

Consejo Económico, Social y Ambiental de la Ciudad de México

El Colegio de México

Economía del Cuidado

Diciembre de 2025

Grupo de investigación

Carlos López, coordinador técnico

Isela Orihuela

Diana Terrazas

Jaime Sobrino

Rocío Estrada

José Luis Guadalajara

Luis Enrique Jiménez

Fernando Santiago

Contenido

Siglas y acrónimos	4
Introducción	5
Aproximación metodológica	10
1. Modelos de cuidado en América Latina y el Caribe: la experiencia y posición de México y la Ciudad de México	12
Prospectiva demográfica de la Ciudad de México en el contexto latinoamericano	12
Modelos de cuidados en América Latina	18
2. Tipología, oferta, demanda y cuantificación del valor económico de los servicios de cuidado	28
Tipos de servicios de cuidados según población atendida	29
Número y localización de centros públicos y privados para los cuidados	32
Demanda y cobertura	36
Valor económico de los servicios de cuidado	41
3. Marco normativo y política pública para el cuidado	48
Marco normativo nacional	48
Marco normativo local	50
Políticas públicas sobre cuidados	53
4. Lineamientos de política pública: hacia un Programa Especial de Bienestar y Cuidados en la Ciudad de México	58
Sinergias entre Economía de Cuidados y Economía de Barrios	67
Reflexión final	69
Referencias bibliográficas	76
Anexos	79

Siglas y acrónimos

ALyC	América Latina y El Caribe
CASS	Círculos de Aprendizaje, Socialización y Saberes
CENDI	Centro de Desarrollo Infantil
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONOCER	Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales
DENUE	Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas
DIF-CDMX	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia de la Ciudad de México
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo
EUT	encuesta de uso del tiempo
EVALÚA	Consejo de Evaluación de la Ciudad de México
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PIB	producto interno bruto
PILARES	Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes
RNCDI	Red Nacional de Cuidado y Desarrollo Infantil
SCIAN	Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte
SEBIEN	Secretaría de Bienestar e Igualdad Social de la Ciudad de México
SEDATU	Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano
SEDECO	Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México
SINCA	Sistema Nacional de Cuidados de Argentina
SINCA-CR	Sistema Nacional de Cuidados de Costa Rica
SNAC	Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados
SNCC	Sistema Nacional de Cuidados de Colombia
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
STyFE	Secretaría del Trabajo y Fomento al Empleo de la Ciudad de México
TDA	Tasa de Dependencia Adulta
TDI	Tasa de Dependencia Infantil
TDT	Tasa de Dependencia Total
UTOPIAS	Unidades de Transformación y Organización Para la Inclusión y la Armonía Social
VBP	Valor bruto de la producción

Introducción

La situación de los cuidados en México se asocia con las características demográficas de los territorios y con las condiciones de desigualdad económica, social, cultural, espacial y de género (Pacheco, 2016). Los principales problemas de los cuidados en México tienen que ver con las necesidades derivadas de la edad temprana o de la edad avanzada de la población, de la carga de trabajo hacia las mujeres, de la situación que aqueja a grupos desfavorecidos por falta de empleo o por bajos ingresos bajos y a la ubicación espacial de la vivienda (Ferreira, 2016; Sánchez, 2024).

México atraviesa dos cambios sociodemográficos con implicaciones en la organización de los cuidados: i) incremento absoluto y relativo de la población adulta mayor, que es la que más requiere de servicios de cuidado, y ii) mayor participación de la mujer en el mercado de trabajo, en donde los cuidados se vuelven más complicados de realizar. En forma adicional, existe la necesidad de reconocer al trabajo doméstico para que las personas puedan hacerse cargo de los cuidados con los recursos necesarios (Llopis, 2021: 2-17). Si bien los cuidados se realizan predominantemente al interior del hogar, en la vivienda, cada vez hay mayor consenso en que éstos ya no sean responsabilidad absoluta de la familia, sino que deben intervenir otros actores, siendo el Estado uno de los de mayor relevancia (CEPAL, 2025: 19-20).

Los cuidados pueden clasificarse por su nivel de dificultad o por su temporalidad. El primer caso tiene que ver con la experiencia al cuidar según la enfermedad o la edad de la persona a ser cuidada; el segundo alude al tiempo que se requiere para el cuidado: horas, días, semanas, meses o años. En ambas clasificaciones se pone de manifiesto la necesidad de capacitación para las personas cuidadoras, la cual no necesariamente se adquiere en el ámbito familiar o laboral (Pacheco, 2012).

Otra cuestión relevante es a quién o a quiénes corresponden los cuidados. Los cuidados han recaído principalmente en las mujeres. Sin embargo, no corresponden a una sola persona y no tienen que ser las mujeres las encargadas de realizarlos (Comas, 2019). Para cuidar es necesario distribuir las tareas, cooperar, colaborar y corresponsabilizarse. Cuando los cuidados se enfocan en una sola persona, se vuelven difíciles de conseguir, se disminuye su calidad y se sacrifican expectativas personales.

También es necesario pensar hacia dónde dirigir los esfuerzos de política pública para ordenar las acciones, distribuir responsabilidades y lograr el funcionamiento sistémico en donde se integren personas, servicios, infraestructura, programas, organismos, organizaciones sociales, empresas y universidades que puedan colaborar para dirigir la atención a las necesidades sobre cuidados en el país.

De acuerdo con la *Iniciativa de Ley General del Sistema Nacional de Cuidados* en México se trata de reconocer a los cuidados como un derecho, de trabajar hacia la igualdad de género en los cuidados, de construir la corresponsabilidad de los sectores de la sociedad, así como de la necesidad de atender, en primera instancia, las necesidades de los que cuidan y son cuidados en las edades tempranas y avanzadas, ya sea por enfermedad, capacidades diferentes o dependencia de las infancias.

En este contexto, el Gobierno de México, presidido por Claudia Sheinbaum, tiene como uno de sus propósitos el impulsar una sociedad de cuidados con perspectiva de género: “Avanzar hacia un modelo de desarrollo social justo e inclusivo, el fortalecimiento de una sociedad de cuidados con perspectiva de género, interseccional, intercultural e intergeneracional constituye una prioridad del Estado mexicano. En este marco, se impulsaron acciones orientadas a reconocer, redistribuir y reducir los trabajos domésticos y de cuidados, históricamente invisibilizados y feminizados, mediante esquemas de corresponsabilidad entre el Estado, las familias, la comunidad y el sector privado. Las acciones implementadas responden al compromiso de dignificar el trabajo de las personas cuidadoras y trabajadoras del hogar, promover condiciones laborales equitativas y avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados que garantice los derechos laborales y la conciliación entre la vida personal, familiar y profesional” (Presidencia de la República, 2025: 250).

La Ciudad de México tenía 9.2 millones de habitantes en 2020, que representaban el 7.3% de la población total del país. Ésta se ubicaba en el segundo lugar entre las entidades federativas del país según población total, población de 15 a 64 años y población de 65 años y más, sólo superada por el estado de México. Sin embargo, era la séptima entidad federativa según número de habitantes de 0 a 14 años, estando abajo del estado de México, Jalisco, Veracruz, Puebla, Chiapas y Guanajuato. Asimismo, en la Ciudad de México había 109.1

mujeres por cada 100 hombres, siendo el segundo índice más alto entre las entidades federativas, sólo superado por Oaxaca con 109.2, mientras que en el país era 105. En otras palabras, la estructura demográfica de la Ciudad de México por grupos de edad es sensiblemente diferente con respecto al total nacional, habiendo menor proporción de población infantil, mayor peso de población adulta mayor y mayor índice de feminidad. Esta diferente estructura demográfica por edad y sexo de la Ciudad de México debe ser tomada en cuenta para el diseño de un sistema de cuidados asertivo e incluyente.

En el *Sistema de cuidados para el bienestar de la Ciudad de México*, formulado por el gobierno de la ciudad para el periodo 2018-2024 se establece que éste se puede dividir en tres tipos: cuidados personales; cuidados para el desarrollo, y cuidados de salud. También deben considerarse tres niveles del cuidado: cuidados directos; cuidados indirectos, y cuidados de gestión. En forma adicional, en cuanto al tiempo, esfuerzo y conocimiento, los cuidados se dividen en cuidados simples o cotidianos; cuidados intensos y extensos, y cuidados especializados y a largo plazo. En la organización de la provisión del cuidado intervienen cuatro agentes: familias, Estado, iniciativa privada y comunidad. Para la implementación de las políticas de cuidado, este Sistema propone un enfoque metodológico de las tres “R”: Reconocer, Redistribuir y Reducir las tareas de cuidado.

Asimismo, en el *Programa Provisional de Gobierno de la Ciudad de México* se establece que una de las visiones a futuro consiste en trabajar para construir una ciudad con menores desigualdades y pobreza, y en la que todas y todos tengan derecho al cuidado. Una Ciudad con igualdad, cuidadora y feminista, donde se abran oportunidades y posibilidades para la vida y el florecimiento humano, mediante el fortalecimiento de la red de protección social que impida que alguien se quede atrás. Para ello, se propone elaborar y publicar un *Programa Especial de Bienestar y Cuidados* para la articulación de metas, actores y estrategias en materia de política social y cuidados, y en cumplimiento con lo previsto en la Ley del Derecho al Bienestar y a la Igualdad Social de la Ciudad de México.

En el primer informe de gobierno de Clara Brugada se menciona que: “El Gobierno de la Ciudad de México ha emprendido la construcción del sistema de cuidados más grande del país. Se trata de una política con un enorme potencial transformador, al impactar directamente en el bienestar de las mayorías sociales: mujeres cuidadoras, infancias, personas

mayores y personas con discapacidad. Al redistribuir las responsabilidades de cuidado, se hace justicia a las mujeres, quienes históricamente han cargado de manera desproporcionada con la tarea de procurar el bienestar de niñas, niños, personas mayores, enfermas y con discapacidad” (Gobierno de la Ciudad de México, 2025: 21).

Para avanzar en esta materia, en agosto de 2025 la Jefa de Gobierno de la Ciudad de México presentó la iniciativa de *Ley de Cuidados de la Ciudad de México*, la cual fue enviada al Congreso local para su análisis, discusión y eventual aprobación. Esta propuesta de Ley contempla, entre otros puntos, poner en marcha el Sistema Público de Cuidados de forma gradual, con el objetivo de que hacia el año 2050 esté completamente consolidado y brinde atención a todas las personas pertenecientes a los grupos prioritarios de atención de cuidados: i) población infantil; ii) personas adultas mayores, y iii) personas con discapacidad. Se trata de una meta de largo plazo ya que implica crear infraestructura, mantenerla y adaptarla al cambio demográfico de la Ciudad de México, en especial el tránsito hacia una estructura de mayor envejecimiento y de mayor índice de feminidad, es decir el cociente del número de mujeres entre el de hombres que residen en este territorio del país.

A partir de la discusión anterior, el objetivo general del presente estudio consiste en analizar el impacto económico del trabajo de cuidados no remunerados en la Ciudad de México, con especial enfoque en las mujeres cuidadoras.

Para alcanzar este objetivo general, se tienen cuatro objetivos específicos:

- Documentar las experiencias en América Latina y el Caribe de modelos de cuidado, como punto de partida y como referente de lo que puede aportar y se puede posicionar México y la Ciudad de México al respecto.
- Caracterizar la tipología, la oferta y la demanda de servicios de cuidado en la Ciudad de México, a partir de inventariar los centros públicos, privados y comunitarios para la infancia, para personas con discapacidad, para mujeres y para personas adultas mayores; analizar la cobertura efectiva y calidad; cuantificar su valor económico, e identificar brechas en cuanto a la atención de cuidados por grupos de población y por territorios.
- Analizar el marco normativo y las políticas públicas de la Ciudad de México que han contribuido y que contribuyen al sistema de cuidados.

- Proponer lineamientos de política pública que permitan coadyuvar a la formulación del *Programa Especial de Bienestar y Cuidados de la Ciudad de México*, incorporando la perspectiva de género, intercultural y de derechos, y asegurando que las recomendaciones de lineamientos de política pública reconozcan la diversidad de hogares, el reconocimiento, redistribución y reducción de las tareas de cuidado de las mujeres y su formalización laboral.

Cada uno de estos objetivos específicos son tratados, respectivamente, en los cuatro capítulos en los que se divide este documento. Este estudio permitirá diseñar políticas públicas con enfoque territorial, alineadas al eje estratégico de construcción de un sistema público de cuidados de la presente administración de la Ciudad de México.

Aproximación metodológica

Para cumplir con el objetivo general y con los objetivos específicos se realizó investigación de gabinete sobre estudios de cuidado en México y otros países, especialmente en América Latina y el Caribe. También se consultaron textos, artículos, marcos normativos, leyes e iniciativas sobre cuidados, sistema de cuidados y economía de cuidados.

La información cuantitativa utilizada es principalmente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): i) tabulados del cuestionario básico, cuestionario ampliado, microdatos y principales resultados por AGEB y manzana urbana del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2025a); ii) Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) (INEGI, 2025b), y iii) Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) (INEGI, 2025c). En forma adicional, se echó mano de la conciliación demográfica 1950-2019 y proyecciones de la población de México 2020-2070 elaborada por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2023). La información se complementó con la del Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas (CEPALSTAT) de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2024), así como con la medición de la pobreza multidimensional 2018-2024 elaborada por el Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (EVALÚA, 2025).

Esta información cuantitativa se complementó con información cualitativa derivada de entrevistas a personas funcionarias y operativas de instancias gubernamentales relacionadas con los cuidados en el Gobierno de la Ciudad de México: Secretaría de Bienestar e Igualdad Social (SEBIEN); Secretaría de las Mujeres; Secretaría de Desarrollo Económico (SEDECO); Secretaría de Trabajo y Fomento al Empleo (STyFE). En forma adicional se entrevistaron a personas, principalmente mujeres, dedicadas a servicios de cuidados de población infantil, adulta mayor o personas discapacitadas. También se tuvieron pláticas con mujeres jefas de hogar. Adicionalmente, se hicieron visitas a infraestructuras y equipamientos para el cuidado, siendo uno de ellos la Casa de las Tres R “Ximena Guzmán”, ubicada en la colonia Buenos Aires de la alcaldía Cuauhtémoc.

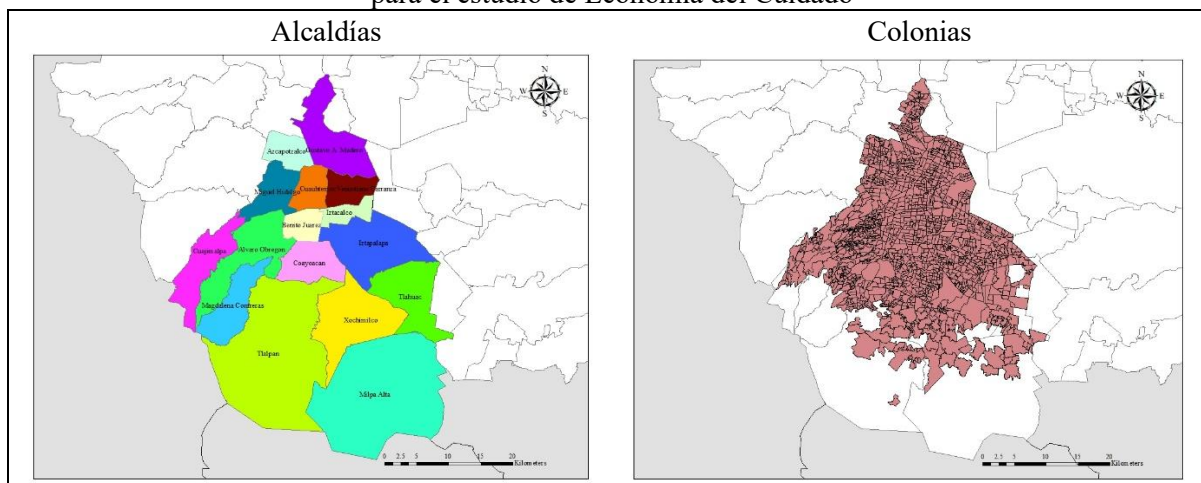
La unidad de análisis en el presente estudio es la vivienda. De acuerdo a los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2020, en ese año había 2'720,459 viviendas particulares habitadas en la Ciudad de México. Con un ejercicio de minería de datos se logró

obtener el número de viviendas estimado en las que había residentes de los grupos de atención en este estudio: niñas o niños de 0 a 4 años; adultos mayores de 65 años y más; personas con discapacidad; hogares con jefatura femenina.

El ámbito territorial de este estudio son las 16 alcaldías y las 1,814 colonias de la Ciudad de México. Para obtener la información cuantitativa de las colonias se utilizaron los principales resultados por manzana del Censo de Población y Vivienda 2020. Cada una de las 66,789 manzanas se asignó a una colonia, utilizando para ello la herramienta unión del sistema de información geográfica ArcGis.

La base cartográfica de las 16 alcaldías proviene del marco geoestadístico del Censo de Población y Vivienda 2020, elaborado por el INEGI.¹ Por su parte, la cartografía de las 1,814 colonias es del Gobierno de la Ciudad de México.² (Mapa 1).

Mapa 1
Ciudad de México: escalas geográficas de análisis
para el estudio de Economía del Cuidado



Fuente: elaboración propia con información del Gobierno de la Ciudad de México y del INEGI.

¹ <https://www.inegi.org.mx/programas/mg/#descargas>

² https://datos.cdmx.gob.mx/dataset/04a1900a-0c2f-41ed-94dc-3d2d5bad4065/resource/f1408ceb-4e97-4548-bc69-61ff83838b1d?activity_id=fced751e-a0fa-4da0-85be-1eb1942f2871

1. Modelos de cuidado en América Latina y el Caribe: la experiencia y posición de México y la Ciudad de México

En este capítulo se documentan las experiencias en América Latina y el Caribe (ALyC) de modelos de cuidado, como punto de partida y como referente de lo que puede aportar y se puede posicionar México y la Ciudad de México al respecto. Para cubrir lo anterior, el capítulo se compone de dos apartados. En el primero se aborda el cambio demográfico de la Ciudad de México, que se enunció en la introducción, y su prospectiva al año 2050, fecha en la que, en palabras de Clara Brugada, Jefa de Gobierno de la Ciudad de México, se logrará la universalidad en los servicios de cuidados de la Ciudad. Esta contextualización permite dimensionar la magnitud del reto que se enfrenta y enfrentará la Ciudad en los próximos años en materia de cuidado. En la segunda parte se documentan las experiencias en ALyC de modelos de cuidado bajo una mirada comparativa (Dolowitz y Marsh, 2000; Cairney *et al*, 2021; Tan *et al*, 2025) para detectar las posibles políticas y acciones que se han llevado a cabo en otros países y ciudades, y que se pudieran replicar en la Ciudad de México, con especial enfoque en las mujeres cuidadoras.

Prospectiva demográfica de la Ciudad de México en el contexto latinoamericano

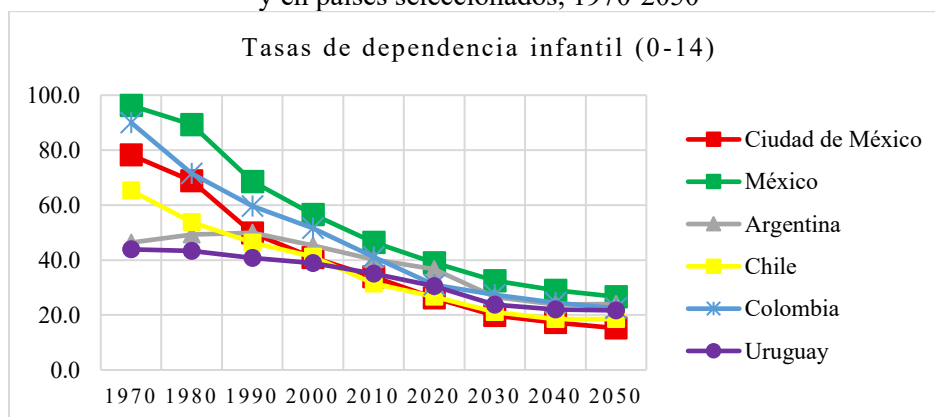
Los principales cambios sociodemográficos que ha experimentado ALyC en las últimas décadas son el aumento en la esperanza de vida de la población y la acelerada reducción de la fecundidad. Esta combinación ha convertido a la región en una de las de más rápido envejecimiento en el mundo. Este proceso, a su vez, ha conducido a extendidas reformas en los sistemas de pensiones, en las estrategias de cuidado a la salud y en los sistemas de protección social, temas que hablan del vínculo entre economía y demografía (Gietel *et al*, 2020; Shoven, 2011).

La tasa de dependencia infantil (TDI) mide la relación de la población de 0 a 14 años por cada 100 personas en edad activa de 15 a 64 años. En materia de cuidados, este indicador brinda orientación sobre la infraestructura requerida para el bienestar de la infancia, incluyendo servicios de salud materno-infantil, guarderías, estancias infantiles, programas de

apoyo económico a las familias, así como en general en educación y salud. Desde la década de 1970, ALyC ha experimentado una caída generalizada en la TDI asociada a la caída de la fecundidad, patrón que tiende a la convergencia entre los países a lo largo del tiempo. Para efectos comparativos se seleccionaron aquellos países con dimensiones territoriales y volúmenes de población que más se aproximan en la región a los de México, así como aquellos países con los procesos de envejecimiento más acelerados.

Entre el grupo de comparación, México destacaba en 1970 como el país con la TDI más alta con un valor de 96, valores de más del doble que los observados en Uruguay y Argentina con 44 y 46, respectivamente (Gráfica 1.1). En el mismo año, la Ciudad de México tenía una TDI de 78, igualmente superior a la de ambos países, pero experimentando una trayectoria de descenso más pronunciada y acelerada que ambos en las décadas siguientes.

Gráfica 1.1
Tasas de dependencia infantil en Ciudad de México
y en países seleccionados, 1970-2050



Fuente: elaboración y cálculos propios con datos de Naciones Unidas (2024) para países y regiones, y de CONAPO (2023) para la Ciudad de México.

Para 2020, las diferencias de las TDI entre los países se habían acortado significativamente: México registró un valor de 39, semejante al promedio mundial, mientras que Chile, con 27, tuvo la tasa más baja entre los países comparados. Por su parte, la Ciudad de México tuvo una tasa de 26, ligeramente más baja que la de Chile y poco arriba del promedio de 24 de Europa.

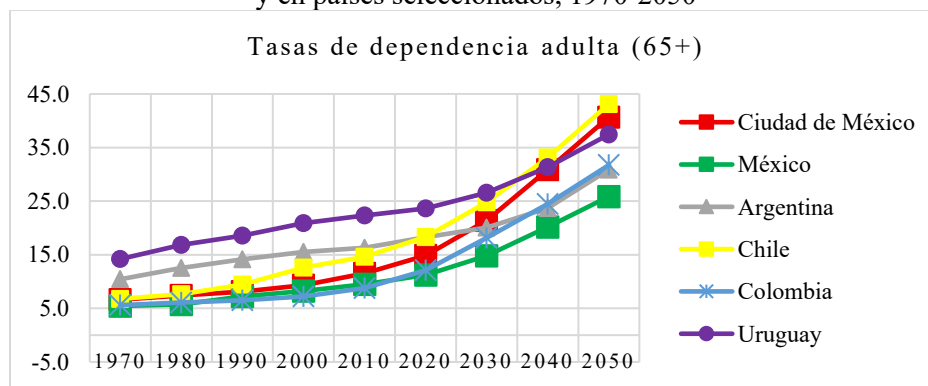
Conforme a las proyecciones de población, la TDI de la Ciudad de México continuará su descenso para llegar a 20 niñas y niños de 0 a 14 años por cada 100 personas en edad

activa en 2030. Esta cifra se situará incluso por debajo del promedio de 22 de Europa. Este patrón se mantendrá para los años siguientes de tal manera que se alcanzará un valor de 17 en 2040 y de 15 en 2050.

De esta forma, la población de 0 a 4 años en la Ciudad de México en 2020 sumó 479,904 personas, el 5.2% de la población total, y su monto, con base en las proyecciones de población del CONAPO, disminuirá a 402,941 infantes en 2030 y a 244,592 en 2050, representando para este año 3.1% de la población total de la Ciudad. La atención a los servicios de cuidado para esta población infantil se enfrenta a una prospectiva de importante disminución en su monto.

Por su parte, la tasa de dependencia adulta (TDA) cuantifica el número de adultos de 65 años y más por cada 100 personas en edad activa. Para ALyC este indicador observa una tendencia creciente y generalizada, como resultado de la reducción de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida. En el caso de México, entre 1970 y 2020, la TDA pasó de seis a 11, casi se duplicó, pero en 2050 alcanzará un valor de 26, lo que representa casi cinco veces con respecto a 1970 y más del doble del observado en 2020 (gráfica 1.2).

Gráfica 1.2
Tasas de dependencia adulta en Ciudad de México
y en países seleccionados, 1970-2050



Fuente: elaboración y cálculos propios con datos de Naciones Unidas (2024) para países y regiones, y de CONAPO (2023) para la Ciudad de México.

La Ciudad de México presenta un patrón similar, pero con valores más elevados. En 1970 la capital tenía 6.6, valor que aumentó a 15 en el año 2020. A partir de este año, la curva de crecimiento se acelerará considerablemente, llegando a 21 en 2030 y a 41 en 2050. El crecimiento de la dependencia adulta en la Ciudad de México será considerablemente más

acelerado que a nivel nacional y equiparable con Chile, país que tendrá el proceso de envejecimiento poblacional más avanzado en la región.

La población de 65 años y más en la Ciudad de México fue de 1'031,731 personas en 2020, participando con 11.2% de la población total, mientras que las proyecciones de población apuntan a un monto de 1'368,777 personas en 2030 y a 2'091,082 en 2050, representando 26.1% de la población total. Este grupo de población es y será el de mayor crecimiento relativo en la estructura demográfica territorial, con su consabida repercusión en la planeación e instrumentación del servicio de cuidados.

Cuadro 1.1
Ciudad de México: población total
y con algún grado de discapacidad por grupo de edad, 2020

Grupo de edad	Población total	Población discapacitada	Porcentaje	Grupo de edad	Población total	Población discapacitada	Porcentaje
Total	9 209 944	1 703 827	18.5				
00-04 años	479 904	22 849	4.8	50-54 años	623 483	144 717	23.2
05-09 años	563 907	42 208	7.5	55-59 años	526 447	150 416	28.6
10-14 años	608 962	57 119	9.4	60-64 años	469 514	166 481	35.5
15-19 años	650 389	62 871	9.7	65-69 años	356 196	152 713	42.9
20-24 años	714 605	69 384	9.7	70-74 años	267 744	137 873	51.5
25-29 años	752 289	73 337	9.7	75-79 años	175 215	105 959	60.5
30-34 años	743 611	74 304	10.0	80-84 años	117 480	82 505	70.2
35-39 años	705 850	73 073	10.4	85 años y más	105 470	85 939	81.5
40-44 años	670 307	84 929	12.7	No especificado	9 626	36	0.4
45-49 años	668 945	117 114	17.5				

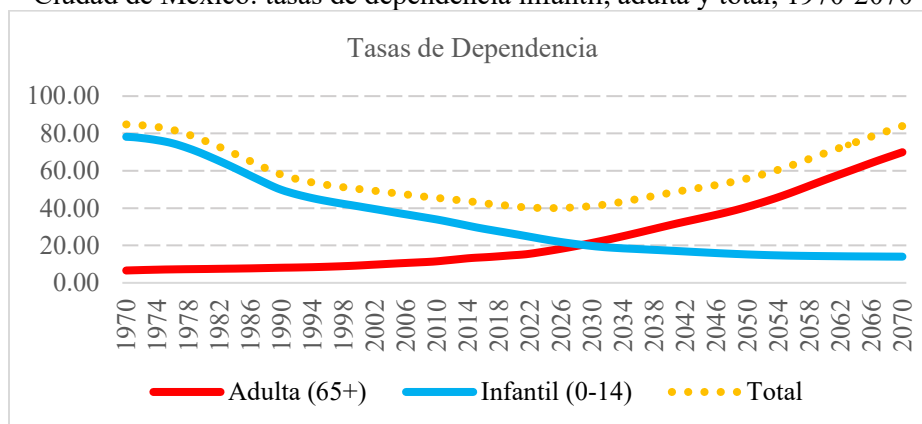
Fuente: Censo de Población y Vivienda 2020.

En forma complementaria, la población con algún grado de discapacidad, limitación o problema mental sumó 1'703,827 en la Ciudad de México en 2020, equivalentes a 18.5% de la población total, y estrechamente relacionada con la edad de la persona (Cuadro 1.1): mientras que menos del 10% de la población de 0 a 29 años de edad era discapacitada, en cambio más del 40% de las mujeres y hombres de 65 a 69 años mencionó algún grado de discapacidad, porcentaje que se incrementa de manera significativa hasta el 82% para la población de 85 años y más. Para la economía y los servicios de cuidado, el volumen y la evolución de la población adulta mayor no tiene que ver sólo con las características del curso

de vida propia de su edad, sino también con la pérdida de condiciones físicas, sobre todo caminar o ver.

La sumatoria de la TDI y la TDA conforman la tasa de dependencia Total (TDT), que representa la carga total de personas en edades potencialmente dependientes por cada 100 en edad activa de 15 a 64 años. En 1970, la Ciudad de México tuvo una TDT de 85, conformada por 78 niños de 0 a 14 años y siete adultos de 65 años y más. Para 2025, la TDT se redujo a 40, con 23 infantes y 17 adultos mayores. A partir de este año, la TDT volverá a crecer de forma progresiva y llegando a 56 personas dependientes en el año 2050, con 15 niños y adolescentes y 41 adultos mayores por cada 100 personas en edad activa (Gráfica 1.3).

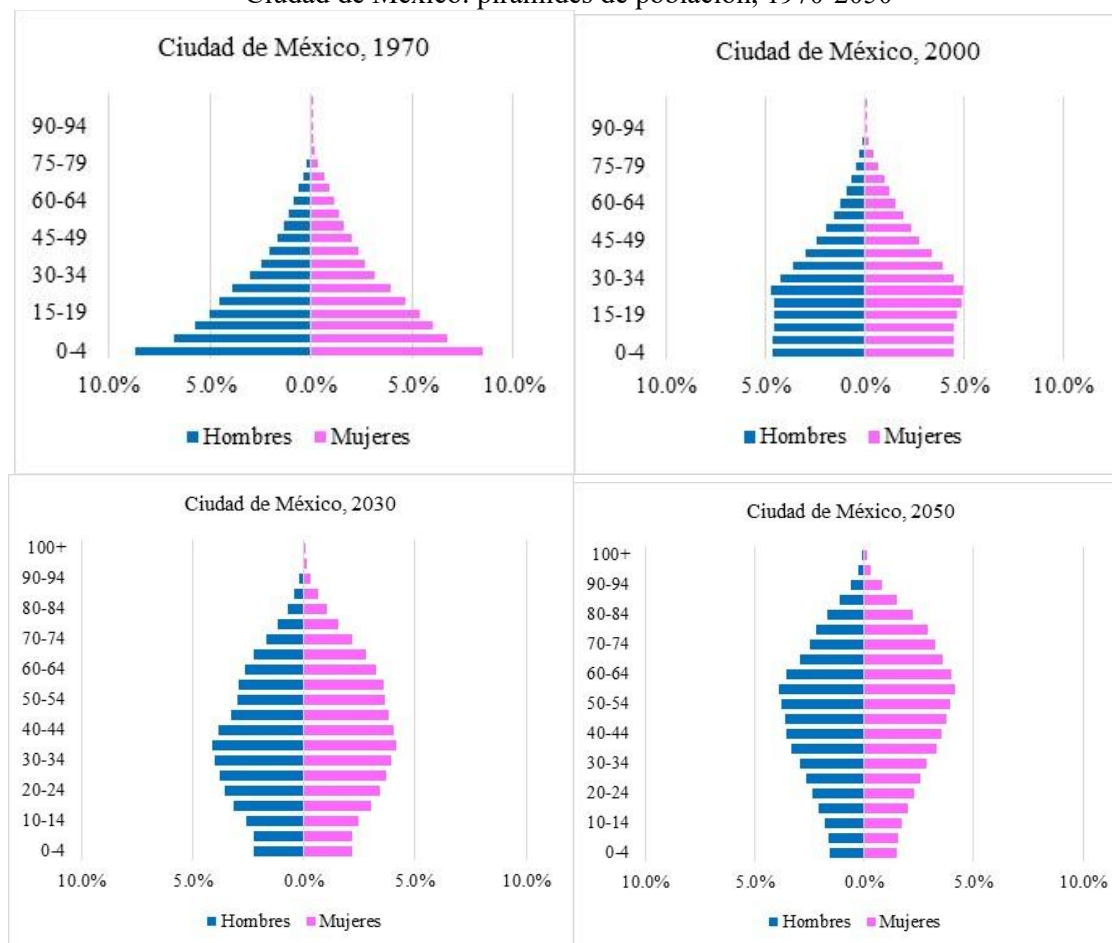
Gráfica 1.3
Ciudad de México: tasas de dependencia infantil, adulta y total, 1970-2070



Fuente: elaboración propia con datos de CONAPO, 2023.

En 2029 habrá un punto de inflexión en la Ciudad de México, ya que la TDA va a superar a la TDI: 21 contra 20. A partir de ese año, la TDI continuará disminuyendo mientras que la TDA seguirá aumentando. En 2043, la TDA duplicará a la TDI; en 2053 la triplicará; en 2062 la cuadruplicará, y la quintuplicará en 2070. Las transformaciones etarias se pueden visualizar en las pirámides de población que se muestran en la gráfica 1.4.

Gráfica 1.4
Ciudad de México: pirámides de población, 1970-2050



Fuente: elaboración propia con datos de CONAPO (2023), *Conciliación demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070*.

El análisis presentado ratifica el proceso de envejecimiento en la Ciudad de México, en un marco de decrecimiento poblacional. El aumento de la población de adultos mayores vendrá acompañado de mayor necesidad de gasto en los sistemas de salud, pensiones y protección social. Además, requerirá un replanteamiento de los roles sociales, la revaloración de las contribuciones de los adultos mayores y la necesidad de inversiones y estrategias dirigidas al envejecimiento digno, saludable y productivo de esta población, así como a su cuidado.

Modelos de cuidados en América Latina

Dentro del cambio demográfico que se ha descrito en el párrafo anterior, tanto ALyC como la Ciudad de México enfrentan retos por la *crisis de los cuidados* (Cruz *et al*, 2023; CEPAL, 2025), la cual consiste en el crecimiento diferencial entre una demanda dinámica por servicios de salud ante una oferta de recursos, infraestructura, personal y capacidades institucionales con menor ritmo de crecimiento. Esta crisis, o desbalance, se magnifica por la distribución desigual de la carga del trabajo de cuidado hacia las mujeres.

Para enfrentar estos retos, la región ha puesto en marcha políticas, programas y estrategias de cuidados que requieren la articulación de marcos normativos, creación de flujos y mecanismos sostenibles de financiamiento, cambios en regulaciones, protecciones al empleo, capacitación y desarrollo de sistemas de información geográfica y estadística para la planificación y monitoreo de tales políticas. La articulación de estos elementos es lo que estructura a los sistemas nacionales y locales de cuidados, los cuales se encuentran en fase de conformación o de consolidación.

En el *Compromiso de Tlatelolco*, producto de la XVI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y El Caribe, celebrada en agosto 2025 en la Ciudad de México, los cuidados constituyen uno de los ejes centrales de los acuerdos. En esta conferencia se presentó el estudio “La sociedad del cuidado: gobernanza, economía política y diálogo social para una transformación con igualdad de género” (CEPAL, 2025), documento del cual se desprenden diversas rutas de acción para la región en los siguientes años en materia de cuidados. Destacan, entre sus acuerdos, el pleno reconocimiento del derecho al cuidado sobre

la base de los principios de igualdad, universalidad, corresponsabilidad y de género; el adoptar marcos normativos, políticas, programas y sistemas integrales con perspectiva de interseccionalidad e interculturalidad, y establecer una Década de acción 2025-2035 para el logro de la igualdad sustantiva de género y la sociedad del cuidado (CEPAL y ONU-Mujeres 2025).

Las políticas de cuidado constituyen un “conjunto de acciones orientadas a concretar una nueva organización social de los cuidados, que garantice el derecho al cuidado y promueva la corresponsabilidad social y de género. Estas políticas incluyen marcos normativos, sistemas de información, infraestructura, servicios y prestaciones de cuidado, financiamiento suficiente y sostenible, regulación, formación y certificación de competencias para ejercer el cuidado, e instrumentos de protección del empleo en la economía del cuidado” (CEPAL, 2025: 69). Desde esta base conceptual, la implementación de los modelos de cuidados se entiende como una articulación integral de diversos componentes, tales como el marco normativo, servicios, equipamientos, infraestructura, medios de financiamiento y recursos humanos.

Si bien se han registrado avances significativos en la región, los sistemas integrados de cuidados en ALyC aún se encuentran en fase de expansión y consolidación. Uno de los desafíos más relevantes es avanzar hacia una cobertura universal, especialmente para las personas con mayores niveles de dependencia funcional, así como en el ámbito de los cuidados de largo plazo. A ello se suma la necesidad de articular eficazmente estos sistemas con el conjunto de instancias y estructuras institucionales del Estado, en sus distintos niveles administrativos. A continuación, se hace un breve examen comparativo sobre los sistemas nacionales de cuidados que existen en ALyC (Cuadro 1.2).

Entre los países de la región, *Uruguay* constituye el referente pionero en materia de políticas de cuidados con la instauración de su Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) en 2015. Este sistema fue diseñado para brindar atención integral a la población en situación de dependencia (infancia, personas mayores y personas con discapacidad), logrando establecer un esquema de prestaciones incluyendo asistencia domiciliaria, teleasistencia y centros de día que lo posiciona, a la fecha, como uno de los modelos más completos y avanzados de ALyC.

Cuadro 1.2
Modelos de servicios de cuidados en países y ciudades seleccionadas

Rubro	Uruguay	Chile	Argentina	Costa Rica	Bogotá	Ciudad de México
Marco jurídico	Ley 19353 (2015)	Decreto (2022)	Iniciativa de Ley (2022)			Iniciativa de Ley (2025)
Órgano de gestión	Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC)	Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC)	Sistema Integral de Políticas de Cuidado (SINCA) Producción de datos, registros e información	Sistema Nacional de Cuidados y Apoyo (SINCA-CR) Inteligencia de datos	Sistema Distrital de Cuidado (SIDEKU) Manzanas del Cuidado Territorios de Innovación Buses del Cuidado	Sistema de Cuidados de la Ciudad de México Casas de Cuidados de las 3 R PILARES UTOPIÁS Territorios de Paz
¿Con orientación a las mujeres?	Si	Si		Si	Si	Si
Políticas de cuidado para la población infantil	Centros de atención a la infancia y la familia Casas comunitarias Centros SIEMPRE	Apoyo al recién nacido Intervención y apoyo al desarrollo infantil Crecer en comunidad Apoyo biopsicosocial			Jardín de infantes Experiencias artísticas Actividad física	Desde la cuna Centros de desarrollo infantil Actividad deportiva
Políticas de cuidado para la población adulta mayor	Asistentes personales Teleasistencia Centros de Día	Cuidados domiciliarios Centros diurnos Condominios de viviendas tuteladas Establecimientos de larga estadía	Asistencia domiciliaria Teleasistencia Vivienda colaborativa	Asistencia domiciliaria Centros de atención diurna Teleasistencia Centros residenciales	Centros de día Casa de la sabiduría Acciones en salud Actividad física	Casa de día Comedores gratuitos Atención a la salud Actividad física
Políticas de cuidado para personas discapacitadas	Asistentes personales Centros de Día	Residencias para personas con discapacidad Tránsito a la vida independiente de modalidad individual		Atención a la dependencia	Centro crecer Red de cuidado colectivo Actividad física ajustada	Capacitación incluyente Atención a la salud
Políticas de cuidado para otros grupos de población			Registro nacional de trabajadoras y trabajadores de cuidados remunerados		Talleres de aprendizaje para la redistribución de los trabajos de cuidado	Albergues para personas en situación de calle
Políticas para personas cuidadoras	Licencias para varones Persona cuidadora comunitaria Gestora o gestor de cuidados	Pago a cuidadoras de personas con discapacidad Programa 4 a 7	Capacitación y certificación		Talleres y cursos Orientación psicosocial Lavandería comunitaria Consultorios médicos Actividades deportivas	Lavandería pública Ciudad que cuida a quien cuida
Mecanismos de financiamiento	Presupuesto público Pagos y cuotas por los servicios	Presupuesto público Alianzas público-privadas	Presupuesto público	Presupuesto público Convenios de cooperación Donaciones	Presupuesto público	Presupuesto público

Fuente: elaboración propia con el uso de varias fuentes.

Conforme a la Ley 19353 que crea el SNIC (Cámara de Representantes, 2015), su objetivo central consiste en la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, en el marco del interés general por universalizar el acceso a los cuidados. Los titulares de derecho incluyen a niñas y niños de hasta 12 años, personas con discapacidad y adultos mayores de 65 años que carezcan de autonomía para desarrollar las actividades cotidianas de la vida diaria. Para las infancias el Plan Nacional de Cuidados plantea la ampliación de la cobertura de servicios que prioriza áreas periféricas, rurales y poblaciones vulnerables, a través de “Centros de Atención a la Infancia y la Familia”, “Casas Comunitarias de Cuidados” y “Centros SIEMPRE”. Asimismo, se prevén acciones específicas para adolescentes en situación de vulnerabilidad, mediante la ampliación horaria en los “Centros Juveniles”.

Para las personas mayores y aquellas con discapacidad, el Plan propone ampliar y mejorar el acceso a los subsidios y programas existentes. Se puso en marcha un nuevo mecanismo de postulación basado en la valoración integral y que incorpora diversas herramientas, formularios y escalas de valoración que permiten identificar, desde el inicio, las prestaciones más adecuadas para cada persona. Los principales programas son “Asistentes Personales”, que priorizan a personas con dependencia severa de 0 a 20 años y a mayores de 79; “Teleasistencia”, que se dirige a las personas de 70 años o más en situación de dependencia leve o moderada y “Centros de Día”, que brindan cuidados integrales a las personas mayores de 65 años en situación de dependencia leve o moderada (Junta Nacional de Cuidados, 2025). Por su parte, para las personas cuidadoras se contempla la armonización de licencias de cuidados, la posibilidad de expedir licencias exclusivas para varones y otorgar licencias para cuidados de personas mayores y con discapacidad. Asimismo, se prevé la creación de dos figuras con enfoque territorial: “Persona Cuidadora Comunitaria”, formada y acreditada para brindar apoyos básicos en entornos cotidianos, y “Gestor(a) de Cuidados”, responsable de coordinar los recursos locales para diseñar y acompañar el Plan Personalizado de Cuidados de las personas usuarias, articulando las necesidades y demandas comunitarias con la oferta disponible.

El esquema de financiamiento del SNIC es híbrido. Por una parte, posee asignaciones presupuestarias de los organismos que componen el sistema. En forma complementaria se

contemplan pagos o cuotas para algunos servicios o prestaciones específicas como teleasistencia o asistentes personales domiciliarios (Cafagna *et al*, 2019: 30; CEPAL, 2025: 95).

El Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados de *Chile* (SNAC) fue oficializado en 2022 mediante decreto que lo estableció como un subsistema dentro del sistema intersectorial de protección social, con el propósito de acompañar, promover, conectar y apoyar al cuidador y a la persona cuidada. El SNAC se orienta por los principios de universalidad, igualdad, corresponsabilidad social y de género, autonomía y vida independiente, marcando la necesidad de transitar progresivamente de las cargas individuales hacia el cuidado solidario y colectivo.

Los programas con los que opera se dividen en cuatro categorías: i) programas de cuidado y alivio para personas cuidadoras, que incluyen “Pago a Cuidadoras de Personas con Discapacidad”, y “Programa 4 a 7”, orientado a mujeres responsables del cuidado de niñas y niños de 6 a 13 años; ii) programas para personas con discapacidad, incluyendo “Residencias para personas en situación de discapacidad”, y “Programa Tránsito a la Vida Independiente de Modalidad Individual”; iii) programas para personas mayores, que incluyen el “Programa de cuidados domiciliarios”, para personas de 60 años o más en situación de dependencia moderada o severa; “Centros diurnos”, para personas de 60 años o más en situación de dependencia leve o moderada; “Condominios de Viviendas Tuteladas”, para personas de 60 años o más autovalentes en condición de vulnerabilidad, y “Establecimientos de Larga Estadía”, que operan como residencias para personas mayores brindando servicios especializados, y iv) programas para niñas, niños y adolescentes, entre los que se incluyen “Programa de apoyo al recién nacido”; “Fondo de intervención y apoyo al desarrollo infantil”, para niñas y niños de 0 a 9 años con rezago, riesgo de rezago u otras situaciones de vulnerabilidad; “Programa Crecer en comunidad”; “Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial”, para niños en su primera infancia; “Programa Hablemos de todo”, “Programa FonoInfancia”, servicio telefónico gratuito con psicólogas y psicólogos especialistas en temas de infancia y familia (Gobierno de Chile, 2025).

Al igual que ocurre en el caso de Uruguay, Chile ha establecido los cuidados como el cuarto pilar de su esquema de protección social (educación, salud, seguridad social y el

sistema de cuidados). El financiamiento del SNAC es analizado y discutido en las instancias de coordinación intersectorial a nivel ministerial, enviando sus conclusiones y recomendaciones a la Dirección de Presupuestos, previo a la definición presupuestaria anual. Asimismo, prevé la promoción de alianzas público-privadas para aumentar los recursos de que dispone el sistema, previendo como acción subsiguiente una revisión de las normativas legales vigentes para impulsar el financiamiento privado a iniciativas de apoyos y cuidados.

En *Argentina*, en mayo de 2022 se introdujo la Iniciativa de Ley para la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina (SINCA), la cual tendría como propósitos garantizar el acceso universal a los cuidados, promover su redistribución social y su valoración económica, concibiendo los cuidados como derecho, necesidad y trabajo (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2022). A la fecha esta iniciativa no ha sido aprobada; cabe mencionar que en 2024 fue disuelto el Ministerio de la Mujer, Géneros y Diversidad, y algunas de sus competencias se transfirieron al nuevo Ministerio de Capital Humano.

Conforme a la Iniciativa de Ley, los sujetos de atención comprenden a todas las personas que requieran cuidados, con especial énfasis en ciertos grupos prioritarios: i) niñas, niños y adolescentes, con prioridad para el grupo de 0 a 5 años; ii) personas mayores de 60 años que necesiten cuidados; iii) personas con discapacidad cuando lo requieran; iv) quienes realizan trabajos de cuidado, tanto remunerados como no remunerados; v) personas pertenecientes a diversidades sexuales y genéricas, y vi) personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad por razones socioeconómicas, étnicas o de otro tipo.

Asimismo, la iniciativa contempla, entre otras, las siguientes líneas de acción: i) para las personas mayores, acceso progresivo a diversos servicios de asistencia domiciliaria, residencial, teleasistencia, vivienda colaborativa y otros apoyos incluyendo asistencia personal especializada; ii) ampliación de los servicios e infraestructura de cuidados, con un mandato al Ministerio de Obras Públicas para que destine al menos el 8.5% de su presupuesto a la infraestructura de cuidados a nivel nacional; iii) adaptación de las jornadas laborales a las necesidades de cuidados, tanto en el sector público como en el privado; iv) mandato al Poder Ejecutivo para la creación de un Registro Nacional de trabajadoras y trabajadores de cuidados remunerados; v) implementación de acciones de capacitación y certificación; vi)

impulso al trabajo de cuidados a nivel comunitario; vii) desarrollo de medidas para la producción de datos, registros e información sobre el sector, y viii) campañas de difusión y concientización (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2022). Habrá que prestar atención a las acciones y programas que finalmente serán implementadas por la administración presidencial de Javier Milei, cuyo primer periodo presidencial concluye en 2027.

Otro ejemplo destacado de los sistemas integrados de cuidados en la región es *Costa Rica*, que en 2014 creó la Red Nacional de Cuidado y Desarrollo Infantil (RNCDI), la cual se articula y complementa con el Sistema Nacional de Cuidados y Apoyo para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia (SINCA-CR). Este sistema abarca servicios a cargo de Organizaciones no gubernamentales (ONGs), organizaciones de economía social y solidaria, y abarca servicios de modalidad educativa, terapéutica, residencial, diurna o de larga estancia y otros, financiados con recursos públicos (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2023).

Como en el resto de los sistemas de cuidados de la región, la Política Nacional de Cuidados 2021-2031 de Costa Rica, se basa en principios de universalidad, de igualdad de oportunidades y no discriminación, así como en los enfoques de derechos humanos, igualdad de género, corresponsabilidad social de los cuidados, atención integral e integrada, de desarrollo inclusivo y sostenible, de participación ciudadana y de valor público y calidad.

La Política Nacional de Cuidados 2021-2031 se estructura en cinco ejes: i) Gobernanza del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia; ii) Inteligencia de datos para la articulación y ajuste del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia; iii) Fortalecimiento de la oferta de servicios y prestaciones de Cuidados de larga Duración y Atención a la Dependencia, incluyendo los siguientes servicios: asistencia domiciliaria, para cuidado de 80 horas mensuales para personas con dependencia grave; centros de atención diurna, para personas con dependencia moderada y grave que residen en sus hogares; teleasistencia, que opera como un sistema de monitoreo de la dependencia y prevención de accidentes domésticos, accediendo a orientación profesional especializada; Centros residenciales; iv) Contribuir a la generación de condiciones para el avance de la corresponsabilidad social de los cuidados y apoyos y el cierre de brechas de

género en materia laboral, y v) Sistema de aseguramiento de la calidad del Sistema de Apoyo a los Cuidados y Atención a la Dependencia (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2021).

La presupuestación y financiamiento del SINCA-CR incluye recursos propios de las dependencias gubernamentales articuladas al sistema y con responsabilidad en la prestación de servicios de cuidados. Se prevé, asimismo, la realización de convenios de cooperación con entes públicos y privados nacionales o internacionales, así como donaciones de bienes, servicios y recursos (Instituto Mixto de Ayuda Social, 2023).

En Colombia, la Ley 2281 de 2023 creó el Sistema Nacional de Cuidados (SNCC), con el propósito de dar respuesta a las demandas de cuidado de los hogares de manera corresponsable entre la nación, el sector privado, la sociedad civil, las comunidades y entre mujeres y hombres en sus diferencias y diversidad. El SNCC se conformó de manera conjunta con la creación del Ministerio de Igualdad y Equidad. Una experiencia destacada en Colombia es el Sistema Distrital de Cuidado de *Bogotá* (SIDEUCU), el cual se sustenta operativamente en un Convenio Interadministrativo que establece que las distintas entidades distritales de Bogotá y que brindan servicios para el cuidado los prestarán con cargo a su propio presupuesto y pondrán al servicio del SIDEUCU los espacios físicos de los cuales dispongan sin cobro o arrendamiento alguno (Secretaría Distrital de la Mujer, 2021).

El SIDEUCU se articula principalmente mediante las “Manzanas del Cuidado” con un enfoque territorial y de las cuales se cuenta a la fecha con 25 unidades. Cada Manzana del Cuidado se compone por múltiples servicios y equipamientos que incluyen, entre otros: i) para mujeres y personas cuidadoras: talleres y cursos, orientación psicosocial y jurídica, lavandería comunitaria, espacios para descansos y autocuidado, consultorio médico, actividades deportivas, yoga, zumba, caminatas guiadas, recorridos turísticos y promoción de la lectura; ii) para niñas y niños: jardín de infantes, programa de experiencias artísticas para niños, actividad física; iii) para personas con discapacidad de 6 a 17 años: Centro Crecer; iv) para personas mayores: Centros de día, Casa de la Sabiduría, acciones en salud, actividad física, promoción de la lectura y la estrategia “Territorios de Innovación”; v) para personas con discapacidad: Red de cuidado colectivo Casa a casa, actividad física ajustada, promoción de la lectura y la estrategia “Territorios de innovación”, y vi) para hombres, familias y ciudadanía en general: talleres prácticos dirigidos al aprendizaje de la redistribución de los

trabajos de cuidado, escuela “A cuidar se aprende” y club de lectura para aprendizaje de la redistribución del cuidado. Todos los servicios que brinda el SIDEKU son gratuitos y financiados con recursos públicos.

Por último, en *México* el caso más destacado en la instauración de un sistema integrado de cuidados lo constituye la Ciudad de México. Este sistema se analiza en el siguiente capítulo de este estudio, por lo que aquí solo se señalan su propósito y principales componentes. Como se mencionó en la introducción, el objetivo de este sistema de cuidados es el de diseñar e implementar políticas transformadoras que impacten en el bienestar de mujeres cuidadoras, infancias, personas mayores y personas con discapacidad mediante el reconocimiento del trabajo de cuidados que hace la población, principalmente las mujeres, la reducción de las tareas del cuidado al interior de los hogares y la redistribución de las responsabilidades de cuidado.

Uno de los principales componentes del sistema de cuidados se basa en la estrategia de las “Casas de Cuidados de las 3R”, y su articulación con los Puntos de Innovación, Libertad, Arte, Educación y Saberes (PILARES), y con las Unidades de Transformación y Organización para la Inclusión y la Armonía Social (UTOPÍAS).

Como parte de una estrategia de expansión gradual, las “Casas de Cuidados de las 3R” se establecerán en las 16 alcaldías de la Ciudad de México, con un total proyectado de 200 unidades para 2029. El despliegue contempla, además de la Casa ya en funcionamiento, la apertura de 23 espacios hacia finales de 2025, 40 en 2026, 46 en 2027, 46 en 2028 y 44 adicionales en 2029.

La coordinación estará a cargo de la SEBIEN de la Ciudad de México, bajo una visión centrada en la corresponsabilidad y orientada a la desfeminización, a la desfamiliarización y a la desmercantilización de los cuidados. En términos generales, los criterios para las localizaciones incluyen la descentralización, priorizando zonas periféricas y alejadas de los centros de cuidados ya existentes; lugares con alta densidad poblacional en especial con necesidad de cuidados; y en correspondencia con la estrategia de “Territorios de Paz” centrada en las zonas con altos índices de violencia. En el capítulo 4 se retoma el tema de la localización propuesta de las Casas de Cuidados de las 3R para valorar su contribución al impacto económico del trabajo de cuidados no remunerados en la Ciudad de México.

A partir del examen de estos seis modelos de servicios de cuidado que se han presentado, y que se resumen en el cuadro 1.2, se puede concluir la existencia de generalidades, pero también de particularidades. Todos ellos se constituyen como un sistema nacional o local que integra a todas las acciones y programas de cuidado. En todas ellas se combina, también, acciones tendientes al apoyo en las viviendas y también servicios de cuidados en equipamientos públicos. Existe una orientación generalizada hacia la atención a las mujeres, como también de tres grupos de población para atender y cuidar: infantil, adulta mayor y discapacitada.

Quizá sean tres elementos a rescatar que existen en otras latitudes y que se pudieran implementar en el Sistema de Cuidados de la Ciudad de México:

- El primero es la creación de un sistema de información para el registro de la población cuidadora y cuidada, tal y como se ha propuesto en Argentina y se implementa en Costa Rica.
- El segundo es el programa de teleasistencia para el cuidado de la población adulta mayor, el cual existe en Costa Rica y en Uruguay, y está contemplado en Argentina.
- Por último, las iniciativas para las personas cuidadoras, tales como las personas cuidadoras comunitarias de Uruguay, el pago a personas cuidadoras de personas con discapacidad que se hace en Chile, o los talleres y cursos de capacitación para el cuidado que se ofrecen en Bogotá y se planean en Argentina.

Estas propuestas serán retomadas en el capítulo 4 de este estudio. Por ahora, el examen se orienta ahora hacia los componentes del análisis de la economía del cuidado, tema a cubrir en el siguiente capítulo.

2. Tipología, oferta, demanda y cuantificación del valor económico de los servicios de cuidado

La economía del cuidado, o el impacto económico de los cuidados, es tema de gran relevancia en los estudios económicos, sociales, territoriales y de política pública. La economía del cuidado se define como el conjunto de actividades y de prácticas necesarias para la supervivencia cotidiana de las personas en la sociedad en que viven, lo que incluye el autocuidado, el cuidado directo a otras personas, las precondiciones en que se realiza el cuidado, como la limpieza de la casa, la compra y preparación de alimentos, y la gestión del cuidado, o la coordinación de horarios, traslados a centros educativos y a otras instituciones o la supervisión del trabajo de cuidadoras remuneradas, entre otros (Esquivel, 2011). El cuidado permite atender a las necesidades de las personas dependientes por su edad o por sus condiciones y capacidades: niñas y niños; personas mayores; personas enfermas o con discapacidades, y también de las que podrían autoproveer dicho cuidado.

Un paradigma que se ha desarrollado a la par de la economía del cuidado es el de la *economía feminista*, entendida como aquella corriente del pensamiento que pone énfasis en la necesidad de incorporar a las relaciones de género como variable en la explicación del funcionamiento de la economía, y de la diferente posición de los hombres y de las mujeres como agentes económicos, como factores de la producción, como personas que se apropian y utilizan el espacio público urbano y como sujetos de la política económica (Pacione, 2009: 499-514; Rodríguez, 2015: 31-32). El punto de encuentro entre ambos paradigmas es el de la distribución y usos del tiempo, y en específico en el *trade-off* o la disyuntiva entre el tiempo dedicado al mercado de trabajo y el tiempo dedicado a otras actividades, una de ellas el cuidado (Hoffman y Averett, 2010: 218-227).

Desde la perspectiva de la teoría económica, el análisis del cuidado se lleva a cabo con la caracterización y confrontación de la oferta (servicios y equipamientos para el cuidado) con la demanda (población que requiere del cuidado). En forma adicional, se debe tomar en cuenta que los servicios de cuidado pueden requerir de una larga temporalidad o ser permanentes, además de que éstos se llevan a cabo, predominantemente, en las viviendas.

Bajo estos precedentes, el propósito de este capítulo consiste en caracterizar la tipología, la oferta y la demanda de servicios de cuidado en la Ciudad de México, a partir de inventariar los centros públicos, privados y comunitarios para la infancia, personas con discapacidad, mujeres y personas adultas mayores; analizar la cobertura efectiva y calidad; cuantificar su valor económico, e identificar brechas en cuanto a la atención de cuidados por grupos de población y territorios.

Para cumplir con lo anterior, el capítulo se divide en cuatro apartados: en el primero se examinan los tipos de servicios de cuidado según población atendida, o las características de la oferta de equipamientos para el cuidado. En el segundo se cuantifica la oferta en la Ciudad de México de las unidades y equipamientos para los servicios de cuidado, así como su distribución territorial por alcaldías. En el tercer apartado se analiza el comportamiento de la oferta y la demanda de equipamientos para servicios de cuidado en la Ciudad de México y su distribución espacial por alcaldías y colonias. Por último, en el cuarto apartado se expone el diseño y se presentan los resultados de una metodología alternativa para medir el valor económico de los servicios de cuidado no remunerados en la Ciudad de México, con especial enfoque en las mujeres cuidadoras, a escala geográfica alcaldía y colonia.

Tipos de servicios de cuidados según población atendida

Las infraestructuras y los equipamientos urbanos son elementos imprescindibles para el ejercicio de los cuidados y la implementación de políticas públicas en esta materia. La tipología de instalaciones para el cuidado que se utiliza en este estudio se hace a partir de tres fuentes oficiales: i) Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS), elaborado por el INEGI; ii) Norma Oficial Mexicana NOM-002-SEDATU-2022 Equipamientos del Sistema General de Planeación Territorial (DOF, 2022), y iii) Evaluación diagnóstica y de diseño del Sistema de Cuidados en la Ciudad de México (Evalúa CDMX, 2024).

El CAAS define un establecimiento de asistencia social como aquel que “está destinado a proporcionar alojamiento, protección, alimentación y otros servicios a un conjunto de personas en condición vulnerable, que no pueden satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, debido a su situación de necesidad, desamparo,

enfermedad o discapacidad” (INEGI, 2016: 2). Esos equipamientos se dividen en diez clases, cada una orientada a una población específica (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1
Clasificación de los alojamientos de asistencia social (AAS), por población atendida

Clasificación	Población atendida
Casa hogar	Menores de edad
	Adultos mayores
Albergue	Personas indígenas
	Personas migrantes
	Mujeres
	Personas en situación de calle
Centro de rehabilitación	Personas con adicciones
Hospital psiquiátrico/residencia	Personas con trastornos mentales o con discapacidad mental
	Personas con enfermedades incurables o terminales
Refugio	Mujeres, sus hijas e hijos, en situación de violencia

Fuente: elaboración propia con información de INEGI, Censo de Alojamientos de Asistencia Social.

Por su parte, la NOM-002-SEDATU-2022 de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (SEDATU) ofrece una clasificación de equipamientos urbanos, públicos y privados para la planeación territorial; éstos son divididos en subsistemas (Cuadro 2.2).³

Cuadro 2.2
Actividades y subsistemas de equipamientos urbanos, según la NOM-002-SEDATU-2022

Actividades señaladas en la LGAHOTDU	Subsistemas de equipamiento
Económicas	Comercio y Servicios Financieros Especiales
Sociales	Administración Pública y Servicios Urbanos Públicos y Concesionados
	Asistencia Social
	Salud pública y privada
Culturales	Cultura y Recreación
Deportivas	Deporte
Educativas	Educación pública y privada
De traslado	Comunicaciones
	Transporte
De abasto	Abasto

Fuente: elaboración propia con base en NOM-002-SEDATU-2022.

³ Artículo 3, fracción XVII de la Ley General de Asentamientos Humanos, Ordenamiento Territorial y Desarrollo Urbano (LGAHOTDU).

El subsistema más relacionado con los equipamientos para servicios de cuidado es el de asistencia social, que se refiere a “los establecimientos destinados a generar acciones que modifiquen y mejoren las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental” (DOF, 2022). Otros subsistemas vinculados a la atención de servicios de cuidado son salud pública y privada, cultura y recreación, deporte y abasto.

En la Ciudad de México, EVALÚA publicó en 2024 una evaluación del Sistema de Cuidados en la cual se propone una clasificación de equipamientos de cuidados en función de la población atendida: i) población infantil; ii) personas con discapacidad; iii) población adulta mayor, y iv) otros servicios de cuidado (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.3

Tipología local de establecimientos del Sistema de Cuidados de Ciudad de México, por población atendida y con su equivalencia a los tipos de equipamiento de la NOM-002-SEDATU-2022

Población atendida	Tipología local de establecimientos del Sistema de Cuidados	Tipo de equipamiento (NOM-002-SEDATU-2022)
Población infantil	Centros de Atención y Cuidado Infantil (público federal, público estatal, público alcaldía, comunitarios y privados) y preescolares	5. Estancia infantil o guardería 26. Centro de Desarrollo Infantil
	Escuelas de tiempo completo, jornada ampliada y ambas modalidades	28. Escuela primaria
	Lactantes, maternales y preescolares de instituciones nacionales de cuidado infantil en la Ciudad de México (IMSS, ISSSTE, SEP, etc.)	1. Casa cuna 5. Estancia infantil o guardería
	Centros de Desarrollo Infantil de las alcaldías	5. Estancia infantil o guardería
	Centros de día DIF	16. Centro de convivencia comunitario
	Instituciones públicas de alojamiento a menores de edad (con base en CAAS-INEGI)	3. Albergue permanente para menores de edad 4. Albergue temporal para menores de edad
Población con discapacidad	Centros de atención múltiple	15. Centro de desarrollo comunitario
	Unidades de rehabilitación DIF	17. Establecimiento de asistencia social permanente

Población adulta mayor	Instituto del Envejecimiento Digno (INED): Círculos de Aprendizaje Socialización y Saberes (CASS), Centros de Desarrollo para el Envejecimiento Digno (CEDE), Centro de Formulación Integral para la Enseñanza de Artes y Oficios (CEFI) y Módulos de Atención del INED.	13. Establecimiento de asistencia social temporal 17. Establecimiento de asistencia social permanente
	Albergues y centros del INAPAM y SNDIF	12. Albergues y residencias del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores
	Oferta de servicios de cuidado por parte de alcaldías	16. Centro de convivencia comunitario
Otros servicios de cuidado de la Ciudad de México	Centros de Asistencia e Integración Social	15. Centro de desarrollo comunitario
	Comedores populares	14. Casa o comedor comunitario
	Nuevos centros de cuidado: Utopías y Pilares	16. Centro de convivencia comunitario

Fuente: elaboración propia con información de Evalúa CDMX y la NOM-002-SEDATU-2022.

Número y localización de centros públicos y privados para los cuidados

A partir de los señalamientos enunciados en el apartado anterior, las instalaciones que se consideran en este estudio como unidades públicas y privadas para la oferta de servicios de cuidado en la Ciudad de México son aquellas enlistadas en el DENUE (INEGI, 2025b), el cual proporciona información de todas las unidades económicas privadas y públicas existentes en un territorio y sus características principales como giro de actividad económica (desagregada a clase de actividad);⁴ estrato de personal ocupado y posición geográfica georreferenciada. Para la Ciudad de México, en mayo de 2025 había 460,760 unidades económicas y población ocupada estimada de 4'503,468 personas.

Los grupos de población para el cuidado que se contemplan en este estudio son tres: i) población infantil, de 0 a 4 años; ii) población adulta mayor, de 65 años y más, y iii) población con discapacidad, de cualquier edad. Las unidades económicas que corresponden a cada grupo de población para el cuidado se presentan en el cuadro 2.4.

Las unidades económicas relacionadas con los servicios de cuidado se agrupan en 24 clases de actividad, divididas en seis para la población infantil, diez para la población adulta mayor y ocho para la población discapacitada; todas ellas pertenecen a los sectores 61.

⁴ El giro de actividad sigue el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN).

Servicios educativos y 62. Servicios de salud. Algunas de estas clases de actividad trastocan la atención de dos o hasta los tres grupos de población de estudio, pero se decidió dejarlas en un solo grupo de atención para evitar duplicidad de información.

Cuadro 2.4
Unidades económicas por clase de actividad
y según grupo de atención de servicios de cuidado

Clase de actividad	Descripción
Población infantil	
611111	Escuelas de educación preescolar del sector privado
611112	Escuelas de educación preescolar del sector público
623991	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector privado
623992	Orfanatos y otras residencias de asistencia social del sector público
624411	Guarderías del sector privado
624412	Guarderías del sector público
Población adulta mayor	
623111	Residencias del sector privado con cuidados de enfermeras para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales
623112	Residencias del sector público con cuidados de enfermeras para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales
623311	Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos
623312	Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de ancianos
624211	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector privado
624212	Servicios de alimentación comunitarios prestados por el sector público
624221	Refugios temporales comunitarios del sector privado
624222	Refugios temporales comunitarios del sector público
624231	Servicios de emergencia comunitarios prestados por el sector privado
624232	Servicios de emergencia comunitarios prestados por el sector público
Población discapacitada	
611181	Escuelas del sector privado de educación para necesidades especiales
611182	Escuelas del sector público de educación para necesidades especiales
623211	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con problemas de retardo mental
623212	Residencias del sector público para el cuidado de personas con problemas de retardo mental
623221	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con problemas de trastorno mental y adicción
623222	Residencias del sector público para el cuidado de personas con problemas de trastorno mental y adicción
624121	Centros del sector privado dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados
624122	Centros del sector público dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados

Fuente: elaboración propia con información del DENUE.

En mayo de 2025 había en la Ciudad de México un total de 4,145 unidades económicas privadas y públicas para servicios de cuidado, con una ocupación estimada en 57,123 personas. Estas unidades económicas representan el 0.9% del total de unidades económicas de la Ciudad de México y daban ocupación al 1.3% de los empleados totales estimados. Tanto las unidades económicas como el personal ocupado son mayoritarios para la atención de la población infantil, mientras que los números para la población discapacitada y para la población adulta mayor son de menor cuantía y cercanos entre ellas.

Desde el punto de vista de la distribución territorial se tiene que las alcaldías Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Cuauhtémoc concentraban el mayor número de población ocupada, las tres con más de 5,000 ocupados en cada una de ellas, mientras que en un segundo segmento se ubicaban Coyoacán, Álvaro Obregón y Tlalpan, con más de 4,000 ocupados. En el polo opuesto, las de menor demanda ocupacional eran Magdalena Contreras, Milpa Alta y Tláhuac, con montos menores a 2,000 personas (Cuadro 2.5).

La población ocupada por alcaldía para la atención a la población infantil sigue un ordenamiento territorial parecido al de la demanda ocupacional total; pero para las otras dos poblaciones de atención existen diferencias que llaman la atención: por un lado, el personal ocupado estimado para atender población adulta mayor era significativamente mayor con respecto de la demanda ocupacional para atender población discapacitada en Azcapotzalco, Cuajimalpa e Iztacalco. En cambio, más empleo para la atención de población discapacitada con respecto a la población adulta mayor se encontraba en Coyoacán, Iztapalapa, Álvaro Obregón y Cuauhtémoc. A continuación, se abundará más en el balance total para la Ciudad de México y territorial por alcaldía entre oferta y demanda potencial de unidades para servicios de cuidado.

Cuadro 2.5
Unidades económicas para servicios de cuidado por alcaldía, 2025

Alcaldía		Total		Población infantil		Población adulta mayor		Población discapacitada	
Clave	Nombre	Unidades	Personal	Unidades	Personal	Unidades	Personal	Unidades	Personal
	Ciudad de México	4 145	57 123	2 959	45 222	607	5 870	579	6 031
9002	Azcapotzalco	179	2 757	146	2 260	17	312	16	185
9003	Coyoacán	290	4 857	210	3 897	29	392	51	568
9004	Cuajimalpa	133	2 022	95	1 495	23	435	15	92
9005	Gustavo A. Madero	484	6 549	348	5 313	70	629	66	607
9006	Iztacalco	164	2 388	122	1 830	27	386	15	172
9007	Iztapalapa	708	7 303	516	5 946	108	484	84	873
9008	Magdalena Contreras	125	1 860	87	1 232	19	323	19	305
9009	Milpa Alta	94	826	49	652	34	102	11	72
9010	Alvaro Obregón	362	4 379	244	3 292	46	484	72	603
9011	Tláhuac	190	1 997	121	1 671	38	139	31	187
9012	Tlalpan	344	4 335	243	3 494	52	440	49	401
9013	Xochimilco	178	2 093	105	1 464	44	321	29	308
9014	Benito Juárez	218	3 907	160	2 928	21	438	37	541
9015	Cuauhtémoc	263	5 414	207	4 558	29	367	27	489
9016	Miguel Hidalgo	219	3 908	162	3 052	28	461	29	395
9017	Venustiano Carranza	194	2 528	144	2 138	22	157	28	233

Fuente: elaboración propia con información del DENUE.

Demanda y cobertura

La población total de la Ciudad de México en 2020, según los microdatos, fue de 9'159,393 habitantes, de la cual 483,387 tenían entre 0 y 4 años de edad, siendo la población infantil de estudio y representando 5.3% del total, mientras que 1'041,324 personas tenían 65 años y más, población adulta mayor, participando con 11.4% de la población total. Finalmente, un total de 338,687 personas eran discapacitadas porque tenían mucha dificultad para, o no podían, ver, oír, caminar, recordar, bañarse y/o hablar, o tener algún problema mental; esta población representaba 3.7% de la población total.⁵ Hay que tomar en cuenta que una persona puede ser, al mismo tiempo, del grupo de población infantil y de población discapacitada, o de población adulta mayor y de población discapacitada.

Por otro lado, el número de viviendas particulares habitadas era de 2'720,459 unidades. De ellas, en 410,282 había al menos una niña o niño de cero a cuatro años, mientras que en 789,478 viviendas residía al menos un adulto mayor y en 323,431 viviendas particulares residía al menos una persona con discapacidad. En forma adicional, 1'097,280 viviendas particulares habitadas tenían a una mujer como jefa de hogar, 40.3% del total. Estos cuatro grupos de población son los de análisis en este estudio.

Los hogares con jefatura femenina son relevantes para el estudio de la economía de cuidados, ya que la creciente incorporación femenina al mercado de trabajo no ha significado el abandono de sus demandas familiares, y mucho más si además es la jefa del hogar (Orozco, 2024). En este estudio se considera a este número de hogares como un grupo transversal para la valoración de la demanda de servicios de atención. En el cuadro 2.6 se describe la distribución espacial por alcaldías de estos cuatro grupos.

⁵ Esta cuantificación de población total, población infantil, población adulta mayor y población con discapacidad difiere de la presentada en el primer apartado del capítulo 1, ya que aquella se refiere a los tabulados del cuestionario básico, mientras que éstos son tabulados del cuestionario ampliado, a partir de la muestra censal, y expresados en microdatos.

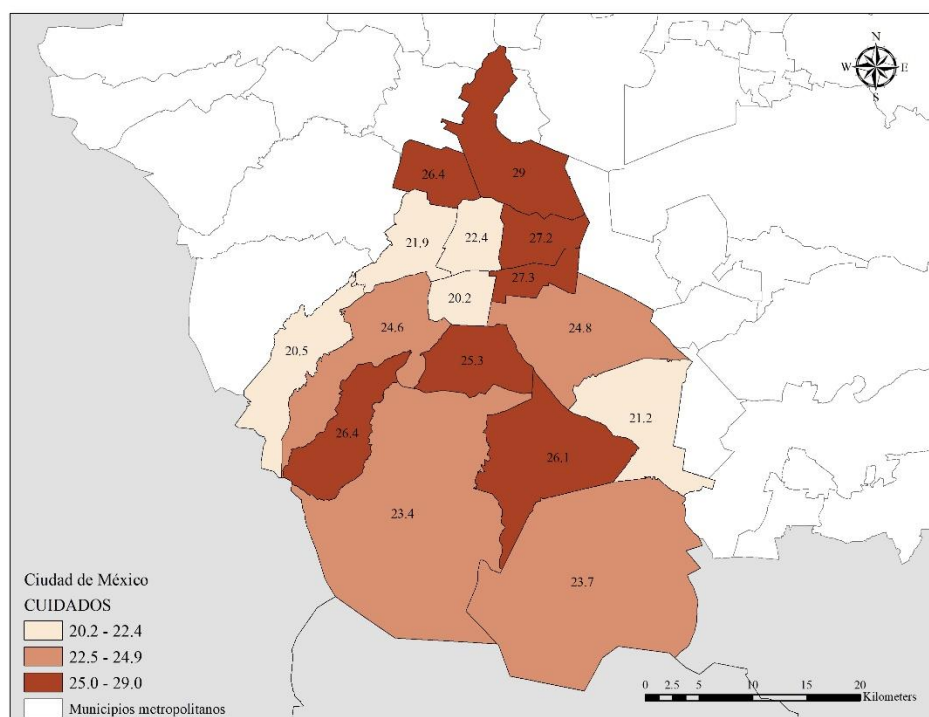
Cuadro 2.6
Viviendas particulares habitadas con población que potencialmente requiere cuidado, 2020

Clave	Nombre	Totales	Con jefatura femenina	Con población infantil	Con población adulta mayor	Con población discapacitada	Con dos o más grupos	Porcentaje dos o más grupos
	Ciudad de México	2 720 459	1 097 280	410 282	789 478	323 431	673 167	24.7
9002	Azcapotzalco	132 362	55 300	18 007	42 416	16 136	34 939	26.4
9003	Coyoacán	184 264	73 665	23 638	66 503	19 114	46 527	25.3
9004	Cuajimalpa	66 220	23 827	11 368	16 698	6 078	13 554	20.5
9005	Gustavo A. Madero	332 413	134 495	51 167	113 702	50 791	96 452	29.0
9006	Iztacalco	116 121	47 153	18 522	36 618	15 833	31 709	27.3
9007	Iztapalapa	488 986	186 922	86 440	135 685	61 811	121 391	24.8
9008	Magdalena Contreras	69 294	26 959	11 530	21 140	8 629	18 313	26.4
9009	Milpa Alta	39 534	13 425	9 222	7 899	5 936	9 360	23.7
9010	Alvaro Obregón	215 988	86 862	33 392	64 356	24 450	53 231	24.6
9011	Tláhuac	104 103	35 553	19 862	22 935	13 641	22 109	21.2
9012	Tlalpan	195 648	74 724	32 763	51 991	23 626	45 806	23.4
9013	Xochimilco	113 895	45 238	20 531	30 938	16 350	29 757	26.1
9014	Benito Juárez	175 375	76 119	14 114	46 968	13 966	35 509	20.2
9015	Cuauhtémoc	201 317	92 488	22 009	48 064	19 725	44 997	22.4
9016	Miguel Hidalgo	149 989	63 191	17 913	43 281	12 037	32 788	21.9
9017	Venustiano Carranza	134 950	61 359	19 804	40 284	15 308	36 725	27.2

Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, microdatos.

El rango de variación en el número de viviendas en donde residían personas de dos o más grupos de atención fue de 9,360 en la alcaldía Milpa Alta a 121,391 en Iztapalapa, mientras que el rango de variación del porcentaje fue de 20.5% en Cuajimalpa a 27.3% en Iztacalco (Mapa 2.1). Estos valores absolutos y relativos ilustran necesidades diferenciales de servicios de cuidados, a decir de la distribución territorial de la población potencialmente demandante. Las alcaldías con menor demanda relativa corresponden a la ciudad central y poniente, en tanto que las de mayor demanda relativa se agrupan al norte y noreste.

Mapa 2.1
Porcentaje de viviendas donde reside población
de dos o más grupos de cuidados por alcaldía, 2020



Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, microdatos

Al comparar la información del cuadro 2.6, demanda de servicios de cuidado, con la del cuadro 2.5, oferta de servicios de cuidado, se logra tener un balance sobre la cobertura y la atención de los servicios de cuidado por alcaldía. Para hacer esa comparación se introduce un indicador: la división del número de viviendas en donde reside una o más personas de los grupos de cuidado entre la población ocupada de las unidades económicas que atienden a

estos grupos. A mayor valor del indicador menor capacidad de atención; en otras palabras, a mayor valor mayor número de viviendas a atender por ocupado. Los resultados se presentan en el cuadro 2.7.

Cuadro 2.7
Cobertura de los servicios de cuidado:
Número de viviendas por ocupado según alcaldía

Clave	Nombre	Con población infantil	Con población adulta mayor	Con población discapacitada
	Ciudad de México	9.1	134.5	53.6
9002	Azcapotzalco	8.0	135.9	87.2
9003	Coyoacán	6.1	169.7	33.7
9004	Cuajimalpa	7.6	38.4	66.1
9005	Gustavo A. Madero	9.6	180.8	83.7
9006	Iztacalco	10.1	94.9	92.1
9007	Iztapalapa	14.5	280.3	70.8
9008	Magdalena Contreras	9.4	65.4	28.3
9009	Milpa Alta	14.1	77.4	82.4
9010	Alvaro Obregón	10.1	133.0	40.5
9011	Tláhuac	11.9	165.0	72.9
9012	Tlalpan	9.4	118.2	58.9
9013	Xochimilco	14.0	96.4	53.1
9014	Benito Juárez	4.8	107.2	25.8
9015	Cuauhtémoc	4.8	131.0	40.3
9016	Miguel Hidalgo	5.9	93.9	30.5
9017	Venustiano Carranza	9.3	256.6	65.7

Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, microdatos.

La información del cuadro 2.7 pone en evidencia las desigualdades por grupo de población y por alcaldía en la atención de servicios de cuidado en la Ciudad de México. Por principio de cuentas, mientras que cada ocupado de las unidades económicas abocadas a la atención de población infantil se encarga de, en promedio, nueve viviendas, un ocupado para atender a población adulta mayor le tocan, en promedio, 134 viviendas. Se puede decir, entonces, que la Ciudad de México está bien equipada para la atención del cuidado de la población de cero a cuatro años, la cual representa 5.3% de la población total y que, además, debido a la etapa avanzada de transición demográfica que tiene la Ciudad de México y que

se ha documentado previamente (véase Anderson, 2015: 36-40; Schteingart *et al*, 2023: 11-38), este grupo de población disminuye su volumen año con año.

En sentido contrario, la población adulta mayor es la de mayor ritmo de crecimiento y en 2020 representaba 11.4% de la población total. Como se ha mencionado anteriormente, y con base en las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2025), a mediados de 2030 la población adulta mayor en Ciudad de México sumará 1'368,777 personas, representando 15.2% de la población total y se consolidará como la entidad federativa con mayor grado de envejecimiento en el país; la segunda será Veracruz con 12.8%. Sin embargo, su presencia y ritmo de crecimiento no ha estado compensados con la expansión de unidades económicas de soporte para la atención de sus cuidados, de tal manera que se tiene ahora un ocupado para cada 134 viviendas potencialmente demandantes de servicios. No hay duda que este desbalance es uno de los principales retos a enfrentar por parte de la Ciudad de México en materia de economía del cuidado.

Por lo que respecta a la cobertura para la población discapacitada, la Ciudad de México también experimenta cierto desajuste ya que hay un ocupado para cada 53 viviendas potencialmente demandantes de la atención del servicio de cuidado. La condición de discapacidad de la población está estrechamente relacionada con su edad (Pinilla *et al*, 2022), tal y como ha sido documentado previamente. Por lo tanto, y debido al proceso de envejecimiento de la estructura demográfica de la Ciudad de México, el volumen de población con discapacidad se irá incrementando, aspecto que deberá ser tomado en cuenta en los sistemas de cuidado tanto del Gobierno de México como del Gobierno de la Ciudad de México.

Desde la perspectiva espacial, en el cuadro 2.7 se resaltan con negrillas las cuatro alcaldías con menor personal ocupado para la atención de las necesidades de cuidado. Como se observa, las alcaldías Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Milpa Alta enfrentan la mayor problemática de atención, mientras que, en el polo opuesto, Cuajimalpa, Contreras, Álvaro Obregón, Tlalpan, Benito Juárez, Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo contienen un balance más halagüeño. El patrón espacial del balance en la cobertura no es el mismo (Mapa 2.2).

Mapa 2.2
Cobertura de servicios de cuidado según grupo de población por alcaldía



Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020, microdatos; DENUE 2025

La coloración de los mapas 2.2a, 2.2b y 2.2c va de claro (menor cobertura) a oscuro (mayor cobertura). En términos generales, la zona poniente es de mayor balance en la oferta-demanda de servicios de cuidado, mientras que en el norte y oriente se denotan las mayores desventajas. La transformación demográfica de la Ciudad de México y la distribución espacial de la población apuntan a un conjunto de retos en términos del logro de una mayor equidad de género y conciliación economía-hogares (Altamirano, 2025: 179-182). En la construcción de un sistema público de cuidados de alta calidad y cobertura, que permita reducir, revalorar y redistribuir las tareas de cuidado, es indispensable considerar la cobertura y los desbalances socio-demográficos y territoriales; es decir, una economía del cuidado a favor de las mujeres.

Valor económico y brechas en la atención de cuidados

Las encuestas de uso del tiempo (EUT) son herramientas de gran utilidad para poner el trabajo no remunerado y de cuidado en la esfera pública, además de servir como fundamento para la formulación de políticas públicas o normativas para su abordaje. Otro elemento significativo de las EUT es señalar el papel y el aporte de la mujer a la economía en su conjunto, incluyendo las condiciones de carencias y de informalidad en su inserción laboral y en su vida cotidiana.

El INEGI llevó a cabo el levantamiento de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2024 cuyos propósitos fueron: i) proporcionar información estadística para

la medición de todas las formas de trabajo de las personas, tanto remunerado como no remunerado; ii) hacer visible la importancia de la producción doméstica y su contribución a la economía; iii) medir la forma como usan su tiempo los hombres y las mujeres, y iv) indagar sobre la percepción de su bienestar (INEGI, 2025c). La ENUT se aplicó a población de 12 años y más de áreas urbanas, rurales e indígenas. Su cobertura geográfica es nacional y por entidad federativa.

Un primer elemento a destacar de la información de la ENUT es que prácticamente toda la población de 12 años y más en México y en la Ciudad de México se dedicaban a una actividad productiva o de trabajo; los 106.8 millones de personas en México representaron el 99.1%, mientras que en la Ciudad de México los 8.2 millones de personas eran el 99%. Por otro lado, el tiempo promedio a la semana que la población destina para el mercado de trabajo eran 47 horas en el contexto nacional y 51 horas en la Ciudad de México (Cuadro 2.8).

Un segundo elemento de relevancia es que el grueso de la población realizaba trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario: para el país en su conjunto, el 98.3% de la población de 12 años y más lo realizaba y con un promedio de 35 horas a la semana. En la Ciudad de México el porcentaje era 98.8% y con dedicación promedio de 32 horas a la semana; poco mas de cuatro horas y media al día.

Y una tercera consideración es la brecha de género. En la Ciudad de México los hombres destinaban 17% más horas que las mujeres al mercado de trabajo, 54 contra 47 horas a la semana, pero en cambio, las mujeres dedicaban 85% más horas que los hombres al trabajo no remunerado, doméstico, de cuidados y voluntario, 41 contra 22 horas. La brecha es mayor en el total nacional, ya que en el país los hombres destinaban 22% más horas que las mujeres al mercado de trabajo, y las mujeres dedicaban 120% más horas que los hombres al trabajo no remunerado, doméstico, de cuidados y voluntario.

Los hombres estaban en el mercado de trabajo 2.4 horas por cada hora destinada al trabajo no remunerado y de cuidados, pero esa relación para las mujeres era 1.1 horas. Estos datos muestran la aún desigualdad en la división del trabajo remunerado y no remunerado al interior de los hogares, así como entre mujeres y hombres en el país y en la Ciudad de México, desigualdad ya advertida desde años atrás (véase, por ejemplo, Becker, 1981).

Cuadro 2.8
Población de 12 años y más con actividades productivas o de trabajo, 2024

Actividades productivas o de trabajo	Población total	Horas semanales	Promedio de horas	Mujeres	Horas semanales	Promedio de horas	Hombres	Horas semanales	Promedio de horas
México	106 817 138	6 955 588 569	65.1	57 169 285	3 922 638 605	68.6	49 647 853	3 032 949 964	61.1
Trabajo para el mercado	64 944 680	3 081 422 577	47.4	27 557 179	1 161 597 595	42.2	37 387 501	1 919 824 982	51.3
Trabajo no remunerado de producción de autoconsumo	25 296 445	136 129 444	5.4	14 016 530	69 297 319	4.9	11 279 915	66 832 125	5.9
Trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario	106 035 391	3 738 036 548	35.3	57 047 443	2 691 743 691	47.2	48 987 948	1 046 292 857	21.4
Ciudad de México	8 267 291	539 949 950	65.3	4 483 131	302 571 480	67.5	3 784 160	237 378 470	62.7
Trabajo para el mercado	5 241 293	267 059 442	51.0	2 444 058	114 992 247	47.0	2 797 235	152 067 195	54.4
Trabajo no remunerado de producción de autoconsumo	995 463	4 603 967	4.6	609 432	2 866 757	4.7	386 031	1 737 210	4.5
Trabajo no remunerado doméstico, de cuidados y voluntario	8 252 240	268 286 541	32.5	4 480 266	184 712 476	41.2	3 771 974	83 574 065	22.2

Fuente: INEGI, Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo 2024.

La estimación de las horas destinadas al trabajo no remunerado, doméstico, de cuidados y voluntario es el indicador que comúnmente se ha utilizado para calcular su valor económico en la contabilidad nacional. Según estimaciones para ALyC (UNDP, 2024), en 2022 la contribución del trabajo para el cuidado no remunerado representó el 21% del PIB regional, mientras que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se ubicó en 15%. Entre países de ALyC, el rango de variación iba de 16% en Argentina, pasando por México con 24% y hasta 26% en Chile.

México se ubicó por encima del promedio de ALyC. Si esa participación se mantiene, entonces el monto total en 2023 habría sido de 5.7 millones de millones de pesos, a precios constantes de 2018. Estimaciones macroeconómicas indican que, para garantizar el cuidado infantil y de adultos mayores con estándares internacionales a 2035, en ALyC se requerirá una inversión del 5% del PIB en los siguientes diez años. Para México, la estimación es del 3% (CEPAL, 2025).

En este estudio se hace una propuesta metodológica alternativa para la valoración de la economía del cuidado y la identificación de brechas en la Ciudad de México. Esta propuesta es de la siguiente manera: el punto de partida son las viviendas particulares habitadas en la Ciudad de México. Tal y como se mencionó en el apartado anterior, y según los microdatos del Censo de Población y Vivienda 2020 (INEGI, 2025a), la Ciudad de México tenía en ese año un total de 9'160,381 habitantes que residían en 2'720,459 viviendas particulares habitadas. Haciendo minería de datos es posible encontrar el número de viviendas que tenían al menos una persona de los cuatro respectivos grupos de cuidados discutidos previamente y que se presentan en el cuadro 2.9.

El segundo paso consistió en estimar el ingreso promedio mensual de las viviendas según grupos de población de interés (véase cuadro 2.9). El ingreso promedio de los hogares sin residentes que potencialmente requerirían del cuidado se ubicó en 22,306 pesos mensuales, y el ingreso promedio de todos los hogares fue 18,284 pesos, lo que significa una brecha del 18%. Este porcentaje representa el valor económico de los cuidados en los hogares de la Ciudad de México.

Cuadro 2.9
Ingreso promedio mensual en las viviendas particulares habitadas
con población que requiere cuidado, 2020

Nombre	Viviendas	Ingreso promedio mensual (pesos)	Brecha (%)
Total	2 720 459	18 284	18.0
Sin grupos	904 370	22 306	0.0
Con jefatura femenina	1 097 280	15 718	29.5
Con población infantil	410 282	19 657	11.9
Con población adulta mayor	789 478	13 628	38.9
Con población discapacitada	323 431	14 535	34.8

Fuente: elaboración propia con información del INEGI, microdatos del Censo de Población y Vivienda 2020.

El valor económico, y la brecha correspondiente, son diferenciales según la residencia de grupos de atención en los hogares. En las viviendas con población infantil se tiene una brecha del 12%, pero en las viviendas con población adulta mayor la brecha se incrementa a 39%. Este diferencial se puede explicar porque los hogares con infantes menores son, generalmente, familias en formación y con mayor propensión de la jefa o del jefe de hogar o de la jefatura y su cónyuge para insertarse en el mercado de trabajo (véase Montoya, 2020). En situación contraria, a mayor edad de la población menor probabilidad de participar en el mercado de trabajo, limitación impuesta por cuestiones de salud, capacidad y normativas; los apoyos gubernamentales que recibía esta población no eran suficientes para menguar la brecha por su no permanencia en el mercado de trabajo (véase Juárez y Rodríguez, 2021).

Un aspecto adicional de la propuesta es que es posible obtener, también, el valor económico y la brecha entre hogares de la Ciudad de México según el número de personas residentes y que potencialmente requieren proporcionar o recibir de servicios de cuidado. Este examen se presenta en el cuadro 2.10.

Cuadro 2.10
Ingreso promedio mensual en las viviendas particulares habitadas
según residentes que requieren cuidado, 2020

Nombre	Viviendas	Ingreso promedio mensual (pesos)	Brecha (%)
Total	2 720 459	18 284	18.0
Sin grupos	904 370	22 306	0.0
Con un grupo	1 142 922	17 664	20.8
Con dos grupos	549 381	13 969	37.4
Con tres grupos	116 357	13 617	39.0
Con los cuatro grupos	7 429	13 189	40.9

Fuente: elaboración propia con información del INEGI, microdatos del Censo de Población y Vivienda 2020.

En la Ciudad de México había en 2020 un total de 7,429 viviendas con jefatura femenina y en donde residía al menos una niña o un niño de cero a cuatro años, una persona adulta mayor y una persona discapacitada. En ellas, el ingreso promedio era de 13,189 pesos mensuales, una brecha del 41% con respecto a un hogar en donde no había residentes potencialmente demandantes o proveedores de cuidado.

Se observa que, al haber un residente con demanda de servicios de cuidado, la brecha de ingreso era de 21% y aumenta casi el doble, a 37%, si había dos personas. En cambio, el tránsito de dos a tres y de tres a cuatro personas registra un comportamiento no lineal y cóncavo.

En síntesis, la economía del cuidado es el estudio de las actividades y prácticas cotidianas de la población en materia de autocuidado y del cuidado directo a otras personas, ya sea de manera remunerada o no remunerada. La medición cuantitativa de estas actividades se ha hecho a través del tiempo destinado y su valoración económica a través del concepto de costo de oportunidad (Varian, 1993: 327-329). Las diferencias en el ingreso promedio de los hogares en donde reside una o más personas que requieren de cuidados, o cuya jefatura de hogar es una mujer, dan cuenta de este costo de oportunidad (véase los cuadros 2.9 y 2.10). La implementación del sistema de cuidados en la Ciudad de México tendría la finalidad de mantener o, incluso, disminuir estas brechas a través de la desfeminización, desfamiliarización y desmercantilización del cuidado. Los servicios de cuidado deben

traspasar la esfera de la vivienda hacia las unidades y equipamientos públicos y privados existentes para tal fin.

En la Ciudad de México la población infantil, al parecer, está dotada adecuadamente de instalaciones para el cuidado; además, la prospectiva de esta población es hacia su disminución gradual del volumen por efecto de la transición demográfica.

Sin embargo, la Ciudad de México deberá redoblar esfuerzos para que las unidades y los equipamientos para servicios de cuidado a la población adulta mayor y personas discapacitadas crezcan a un ritmo significativo. Entre 2020 y 2030 la tasa de crecimiento promedio anual de la población adulta mayor será de 2.9%, por lo que la demanda ocupacional en instalaciones para su cuidado, públicas y privadas, deberá crecer por lo menos a ese ritmo, en aras de mantener la relación oferta-demanda que se tiene ahora. Un dinamismo inferior significará mayores presiones de atención de cuidados al interior de los hogares, lo que aumentará las brechas de ingreso y el perjuicio para las mujeres.

Estos resultados son insumos para sugerir lineamientos de política pública sobre la economía del cuidado en la Ciudad de México, tanto a escala Ciudad como también para sus alcaldías y colonias. Esta discusión se hace en el capítulo 4, una vez conociendo, en el capítulo siguiente, el marco normativo y las políticas públicas de la Ciudad de México en materia de cuidado.

3. Marco normativo y política pública para el cuidado

La promoción del cuidado como derecho y responsabilidad pública ha tenido un impulso sustantivo en los últimos años. Las Naciones Unidas han elaborado recomendaciones para que cada país miembro adopte acciones orientadas a cubrir las brechas de género en las actividades del cuidado y con un énfasis en el trabajo no remunerado. A continuación, se presentan los instrumentos normativos y de política pública que se han elaborado en el país y en la Ciudad de México. Se busca indagar qué se ha logrado avanzar para la atención de los cuidados y en dónde se puede poner énfasis para contribuir al sistema de cuidados. El análisis se realiza por los grupos de atención identificados en el capítulo anterior: mujeres, población infantil, población discapacitada y población adulta mayor.

Marco normativo nacional

En la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* se cuenta con la Iniciativa para reformar los artículos 4º y 73º para incluir el derecho a los cuidados en el país. Ambos artículos tratan sobre la implementación del Sistema Nacional de Cuidados. El Artículo 4 menciona el derecho humano a la protección a la salud para la población en general y propone reconocer el derecho de toda persona al cuidado digno, a cuidar y ser cuidadas. Si bien se hace alusión a la necesidad de especificar las necesidades de los grupos vulnerables que requieren mayor cuidado y atención médica, dicha especificación se realiza directamente en la Iniciativa de Ley sobre el Sistema de Cuidados en México.

Por su parte, el Artículo 73 propone la concurrencia de los distintos niveles de gobierno en materia del Sistema Nacional de Cuidados y la facultad del Congreso para expedir la Ley General del Sistema de Cuidados. En forma adicional el artículo señala los derechos de los niños y las niñas para satisfacer sus necesidades, incluyendo los cuidados. La reforma a estos dos artículos está en proceso de dictamen.

En la *Ley General de Salud*, no se mencionan los cuidados en general sino los paliativos, relacionados con enfermedades terminales, en donde están involucradas las Instituciones de Sector Salud y se refiere a la prestación de servicios de salud, la participación de dependencias y entidades, la promoción de la salud y la necesidad de capacitar a la población. Se trata de una Ley de aplicación general para toda la población del país y, en la

cuestión de los cuidados paliativos, se hace referencia a los enfermos terminales. Este fue uno de los primeros instrumentos normativos sobre los cuidados en México que mostró la necesidad de normar su atención debido a la fuerte carga emocional, económica y familiar que representan los cuidados paliativos.

Existe también la *Ley General de Personas con Discapacidad* en donde se reconocen los derechos y garantías para este grupo poblacional. Sobre la cuestión de los cuidados se menciona la parte sobre el derecho a la salud y rehabilitación por medio de los servicios públicos. Para ello se han creado programas, centros de atención, se han asignado responsabilidades a los entes gubernamentales, convenios de colaboración y capacitación al personal que brinda estos servicios. En este grupo de población están incluidos los restantes tres grupos, que son las infancias, las mujeres y las personas adultas mayores. No obstante, de acuerdo con los datos demográficos mostrados en el capítulo 1, las personas con discapacidad tenderán a aumentar conforme aumente el grupo de personas adultas mayores, por lo que habrá que tomar las previsiones necesarias normativamente para su atención.

A partir de que se reconoce la necesidad del derecho a los cuidados surge la *Iniciativa sobre Ley General del Sistema Nacional de Cuidados*, la cual tiene como objetivo la distribución corresponsable de los trabajos de cuidados entre el Estado, el sector empresarial, la sociedad civil, las comunidades, las familias y entre mujeres y hombres, para que a través de la asistencia y atención de las personas que requieren cuidados se cumpla con el objetivo de atender las necesidades de cada persona.

Incluye planificar y articular las políticas y acciones necesarias para contribuir a la corresponsabilidad en el trabajo de cuidados, para la eliminación de la actual división sexual del trabajo, la redistribución de la carga de trabajos que actualmente realizan las mujeres en los hogares, y, al mismo tiempo, generar la oferta de servicios de cuidado para atender a quienes requieren de cuidados, garantizando sus derechos y fomentando su autonomía.

El Sistema Nacional de Cuidados de México tiene como base estructurante el marco de Derechos Humanos; se deben articular los derechos de todas las personas involucradas como sujetos de la política; de las personas que requieren cuidados y, por otro, los derechos de las personas que cuidan que, como se ha señalado, son en su amplia mayoría mujeres, con el fin de que tengan tiempo propio y disponibilidad para realizar sus proyectos de vida y, por

otra parte, que niñas, niños y adolescentes y personas en situación de dependencia reciban la atención, asistencia y los cuidados que necesitan para desarrollarse como parte de la sociedad; lo anterior, para no enfrentar los derechos de ambas poblaciones.

Los grupos de población objetivo son: i) niñas y niños; ii) adolescentes; iii) personas mayores en situación de dependencia transitoria o permanente para realizar actividades de la vida diaria, y iv) personas que se encuentran en esta misma situación por motivo de discapacidad o enfermedad. Se considera también población objetivo del Sistema Nacional de Cuidados a las personas cuidadoras, tanto remuneradas como no remuneradas, principalmente mujeres.

De acuerdo con la normatividad nacional, las acciones antes de la Iniciativa sobre Cuidados se habían enfocado en el grupo infantil, el cual formaba parte importante en la dinámica demográfica del país desde el siglo pasado, en donde la TDI para 1970 era de 90 puntos, disminuyendo a 57 en 2000 y se espera que en 2050 llegue a 27 (véase la gráfica 1.1). Si bien este grupo todavía se considera relevante en términos de proporción de población en la actualidad, su dinámica de crecimiento ha decrecido y se observa principalmente en la caída de las tasas de fecundidad que se mencionaron en el capítulo inicial.

Tanto la normatividad como los datos anteriores van en concordancia con las necesidades de infraestructura y servicios para la atención de grupos prioritarios, en donde la Ciudad de México adquiere especial importancia debido a su concentración y tendencia creciente de población adulta mayor, por lo que la normatividad local y el Sistema de Cuidados de la Ciudad de México son un referente para cubrirlas. A continuación, se analizan.

Marco normativo local

Las bases normativas y antecedentes del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México están relacionados con las leyes a nivel nacional que se presentaron en la sección anterior. Para la Ciudad de México, la Constitución Política local es su eje rector. Como se muestra en el Cuadro 3.1, antes de la Iniciativa de Ley de Cuidados, la que tenía ya una dirección hacia la

atención de los mismos era la Ley del Derecho al Bienestar e Igualdad Social para la Ciudad de México.

Cuadro 3.1
Normatividad vigente para los grupos de atención sobre cuidados
en la Ciudad de México, 2025

Instrumento	Artículo	Tema	Grupo de atención
Constitución Política de la Ciudad de México	6	Derecho de las familias y su aporte al cuidado	Familias
	9	Derecho al cuidado y creación del Sistema de Cuidados	Población en general
	10	Protección de derechos de personas cuidadoras	Personas cuidadoras
	11	Derecho de grupos prioritarios a ser cuidados y de personas adultas mayores a cuidados paliativos y pensión económica	Grupos prioritarios Personas adultas mayores
	17	Operación eficiente del sistema de cuidados	Población en general
Ley del Derecho al Bienestar e Igualdad Social para la Ciudad de México	1	Derecho al cuidado	Mujeres cuidadoras Familias Personas en situación de dependencia Personas en situación de calle
	11	Grupos de atención prioritaria	
	13	Servicios públicos del cuidado	
	26	Institucionalización de servicios y apoyos del cuidado	
	34	Coordinación con la Comisión Institucional del Sistema de Cuidados	
Ley de Derechos de las Personas Adultas Mayores en la Ciudad de México	General	Establecimiento de un sistema de cuidados	Personas adultas mayores
Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad de la Ciudad de México	General	Derecho a la atención de necesidades	Personas discapacitadas
Iniciativa de Ley del Sistema Público de Cuidados de la Ciudad de México	General	Reconocimiento, reducción y redistribución del trabajo de cuidados con enfoque en las mujeres	Mujeres Personas discapacitadas Personas adultas mayores Infancias Personas en situación de calle

Fuente: elaboración propia.

Con base en el cuadro anterior, la *Constitución Política de la Ciudad de México* contempla el derecho al cuidado, la creación del sistema de cuidados y, a diferencia de los

instrumentos nacionales, hace énfasis en las personas cuidadoras, principalmente las mujeres. En la Ley del Derecho al Bienestar e Igualdad Social para la Ciudad de México se especifica sobre el derecho al cuidado y a los grupos de atención prioritaria, en donde se incluyen también a las personas en situación de calle. Los instrumentos relacionados con las personas adultas mayores, así como los de las personas discapacitadas formaron la base para la atención de las necesidades de estos dos grupos que están dentro de los prioritarios en la Ley de Bienestar y posteriormente en la Iniciativa de Ley sobre Cuidados.

La Iniciativa de Ley de Sistema Público de Cuidados de la Ciudad de México responde a los compromisos adquiridos a partir del *Compromiso de Tlatelolco*, producto de la XVI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y El Caribe, celebrada en agosto 2025 en la Ciudad de México y discutida en el capítulo 1. Toma en cuenta la experiencia y trayectoria jurídica de los instrumentos normativos sobre grupos prioritarios a nivel local e identifica a las personas cuidadoras, discapacitadas, adultas mayores, infancias y personas en situación de calle como grupos prioritarios de atención, haciendo énfasis en las mujeres cuidadoras.

Se reconoce a las mujeres cuidadoras como uno de los grupos prioritarios a atender a través del Sistema de Cuidados que pretende implementarse en la Ciudad de México. Este Sistema se ha propuesto a través de una Ley, que está en revisión, pero que comprende reducir y revalorar la carga de trabajos de cuidado que deba asumir cada persona, especialmente las mujeres a través de un sistema que pretende reconocer, redistribuir y reducir los trabajos de cuidado, al igual que contribuir a la reducción de la desigualdad entre géneros.

La población que se establece como prioritaria son las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital (especialmente infancia y vejez) y a quienes, de manera no remunerada, estén a cargo de su cuidado. Esto incluye infancias, personas con discapacidad, personas adultas mayores y personas cuidadoras, especialmente las mujeres. El centro sobre las mujeres cuidadoras se relaciona con que son estas personas las que se ocupan principalmente de los cuidados, por lo cual resultan de vital importancia para el sistema de cuidados que se establecerá. Con base en lo que se mencionó en los capítulos anteriores, no sólo se trata de mujeres cuidadoras sino de mujeres que pueden ser jefas de familia y en donde además puede haber varias personas en situación de dependencia,

aspecto que tiene implicaciones en términos familiares, económicos y laborales que pueden mermar la salud de la persona cuidadora, la estabilidad emocional y el ingreso familiar.

Las brechas de ingreso en los hogares identificadas en el capítulo anterior son un indicador de los problemas económicos que enfrentan las familias dependiendo del tipo de persona que cuidan. Estas incluyen desde 12% cuando hay un infante en la vivienda, 29% cuando hay jefatura femenina; 34% con una persona discapacitada, y hasta 38% cuando hay persona adulta mayor (véase el cuadro 2.9). Las brechas son mayores al ubicar a las viviendas con dos o más personas en situación de dependencia: con una la brecha es de 20%, con dos 37%, con tres 39% y con 4 sería de 40% (véase el cuadro 2.10).

Actualmente ya se trabaja en acciones tendientes a contribuir al Sistema de Cuidados que se pretende implementar. En la siguiente sección se presentan algunas de ellas.

Políticas Públicas sobre Cuidados

Se han llevado a cabo varios programas relacionados con los cuidados en la Ciudad de México, los cuales están basados en la propuesta de modificación de su Constitución Política, así como la Ley del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México. Se trabaja sobre tres aspectos básicos: i) bienestar integral; ii) participación comunitaria, y iii) ejercicio de derechos. Se pretende reducir desigualdades, cerrar brechas y garantizar derechos.

El Gobierno tiene planeada una estrategia de transformación social, en donde se da prioridad a los territorios con mayor pobreza y desigualdad, centrando su atención en las periferias, para garantizar niveles básicos de bienestar para las mayorías. Los programas sociales que ya se implementan en la Ciudad de México y que implican un apoyo económico cubren a una población cercana a los dos millones de personas en situación de vulnerabilidad y una inversión de 17 mil millones de pesos, que son adicionales a los programas federales. Los grupos que se cubren con estos nuevos programas sociales son los siguientes: i) niñas y niños de 0 a 3 años; ii) mujeres embarazadas; iii) estudiantes universitarios; iv) personas entre 57 y 64 años, y v) personas cuidadoras.

Por otro lado, los grupos que pretende cubrir el Sistema de Cuidados en la Ciudad de México son: i) mujeres cuidadoras; ii) personas discapacitadas; iii) personas adultas mayores,

y iv) infancias. Los programas sociales que cubren a la población prioritaria del Sistema de Cuidados se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 3.2
Grupos Prioritarios relacionados con los Cuidados cubiertos por los Programas Sociales del Gobierno de la Ciudad de México hasta 2025

Programa/Política	Tema	Grupo de atención
Pensión hombres bienestar del 60 a 64 años	Pensión	Personas entre 60 y 64 años
Ingreso ciudadano universal 57-59 años	Pensión	Personas entre 57 y 59 años
Beca a universitarias y universitarios para transporte y más	Becas	Estudiantes universitarios
Desde la Cuna 0-3 años	Apoyo económico	Menores de 4 años
Mujeres sanas, infancias protegidas	Apoyo económico, de salud y emocional	Mujeres embarazadas
Mercomuna Ciudad de México	Apoyo económico	Familias de bajos recursos
Aldea Juvenil	Apoyo económico y formación para el empleo	Jóvenes entre 15 y 29 años
Juventudes autogestivas	Acciones comunitarias	Jóvenes en comunidades locales
Ciudad que cuida a quien cuida	Apoyo económico a cuidadoras	Personas cuidadoras
Casa de las 3R	Reconocer, redistribuir y reducir el trabajo no remunerado a mujeres cuidadoras	Mujeres cuidadoras
Comedores comunitarios y públicos para el bienestar	Apoyo a la alimentación	Grupos vulnerables
PILARES	Servicios y programas para reducir el rezago social de las poblaciones vulnerables	Grupos vulnerables y mujeres cuidadoras
UTOPIAS	Servicios de cuidados, deportivos, culturales, artísticos, educativos y para el empleo y la participación económica	Grupos vulnerables
Cooperativas de cuidados y cuneros comunitarios (CUCOS)	Cuneros comunitarios	Infancias de 43 días a 3 años 2 meses
Cuidados y atención integral a personas mayores	Atención integral a personas mayores	Personas adultas mayores
Cuidados y atención integral a personas con discapacidad	Capacitación, salud y educación	Personas discapacitadas
Cuidados y atención a personas en situación de calle	Servicio médico, psicológico y alimentario	Personas en situación de calle
Jornadas Salud pasa por mi casa	Recorridos para ofrecer servicios médicos gratuitos	Población vulnerable

Fuente: elaboración propia.

De acuerdo con el cuadro anterior, la Ciudad de México ya cuenta con programas sociales asociados al Sistema de Cuidados que se pretende poner en funcionamiento y también cubre algunas de las necesidades de los grupos vulnerables que incluirá. Los programas se dividen en dos tipos: i) los que brindan apoyos económicos, y ii) los que proporcionan servicios. Entre los primeros se cubre a personas adultas mayores, mujeres embarazadas, estudiantes, jóvenes, infancias, familias de bajos recursos y personas cuidadoras; estos apoyos coadyuvan a cubrir necesidades específicas de acuerdo con el grupo de población atendido.

El segundo tipo es el de los servicios en donde se cubren a los grupos vulnerables que incluyen a mujeres que cuidan, infancias, personas adultas mayores, personas discapacitadas y personas en situación de calle. Aquí se incluyen las Casas de las 3R, las UTOPIAS y los PILARES, entre otros equipamientos.

Las mujeres cuidadoras, que son el grupo central a cubrir por el Sistema de Cuidados, tiene una atención inicial tanto en la cuestión de los apoyos económicos como en la de servicios. No obstante, sería hasta que se cuente con la Ley de Cuidados que la atención se acercaría más a una de tipo integral, en donde estas personas no sólo reciban los apoyos y sean atendidas por medio de los servicios, sino que puedan tener oportunidad de escoger por ellas mismas lo que desean hacer con el tiempo y recursos que ahora dedican a cuidar, ya sea en términos de salud, educación, empleo o, en todo caso, continuar con los cuidados de forma remunerada y con capacitación y apoyo profesional.

El Sistema de Cuidados representará un avance importante en cuanto a reconocer la labor de un grupo específico de población que, hasta hace poco tiempo, no había sido identificado y que, sin embargo, podría insertarse al mercado laboral, lo cual mejoraría sus ingresos individuales y familiares; dedicar tiempo de calidad de acuerdo con sus propios intereses, ya sea en su hogar o fuera de él, que repercutiría en la salud emocional y las expectativas educativas y en las relaciones sociales y, además, se estarían cubriendo cada vez más los derechos de las personas, principalmente de los grupos vulnerables, que habitan la Ciudad de México.

Con base en el análisis de los modelos de cuidados que se presentaron en el primer capítulo de este (véase el cuadro 1.2), se detectaron algunos aspectos o programas que

podrían retomarse para el caso de la Ciudad de México y que son los siguientes: i) creación de un sistema de información para el registro de la población cuidadora y cuidada; ii) programa de teleasistencia para el cuidado de la población adulta mayor, y iii) personas cuidadoras comunitarias, el pago a cuidadoras de personas con discapacidad o los talleres y cursos de capacitación para el cuidado.

Después de haber revisado la normatividad y programas sociales para la Ciudad de México en este capítulo, el siguiente cuadro trata de mostrar de manera más amplia un comparativo entre los programas que existen en otros países y los que coinciden y todavía no aparecen a nivel local (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3
Cuadro Comparativo de normativas y programas relacionados con los cuidados en otros países y en México, 2025

Normativas y Programas en otros países	Existe Ciudad de México	No existe en la Ciudad de México
Ley de Sistema de Cuidados	X (Iniciativa)	
Sistema Nacional de Cuidados	X (Iniciativa)	
Centros de atención infantil	X	
Apoyo a recién nacidos	X	
Jardines de infantes	X	
Asistentes personales para personas adultas mayores		X
Teleasistencia adultos mayores		X
Centros de día adultos mayores	X	
Persona cuidadora comunitaria		X
Persona gestora de cuidados		X
Residencias para personas con discapacidad		X
Pago a cuidadoras de personas discapacitadas		X
Alianzas público-privadas		X
Registro nacional de personas cuidadoras		X
Capacitación y certificación de personas cuidadoras		X
Convenios de cooperación para los cuidados		X
Donaciones		X
Red de cuidado colectivo		X
Capacitación para la redistribución de los cuidados		X
Servicios de salud, cuidado personal y esparcimiento para cuidadoras	X	

Fuente: elaboración propia con base en la revisión de modelos de cuidados en otros países y en México

Los programas que existen en otros países y que podrían resultar de utilidad en México pueden organizarse en dos elementos: por grupo de atención y por tema de atención. Para el primero, son los siguientes: i) para personas adultas mayores: asistentes personales y teleasistencia; ii) para personas cuidadoras: persona cuidadora comunitaria, persona gestora de cuidados, red de cuidados colectivos, capacitación y certificación, registro nacional; iii) para personas discapacitadas: residencias para personas con discapacidad, pago a personas cuidadoras de discapacitados.

Se cuenta con avances en la atención de los grupos prioritarios del Sistema de Cuidados en México, no obstante, quedan algunas cuestiones pendientes que podrían complementar lo que ya se ha hecho. Se recomienda atender cuestiones que incluyan lo siguiente: i) que puedan llevarse a cabo en el menor tiempo posible; ii) en donde se puedan aprovechar los avances de los programas relacionados con los cuidados y de otros programas ya existentes, y iii) que puedan complementar lo que ya existe para facilitar el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Cuidados en la Ciudad de México. En el siguiente capítulo se explica más sobre estas propuestas.

4. Lineamientos de política pública: hacia un Programa Especial de Bienestar y Cuidados en la Ciudad de México

Los presentes lineamientos parten de un enfoque espacio-sectorial, es decir, localizado y con la identificación de necesidades específicas para cada grupo prioritario que se ha explicado en este estudio, tomando en cuenta dos premisas fundamentales: i) las actividades de cuidados inician y se concluyen en el hogar, y ii) los equipamientos y las unidades económicas coadyuvan a esa atención.

En el mapa 4.1 se presenta la distribución espacial de los grupos de atención por colonia. Como se puede observar, la concentración de cada grupo de población es diferencial, siendo que la población infantil se concentra con mayor intensidad en colonias de la periferia de la Ciudad de México, mientras que los hogares con jefatura femenina tienden a concentrarse en las alcaldías centrales. Asimismo, la población adulta mayor se concentra hacia un primer anillo exterior a la ciudad central, y la población discapacitada reside, con mayor intensidad, hacia la porción este de la Ciudad.

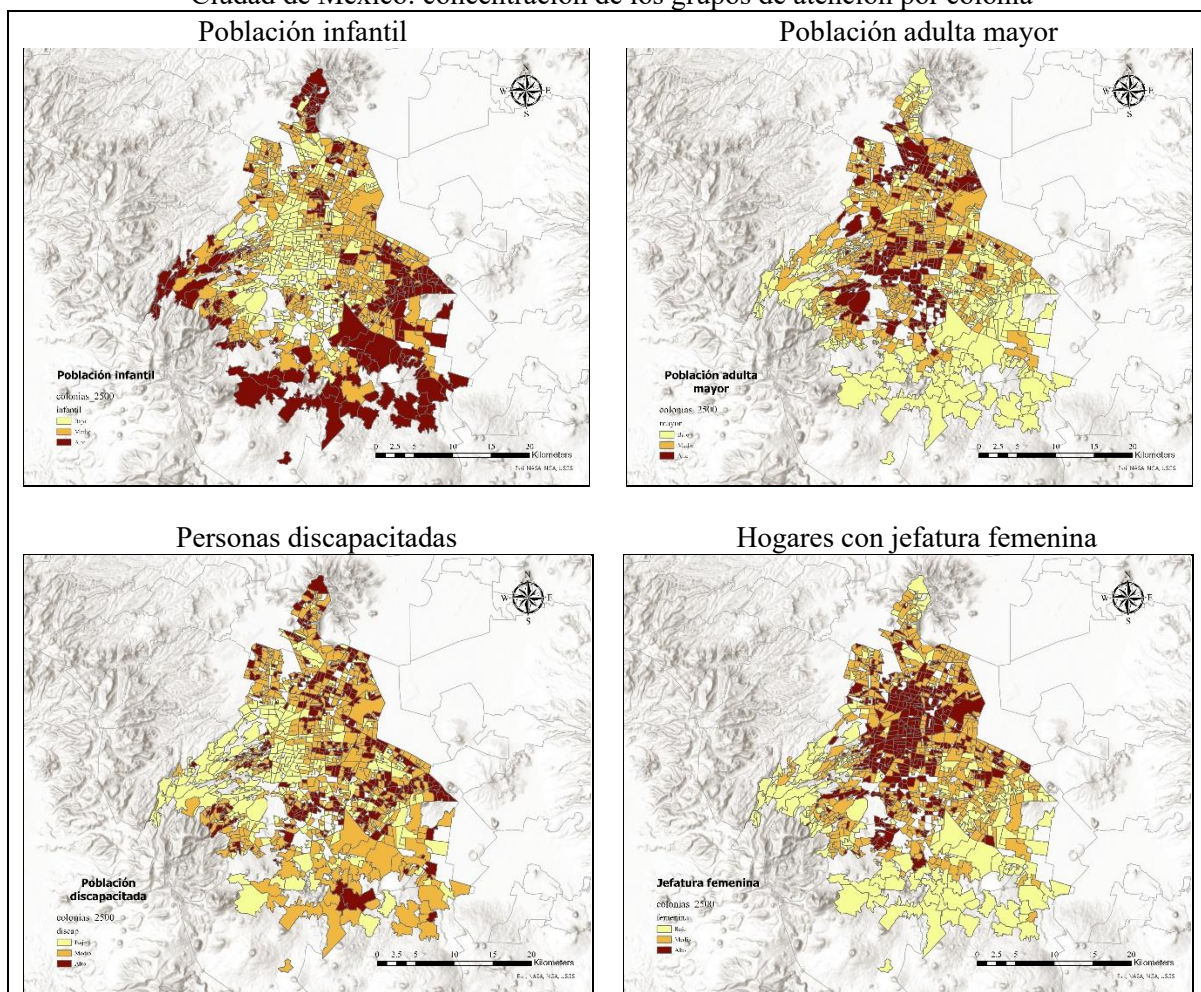
La estrategia del programa aquí propuesto debe contemplar estas diferencias espaciales en cuanto a la manera en que los distintos grupos de población demandantes de cuidado se distribuyen a lo largo y ancho del área urbana de la Ciudad de México.

Es relevante incidir en la atención, en una primera instancia, hacia las necesidades de los hogares: las viviendas, lugar en donde se realizan los cuidados y en donde se detectan las primeras líneas de acción. La segunda, por su parte, tiene que ver con la importancia de complementar la atención en los hogares, en donde se acerquen los servicios relacionados con los cuidados a las personas cuidadoras y cuidadas que tengan posibilidad de trasladarse, por ello la importancia de proximidad y la provisión de servicios de acuerdo con las necesidades específicas de la zona en donde operan y de cada grupo de población.

En los mapa 4.1 se muestran las colonias con mayor concentración relativa de los grupos de atención de cuidados por colonia. Por otro lado, el listado de las colonias con más de 1,000 habitantes y que concentran a la población de atención de cuidados se presenta en los cuadros A1 al A4 del anexo, al final del documento. Como se aprecia, la distribución espacial de los cuatro grupos de población para la economía del cuidado es diferente: las

colonias con mayor porcentaje de población infantil se ubican preferentemente hacia las periferias norte y sureste, mientras que las colonias con mayor porcentaje de población adulta mayor abarcan un anillo intermedio de la mancha urbana. Las viviendas con mayor presencia relativa de personas discapacitadas se ubican en la parte este de la Ciudad, en tanto que las colonias con mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina se localizan en torno a la ciudad central y sus inmediaciones. Esta diferenciación espacial pone de manifiesto la necesidad de instrumentar un sistema de cuidados con perspectiva espacio-sectorial y de carácter diferenciado según áreas de la Ciudad.

Mapa 4.1
Ciudad de México: concentración de los grupos de atención por colonia



Fuente: elaboración propia con información del INEGI, Censo de Población y Vivienda 2020

Cuadro 4.1
Ciudad de México: condiciones de demanda y de oferta
De servicios de cuidado por alcaldía

Clave	Nombre	Grupos de atención de cuidados	Viviendas con población infantil	Viviendas con población adulta mayor	Viviendas con personas discapacitadas	Hogares con jefatura femenina	Personal ocupado para la atención de cuidados	Población infantil	Población adulta mayor	Personas discapacitadas
9002	Azcapotzalco		13.6	32.0	12.2	41.8		8.0	135.9	87.2
9003	Coyoacán		12.8	36.1	10.4	40.0		6.1	169.7	33.7
9004	Cuajimalpa		17.2	25.2	9.2	36.0		7.6	38.4	66.1
9005	Gustavo A. Madero		15.4	34.2	15.3	40.5		9.6	180.8	83.7
9006	Iztacalco		16.0	31.5	13.6	40.6		10.1	94.9	92.1
9007	Iztapalapa		17.7	27.7	12.6	38.2		14.5	280.3	70.8
9008	Magdalena Contreras		16.6	30.5	12.5	38.9		9.4	65.4	28.3
9009	Milpa Alta		23.3	20.0	15.0	34.0		14.1	77.4	82.4
9010	Alvaro Obregón		15.5	29.8	11.3	40.2		10.1	133.0	40.5
9011	Tláhuac		19.1	22.0	13.1	34.2		11.9	165.0	72.9
9012	Tlalpan		16.7	26.6	12.1	38.2		9.4	118.2	58.9
9013	Xochimilco		18.0	27.2	14.4	39.7		14.0	96.4	53.1
9014	Benito Juárez		8.0	26.8	8.0	43.4		4.8	107.2	25.8
9015	Cuauhtémoc		10.9	23.9	9.8	45.9		4.8	131.0	40.3
9016	Miguel Hidalgo		11.9	28.9	8.0	42.1		5.9	93.9	30.5
9017	Venustiano Carranza		14.7	29.9	11.3	45.5		9.3	256.6	65.7

Fuente: elaboración propia con el uso de varias fuentes.

En el cuadro 4.1 se sintetizan las condiciones de demanda y de oferta de los servicios de cuidado por alcaldía, mismas que se desprenden de los cuadros 2.6 y 2.7.

La información del cuadro 4.1 permite concluir que la alcaldía Gustavo A. Madero es a la que se debe dar mayor compromiso debido a su alta concentración relativa de grupos poblacionales de atención y bajo número de unidades y equipamientos para su atención. En un segundo nivel de prioridad se ubican Iztacalco, Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y Venustiano Carranza. En cambio, Cuajimalpa y Cuauhtémoc ostentan la menor problemática de atención.

Con base en el análisis realizado en este documento, se presentan las siguientes propuestas, tomando en cuenta lo que se menciona al final del capítulo anterior, además del aspecto adicional sobre la espacialidad: i) tiempos cortos; ii) aprovechamiento de los avances; iii) complementariedad, y iv) espacialidad.

1. Registro de datos

Contar con información precisa sobre los cuidados ayudaría a detectar problemas, facilitar su análisis, detectar fallas y avanzar hacia el monitoreo de todas las acciones y el cumplimiento de los objetivos del Sistema de Cuidados.

Se propone el registro de las personas cuidadoras y que requieren cuidados de acuerdo con los grupos identificados en este estudio: infancias, mujeres cuidadoras, personas discapacitadas y personas adultas mayores. Si bien ya existe la información básica en las fuentes estadísticas oficiales, se requiere construir una base de datos específica sobre los cuidados que incluya edad, sexo, condición socio-económica, si es persona cuidadora o cuida, las condiciones de las personas cuidadas, las necesidades de las cuidadoras y las personas cuidadas, la composición del hogar, condiciones laborales, ingresos, tipos y niveles de discapacidades.

Se recomienda la creación de un padrón de personas empleadores, trabajadoras de cuidados y del hogar. El objetivo es contar con un registro de personas dedicadas al sector del cuidado, que puedan ser consultados tanto por empleadores como por personas trabajadoras de cuidados, y con ello garantizar seguridad y transparencia para ambas partes.

Así como por el gobierno de la Ciudad para conocer las características, localización y necesidades de las personas cuidadoras y de las que reciben los cuidados.

La disponibilidad de datos permitirá observar tendencias y actuar conforme a ellas. Por ejemplo, en el caso de las personas adultas mayores, que cada vez se incrementan, se puede conocer en qué zonas se localizan y, por lo tanto, en dónde se debe actuar. Los resultados de este estudio muestran que estas personas están concentradas un primer anillo exterior a la ciudad central, y la población discapacitada, que está en estrecha relación con los adultos mayores, reside, con mayor intensidad, hacia la porción este de la Ciudad. Estas poblaciones serían prioritarias para las acciones en cuanto a cuidados.

2. Teleasistencia

Es en las viviendas en donde se pueden recibir los apoyos necesarios sobre capacitación en cuidados para atender de manera oportuna e informada a las personas que lo requieran; tener la posibilidad de acceder a los servicios de personal especializado y remunerado que pueda hacer esta labor en lugar de los propios familiares o compartir las labores mientras la persona cuidadora realiza otras actividades; recibir asesoría vía telefónica o por medios digitales sobre cuestiones específicas de la labor de los cuidados y en casos de emergencia; contar con servicio gratuito de traslado a los centros de cuidado, y contar con equipo y herramientas básicas necesarias para realizar la labor de los cuidados, de acuerdo con las necesidades de cada grupo prioritario.

La atención a personas con alta dependencia funcional representa uno de los mayores costos humanos, económicos, psicológicos y de tiempo para las familias y las personas cuidadoras. Por ello, es conveniente ampliar y fortalecer de manera progresiva los esquemas de asistencia domiciliaria y acompañamiento para los casos de dependencia severa, especialmente las personas con movilidad reducida o nula, y que viven en situación de pobreza; así como ampliar y robustecer las transferencias monetarias para los cuidadores de tiempo completo. En este sentido, el programa *Ciudad que cuida a quien cuida* constituye el punto de partida clave, al ofrecer la base institucional y operativa sobre la cual escalar las intervenciones.

Algunas experiencias internacionales, como en el caso de Uruguay y Chile, en el marco de sus servicios nacionales de cuidado (SNC), han establecido modelos de acompañamiento domiciliario diferenciados por nivel de dependencia, estableciendo un número determinado de horas según la valoración funcional de la persona usuaria. Para avanzar en ello, es recomendable adoptar los criterios estandarizados derivados del Grupo de Washington y retomados por la OMS que permiten una evaluación sistemática del grado de dependencia. Con dichas intervenciones se procura la atención focalizada y la equidad en la atención, priorizando los casos más severos. Adicionalmente, puede ser conveniente explorar la viabilidad de un programa piloto de servicios de teleasistencia que incluya asesoría especializada y atención remota para personas cuidadoras y personas en situación de dependencia o aislamiento.

Contar con servicio gratuito de traslado desde los hogares a los centros de cuidado, ya sea de las personas cuidadoras y/o de las personas cuidadas, cuando sus condiciones de movilidad lo permiten, y en donde no hay opciones de transporte que puedan utilizar debido a los costos o a los riesgos para su salud, por tanto, se les puede apoyar para que hagan uso de los servicios de relajación, esparcimiento, salud y bienestar en general que brindan los equipamientos de cuidados existentes como las UTOPIAS o PILARES.

3. Capacitación y certificación

Uno de los principales objetivos del Sistema de Cuidados es el reconocimiento a las labores de cuidados y la necesidad de introducirla como una actividad remunerada que apoye el ingreso familiar, o en donde se generen los apoyos necesarios para que las personas cuidadoras puedan emplearse en otras tareas también remuneradas. Por lo tanto, se proponen acciones tendientes a la capacitación, profesionalización, certificación y formalización laboral de las personas cuidadoras que les abran oportunidades de desarrollo personal y profesional. Si estas personas logran insertarse al mercado laboral, pueden apoyar el ingreso de sus familias, el de la economía local con emprendimientos en su casa o su zona de proximidad y de mejorar sus condiciones de bienestar en general.

Los resultados de este estudio confirman la persistencia de una distribución desigual en los trabajos de cuidados, con carga mayoritaria sobre las mujeres y con efectos que se pueden plasmar en sus trayectorias profesionales; un costo de oportunidad asociado a su contribución laboral potencial, por lo tanto los programas de capacitación para estas mujeres y para otras personas que puedan desarrollar estas actividades pueden apoyar el objetivo de redistribuir la tarea de los cuidados y descargarlas de las mujeres.

Se propone la creación de un programa de capacitación continua que conduzca los procesos de formación, profesionalización y certificación de las personas trabajadoras de cuidados, tanto remuneradas como no remuneradas. Esta estrategia se dirige a garantizar la mejora continua de la calidad de los servicios, y el reconocimiento del cuidado como trabajo especializado. La formación básica, dirigida a personas cuidadoras en los hogares y al público en general puede contemplar talleres diferenciados según los grupos de atención, como la primera infancia, las personas con distintos tipos de discapacidad, los adultos mayores o las madres solteras con diversos grados de dependencia funcional y, de igual manera, estrategias para el autocuidado. Para ello, pueden servir como referentes iniciales experiencias previas desarrolladas por el IMSS que ha ofrecido talleres, presenciales y virtuales para personas cuidadoras de personas adultas mayores con contenidos sobre higiene, alimentación, movilidad y primeros auxilios. Igualmente, para el público en general puede ser de utilidad una estrategia de difusión de un sistema público georreferenciado de la oferta de servicios e infraestructuras de cuidados, tanto públicas como privadas, facilitando el acceso de los usuarios y la planificación territorial.

Por otro lado, es necesaria la creación de un programa de capacitación continua dirigido al personal de cuidados y a los colaboradores de las distintas instancias encargadas de los servicios de cuidados, como las Casas de las 3R, PILARES y UTOPIAS. Es igualmente conveniente brindar un reconocimiento formal de competencias, tomando posibles referentes como los estándares del Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER), como a manejar de ejemplo la norma EC0435, relativa a la atención, cuidado, formas de interacción y desarrollo integral de las infancias. Asimismo, la instauración de un programa de capacitación continua permitiría

mejorar gradualmente la calidad de los servicios con base en trayectorias formativas diferenciadas.

Como parte de aprovechar a las personas que ya se encuentran capacitadas, se propone establecer un programa de enfermería domiciliaria, aprovechando la formalidad y certificaciones para fomentar una industria de personas cuidadoras con remuneración digna y prestaciones laborales. Estas personas pueden estar al servicio de los cuidados de los grupos prioritarios, principalmente los que están relacionados con adultos mayores y personas discapacitadas, en donde es necesario proveer de terapias, aplicación de medicamentos, tomar signos vitales, dar seguimiento a tratamientos médicos, nutricionales o psicológicos que apoyen la salud y bienestar de las personas cuidadas. Además, este tipo de atención brinda condiciones para que disminuir los tiempos de cuidado de las mujeres, el cual pueden ocupar en otras actividades remuneradas, en capacitación para el trabajo o en entretenimiento y relajación en los centros de cuidado.

4. Alianzas público-privadas, convenios de cooperación y donaciones

Actualmente, las labores de cuidados son sostenidas por las familias, con reducida intervención estatal y nulo apoyo del sector privado. Por tal motivo, y reconociendo que es una función primordial para la reducción social, se propone un Fondo integrado con el sistema de cuidados para crear mecanismos de financiamiento que involucren al sector privado destinado exclusivamente al Programa de Cuidados, reconociendo la responsabilidad de las empresas en la reproducción social. Es fundamental incluir a las cámaras de comercio e industria y generar campañas de reconocimiento de la labor que desempeñan las personas cuidadoras para la reproducción social.

Asimismo, se propone un esquema mixto de financiamiento que combine apoyos económicos directos a hogares con grupos poblacionales prioritarios, con vales de despensa, servicios subsidiados de cuidado domiciliario y programas de apoyo fiscal para empleadores de personas cuidadoras que cumplan obligaciones laborales con el objetivo de reducir los gastos monetarios en que incurren las familias y redistribuirlo entre los demás actores de la sociedad para financiar las prestaciones laborales obligatorias.

Se propone avanzar en una base sólida que ayude a sostener el Sistema de Cuidados en general y que no represente cada vez más inversión de recursos, sino que se vaya sosteniendo en el tiempo hasta llegar a ser autosuficiente.

Las capacidades humanas, técnicas y la experiencia acumulada de diversos grupos de la sociedad civil pueden constituir un recurso estratégico para su valoración y aprovechamiento en cada una de las etapas de conformación y consolidación del sistema integral de cuidados.

La identificación de grupos y establecimiento de alianzas con organizaciones especializadas para los distintos grupos prioritarios (infancias, personas con discapacidad, adultos mayores, madres solteras), puede potenciar el alcance de las iniciativas, a partir del conocimiento acumulado de estas organizaciones, su alcance territorial y sus capacidades de innovación social. Dichas alianzas pueden formalizarse mediante convenios de colaboración, u otros esquemas de participación, coordinados por la autoridad gubernamental. Su participación puede abarcar múltiples ámbitos, incluyendo procesos de formación y capacitación de cuidadores, con un enfoque comunitario; diseño, evaluación e implementación de servicios específicos; monitoreo ciudadano; pilotaje de modelos alternativos de cuidados, y sensibilización y movilización comunitaria. En general, resulta importante prever la creación de espacios y mecanismos de diálogo continuo con la sociedad civil.

Es necesario contar con equipo y herramientas básicas necesarias para realizar la labor de los cuidados, de acuerdo con las necesidades de cada grupo prioritario. Se puede realizar una campaña de donación de equipo, herramientas y accesorios médicos, de rehabilitación, para terapias, sillas de ruedas, muletas y similares, que estén en buen estado, para que otras personas puedan seguir usándolos. Además, se pueden hacer convenios con empresas privadas para que hagan donaciones u ofrezcan descuentos sobre estos instrumentos a grupos vulnerables. Se pueden también proporcionar vales para intercambiarlos en establecimientos privados en donde previamente se establezcan convenios con el gobierno.

Sinergias entre Economía del Cuidado y Economía de Barrios

Se propone crear sinergias entre programas como el de emprendimiento de la SEDECO y el Programa de Cuidados propuesto. Cuando el programa de cuidados ya haya incidido en la reducción en el tiempo de cuidados a través de la coparticipación, ya sea con otros miembros de la familia o acceso a personal especializado, las mujeres podrán gozar de ese tiempo para capacitación y emprendimiento que les permita desarrollarse más adelante en actividades productivas que les generen un ingreso. Las acciones que se llevan a cabo en esta materia actualmente son atendidas principalmente por mujeres que ya no cuidan, por lo que podrían sumarse a estas iniciativas otro grupo de mujeres a edad más temprana para expandir sus posibilidades laborales y de desarrollo personal.

Otra propuesta es la de establecer una red de comedores del programa de cuidados, con los mercados locales para que les puedan proveer de insumos para la elaboración de los alimentos. Estos insumos pueden utilizarse en los centros de elaboración existentes para disminuir distancias y tiempos, y garantizar la frescura de los alimentos a utilizar. Una red de este tipo permitiría atender a los comedores en zonas más cercanas que los centros concentradores actuales, incentivarían la economía local y crearían empleos.

Una propuesta más es la de movilidad sostenible. Entre los programas que se piensan extender está el de las líneas de Cablebús en las zonas altas de la periferia de las alcaldías Magdalena Contreras, Tlalpan y Xochimilco. Estas son zonas de población vulnerable que actualmente tiene problemas de traslado por la gran inversión de tiempo que significa ir de un lugar a otro, principalmente por trabajo, estudios o servicios de salud, además de la baja disponibilidad y accesibilidad a las zonas que concentran los servicios. Igualmente, resultaría difícil acceder a los servicios de cuidados que pretenden ofrecer los centros o unidades de cuidados que van a distribuirse en todas las alcaldías, por lo que resulta relevante promover la colaboración interinstitucional de las diversas dependencias encargadas de estos proyectos para que logren unir esfuerzos y generar mayores y mejores resultados. Al establecer centros de cuidados en estas zonas prioritarias, deben considerarse las opciones de accesibilidad que abrirán el Cablebús, las oportunidades de empleo que podrán abrirse en cada alcaldía y la atención de necesidades específicas a cubrir. Estas sinergias coinciden con la promoción de

subcentros urbanos, propuestas en el estudio de economía de barrios, que ayudarían a promover la economía local.

Reflexión final

La demanda de cuidados se concentra en las etapas tempranas y avanzadas del ciclo de vida, donde las mujeres desempeñan un rol fundamental como principales cuidadoras. De esta manera, las mujeres cuidadoras reducen su oferta efectiva de trabajo, lo que limita sus trayectorias laborales y profundiza las brechas de ingresos, mientras que los hogares con menores ingresos enfrentan un alto costo para acceder a cuidados formales. La Ciudad de México afronta desigualdades territoriales que se traducen en brechas de acceso a servicios: las zonas centrales concentran servicios de cuidado, infraestructura y diversos sistemas de transporte, mientras que amplias áreas periféricas tienen mayores tiempos de traslado y costos de acceso.

Desde una perspectiva económica, la coexistencia del envejecimiento poblacional y la mayor participación femenina en el mercado laboral genera una tensión estructural entre la oferta de trabajo y la provisión de cuidados, y más aún cuando el trabajo doméstico y de cuidados no es reconocido ni respaldado institucionalmente. En México, generalmente los hogares absorben estos costos mediante una menor participación laboral de los integrantes del hogar, lo que limita la posibilidad de que la economía alcance su potencial mediante una mayor fuerza laboral. En este contexto, la posibilidad de buscar la participación del Estado en el sistema de cuidados no responde únicamente a un criterio de bienestar social, sino también a una lógica de eficiencia económica y de mejor funcionamiento del mercado laboral.

A diferencia de otras entidades federativas del país, en la Ciudad de México existe una mayor proporción de personas adultas mayores y una menor proporción de población infantil, demandando mayoritariamente cuidados más intensivos, prolongados y especializados. Además, un mayor índice de feminidad evidencia los límites actuales a la participación laboral femenina en la entidad.

La iniciativa de la Ley de Cuidados de la Ciudad de México reconoce que la provisión de cuidados constituye un desafío estructural de largo plazo. El Programa Especial de Bienestar y Cuidados de la Ciudad de México permitirá sentar las bases para que el Sistema Público de Cuidados opere como política social, para que sea un instrumento que alivie las

fricciones actuales del mercado laboral y del bienestar urbano. En este sentido, el Sistema Público de Cuidados debe concebirse como pilar de la política social y económica, capaz de evolucionar conforme se transita hacia un mayor envejecimiento de la población y un mayor índice de feminidad.

La reducción sostenida de la tasa de dependencia infantil en la Ciudad de México implica menor carga relativa del cuidado de la población infantil respecto de la población adulta mayor y con discapacidad, lo que abre una oportunidad para diseñar una política de cuidados más allá del enfoque tradicional en la infancia. Es importante mencionar que esto no significa una menor demanda de cuidados, sino un desplazamiento hacia otras formas de dependencia con sus propias características. Por otro lado, el rápido aumento de la tasa de dependencia adulta en la Ciudad de México anticipa un cambio estructural en la demanda de cuidados que, a diferencia de la dependencia infantil, se caracteriza por cuidados más intensivos, prolongados y con mayor requerimiento de especialización. Adicionalmente, en materia de cuidados, el crecimiento de la población adulta mayor se acompaña de una pérdida progresiva de capacidades funcionales, lo que incrementa significativamente la intensidad y el costo de los cuidados requeridos por las discapacidades.

Sin un sistema de cuidados adecuado, los costos del cuidado de adultos mayores se trasladarán directamente a los hogares, lo que se traducirá en menor participación laboral y una reducción de la base tributaria, acentuando la presión sobre el gasto público. Desde esta perspectiva, anticipar un buen sistema de cuidados y su financiamiento permitirá suavizar el impacto fiscal del envejecimiento y preservar la capacidad del Estado para mantener dicho sistema a largo plazo.

Un aspecto poco visible de los sistemas de cuidados es que una de sus principales limitaciones no radica únicamente en la provisión de servicios, sino en la falta de coordinación Inter temporal entre inversión, operación y recursos humanos. Mientras la infraestructura y el marco normativo pueden expandirse con relativa rapidez, la formación, retención y especialización del personal de cuidados requieren horizontes de mediano y largo plazos. Este desfase estructural puede limitar la efectividad del sistema, incluso cuando el gasto y la cobertura aumentan.

En la Ciudad de México, al igual que en América Latina y el Caribe, los sistemas integrados de cuidados aún se encuentran en una fase de expansión y consolidación. Uno de los desafíos más relevantes es avanzar hacia una cobertura universal que permitiría reducir la fragmentación del sistema, disminuir los costos de exclusión, evitar duplicidades en el gasto y reducir los costos administrativos. Asimismo, la universalidad permitiría la construcción de trayectorias continuas de atención, capaces de anticipar necesidades futuras y reducir la recurrencia de intervenciones tardías y de mayor costo.

La localización estratégica de los servicios de cuidado dentro de la Ciudad de México no sólo acerca la oferta a quienes más la necesitan, sino que también reduce los costos asociados al acceso a ellos. En este sentido, los cuidados dejan de ser un servicio individualizado y se convierten en mecanismo capaz de liberar tiempo productivo, estabilizar los ingresos de los hogares y mejorar la inserción laboral en zonas históricamente rezagadas.

Las experiencias latinoamericanas analizadas en este estudio muestran que el fortalecimiento de los sistemas de cuidados no depende únicamente de la ampliación de los servicios presenciales sino también de la inversión en capacidades estratégicas de información, tecnología y profesionalización del cuidado. En particular, los sistemas de registro permiten identificar la demanda de manera más oportuna y asignar recursos con mayor eficiencia; la teleasistencia transita hacia un modelo preventivo y continuo sin requerir incrementos sustanciales en infraestructura o personal; y las iniciativas para personas cuidadoras reconocen y estabilizan una oferta de trabajo históricamente invisibilizada. En conjunto, estas herramientas reorientan la política de cuidados desde una lógica asistencial hacia una de gestión del riesgo social y uso más eficiente del gasto público.

La política de cuidados efectiva es capaz de equilibrar los desajustes entre la demanda (población que los necesita) y la oferta de cuidados (unidades, personal, equipamiento e infraestructura). A diferencia de otros mercados, el de cuidados, cuando la oferta es insuficiente, el ajuste no ocurre mediante precios más altos que disminuyan la demanda o incentiven nueva oferta. En este sentido, cuando la oferta formal es insuficiente, los hogares, al interior de las viviendas, reorganizan su tiempo, reducen su participación laboral o reasignan tareas para proveer esa oferta faltante. Este mecanismo de ajuste a nivel de hogar

podría sustituirse por uno institucional más eficiente que no genere las pérdidas del sistema actual.

La información sobre la Ciudad de México muestra que la oferta de cuidados se concentra principalmente en la atención infantil, mientras que la provisión para personas con discapacidad y adultas mayores permanece subrepresentada. Ello es relevante porque el cuidado infantil tiende a ser más estandarizable y escalable, mientras que el cuidado de personas adultas mayores y con discapacidad es más intensivo, continuo y especializado. Además, la baja participación del sector de cuidados en el total de unidades económicas y de empleo de la Ciudad no refleja su importancia, sino que evidencia que un sector muy reducido desempeña actualmente una función económica crítica.

La oferta de cuidados para adultos mayores y personas con discapacidad en la Ciudad de México se encuentra fragmentada territorialmente, aparentemente asociada a capacidades locales e inercias institucionales más que a la distribución actual de la demanda. Algunas alcaldías concentran empleo en el cuidado de personas adultas mayores, mientras que otras lo hacen en la atención de personas con discapacidad, lo que refuerza la necesidad de una planeación pública que coordine la especialización de la oferta con las necesidades demográficas. La oferta de cuidado infantil sigue de cerca el mismo patrón territorial que la demanda ocupacional, donde ya existen empleo, servicios e infraestructura, lo que sugiere que está integrada al mercado laboral de la Ciudad.

El estudio también muestra marcadas diferencias en la carga de atención por trabajador entre el cuidado infantil y el de personas adultas mayores; la atención infantil presenta una relación oferta–demanda relativamente más equilibrada, pero el cuidado de personas adultas mayores muestra una escasez significativa de personal. Así, hay que tratar con mayor atención a las alcaldías de Gustavo A. Madero, Iztacalco, Iztapalapa, Tláhuac, Xochimilco y Venustiano Carranza.

Por su parte, la casi universal participación en actividades productivas o de trabajo de los mayores de 15 años de la población de la Ciudad de México, junto el número de horas destinadas al trabajo (51 horas en promedio), apuntan a que el principal límite económico no está en la incorporación de más personas al mercado laboral, sino en la intensidad y organización del tiempo de trabajo, así como la reducción de fricciones que erosionan la

productividad efectiva, como los cuidados no resueltos, los traslados y la sobrecarga de tiempo. Lo anterior indica que las intervenciones de política pública que liberan tiempo productivo y mejoran la calidad del empleo son cruciales para aumentar el bienestar de los hogares en la Ciudad de México, y más que proporcionalmente a aquellos con necesidades de cuidado.

Un hallazgo relevante del estudio es que, aunque en la Ciudad de México la brecha de género en horas destinadas al mercado de trabajo es menor que en el promedio nacional, la desigualdad persiste en las horas destinadas al trabajo no remunerado. Esto sugiere que la carga doméstica y de cuidados funciona como una restricción estructural sobre la oferta de trabajo de las mujeres. Recordemos que el tiempo libre y de ocio permite el descanso, socialización y autocuidado de las personas que gozan de él; así, una política de cuidados efectiva también recupera tiempo de bienestar, un resultado relevante por sí mismo y no únicamente como medio para mejorar el funcionamiento del mercado de trabajo y las trayectorias laborales.

La brecha de ingreso en los hogares asociada a la presencia de integrantes que requieren cuidado es asimétrica por tipo de cuidado, menor para el cuidado infantil que para el cuidado de adultos mayores. Una posible explicación es que los hogares con infantes tienen integrantes jóvenes con mayor inserción laboral, mientras que el cuidado de la vejez se asocia con una caída más pronunciada de la capacidad de generar ingresos. Por lo tanto, el cuidado de largo plazo para los adultos mayores funciona como un mecanismo de empobrecimiento más severo que el cuidado infantil, requiriendo esquemas que sostengan ingresos y reduzcan la participación laboral dentro del hogar.

El análisis territorial y demográfico del presente estudio aporta herramientas que transitan no solo cuántas personas requieren cuidados y de qué tipo, sino dónde se concentran y bajo qué condiciones territoriales que pueden limitar el acceso a la oferta aún y cuando sea suficiente. En la Ciudad de México, la demanda de cuidados se localiza en distintas partes dependiendo el tipo de cuidado; por ejemplo, guarderías y apoyos a primera infancia se requerirían más en la periferia, los servicios para los adultos mayores alrededor del centro y la atención a discapacidad al oriente.

La profesionalización del cuidado tiene el potencial de crear un mercado laboral nuevo y formal a partir de una actividad hoy invisible y no remunerada. Por un lado, aumentaría el ingreso y la protección social de quienes cuidan; por otro, elevaría la calidad y productividad del servicio al convertirlo en trabajo especializado. Por ejemplo, podrían existir servicios formales de cuidado a nivel local, apoyados y avalados por el gobierno de la Ciudad de México, que atiendan actividades cotidianas como aplicación de medicamentos, tomar signos vitales o dar seguimiento a tratamientos médicos. Esto generaría un dinamismo nuevo en la localidad y beneficiaría a los hogares con necesidad de cuidado. además de que la formalización permitiría estandarizar protocolos, supervisión y capacitación continua, siempre que se acompañe por costos de cumplimiento bajos y mecanismos simples de contratación.

La identificación de socios estratégicos no solo puede funcionar como un mecanismo de implementación del Sistema de Cuidados de la Ciudad de México sino un complemento para la sostenibilidad del mismo. Las organizaciones de la sociedad civil dedicadas al cuidado podrían reducir los costos de aprendizaje del Estado, así como aportar conocimiento especializado y legitimidad social previamente construida. Así, el éxito del Sistema no dependería exclusivamente de la expansión burocrática y gasto público, sino de la articulación de una red coordinada de provisión capaz de responder a los cambios de demanda y escalable en el tiempo.

La movilidad dentro de la Ciudad de México resulta trascendental para redefinir el acceso efectivo a los servicios de cuidado en territorios periféricos. En zonas donde el costo de conmutación es alto para acceder a los lugares de oferta de cuidados, la accesibilidad funciona como una barrera de acceso, determinando de manera efectiva la demanda. Integrar la localización de centros de cuidados con infraestructuras de transporte masivo permite transformar proyectos de movilidad en inversiones sociales de alto retorno directo e indirecto para los hogares y para la economía agregada.

Por último, está la articulación entre el Sistema de Cuidados y el Programa de Emprendimiento de la SEDECO como un mecanismo de reconfiguración del mercado de trabajo y el Sistema de Cuidados. La reducción del tiempo de cuidados, cuando se vincula con políticas de capacitación y emprendimiento, no solo amplía la oferta de trabajo y de

iniciativas productivas al interior de las colonias, sino que también dinamiza la demanda local mediante mayor circulación de ingresos y servicios. Esta lectura permite concebir una política social como un instrumento de desarrollo económico local.

Referencias bibliográficas

- Altamirano, Melina (2025), *Derechos inciertos. Género, políticas sociales y demanda de servicios de cuidado infantil en México*, Ciudad de México, El Colegio de México.
- Anderson, Barbara (2015), *World Population Dynamics. An Introduction to Demography*, Boston, Pearson.
- Becker, Gary (1981), *A Treatise on the Family*, Cambridge, Mass, Harvard University Press.
- Cafagna, Gianluca, Natalia Aranco, Pablo Ibarra, María Oliveri, Nadín Medellín y Marco Stampini (2019), *Envejecer con cuidado: atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*, Washington, Banco Interamericano de Desarrollo.
<https://doi.org/10.18235/0001972>
- Cairney, Paul (2021), “The politics of policy design”, *EURO Journal on Decision Processes*, Vol. 9, 100002, <https://doi.org/10.1016/j.ejdp.2021.100002>
- Cámara de Representantes (2015), *Ley No. 19353*, República Oriental del Uruguay. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2024), *Portal de Datos y Publicaciones Estadísticas*. <https://statistics.cepal.org/portal/cepalstat/>
- Comisión Económica para América Latina y El Caribe (2025), *La sociedad del cuidado. Gobernanza, economía política y diálogo social para una transformación con igualdad de género*, Santiago de Chile.
<https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/dd048d66-3216-4dbc-a86e-a006c2ac7385/content>
- CEPAL, ONU-Mujeres (2025), *Compromiso de Tlatelolco, Una década de acción para el logro de la igualdad sustantiva de género y la sociedad del cuidado*.
<https://conferenciamujer.cepal.org/16/es/documentos/compromiso-tlatelolco>
- Comas, Dolores (2019), “Cuidados y derechos: el avance hacia la democratización de los cuidados”, *Cuadernos de Antropología Social*, vol. 49, núm. 1, pp. 13-29.
- Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (2024), *Evaluación diagnóstica y de diseño del Sistema de Cuidados en la Ciudad de México 2023*, Ciudad de México, Informe final.
- Consejo de Evaluación de la Ciudad de México (2025), *Medición de la pobreza multidimensional 2018-2024*. <https://www.evalua.cdmx.gob.mx/medicion-de-la-pobreza-desigualdad-e-indice-de-desarrollo-social/medicion-de-la-pobreza-2018-2024>
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2023), *Conciliación demográfica 1950 a 2019 y Proyecciones de la población de México 2020 a 2070*. Bases de datos y Diccionario de datos.
<https://www.gob.mx/conapo/acciones-y-programas/conciliacion-demografica-de-1950-a-2019-y-proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-a-2070>
- Cruz, Sofia, José Soeiro, Sara Canha y Valentina Perrotta (2023), “The concept of informal care: ambiguities and controversies on its scientific and political uses”, *Frontiers in Sociology*, 8:1195790.
DOI: [10.3389/fsoc.2023.1195790](https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1195790)

- Diario Oficial de la Federación (2022), *Norma Oficial Mexicana NOM-002-SEDATU-2022. Equipamiento en los instrumentos que conforman el Sistema General de Planeación Territorial. Clasificación, terminología y aplicación*, Ciudad de México.
- Dolowitz, David y David Marsh (2000), “Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making”, *Governance, An International Journal of Policy and Administration*, Vol. 13, Num. 1, January, pp. 5-24. <http://dx.doi.org/10.1111/0952-1895.00121>
- Esquivel, Valeria (2011), *La economía del cuidado en América Latina: poniendo a los cuidados en el centro de la agenda*, San Salvador, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Ferreira, Marta (2016), “Prácticas de cuidados: algunas experiencias”, en Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, *El descuido de los cuidados*, Ciudad de México, pp. 231-294.
- Gietel-Basten, Stuart, Silvia Giorguli y Sergei Scherbov (2020), “Prospective measures of aging for Central and South America”, *PLoS One*, Vol. 15, No. 7: e0236280. DOI: [10.1371/journal.pone.0236280](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236280)
- Gobierno de Chile (2025), *Chile Cuida*. Portal de programas y servicios. <https://chilecuida.cl>
- Gobierno de la Ciudad de México (2025), *Primer Informe de Gobierno 2024-2025*, Ciudad de México.
- Hoffman, Saul y Susan Averett (2010), *Women and the Economy*, Boston, Addison-Wesley.
- Instituto Mixto de Ayuda Social (2021), *Política Nacional de Cuidados 2021–2031*, San José, Gobierno de Costa Rica. https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Politica%20Nacional%20de%20Cuidados%202021-2031_2.pdf
- Instituto Mixto de Ayuda Social (2023), *Ley y Reglamento del Sistema Nacional de Cuidados y Apoyo para Personas Adultas y Personas Adultas Mayores en Situación de Dependencia*, San José, Gobierno de Costa Rica. <https://www.imas.go.cr/sites/default/files/custom/Ley%20y%20Reglamento%20del%20SINCA%200.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016), *Censo de Alojamientos de Asistencia Social. Síntesis metodológica y conceptual*, Aguascalientes.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2025a), *Censo de Población y Vivienda 2020*. <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#microdatos>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2025b), *Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas*. <https://www.inegi.org.mx/app/descarga/?ti=6>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2025c), *Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2024*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enut/2024/>
- Juárez, Laura y Yunuen Rodríguez (2021), “El efecto de las pensiones no contributivas sobre el bienestar subjetivo de los adultos mayores en México”, *Estudios Económicos*, vol. 36, núm. 2, pp. 279-330.
- Junta Nacional de Cuidados (2025), *Plan Nacional de Cuidados 2026-2030*, Montevideo, República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/plan-nacional-cuidados-2026-2030>
- Llopis, María (2021), *La revolución de los cuidados*, Tafalla, España, Txalaparta.

- Ministerio de la Mujeres, Géneros y Diversidad (2022), *Proyecto de Ley "Cuidar en Igualdad", para la creación del Sistema Integral de Políticas de Cuidados de Argentina*, Gobierno de Argentina. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/249617/1/Sistema-integral-SINCA.pdf>
- Montoya, Valeria (2020), "Heterogeneidad, precariedad laboral y seguridad social en las zonas urbanas de México, 2016", en Silvia Giorguli y Jaime Sobrino (eds.), *Dinámica demográfica de México en el siglo XXI. Tomo I*, Ciudad de México, El Colegio de México, pp. 311-343.
- Pacheco, Edith (2016), "Segregación horizontal y vertical del trabajo en la Ciudad de México", en Consejo Económico y Social de la Ciudad de México, *El descuido de los cuidados*, Ciudad de México, pp. 193-230.
- Pacheco, Edith (coord.) (2012), *Los cuidados no remunerados y su relación con el trabajo remunerado en México*, Ciudad de México, El Colegio de México.
- Pacione, Michael (2009), *Urban Geography. A Global Perspective*, Londres, Routledge.
- Presidencia de la República (2025), *Primer Informe de Gobierno 2024-2025*. https://www.informegobierno.gob.mx/usercontent/68b4162a4d926-1IG-INFORME-INTEGRADO-FINAL_26_08_2025
- Razavi, Shahra (2007), *The Political and Social Economy of Care in a Development Context*, United Nations Research Institute for Social Development. <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>
- Rodríguez, Corina (2015), "Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad", *Nueva Sociedad*, núm. 256, pp. 30-44.
- Sánchez, Landy (2024) "Geografía del reparto y el riesgo ocupacional de las personas trabajadoras en las plataformas digitales en la Ciudad de México", en Carlos Alba, Graciela Bensusán y Gustavo Vega (coords.), *El trabajo del futuro con derechos laborales*, Ciudad de México, El Colegio de México, pp. 141-159.
- Schteingart, Martha, Jaime Sobrino y Vicente Ugalde (2023), *Mexico City*, Newcastle upon Tyne, Agenda Publishing.
- Secretaría Distrital de la Mujer (2021), *Convenio Interadministrativo Marco No. 913*, Bogotá. <https://sdmujer.gov.co/sites/default/files/2021-11/adjuntos-convocatorias/CONVENIO%20INTERADMINISTRATIVO%20SIDICU%2012112021.pdf>
- Shoven, John (ed.) (2011), *Demography & the Economy*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Tan, Stefanie, Julie Farmer, Walter Wodchis y Sara Allin (2025), "How do policy supports enable the implementation, scale, and sustainability of integrated care programs in England, Germany, and The Netherlands? Lessons for Canada", *Health Policy*, may 3:105334. DOI: [10.1016/j.healthpol.2025.105334](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105334)
- United Nations Development Programme (2024), *The Missing Piece: Valuing Women's Unrecognized Contribution to the Economy*. <https://www.undp.org/latin-america/blog/missing-piece-valuing-womens-unrecognized-contribution-economy>

Anexos

Cuadro A1
Ciudad de México: colonias con mayor concentración de población infantil

Alcaldía	Nombre	Alcaldía	Nombre
Cuajimalpa	Las Lajas	Iztapalapa	La Joya
Cuajimalpa	Loma del Padre	Iztapalapa	La Magueyera
Cuajimalpa	San Pablo Chimalpa	Iztapalapa	Parajes Buenavista
Gustavo A. Madero	6 de Junio	Iztapalapa	Polvorilla
Gustavo A. Madero	Ahuehuetes	Iztapalapa	Predio Degollado
Gustavo A. Madero	Arboledas de Cuautepec	Iztapalapa	Renovación
Gustavo A. Madero	Castillo Grande	Iztapalapa	San Pablo I
Gustavo A. Madero	La Forestal 3	Magdalena Contreras	Cazulco
Gustavo A. Madero	Lomas de San Juan Ixhuatepec	Magdalena Contreras	Ixtlahualtongo
Gustavo A. Madero	Luis Donaldo Colosio	Magdalena Contreras	Tierra Colorada
Gustavo A. Madero	Malacates	Alvaro Obregón	19 de Mayo
Gustavo A. Madero	Parque Metropolitano	Alvaro Obregón	El Pocito
Gustavo A. Madero	Tlacaélel	Alvaro Obregón	La Araña
Gustavo A. Madero	Tlalpexco	Tláhuac	El Triangulo
Gustavo A. Madero	Verónica Castro	Tláhuac	Tempiluli
Gustavo A. Madero	Vista Hermosa	Tlalpan	La Magdalena Petlascalco
Iztapalapa	Campestre Potrero	Tlalpan	Lomas de Tepemecatí
Iztapalapa	Degollado Chico	Tlalpan	Tepetlica
Iztapalapa	El Triangulo	Tlalpan	Xaxalipac
Iztapalapa	Huitzico-La Poblana	Miguel Hidalgo	Los Morales

Cuadro A2
Ciudad de México: colonias con mayor concentración de población adulta mayor

Alcaldía	Nombre	Alcaldía	Nombre
Azcapotzalco	Cosmopolita	Coyoacán	San Mateo
Azcapotzalco	Prados del Rosario	Coyoacán	Santa Catarina
Azcapotzalco	San Antonio	Coyoacán	Santa Cecilia
Coyoacán	Avante	Gustavo A. Madero	Acueducto de Guadalupe
Coyoacán	Cafetales I	Gustavo A. Madero	Industrial II
Coyoacán	Cafetales II	Gustavo A. Madero	La Patera
Coyoacán	Educación	Gustavo A. Madero	San Juan de Aragón 4a y 5a Sección
Coyoacán	El Parque de Coyoacán	Gustavo A. Madero	San Pedro El Chico
Coyoacán	Haciendas de Coyoacán	Iztacalco	Fraccionamiento Coyuya
Coyoacán	Infonavit Culhuacán Zona 3	Iztapalapa	Héroes de Churubusco
Coyoacán	Integración Latinoamericana	Iztapalapa	Real Del Moral
Coyoacán	Jardines de Coyoacán	Alvaro Obregón	San Angel Inn
Coyoacán	Los Cipreses	Tlalpan	Floresta
Coyoacán	Los Girasoles II	Tlalpan	Fovissste San Pedro Mártir
Coyoacán	Los Sauces	Tlalpan	Villa Coapa Supermanzana 8
Coyoacán	Monte de Piedad	Tlalpan	Parques del Pedregal
Coyoacán	Prados de Coyoacán	Tlalpan	Villa Coapa
Coyoacán	Presidentes Ejidales Primera Sección	Tlalpan	Villa Olímpica Miguel Hidalgo
Coyoacán	Romero de Terreros	Xochimilco	Jardines del Sur
Coyoacán	San Lucas	Miguel Hidalgo	Lomas de Chapultepec

Cuadro A3
Ciudad de México: colonias con mayor concentración de personas discapacitadas

Alcaldía	Nombre	Alcaldía	Nombre
Azcapotzalco	Aguilera	Iztapalapa	Santa Cruz Meyehualco I
Azcapotzalco	Arenal	Magdalena Contreras	El Ermitaño
Azcapotzalco	Manuel Rivera Anaya I	Alvaro Obregón	Emancipación del Pueblo
Azcapotzalco	Miguel Hidalgo	Alvaro Obregón	Francisco Villa
Coyoacán	Carmen Serdán	Alvaro Obregón	Garci Marrero
Coyoacán	Pedregal de Santa Úrsula III	Alvaro Obregón	Golondrinas
Coyoacán	Villa Quietud	Alvaro Obregón	Jalalpa
Gustavo A. Madero	Héroe de Nacozari	Alvaro Obregón	La Presa Sección Hornos
Gustavo A. Madero	La Esmeralda II	Alvaro Obregón	Lomas de Nuevo México
Gustavo A. Madero	La Pradera II	Alvaro Obregón	Ocho de Agosto
Gustavo A. Madero	San Bartolo Atepehuacan	Tláhuac	Agrícola Metropolitana
Gustavo A. Madero	San Juan de Aragón 6a Sección	Tláhuac	San Juan Ixtayopan
Iztacalco	Agrícola Oriental V	Tlalpan	Cantera Puente de Piedra
Iztacalco	El Rodeo	Tlalpan	Rómulo Sanchez
Iztacalco	Los Reyes	Xochimilco	Rinconada del Sur
Iztacalco	Santa Cruz	Cuauhtémoc	Centro V
Iztacalco	Santiago Sur	Venustiano Carranza	7 de Julio
Iztapalapa	Progreso del Sur	Venustiano Carranza	El Arenal 3a Sección
Iztapalapa	San Miguel Teotongo I	Venustiano Carranza	El Arenal 4a Sección
Iztapalapa	San Miguel Teotongo II	Venustiano Carranza	Emilio Carranza

Cuadro A4
Ciudad de México: colonias con mayor concentración de hogares con jefatura femenina

Alcaldía	Nombre	Alcaldía	Nombre
Azcapotzalco	Aguilera	Alvaro Obregón	Batallón de San Patricio
Azcapotzalco	Cuitláhuac 1 y 2	Alvaro Obregón	Molino de Rosas
Azcapotzalco	Los Reyes	Tlalpan	La Joya
Coyoacán	Altillo	Tlalpan	Villa Coapa Super Manzana 3
Coyoacán	Copilco El Bajo	Tlalpan	Villa Coapa Super Manzana 6
Coyoacán	Croc Culhuacán Secc 6	Tlalpan	Villa Coapa Super Manzana 7
Coyoacán	El Reloj	Tlalpan	Villa Olímpica Miguel Hidalgo
Coyoacán	Ex Ejido San Francisco Culhuacán III	Tlalpan	Luis Donaldo Colosio
Coyoacán	Integración Latinoamericana	Xochimilco	Rinconada del Sur
Coyoacán	Monte de Piedad	Benito Juárez	Centro Urbano Presidente Alemán
Coyoacán	Villa Panamericana Sección 7	Benito Juárez	Iztaccíhuatl
Coyoacán	Villas del Pedregal	Cuauhtémoc	Centro V
Iztapalapa	Ejército Constitucionalista	Cuauhtémoc	Doctores IV
Iztapalapa	Cabeza de Juárez II	Cuauhtémoc	Morelos I
Iztapalapa	Ignacio Zaragoza	Cuauhtémoc	Morelos II
Iztapalapa	Minas Polvorilla	Cuauhtémoc	Obrera IV
Magdalena Contreras	Independencia Batán Norte	Miguel Hidalgo	Plutarco Elías Calles
Magdalena Contreras	Independencia Batán Sur	Venustiano Carranza	Emiliano Zapata
Magdalena Contreras	Independencia San Ramon	Venustiano Carranza	Unidad Kennedy
Magdalena Contreras	Pedregal 2	Venustiano Carranza	Pino