadro 3.39](#)) hay 130 pilares y Utopías dentro de los hexágonos o a 500 metros de los mismos; también hay 143 escuelas primarias con posible potencial a reconfigurar su servicio. La población potencial es de 162 mil personas de 65 años o más. El costo operativo anual de los 75 centros es de 398.7 millones de pesos a precios de 2024, sin contar el costo de la obra; un centro tiene la capacidad de atender a 50 personas a la semana.

CUADRO 3.39: NUEVOS CENTROS, INFRAESTRUCTURA DISPONIBLE, POBLACIÓN POTENCIAL Y COSTO OPERATIVO ANUAL POR ALCALDÍA PARA LA CIUDAD DE MÉXICO

Alcaldía	Nuevos centros de cuidado para personas adultas mayores <sup>1</sup>	Pilares y Utopías disponibles <sup>2</sup>	Escuelas primarias dentro de zonas prioritarias <sup>3</sup>	Población potencial	Costo operativo anual (MDP) <sup>4</sup>
Álvaro Obregón	8	10	11	15,548	\$42.53
Azcapotzalco	2	3	4	4,760	\$10.63
Coyoacán	8	11	13	20,362	\$42.53
Cuajimalpa de Morelos	4	5	5	5,624	\$21.26
Cuauhtémoc	2	6	10	6,137	\$10.63
Gustavo A. Madero	9	20	24	28,687	\$47.85
Iztacalco	2	5	8	7,713	\$10.63
Iztapalapa	19	45	42	37,685	\$101.01
La Magdalena Contreras	4	6	8	7,617	\$21.26
Milpa Alta	1	1	3	1,650	\$5.32
Tláhuac	3	2	2	3,200	\$15.95
Tlalpan	3	3	3	4,722	\$15.95
Venustiano Carranza	4	6	6	9,708	\$21.26
Xochimilco	6	7	4	8,655	\$31.90
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>130</b>	<b>143</b>	<b>162,068</b>	<b>\$398.71</b>

<sup>1</sup>Se identificaron 75 zonas en las que no hay algún centro o servicio público para personas adultas mayores, pero en 30 de ellas hay al menos un Pilar o una Utopía.

<sup>2</sup>Son Pilares o Utopías dentro de las zonas prioritarias o a una distancia de 500 metros.

<sup>3</sup>Se consideraron las escuelas primarias porque puede ser infraestructura disponible.

<sup>4</sup>La cifra no incluye el costo de la obra.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de oferta y demanda de instituciones de cuidado para personas adultas mayores.

### 3.5. Otros servicios de cuidado de la Ciudad de México

Los Centros de Asistencia e Integración Social (CAIS) de SIBISO son residencias permanentes donde se brindan servicios sociales y atención a personas que sufren de abandono social, o bien que alguna vez vivieron en situación de calle. En los CAIS ingresan personas que previamente han sido valoradas en el Centro de Valoración y Canalización (CVC). Existe además el albergue San Miguel, que funciona para estancias transitorias.

El servicio es gratuito y proporciona alojamiento, alimentación tres veces al día, servicios de salud física y mental, atención profesional multidisciplinaria, así como actividades culturales, formativas, deportivas y de esparcimiento.

Los CAIS atienden a diversos perfiles de población, incluso, en algunos casos, al interior del CAIS. De este modo, no pueden referirse a una población objetivo específica. El perfil del beneficiario de cada uno de los diferentes centros puede verse en el [cuadro 3.40](#).

CUADRO 3.40: PERFIL DE LAS PERSONAS ATENDIDAS EN CAIS, SIBISO, CDMX. AGOSTO DE 2023

CAIS	Perfil
Atlampa	Personas postradas
Azcapotzalco	Adolescentes hombres con un proceso en FGJ
Cascada	Mujeres con discapacidad psicológica
Coruña Hombres	Hombres con trastornos intelectuales
Cuautepec	Personas mayores, hombres
Cuemanco	Hombres con discapacidad psicológica
Torres de Potrero	Hombres con limitaciones en la movilidad graves
Villa Mujeres Área familias Área de mamás con NNA	Mujeres de 18 en adelante Familias que viven en algún punto de calle Mujeres madres de menores

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Monitoreo, Gestión y Enlace Institucional de la Secretaría de Inclusión y Bienestar.

Los CAIS operan de manera ininterrumpida todos los 365 días del año y cuentan con una capacidad instalada para recibir permanentemente a 1,850 residentes. El número de beneficiarios atendidos durante 2023 puede observarse en el [cuadro 3.41](#).

De las fuentes utilizadas sabemos que el número de beneficiarios atendidos en 2020 fue de 2,370. Parecería que el servicio fue afectado por la contingencia del Covid-19.

Por su origen y funcionamiento, los CAIS cubren una función de asistencia social. Sin embargo, al atender a población vulnerable sin posibilidad de residencia en otro lugar en un servicio de tiempo completo, podrían considerarse como una institución que cubre algunas de las figuras y necesidades del cuidado y podría por integrarse al sistema de cuidados.

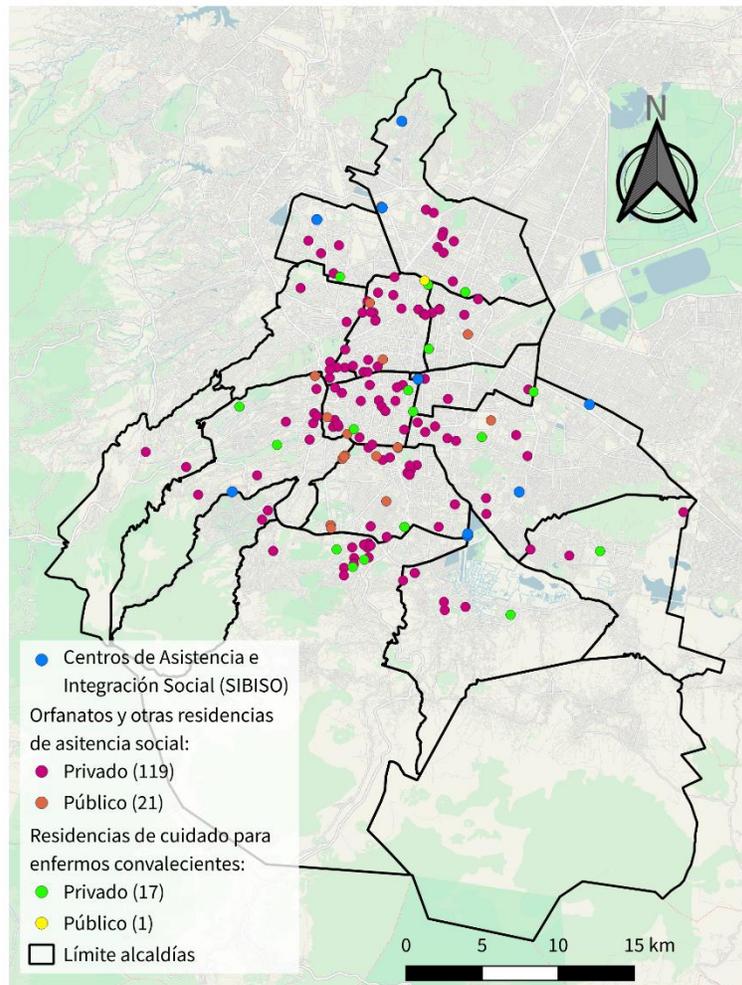
CUADRO 3.41: PERSONAS ATENDIDAS EN CAIS, SIBISO, CDMX. AGOSTO DE 2023

CAIS	Hombres	Mujeres	Total
Atlampa	131	38	169
Azcapotzalco	12	0	12
Cascada	0	400	400
Coruña Hombres	148	0	148
Cuauhtepac	296	0	296
Cuemanco	333	0	333
Torres de Potrero	36	0	36
Villa Mujeres	4	367	371
Total	960	805	1,765

Fuente: Elaboración propia a partir de información proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Monitoreo, Gestión y Enlace Institucional de la Secretaría de Inclusión y Bienestar.

Existen otras residencias de asistencia social que se han podido ser ubicadas territorialmente, así como residencias para el cuidado de enfermos convalecientes, tanto públicas como privadas, de las cuales no se cuenta con el número de beneficiarios. Su ubicación, así como de los CAIS, puede observarse en el [mapa 3.26](#).

MAPA 3.26: OTROS SERVICIOS DE CUIDADO EN LA CIUDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de SIBISO y DENU, INEGI.

Claramente, la mayor oferta, al menos en cuanto a número de centros, corresponde a centros privados. La mayor parte se concentra en zonas centrales, aunque también se da una presencia importante en algunas zonas de la periferia. Los CAIS se ubican en la periferia, aunque cabe destacar que lo hacen en zonas claramente desfavorecidas socioeconómicamente.

Por último, hay que mencionar el cuidado que se proporciona de manera privada y remunerada en los hogares, principalmente por personas externas al hogar, de manera independiente o a través de una agencia.

La fuente de información que proporciona estos datos es la ENOE. Por tratarse de un oficio muy especializado recabado en una muestra las cifras deben tomarse con reserva. Su peso aparece como relativamente pequeño. Se proporcionan cifras para algunas fechas significativas ([cuadro 3.42](#)).

CUADRO 3.42: PERSONAS CON OCUPACIÓN PRINCIPAL DE CUIDADO REMUNERADO EN HOGARES, CIUDAD DE MÉXICO

Sexo	2012-4	2019-4	2020-1	2022-4	2023-4
Hombre	2,494	0	1,410	855	3,058
Mujer	23,860	34,881	23,670	20,643	14,913
Total	26,354	34,881	25,080	21,498	17,971

Fuente: Elaboración propia con base INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE)

De la información disponible se puede ver que la inmensa mayoría de las personas en esta modalidad de provisión del cuidado son mujeres. También en las bases de datos se puede comprobar que la totalidad de quienes proporcionan el servicio remunerado en hogares de manera independiente (o por la mediación de una agencia, si es el caso) carece de seguridad social.

### 3.6. Recapitulación de la valoración del diseño de las principales instituciones a integrarse en un sistema de cuidados para la Ciudad de México

En el cuadro 3.43 se presenta una sinopsis de las valoraciones realizadas al diseño de las principales instituciones que representan ya por sus funciones y operación sistemas o subsistemas de cuidado, y que podrán integrarse al núcleo de lo que se espera será el sistema de cuidados de la Ciudad de México

CUADRO 3.43: SINOPSIS DE LA VALORACIÓN DEL DISEÑO DE LAS INSTITUCIONES QUE POTENCIALMENTE FORMARÍAN LA PARTE NUCLEAR DE UN SISTEMA DE CUIDADOS, CIUDAD DE MÉXICO

Criterio	CACI en general	CACDI	ETC y EJA	UBR	Personas mayores
Elementos de planeación	No existe planeación basada en demanda. El criterio de ampliación parece ser sólo presupuestal.	Existe un documento normativo, pero no hay diagnóstico. Parece darse por sentada la problemática.	Mismo comentario que con los CACI.	El lineamiento interno define a la población potencial, pero los beneficiarios se establecen conforme a la capacidad de atención.	No existe un modelo definido único. Tampoco un sistema unificado de atención. Los servicios no están orientados al cuidado.
Pertinencia	El modelo CACI constituye un auténtico sistema de cuidado de la población 0-5. Pero no todos los centros tienen los 3 niveles de atención, los	Tiene las características del modelo CENDI, lo cual muestra su pertinencia. Se centra más en la población 0-2.	Las escuelas de jornada ampliada tienen un horario aún por debajo de la jornada lateral. La expansión del sistema tiene un obstáculo en las escuelas de	El conjunto de servicios cubre los requisitos de un sistema de rehabilitación (aunque no de cuidados). También está orientado territorialmente a colonias con	El diseño de los servicios es insuficiente para atender el cuidado de las personas mayores (es principalmente recreativo), ni para contribuir a reducir la carga

	horarios son irregulares y pocos cubren apenas el lapso de la jornada laboral.		tiempo parcial y con doble turno.	IDS bajo y muy bajo	de trabajo no remunerado de cuidado en los hogares.
Consistencia	Falta por definir de modo sistemático y oficial los componentes del modelo CACI, y no sólo basarse en lo que tradicionalmente se incluye en el modelo CENDI.	El modelo de atención de los CACDI contiene los componentes requeridos: atención médica alimentación y nutrición, psicología, pedagogía y trabajo social.	Dados los requerimientos menores de intensidad de cuidado para el grupo de edad 6-14, la limitación sigue siendo básicamente la cuestión del horario.	Es consistente con un servicio de rehabilitación pero no adecuado en su forma actual como sistema de cuidados.	Los servicios se orientan a la recreación, con horarios muy limitados. Los centros de día y residencias tienen horarios amplios con alimentación, pero su cobertura es muy limitada.
Accesibilidad	Algunas modalidades no son gratuitas: unas alcaldías cobran, hay algunos pagos en especie en CACDI. Comunitarios no tienen seguridad financiera. La cobertura es muy baja, principal impedimento de acceso al derecho.	El servicio en sí es gratuito, aunque hay algunas aportaciones en especie. La cobertura es limitada y por ello hay prioridad a poblaciones vulnerables; para ello se hacen estudios y se fija un ingreso máximo para admitir a quien usa el servicio.	No se detecta algún problema de accesibilidad, fuera de la cuestión del horario y la cobertura.	Los servicios son enteramente gratuitos. Cuenta con diversos servicios de difusión.	Algunos servicios son gratuitos, como en los CEDE y el INED. Otros centros mantienen cuotas mensuales o de recuperación. Se desconoce en qué medida la oferta de las alcaldías es gratuita. Falta garantizar la cercanía espacial y la capacidad de cupo.
Grado potencial de integración	Las modalidades en los diversos niveles se complementan, sin entrar en contradicción ni en competencia. Sin embargo, no hay ningún tipo de coordinación o planeación en función de las necesidades sociales en su conjunto.	No se especifica en los documentos normativos. Pero formaría necesariamente parte integrante de un sistema de cuidados para los grupos de edad correspondiente	El conflicto con las escuelas de doble turno es la principal problemática, dado que las modalidades de tiempo completo y jornada ampliada cubren ya una parte significativa de las escuelas del nivel básico.	Cuenta con una coordinación con diversas instituciones relacionadas con su objeto (rehabilitación). Pero faltaría desarrollar su componente propiamente de cuidados para integrarse al sistema.	Tiene el potencial de integrarse y alinearse a objetivos en común, para lo cual la elaboración de un directorio ayudaría a la integración.

Fuente: Elaboración propia con base en el análisis de diseño de los modelos de cuidado institucional en la Ciudad de México a lo largo del capítulo tercero

Podemos, a partir de la valoración de diseño realizada de las instituciones correspondientes, obtener las siguientes conclusiones generales.

El sistema de CACI públicos (incluido el sistema CACDI del DIF), así como las escuelas de tiempo completo y jornada ampliada (concebidas originalmente como parte del sistema educativo), constituyen por el modelo de atención que proporcionan auténticos sistemas de cuidado para las poblaciones a las que atienden, considerando las particularidades y las necesidades de los grupos de edad correspondientes, es decir, cero a 5 años y 6 a 14 años, respectivamente. Sin embargo, se requiere un desarrollo en los siguientes aspectos fundamentales:

- No existe una normativa que defina las características indispensables del modelo de atención de los CACI, de modo que el servicio proporcionado se basa de modo consuetudinario en el modelo CENDI tal como se ha venido aplicando desde hace aproximadamente un par de décadas, por lo que no hay garantías de su correcta aplicación.
- Tampoco hay una reglamentación sobre el horario, de modo que existe una gran variabilidad de lapsos de tiempo que cubren las diversas instituciones, por lo que en muchos casos ni siquiera cubren el horario de la jornada laboral, por no hablar de considerar el tiempo de traslado hogar-centro de cuidado-centro laboral y de regreso.
- La cobertura de los servicios públicos es baja en relación con todo el grupo de edad correspondientes, lo cual representa la principal limitación en términos de accesibilidad.
- Finalmente, y también sobre accesibilidad de los CACI, no siempre se asegura la gratuidad del servicio, y en el caso de los CACI comunitarios la fragilidad de su situación financiera y propio el modelo de financiamiento mixto representa igualmente un obstáculo para el acceso al servicio.

En cuanto a las personas dependientes por discapacidad, salvo algunas pocas residencias permanentes, es prácticamente inexistente el cuidado institucional, por lo que la masa de la carga del cuidado recae en integrantes del hogar, que proporcionan el cuidado de manera casi exclusivamente gratuita y principalmente por mujeres. Aquí hace falta construir el sistema mismo, enfocándose al apoyo a las familias, mediante acciones directas e indirectas de sustitución o alivio de la carga, por ejemplo, mediante algunas remuneraciones a personal que realice el relevamiento, siempre considerando las necesidades diferenciadas de las personas requirentes de cuidado, según el tipo de cuidados, el tiempo de cuidado y el tipo de padecimiento específico que presente.

Los servicios de rehabilitación, aunque no son propiamente un sistema de cuidado, pueden contribuir al mismo de dos maneras. Por una parte, al restablecer la autonomía de la persona, en los casos en que haya resultado posible, constituyen un alivio a la carga de las personas cuidadoras. Por otra parte, por la función y experiencia en el trato a las personas dependientes por discapacidad pueden añadir un componente de cuidado asociado a los servicios de rehabilitación. Destacan por su calidad en el diseño los servicios provistos por el DIF- CDMX, que

se complementan por los de algunas alcaldías. Sin embargo, la cobertura es aún muy limitada, aunque muy bien orientada a las zonas con mayor vulnerabilidad socioeconómica.

En cuanto a las personas mayores, existen servicios para esta población, pero están orientados casi exclusivamente a la recreación, excepto en parte de los servicios de los CEDE. Sin embargo, los servicios actuales tienen la posibilidad de ampliarse a servicios de cuidado, al menos para algún sector de las personas mayores, por ejemplo, para quienes no tienen grandes problemas de movilidad o de ser trasladados. Igualmente, existe la posibilidad de combinar el cuidado con la recreación y las actividades educativas. En cuanto a la accesibilidad, es variable la situación en cuanto al cobro de cuotas de recuperación, lo que deberá revisarse al instituir o adaptar un sistema de cuidado para el grupo poblacional. Es importante tener en cuenta los temas de movilidad y accesibilidad territorial, así como el de los horarios.

## CAPÍTULO QUINTO: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE LÍNEAS DE POLÍTICAS

En este trabajo se han abordado distintos aspectos de la configuración de los cuidados en la Ciudad de México. Hemos analizado la normativa y algunas experiencias internacionales, así como la dinámica de los cuidados al interior de los hogares y los provistos por instituciones públicas y privadas. Asimismo, se ha realizado un análisis de documentos de planeación y reguladores de las instituciones públicas de cuidado infantil y se ha identificado la cobertura e implantación territorial de este tipo de servicios. Algunos de los principales hallazgos del trabajo se presentan a continuación.

Cuando se habla del tema del cuidado como problema público es importante especificar y delimitar el objeto de estudio y evaluación, pues de otro modo el término puede llegar a abarcar muchos aspectos de la vida social, todos ellos importantes, pero que requieren tratamientos específicos. El tipo de cuidado al que se refiere el presente trabajo consiste en la ayuda activa que se proporciona a personas que no han adquirido o que han perdido parcial o totalmente la autonomía para realizar las actividades de la vida diaria, que por tanto están en un estado de dependencia respecto del apoyo, en diferentes grados, proporcionado por otras personas. De lo anterior se derivan como grupos de cuidado los que se han definido como dependientes por edad y dependientes por discapacidad.

El primer grupo consiste en la población menor de 15 años que no presenta discapacidad o si la tiene no es en un grado que no le impida desempeñarse en las actividades diarias propias de su edad. Los requerimientos de cuidados de este grupo están definidos por la edad. De ahí que las disposiciones normativas y técnicas clasifiquen a este grupo y sus necesidades de cuidado por intervalos de edad: lactantes (de 45 días a 18 meses), maternal (de un año y seis meses hasta ante de cumplir 3 años) y preescolar (de 3 años a 5 años y 11 meses); asistentes al sistema de educación básica (6 a 14 años cumplidos).

El grupo de dependientes por discapacidad se refiere a las personas de cualquier edad que tienen una discapacidad que les impide realizar las actividades de su vida diaria en algún grado, independientemente del origen de la discapacidad (de nacimiento, por accidente, enfermedad o deterioro físico por edad), y que dependen de otras personas para la realización de esas actividades. Se trata además de una condición permanente o de larga duración (a diferencia del enfermo temporal). Cabe subrayar el *estado de dependencia* para de definición de este grupo, pues la condición de discapacidad no siempre se traduce en una dependencia para realizar las actividades cotidianas. Igualmente hay que considerar que el *grado* de discapacidad aumenta las *probabilidades* de dependencia; pero para la definición de este grupo lo que cuenta es la dependencia efectiva y sus necesidades de cuidados. Éstas se definen a partir de tres variables

básicas: tipo de padecimiento, tiempo de cuidado requerido por periodo de tiempo y tipos de cuidados que se requieren proporcionar. Esto se traduce idealmente en la construcción de un *baremo* que especifica grados de intensidad del cuidado y el tipo de atención requerida.

Las personas mayores, en la medida en que tienen alguna desventaja en la realización de sus actividades diarias, caen en el segundo grupo, al igual que las personas con discapacidad que tienen alguna dependencia. Sin embargo, dada la existencia de algunos planteamientos específicos para este grupo de edad en la literatura de cuidados, pero sobre todo la existencia de políticas para este grupo poblacional que se relacionan indirectamente con los cuidados, se hacen algunas consideraciones para este grupo.

Los cuidados que se proporcionan a estos grupos dependientes se da de tres formas: el cuidado institucional (público y privado), el no institucional (que se realiza principalmente para y por integrantes del hogar, casi siempre de manera gratuita y mayoritariamente por mujeres) y el que proporciona particulares (con o sin la mediación de una agencia) por una remuneración, independientemente de si existe algún parentesco de la persona cuidadora.

La principal problemática del cuidado institucional es la escasa cobertura: para proporcionar el cuidado durante el lapso de la jornada de trabajo, en el caso de dependientes por edad; para identificar y proporcionar servicios suficientes para los dependientes por discapacidad. La principal problemática para el cuidado en el hogar es que tiene que cubrir el déficit institucional en competencia con otras actividades necesarias y el tiempo libre y hay una carga desproporcionada hacia las mujeres. En este caso, el problema público a atender en un sistema de cuidados es reducir la carga de trabajo no remunerado en los hogares, ya que los cuidadores, que en su mayoría son mujeres, al momento de dedicar tiempo para cuidar a otros integrantes del hogar, reducen su oportunidad de estudiar, trabajar o realizar alguna otra actividad que les otorgue un ingreso o habilidades para encontrar autonomía e independencia como personas. De este modo, queda claro una prueba definitiva para saber si la política pública atiende adecuadamente el problema: ¿las medidas reducen la carga de las personas cuidadoras? De este modo, se tiene un criterio clave para diferenciar sobre cuáles políticas resuelven el problema público y cuáles, a pesar de tener alguna relación, no lo hacen, o no lo hacen directamente.

Algunas consideraciones generales pueden enunciarse como sigue:

- En la Ciudad de México, el valor del trabajo no remunerado de cuidados asciende a casi el 12% del PIB y es realizado, como sabemos, principalmente por las mujeres. El tamaño del trabajo no remunerado de cuidados es sensiblemente menor en la Ciudad de México, en comparación con el nivel nacional, lo que se relaciona con la mayor oferta pública y privada de cuidados de la capital.
- Más de tres millones de personas, casi un tercio de la población capitalina, potencialmente necesita cuidados. A pesar del claro envejecimiento poblacional y de la transición demográfica que observa la Ciudad de México, la mayoría de quienes requieren

cuidados, en la actualidad, son niñas y niños, cuyos requerimientos y nivel de dependencia es más intenso en la primera infancia. Así, en promedio, las mujeres dedican 50 horas semanales al cuidado de infantes menores de 5 años, más del doble de lo dedicado por hombres.

- Las desigualdades sociales en la Ciudad de México son también desigualdades de tiempo: entre la población que reportó dedicar horas al cuidado, quienes están en pobreza destinan casi 26 horas en promedio a la semana, frente a las 16 que dedican las personas no pobres. Por tanto, hay una relación clara entre los niveles de pobreza y el tiempo dedicado al cuidado.
- Más de tres millones de personas reportan realizar trabajo no remunerado de cuidados; conforme aumenta el número de horas dedicadas a estas actividades, se incrementa su grado de feminización. Sin embargo, es importante apuntar que la mayor parte horas dedicadas al cuidado se realiza al “estar al pendiente o mientras se hace otra cosa”, lo que da cuenta de la pobreza de tiempo y de las posibles carencias en el cuidado proporcionado.

Las conclusiones y propuestas específicas de líneas y estrategias de política derivadas de la evaluación se presentan en tres grandes rubros: a) coordinación institucional; b) instrumentos y estrategias; y c) ámbito normativo.

#### 4.1. Coordinación institucional

La evaluación reconoce los avances que se han realizado en la Ciudad hacia la implementación del mandato constitucional de establecer el sistema de cuidados para la Ciudad de México. En particular, destaca la instalación de la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados, espacio liderado por la Secretaría de las Mujeres, que ha venido desarrollando discusiones en torno a los diagnósticos, la planeación y el presupuesto necesario para avanzar en la articulación del sistema de cuidados. A partir de este paso decisivo, y derivado de los resultados de la evaluación, se presentan las siguientes propuestas en materia de coordinación institucional:

- Concluir, en el seno de la comisión interinstitucional del sistema de cuidados, la elaboración de la estrategia de cuidados de la Ciudad de México, con el fin de establecer los diagnósticos, las metas, los indicadores, los servicios y los programas necesarios para avanzar en la construcción del sistema público de cuidados.
- Se puede complementar la comisión interinstitucional del sistema de cuidados con un comité consultivo de cuidados, tal como funciona en el sistema de cuidados de Uruguay, para asesorar y aportar a la construcción de la estrategia de cuidados.
- Dentro de una propuesta articulada de un sistema de cuidados habrá que distinguir las necesidades específicas de los grupos de cuidados, así como la coordinación adecuada

entre los *sistemas de cuidado propiamente dichos*, como, por ejemplo, los sistemas CACI-CENDI, los centros de atención a discapacidad y las políticas de alivio a la carga del cuidado, de los *sistemas de apoyo o complementarios*: capacitación de personas cuidadoras, rehabilitación, recreación de adultos mayores.

- Levantar un censo de la infraestructura social disponible en la Ciudad de México, que registre información sobre su grado de utilización y condiciones de mantenimiento, con el fin de explorar qué espacios podrían aprovecharse o reconvertirse hacia la provisión de servicios públicos de cuidados.
- Correspondiendo a la creación del propio sistema de cuidados podría establecerse un registro nacional que concentre datos de los diversos recursos que intervienen en el funcionamiento del sistema, así como un portal del mismo, donde pueda haber interacción con los usuarios, trabajadores y otras personas interesadas, tal como funciona en el sistema de cuidados de Uruguay.
- Sugerimos fortalecer los mecanismos de colaboración y apoyo a los centros de desarrollo infantil comunitarios, con el fin de consolidarlos y mejorar el servicio que prestan. Como indica el sistema de cuidados en Uruguay o Costa Rica, el cuidado es una tarea que requiere del esfuerzo compartido entre el gobierno, las familias, la iniciativa privada y las organizaciones comunitarias.
- Desde el punto de vista de diseño y la planeación de los servicios públicos de cuidados, se identificó que el DIF y el IMSS cuentan con modelos y estándares adecuados de atención de niñas y niños en los centros que administra cada institución. Sin embargo, el modelo del IMSS apunta a configurarse como más integral, promoviendo una mayor calidad en la prestación de los servicios, al asegurar parámetros más exigentes de aprendizaje, capacitación, lactancia, niños por cuidador y condiciones de las instalaciones. En cuanto a los servicios de cuidados administrados por las alcaldías y los provistos por el sector privado y comunitario, este trabajo contó con reducida información para valorar su diseño y planeación, por lo que se desconoce en qué condiciones o bajo qué criterios operan en la práctica. Asimismo, tampoco se contó con información suficiente para realizar una valoración exhaustiva del diseño de los servicios de cuidados destinados a personas adultas mayores y población con discapacidad.
- Se sugiere suscribir un convenio con el IMSS y el ISSSTE para identificar las razones de la subocupación de sus guarderías y establecer estrategias para ampliar la inscripción de niñas y niños.
- Se sugiere implementar un programa de capacitación y certificación para personas cuidadoras, con el fin de mejorar sus habilidades y fortalecer la generación de ingresos. Podrán incorporarse instituciones que cuenten con los requisitos respectivos, como el Instituto de Capacitación para el Trabajo o la Secretaría de Salud.

## 4.2. Instrumentos y estrategias

### **Atención a personas dependientes por edad (menores de 15 años)**

En el tema del cuidado de los menores de 15 años debe partirse de la distinción básica entre el cuidado durante el tiempo de la jornada laboral y el tiempo posterior a ella. El primer lapso es el más crítico en la medida en que la jornada laboral compite directamente con las necesidades de tiempo de cuidado. La solución a largo plazo es la extensión del sistema de cuidado del sistema de los CACI-CENDI y/o del preescolar general de tiempo completo a las familias con menores en el grupo de edad 0-5. Actualmente dichos sistemas cubren alrededor del 10% del grupo de edad. Hasta ahora, la “solución” ha sido el cuidado gratuito por integrantes del hogar. Sabemos que ese déficit institucional es cubierto principalmente por las madres que no trabajan, aproximadamente 63%, y abuela/os, con un 22%. Esto significa también que una gran cantidad de madres tienen un obstáculo para incorporarse al mercado laboral, lo que redundará a su vez en no poder acceder a un sistema de cuidado público derivado de su trabajo remunerado. También sabemos que muchas mujeres desean trabajar, pero no pueden por tener que realizar labores de cuidado de menores: la ENOE del cuarto trimestre de 2024 registra casi 94 mil mujeres que son cónyuges del jefe del hogar “con interés para trabajar pero bajo un contexto que les impide el poder hacerlo”. Sabemos, además, que hay una mayor carga relativa de horas de cuidado de menores de edad reside, en términos relativos, en los estratos socioeconómicos más vulnerables.

Dado el inmenso costo que representaría cubrir de manera institucional del déficit, es necesario plantear estrategias de priorización para la atención institucional del cuidado infantil del grupo de edad 0-5. Algunas líneas de política al respecto pueden proponerse:

- Se pueden tomar medidas conducentes a aprovechar la capacidad ociosa que existe en diversas modalidades y centros. Aunque es variable este margen, en muchos casos supera al 20%.
- Una parte de la infraestructura adicional puede destinarse a ir cubriendo el déficit existente, pero también debe vincularse a las mujeres con menores de 6 años que desean incorporarse al mercado de trabajo, sobre todo madres solas jefas de familia.
- La ubicación de los centros nuevos no puede considerarse sólo en función de si hay más o menos centros en una circunscripción, pues el déficit, que es enorme, existe en el conjunto de la Ciudad, sino en función de dónde son más acuciantes las necesidades. Lo que equivale a priorizar zonas de mayor concentración de la población infantil respectiva, menor oferta relativa de cuidado institucional y a la vez donde las condiciones socioeconómicas, medidas, por ejemplo, por el índice de desarrollo social, son más desfavorables. Tales condiciones ocurren en zonas periféricas de la Ciudad. En el análisis territorial de esta evaluación se ofrecen propuestas de priorización por colonias.

En lo que respecta al grupo de edad 6-14, puede decirse que, aunque la intensidad del cuidado requerido es menor y disminuye rápidamente conforme aumenta la edad, es también esencial durante la jornada de trabajo. En este caso, el sistema escolar cumple, además de su función educativa, la de cuidado, al menos durante el tiempo de la jornada escolar. Las modalidades de tiempo completo y jornada ampliada de primaria y secundaria no cubren más que una parte de los requerimientos del grupo de edad. Además, los horarios no siempre alcanzan a cubrir la jornada laboral. Cabe recordar que el gobierno local se ha comprometido a la continuidad de estas modalidades en la Ciudad de México.

A este respecto se pueden sugerir las siguientes líneas estratégicas.:

- Extensión de las modalidades de jornada ampliada y tiempo completo en las zonas prioritarias según el criterio de mayor demanda relativa, menor oferta relativa de los servicios y ubicación en zonas socioeconómicas desfavorecidas, lo que implica una coordinación con las autoridades educativas federales. En el análisis territorial se ofrecen propuestas de colonias prioritarias sobre esta base.
- Generalizar en escuelas de tiempo parcial y que no son de doble turno el programa Aprende DIFerente o uno similar, pues a la vez que refuerza el aprendizaje con actividades educativas y recreativas no curriculares, funge netamente como un sistema de cuidado durante el lapso de la jornada laboral que no cubren las escuelas de tiempo parcial. Ofrece además las ventajas de no requerir todo un conjunto de regulaciones que requeriría una extensión del sistema escolar de tiempo completo, lo que se traduciría en una importante reducción de costos de implementación. Se necesitaría la concurrencia de diversas autoridades integrantes del sistema de cuidados para cubrir requerimientos de alimentación, atención médica en casos necesarios, protección civil, trabajo social, etc.

### **Atención a personas dependientes por discapacidad**

Las diferentes intensidades de los cuidados requeridos por las personas dependientes por discapacidad definirán las bases de una estrategia de atención tanto de las personas requirentes como de las personas cuidadoras integrantes del hogar que proporcionan cuidados a integrantes del hogar de modo gratuito. El tipo y la importancia del apoyo a las personas cuidadoras de personas dependientes por discapacidad dependerá de las características del cuidado requerido.

Este varía según su intensidad, la cual se mide por el *tipo de padecimiento, tiempo de cuidado y tipos de cuidados requeridos*.

Puesto que el número de personas requirentes es mucho menor a la población potencial y va disminuyendo conforme aumenta la intensidad del cuidado requerido, resulta factible aplicar apoyos mayores a las personas cuidadoras de personas con condiciones muy críticas y apoyos menos intensivos a mayor número de personas cuidadoras.

Se ha estimado que en la Ciudad de México hay unas 97.5 mil personas dependientes por discapacidad con limitaciones permanentes. En una primera aproximación con base en las horas de cuidado semanal requerido, unas 26 requerirían la mayor intensidad de cuidado y unas 42 mil un nivel aún importante de cuidado.

Se requiere la elaboración de un baremo de la intensidad del cuidado requerido por las personas dependiente por discapacidad, adaptado a las condiciones de la Ciudad de México, con base en estudios científicos sobre las necesidades de cuidado de los diferentes padecimientos, que establezca el tipo de cuidado y el tiempo por semana requeridos, estableciendo parámetros de intensidad para una adecuada atención de las personas requirentes.

La detección de la demanda puede hacerse por convocatoria del programa específico definido. Se podría generar un *padrón* de las personas dependientes por discapacidad según el baremo establecido. La definición del número de personas cuidadoras a apoyar y el tipo de apoyo podría definirse a partir del padrón de personas dependientes por discapacidad según el tipo de cuidado requerido.

De esta manera se podrían establecer las siguientes estrategias:

- En los casos más críticos, como los padecimientos cognitivos graves (Alzheimer, demencia, etc.) y que requieren mucho tiempo de cuidado intensivo y con mucha tensión para la persona cuidadora, se puede pensar en un cuidado directo, completo y especializado por parte del estado. Ya algo similar se ha planteado en el sistema de cuidados de Costa Rica.
- En casos de intensidad fuerte, pueden establecerse estrategias de alivio de la persona cuidadora, con sustitución parcial en el hogar y/o apoyo integral (psicológico, de salud, etc.).
- Se puede establecer además un modelo de teleasistencia y atención a domicilio para personas dependientes o adultos mayores, que pueda ofrecer distintos servicios en función del perfil de las y los beneficiarios y de su grado de dependencia. Como en el caso de Uruguay, puede incluir respuesta frente a emergencias, así como acompañamiento y asesoría a personas cuidadoras.
- En los casos menos críticos, pueden aplicarse medidas como capacitación en cuidados, asistencia telefónica abierta, trabajo social en el hogar.

La mayoría de personas que realizan trabajo remunerado de cuidados son mujeres, no tienen acceso a seguridad social y trabajan en hogares. A este respecto se sugiere:

- Establecer una estrategia para promover el acceso a seguridad social de las personas cuidadoras en hogares y en establecimientos.

- Apoyar a estas personas cuidadoras con capacitación y certificación, lo que mejorará sus oportunidades laborales en cuanto formalidad e ingreso.

### **Desigualdades territoriales en la atención a las necesidades de cuidados**

Para conocer las características del arreglo espacial de los tres grupos poblacionales sujetos al derecho del cuidado se usó una técnica de auto correlación espacial mediante el cálculo del Índice de Moran. Los resultados mostraron que los tres grupos poblacionales tienen patrones de concentración específicos a lo largo de la ciudad, lo que da paso a la conformación de *clusters* específicos. La población infantil se concentra en la periferia de la ciudad, con *clusters* importantes en Iztapalapa y Gustavo A. Madero. Por el contrario, la población adulta mayor suele concentrarse en las alcaldías centrales, principalmente en Benito Juárez y Coyoacán. Las personas con discapacidad suelen estar más disperso a lo largo de la ciudad, aunque se encontraron *clusters* importantes en Coyoacán e Iztapalapa.

Respecto de las desigualdades territoriales en la atención al cuidado de la población menor de edad se han encontrado los siguientes resultados:

- Se estimó la cobertura de cuidados infantiles de tiempo completo para niñas y niños de 0 a 2 años en alrededor de 11% y aunque la cobertura total del preescolar alcanza casi el 60%, la mayoría de espacios son de tiempo parcial, por lo que, desde la óptica de los cuidados, no ofrecen una solución integral. Asimismo, se observan amplias desigualdades territoriales: mientras que Cuauhtémoc tiene una cobertura de entre 0 y 2 años del 33%, en Tláhuac es solo del 3%. Asimismo, se identificó que, entre 2020 y 2023, la cobertura de cuidados públicos infantiles ha permanecido estable (IMMS, DIF, alcaldías), mientras que los servicios de cuidado de carácter comunitario se han contraído de forma significativa.
- En cuanto a la distribución territorial de los servicios de cuidados para niñas y niños, se observa una tendencia a la concentración en alcaldías centrales y del eje norponiente, mientras que las zonas periféricas de las demarcaciones, aquellas con mayor presencia de infantes, cuentan con menor disponibilidad de oferta pública. Algunas áreas fronterizas entre alcaldías y el Estado de México o limítrofes entre demarcaciones requieren atención especial, ya que se observa una acusada concentración de infantes, en un entorno de ausencia de servicios públicos y de pobreza.
- A partir de lo anterior, se identificaron colonias y zonas prioritarias para la ampliación de los servicios de cuidados, áreas en las que se concentra la población que demanda los servicios, en las que hay presencia de pobreza y carencias y en las que se identifica que no hay infraestructura u oferta pública de cuidados. A partir de ello y, con base en tabuladores salariales y costos de mantenimiento y operación, se planteó una estimación del presupuesto necesario para expandir los servicios de cuidados en la Ciudad de México. Por ejemplo, para el caso de cuidados infantiles, se calculó que serían necesarios 760

millones de pesos anuales para instalar 160 nuevos centros, solo tomando en consideración el costo de funcionamiento y mantenimiento de los espacios, es decir, sin obra pública. Asimismo, un hallazgo relevante de la evaluación, es que en muchas áreas definidas como prioritarias para la ampliación de los servicios públicos de cuidados hay infraestructura social disponible y, posiblemente, reconvertible para tales fines, como centros sociales, Pilares, Utopías y escuelas.

Sobre la población con discapacidad se observa lo siguiente:

- La oferta de cuidado institucional para la población con discapacidad es escasa y con un importante componente privado. El gobierno central de la Ciudad de México cuenta con ocho unidades de rehabilitación; en cuanto a las alcaldías se lograron identificar 18 centros que atienden a personas con discapacidad. Según el DENUÉ de INEGI hay 34 centros privados para las personas con discapacidad. Es claro que la iniciativa privada ha satisfecho la demanda que no ha cubierto los centros públicos. Es primordial que el sistema de cuidado de la Ciudad de México, además de reducir la carga de trabajo en los hogares, también desmercantilice el acceso al cuidado de los grupos vulnerables, pues esto sólo amplía las desigualdades sociales en la ciudad.
- Se encontró que el diseño de los servicios de cuidado de la ciudad para personas con discapacidad en realidad no se adapta a lo que en principio son los objetivos de un sistema de cuidados, pues se basan más en la rehabilitación, pero no en compartir la carga de trabajo con los hogares. Los servicios de cuidado para personas con discapacidad deben contribuir a liberar tiempo de la población cuidadora, especialmente la femenina, por lo que sus horarios y especialistas deben ser compatibles para que las cuidadoras puedan realizar otras actividades o simplemente tener un respiro de la exigencia que representa cuidar una persona dependiente. Además, los servicios deben ser lo suficientemente integrales para atender todos los tipos de discapacidad, pues la atención de algunas enfermedades mentales solo es posible en centros privados. La rehabilitación hará una contribución directa al cuidado al lograr la recuperación de las personas dependientes.
- Se sugiere que los servicios de cuidado para las personas con discapacidad pasen de un modelo de rehabilitación a un modelo de cuidado y que se adapten para ser espacios de descanso y respiro para las personas cuidadoras, además que es necesario contar con un directorio actualizado año con año de los centros de cuidado de las alcaldías, gobierno de la Ciudad de México y, en la medida que sea necesario, del gobierno federal.

Respecto de las personas mayores, tenemos lo siguiente:

- La oferta pública de servicios de atención para personas adultas mayores del gobierno central de la Ciudad de México está a cargo del Instituto de Atención a Poblaciones Prioritarias (INED) que, si bien oferta diversas actividades, la mayoría de ellas son de

carácter recreativo, por lo que su capacidad de contribuir al cuidado de este grupo poblacional es limitada. También existen servicios del gobierno federal y de las alcaldías, pero, al igual que con el gobierno central, son actividades recreativas, más no de cuidados. El servicio que mejor se relaciona con la lógica del sistema de cuidados son los Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE) del INED, pues reconocen explícitamente que son espacios para el alivio y apoyo de las personas cuidadoras del hogar, son área de respiro, pero en contraste sólo hay cuatro en toda la ciudad.

- En los servicios públicos para personas adultas mayores destaca la poca o nula presencia de residencias permanentes o centros integrales de cuidado y, al igual que las personas con discapacidad, ese vacío en la oferta pública lo cubren los servicios privados, pues según información del DENU de INEGI hay mayor presencia de residencias permanentes en el centro de la ciudad, que precisamente son áreas de concentración de la población adulta mayor. De modo tal que los servicios públicos se complementan con los servicios privados tanto en la distribución territorial como en el tipo de servicios que se oferta. En la investigación también se observó que falta mayor articulación en los servicios para personas adultas mayores, principalmente en la relación que hay entre el gobierno central y las alcaldías, ya que, por un lado, el INED es muy explícito en los servicios que ofrece, pero por otro lado la información de las alcaldías está dispersa en informes, páginas oficiales, redes sociales e incluso notas periodísticas.
- Se sugiere que incrementen los espacios de cuidado integral para las personas adultas mayores y las residencias permanente y que se supere en cierta forma el modelo de servicios recreativos, al igual que con las personas con discapacidad
- Es necesario contar con un directorio actualizado año con año de centros de atención y cuidado para personas adultas mayores que incluya a las alcaldías, el gobierno de la Ciudad de México y el gobierno federal, para evitar la dispersión de la información.

#### 4.3. Ámbito normativo

- Se requiere construir un modelo unificado de cuidados en la Ciudad de México, que establezca metas, lineamientos y estándares mínimos de atención para todos los grupos sujetos del derecho al cuidado. En la medida en que se vaya definiendo y estableciendo el sistema, podrá pensarse en codificar sus características que permita su aplicación sin lagunas normativas y garanticen la implementación del derecho.
- En el caso de las personas mayores, es fundamental establecer metas que permitan ampliar los alcances de la atención y ofrecer servicios más amplios e integrales de cuidados para quienes lo requieran.
- En el caso de niñas y niños, sugerimos reformar la Ley que regula el funcionamiento de los Centros de Cuidado y Atención Infantil para establecer estándares mínimos, claros y

precisos, tanto para el sector público como para el sector privado, en materia de cuidados infantiles, al menos, en los siguientes ámbitos:

- ✓ Modelo educativo, pedagógico y de estimulación temprana
  - ✓ Alimentos y vigilancia nutricional
  - ✓ Vigilancia y atención médica y epidemiológica
  - ✓ Atención psicológica y trabajo social
  - ✓ Formación y competencias del personal docente y cuidador
  - ✓ Condiciones de infraestructura, protección civil, higiene y salubridad
- Se sugiere enviar una iniciativa de reforma a la ley federal del trabajo para fomentar la conciliación laboral y familiar para equiparar los permisos y licencias de paternidad a los de maternidad, con el fin de fomentar la corresponsabilidad y evitar prácticas de discriminación laboral.
  - Sugerimos enviar una iniciativa de reforma a la ley federal del trabajo para fortalecer las licencias y permisos de cuidados, ampliando los tiempos, beneficios y causales.
  - En general, explorar la posibilidad de acuerdos con la Federación y el sector privado en el sentido de acercar el lapso de la jornada de trabajo y el de los sistemas de cuidados a menores de edad, ya sea esquemas de reducción de jornada o teletrabajo combinado con modalidad presencial.

## REFERENCIAS

### Artículos y libros

- ANSELIN, L. (1995). Local Indicators of Spatial Association-LISA. *Geographical Analysis*, 27(2), 93-115. <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1995.tb00338.x>
- ARAGÓN MARTÍNEZ, S. et al. (h. 2021). *Cuidado remunerado. Estudio cuantitativo y cualitativo para México y la Ciudad de México*. México, Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México/Organización Internacional del Trabajo.
- Cámara de Diputados (2020). *Minuta proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 4o. y 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en materia del Sistema Nacional de Cuidados*. Consultado el 27 de abril de 2023. Disponible en el sitio web del Sistema de Información Legislativa: <http://sil.gobernacion.gob.mx/Reportes/Sesion/reporteAsunto.php?cveAsunto=4114719&ref=opinion-51>
- CARRETERO, S. et. al. (2006). *La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes análisis y propuestas de intervención psicosocial*. Valencia: Tirant lo Blanch. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/polibienestar-sobrecarga-02.pdf>
- Centro de Estudios Legislativos para la Igualdad de Género del Congreso de la Ciudad de México (CELIG) (2023). *Estudio sobre sistemas de cuidados. Aportes para la Ciudad de México*. México, Congreso de la Ciudad de México, II Legislatura.
- Centro Iberoamericano de Desarrollo Estratégico Urbano (2022). *Presentación “Sistema de Cuidado de Bogotá”*. Consultado el 16 de mayo de 2023. Disponible en la página web de CIDEU: <https://www.cideu.org/webinar/sistema-de-cuidado-de-bogota-como-una-ciudad-se-esta-reorganizando-para-las-mujeres/#>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Santiago: Naciones Unidas.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2023). *Panorama Social de América Latina y el Caribe 2023. La inclusión laboral como eje central para el desarrollo social inclusivo*. Santiago, CEPAL.
- Congreso de la Ciudad de México (2019). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México*. Consultado el 29 de marzo de 2023. Disponible en el sitio web del Congreso de la Ciudad de México: [https://consulta.congresocdmx.gob.mx/consulta/webroot/img/files/iniciativa/PAULA\\_SOTO\\_iniciativa-SistemaDeCuidados-1.pdf](https://consulta.congresocdmx.gob.mx/consulta/webroot/img/files/iniciativa/PAULA_SOTO_iniciativa-SistemaDeCuidados-1.pdf)
- Congreso de la Ciudad de México (2021). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México*. Consultado el 02 de mayo de 2023. Disponible en el sitio web del Congreso de la Ciudad de México:

<https://www.congresocdmx.gob.mx/media/documentos/cf256aba9d3570e6515a53f5cc0781b1ce8e8892.pdf>

Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (Evalúa CDMX) (2022). *Índice de Desarrollo Social de la Ciudad de México por manzana, 2020*. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/principales-atribuciones/medicion-del-indice-de-desarrollo-social-de-las-unidades-territoriales/medicion-del-indice-de-desarrollo-social-de-las-unidades-territoriales>

Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (s.f.). *Plan estratégico de economía del cuidado de la Ciudad de México: propuesta de creación del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México y su marco normativo*. Consultado el 29 de marzo de 2023. Disponible en el sitio web de CES CDMX: <https://ces.cdmx.gob.mx/storage/app/media/SISTEMADECUIDADOSDELACDMX.pdf>

DOMÍNGUEZ, M. et. al. (2019). El trabajo doméstico y de cuidados en las parejas de doble ingreso. Análisis comparativo entre España, Argentina y Chile. *Papers. Revista de Sociología*, 104 (2), pp. 337-374.

FRAGA, C. (2018). *Cuidados y desigualdades en México*. México: Oxfam.

FRASER, N. (2023). *Capitalismo caníbal. Qué hacer con este sistema que devora la democracia y el planeta, y hasta pone en peligro su propia existencia*. México, Siglo Veintiuno Editores.

Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2017). Constitución Política de la Ciudad de México. (Promulgada el 5 de febrero de 2017, con la última reforma publicada el 10 de diciembre de 2017). [Consultado el 30 de noviembre de 2022].

Gaceta Oficial de la Ciudad de México (2023). Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México. 23 de octubre.

García, B. (2019). El trabajo doméstico y de cuidado: su importancia y principales hallazgos en el caso mexicano. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 34 (2), pp. 237-267.

Gobierno de España (2011). Baremo de Valoración de los Grados y Niveles de Dependencia (BVD). *Boletín Oficial del Estado*, Núm. 42, viernes 18 de febrero, Sec. I., pp. 18571-18593. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/02/18/pdfs/BOE-A-2011-3174.pdf>

Instituto Mixto de Ayuda Social (2021). *Política Nacional de Cuidados 2021-2031*. Consultado el 10 de abril de 2023 en el sitio web del Gobierno de Costa Rica. Disponible en: [imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031\\_0.pdf](https://imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_0.pdf)

Instituto Mixto de Ayuda Social (2021a). *Catálogo de servicios dirigidos a personas con dependencia*. Consultado el 12 de mayo de 2023 en el sitio web del Gobierno de Costa Rica. Disponible en <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Cat%C3%A1logo%20de%20servicios.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2024). Sistema de Cuentas Nacionales de México. Fuentes y metodologías. Año base 2018. Aguascalientes, INEGI.
- Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres) y ONU-Mujeres (2018). *Bases para una estrategia nacional de cuidados*. México: Gobierno de México.
- International Labour Organization (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. Ginebra: ILO.
- LAZZARO, A. (2020). Los cuidados' como categoría de análisis de lo socioeconómico. Una propuesta teórica de transformación desde la economía feminista. *Methaodos*, 8 (2), pp. 258-270.
- LEGARRETA, M. (2008). El tiempo donado en el ámbito doméstico. Reflexiones para el análisis del trabajo doméstico y de cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26 (2), pp. 49-73.
- Ministerio de Desarrollo Social (2021). *Plan Nacional de Cuidados 2021-2025*. Consultado el 23 de marzo de 2023 en el sitio web del Gobierno Uruguayo. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2021-2025>
- MORENO, N. (2021). Reconocer, Reducir y Redistribuir los Trabajos de Cuidado: la experiencia del Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá. *Ecuador Debate*, (114), pp. 149-170.
- ONU-Mujeres (2016). *Trabajo doméstico y de cuidados no remunerado*. Ciudad de México: Naciones Unidas.
- ONU-Mujeres (2018). *Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo de cuidados. Prácticas inspiradoras en América Latina y el Caribe*. S.L.: Naciones Unidas.
- ONU-Mujeres (2018a). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Ciudad de México: Naciones Unidas.
- ONU-Mujeres (2020). *Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de Covid-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación*. Consultado el 27 de abril de 2023. Disponible en el sitio web de la ONU-Mujeres: [https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Final%20Brief/ES\\_cuidados%20covid.pdf](https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/08/Final%20Brief/ES_cuidados%20covid.pdf)
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2022). *Los cuidados en el trabajo: invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo*. Ginebra: OIT.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (s.f.). *Observatorio de la Salud y Envejecimiento para las Américas*. Consultado el 25 de mayo de 2023. Disponible en el sitio web de la OPS: <https://www.paho.org/es/datos-visualizaciones>
- Política Nacional de Cuidados (h. 2022). *Manual de Aplicación del Baremo de Valoración de la Dependencia*. Viceministerio de Desarrollo Humano e Inclusión Social [San José]. Disponible en:

<https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Manual%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Baremo.pdf>

RODRÍGUEZ-SOTO, R. C. (2023). Distribución espacial del Índice de Rezago Social en los municipios de México. *XXVIII Verano de la Ciencia*, Vol. 21, 1-11.

Salamanca, A. y C. Martín-Crespo (2007). “El muestreo en la investigación cualitativa”. En *Nure Investigación Revista Científica de Enfermería*, 27.

Secretaría de Gobierno (2020). *Programa Nacional de prestación de servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil (PNPS) 2020-2024*. Consultado el 17 de abril de 2023 en el sitio web de la SEGOB. Disponible en la página del Diario Oficial de la Federación: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5608937&fecha=28/12/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608937&fecha=28/12/2020#gsc.tab=0)

Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo (STyFE) y Organización internacional del trabajo (OIT) (2021). *Cuidado remunerado, Estudio cuantitativo y cualitativo para México y la Ciudad de México*. Ciudad de México: Styfe.

Senado de la República (2021). *Iniciativa con proyecto de decreto por el que se expide la Ley General del Sistema Nacional de Cuidados, presentada por senadoras y senador de diversos grupos parlamentarios*. Consultado el 27 de abril de 2023. Disponible en el sitio web del Senado de la República: [https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-11-30-1/assets/documentos/Iniciativa\\_Morena\\_Sen\\_Micher\\_LGSNC.pdf](https://infosen.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/65/1/2021-11-30-1/assets/documentos/Iniciativa_Morena_Sen_Micher_LGSNC.pdf)

TREVIÑO, J. A. (2016). Mapa y jerarquía espacial de la pobreza en México. Un nuevo procedimiento para identificar el patrón espacial de los problemas sociales. *Trimestre Económico*, 83(332), 679. <https://doi.org/10.20430/ete.v83i332.236>

### Documentos normativos

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

Jefatura de Gobierno. Constitución Política de la Ciudad de México. Última reforma el 8 de julio de 2024 Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Documents/CONSTITUCION\\_POLITICA\\_DE\\_LA\\_CDMX\\_10.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Documents/CONSTITUCION_POLITICA_DE_LA_CDMX_10.pdf)

Jefatura de Gobierno. Decreto por el que se crea el “Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México”. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 17 de septiembre de 2020

Jefatura de Gobierno. Acuerdo por el que se crea la Comisión Interinstitucional del Sistema de Cuidados para el Bienestar de la Ciudad de México, *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 23 de octubre de 2023

Ley que regula el Funcionamiento de los Centros de Atención y Cuidado Infantil para la Ciudad de México. Última actualización: 12 de diciembre de 2022. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Documents/Ley\\_RFCACI\\_DF.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Documents/Ley_RFCACI_DF.pdf)

Secretaría de Finanzas de la Ciudad de México. Lineamientos generales para la operación de los Centros de Atención y Cuidado Infantil de la Secretaría de Finanzas del Gobierno de la Ciudad de México y sus 16 alcaldías. *Gaceta Oficial de la Ciudad de México*, 1 de octubre de 2018

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX) (h. 2020). *Manual Administrativo del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México*. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Documents/MANUAL%20ADMINISTRATIVO%20MA-46\\_211221-E-SIBSO-DIFCDMX-65\\_010119.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Documents/MANUAL%20ADMINISTRATIVO%20MA-46_211221-E-SIBSO-DIFCDMX-65_010119.pdf)

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX) (2022). Reglamento Interno para la Operación de los Centros de Atención y Cuidado Infantil DIF Ciudad de México. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/Reglamento%20Interno%20para%20la%20Operaci%C3%B3n%20de%20los%20CACDI%20DIF%20CDMX.pdf>

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX) (2023). Lineamiento interno de la acción institucional “Atención a personas con discapacidad en unidades básicas de rehabilitación”.

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX) (h. 2024). “Tabla de edades ciclo 2024-2025”, disponible en: [https://dif.cdmx.gob.mx/storage/app/media/CACDI/CACDI\\_Tabla\\_Edades.pdf](https://dif.cdmx.gob.mx/storage/app/media/CACDI/CACDI_Tabla_Edades.pdf)

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX). Reglamento de operación de los Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil DIF Ciudad de México, proporcionado por el DIF-CDMX

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Programa Nacional de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil (PNPS). *Diario Oficial de la Federación*, 28 de diciembre de 2020

### Fuentes estadísticas

Autoridad Educativa Federal en la Ciudad de México (AEFCM). Estadística Educativa e Inmuebles. <https://www.aefcm.gob.mx/estadisticas/>

Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (CECM). Índice de desarrollo social. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/principales-atribuciones/medicion-del-indice-de-desarrollo-social-de-las-unidades-territoriales/medicion-del-indice-de-desarrollo-social-de-las-unidades-territoriales>

— Medición de la pobreza, 2018-2022. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/medicion-de-la-pobreza-desigualdad-e-indice-de-desarrollo-social/medicion-de-la-pobreza-2018-2022>

Consejo Nacional de Población (Conapo) (2018). *Bases de datos de Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050*. Consultado el 25 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/documentos/diccionario-de-las-bases-de-datos-de-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>

IDEGEO. Servicios de Información Geoespacial. Límite de colonias de la CDMX, SEDUVI. Disponible en: [https://idegeo.centrogeo.org.mx/layers/geonode:colonias\\_seduvi](https://idegeo.centrogeo.org.mx/layers/geonode:colonias_seduvi)

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Anuario estadístico 2023. Disponible en <https://www.gob.mx/issste/documentos/anuarios-estadisticos>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Memoria estadística 2022. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/memoria-estadistica-2020>

— Consulta dinámica (Cubos). Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), 2017

— Encuesta Nacional Sobre Uso del Tiempo (ENUT), 2019

— Censo de Población y Vivienda, 2020

— Características de Alojamientos de Asistencia Social, 2020

— Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2022

— Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE), 2024

— Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), varios trimestres

Secretaría de Educación Pública (SEP). Datos Abiertos

— Estadística histórica 1893-1894 a 2022-2023. Disponible en: <https://www.planeacion.sep.gob.mx/estadisticaeducativas.aspx>

Secretaría de Inclusión y Bienestar (Sibiso). Personas atendidas en centros de atención e integración social (CAIS), a agosto de 2023. Información proporcionada por la Dirección Ejecutiva de Monitoreo, Gestión y Enlace Institucional

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México (DIF-CDMX). Bases de datos de los Centros de Atención, Cuidado y Desarrollo Infantil (CACDI)

— Base de datos de Centros de Atención y Cuidados Infantiles, 2020, 2022 y 2023

— Base de datos de Centros de Día

— Base de datos de Bienestar Aprende DIFerente

— Base de datos de Unidades Básicas de Rehabilitación

## Informes de gobierno y páginas de Internet con información institucional

Alcaldía Mayor de Bogotá (s.f.). Buses de cuidados. Disponible en: <https://manzanasdelcuidado.gov.co/buses/>

Alcaldía Venustiano Carranza. Grupos vulnerables. <https://www.vcarranza.cdmx.gob.mx/grupos.html>

Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la Infancia (CODIACI). <https://dif.cdmx.gob.mx/codiaci>

Comité de Desarrollo Interinstitucional de Atención y Cuidado de la Infancia (CODIACI). Informe anual 2019. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Documents/3847823b951b29a09bd3e6d67effe0e6dc7836c3.pdf>

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Estancias para el Bienestar y Desarrollo Infantil. <https://www.gob.mx/issste/articulos/estancias-para-el-bienestar-y-desarrollo-infantil-225660?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Los clubes Inapam promueven la participación de los adultos mayores. <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/los-clubes-inapam-promueven-la-participacion-de-los-adultos-mayores?idiom=es>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam). Albergues y residencias de día INAPAM. <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/albergues-y-residencias-diurnas-inapam>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Descripción del servicio. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderias/Descripcion-Servicio-Guarderias.pdf>

Instituto Mexicano del Seguro Social. Directorio completo de Guarderías IMSS. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/guarderias/directorio-guarderias-2024.xlsx>

Instituto para el Envejecimiento Digno (INED). <https://sibiso.cdmx.gob.mx/instituto-para-el-envejecimiento-digno>

Secretaría de Educación, Ciencia, Tecnología e Innovación (Sectei). *Quinto Informe de Gobierno*. Disponible en: [https://www.sectei.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe\\_SECTEI/Quinto%20Informe%20de%20SECTEI\\_.pdf](https://www.sectei.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Informe_SECTEI/Quinto%20Informe%20de%20SECTEI_.pdf)

Secretaría de Inclusión y Bienestar Social. *Quinto Informe de Gobierno*. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Documents/5TO\\_INFORME\\_01123.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Documents/5TO_INFORME_01123.pdf)

Sistema de Desarrollo Integral de los Centros de Atención Infantil Públicos de la Ciudad de México. Comunicación. Disponible en: <https://dif.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/sistema-de-desarrollo-integral-de-los-centros-de-atencion-infantil-publicos-de-la-ciudad-de-mexico>

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Centros Gerontológicos.  
[http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia\\_focalizada/centros\\_gerontologicos/centros\\_gerontologicos.html](http://sitios.dif.gob.mx/transparencia/transparencia_focalizada/centros_gerontologicos/centros_gerontologicos.html)

Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, Ciudad de México (DIF-CDMX) (2023). *Informe de cuenta pública*

UNESCO. Education Policy Toolbox. *School location*. Véase:  
<https://policytoolbox.iiep.unesco.org/policy-option/school-location/>