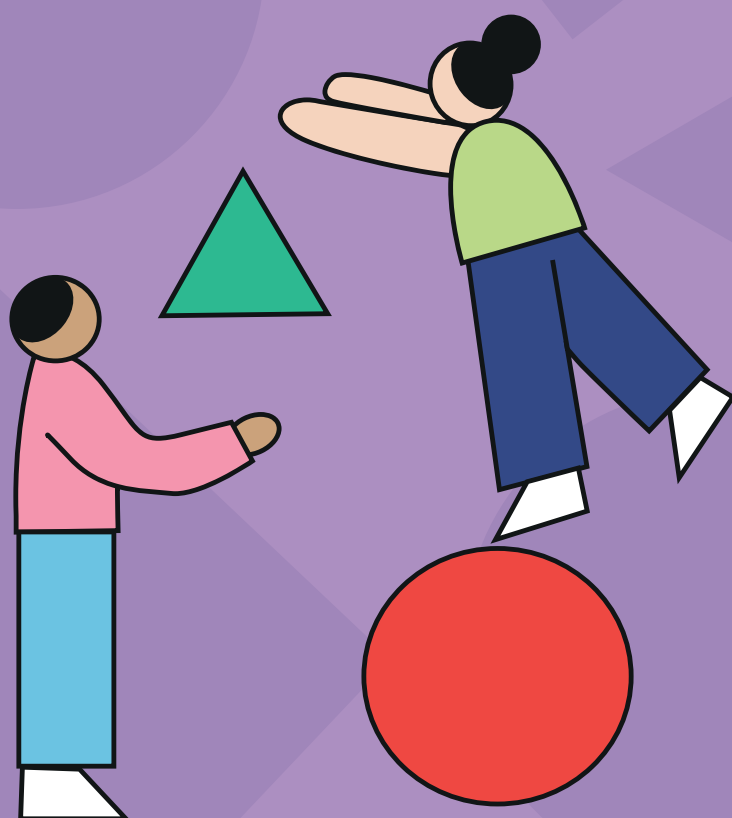


PROPUESTA PARA EL DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO PILOTO DE POLÍTICA INTEGRAL DE CUIDADOS A NIVEL MUNICIPAL



ILSB
Género • Innovación • Liderazgo

FUNCIÓN PÚBLICA
SECRETARÍA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA




INCIDE social


GIRE
GRUPO DE INFORMACIÓN EN
REPRODUCCIÓN ELEGIDA


Laboratorio Nacional
de Políticas Públicas


CIDE



**GOBIERNO DE
MÉXICO**

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES



GOBERNACIÓN
SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN



CONAPRED
CONSEJO NACIONAL PARA PREVENIR
LA DISCRIMINACIÓN

Primera edición, 2021

Propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados a nivel municipal.

Coordinadores: Guillermo M. Cejudo y Cynthia Michel

Investigadores: Natalia Achicanoy, Edgar Agüero, Luis Cortés, Daniela León, Damián Lugo Diana Ramírez, Rodrigo Salas, María Santana y Natalia Torres.

Como parte del compromiso "Fortalecer los servicios públicos de cuidados" del Cuarto Plan de Acción de México en la Alianza para el Gobierno Abierto (AGA), un equipo de investigación del Laboratorio Nacional de Políticas Públicas (LNPP) del CIDE realizó, en un proceso colaborativo con las instituciones y organizaciones que forman parte del compromiso, un estudio sobre la oferta y la demanda de cuidados en el municipio de Manzanillo, Colima y una propuesta para implementar un programa piloto para fortalecer los cuidados en ese municipio. Se desarrolló una metodología para estructurar el trabajo de recolección de datos, se realizó un diagnóstico de la cobertura y la calidad de los cuidados que reciben tres grupos de la población: primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores, así como de las condiciones de las personas cuidadoras; y se construyó una propuesta para la implementación de una política integral de cuidados en Manzanillo. Este documento presenta la propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados para el municipio de Manzanillo, Colima, a partir de una metodología y un diagnóstico replicables para cualquier municipio del país.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

CIDE, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C.
Carr. México-Toluca 3655, Lomas de Santa Fe, 01210, México D.F.

Impreso en México / Printed in Mexico

Cómo citar / Citation

Cejudo, Guillermo y Michel, Cynthia (2020). Propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados a nivel municipal. México: LNPP-CIDE.

Propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados a nivel municipal

Equipo de investigación: Guillermo M. Cejudo, Cynthia Michel (coordinadores) y Natalia Achicanoy, Edgar Agüero, Luis Cortés, Daniela León, Damián Lugo, Diana Ramírez, Rodrigo Salas, María Santana y Natalia Torres.



Índice

1. Introducción	2
2. Conceptualización y metodología para identificar las brechas de cuidados	6
3. Hallazgos del diagnóstico	9
4. De las brechas de cuidados a los objetivos del sistema	11
5. Premisas de diseño de la propuesta del sistema de cuidados	13
6. Los componentes del sistema	14
7. Un espacio de decisión: responsables coordinados	16
8. Un sistema de información para la operación del sistema de cuidados	18
9. Definir los instrumentos de política del sistema de cuidados	23
Primera infancia	24
Personas Mayores	28
Personas con discapacidad	30
Calidad de los cuidados para las tres poblaciones prioritarias	32
Personas cuidadoras no remuneradas	32
Personas cuidadoras remunerada	35
10. Conclusión: una propuesta factible	36
Anexo 1. Alternativas de instrumentos de política pública para cerrar las brechas de cuidados	38
Bibliografía	50

1.Introducción

El tema de cuidados en México ha ganado espacio en la agenda pública en los últimos años, por el trabajo de organizaciones sociales (GIRE, 2017; Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C., 2014), agencias gubernamentales (Inmujeres y ONU-Mujeres, 2018; CIDE, 2017), organismos internacionales (ONU-Mujeres, 2016; OIT, 2018) y gobiernos locales (CESCDMX, 2017). Al inicio de la actual administración federal, Inmujeres y ONU-Mujeres presentaron el documento “Bases para una estrategia nacional de cuidados” en el que se delinean los elementos para una política nacional en la materia. En el ámbito legislativo, la Constitución de la Ciudad de México reconoce el derecho al cuidado y, recientemente, en noviembre de 2020, la Cámara de Diputados aprobó una propuesta de reforma constitucional –que ha sido turnada al Senado– para crear un sistema nacional de cuidados y facultar al Congreso de la Unión para legislar al respecto. Por otra parte, la pandemia por COVID-19 ha hecho evidente la importancia de los cuidados en la vida cotidiana, la precariedad de su provisión en todo el mundo (The Care Collective, 2020), y la “injusta organización social de los cuidados” en América Latina (CEPAL, 2020).

En este documento presentamos una propuesta de sistema de cuidados que pueda ser implementado, como programa piloto, para fortalecer los cuidados en el municipio de Manzanillo. El proyecto fue realizado por un equipo de investigación del Laboratorio Nacional de Políticas Públicas (LNPP) del CIDE, en un proceso colaborativo con las instituciones y organizaciones¹ que forman parte del compromiso “Fortalecer los servicios públicos de cuidados” del Cuarto Plan de Acción de

1 Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI), Secretaría de la Función Pública (SFP), Grupo de información en reproducción elegida, A.C.(GIRE), Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C. (ILSB), Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, A.C. (INCIDE Social). Agradecemos, además, los comentarios del Instituto Colimense de las Mujeres. Para la elaboración de este documento, las organizaciones aportaron, de noviembre de 2020 a enero de 2021, ideas, propuestas y retroalimentación tanto en la identificación de alternativas de intervención como en el diseño de la propuesta del sistema de cuidados para Manzanillo.

México en la Alianza para el Gobierno Abierto (AGA). Esta propuesta está basada en el Diagnóstico sobre las brechas de cuidados en el municipio de Manzanillo (Torres et al. 2021), que analiza la cobertura y la calidad de los cuidados que reciben tres grupos poblacionales: personas en la primera infancia, personas con discapacidad y personas mayores, así como las brechas existentes en las condiciones de las personas cuidadoras –remuneradas y no remuneradas– para ejercer su derecho a cuidar. Este diagnóstico sigue el “Marco analítico y metodología para diagnosticar las brechas de cuidados en municipios de México” (Michel et al., 2021), construido para poder caracterizar las brechas de cuidado en cualquier municipio del país.

Debido a que se trata de un problema complejo, la propuesta se orienta a la construcción de un sistema que pueda articular una respuesta a la insuficiencia y a la fragmentación de la oferta de cuidados en México. En efecto, se trata de un problema que no tiene una solución sencilla, pues “son muchas las personas encargadas de proveerlo, los recursos escasos y la información insuficiente ya que los efectos de cualquier decisión son distintos en función de la condición laboral, familiar y económica de las personas que proveen o necesitan cuidados” (Inmujeres y ONU-Mujeres, 2018).

Al día de hoy, no existe una autoridad con responsabilidad sobre el conjunto de intervenciones (con mandato sobre varias organizaciones y políticas públicas, que cuente con recursos y sea capaz de coordinar la oferta gubernamental) que podrían garantizar los derechos asociados a los cuidados. Y tampoco hay información completa sobre la cobertura y calidad de los servicios que reciben, ni sobre el estándar que estos servicios deberían tener. Por ello, la propuesta que se presenta tiene dos componentes. Por un lado, para asegurar la respuesta articulada, la propuesta se centra en un espacio de coordinación nacional con mandato sobre los tres ámbitos de

gobierno y con la participación de instituciones de gobierno de varios sectores, con capacidad de incidir en el diseño, operación y presupuesto de los instrumentos de política. Además, se propone la construcción de un sistema de información con datos sobre la población, los servicios y los estándares de calidad, que se usaría regularmente para la toma de decisiones. Por otro lado, se identifica el conjunto de intervenciones que contribuirían a cerrar las brechas de cuidados en el municipio (con propuestas factibles para cada uno de los tipos de cuidado y cada grupo de población a atender).

La propuesta no está construida como un catálogo de mejores prácticas, sino que toma en cuenta un punto de partida en el que la insuficiencia en la cobertura y la baja calidad de los servicios de cuidados existentes en el municipio hacen indispensables intervenciones ambiciosas en varios ámbitos de política pública. Si bien esta propuesta está diseñada para responder al diagnóstico de cuidados en Manzanillo, los elementos clave pueden ser replicados (con adaptaciones y matices) en otros territorios, y pueden ser escalados al ámbito estatal o federal, pues las propuestas no se refieren solamente a las intervenciones del ayuntamiento, sino de los tres ámbitos de gobierno. Con esto, se hace eco de propuestas específicas de varias organizaciones e incluso del lenguaje de varias iniciativas legislativas en esta materia: se propone una respuesta integral, articulada en un sistema de cuidados que atienda la complejidad del problema público. Es una propuesta, finalmente, que, siguiendo la lógica de apertura gubernamental de la Alianza para el Gobierno Abierto y de las organizaciones que forman parte del compromiso “Fortalecer los servicios públicos de cuidados” del Cuarto Plan de Acción, busca aportar evidencia sobre la factibilidad de la construcción de una política integral de cuidados, ofrecer una vía para su implementación, y facilitar el aprendizaje y la replicación hacia otros espacios.

El documento se estructura de la siguiente manera. Primero, se presenta la conceptualización y metodología a partir de la cual se identificaron las brechas de cuidado en Manzanillo, seguido de un breve resumen de la situación de los cuidados en el municipio. Enseguida, se presentan los objetivos de política que orientan esta propuesta y se exponen las premisas de las que parten las decisiones de diseño. Posteriormente se explican los componentes de un sistema y, en las secciones subsecuentes, se describe cómo cada componente debería funcionar en el caso concreto del sistema de cuidados propuesto. Finalmente, se presenta una conclusión de la propuesta, en donde se enfatiza su factibilidad. En el anexo 1, se incluyen las alternativas de intervención en materia de cuidados.

2. Conceptualización y metodología para identificar las brechas de cuidados

Los cuidados son el conjunto de actividades cotidianas que permiten regenerar, todos los días, el bienestar físico y emocional de las personas (ONU-Mujeres e ILSB, 2016). Se trata tanto de alimentar, vestir y acompañar a alguien, como de las actividades secundarias que son necesarias para el desarrollo de la vida cotidiana, como la cocina, la limpieza y mantenimiento del hogar, la compra de medicamentos, entre otras.

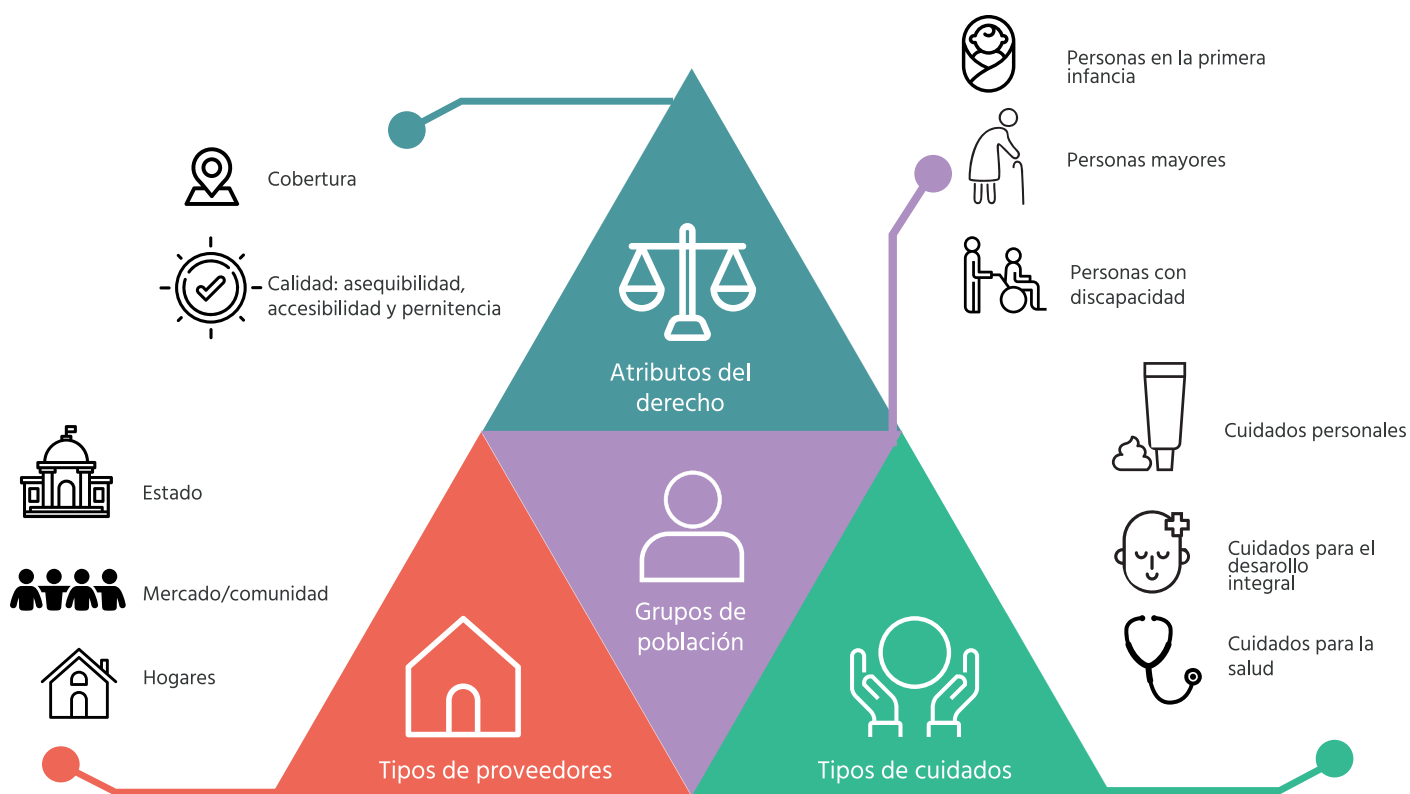
A lo largo de la vida, todas las personas requieren de cuidados. No obstante, como ya se ha diagnosticado, en México los servicios de cuidados no siempre están garantizados, pues existe una **“baja calidad, insuficiente cantidad y poca accesibilidad de servicios de cuidado disponibles para las personas en situación de dependencia”** (CIDE, 2017). Tampoco están garantizadas las condiciones para que las personas que cuidan lo hagan de manera óptima, sin afectar su propio bienestar (Oxfam 2020).

La medida en la que cada persona requiere, y obtiene, cuidados depende de su etapa de vida, de sus necesidades concretas, de la persona que le cuida y de la forma en que recibe esos cuidados (calidad). La metodología en la que se basa este análisis se hace cargo de estas variaciones y se estructura a partir de cuatro preguntas:

- ¿Quiénes son las personas cuyo derecho a ser cuidadas debe ser garantizado de manera prioritaria?
- ¿Cuáles son las necesidades de cuidado de estas poblaciones?
- ¿Quiénes son las personas cuyo derecho a cuidar debe ser garantizado?
- ¿En qué condiciones se prestan actualmente los cuidados?

Como se muestra en la figura 1, existen varios tipos de cuidados: personales (que incluyen actividades de higiene personal, alimentación y administración del hogar), para el desarrollo integral (que consisten en el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de las personas), y de la salud (que van desde la asistencia médica y suministro de medicamentos hasta la provisión de terapia). La medida en que cada tipo de cuidado es requerido varía según el nivel de dependencia de cada persona; es decir, del apoyo que necesita la persona para garantizar su propio cuidado. Existen poblaciones que suelen ser más dependientes de cuidados, ya sea por la etapa del curso de vida en la que se encuentran (como es el caso de aquellas en la primera infancia y las personas mayores), o porque tienen alguna discapacidad, o padecen una enfermedad (véase la Figura 1). En el caso de Manzanillo, estas tres poblaciones prioritarias suman aproximadamente 61,557 personas (Torres, et al. 2021).

Figura 1. Categorías para el análisis del derecho de las personas a recibir cuidados en Manzanillo



Fuente: elaboración propia.

Al mismo tiempo, los cuidados pueden ser proporcionados en el hogar, adquiridos en el mercado (en instituciones privadas, de asistencia privada o por la comunidad) o provistos por organizaciones del Estado. Distinguir quién provee los cuidados es fundamental para identificar la cobertura de los servicios de cuidados; es decir, identificar si la oferta de cada una de las fuentes de provisión, y en combinación, es suficiente para materializar el derecho de las personas a ser cuidadas. También permite conocer si la oferta de cuidados es accesible, es decir, si no existen obstáculos (geográficos, físicos, económicos, socioculturales o administrativos) para acceder a ella (Coneval, 2018a). Asimismo, permite determinar si la oferta es pertinente, es decir, si los bienes o servicios mediante los cuales este derecho se ejerce tienen las características (montos, frecuencia de entrega de los apoyos, etc.) necesarias para que una persona pueda efectivamente ejercer su derecho a ser cuidada o a cuidar. Y, finalmente, permite conocer qué tan asequible es la oferta; es decir, cuáles son los costos de transacción en los que las personas deben incurrir para lograr ejercer su derecho (Coneval, 2019; ISPA, 2016).

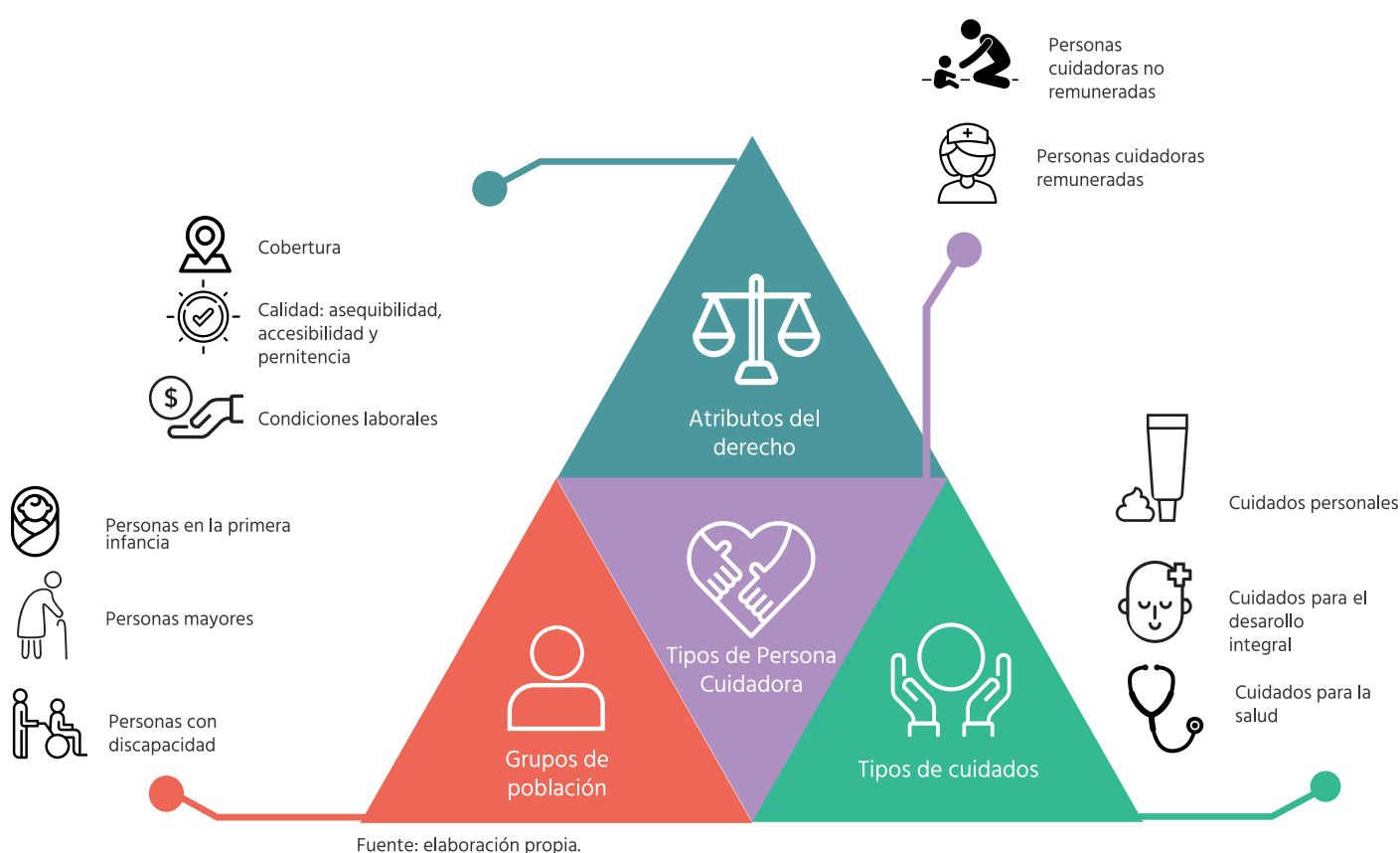
Por otra parte, como los cuidados implican una relación entre la persona cuidada y la persona cuidadora, el diagnóstico de los cuidados también debe medir si las personas cuidadoras tienen o no la posibilidad de realizar actividades diarias para asegurar el bienestar físico y emocional de otras personas (familiares o no), de forma libre, bajo condiciones adecuadas, sin que ello vaya en detrimento de su propio bienestar (ONU-Mujeres e ILSB, 2016; ONU-Mujeres, 2016). En el caso de Manzanillo, se

trata de asegurar el derecho a cuidar de las personas de 18 años y más, aproximadamente 125,000 (Torres, et al., 2021), que deberían tener la opción de cuidar de sus familiares u otros seres cercanos sin detrimento de sus otros derechos².

Como se muestra en la Figura 2, cuando se habla de personas cuidadoras, se habla en realidad de dos grupos: las personas que cuidan de manera no remunerada, generalmente a sus familiares u otros seres cercanos, y quienes cuidan de manera remunerada; es decir, quienes trabajan en sectores que proveen estos servicios a cambio de un salario. Los grupos no son mutuamente excluyentes, pues muchas personas cuidan dentro y fuera de sus hogares.

Históricamente, ambos grupos han estado conformados mayoritariamente por mujeres, a quienes se les ha asignado un rol como cuidadoras y madres. Es decir, independientemente de si hay un salario de por medio, se trata de actividades poco valoradas socialmente, a pesar de que permiten el sostenimiento de la vida y la producción en el mercado (Carrasco, Borderías y Torns, 2011). Todo ello afecta negativamente las posibilidades de empoderamiento económico de las mujeres (OIT, 2018).

Figura 2. Categorías para el análisis del derecho de las personas a cuidar



² Sólo se toma en cuenta a las personas mayores de edad, pues, aunque hay menores –generalmente mujeres jóvenes– que cuidan, esto no se considera idóneo para su propio desarrollo integral.

En la metodología empleada para diagnosticar las brechas de cuidado en Manzanillo se estudian también a los sectores laborales que realizan actividades de cuidados; midiendo su nivel de feminización (es decir, la proporción femenina del sector) y las condiciones laborales en las cuales desempeñan su trabajo (duración de la jornada, ingresos, prestaciones laborales y seguridad social). En el proyecto actual, se analizan estos aspectos para las más de 27 mil personas en Colima que laboran en sectores remunerados relacionados con los cuidados (7 por ciento de la población ocupada en el estado)³ y cuyos derechos laborales deben ser garantizados.

A partir de esta conceptualización, se diseñó una metodología (ambas descritas a detalle en Michel et al. 2021) para medir las brechas de cuidado en Manzanillo —distinguiendo por tipo de población, tipo de proveedor, tipo de cuidado y atributos del derecho—, que después fue utilizada para realizar el diagnóstico de la situación de los cuidados en el municipio. En la siguiente sección, se presenta un resumen de los resultados de este diagnóstico (la versión completa de dicho diagnóstico está en Torres et al. 2021).

3. Hallazgos del diagnóstico

Según el Diagnóstico sobre las brechas de cuidados en el municipio de Manzanillo, la oferta de cuidados es insuficiente para atender a la población que más los requiere: las personas en la primera infancia, las personas mayores y las personas con discapacidad. La población que sí accede a esta oferta recibe cuidados que, en su mayoría, son de baja calidad.

Salvo en los cuidados para la salud, la oferta pública de cuidados en Manzanillo es muy limitada, lo que vuelve los cuidados una responsabilidad que recae en los hogares —y, dentro de ellos, principalmente en las mujeres—, que deben encargarse, la mayor parte de las veces sin respaldo gubernamental ni capacitación, de ofrecer los cuidados personales y de desarrollo integral. Incluso en materia de salud, aunque la cobertura de los servicios de salud es amplia, no es aún universal; además, las personas afiliadas a instituciones públicas de salud reportan recurrir a consultorios, clínicas y hospitales privados y a consultorios de farmacia, lo cual es evidencia de que existe un costo —de tiempo, de traslado u otro— en los servicios públicos que hace preferible, para muchas personas, acudir a los servicios privados.

La oferta privada de cuidados en Manzanillo, aunque atiende a muy pocas personas, tiene costos razonables. Sin embargo, no existe información para conocer si las características de los servicios son los que se requieren.

En todo caso, es notable que existe un mayor avance en asegurar cuidados de calidad para la población en la primera infancia que para los otros dos grupos poblacionales estudiados. Sabemos que el 57.2% de las niñas y niños tiene la posibilidad de ser cuidado por un familiar adulto en el hogar (padre, madre, abuelo o abuela), y que un 32.28% recibe cuidados para el desarrollo integral

³ Las estadísticas se presentan a nivel estatal dada la falta de esta información a nivel municipal.

en instituciones públicas (es decir, asiste a un preescolar o una guardería pública). En el caso de los adultos mayores, 98.25% de ellos no tiene acceso a ningún espacio institucionalizado, ya sea público o privado, ni cuenta con la ayuda de una persona remunerada en el hogar. Para las personas con alguna discapacidad no existe información que permita medir esta brecha.

Para los cuidados que recibe la población en primera infancia, existe regulación para promover que los pocos espacios de cuidados —fuera del hogar— sean más seguros y accesibles, y existen esfuerzos (dispersos) por generar información para conocer atributos de su desarrollo. En cambio, es muy evidente y grave la ausencia y desactualización de información (en Manzanillo y en todo el país) sobre los cuidados que reciben las personas con discapacidad y las personas mayores. No hay esfuerzos equivalentes a los de la primera infancia para conocer las condiciones en las que son cuidadas las personas mayores ni las personas con discapacidad.

Las labores de cuidado —tanto remunerado como no remunerado— las realizan predominantemente mujeres. En Manzanillo, 46.7% de ellas reporta dedicar tiempo al trabajo de cuidados, frente a 27.1% de los hombres. La diferencia es aún mayor si se considera el trabajo doméstico, al cual 88.3% de las mujeres dedica tiempo cada semana, contra un 58.5% de los hombres. Las diferencias en las cargas de cuidado entre hombres y mujeres significan que éstas tienen menos tiempo disponible para trabajar con un salario, estudiar o realizar otras actividades. Esto se traduce en que 66.9% de las mujeres en la Población No Económicamente Activa digan no estar buscando trabajo porque realizan tareas en el hogar. Además, las políticas que podrían facilitar un balance entre el trabajo remunerado y el no remunerado —como las licencias de maternidad y paternidad o los servicios de guardería— son poco extendidas, sólo 17.9% y 20.2%, de la Población Económicamente Activa, respectivamente, tiene acceso a ellas.

A estos datos, se suman las precarias condiciones laborales de quienes cuidan de manera remunerada. Entre las trabajadoras domésticas, por ejemplo, ninguna tiene acceso a tiempo para cuidados materno o a guarderías. Apenas 30% de las cuidadoras en establecimientos está afiliada al IMSS, y ninguna cuidadora en casas particulares cuentan con seguridad social. Quienes se dedican a la enseñanza en el sector público, por otro lado, están mejor cubiertos, pues 65% está incorporado al ISSSTE. Cabe resaltar que los ingresos reportados por cuidadoras en establecimientos y en casas particulares se encuentran por debajo de la mediana estatal, con \$2,580 y \$4,300 respectivamente.

Estos hallazgos ponen de manifiesto la importancia de que la responsabilidad del Estado en materia de cuidados se asuma en varias dimensiones: no solo como fuente de transferencias monetarias que contribuyan a cubrir los gastos en que incurren los hogares para cuidar, sino también ofreciendo capacitación para los cuidados desde el hogar, emitiendo regulación (y vigilando su cumplimiento) para la provisión de cuidados desde instituciones públicas y privadas y, sobre todo, ampliando la oferta de servicios públicos para que sean suficientes y de calidad. Para todo ello, es indispensable que además se genere información sobre indicadores clave para medir la calidad de los cuidados y el bienestar de las personas.

4. De las brechas de cuidados a los objetivos del sistema

El problema específico de los cuidados en Manzanillo, esbozado en la sección previa (y presentado a detalle en Torres et al. 2021) permite distinguir las brechas que deben ser cerradas. Sin embargo, las decisiones acerca de cómo cerrarlas no son automáticas ni únicas. Existen varias opciones de intervenciones para cerrar cada una de las brechas identificadas, y su selección requiere de dos consideraciones.

La primera es que cualquier selección de un instrumento de política tiene efectos en distintos objetivos sociales. Las alternativas de acción tienen un efecto más allá del sistema de cuidados y de las personas directamente involucradas, en tanto que alteran el comportamiento de las personas y la forma en la que se relacionan en una sociedad. Cada decisión de política implica la selección de ciertos estándares normativos sobre otros. Esto es evidente en el diseño de una política de cuidados. Cada acción de política tiene un efecto en la calidad de los cuidados que se prestan, en quienes los proveen, quienes lo reciben, en las relaciones de género y en las dinámicas del mercado de una sociedad (véase la Tabla 1). Esto significa que no hay opciones de política mejores que otras en abstracto, sino con respecto al logro de ciertos objetivos sociales. Las políticas que consisten en dar una transferencia a las personas que cuidan, por ejemplo, suelen resultar en la promoción de la prestación de atención en un entorno informal o privado, desplazando o exonerando de responsabilidad a otros sectores (Daly, 2002). Como se muestra en la tabla 1, este tipo de políticas pueden tener un efecto positivo en las personas que reciben cuidados, en tanto que amplían sus opciones disponibles para elegir al proveedor de su preferencia (Coe et al., 2021), y también reducen los costos públicos de prestar dichos servicios. No obstante, no está claro que esta alternativa de política mejore las condiciones de quien provee los cuidados, ya que un pago puede alterar la naturaleza de la relación entre las personas que cuidan y las que reciben cuidados y, además, insertan al cuidador en una relación de dependencia con quien recibe cuidados (a quien se le da control financiero). Tampoco es claro que esta alternativa promueva la equidad de género ni contribuya a legitimar el cuidado como una actividad socialmente valorada, pues tiende a compensar solo de forma parcial la contribución de esta labor. Finalmente, debido a que el monto del pago no suele suficientemente alto como para incentivar una redistribución en la carga del cuidado, esta alternativa de acción tiene efectos “neutros” en el “welfare mix”, es decir, en la distribución de costos y responsabilidades entre actores y sectores involucrados en el cuidado (el estado, el mercado, la comunidad y la familia), así como en la relación entre la oferta y la demanda de trabajo (Daly 2002). En la siguiente tabla se muestran los efectos que cada una de estas alternativas de acción puede tener en distintos objetivos sociales.

Tabla 1. Clasificación de diversas alternativas de políticas según distintos objetivos sociales

	Elección/ calidad para personas cuidadas	Elección/ calidad para personas cuidadoras	Equidad de género	Valoración del cuidado	Corresponsabilidad entre las fuentes de provisión del cuidado	Alterar la oferta/ demanda de trabajo	Reducir costos públicos
Pago a cuidadores	+	-	-	+	-	+	+
Pago a personas cuidadas	+	?	-	-	+/-	+/-	+
Servicios públicos	?	?	+	+	?	+	-
Permisos	+/-	?	-	+	?	+	+
Incentivos a la creación de empleos	-	-	?	?	?	+	+
Incentivos al cuidado basado en el mercado	?	?	+	?	?	+	?

Nota: + efecto positivo, - efecto negativo, +/- neutral, ? el efecto podría ser en ambas direcciones

Fuente: Daly (2002).

La segunda consideración se refiere a que cualquier decisión sobre una intervención específica tiene efectos sobre el conjunto. Atender integralmente, y en una lógica de derechos, a las personas que requieren cuidados y a las personas cuidadoras supone tomar decisiones no solo sobre una intervención concreta o sobre la suma de muchas intervenciones, sino, en realidad, sobre la combinación de instrumentos de cuidados (Daly, 2002), lo que implica decisiones sobre la forma de financiamiento, la combinación de proveedores y las poblaciones que son priorizadas. En otras palabras, cada selección de un instrumento es, al mismo tiempo, una decisión —técnica pero también política— sobre quién debe cuidar, sobre la población a la que se debe cuidar prioritariamente, y sobre quién debe asumir el costo de prestar cuidados (véase la tabla 1). Por ejemplo, la decisión de proveer servicios públicos que garanticen cuidados para el desarrollo fuera del hogar (ya sea con guarderías para menores de cinco años o casas de día para personas mayores) es una decisión que tiene implicaciones: por un lado, amplía el papel del Estado (que, en este caso, iría más allá de sólo regular los estándares o subsidiar los cuidados que se otorgan desde el mercado o desde el hogar) y, por otro, democratiza el cuidado, pues lo vuelve igualmente accesible a todas las personas, quienes tendrían acceso a la misma calidad de servicio independientemente de su capacidad de pago y con accesibilidad geográfica. Finalmente, esta decisión tiene también implicaciones en la inversión de

recursos públicos que sería necesaria y, por tanto, en la factibilidad de esta intervención. De manera equivalente, disminuir la oferta pública significa dejar que cada hogar decida qué cuidados para el desarrollo integral reciben las y los menores de cinco años, en función de su capacidad de pago; esto reduce la carga fiscal, pero refuerza la distribución existente de estas tareas, caracterizada por fuertes desigualdades de género y diferencias en la calidad de los cuidados derivadas de la capacidad de pago de los hogares.

Tomando en cuenta ambas consideraciones, la propuesta que aquí se presenta busca generar una combinación de instrumentos de cuidado que reconozca los cuidados como un derecho que, por tanto, debe ser garantizado por el Estado. Esto supone alterar la distribución actual de quién provee, quién recibe y quién asume los costos de su provisión, para, por un lado, garantizar cuidados suficientes y de calidad para todas las personas y, por otro, evitar que los cuidados recaigan de manera desproporcionada en los hogares y, dentro de ellos, en las mujeres. A partir de ello, **se establecen tres objetivos que deberán estructurar las acciones del sistema de cuidados: Asegurar que 1. quienes necesitan cuidados, los reciban; 2. quienes reciban cuidados, los reciban con calidad, y 3. quienes cuidan, lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar.**

5. Premisas de diseño de la propuesta del sistema de cuidados

La propuesta de diseño e implementación de un sistema de cuidados que aquí se presenta parte de tres premisas fundamentales. *La primera es que la ausencia (o provisión parcial) de cuidados es un problema complejo que, como tal, requiere una solución integral* (Van Bueren et al. 2003). Entender los cuidados como un problema público complejo es crucial para el diseño de un sistema de cuidados, pues no solo permite trazar los límites de la realidad en la cual se busca incidir y de quienes viven esa realidad, sino también identificar a los responsables de hacerlo. En efecto, definir un problema público significa hacer explícita la situación indeseable que se busca modificar mediante la intervención (o conjunto de intervenciones) del Estado. En el caso de los cuidados, esta tarea pone en el centro de la discusión la necesidad de fijar parámetros de cuidados: para saber quién carece de cuidados es necesario saber qué significa que alguien esté siendo cuidado. Solo si se define que carecer de cuidados significa que el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de una persona está siendo comprometido, por ejemplo, será posible identificar a las personas que se encuentran en esa situación y las intervenciones necesarias para superarla.

La segunda premisa es que dar una solución integral al problema de cuidados implica adaptarse a las condiciones de cada persona. No basta con “coordinar” una oferta de servicios de cuidados fragmentada y distinta entre sectores y ámbitos de gobierno, sino que ésta debe estar articulada en torno a las necesidades específicas de cada persona, respondiendo a su condición social, laboral o del municipio en el que viva. Dicho de otra forma, una solución integral no consiste en generar una gran variedad de acciones de política, sino de asegurarse que cada persona accede a las que requiere según sus necesidades de cuidado. Así, este documento consiste en una serie

de alternativas de acción útiles para cerrar las brechas de cuidados en un municipio, Manzanillo. No se trata de un listado de “buenas prácticas” implementadas en otros gobiernos, sino de posibles soluciones específicas a problemas concretos, caracterizados y cuantificados.

Por último, *esta propuesta parte de la premisa de que un sistema de cuidados debe adaptarse a las condiciones estructurales del país, en particular a las condiciones de desigualdad existentes (de género, de pobreza y de condiciones de empleo)*. Sería ideal que todas las niñas y niños vivieran en hogares cuyos padres tienen acceso a seguridad social y, por lo tanto, que aumentar el número de días de las licencias parentales tuviera un efecto en toda la población, por ejemplo. Pero el sistema que aquí se propone no ofrece soluciones para cuando estas desigualdades hayan sido resueltas, sino que busca hacerse cargo de ellas para que el Estado mexicano pueda ofrecer una respuesta articulada que cierre, hoy, las distintas brechas de cuidado a pesar de los distintos puntos de partida de cada persona.

6. Los componentes del sistema

En los documentos que anteceden a esta propuesta se han identificado tres tipos de cuidados y tres poblaciones prioritarias, y se han añadido a las personas cuidadoras (remuneradas y no remuneradas) como parte de la población a atender. Como se explicó en el apartado 4 de este documento, son tres los objetivos que deberán estructurar las acciones del sistema de cuidados: asegurar que quienes necesitan cuidados los reciban; que quienes reciban cuidados los reciban con calidad, y que quienes cuidan lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar. Esto significa que el sistema deberá lograr que todas las personas en la primera infancia, todas las personas mayores, todas las personas con discapacidad y todas las personas cuidadoras en el municipio de Manzanillo sean **identificadas e incorporadas** al sistema de cuidados, y que cada una de ellas sea **atendida** con un conjunto de intervenciones acordes con sus necesidades de cuidado y las características de su hogar.

Para ello se requiere responder dos preguntas: ¿Cómo garantizar que una persona reciba los cuidados que necesita, según sus características particulares? y ¿cómo pasar de intervenciones aisladas a la prestación articulada de servicios de cuidado en torno a una misma persona? La respuesta a estas preguntas es, en realidad, la función principal del sistema: **asegurar que exista la oferta de cuidados (sea pública, privada o de cualquier tipo) suficiente y articulada en torno a cada persona que requiere o brinda cuidados, según sus necesidades particulares**.

Asegurar la existencia de una oferta de cuidados con tales características supone al menos cuatro retos. *El primer reto consiste en **construir esa oferta***. Para ello, es preciso decidir qué tipo de oferta es la adecuada para que cada niña y niño menor a cinco años, por ejemplo, tenga lo necesario para asegurar sus cuidados para el desarrollo integral (acceso a la asistencia para el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional). En otras palabras, es preciso generar una definición

conceptual compartida entre las partes involucradas en la prestación de servicios de cuidados sobre qué significa estar garantizando este derecho a cada población, y un conjunto de indicadores compartidos para observarlo.

El sistema de cuidados que se propone no parte de un lienzo en blanco, sino que se tiene que construir en medio de una serie de intervenciones de política que ya están en marcha. En efecto, la provisión de cuidados en México involucra ya a múltiples sectores de política (social, laboral, educativo, de salud, por mencionar sólo algunos), cada uno de los cuales son competencias y responsabilidades de dos o más ámbitos de gobierno. Por ello, *el segundo reto es asegurar que el conjunto de instrumentos de política sea coherente*. Contar con un conjunto de instrumentos de política no se reduce a agregar la oferta institucional existente, sino a lograr que atienda todas las dimensiones del problema público y que esté articulada en torno a las necesidades específicas de cuidado de cada persona. En las últimas décadas, muchas de las estrategias de coordinación interinstitucional impulsadas por el gobierno federal en política social se han limitado a “sumar esfuerzos” y a generar “sinergias” entre las intervenciones existentes. En consecuencia, estas estrategias han consistido en un conjunto de intervenciones que priorizan poblaciones, atienden localidades específicas o buscan llegar de forma simultánea a la misma población, pero sin ser coherentes (para lograr atender todas las dimensiones de un mismo problema) ni suficientes (algunas poblaciones quedan sin atender y aquellas que son atendidas solo reciben lo necesario para tener asegurada una fracción de su derecho).

Pero no solo se trata de un diseño coherente del conjunto de los instrumentos, sino de su operarlos de manera articulada, en torno a las necesidades de cada persona. *Este es el tercer reto del sistema: lograr acciones coordinadas*. En otras palabras, se requiere “la implementación conjunta de los programas [y servicios] necesarios para atender el problema público y, por tanto, que la intervención atiend[a] las demandas específicas de la población y no se limit[e] a otorgar los beneficios de la oferta disponible de los programas asociados a la estrategia” (Coneval, 2018b).

Para lograr lo anterior, se necesita identificar, caracterizar y monitorear las necesidades de cuidado de la población objetivo. Esto conduce al cuarto reto: *contar con un sistema de información que permita tomar tanto decisiones operativas como estratégicas*. Hasta ahora, la tarea de generar información sobre las personas que requieren o reciben cuidados depende del personal de cada una de las dependencias que “contribuyen” a esta tarea. En consecuencia, la calidad y actualización de los datos varía en función de los recursos (humanos, materiales y financieros) disponibles en cada caso. Pero no solo se trata de un problema de heterogeneidad en la calidad de la información, sino de información que no es agregable. En efecto, debido a que el personal de cada secretaría, dependencia o programa tiene necesidades de información muy particulares (acordes a la intervención concreta que llevan a cabo) utilizan unidades de medida distintas (que van desde personas u hogares hasta áreas geoestadísticas básicas) que, si bien son útiles para su operación particular, no permiten tener datos para guiar una política integral.

Generar un sistema de información para la operación del sistema de cuidados requiere la definición de procesos para actualizar dicha información, que no supongan un trabajo adicional para los operadores de los programas. Por tanto, la construcción del sistema de información debe iniciar homogeneizando los campos de captura de los registros administrativos de las dependencias involucradas. Esto sentará las bases para establecer mecanismos que permitan a) la identificación e incorporación de cada persona perteneciente a la población objetivo, b) la atención efectiva y adecuada a las necesidades de cuidado de cada persona, y c) la actualización de un sistema de información que oriente la toma de decisiones.

Para que todo ello pueda ocurrir, debe existir un espacio de decisión con autoridad sobre el conjunto de responsables de cada una de las intervenciones, cuyas decisiones estarán basadas en la información recogida en el sistema. En las siguientes tres secciones presentamos una propuesta del diseño y operación de cada uno de estos elementos: espacio de decisión, conjunto de responsables y sistema de información.

7. Un espacio de decisión: responsables coordinados

La concepción de un sistema de cuidados orientado por la definición de un problema público, además de permitir su caracterización y la de las personas que lo padecen, traza el camino para imaginar las posibles soluciones a ese problema. Al hacerlo, es posible también identificar a los actores centrales del sistema: a las agencias gubernamentales que tengan competencias en la materia, en los tres ámbitos de gobierno, así como a los actores del sector privado o social.

Desde luego, entre más complejo sea el problema —es decir, entre más sean los factores que contribuyen a él—, mayores serán las intervenciones y agencias gubernamentales necesarias para atenderlo. Con todo, un sistema que involucra a más actores de los necesarios es tan indeseable como uno en el que los actores clave están ausentes. De poco sirve tener una mesa llena de representantes de agencias u organizaciones si sus atribuciones no pueden traducirse en contribuciones específicas para la atención del problema.

La inclusión (o exclusión) de los miembros de un sistema debe estar orientada, de nuevo, por los atributos del problema. Un sistema que sirva sus propósitos requiere estar conformado no por quienes desempeñan labores más o menos relacionadas con los cuidados, sino únicamente por quienes contribuyen de forma específica a cierto atributo del problema y de la solución.

Así, el sistema de cuidados requiere un espacio de decisión donde los responsables, en conjunto, puedan incidir en las decisiones que, en materia de cuidados, se tomen desde los tres ámbitos de gobierno, desde instituciones de gobierno de varios sectores (salud, desarrollo social, trabajo, educación, etcétera), y donde tengan la capacidad para modificar el diseño, operación y presupuesto de diversos instrumentos de política. En la tabla 2 se especifican los espacios de decisión propuestos, el tipo de decisiones que tomarían y las instituciones que deberían integrarlos.

Tabla 2. Espacios de decisión del sistema de cuidados

Espacio institucional	Propósito	Tipo de decisiones	Integrantes
Núcleo de decisión*	Definir el mandato general del sistema y asegurar su integralidad	-Poblaciones prioritarias -Instrumentos de política para atenderlas -Indicadores de desempeño (metas de cobertura, de resultados y de impacto) -Alcance (recursos a invertir) -Gestión de la información -Estrategia de evaluación -Planeación de la segunda etapa	Gobierno federal: Bienestar Hacienda Inmujeres Gobierno de Colima Ayuntamiento
Secretaría Técnica	Coordinar sistema de información, asegurar flujo de recursos y monitorear desempeño	-Tiempos de entrega de información -Rutas administrativas para asignación de recursos -Seguimiento de acuerdos	Oficina específica
Mesa de coordinación	Ejecutar decisiones para cumplir con el mandato Actuar sobre los instrumentos de política y el sistema de información Ejecutar decisiones Asignar recursos	Decisiones operativas sobre los instrumentos sobre los cuales tienen responsabilidad. Por ejemplo, sobre el despliegue de los operadores de cierto programa para que su focalización y entrega del bien o servicio que ofrece sea consistente con el mandato general del sistema	Gobierno federal: IMSS, Bienestar, SEP, Salud, DIF, Economía Gobierno del Estado de Colima: Secretaría de Desarrollo Social, Secretaría de Salud y Bienestar Social y DIF-Colima Ayuntamiento Mandatos transversales: Inmujeres, Conapred, STPS, SETCO, COPSADII, SIPINA
Consejo consultivo	Emitir recomendaciones sobre las decisiones de diseño de los instrumentos para atender a las poblaciones prioritarias		Organizaciones de la sociedad civil (nacionales y locales) Academia Instituciones de asistencia privada

Nota: En Coneval (2018) se discuten más a detalle los desafíos de la coordinación intergubernamental y el tipo de funciones que debe desempeñar este órgano para hacerles frente.

Fuente: elaboración propia.

Todas las decisiones que se toman para el funcionamiento del sistema de cuidados requieren tener información actualizada y oportuna sobre las personas destinatarias de las intervenciones y sobre la cobertura y calidad de los cuidados que prestan o reciben. Para ello, junto con el espacio de decisión, se tendrá que construir un sistema de información que servirá para articular la operación del sistema de cuidados.

8. Un sistema de información para la operación del sistema de cuidados

El sistema debería ofrecer información sobre las condiciones de salud, educación y bienestar de las personas que requieren cuidados, de las personas que los proveen, así como de las condiciones económicas, laborales y de distribución de la carga de cuidados en los hogares. Así, como en toda estrategia de coordinación, se requiere, a la vez, un sistema de gestión y un registro social. El sistema de gestión permitirá dar cuenta “del progreso que cada componente de la estrategia ha tenido en la atención de la dimensión del problema operacionalizado a la que está vinculada y que, además, es utilizada para la planeación y el diseño de la propia estrategia” (Coneval, 2019). Un registro social, como su nombre lo indica, permitirá guardar registro de los bienes o servicios (de cada dimensión o tipo de cuidado) que ha recibido cada persona. Con base en ello, el sistema podrá contar con información —que se actualice con cierta periodicidad— sobre las condiciones de la población objetivo, necesaria para tomar decisiones sobre la focalización para poder garantizar progresivamente el derecho de cuidados para todas las personas (Coneval, 2019).

Para que sirva dichos propósitos, es fundamental que primero se generen definiciones conceptuales —compartidas entre las partes que integran el sistema— sobre qué significa estar garantizando este derecho a cada población, y sobre cómo observarlo (mediante indicadores). Para este fin, conviene capitalizar los esfuerzos que ya se han realizado desde la academia, la comunidad internacional y algunas agencias gubernamentales. Dichos esfuerzos, sin embargo, tienen un avance diferenciado (véase la caja 1). Una de las primeras decisiones del sistema será la de elegir las definiciones e indicadores que estructurarán la información que se recabe, para contar con elementos que permitan monitorear la calidad de los cuidados provistos desde cada fuente de provisión y para identificar cuándo se requieren intervenciones adicionales.

Caja 1. Definiciones conceptuales y operativas sobre el cuidado en México

Existen distintos esfuerzos a nivel nacional para definir qué significa estar garantizando el derecho al cuidado de cada población, y sobre cómo observarlo. Para la población en la primera infancia, por ejemplo, se ha avanzado en definir cuáles son los hitos en su desarrollo, y en medirlos tanto a nivel nacional como estatal. En efecto, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición tiene un apartado sobre Desarrollo Infantil Temprano, que parte del diseño conceptual elaborado por el INEGI y el Instituto Nacional de Salud Pública (véase INEGI e INSP, 2019). En cambio, para la población con discapacidad existe apenas un proyecto del INEGI, iniciado en 2017, para generar una propuesta metodológica para crear un Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RENADIS), el cual no se ha implementado. Fuera de éste, exista poca información sobre las condiciones de esta población y los servicios que reciben. Para las personas mayores, el Instituto Nacional de Geriátría está liderando un grupo interdisciplinario para el diseño del Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento (SIESDE). Para ello está generando definiciones conceptuales sobre las condiciones de salud (condiciones crónicas, factores de riesgo, carga de la enfermedad, morbilidad y mortalidad), la dependencia funcional, las necesidades de cuidado y los factores contextuales, ambientales e individuales (demográficos, socioeconómicos, distribución espacial, accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud públicos y recursos sociales disponibles) que afectan la salud de las personas mayores

Además, el sistema de información del sistema de cuidados deberá contar con dos mecanismos entrelazados en torno a tres propósitos. En la tabla 3 se especifican las funciones de estos mecanismos y las fuentes de información o registros administrativos que podrían servir para alimentarlos. La selección de estos registros se hizo con el propósito de aprovechar la información y los procesos administrativos ya existentes, de forma que se reduzcan los costos y tiempos para integrar el sistema.

Tabla 3. Mecanismos del sistema de información de cuidados

Mecanismo	Propósito	Fuente de información	Ruta por tipo de población
Punto de entrada al sistema	Identificar a las personas		Primera infancia: certificado de nacimiento y registro de civil Personas mayores: padrón de pensiones (IMSS y Bienestar) Personas con discapacidad: pensión y registros médicos Personas cuidadoras identificadas indirectamente
Registro de personas atendidas	Monitorear las necesidades de cuidado de las personas	Adaptar/crear rutas administrativas	Primera infancia: trabajadoras sociales/ ingreso a preescolar Personas mayores: beneficios sociales y atención médica Personas con discapacidad: beneficios sociales y atención médica Personas cuidadoras no remuneradas identificadas indirectamente Personas cuidadoras remuneradas vía sus empleadores
	Garantizar el flujo y uso de información	Condicionar la asignación de recursos a la generación e intercambio de información, y a su uso para focalizar Identificador único como llave para todos los servicios de cuidado Registros administrativos del sistema como fuente para planeación, presupuestación y evaluación	

Fuente: elaboración propia.

El primer mecanismo es el **punto de entrada al sistema**. Como se muestra en la tabla anterior, su propósito es *identificar a las personas*. En este sentido, existen distintos eventos en los que la población puede ser identificada y, posteriormente, registrada en el sistema de información. Por ejemplo, en el caso de las personas en la primera infancia, el nacimiento puede servir como punto de entrada al sistema, pues es un evento experimentado por todos los potenciales beneficiarios de este sistema. Para aprovecharlo, el sistema debería buscar articular dos procesos ya existentes: el registro de la persona recién nacida en el centro de salud y el que ocurre ante el registro civil. El segundo permite asignar un identificador a la persona y, el primero, información clínica sobre esta. En conjunto, esta información debiera constituir el primer registro que el sistema de cuidados tiene sobre una persona.

El segundo mecanismo es el **registro de personas atendidas**. El propósito de este mecanismo es, primero, *monitorear las necesidades de cuidado de las personas*. Con el tiempo y desarrollo de cada persona, nuevas necesidades de cuidado se irán haciendo evidentes. En el caso de la población en la primera infancia, cuando las personas cumplen tres años de edad (aunque en algunas ocasiones esto ocurre desde los 45 días de su nacimiento y, en otros casos, hasta el ingreso a la educación primaria), vuelven a estar en contacto con una institución pública, privada o comunitaria, para su cuidado y formación académica. Este se convierte en un nuevo punto de contacto para conocer las necesidades de cuidado de las personas y la medida en la que están siendo satisfechas, información que deberá ser incorporada a los registros asociados con el identificador personal. Un ejemplo de cómo adquirir y articular la información de las personas en torno a sus necesidades de cuidado es el *Kita Voucher* en Berlín (véase el Anexo 1). Este *voucher* es el pase de entrada para cualquier niña o niño a los servicios de guarderías o preescolares, independientemente de si son públicos, privados o comunitarios. En este documento los cuidadores principales del niño o la niña establecen cuántas horas de cuidado requieren de una guardería o preescolar y, con este, el centro de cuidado conoce el monto que el gobierno de la ciudad cubrirá por el cuidado de cada niño. Al ser un documento que emite el gobierno de la ciudad, y un requisito indispensable requerido por las guarderías, estancias o preescolares, el voucher se convierte en el documento que conecta al Estado con el proveedor de cuidados y con las familias. Con este documento, el gobierno de la ciudad no solo sabe las necesidades de cuidado de cada niña y niño, la medida en la que están siendo satisfechas, sino también la distribución de las labores de cuidado en los hogares.

Para la población mayor de 65 años y las personas con alguna discapacidad, un registro de estas necesidades puede ocurrir con la implementación de un modelo equivalente al que usa Chile, con el programa Chile Crece Contigo. En este programa, se asigna una persona trabajadora social a cada hogar, y ellas se encargan de hacer visitas periódicas para detectar las necesidades de cuidado de la población, y canalizarla con los servicios públicos pertinentes (ver caja 2). En este sentido, podría aprovecharse el despliegue de profesionales de la salud que ya ocurre durante las jornadas de salud pública, para extender su alcance a estos objetivos e incorporar la información recabada al registro existente en el sistema de cuidados. Indirectamente, esto contribuiría a hacer más accesibles los servicios de salud pues daría información pertinente a las familias sobre la oferta existente.

Caja 2. Trabajadoras/es sociales

Las personas trabajadoras sociales son un componente clave de los sistemas de cuidado en distintos países. El objetivo no solamente es que esta persona pueda dar seguimiento puntual a las necesidades de desarrollo de cada niña o niño, persona mayor o persona con discapacidad, sino también que sirva como enlace entre las familias y el Estado, canalizándoles a las instituciones de salud que requieren de acuerdo con sus necesidades y características. En el Reino Unido, por ejemplo, se ha implementado un programa de visitas a domicilio para monitorear la salud de los recién nacidos durante el primer año de vida. Las enfermeras y enfermeros que asisten a los hogares son capacitados para servir de enlace con los médicos generales del sistema de salud pública y facilitar el acceso de las familias a los servicios médicos. En Chile ocurre algo similar con el programa de Chile Crece Contigo y, en Colombia, con el programa Red Unidos en Colombia (Camacho et al., 2014).

En nuestro país, el programa Salud en tu Casa (antes Médico en tu Casa) del Gobierno de la Ciudad de México se ha desplegado para contribuir a este objetivo. Junto con las unidades médicas móviles, el programa permite a poblaciones vulnerables, en zonas con poca comunicación, recibir cuidados de salud para mejorar su calidad de vida e identificar padecimientos o riesgos potenciales

El segundo objetivo de contar con un registro de personas atendidas es *garantizar el flujo y uso de información para la toma de decisiones*. El intercambio de información es un proceso que implica una carga burocrática adicional para las dependencias involucradas en el sistema de cuidados. Por ello, se requiere de un mecanismo que garantice que las partes necesiten que este flujo se mantenga. Para ello, el caso chileno es de nuevo un buen referente. Para la operación del programa Chile Crece Contigo se formó un cuerpo coordinador, al interior del Ministerio de Desarrollo Social, para conducir las actividades de los tres sectores involucrados, y de las autoridades regionales y municipales. Este organismo tiene la autoridad para asignar recursos a los programas en función del número de personas que reportan atender. Por eso, las instituciones reportan sus gastos periódicamente, especificando el destino de los recursos utilizados y, con ello, se genera información actualizada sobre las necesidades de cuidado de cada beneficiario, por medio de una base de datos electrónica a la que todos los ministerios tienen acceso.

Si bien lo anterior permite que las dependencias compartan información sobre las personas a las que van atendiendo, también es necesario que este flujo se alimente de los propios usuarios del sistema. Para ello se propone el uso obligatorio de este “nuevo” identificador para acceder a los servicios de cuidado. Esto significa que cada niña o niño tendría que usar esta clave para ingresar a una guardería o preescolar, pero también las personas mayores o con discapacidad para acceder a cualquier servicio o beneficio gubernamental destinado a ellas. Entre mayor sea la oferta y calidad de servicios para esta población, más dispuestas estarán las familias a solicitar y utilizar este identificador para acceder a ella.

No solamente se trata de generar más y mejor oferta, sino de ser capaz de darla a conocer a la población. Tener un sistema de información consolidado y una oficina responsable permitiría generar una interfase de consulta que facilite a la población potencialmente beneficiaria conocer a) si es elegible para acceder a la oferta existente, b) los requisitos para ser incorporado, y c) la ruta administrativa para hacerlo. Por ejemplo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar presenta en su portal de internet la oferta existente en torno a las personas según su rol en la relación de los cuidados. Algo equivalente para las poblaciones de atención prioritaria hace la Secretaría del Bienestar e Inclusión Social de la Ciudad de México.

9. Definir los instrumentos de política del sistema de cuidados

En apartados previos, distinguimos tres objetivos que deberán estructurar las acciones del sistema de cuidados en Manzanillo: asegurar que quienes necesitan cuidados los reciban; que quienes reciban cuidados los reciban con calidad, y que quienes cuidan lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar. A continuación, presentamos la ruta para implementar una serie de instrumentos de política que permitan lograr dichos objetivos.

El primer objetivo consiste en asegurar que quienes necesitan cuidados, los reciban. Como se muestra en los siguientes apartados, el mecanismo propuesto para la consecución de este objetivo es incrementar la cobertura de la oferta de servicios de cuidados. El logro de este objetivo tendrá efectos en la distribución actual de la carga de cuidados, pues podría favorecer su desfamiliarización y, con ello, la disminución de la carga que éstos implican en los hogares y, dentro de ellos, en las mujeres (para una discusión de los efectos de los instrumentos de política véase la sección tres de este documento).

Ampliar la cobertura de la oferta pública de cuidados implica tres procesos: primero, identificar a las personas que formarán parte del sistema de cuidados; después, incorporar a esa población a los registros de información del sistema de cuidados y, por último, atenderle con una oferta que sea de calidad (pertinente, asequible y accesible). Naturalmente, la calidad de esa oferta sólo podrá garantizarse una vez que ésta sea creada. Por ello, la ruta para lograr el segundo objetivo del sistema —garantizar cuidados de calidad— solo podrá dibujarse cuando se hayan seleccionado las intervenciones que constituirán la oferta de cuidados.

En las siguientes secciones se presentan los procesos para identificar, incorporar y atender a la población en la primera infancia y, para las personas mayores y con discapacidad, los mecanismos para identificarlas e incorporarlas al sistema. En efecto, como se verá más adelante, la información actual es insuficiente para proponer instrumentos de política concretos para atender a las personas mayores y con discapacidad a partir de la situación actual; no obstante, en el anexo 1 se muestran una serie de intervenciones, existentes en México o en otros países, que podrían adaptarse para atender a estas poblaciones una vez que exista la información para caracterizarlas.

En Manzanillo existen 17,812 personas entre 0 y 5 años de edad (INEGI, 2021). De ellas, poco más de la mitad (59%) tiene derecho a guarderías de un sistema de seguridad social (IMSS o ISSSTE), en tanto que el resto (41%) no tiene esa prestación. No obstante, de las 10,500 niñas y niños que tienen derecho a esa prestación, solo 605 son atendidos en guarderías del IMSS (6% de las personas en la primera infancia beneficiarias) y 52 en el ISSSTE (10%). Esto significa que en Manzanillo hay un 55.2% de personas en la primera infancia que tienen derecho, pero que no asiste a una institución de seguridad social. Esta es una población que deberá ser atendida por el sistema de cuidados, y que ya está identificada.

Por otra parte, de entre los 7,312 niñas y niños (41%) que no tienen derecho a guarderías de una institución de seguridad social, 12.9% reciben cuidados en el sector privado. El costo promedio del servicio de guardería privada en Colima es de \$2,725.08 mensuales. Sin embargo, 35.4% de la población de Manzanillo percibe un ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos (\$3,320.86), por lo que, para una fracción alta de la población, este no es un servicio asequible. Finalmente, solo 450 menores se benefician del programa Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras (2.5% de las niñas y niños en el municipio).

Desde luego, estas poblaciones no son mutuamente excluyentes, por lo que puede haber empalmes e imprecisiones en los números. Por ejemplo, puede haber niñas y niños con derecho a guardería del IMSS que reciban cuidados en el sector privado, o personas atendidas en guarderías privadas que también sean beneficiarias del programa Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras. En cualquier caso, sabemos que al menos el 62% de las niñas y niños en la entidad sin seguridad social carece de algún tipo de apoyo para su cuidado (4,564 niñas y niños).

Tabla 4. Cuidados provistos a personas menores de 5 años

Población total de 0 a 5 años en Manzanillo: 17,812 (2020)		
Subgrupos de la población de niñas y niños	Población atendida con respecto al total	Población atendida con respecto al subgrupo
10,500 niñas y niños (59%) con derecho a guarderías del IMSS (95%) o del ISSSTE (5%)	3.7% niñas y niños asisten a una guardería de una institución de seguridad social	605 menores asisten a las guarderías del IMSS. (6% del total de menores derechohabientes al IMSS en la entidad) 54 menores asisten a la guardería del ISSSTE. (10% del total de menores derechohabientes al ISSSTE en la entidad)
	55.2% tienen derecho pero no asisten a una institución de seguridad social	9,376 menores no asisten a las guarderías del IMSS, aun teniendo derecho. (94% del total de menores derechohabientes al IMSS en la entidad) 465 menores no asisten a la guardería del ISSSTE, aun teniendo derecho. (90% del total de menores derechohabientes al ISSSTE en la entidad)
7,312 niñas y niños (41%) no tienen derecho a guarderías de una institución de seguridad social	12.9% niñas y niños reciben cuidados en el sector privado	12% (2,139 menores) reciben cuidados para el desarrollo integral en una institución privada; 1% (159) por una persona remunerada. Al mes, pagar por un servicio de guardería privada en Colima cuesta aproximadamente \$2,725.08. Sin embargo, 35.4% de la población de Manzanillo percibe un ingreso inferior a la línea de bienestar (\$3,208.36)
	2.5% de la población de 0 a 5 años reciben una transferencia monetaria	Aproximadamente el 6.1% de la población de 0 a 5 años (450 menores) sin seguridad social se benefician del programa Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras.
	55.2% tienen derecho pero no asisten a una institución de seguridad social	Al menos 62% de los menores en la entidad sin seguridad social carece de algún tipo de apoyo para su cuidado (4,564 niñas y niños).

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI (2021, 2020 y 2015), IMSS (2021), Secretaría de Bienestar (2020) y SIGED (2019).

Para el arranque del programa piloto en Manzanillo, se asumirá que la población que asiste a guarderías del IMSS, del ISSSTE y privadas ya está siendo atendida, por lo que no es necesario modificar la oferta (aunque en el futuro tendría que avanzarse en estandarizar la calidad de los servicios de cuidado). Para el resto —niñas y niños con derecho a seguridad social que no son atendidos, niñas y niños beneficiarios de transferencias monetarias, y niñas y niños sin ningún tipo de apoyo para su cuidado— se proponen intervenciones diferenciadas para atenderles. En la tabla 5 se muestra la ruta para ello. Para una explicación detallada de las alternativas para atenderles, véase el anexo 1.

Cada una de estas opciones son complementarias, y su pertinencia varía de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de los hogares. En todos los casos, sin embargo, para atender a las niñas y niños de 0 a 5 años en cualquiera de estas modalidades, se requiere la creación de mecanismos para identificar esta población e incorporarles en un registro social a partir del cual se le pueda dar seguimiento para conocer la evolución de las condiciones del cuidado que reciben. En la sección previa, en la tabla 3, se detallan los mecanismos para identificar e incorporar a esta población.

Tabla 5. Proceso para identificar, incorporar y atender a niñas y niños de 0 a 5 años

Población total de 0 a 5 años en Manzanillo: 17,812 (2020)				
Subgrupos de la población de niñas y niños	Población atendida con respecto al total	Identificarles	Incorporarles	Atenderles
10,500 niñas y niños (59%) con derecho a guarderías del IMSS (95%) o del ISSSTE (5%)	3.7% niñas y niños asisten a una guardería de una institución de seguridad social	Usar registros administrativos existentes para alimentar Registro de primera infancia (PI) en Manzanillo		Atendidos por institución de seguridad social
	55.2% tienen derecho pero no asisten a una institución de seguridad social	Usar registros administrativos existentes para alimentar Registro de PI en Manzanillo		Usar capacidad instalada no aprovechada (25% IMSS) para atender a 756 niñas y niños, y Ampliar capacidad para 9,225 (o atender con otro programa de igual calidad)
7,312 niñas y niños (41%) no tienen derecho a guarderías de una institución de seguridad social	12.9% niñas y niños reciben cuidados en el sector privado	Crear registro de proveedores privados del servicio	Hacer interoperables los registros de guarderías privadas con Registro de PI en Manzanillo	Atendidos por prestadores privados de cuidados
	2.5% de la población de 0 a 5 años reciben una transferencia monetaria	Hacer registros de Bienestar interoperables con Registro de PI en Manzanillo		Aumentar subsidio para cubrir monto promedio de guardería privada (demanda)
	Al menos 26% de los menores en la entidad no cuentan con ningún tipo de apoyo para su cuidado	Crear registro a partir de nueva intervención	Incorporarlos a la nueva intervención	Crear subsidio para provisión de servicios comunitarios (oferta) para aproximadamente 500 "madres/padres" comunitarias Sustituir por provisión directa (servicios públicos de guardería)

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI (2021, 2020 y 2015), IMSS (2021), Secretaría de Bienestar (2020) y SIGED (2019).

En Manzanillo viven 12,994 personas de 65 años o más (INEGI 2021). De ellas, solo 226 (1.74%) son cuidadas en el hogar por una persona remunerada o en una casa hogar privada (1.57% y 0.17%, respectivamente). En efecto, en Manzanillo solo hay registro de un asilo y dos centros de cuidado diurno del sector privado para esta población.

La gran mayoría de las personas mayores en Manzanillo (98.25%) no recibe cuidado en ningún espacio institucionalizado ni por una persona remunerada, con lo cual es posible asumir que esta población vive y recibe cuidados en su hogar. No obstante, la información existente no permite distinguir quién, dentro de esta población, requiere cuidados y los recibe, quién no los recibe, y qué personas de 65 años y más en Manzanillo no requieren ayuda para asegurarse sus cuidados.

Por ello, como se muestra en la siguiente tabla, aumentar la oferta de servicios de cuidado para esta población debe iniciar por la construcción de mecanismos para identificarles e incorporarles. Considerando que la cobertura del programa de Pensión para el bienestar de las personas Adultas Mayores es amplia, se propone que éste sea la base para su identificación. De esta forma, quienes ya están identificadas en tanto beneficiarias del programa, podrán ser incorporadas automáticamente al registro del sistema de cuidados. Para incorporar a quienes no son beneficiarias del programa, el sistema de cuidados puede recurrir a una experiencia que ha resultado exitosa para este fin en otro contexto el registro voluntario (en línea) de las personas en este rango de edad en combinación con visitas domiciliarias de trabajadoras sociales, como ocurre en la Ciudad de México (véase el anexo 1 para una descripción más detallada de esta experiencia). Este registro deberá ampliar la información que actualmente tiene el padrón del programa de Pensión para el bienestar de las personas Adultas Mayores, para incorporar datos sobre sus necesidades de cuidado.

Una vez identificadas, las personas que deberán ser atendidas prioritariamente son aquellas que requieren cuidados y no los tienen. En el anexo 1 se presenta una serie de intervenciones que podrían adaptarse para atender a estas poblaciones una vez que exista la información para caracterizarlas

Tabla 6. Proceso para identificar, incorporar y atender a las personas mayores en Manzanillo

Población total de 65 años o más en Manzanillo: 12,994 (2020)			
Subgrupos de la población de personas mayores	Población atendida con respecto al total	Identificarles e incorporarles	Atenderles
226 personas de 65 años o más (1.74%) son cuidadas en el hogar por una persona remunerada o en una casa hogar privada	0.17% son cuidados en una casa hogar privada	Usar registros administrativos existentes para alimentar Registro de primera infancia (PI) en Manzanillo	Atendidas
	1.57% son cuidados por una persona remunerada		
	1 asilo y 2 centros de cuidado diurno del sector privado		
	No requieren cuidados		NA
7,312 niñas y niños (41%) no tienen derecho a guarderías de una institución de seguridad social	Requieren cuidados y los tienen	a) Si ya están identificados en el programa, se incorporan automáticamente al registro b) Si no están incorporados, se les incorpora el programa	Atendidas
	Requieren cuidados y no los tienen		En función de las necesidades de cuidado: i) Financiar la oferta de centros de cuidado privados para la apertura y ampliación ii) Formar nuevos cuidadores remunerados y un registro por medio del cual puedan ser contactados iii) Proveer centros de cuidado diurno, instituciones con alojamiento y servicios en el hogar iv) Entregar apoyos en especie (alimentos, medicinas, equipamiento) v) Ofrecer asistencia a distancia vi) Formar redes de apoyo por medio de la apertura de centros de actividades de rehabilitación, entretenimiento y recreación, y servicios de compañía voluntaria

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI (2021, 2020 y 2015), IMSS (2021), Secretaría de Bienestar (2020) y SIGED (2019).

En Manzanillo, hay 30,751 personas con discapacidad, limitación o alguna condición mental (INEGI, 2021). La información disponible sobre ellas es limitada, y no nos permite conocer a cabalidad los cuidados que reciben ni sus necesidades específicas de cuidado. De ese total, 43% tiene acceso a la seguridad social, y solo 2% (725 personas) recibe la transferencia monetaria por el programa Pensión para el Bienestar para las Personas con Discapacidad. La oferta de espacios de atención es reducida: cinco centros educativos públicos o privados; dos centros de atención múltiple que atienden a 143 personas; una residencia, un centro de cuidado diurno y un centro de capacitación para el trabajo; y una unidad de rehabilitación pública y tres centros de atención integral privados. Es posible asumir que la mayor parte de los cuidados se reciben en el hogar. En cualquier caso, la información existente no permite distinguir quién, dentro de esta población, requiere cuidados y los recibe, quién no los recibe, y qué porcentaje de personas con alguna discapacidad o limitación no requiere ayuda para asegurarse sus cuidados.

Por ello, al igual que con las personas mayores, aumentar la oferta de servicios de cuidado para esta población debe iniciar por la construcción de mecanismos para identificarles e incorporarles (véase la Tabla 7). Desde luego, lo ideal sería contar ya con un registro de personas con discapacidad a nivel nacional, como es el caso del Registro Nacional de la Persona con Discapacidad en Perú. En México, actualmente el INEGI lleva a cabo esfuerzos para conformar el Registro Nacional de Personas con Discapacidad (RENADI), que permitirá obtener información detallada de sus necesidades para mejorar las políticas públicas, programas y servicios destinados a personas con discapacidad y sus familiares. Sin embargo, una posibilidad más inmediata es que se utilice la información de los servicios de salud como el mecanismo de entrada. De esta forma, quienes ya están identificadas como personas con estas condiciones, podrán ser incorporadas automáticamente al registro del sistema de cuidados. Esto tendría que ser complementado con visitas domiciliarias, con personas trabajadoras sociales que identifiquen a posibles personas beneficiarias y las remitan a servicios de salud para que certifiquen el tipo de discapacidad y se les canalice a la oferta de cuidados pertinente.

Una vez identificadas e incorporadas al registro de las personas con discapacidad, el sistema de cuidados deberá asegurarse que todas las intervenciones dirigidas a esta población sean registradas, que se actualice la información acerca de cada persona atendida y que las personas con discapacidad conozcan su identificador y el conjunto de oferta institucional de cuidados al que tienen derecho. Será necesario también hacer obligatorio el uso de este identificador en la operación de cada una de las intervenciones dirigidas a esta población, de forma que, poco a poco, tanto las agencias gubernamentales como las personas con discapacidad se habitúen al uso de este dato, lo cual ocurrirá de manera más frecuente conforme sea claro que su uso les da acceso a una oferta de servicios y apoyos para garantizar su derecho al cuidado.

Una vez identificadas, las personas que deberán ser atendidas prioritariamente son aquellas que requieren cuidados y no los tienen. En el anexo 1 se presentan una serie de intervenciones que podrían adaptarse para atender a esta población una vez que exista la información para caracterizarlas.

Tabla 7. Proceso para identificar, incorporar y atender a las personas con discapacidad en Manzanillo

Población total con discapacidad, limitación o alguna condición mental en Manzanillo: 30,751 (2020)			
Subgrupos de la población de personas con	Población atendida con respecto al total	Identificarles e Incorporarles	Atenderles
Alrededor de 84% de las personas con discapacidad tiene acceso a un sistema de salud	43% tiene acceso al IMSS	El registro de personas con discapacidad se hará a partir de la información disponible en los servicios de salud:	En función de las necesidades de cuidado:
	32% al Seguro Popular*	a) Si ya están identificados en el IMSS, ISSSTE o Insabi, se incorporan automáticamente al registro	i) Financiar la oferta para la apertura y ampliación de centros de cuidado
		b) A partir de visitas domiciliarias, se canaliza a las personas a los servicios médicos, que confirman la condición y levantan información que se incorpora al registro.	ii) Formar nuevos cuidadores remunerados y un registro por medio del cual puedan ser contactados
48% de las personas con discapacidad vive en un hogar con un ingreso per cápita igual o menor a la línea mínima de bienestar	725 (2%) recibe una transferencia monetaria	El registro deberá contar con información sobre las necesidades específicas de cuidado de cada persona.	iii) Proveer centros de cuidado diurno, instituciones con alojamiento
	No cuenta con ningún apoyo Información no disponible		iv) Ofrecer servicios públicos de intermediación laboral
			v) Brindar asistentes personales para las actividades diarias
			vi) Utilizar programas ampliados de obras públicas para generar trabajos temporales adecuados a la población con discapacidad
			vii) Fomentar el teletrabajo y trabajo móvil
			viii) Garantizar la accesibilidad de las redes de transporte público

Nota: *Aunque a partir del primero de enero del 2020 el Seguro Popular fue sustituido por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la versión del cuestionario de la ENOE 2020 T-1 sigue preguntando si la persona cuenta con Seguro Popular. En este documento usamos las instituciones consideradas en la ENOE.

Fuente: Elaboración propia con información del INEGI (2021, 2020 y 2015), IMSS (2021), Secretaría de Bienestar (2020) y SIGED (2019).

Como se mencionó al inicio de este apartado, tres objetivos deberán estructurar las acciones del sistema de cuidados en Manzanillo: asegurar que quienes necesitan cuidados los reciban; que quienes reciban cuidados los reciban con calidad, y que quienes cuidan lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar. Las propuestas presentadas antes dibujan la ruta para implementar una serie de instrumentos de política que permitan ampliar la cobertura de los cuidados.

La ampliación de la cobertura de los cuidados, sin embargo, no necesariamente se traduce en la prestación de cuidados de calidad. Para promover la calidad de los cuidados se requieren intervenciones que, en función de las necesidades de las personas cuidadas, capaciten a quienes les cuidan sobre la forma de hacerlo, sobre la oferta de servicios para esa población y sobre cómo responder en situaciones específicas.

Las intervenciones para garantizar la calidad de los cuidados deberán responder a decisiones previas sobre los instrumentos que se usarán para ampliar la cobertura fuera del hogar. No obstante, cuando quienes prestan cuidados son personas (remuneradas o no) dentro del hogar, además de hacerles llegar información y ofrecerles talleres, podría habilitarse, como lo hacen la Asociación Americana de Personas Retiradas (AARP) en Estados Unidos o la Cruz Roja en España, una línea de apoyo para las personas cuidadoras que les guíen sobre sus labores. Una vía de acción adicional para procurar la calidad de los servicios de cuidado consiste en crear un registro de proveedores de cuidado a partir del cual sea posible monitorear los estándares de calidad de sus servicios. En Reino Unido, por ejemplo, la Care Quality Commission identifica a todas las personas cuidadoras remuneradas y lleva a cabo visitas al domicilio particular o centro de provisión para monitorear la calidad de sus servicios y realizar encuestas de satisfacción entre los receptores (Care Quality Commission 2016).

Personas cuidadoras no remuneradas

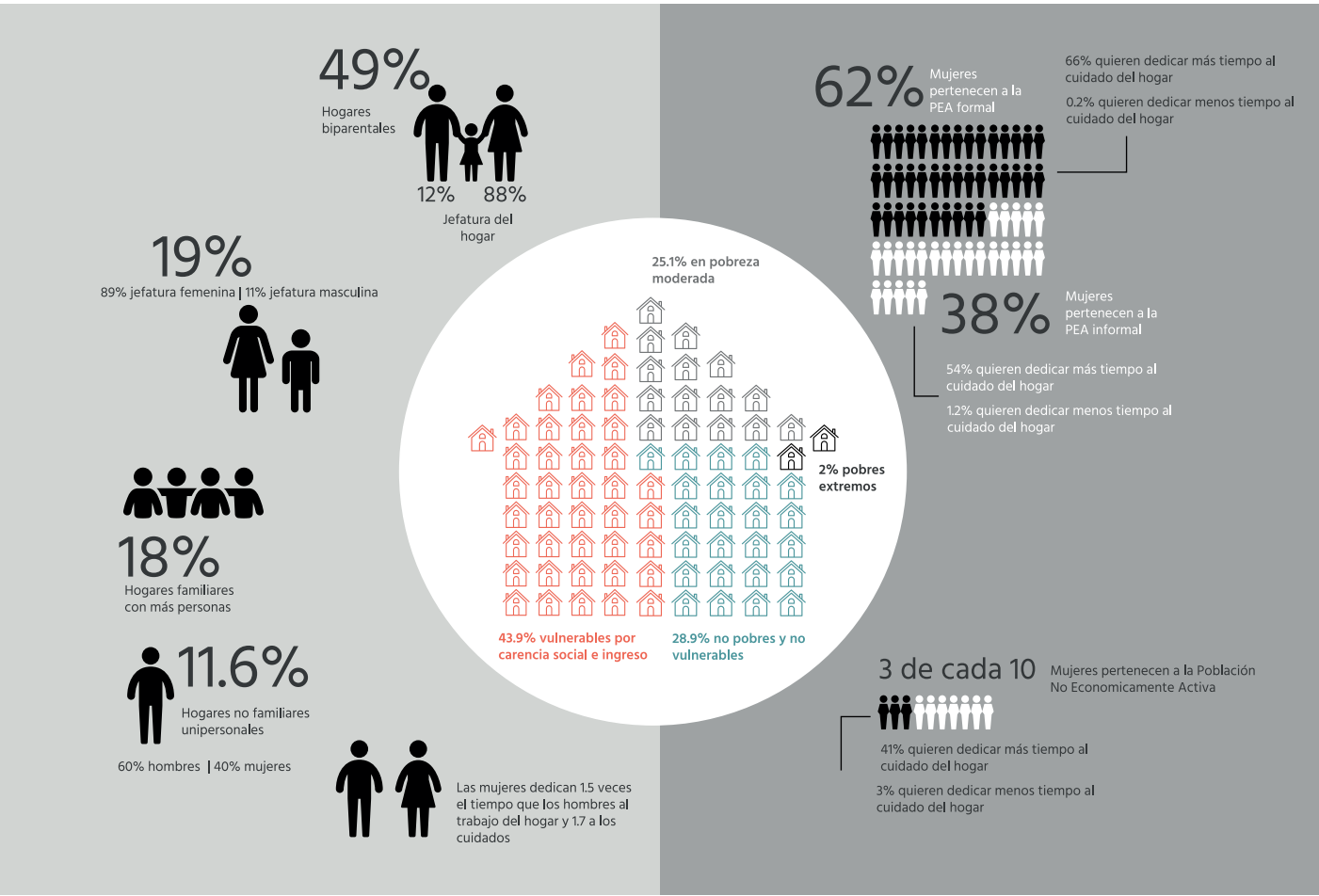
En las secciones previas se desarrolló la ruta para lograr los primeros dos objetivos del sistema de cuidados en Manzanillo, asegurar la cobertura y calidad de los cuidados; en esta sección, se presenta la ruta para lograr el tercer objetivo, asegurar que quienes cuidan lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar; es decir, garantizar el derecho a cuidar.

La mayor parte de las tareas de cuidado en Manzanillo se realizan en los hogares y, dentro de ellos, son las mujeres quienes más cuidan. Se trata de personas que realizan este trabajo de manera no remunerada —generalmente cuidando a algún ser querido en el hogar— muchas veces, en detrimento de su propio bienestar, pues estas labores consumen buena parte de su tiempo. En Manzanillo, las mujeres realizan más trabajo doméstico (1.5 veces más) y de cuidados (1.7 veces más) que los hombres. Pero no es sólo que más mujeres realizan estas tareas, sino también que incluso cuando las realizan tanto hombres como mujeres, éstas les dedican muchas más horas que los hombres: en promedio 10 horas semanales más a los quehaceres domésticos y, en promedio, 62 horas semanales más a los cuidados.

La importancia de dirigir acciones de política que aseguren el bienestar de las personas cuidadoras no remuneradas es indiscutible, tanto porque implica mejorar la calidad y opciones de vida de quienes cuidan, como porque asegura mejores condiciones de trabajo que, a la larga, también resultan beneficiosas para la población cuidada. Sin embargo, las características de los hogares en los que las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres, desempeñan estas labores son muy variadas y, por tanto, también es distinto el apoyo que requieren para garantizar su derecho a cuidar sin que ello vaya en detrimento de su propio bienestar (véase la Figura 3).

Por ejemplo, es distinto el apoyo que requiere una mujer que forma parte de la población económicamente activa en el sector formal, que vive en un hogar biparental que no vive en pobreza ni es vulnerable, cuya pareja también trabaja en la economía formal, que aquella que vive en un hogar monoparental en pobreza y que se desempeña en el sector informal. También es distinto el apoyo que requiere un hombre para cuidar de su padre, quien vive en su mismo hogar, cuando él forma parte de la población no económicamente activa en condiciones de pobreza moderada que cuando se trata de un hombre mayor que vive solo, también en un hogar con pobreza moderada.

Figura 1. Categorías para el análisis del derecho de las personas a recibir cuidados



Fuente: elaboración propia.

Así, para poder garantizar el derecho a cuidar de estas personas y, al mismo tiempo, asegurar que las labores de cuidado que realizan no afectan su propio bienestar, se requiere un conjunto de intervenciones diferenciadas de acuerdo con la composición del hogar y la situación laboral de las personas que cuidan. Los objetivos de estas intervenciones son tres: desfamiliarizar los cuidados (es decir, que recaigan menos en los hogares), desfeminizarlos (equilibrar la responsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres) y conciliar esta tarea con otras actividades cruciales para el bienestar de las personas que cuidan (es decir, que cuidar no sea motivo de que una persona no pueda tener un trabajo remunerado, o dedicarse al estudio o realizar actividades de esparcimiento).

Dada la diversidad de condiciones en que se prestan los cuidados, el primer paso —al igual que con las personas mayores y las personas con discapacidad— consiste en **identificar a las personas cuidadoras no remuneradas**, y sus necesidades concretas para poder cuidar. Para el plan piloto en Manzanillo, esto se haría por medio de las personas cuidadas. Es decir, la puerta de entrada al sistema de cuidados de las personas cuidadoras será la misma que la de las personas que reciben sus cuidados: al momento del nacimiento o del ingreso a la guardería de su hija o hijo, al momento que se diagnostica y certifica la discapacidad de su familiar (hija/o, pareja o padre/madre), o al momento en que la persona mayor se registra para recibir ciertos beneficios sociales. En esos puntos de contacto con el estado, la información que se recabe no solo será de las personas que requieren cuidados, sino de sus cuidadoras: sobre el tiempo que dedican a su cuidado, sobre sus actividades y sobre la necesidad de tiempo adicional para realizarlas.

Con base en esa información, podrán diseñarse intervenciones diferenciadas. Para las dos terceras partes de las mujeres que forman parte de la Población Económicamente Activa (66.5%), es necesario contar con políticas de conciliación entre la labor de cuidados y el trabajo. Para el 62% de las mujeres que trabajan que están en el sector formal, se impulsarían políticas de conciliación más amplias, como licencias parentales (prenatal y postnatal); licencia en caso de enfermedad o de complicaciones relacionadas con el embarazo; licencia de lactancia o de cuidados del recién nacido o lactante menor; licencia para el cuidado de las hijas o hijos pequeños o personas con discapacidad o adultas mayores (GIRE, 2017). En cambio, para el 37% de mujeres que trabajan en el sector informal, las medidas asociadas a prestaciones laborales no son viables, pues el Estado no puede incidir en las decisiones de sus empleadores ni en las condiciones laborales de quienes son autoempleados. En esos casos, lo equivalente a políticas de conciliación sería dotar a estas personas de apoyos económicos temporales para que puedan dejar su trabajo remunerado por periodos breves para cuidar. En concreto, se propone una asignación por maternidad o paternidad, que otorgue el equivalente a un salario mínimo por tres meses, para permitir a los hogares dedicar tiempo al bienestar del niño (y de la madre) sin poner en riesgo la subsistencia del hogar o, dicho de otra manera, que una mujer no tenga que poner en riesgo su embarazo o el bienestar de su bebé por tener que trabajar. En el caso de personas cuidadoras de personas mayores o con discapacidad, se propone un apoyo económico temporal para situaciones de emergencia (como cuando la persona cuidada tiene una enfermedad temporal o una incapacidad por accidente). Finalmente, para el 33.5% de mujeres que pertenecen a la población no económicamente activa, se ofrecería un apoyo

equivalente, para que sirviera como alivio temporal a la carga de cuidados.

En cambio, para fomentar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en el cuidado el tipo de intervenciones necesarias son más amplias, pues requieren, como se sugiere en el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024, “generar las condiciones para reconocer, reducir y redistribuir los trabajos domésticos y de cuidados de las personas entre las familias, el Estado, la comunidad y el sector privado”. Para el caso del programa piloto en Manzanillo, podrían desplegarse de manera intensiva las medidas señaladas en la estrategia prioritaria 2.4 tendientes a la “transformación de prácticas y normas socioculturales para promover la redistribución justa y equitativa de los trabajos de cuidados y del hogar”, tanto en la regulación de campañas publicitarias, las campañas de comunicación social, programas culturales y acciones de sensibilización (Inmujeres, 2020). En el diseño de cada política pública de cada ámbito de gobierno se debe buscar contrarrestar los sesgos de género y no reproducir la división desigual del trabajo de cuidados. Por ejemplo, la decisión reciente del IMSS de sí aceptar hijos de padres derechohabientes en las guarderías se debería extender a cualquier programa de cuidado público y a las transferencias monetarias en este tema.

Personas cuidadoras remuneradas

El cuidado que realizan personas de manera remunerada está determinado por las condiciones laborales en las que los y las cuidadoras remuneradas se desempeñan. Estas varían de acuerdo con el sector en el que se desarrollen: en hogares particulares, en instituciones de enseñanza o en centros de salud.

Los dos primeros sectores están altamente feminizados: la mayoría de las personas cuidadoras en casas particulares, las personas que enseñan preescolar y quienes enseñan a personas con alguna discapacidad son mujeres (100%, 89.8% y 75%, respectivamente). Sus ingresos mensuales son variados, pues el primer grupo recibe ingresos mensuales mucho menores a la mediana estatal (\$2,580) mientras que los otros dos perciben ingresos mensuales mayores o iguales a la mediana estatal (\$9,000 y \$6,000, respectivamente).

Las condiciones de las trabajadoras domésticas en el estado de Colima están lejos de ser óptimas: menos de la mitad tienen un trabajo que le otorgue aguinaldo y vacaciones pagadas, y menos del 3% tiene acceso a un crédito para la vivienda. Además, a pesar de ser un sector donde laboran muchas madres, ninguna tiene acceso a guarderías o tiempo para cuidados como parte de su trabajo. Aún así, sus condiciones son mejores a las de las personas cuidadoras particulares, sector en el que menos de un quinto de la población tiene acceso a aguinaldo, menos del 5% a vacaciones pagadas y no tienen acceso a las demás prestaciones. Además, muy pocas personas trabajadoras del hogar (3.8%) y ninguna persona cuidadora particular tienen acceso a seguridad social (ENOE, 1T 2020).

Dentro del grupo de personas que trabajan en el sector de desarrollo integral, las personas que enseñan preescolar tienen mayor cobertura de seguridad social, pues el 66.3% está afiliado al ISSSTE. Además, 63.3% tienen acceso a guarderías y a licencias de tiempo para cuidado materno o paterno. Estos porcentajes están muy por encima de los observados para los otros dos grupos.

En función del lugar donde las personas cuidadoras remuneradas realizan su trabajo, las intervenciones serían diferentes. Para las personas cuyo empleo de cuidados se realiza en el hogar, que no tienen acceso a seguridad social, se propone extender el programa del IMSS para trabajadoras del hogar a todas las personas cuidadoras que trabajan en hogares, de forma que estas personas tengan garantizado su derecho a la seguridad social, acompañada por una campaña de incorporación masiva (con visitas domiciliarias y kioscos de incorporación) y una campaña de información para darlo a conocer más.

Para las personas cuidadoras que trabajan en establecimientos (privados o comunitarios, formales o no), los instrumentos con que cuenta el Estado para mejorar sus condiciones laborales son los mismos que para el resto de los trabajadores: la incorporación al régimen formal y la inspección laboral. Finalmente, para las personas cuidadoras en el sector público, las acciones a desplegar deberían estar dirigidas a garantizar condiciones laborales dignas: la contratación formal de todas las personas cuidadoras (muchas de las cuales hoy tienen contratos temporales o son subcontratadas), la dignificación de sus salarios y la eliminación de las desigualdades de género en los salarios.

10. Conclusión: una propuesta factible

La situación de los cuidados en Manzanillo hace evidente la importancia de que la responsabilidad del Estado en materia de cuidados se asuma en varias dimensiones. El Estado no solo debe ser fuente de transferencias monetarias que contribuyan a cubrir los gastos de los hogares donde hay personas que requieren cuidados. Su responsabilidad abarca también la calidad de esos cuidados: puede, por ejemplo, capacitar a las personas cuidadoras, regular la provisión de cuidados fuera del hogar, vigilar el cumplimiento de estándares y, sobre todo, debe ampliar la oferta de servicios públicos para que sea suficiente.

Para ello, no basta con intervenciones parciales ni con la suma de esfuerzos por parte de varias agencias o ámbitos de gobierno. Las personas no son sujetos de una sola política, ni siquiera de una sola acción de gobierno: cada persona es población objetivo de varias intervenciones (municipales, estatales y federales), por distintas razones, y garantizar sus derechos requiere una respuesta articulada. Para lograrlo, es necesario construir un sistema integral de cuidados, lo cual significa desarrollar la arquitectura institucional, articular los procesos administrativos (incluido el sistema de información) y poner en operación los instrumentos de política para garantizar los derechos de cada persona que requiere cuidados y de cada persona que cuida, de acuerdo con sus características específicas.

En este documento, a partir de un diagnóstico de la situación de cuidados en Manzanillo, se presentó una propuesta para un sistema de cuidados encargado de una política integral de cuidados para tres poblaciones prioritarias. La propuesta se enfoca en el municipio de Manzanillo, pero no se trata de una propuesta sobre el ámbito de intervención del gobierno municipal. Por el contrario, se consideran a los tres ámbitos de gobierno con responsabilidad sobre la garantía de los derechos al cuidado de las y los manzanillenses.

Es fundamental destacar que, si bien la lógica del sistema es integral, las piezas que lo compondrán, las prioridades de atención entre distintas poblaciones e incluso la secuencia temporal serán siempre decisiones políticas, que reflejan las prioridades de un gobierno e, idealmente, las preferencias de una sociedad. La propuesta que aquí se presenta busca generar una combinación de instrumentos para avanzar hacia la garantía plena de los derechos asociados al cuidado. Esto supone alterar la distribución actual de quién provee, quién recibe y quién asume los costos de su provisión, para, por un lado, garantizar cuidados suficientes y de calidad para todas las personas y por otro, evitar que los cuidados recaigan de manera desproporcionada en los hogares y, dentro de ellos, en las mujeres.

Para la implementación de este sistema se propone partir de la oferta institucional ya existente, de la información disponible y de las necesidades de cuidado identificadas. Se trata de una propuesta para un piloto, que debería ser evaluado para extraer lecciones sobre cómo ampliarlo y escalarlo. Se deberán monitorear avances en la implementación del programa, documentar los resultados, evaluar la primera fase y, con base en ello, diseñar la segunda fase del piloto y generar lecciones para hacerlo escalable (a otros municipios o a nivel nacional).

Se trata de una propuesta factible, que puede arrancar de inmediato, que aproveche las rutas administrativas ya existentes y la oferta disponible. Con la integración de un sistema de información, podría alcanzarse, en un año, la meta de identificar e incorporar a los registros del sistema a toda la población con necesidad de cuidados y a todas las personas cuidadoras. Esto tendría que ser continuado con una agenda de mediano y largo plazo que se encargue de incidir en la accesibilidad, pertinencia y asequibilidad de los cuidados.

Se trata, en suma, de mostrar que la construcción de un sistema de cuidados es una tarea compleja, que requiere, además de respaldo político y recursos presupuestales, información precisa y decisiones administrativas articuladas. Pero también de mostrar que es factible arrancar ya: que existe la información, las rutas administrativas e instrumentos de política para iniciar la construcción de un sistema integral de cuidados.

Anexo 1. Alternativas de instrumentos de política pública para cerrar las brechas de cuidados

En este anexo presentamos opciones de intervención para cerrar las brechas identificadas en los cuidados en Manzanillo. Las intervenciones se presentan para cada tipo de población que debe recibir cuidados (niñas y niños menores a cinco años, personas mayores y personas con discapacidad) y para las personas cuidadoras (remuneradas y no). Las intervenciones se proponen a partir de los mecanismos para cerrar las brechas identificadas. Es decir, no es una lista exhaustiva de mejores prácticas, sino una serie de propuestas seleccionadas en función de las brechas identificadas. Su pertinencia (y la secuencia de su aplicación) deberá valorarse una vez que las primeras decisiones para la instalación de un sistema de cuidados se hayan tomado. Se presentan algunos ejemplos concretos (con un hipervínculo para obtener información), y se han privilegiado los que corresponden a experiencias en México o en América Latina, particularmente en Chile y Uruguay, que han desarrollado sistema de cuidados en los últimos años.

1. Cuidados de las niñas y niños en Manzanillo

En la Propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados a nivel municipal distinguimos tres objetivos que deberán estructurar las acciones del sistema de cuidados: asegurar que quienes necesitan cuidados, los reciban; que quienes reciban cuidados los reciban con calidad y, que quienes cuidan, lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar.

El mecanismo propuesto para la consecución del primer objetivo — asegurar que quienes necesitan cuidados los reciban— es **incrementar la cobertura de la oferta de servicios de cuidados**. Si bien ya existen algunos avances en este sentido, su cobertura es aún muy limitada. En efecto, a nivel federal, el Programa para hijos de madres trabajadoras, que brinda apoyo económico, permite mejorar las condiciones de acceso y permanencia de los cuidadores en el mercado laboral. El Programa Escuelas de Tiempo Completo y el CENDI (SEP) son espacios de cuidado que permiten que el cuidado de las niñas y niños no recaiga únicamente en el hogar.

A continuación se presentan algunas alternativas de política que podrían adoptarse para modificar o adaptar la oferta actual. Estas alternativas pueden clasificarse en tres:

1. **Los subsidios a la demanda** consisten en la entrega de un apoyo económico a las familias con hijas e hijos pequeños. Existen distintas intervenciones de este tipo en el mundo, las cuales varían en tres sentidos. En efecto, un instrumento de política enfocado a subsidiar la demanda de cuidados debe tomar decisiones sobre estos tres atributos: asignación (universal o focalizada) a las madres o padres, asignación para cuidados de postparto o por enfermedad, monto del apoyo (véase Propuesta de Universal Child Allowance en EEUU (Shaefer et al., 2018).

Algunos ejemplos de programas que ofrecen subsidios a la demanda son:

- Asignación por niño (Suecia)
- Programa para el Bienestar de hijos e hijas de Madres Trabajadoras (México)

2. Los **subsidios a la oferta** consisten en una transferencia a las guarderías del sector privado o de proveedores comunitarios que cubren una demanda específica. Existen muchos modelos para estos subsidios, que varían en términos de la población a las que se asignan (por ejemplo, vouchers para cada niña o niño o transferencias a los establecimientos de cuidados), las condiciones (a cambio de supervisiones, por ejemplo) y el monto y la duración del subsidio. El Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras (México, vigente hasta 2018) es un ejemplo de este instrumento de política.

Una modalidad de este mismo instrumento consiste en el aumento de la oferta mediante el reconocimiento de espacios comunitarios o alianzas con organizaciones de la sociedad civil. Se trata de intervenciones para estimular la creación y fomentar la sustentabilidad de casas de cuidados comunitarias. Estas intervenciones pueden variar en términos de la organización de la provisión (desde acuerdos entre grupos de vecinos hasta la provisión por parte de una organización con múltiples centros). Algunos ejemplos de programas de este tipo son:

- Casas Comunitarias de Cuidados (Uruguay)
- Centros de Desarrollo Infantil y Hogares Infantiles (Colombia)
- Centros SIEMPRE (Uruguay)
- Kita voucher (Berlín)

3. Finalmente, un tercer instrumento de política para aumentar la oferta de cuidados es la **provisión directa** mediante servicios de guarderías y estancias infantiles públicas para prestar el servicio a las familias.

El segundo objetivo es que quienes reciban cuidados los reciban con calidad. Como se explicó en el diagnóstico, la insuficiencia de información impide conocer la calidad de los cuidados para el desarrollo infantil provistos tanto dentro como fuera del hogar por cuidadores remunerados. El que la mayor parte de los cuidados sean provistos en el hogar, además de imponer costos desiguales a las familias, genera efectos diferenciados (por las condiciones del cuidado en el hogar) que pueden incidir sobre el proceso de desarrollo de niñas y niños. Así, para cerrar la brecha de calidad, un sistema integral de cuidados debería **mejorar la calidad de los cuidados en el hogar y mejorar la calidad de los cuidados fuera del hogar**.

Hay dos tipos de intervenciones para mejorar la calidad de los cuidados en el hogar: aquellas que evitan que sea puesto en riesgo el desarrollo físico y mental de la persona que recibe cuidados en el hogar, y aquellas que se preocupan por dotar de las herramientas necesarias a las personas cuidadoras para que puedan prestar cuidados de calidad. Entre las primeras, la literatura destaca la importancia de la capacitación y el registro de personas cuidadoras para poder conocer las condiciones en las que prestan cuidados y el tipo de cuidado que prestan, para hacerles llegar el apoyo correspondiente, por ejemplo, pagos compensatorios para su capacitación (véase la caja 1).

Caja 1. Intervenciones para incidir en la calidad de los cuidados provistos desde el hogar

- a)** Capacitación y certificación voluntaria para personas cuidadoras (remuneradas y no remuneradas), mediante cursos de capacitación técnica. Un ejemplo de esto es la certificación que otorga la Ofsted a cuidadores particulares de niñas y niños, y que viene acompañada de ciertos beneficios (Reino Unido).
- b)** Becas para formación en la prestación de cuidados. Se ofrece un pago compensatorio durante el periodo de formación de las personas cuidadoras. Un ejemplo de esto es el apoyo otorgado por el subprograma de Compensación a la Ocupación Temporal y la Movilidad
- c)** Laboral dentro del programa de Fomento al Trabajo Digno (Ciudad de México).
Mentorías por pares. Se facilita el contacto entre personas cuidadoras remuneradas para llevar a cabo jornadas de mentorías o esquemas de mentorías uno a uno (Engberg et al., 2009). Un ejemplo de esto es el Programa de Mentorías por Pares del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Estados Unidos).

Dentro de las políticas destinadas a dotar de las herramientas necesarias a las personas cuidadoras para que puedan prestar cuidados de calidad, en otros países se han utilizado líneas de atención telefónica o portales de internet, con el objetivo de resolver dudas, ofrecer consejo, brindar orientación ante posibles complicaciones y compartir pautas sobre estándares mínimos de cuidado. Por ejemplo, en Chile el Ministerio de Desarrollo Social opera la Línea 800 “Conectados al Cuidar”.

El sistema de cuidados deberá también incidir en la calidad de los cuidados fuera del hogar que reciben las niñas y niños de 0 a 5 años que asisten a una institución privada o pública. Con ese propósito, algunas condiciones mínimas pueden ser garantizadas mediante regulaciones e inspecciones de protección civil (que deben cumplir todos los centros de cuidado), y con la existencia de mecanismos para la no discriminación –establecidos en leyes federales y locales–, que tratan de garantizar que todas las niñas y niños reciban una atención adecuada a sus necesidades. Además de estas medidas, existen otras alternativas para garantizar la calidad de los cuidados fuera del hogar, que van desde brindar apoyo financiero a los centros de cuidado para que puedan cumplir ciertos estándares de calidad, hasta esquemas de coinversión público-privada, que permiten aumentar la oferta y compartir la responsabilidad al momento de operar centros privados de cuidado (ver caja 2).

Caja 2. Intervenciones para incidir en la calidad de los cuidados provistos fuera del hogar.

- a)** Créditos para centros privados de cuidado infantil. Se otorga financiamiento para mejorar las instalaciones, aumentar el número de cuidadores y capacitarlos. Por ejemplo, el programa de fomento a la mejora en servicios de primera infancia Cuidados+Calidad (Uruguay).
- b)** Capacitación a personas para operar centros de cuidados. Se brinda la formación indispensable a los cuidadores para que, de forma individual, o en asociación de hasta tres trabajadores, se hagan cargo de un espacio de atención. Cada uno de ellos puede atender uno o dos niños de forma simultánea. Por ejemplo, el programa de Casas Comunitarias de Cuidados (Uruguay).
- c)** Coinversión público-privada. Se establecen acuerdos con empresas, sindicatos o centros privados dentro de los cuales el particular proporciona la infraestructura, mantenimiento y equipamiento, mientras que el Estado proporciona los gastos correspondientes a los recursos humanos. Por ejemplo, el programa de centros de educación y cuidados de sindicatos y empresas Centros Siempre (Uruguay).
- d)** Promover la “competencia” entre centros de cuidado. Se utiliza un sistema de rendición de cuentas a partir de indicadores de evaluación de calidad para centros públicos y privados (Ministerio de Desarrollo Social, 2019). Por ejemplo, los Indicadores de Evaluación de calidad de centros de educación y cuidados de 0 a 3 años (Uruguay).

2. Cuidados de las personas mayores en Manzanillo

Al igual que en el caso de primera infancia, el primer objetivo del sistema para las personas mayores es asegurar que las personas necesitan cuidados los reciban mediante el incremento de la cobertura de la oferta de servicios de cuidados. Actualmente, la Pensión para el Bienestar de los Adultos Mayores del gobierno federal es el esfuerzo más importante en la materia. Sin embargo, el monto de las transferencias económicas no está indexado a la canasta básica y se encuentra muy por debajo de su valor.

Existen otras experiencias en las que la expansión de la cobertura de los servicios de cuidado se ha logrado por medio de la creación de instituciones con alojamiento (como asilos, casas de retiro y hospicios) y de centros de cuidado diurno, así como por medio de servicios en el hogar (como visitas médicas y asistencia personal), apoyos en especie y asistencia remota vía telefónica o internet. El Gobierno de la Ciudad de México, por ejemplo, ha desarrollado un Procedimiento de Atención Social para personas Adultas Mayores en soledad o impedimento de salud, que busca articular diversas acciones para ofrecer atención médica, medicamentos gratuitos, ayuda alimentaria, acompañamiento emocional y asistencia personal a quienes lo necesitan (véase la caja 3).

Caja 3. Intervenciones para garantizar el acceso de las personas mayores a servicios públicos de cuidado

- a)** Centros de cuidado diurno. Se ofrecen servicios de rehabilitación, recreación, entretenimiento y socialización para disminuir la dependencia de las personas mayores. Por ejemplo, el programa de Casas de Abuelos (Cuba) o los Centros de Día (Uruguay).
- b)** Servicios en el hogar. Se ofrecen visitas médicas y asistencia para realizar tareas básicas como suministrar medicinas, hacer limpieza, compras, etc. Por ejemplo, las Visitas médicas domiciliarias y asistencia personal dentro del Procedimiento de Atención Social para personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.
- c)** Apoyos en especie. Se entregan alimentos, medicinas o equipamiento para facilitar la movilidad de las personas mayores. Por ejemplo, la provisión de atención médica, medicamentos gratuitos y ayuda alimentaria dentro del Procedimiento de Atención Social para Personas Adultas Mayores de la Ciudad de México.
- d)** Teleasistencia. Se monitorea el bienestar de las personas mayores a distancia, utilizando tecnologías de la información como pulseras con conexión a internet que les permiten contactar a familiares y personal de la salud en cualquier momento. Por ejemplo, el programa de Teleasistencia en casa (Uruguay).

Hay también intervenciones encaminadas, por un lado, a generar redes de apoyo y, por el otro, a mejorar la calidad de los cuidados (dentro y fuera del hogar). Entre las primeras, destaca la creación de las casas de día, en donde se ofrecen servicios y actividades de rehabilitación, recreación y entretenimiento para disminuir la dependencia de las personas mayores. Los Centros de Adultos Mayores en Cuba, con sus Círculos de abuelos y redes de voluntarios, son un ejemplo de este tipo de intervención (Rodríguez et al., 2013) así como los procedimientos desarrollados por el gobierno de la CDMX para identificar y atender a las personas mayores en soledad (véase la Caja 4). Por otro lado, se ha dado acompañamiento a personas mayores, por medio de servicios de voluntarios que “adoptan” a dos (o más) adultos mayores para ofrecerles compañía y escucha. A partir de la contingencia sanitaria por Covid-19, la Secretaría de Bienestar e Inclusión Social (SIBISO) de la Ciudad de México, creó un programa emergente en conjunto con el Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM) para acompañar vía telefónica a las personas mayores que no cuentan con redes de apoyo. Las y los estudiantes de la institución pueden inscribirse, llenando un formulario en línea, para servir como acompañantes. El sistema de reclutamiento corre a cargo de EXATEC, la asociación de egresados. Además de conversar de forma regular, los estudiantes deben reportar cualquier carencia o incidente identificado durante la llamada, con el fin de entregar la información a la Secretaría para poder brindar la atención necesaria a la persona (EXATEC, 2021).

Para mejorar la calidad de los cuidados de las personas mayores se ha recurrido, al igual que en el caso de primera infancia, a la capacitación, certificación y registro, y al apoyo para el financiamiento de los centros de atención. En Uruguay el programa de fomento a la mejora de hogares y residenciales privados, que consiste en una línea de crédito, forma parte del Sistema de Cuidados (Ministerio de Desarrollo Social, 2020). También podría explorarse la opción de otorgar una remuneración temporal a las personas que cuidan a un familiar (persona mayor o con alguna discapacidad) y que además se le habiliten canales para capacitarla, de forma que al mismo tiempo que respete y satisfaga los derechos de las personas cuidadas, se dignifique su labor.

Caja 4. Procedimiento de Atención Social para personas Adultas Mayores en soledad o impedimento de salud de la Ciudad de México

La Secretaría de Bienestar e Inclusión Social de la Ciudad de México se encarga de identificar por medio de llamadas telefónicas a personas registradas por el Instituto para el Envejecimiento Digno como adultos mayores que viven solos, para evaluar sus necesidades particulares y ofrecer los siguientes servicios de manera integral. En caso de no haber respuesta por este medio, se realizan visitas domiciliarias para verificar el estado del beneficiario.

- a)** Atención médica
- b)** Medicamentos gratuitos
- c)** Ayuda alimentaria
- d)** Acompañamiento

Se identifica a las personas que no tienen una red social de apoyo para ofrecerles acompañamiento emocional 2 veces por semana vía telefónica

- e)** Asistencia

Se apoya a las personas mayores para llevar a cabo pendientes urgentes como pago de servicios o cobros

3. Cuidados de las personas con discapacidad en Manzanillo

Si bien no existe información suficiente sobre la cobertura y accesibilidad de los servicios de cuidado destinados a personas con discapacidad, sabemos que es necesario disminuir la carga que sus cuidados implican en los hogares. Con este propósito, el sistema de cuidados deberá buscar **aumentar la oferta de servicios de cuidado disponible para esta población.**

Las medidas dirigidas a este fin tendrían que ser al menos de dos tipos: aquellas que buscan hacer accesible la oferta pertinente para el tipo de discapacidad de cada persona y las que buscan aumentar su autonomía para que no tengan que depender de una tercera persona para desarrollar sus actividades diarias. Sobre el primer punto, en otros países se han puesto en marcha servicios de intermediación que ayudan a la población a acceder a beneficios sociales a partir de la orientación de trabajadores sociales. Al identificar las necesidades y padecimientos de cada persona, los programas de intermediación permiten vincularla a la oferta de programas gubernamentales. En suma, se trata de asegurar que la oferta de servicios públicos es adecuada a las características de cada persona.

Con respecto al segundo tipo de intervención, actualmente, la oferta institucional desde el gobierno federal está centrada en proporcionarles transferencias económicas. En efecto, el programa “Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad” consiste en una transferencia económica bimestral que tiene el objetivo de que, con este ingreso adicional, mejore la calidad de vida de esta población, pues busca contribuir a disminuir sus niveles de pobreza sino también a darles mayor independencia económica. Además, el Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras cuenta con un componente especialmente dirigido a madres, padres o tutores con niñas y niños con discapacidad entre uno y seis años de edad.

Algunas experiencias en otros países también han buscado promover su empoderamiento económico y su movilidad. Así, se han implementado políticas para facilitar la inserción de esta población en el mercado laboral. Destacan, como ejemplo, los servicios de intermediación laboral (que permiten hacer un seguimiento personalizado de cada individuo para facilitar su ingreso al mercado laboral formal), la provisión de asistentes personales que, al hacerse cargo de ciertas actividades cotidianas, permiten a las personas con discapacidad enfrentar menos obstáculos para ingresar al mercado laboral, los programas ampliados de obras públicas que generan puestos de trabajo especialmente diseñados para personas con discapacidad, y las medidas de teletrabajo o trabajo móvil, basadas en las nuevas tecnologías de la información (ver caja 5).

Caja 5. Intervenciones para promover la autonomía de las personas con discapacidad.

- a)** Apoyos para la autonomía. Se entregan apoyos monetarios regulares a las personas con discapacidad. Por ejemplo, el programa Personal Independence Payment (Reino Unido). Servicios de intermediación laboral. Se asesora a las personas con discapacidad y se hace un seguimiento de sus capacidades y limitaciones, al mismo tiempo que se contacta a empresas y centros de trabajo, para vincularlas al mercado laboral. Por ejemplo, el Programa de Apoyo a la Inclusión Laboral de Personas con Discapacidad (Chile) o el Modelo Capodarco en Italia (Unicef, 2005).
- b)** Asistentes personales. Se ofrece un asistente a las personas con discapacidad que ayuda en sus actividades diarias, permitiendo a las personas que están en edad laboral suprimir obstáculos a su ingreso en el mercado. Por ejemplo, el Programa de Asistentes personales (Uruguay).
- c)** Programas ampliados de obras públicas. Se utilizan la obra y los servicios públicos para ofrecer temporalmente trabajo y beneficios laborales a poblaciones vulnerables, combinado con capacitación para facilitar el empleo en el futuro. Por ejemplo, el Expanded Public Works Programme (Sudáfrica).
- d)** Teletrabajo y trabajo móvil. Se utilizan las TIC para permitir a las personas incorporarse al mercado laboral sin tener que desplazarse de su hogar o reduciendo el número de días a la semana en que es necesario acudir al sitio de trabajo. La Ley de Fomento al
- e)** Teletrabajo (Estados Unidos) y las Directrices para la adopción y ejecución apropiadas del teledesplazamiento con equipo de TIC (Japón), están a la vanguardia (Eurofound, 2017).

4. Las condiciones de las personas cuidadoras no remuneradas

El tercer objetivo planteado en la Propuesta para el diseño e implementación de un proyecto piloto de política integral de cuidados a nivel municipal consiste en asegurar que quienes cuidan, lo hagan sin con ello afectar su propio bienestar. Son tres los mecanismos propuestos para la consecución de este objetivo: desfamiliarizar los cuidados (es decir, que recaigan menos en los hogares), desfeminizarlos (equilibrar la responsabilidad del cuidado entre hombres y mujeres) y conciliar esta tarea con otras actividades cruciales para el bienestar de las personas que cuidan.

Desfamiliarizar los cuidados en el municipio es una tarea que se realizará en la medida en la que se amplíe la oferta y calidad de los servicios de cuidados para las personas en la primera infancia, personas mayores y personas con discapacidad. Dicho de otra forma, el logro de este objetivo está vinculado al logro de los objetivos planteados para las personas que requieren cuidados en el municipio a partir de las intervenciones propuestas en las secciones anteriores.

La desfeminización de los cuidados, en cambio, sí requiere de la implementación de nuevas intervenciones. Para este fin se han desarrollado dos tipos de políticas en otras partes del mundo: aquellas dirigidas a ampliar los tiempos que los hombres dedican a las labores de cuidado, y las que buscan modificar las expectativas sobre la responsabilidad de cuidados. Sobre el primer tipo, la Organización Internacional del Trabajo ha demostrado que la presencia del padre al menos durante las primeras ocho semanas de la vida del infante es determinante para el desarrollo durante la infancia temprana. La misma OIT ha propuesto el uso de licencias de paternidad extendibles, que ofrezcan tiempo adicional a los padres, sin goce de sueldo, para continuar cuidando de los hijos (OIT, 2014). El modelo sueco presenta una alternativa más ambiciosa: tras el nacimiento, cada pareja cuenta con 480 días de licencia con goce de sueldo que puede distribuir entre padre y madre de acuerdo a sus necesidades. Cada uno de ellos debe, por lo menos, ocupar 90 días del total (Gobierno de Suecia, 2016). De igual forma, la OCDE ha recomendado ampliar la duración de las licencias de paternidad obligatorias con goce de sueldo hasta alcanzar 4.3 semanas. Estas medidas, sin embargo, tienen límites claros, pues no cubren a las personas sin empleo formal.

Respecto del segundo tipo de políticas —aquellas que buscan aumentar la creencia en la responsabilidad compartida de la labor de cuidados y eliminar la prevalencia de roles de género tradicionales— el Reino Unido ha empleado instrumentos regulatorios. En concreto, ha impuesto una regulación estricta de campañas de publicidad con el objeto de evitar la distribución de contenido que refuerce estereotipos de género, especialmente aquellos que muestran a la mujer como la encargada exclusiva del cuidado (ASA, 2016). Opciones adicionales podrían consistir en cursos de capacitación para hombres que les permitan participar de manera activa en la provisión de cuidados para la familia, y campañas de concientización que visibilicen entre la población la carga desproporcionada que tienen las mujeres en las labores de cuidado.

Finalmente, también se requiere que las personas puedan ejercer su derecho a cuidar sin afectar su bienestar (por ejemplo, perseguir una carrera profesional o estudiar). Las políticas de conciliación, generalmente asociadas al trabajo (y en México aún circunscritas al empleo formal) son sólo una de las vías para garantizar a las personas su derecho a cuidar de forma equitativa (véase la caja 6). En efecto, una condición mínima es que el mercado y el Estado garanticen a toda la población el acceso a licencias de cuidados y a guarderías. En Bélgica, por ejemplo, las licencias de cuidados son de larga duración, y permiten a los trabajadores interrumpir sus labores por periodos de tiempo que pueden llegar hasta los 12 meses mientras siguen recibiendo su sueldo, o periodos más amplios sin goce de sueldo (Colombo et al., 2011). Las políticas y leyes laborales pueden avanzar en otorgar beneficios diferentes para hombres y mujeres, que fomentan un reparto equitativo de las tareas de cuidado.

Caja 6. Intervenciones para mejorar la conciliación de la vida familiar con la laboral.

- a)** Horarios de trabajo flexibles o escalonados. Se hacen compatibles las jornadas laborales con el tiempo de cuidado.
- b)** Licencias y permisos (con y sin goce de sueldo) para el cuidado. Se otorga tiempo de cuidado a los trabajadores sin que su situación laboral se vea afectada
- c)** Ampliar el acceso a licencias de maternidad o paternidad. Se reduce el número necesario de semanas en cotización para poder acceder al derecho
- d)** Horario preescolar ampliado. Se extiende, gradualmente, el horario de atención de los preescolares para reducir el tiempo que madres y padres dedican al cuidado
- e)** Espacios de lactancia (para mujeres y hombres). Se ofrecen instalaciones adecuadas para la lactancia en los centros de trabajo y se otorgan también a los hombres pausas para el cuidado del infante durante la jornada laboral
- f)** Acceso diferenciado a la jubilación. Se reduce para las mujeres el número necesario de años de cotización para acceder al derecho a pensión por jubilación
- g)** Imposición separada a las rentas de hombres y mujeres. Se permite a las parejas tributar sus ingresos individualmente para no desincentivar la participación de las mujeres en el mercado laboral (OCDE, 2016; OCDE-Inmujeres, 2017; GIRE, 2017).

Para las personas sin trabajo formal, sin embargo, la forma de garantizar el derecho a cuidar no puede ser vía el empleo (pues el Estado no cuenta con instrumentos regulatorios o de inspección sobre el empleo informal o el autoempleo). Para estas personas, la OIT ha propuesto una asignación por maternidad (véase la caja 7). Incluso una versión menos ambiciosa podría ser una transferencia, por maternidad, por tres meses por un monto equivalente a tres salarios mínimos, que permitieran a esas madres no tener que poner en riesgo su bienestar –y que, por el acotado monto del apoyo, tendría un efecto de autoselección. En efecto, “debido a las presiones económicas y la falta de seguridad en el ingreso, antes y después del nacimiento de un bebé la mayoría de las mujeres que trabaja en el sector económico informal no pueden permitirse reducir significativamente su carga de trabajo (incluyendo el que se presta en el hogar de forma no remunerada). En consecuencia, muchas de estas mujeres continúan desarrollando estas actividades en las últimas semanas de su embarazo o empiezan a trabajar muy pronto después de haber dado a luz, exponiéndose y exponiendo a sus bebés a importantes riesgos de salud” (OIT 2016, traducción propia).

Caja 7. Recomendaciones de la OIT para trabajadoras en la economía informal.

- a) Permiso de maternidad. Se otorga un beneficio económico que garantice a la madre y su bebé un nivel de vida digno, durante al menos 18 semanas. El beneficio no debería ser menor a dos tercios de sus ganancias anteriores y debería brindarse acceso, además, al resto de medidas de asistencia social y médica que incluyen los esquemas contributivos de aseguramiento.
- b) Garantía de acceso a la seguridad social. Se debería proveer a toda la población de atención médica, incluyendo cuidados prenatales, y se debería ofrecer un ingreso mínimo universal para las personas en edad activa incapaces de incorporarse al mercado.
- c) Transición del empleo informal al formal. Se debería extender progresivamente la cobertura de la seguridad social contributiva y la vigilancia de los estándares laborales mínimos; y promover el acceso a cuidados de calidad, que sean costeables para las familias. (OIT, 2016).

Además existen algunas experiencias destinadas a garantizar el bienestar de las personas que proveen cuidados no remunerados, ya sea brindando tiempo de descanso mediante políticas de relevo, o mejorando las condiciones bajo con las que prestan cuidados. Las políticas que brindan tiempo de descanso consisten en proveer servicios temporales de cuidado para sustituir a los miembros de la familia y permitir su recuperación física y mental. Algunos ejemplos son Caregiver Respite Care Program / National Family Caregiver Support Program (Estados Unidos) y Lifespan Respite Care Program (Estados Unidos). Por su parte, las políticas que buscan mejorar las condiciones de cuidado consisten en la profesionalización de las personas cuidadoras, por medio de transferencias económicas (como es en los casos del Beneficio para Cuidadores de Nueva Escocia en Canadá o de la Ley de Pagos Directos para los Cuidados Comunitarios de 1996 en el Reino Unido). En países como España y Eslovaquia, otra forma en la que se ha buscado revalorar estas labores, es brindando acceso a las personas cuidadoras no remuneradas a la seguridad social (y, con ello, asegurando para ellas acceso a servicios médicos, pensión por discapacidad y por retiro). En España, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales es el encargado de abonar las cuotas patronales correspondientes de cada trabajador a la Tesorería General de la Seguridad Social.

5. Las condiciones de las personas cuidadoras remuneradas

El diagnóstico de las personas cuidadoras remuneradas en Manzanillo muestra la desigualdad de condiciones que afecta a los trabajadores dedicados al cuidado y ponen en evidencia la poca valoración que se da al trabajo de cuidados. La constitución de un sistema de cuidados debería buscar **mejorar las condiciones laborales de quienes prestan cuidados de forma remunerada**, otorgándoles los mismos derechos y prestaciones laborales que al resto de la población ocupada. Para tratar de modificar esta realidad, se han puesto en marcha alrededor del mundo esquemas

de aseguramiento para trabajadoras remuneradas en el hogar, se ha endurecido la vigilancia de las condiciones laborales, se ha promovido la formación de sindicatos y gremios para fomentar la negociación colectiva y se han creado cooperativas de cuidados. Más recientemente, se ha impulsado la regulación de plataformas en línea que ofrecen servicios de cuidados bajo demanda (ver caja 8).

Caja 8. Intervenciones para mejorar las condiciones del trabajo de las personas cuidadoras remuneradas.

- a)** Aseguramiento de trabajadoras domésticas. Se incorpora a las y los trabajadores remunerados en el hogar a los esquemas públicos de seguridad social. Ejemplo de ello son el Programa piloto para Personas Trabajadoras del Hogar del IMSS, y los programas existentes en Uruguay, Argentina, Colombia y Ecuador.
- b)** Registros obligatorios del trabajo doméstico. Se incorpora, en una base de datos, la información de los prestadores de trabajo doméstico, así como la dirección del lugar donde trabajan y sus datos de contacto. Algunos países que han hecho esto son Argentina, Bolivia, Brasil, Chile y Perú.
- c)** Inspección de las condiciones laborales del trabajo doméstico. Se garantiza el respeto a la duración de la jornada laboral, vacaciones, aguinaldos y otros derechos laborales en el hogar donde se prestan los cuidados. Chile, Uruguay, Argentina y Ecuador llevan a cabo inspecciones de manera regular.
- d)** Organización de las personas trabajadoras domésticas y negociación colectiva. Se promueve la formación de sindicatos y gremios para las personas cuidadoras del hogar, facilitando la defensa colectiva del trabajo. Ejemplo de ello son Uruguay y Argentina.
- e)** Campañas de sensibilización y asesoría laboral. Se brindan servicios de orientación a personas trabajadoras del hogar para la defensa de sus derechos y mejora de sus condiciones laborales. Esta propuesta ha llevado a cabo en Colombia, Uruguay y Ecuador.
- f)** Cooperativas de cuidados. Se ofrece asesoría para impulsar la creación de sociedades cooperativas de personas cuidadoras y fomentar su desarrollo y crecimiento. Por ejemplo, el Programa de Fomento Cooperativo de la Ciudad de México (ONUMujeres, 2018), o la
- g)** Cooperative Home Care Associates (Nueva York).
Regulación de las plataformas en línea. Se promulgan leyes y lineamientos detallados que responden a la complejidad de los servicios on-demand de cuidados para garantizar el acceso de personas cuidadoras a la protección social, a la regulación del trabajo, así como la paridad de género (Hunt y Machingura, 2016).

Bibliografía

Agranoff, R. (2003). "Leveraging Networks: A Guide to Public Managers Working Across Organizations". Recuperado de: <http://www.businessofgovernment.org/sites/default/files/Leveraging-Networks.pdf>.

Agranoff, R. y McGuire, M. (1998). "Multinetwork Management: Collaboration and the Hollow State in Local Economic Policy". *Journal of Public Administration Research and Theory*, 8(1), 67-91. Recuperado en: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024374>.

ASA. (2016). Depictions, Perceptions and Harm. Recuperado de: <https://www.asa.org.uk/asset/FA0CDD1A-6453-42FF-BD-2892D70C53C5E7/>.

Camacho, A. et al. (2014). Addressing Access and Behavioral Constraints through Social Intermediation Services: A Review of Chile Solidario and Red Unidos (Policy Research Working Paper No. 7136). Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/163481468018056906/Addressing-access-and-behavioral-constraints-through-social-intermediation-services-a-review-of-Chile-Solidario-and-Red-Unidos>.

Carrasco, C., Borderías, C. y Torns T. (Eds). (2011). El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas. Madrid: Los libros de la Catarata. Recuperado de: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Economia_critica/El-trabajo-de-cuidados_introduccion.pdf.

Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE). (2017). Diagnóstico sobre el problema de público en materia de cuidados en México. México: CIDE. Oxfam, 2020.

CEPAL. (2020). La pandemia del COVID-19 profundiza la crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45335-la-pandemia-covid-19-profundiza-la-crisis-cuidados-america-latina-caribe>.

Coe, N. et al. (2021). "The Effects of Home Care Provider Mix on the Care Recipient: An International, Systematic Review of Articles from 2000 to 2020". *Annual Review of Public Health*, 42. Recuperado de: <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102354>.

Colombo, F. et al. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. París: OCDE. Recuperado de: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en.

Consejo Económico y Social de la Ciudad de México (CESCD-MX). (2017). Propuesta de creación del sistema de cuidados de la Ciudad de México y su marco normativo. Recuperado de: <https://ces.cdmx.gob.mx/storage/app/media/publicaciones/SISTEMA%20DE%20CUIDADOS%20DE%20LA%20CDMX.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2018a). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Ciudad de México: Coneval. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2018b). 40 años de estrategias de coordinación interinstitucional para la política de desarrollo social en México. Ciudad de México: Coneval. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Documento-completo-40-A-de-estrategias.pdf>.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). (2019). Estudios diagnósticos de derechos sociales. Ciudad de México: Coneval. Recuperado de: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Paginas/Estudios-sobre-derechos-sociales.aspx>.

Daly, M. (2002). "Care as a Good for Social Policy". *Journal of Social Policy*, 31(2), 251-270. Recuperado de: http://journals.cambridge.org/abstract_S0047279401006572.

Engberg J. et al. (2009). National Evaluation of the Demonstration to Improve the Recruitment and Retention of the Direct Service Community Workforce. California: RAND. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/10.7249/tr699cms>.

Eurofound. (2017). Working anytime, anywhere: The effects on the world of work. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1658en.pdf.

EXATEC. (2021) Acompaña a abuelitos y abuelitas. Recuperado de: <https://tec.mx/es/exatec/voluntariado/acompana-abuelitos-y-abuelitas>.

Gobierno de Suecia. (2016). Family-friendly life the swedish way. Recuperado de: <https://sweden.se/society/family-friendly-life-the-swedish-way/>.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2017). Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal. Recuperado de: https://corresponsabilidad.gire.org.mx/assets/pdfs/VIDA_LABORAL_Y_REPRODUCTIVA.pdf.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2017). Horas hábiles. Corresponsabilidad en la vida laboral y personal. Recuperado de: https://corresponsabilidad.gire.org.mx/assets/pdfs/VIDA_LABORAL_Y_REPRODUCTIVA.pdf.

Howlett, M. y del Río, P. (2015). "The parameters of policy portfolios: verticality and horizontality in design spaces and their consequences for policy mix formulation". *Environment and Planning C: Government and Policy*, 33(5), 1233-1245. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0263774X15610059>.

Hunt, A. y Machingura, F. (2016). A good gig? The rise of on-demand domestic work. Londres: Overseas Development Institute. Recuperado de: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/11155.pdf>.

INEGI e INSP. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018: ENSANUT. Diseño conceptual. Recuperado de: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ensanut/2018/doc/ensanut_2018_diseno_conceptual.pdf.

Inmujeres y ONU-Mujeres. (2018). Bases para una estrategia nacional de cuidados. Recuperado de: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2019/bases%20para%20una%20estrategia%20nacional%20de%20cuidados%202018%20web1.pdf?la=es&vs=163>.

Inmujeres. (2020). Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2020-2024. Ciudad de México: Diario Oficial de la Federación. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608467&fecha=22/12/2020.

Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C. (ILSB). (2017). Inventario y Análisis de Políticas Públicas de la Ciudad de México desde el paradigma de los cuidados. Publicación en curso.

Inter Agency Social Protection Assessments (ISPA). 2016. CODI. Core Diagnostic Instruments.

Michel, C. et al. (2021). Marco analítico y metodología para diagnosticar las brechas en los cuidados en municipios de México.

Ministerio de Desarrollo Social. (2020) Cuidados+Calidad: fomento a la mejora en servicios de primera infancia. Recuperado de: <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/cuidadoscalidad-fomento-mejora-servicios-primerainfancia>.

O'Toole, L. (1997). "Treating networks seriously: Practical and research-based agendas in public administration". *Public Administration Review*, 57(1), 45-52. Recuperado en: <https://doi.org/10.2307/976691>.

OCDE-Inmujeres. (2017). Construir un México inclusivo: políticas y buena gobernanza para la igualdad de género. Recuperado de: <https://www.oecd.org/governance/construir-un-mexico-inclusivo-9789264300996-es.htm>.

OCDE. (2016). Neutrality of tax-benefit systems. Recuperado de: http://www.oecd.org/els/soc/PF1_4_Neutrality_of_tax_benefit_systems.pdf.

OIT. (2014). Maternity and paternity at work: Law and practice across the world. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_242615.pdf.

OIT. (2016). Maternity cash benefits for workers in the informal economy. Recuperado de: <https://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourcePDF.action?ressource.ressourceId=54094>.

ONU-Mujeres e Instituto de Liderazgo Simone de Beauvoir, A.C. (ILSB). (2016). Por un sistema social y económico para la vida. Agenda pública para hacer realidad el derecho al cuidado. Recuperado de: <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20mexico/documentos/publicaciones/2016/folleto%20digital%20onu%20por%20un%20sistema%20social.pdf?la=es&vs=4546>.

ONU-Mujeres. (2016). Why we care about care? A collection

of essays in English on Care Economy. Recuperado de: https://trainingcentre.unwomen.org/RESOURCES_LIBRARY/Resources_Centre/BOOKLET%20DOCUMENT%20_Final.pdf.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2018). Care work and care jobs for the future of decent work. Recuperado de: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf.

Rodríguez, A. et al. (2013). "Intersectorialidad como una vía efectiva para enfrentar el envejecimiento de la población cubana". Revista Cubana de Salud Pública, 39(2), 323-330. Recuperado de: <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/12/spu12213.pdf>.

Shaefer, H. et al. (2018). "A Universal Child Allowance: A Plan to Reduce Poverty and Income Instability among Children in the United States". Russell Sage Foundation Journal of the Social Sciences, 4(2), 22-42. Recuperado de: <https://www.jstor.org/stable/10.7758/rsf.2018.4.2.02>.

The Care Collective. (2020). The Care Manifesto: The Politics of Interdependence. Londres: Verso.

Torres, N. et al. (2021). Diagnóstico sobre las brechas de cuidados en el municipio de Manzanillo. Publicación en curso.

Unicef. (2005). Inclusión social, discapacidad y políticas públicas. Chile: Ministerio de Educación. Recuperado de: https://www.unicef.cl/archivos_documento/200/Libro%20seminario%20internacional%20discapacidad.pdf.

Van Bueren, E. et al. (2003). "Dealing with Wicked Problems in Networks: Analyzing an Environmental Debate from a Network Perspective". Journal of Public Administration Research and Theory, 13(2), 193-212. <https://doi.org/10.1093/jpart/mug017>.

Weber E. y Anne K. (2008). "Wicked Problems, Knowledge Challenges, and Collaborative Capacity Builders in Network Settings". Public Administration Review, 68(2), 334-349. Recuperado de: <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2007.00866.x>.

Como parte del compromiso "Fortalecer los servicios públicos de cuidados" del Cuarto Plan de Acción de México en la Alianza para el Gobierno Abierto (AGA), un equipo de investigación del Laboratorio Nacional de Políticas Públicas (LNPP) del CIDE realizó, en un proceso colaborativo con las instituciones y organizaciones que forman parte del compromiso, un estudio sobre la oferta y la demanda de cuidados en el municipio de Manzanillo, Colima y una propuesta para implementar un programa piloto para fortalecer los cuidados en ese municipio. Se desarrolló una metodología para estructurar el trabajo de recolección de datos, se realizó un diagnóstico de la cobertura y la calidad de los cuidados que reciben tres grupos de la población: primera infancia, personas con discapacidad y personas adultas mayores, así como de las condiciones de las personas cuidadoras; y se construyó una propuesta para la implementación de una política integral de cuidados en Manzanillo.

En este tercer documento se presenta la propuesta para el diseño y la implementación de la política integral de cuidados en el municipio de Manzanillo, que puede ser aplicable a otros municipios y escalable a otros ámbitos de gobierno.