


<https://doi.org/10.24201/reg.v10i1.1128>

Artículo

**Cambios en las políticas sobre cuidados y familiarización  
del trabajo de cuidados en México de 2018 a 2023**

**Changing Policies about Caregiving and Families's Increasing  
Provision of Care Work in Mexico from 2018 to 2023**

María de Lourdes Velasco Domínguez<sup>1</sup>

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), Universidad  
Nacional Autónoma de México (UNAM), Cuernavaca, Morelos, México.  
[lourdes.velasco@crim.unam.mx](mailto:lourdes.velasco@crim.unam.mx),  <https://orcid.org/0000-0002-2301-4136>

Recibido: 27 de octubre  
de 2023

Aceptado: 13 de junio  
de 2024

Publicado: 15 de julio  
de 2024



**Resumen**

El objetivo del artículo es analizar los cambios en las políticas de cuidados y las transformaciones que promueven en la organización social del trabajo de cuidados. Para ello, se estudió la trayectoria de algunos programas dirigidos a la primera infancia, personas enfermas y personas mayores, todas ellas sin seguridad social, en México de 2018 a 2023. Tomando en cuenta los estudios acerca de los cambios en las políticas públicas, especialmente los que afectan las tareas de cuidados, se empleó una metodología mixta que implicó el

CÓMO CITAR: Velasco, Lourdes. (2024). Cambios en las políticas sobre cuidados y familiarización del trabajo de cuidados en México de 2018 a 2023. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 10, e1128. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v10i1.1128>

---

<sup>1</sup> Programa de becas posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México. Becaria del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM), asesorada por la Dra. Irene Casique.

análisis comparado, desde una perspectiva feminista interseccional, de los supuestos normativos de las políticas y de algunos indicadores cuantitativos de su implementación. Se argumenta que, a partir de 2019, el gobierno federal en el marco de su política de austeridad impulsó modificaciones en un conjunto de políticas relacionadas con los cuidados que en algunos casos mantuvieron o ampliaron sus objetivos, pero disminuyeron su intensidad (cobertura y presupuesto). Lo anterior puede entenderse como un proceso de dismantling que promovió el traslado de la provisión y los costos de algunos cuidados que asumía el Estado a los hogares de la población sin seguridad social.

**Palabras clave:** política pública; cuidados familiares; cuidados; políticas sociales; interseccionalidad del género.

### **Abstract**

This article aims to analyze the changes in care work policies and the transformations they promote in the social organization of this activity. The author studies the development of policies for early childhood, sick, and elderly people, all without social security benefits, in Mexico from 2018 to 2023. Considering studies on changes in public policies, especially those related to care work, the text is based on a mixed methodology from an intersectional feminist perspective, comparing the normative assumptions of the policies and quantitative indicators of their implementation. In 2019, the federal government, as part of its austerity policy, changes the programs analyzed related to care work. This paper argues that in some cases these changes maintained or expanded their objectives but reduced their intensity (coverage and budget). This can be understood as a process of dismantling, in which some of the care provision and costs of services previously provided by the state were transferred to Mexican households without social security.

**Keywords:** public policy; family care; care; social policies; gender intersectionality.

## Introducción

La crisis de los cuidados en América Latina y el Caribe ha motivado una amplia discusión acerca del tipo de políticas públicas que deberían implementar los Estados para evitar el abandono de la creciente población que requiere atención, y para superar la sobrecarga de trabajo de cuidados no remunerado que se continúa delegando a las familias y especialmente a las mujeres de los sectores más vulnerables (Velasco, 2023). A través de las conferencias regionales de la mujer promovidas por la CEPAL, los Estados miembros se han comprometido a reconocer el derecho humano al cuidado, poner en funcionamiento políticas integrales en la materia e impulsar un nuevo paradigma de desarrollo que coloque en el centro el cuidado de las personas y de la naturaleza (CEPAL, 2007).

A pesar de estos compromisos adquiridos por los Estados, el avance en el desarrollo de políticas públicas es muy dispar. Mientras Uruguay, Costa Rica y Chile han establecido sistemas integrales de cuidados (ONU Mujeres y CEPAL, 2022); en el resto de los países se han efectuado programas de cuidados que suelen estar desvinculados entre sí y que están sujetos a los cambios de gobierno. Este es el caso de México y Argentina, países donde actualmente se impulsan reformas para reconocer a nivel federal el derecho al cuidado. Sin embargo, algunos gobiernos han promovido retrocesos asociados a políticas de austeridad e ideologías de género esencialistas a favor de la familia tradicional.

En esta coyuntura, resulta central profundizar en el caso de México, por lo cual el presente trabajo busca responder: ¿qué modificaciones han experimentado las políticas de cuidados a nivel federal? y ¿qué cambios y continuidades han promovido en la desigual organización social de los cuidados prevaleciente en este país de 2018 a 2023?

Para responder estas cuestiones, la presente investigación recupera algunos aportes de la economía feminista y los estudios feministas a los estados de bienestar. Se argumenta que el Estado<sup>2</sup> participa en la estructuración de la organización social de los cuidados, ya que

---

<sup>2</sup> Desde el feminismo posestructuralista e institucionalista podemos entender al Estado como un conjunto de instituciones (sin que necesariamente se encuentren coordinadas), cuyos discursos y capacidades están

difunde discursos acerca del cuidado y distribuye los costos económicos, y las responsabilidades de provisión de dichos trabajos entre distintos actores. Esto ocurre no sólo a través de las políticas que atienden a grupos en condición de dependencia y a las personas encargadas de proveerles cuidados, sino, además intervienen otros sectores de política que pueden incidir en la configuración de las relaciones de cuidados en la sociedad. En este sentido, el trabajo propone analizar los cambios ocurridos en tres sectores de política pública destinados a tres grupos de población sin seguridad social: infancias, personas mayores de 60 años y personas enfermas.

El estudio empleó una metodología mixta basada en el análisis comparado del diseño de un conjunto de programas y algunos indicadores de su puesta en marcha desde una perspectiva feminista interseccional. Se examinaron las reglas operativas de los programas seleccionados, informes sectoriales de gobierno, reportes de gasto presupuestal y evaluaciones de política pública elaborados por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) y organizaciones civiles.

Se argumenta que, a partir de 2019, el gobierno federal, en el marco de sus medidas de austeridad, impulsó cambios en las políticas dirigidas al cuidado de infantes, personas enfermas, y adultas mayores sin seguridad social, los cuales implicaron el mantenimiento o la ampliación de sus objetivos, y en todos los casos la disminución de su intensidad (cobertura o presupuesto), dando lugar a un proceso de desmantelamiento de las políticas públicas. Lo anterior promovió el traslado de una parte del trabajo de cuidados, previamente proveído por el Estado, hacia los hogares de los sectores sociales más precarizados y especialmente a las mujeres. Esta tendencia se agudizó con las medidas implementadas globalmente durante la pandemia de COVID-19.

En el siguiente apartado se plantea el marco teórico de la investigación. Enseguida se presentan las especificaciones de la metodología y posteriormente los principales hallazgos que se dividen en tres secciones: primero se examinan los cambios en los programas de

---

estructuradas por la categoría de género en intersección con otros ejes de desigualdad y, a su vez, participan de la producción y reproducción de relaciones de género interseccionales en la sociedad (Chappell, 2013).

cuidado infantil; en segundo lugar, los servicios públicos de salud y, finalmente, el decremento en los programas de cuidados para las personas mayores. El trabajo cierra con una síntesis de los hallazgos y apunta algunos temas pendientes para futuras investigaciones.

## **I. Las políticas sobre cuidados y la organización social de los cuidados**

Los cuidados se refieren al conjunto de trabajos para propiciar el bienestar físico, psicoemocional y social cotidiano de las personas, en su entorno físico y cultural, a fin de hacer posible el sostenimiento de la vida (Batthyány, 2015; Tronto, 1993). Aunque todas las personas necesitamos de cuidados, estos requerimientos se intensifican en algunas etapas y condiciones del curso de vida, tales como la infancia, la adolescencia, la vejez o en casos de enfermedad, discapacidad o dependencia permanentes.

Las políticas que atienden a los sectores poblacionales con necesidades de cuidados más intensas y las personas encargadas de su atención han sido denominadas políticas de cuidados. Estas conforman el cuarto pilar de la protección social junto con la educación, la salud y la seguridad social (Deusdad, Comas-d'Argemir, y Dziegielewski, 2016; Rico y Robles, 2019), y son indispensables para garantizar el derecho al tiempo propio y al cuidado, lo que implica el derecho a recibir cuidados, a cuidar y al autocuidado (CEPAL, 2007; Pautassi, 2018).

Estas políticas emplean distintos tipos de instrumentos para el logro de sus metas que pueden agruparse en cuatro tipos: 1) licencias o permisos de maternidad, paternidad, parentales, y para el cuidado de personas enfermas y en situación de dependencia, mediante los cuales se otorga tiempo para que las personas puedan cuidar de sus familiares sin verse afectadas en sus derechos laborales; 2) la provisión de servicios públicos de cuidados, en centros de estancia permanente o temporal, o por medio de visitas domiciliarias; 3) el otorgamiento de transferencias monetarias para pagar servicios privados de cuidado o para retribuir a las personas cuidadoras familiares que no reciben remuneración (en este caso puede incluir otras prestaciones adjuntas); 4) la regulación de los establecimientos privados (lucrativos o no) que proveen cuidados, así como la capacitación a personas cuidadoras (Rico y Robles, 2019).

Vía estas políticas, los Estados funge un papel central en la estructuración material y simbólica de la organización social de los cuidados, cimentada en desigualdades de género, clase social y racialización. En su dimensión material, las políticas contribuyen a establecer quiénes deben cuidar, por cuánto tiempo, en qué condiciones, y quiénes deben financiar los costos de este trabajo (Razavi, 2007; Saraceno, 2016); además, quiénes deben tener acceso a los programas (Martínez y Sánchez-Aconchea, 2019). En su dimensión simbólica las políticas también difunden significados acerca del cuidado y recrean distinciones de género, clase social y raza (Tronto, 2017). De esta manera, el Estado interviene de forma privilegiada en los procesos de reproducción o transformación de las desigualdades persistentes en la organización social de los cuidados.

En adición, otros sectores de política pública tienen efectos, intencionados o no, tanto en la forma en que las personas acceden a los cuidados como en la determinación de quiénes asumen la responsabilidad de su provisión y sus costos. Consecuentemente, las políticas laborales, fiscales, económicas y de seguridad social, así como los sistemas de salud y educación también inciden en la organización y distribución del trabajo de cuidados entre los distintos actores que conforman el diamante del cuidado, que incluye a las familias, las comunidades, el mercado y el Estado (Razavi, 2007).

En el caso de las políticas de salud, “las demandas restantes [de cuidados], las no satisfechas por las instituciones han de encontrar otras vías para su satisfacción. Para ello tienen que entrar en juego los familiares, los allegados y las organizaciones de enfermos” (Durán, 2002, p. 21). Por ejemplo, la ubicación de los hospitales públicos, el tipo de servicios que proveen o no proveen, y el tiempo de hospitalización que proporcionen para la recuperación de los pacientes genera necesidades de cuidados en las personas enfermas que no son atendidas por el Estado y son dejadas a otros actores, tales como, el apoyo en la transportación o la atención posthospitalaria. En consecuencia, este artículo propone que, al conjunto de políticas de cuidados, más aquellas políticas y programas que tienen efectos en la forma en que se organizan los cuidados en la sociedad, sean denominadas políticas sobre cuidados (PSC).

El tiempo, la descarga emocional y el costo monetario que conllevan las actividades de cuidado no remuneradas desempeñadas por las familias dependen, entre otros factores, de la accesibilidad y alcance de las PSC (Durán, 2002).

### **Cambios en las políticas públicas**

En los estudios acerca de los cambios en las políticas públicas, planteados desde la ciencia política y la administración pública, ha predominado una teoría incrementalista, la cual sostiene que en los Estados democráticos persiste una tendencia a aumentar las políticas públicas en todos los sectores. Esta tendencia se explica porque los gobernantes buscan implementar mayores y mejores políticas con el fin de ganar la legitimidad y popularidad necesarias para su reelección (Knill, Steinebach, Adam y Hurka, 2020); en contraposición, la eliminación o desmantelamiento de políticas son valoradas como medidas impopulares que pueden acarrear costos políticos tales como disputas judiciales, movilización social en contra del gobierno, y prevalencia del voto de castigo en las siguientes elecciones.

La teoría incrementalista no permite explicar los cambios en las políticas que tienden a reducir o eliminar programas o instrumentos de política; sin embargo, esta teoría permite formular algunos cuestionamientos, por ejemplo: ¿qué estrategias han implementado los gobiernos para reducir sus acciones en materia social y tratar de evitar los costos políticos adversos que esto podría acarrearles?

A este respecto, la categoría de desmantelamiento de política pública (*policy dismantling*) permite examinar la gradualidad y el tipo de disminución o eliminación en las políticas que emprenden los gobiernos, a fin de considerar sus estrategias para evitar los costos de sus acciones. Este término involucra “la reducción, decrecimiento o disminución de los existentes arreglos de política” (Jordan, 2013, p. 795, citado en Knill *et al.*, 2020, p. 244, traducción propia). Además, puede incluir el termino o abolición de una política. El concepto ha sido empleado para entender la reducción de los regímenes de bienestar que emergieron tras la segunda guerra mundial (Daly y Lewis, 2000; Pierson, 1994) así como la reducción de políticas sociales y de cuidados ocurrida luego de la crisis económica global de 2008 en

Europa (Comas D'Argemir, 2015; European Commission, 2021; Theobald y Luppi, 2018; Wichterich, 2020) y otras latitudes (Covarrubias, 2022; Fraser, 2016).

El desmantelamiento de una política se refiere a “cualquier evento que implique un cambio de naturaleza directa, indirecta, implícita o simbólica que disminuya el número de políticas en un área particular o disminuya el número e intensidad de instrumentos de política empleados” (Bauer y Knill, 2012, p. 34; citado en Knill *et al.*, 2020, p. 246, traducción propia). Este fenómeno implica una disminución en uno o los dos elementos de las políticas públicas: su densidad y su intensidad.

En este trabajo se propone estudiar los cambios en las políticas públicas a lo largo de un periodo, es decir, su incremento, mantenimiento o desmantelamiento, a partir de examinar dos de sus elementos constitutivos: la densidad y la intensidad. La densidad de una política se refiere a la cantidad y contenido de sus objetivos, las acciones planteadas para lograrlos y las medidas específicas para ejecutar dichas acciones, es decir, los instrumentos de política. Por otro lado, la intensidad se refiere a las características de los instrumentos de política, especialmente su nivel y su alcance. Mientras el nivel alude al grado de generosidad en el otorgamiento de algún instrumento, sea este un servicio, recurso o la profundidad en la regulación de algún ámbito público, el alcance señala la extensión de la población a la que se dirige la política (Knill *et al.*, 2020). Con base en estos elementos se propone una tipología de procesos de incremento, mantenimiento y desmantelamiento de políticas en la tabla 1.



**Tabla 1. Tipología de cambios en las políticas públicas**

<b>Tipo</b>	<b>Subtipo</b>	<b>Densidad</b>	<b>Intensidad</b>
<b>Incremento</b>	Ampliación general	Aumenta	Aumenta
	Aumento de la intensidad	Se mantiene	Incrementa
	Aumento de la densidad	Incrementa	Se mantiene
<b>Mantenimiento</b>		Sin cambios	Sin cambios
<b>Desmantelamiento</b>	Reducción general	Disminuye	Disminuye
	Disminución de la intensidad	Aumenta o se mantiene igual	Disminuye
	Disminución de la densidad	Disminuye	Aumenta o se mantiene igual
	Eliminación	Desaparece	Desaparece

Fuente: Elaboración con base en Knill, *et al.*, 2020.

En el caso de México, este artículo argumenta que de 2019 a 2023 el gobierno federal, en el marco de su política de austeridad y de la pandemia de COVID-19, ejecutó el desmantelamiento de tres PSC dirigidas a población sin seguridad social. Se emprendió una reducción general de los programas de cuidado infantil y se desmanteló la intensidad, tanto de los servicios de salud a población no derechohabiente como de los programas de cuidado a personas mayores.

Estas modalidades de desmantelamiento resultan ser muy estratégicas, ya que en los planteamientos del diseño de las políticas se mantienen o aumentan sus objetivos generales; sin embargo, cuando se revisan los elementos de la intensidad, se observa que la cobertura o el presupuesto ejecutado disminuyeron en todos los casos. En consecuencia, a través de la disminución de la intensidad de las políticas se promovió que el trabajo de cuidado y sus costos fueran trasladados del ámbito público al privado de los hogares sin seguridad social.

## II. Metodología: análisis comparado de política pública

### El caso de estudio

Las políticas de cuidados en México se caracterizan por una fuerte segmentación de acuerdo con el tipo de inserción laboral de los integrantes de la familia. Para este estudio se seleccionó el caso de las políticas de cuidados para personas sin seguridad social a nivel federal de 2018 a 2023. Las personas con esta condición representaron el 53.5% de la población total del país, que equivale a 66.2 millones de personas en 2020 (CONEVAL, 2021). En este grupo se ubican los sectores de menores ingresos y con las mayores carencias, por lo que resulta pertinente estudiar los cambios en la organización de los cuidados que promueven las políticas dirigidas a este grupo. Se seleccionaron programas de cuidado a la primera infancia (personas menores de cuatro años), cuidado de la salud y a personas mayores.

Desde finales de 2018, por primera vez en la historia del país se instauró un gobierno federal que se autodenominó de izquierda. Desde el inicio de esta gestión hubo cambios en el diseño e implementación de distintos sectores de política que se justificaron por la necesidad de superar la pobreza y transformar los sesgos neoliberales de los gobiernos anteriores, tales como la corrupción, la privatización de los servicios públicos. Sin embargo, al mismo tiempo se impusieron medidas de austeridad que redujeron los recursos de las instituciones y políticas públicas (Congreso de la unión, 2019; Presidencia de México, 2020).

Durante la pandemia por COVID-19, las medidas de austeridad se mantuvieron y el gobierno no implementó ningún nuevo programa o política para apoyar la pérdida de ingresos en los hogares o el aumento en la carga de trabajo de cuidados. La CEPAL ha registrado que en este periodo el gasto público en México solo aumentó 1.1% de su PIB, cantidad muy por debajo del promedio de la región equivalente a 3.2% (Cejudó y Gómez-Álvarez, 2023). Al respecto, el gobierno federal argumentó que “la población con un bajo ingreso estaba ya cubierta por los programas sociales existentes y que era importante preservar el programa de austeridad lanzado a inicios de la actual administración” (Cejudó y Gómez-Álvarez, 2023, p. 3). Como se verá en el siguiente apartado, estas directrices generales del nuevo gobierno afectaron a las PSC.

### Análisis comparado de política pública desde una perspectiva feminista

El estudio empleó una metodología mixta convergente<sup>3</sup> que implicó el análisis comparado tanto del diseño e implementación de las PSC, desde una perspectiva feminista interseccional, a partir de los indicadores de densidad e intensidad de las políticas que se resumen en la tabla 2.

**Tabla 2. Dimensiones del concepto desmantelamiento de PSC**

Dimensiones	Elementos	Operacionalización
<b>Densidad</b>	Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alcance y cantidad de metas</li> <li>• Su concepción de cuidado</li> <li>• Los actores a quien se asigna la responsabilidad de proveer y financiar los cuidados</li> </ul>
	Instrumentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medidas específicas implementadas</li> </ul>
<b>Intensidad</b>	Nivel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presupuesto otorgado</li> <li>• La amplitud del servicio o recurso otorgado</li> </ul>
	Alcance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los criterios de inclusión poblacional</li> <li>• La cantidad de personas beneficiarias</li> </ul>

Fuente: Elaboración con base en Knill, *et al.*, 2020; Rico y Robles, 2019.

Para recabar estos indicadores se analizó la legislación y las reglas de operación de los programas en cuestión, informes sectoriales del gobierno federal y de gasto público, y evaluaciones emitidas por CONEVAL y algunas organizaciones civiles.

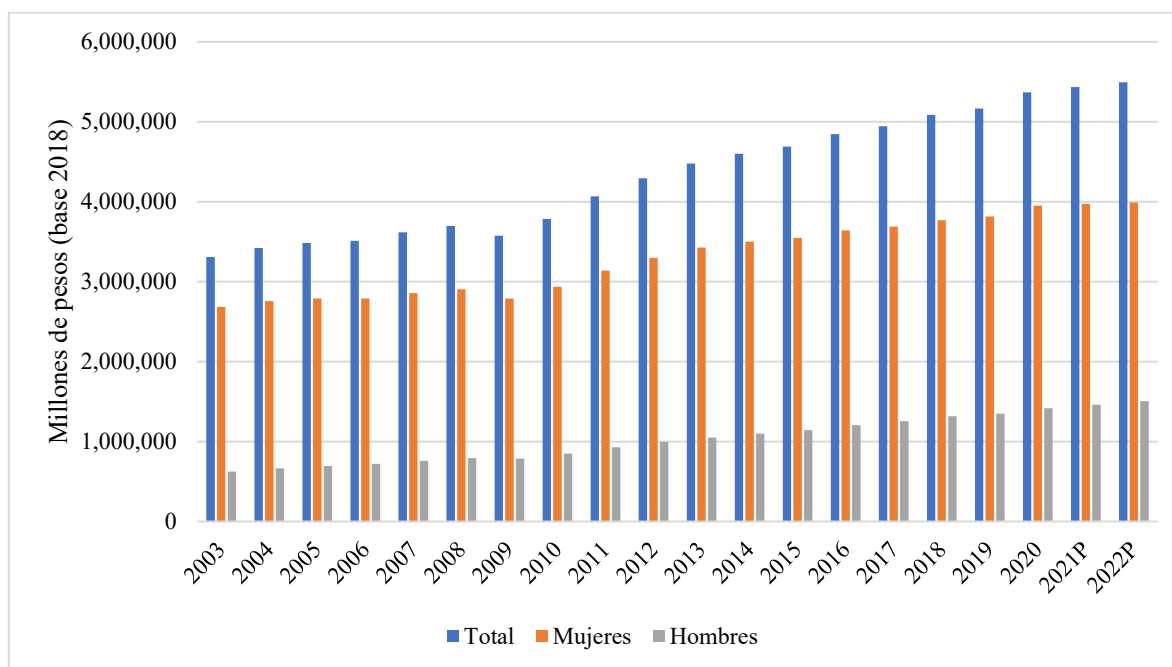
La perspectiva feminista interseccional permitió reconocer las relaciones por género, nivel socioeconómico o racialización que promueve cada política, a partir de analizar sus dimensiones simbólica y material. En la dimensión simbólica se estudiaron los supuestos normativos acerca de cómo se conciben los cuidados, quiénes deben asumir los costos y la

<sup>3</sup> Consiste en la recopilación por separado de datos cualitativos y cuantitativos para posteriormente analizar sus convergencias, divergencias y complementariedades (Medina, Hurtado, Muñoz, Ochoa y Izundegui, 2023).

provisión de estos, y quiénes deben tener acceso prioritario a ellos. Mientras que, en la dimensión material se examinó cómo los indicadores de cobertura y presupuestos erogados pueden promover el traslado de responsabilidades de cuidados del Estado al sector privado de los hogares, y a personas generizadas, o pueden fortalecer el mercado de cuidados. A continuación, se describen los principales hallazgos de la investigación.

### **III. Estrategias de desmantelamiento de PSC**

A finales de 2019 entró en vigor la Ley Federal de Austeridad Republicana, cuyo objetivo es “regular y normar las medidas de austeridad que deberá observar el ejercicio del gasto público federal” (p. 1). En su artículo cuarto señala que estas medidas buscan “combatir la desigualdad social, la corrupción, la avaricia y el despilfarro de los bienes y recursos nacionales” (Congreso de la Unión, 2019, p. 2). Aun cuando dicha ley señala en su artículo séptimo que su aplicación debe “abstenerse de afectar negativamente los derechos sociales de los mexicanos” (p. 3), en las siguientes secciones se argumenta que desde inicios de 2019 estas medidas limitaron algunos programas y políticas públicas asociadas al ejercicio del derecho a la salud, el derecho al cuidado y el derecho de las mujeres a disponer de su propio tiempo.

**Gráfica 1. Valor del trabajo doméstico y de cuidados por sexo (valores constantes)**

Fuente: Elaboración con base en información de INEGI (2023b). La P refiere a valores preliminares.

Mientras se implementaron estas nuevas políticas, el valor constante del trabajo de cuidados no remunerado realizado por los hogares se incrementó en un 8% de 2018 a 2022, al pasar de 5 086 588 a 5 494 346 millones de pesos (ver gráfico 1). En las siguientes secciones se analiza cómo los cambios en un conjunto de PSC contribuyeron al aumento en el trabajo de cuidados al interior de los hogares de personas sin seguridad social.

### **Reducción general de las políticas de cuidado infantil**

En México, las políticas de cuidados a infantes menores de cuatro años se encuentran fragmentadas de acuerdo con el tipo de inserción laboral de las personas, además de que han mantenido sesgos de género, clase social y pertenencia étnica.

Desde la reforma constitucional de 1974 al artículo 123 se estableció que, como parte de las prestaciones de seguridad social, se deben promover servicios de guardería para los trabajadores formales e informales. A pesar de ello, sólo se establecieron guarderías para mujeres trabajadoras que hicieran contribuciones a la seguridad social, mientras que, la

población con trabajos informales había permanecido excluida del acceso a servicios de cuidado infantil a nivel federal hasta 2007 (GIRE, 2021).

Ese año comenzaron a implementarse servicios de guarderías para madres del sector informal y padres solos a través del Programa de Guarderías y Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras (PEI) a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). El programa se mantuvo operando por 11 años, hasta que a inicios de 2019 fue sustituido por un programa de transferencias económicas denominado, Programa de Apoyo para el Bienestar de Niños y Niñas, Hijos de Madres Trabajadoras (PABM, en adelante).

### **Continuidades y discontinuidades en la densidad de las políticas de cuidado infantil**

Tanto el PEI como el PABM son parte del ramo administrativo 20 destinado a otorgar subsidios a los grupos más vulnerables con la finalidad de que superen su condición de pobreza. Los programas no reconocen al cuidado como un derecho humano universal, sino como una actividad que debe ser subsidiada de manera focalizada. Además, sus reglas de operación aclaran que el otorgamiento de los subsidios está condicionado a la disponibilidad presupuestaria, y al no precisar respecto a qué define la “disponibilidad presupuestaria”, ésta parece depender de la voluntad de cada gobierno en turno. En este marco, la relación que se establece entre el gobierno y quienes participan del programa es de tipo asistencial, sin mediar una obligación estatal de garantizar derechos.

La población objetivo de estos programas se mantuvo constante de 2018 a 2023 y se establece como:

Madres de 15 años y más con hijas e hijos de entre 1 año y hasta un día antes de cumplir 4 años y de entre 1 año hasta un día antes de cumplir los 6 años para niñas o niños con alguna discapacidad [...] las madres, padres solos y tutores que no tienen empleo, buscan un empleo o tienen un empleo que no les brinda seguridad social o el acceso a los servicios de cuidado (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Salud, 2017).

Esta definición de población objetivo asume que las madres son y deben ser las responsables de cuidar a sus descendientes y el programa únicamente les proporcionará un apoyo en el desarrollo de este rol a las más vulnerables económicamente. Además, los padres deben asumir el cuidado infantil únicamente al encontrarse sin una pareja mujer que realice este trabajo. De esta forma, quedan excluidos padres con esposas que no son económicamente activas, ya que el programa no los reconoce como cuidadores, y padres homosexuales debido al sesgo heterosexual en la concepción de la paternidad que sostiene el programa. Esto implica criterios de elegibilidad diferenciados por género que refuerzan estereotipos discriminatorios.

El PEI concibe los servicios de cuidados como parte del aseguramiento social en los siguientes términos: “mejorar las condiciones de acceso y permanencia en el mercado laboral de las madres, padres solos y tutores que trabajan, buscan empleo o estudian” (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Salud, 2017, s/p). El PABM busca que el subsidio monetario al cuidado también promueva el mismo objetivo (Secretaría de Bienestar, 2020a). En ambos programas el trabajo de cuidados se concibe como un riesgo de salida del mercado laboral de los padres que incrementaría el empobrecimiento del hogar. Este trabajo no es valorado en sí mismo como promotor de bienestar para las infancias, sino sólo como obstáculo para la inserción laboral de madres y padres solos.

La mayor diferencia entre ambos programas se ubica en sus instrumentos de política pública. El PEI proporcionaba “apoyo para infraestructura y creación de nuevas estancias, y la transferencia para el pago del servicio a las guarderías” (López, 2020, p. 23). Además, otorgaba un seguro a los infantes, el DIF capacitaba y supervisaba a las personas cuidadoras y permitía a los infantes acreditar el primer año de preescolar gracias a un convenio con la Secretaría de Educación Pública (López, 2020). Mientras tanto, con el PABM estas acciones se eliminaron, persistiendo únicamente el subsidio otorgado de manera directa para hasta 3 hijas o hijos<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> El presidente de México informó que el cambio de programa buscó evitar la corrupción ocurrida en la intermediación para la provisión de “apoyos” a madres trabajadoras (López, 2019).

Estudios previos han señalado que los programas de servicios de cuidados pueden ser más efectivos en permitir que las personas cuidadoras dispongan de su tiempo libre para insertarse al mercado laboral o estudiar, a diferencia de las transferencias económicas para el cuidado (López, 2020), ya que estas:

[...] tienden a reforzar la provisión de cuidados por los miembros de las familias, además de que exoneran a otros sectores de la responsabilidad de cuidar. Adicionalmente, el pago [...] es frecuentemente de bajo nivel y conlleva pocos [o nulos] derechos laborales o de seguridad social. Finalmente, aunque proveer un pago por el trabajo que las mujeres tradicionalmente han realizado puede valorizar su trabajo, esto también tiende a confirmar a las mujeres/madres como cuidadoras naturales (Razavi, 2007, p. 24, traducción propia).

Otra diferencia se ubica en los criterios de selección de la población beneficiaria. El PEI se otorgaba especialmente a personas residentes en hogares con ingresos por debajo de la línea de bienestar, es decir, que tuviesen dificultades para adquirir alimentos básicos. En cambio, el PABM prioriza “zonas de población mayoritariamente indígena y afroamericana, zonas con mayor grado de marginación o zonas con altos índices de violencia, y aquellas que generen estrategias integrales de desarrollo” (Secretaría de Bienestar, 2020a, s/p). Con estos criterios ninguno de los dos programas toma en cuenta las diferencias culturales asociadas a las prácticas de cuidado infantil derivadas de la diversidad étnica y territorial de la población. Únicamente el PABM considera la pertenencia étnica como factor de mayor vulnerabilidad, sin tomar en cuenta la viabilidad del empleo de transferencias monetarias para pagar cuidados en los contextos culturales específicos.

En suma, respecto a la densidad de los programas de cuidado infantil, ambos conceptualizan al cuidado como un riesgo de empobrecimiento, conciben a las madres como responsables primarias del cuidado infantil y no priorizan el trabajo de cuidado como promotor de bienestar en contextos culturales específicos. Por otra parte, el PEI otorgaba subsidios para la recepción de servicios de cuidados gestionados de manera coordinada entre el Estado y



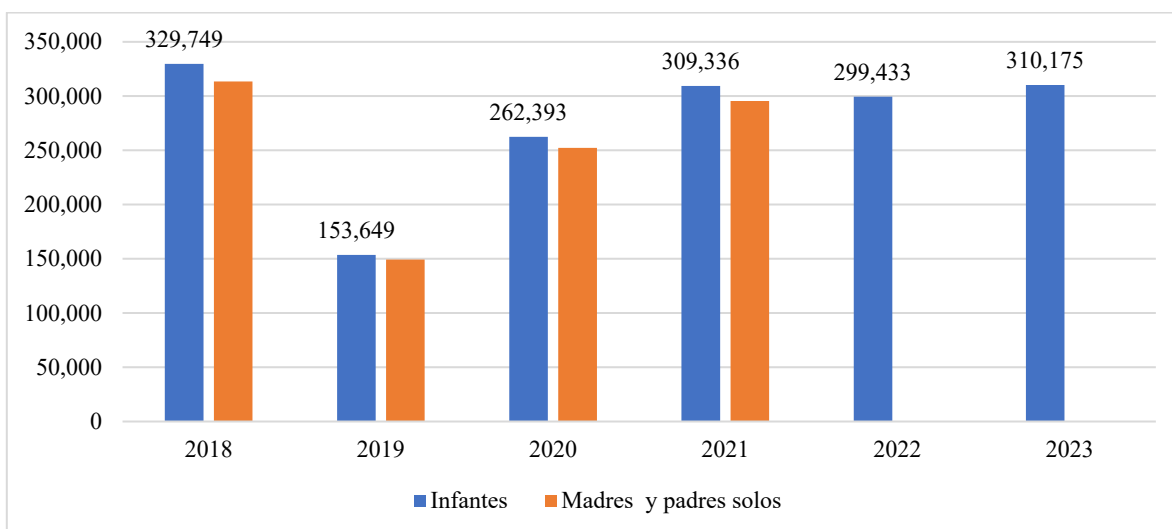
personas de la comunidad; mientras que el PABM entrega subsidios monetarios, pero no contempla mecanismos para asegurar que estos se destinen a financiar el cuidado, y en cambio, promueve que las madres asuman el rol de cuidadoras precarizadas.

### **Diferencias en la intensidad de los programas**

Con respecto al nivel de los bienes otorgados, el PEI contemplaba 950 pesos mensuales por infante y 1800 en caso de que tuvieran alguna discapacidad (Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Salud, 2017) más toda la infraestructura necesaria para ofrecer los servicios de guardería. El PABM sólo otorga una transferencia monetaria directa de 800 pesos mensuales y se mantuvo el monto del anterior programa para infantes con discapacidad. Aunque el valor corriente del subsidio se mantuvo estable hasta 2023, el valor real de las transferencias se ha devaluado debido al aumento constante de la inflación en el periodo señalado (INEGI, 2023a). Adicionalmente, el subsidio otorgado únicamente alcanzaba a cubrir el 14% del sueldo mensual mínimo a una persona trabajadora del hogar en la zona fronteriza y 20% en otras partes del país (SEGOB, 2020).

Acerca de la cobertura, a partir del cambio del PEI al PABM las personas beneficiarias se han reducido. En 2019 los infantes beneficiarios disminuyeron en un 53.4% respecto a 2018. Entre 2020 y 2023 el padrón de personas beneficiarias ha ido creciendo, con excepción de 2022 donde hubo una leve disminución; sin embargo, la cantidad reportada en 2023 continúan siendo menor a la de 2018 (ver gráfica 2).

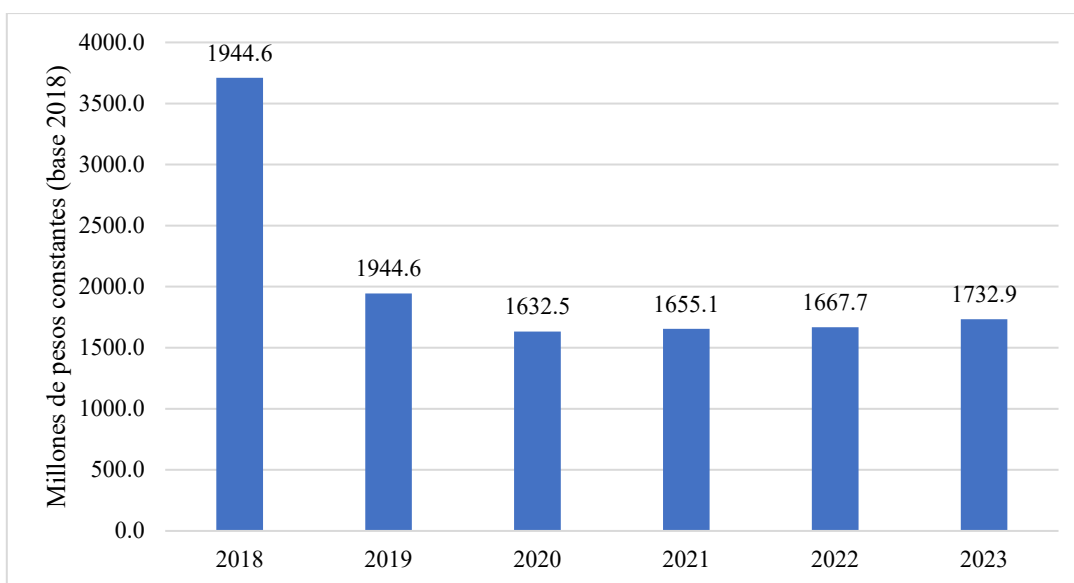
**Gráfica 2. Personas beneficiarias de programas federales de cuidado a la primera infancia**



Fuente: Elaboración con base en CONEVAL, 2022; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b, 2021, 2022, 2023.

En adición, en 2019 el presupuesto ejercido para este rubro se redujo en un 47.6% con respecto a 2018; en 2020 nuevamente disminuyó 16% respecto al año anterior; entre 2021 y 2023 hay ligeros aumentos; sin embargo, el gasto erogado en 2023 continuó siendo menor al de 2019 y 2018 (ver gráfica 3).

**Gráfica 3. Presupuesto ejecutado por programas federales de cuidado a la primera infancia**



Fuente: Elaboración con base en CONEVAL, 2022; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b, 2021, 2022, 2023.

En resumen, los objetivos generales de los programas se han mantenido, sin embargo, los instrumentos del PABM son menores en contraste con el PEI. Así mismo, la intensidad de la política de cuidado infantil que incluye el monto de subsidio otorgado, la población beneficiaria y el presupuesto se redujeron. A partir de investigaciones previas (Covarrubias, 2022; López, 2020; Razavi, 2007) es posible sostener que la reducción del alcance de este programa ha promovido que el gobierno delegue progresivamente la mayor parte de los costos y trabajos de cuidado para la primera infancia a los hogares de personas sin seguridad social.

### **Reducción de la intensidad de las políticas de cuidado a la salud**

En México, la constitución política establece distintas formas de provisión de servicios médicos para personas que laboran en el ámbito formal de la economía y emiten contribuciones a la seguridad social. En cambio, para las personas sin seguridad social, que representan más de la mitad de la población, no ha existido una cobertura amplia de servicios médicos garantizada por el Estado (Méndez y Llanos, 2021).

En las últimas dos décadas han surgido programas gubernamentales que intentan ampliar la provisión de servicios médicos para este último sector. En 2004 comenzó a operar el Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “Seguro popular”, concebido como un mecanismo de aseguramiento médico para la protección de las finanzas familiares. A finales de 2019 este programa fue sustituido por el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar (INSABI).

### **Aumento en la densidad de los programas de salud a trabajadores/as informales**

El objetivo del Seguro Popular (SP) era, “brindar protección financiera a todos los mexicanos, ofreciendo una opción de aseguramiento público en materia de salud a familias y ciudadanos que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social” (Secretaría de Salud, 2002).

El programa presupone que las personas no poseen seguridad social debido a su condición laboral y socioeconómica. Esta idea individualiza el problema del acceso a la seguridad

social, ya que omite considerar que la desigual posibilidad de ejercicio de un derecho social está condicionada por procesos políticos y económicos donde las políticas juegan un papel crucial.

En este marco individualista, se conciben a los procesos de enfermedad como riesgos que pueden conllevar gastos catastróficos<sup>5</sup> para las familias, las cuales se asume que son las principales responsables de la provisión y financiación de cuidados a la salud. Dicho riesgo aumenta para las familias con menos ingresos, ya que éstas pueden emplear una elevada proporción de sus recursos monetarios en servicios médicos privados poniendo en riesgo su subsistencia, o incluso puede resultarles incosteable acceder a dichos servicios. En respuesta a esta problemática el SP se planteó como un programa de aseguramiento en materia de salud para esta población. Aquí, la salud no es concebida como un derecho que debe ser garantizado de manera universal por el Estado, sino como un bien que debe ser provisto primordialmente por las familias, mientras que el Estado únicamente participa como asegurador de las familias más vulnerables.

La idea de la familia como responsable de proveer salud se refuerza en el programa al considerarla la unidad de afiliación al SP (Secretaría de Salud, 2002). Dicha unidad es la responsable de cubrir las cuotas de copago por los servicios médicos; mientras que el gobierno únicamente provee un subsidio por cada persona afiliada. Incluso no hay una obligatoriedad del Estado de proveer este aseguramiento médico, ya que se trata de subsidios focalizados a la población vulnerable, “sujetos a la disponibilidad presupuestal”.

En consecuencia, el SP sólo proveía atención a 294 tipos de intervenciones médicas y 66 padecimientos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (CONEVAL, 2022). Además, el abasto de medicamentos que ofrecía era limitado (Secretaría de Salud, 2002). El resto de los padecimientos y medicamentos que no otorgaba se asumía que debían ser costeados por los individuos y las familias.

---

<sup>5</sup> Es un tipo de gasto de bolsillo que rebasa el 30% del ingreso disponible para subsistencia de una persona (CONEVAL, 2022).

En contraste, el INSABI tuvo como objetivo “proveer y garantizar la prestación gratuita de servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados a las personas sin seguridad social” (Junta de gobierno del INSABI, 2020a). Su creación en 2019 se fundamentó en el artículo cuarto de la constitución federal, la cual reconoce el derecho humano a la salud y en su última reforma de 2020 establece la obligación del Estado de implementar “un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social” (p.10). Así mismo, la Ley General de Salud fue reformada en su artículo 27 para establecer la obligación del Estado en la provisión de servicios médicos, medicamentos e insumos asociados a esta población.

A pesar de su objetivo, el INSABI tuvo limitantes en cuanto a la cobertura de enfermedades y padecimientos que atiende, ya que ofrecía consultas en el primer nivel de atención, únicamente algunos servicios en el segundo nivel (Junta de gobierno del INSABI, 2020b), y no considera la atención de tercer nivel. En cuanto al tratamiento de enfermedades que generan gastos catastróficos, mantiene el mismo catálogo de 66 padecimientos atendidos por el SP, anunciando un aumento progresivo en los mismos y una paulatina desaparición de las cuotas (CONEVAL, 2022; Oropeza, 2021).

En suma, se observa un aumento en la densidad de la política de salud para la población sin seguridad social, ya que se busca cambiar el rol del Estado de asegurador parcial de servicios de salud al de garante del derecho humano a la salud. Sin embargo, el INSABI plantea una universalidad progresiva que mantiene la misma lista acotada de padecimientos, cuotas y medicamentos que otorgaba el SP, con la promesa de ampliar su disponibilidad.

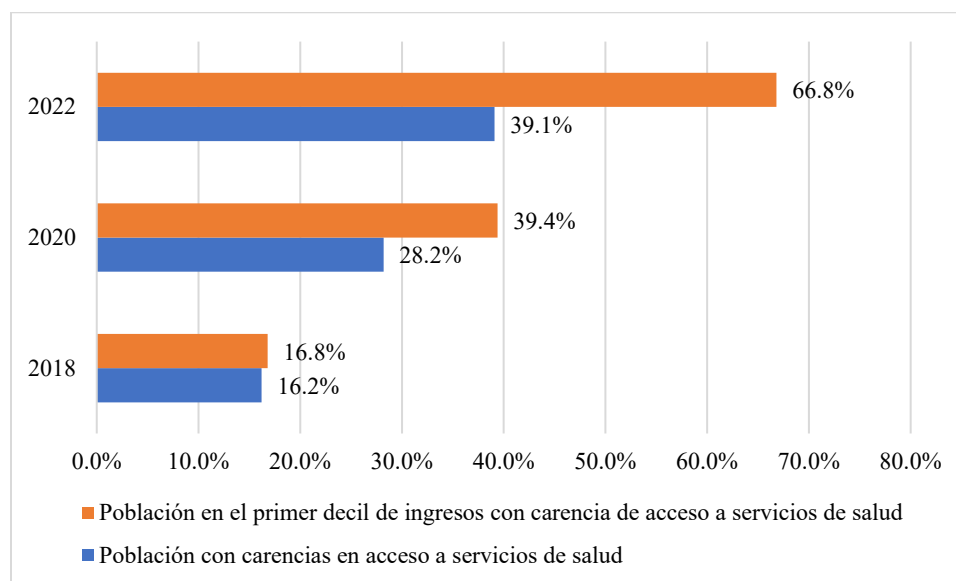
### **Disminución en la intensidad de los programas de salud a población no derechohabiente**

El aumento en la densidad de la política que promueve el INSABI no es coherente con la disminución en su intensidad. En el periodo bajo estudio, la cobertura de los programas de atención a la salud para población no derechohabiente disminuyó considerablemente, de manera contraria a las metas de acceso universal. En este resultado tuvo gran influencia la forma en que se implementó la nueva política y la medida de reconversión hospitalaria por

la epidemia del COVID-19 que afectó a la población no derechohabiente más que a otros sectores.

Debido a los cambios en las políticas de salud promovidos en 2019, la carencia en servicios de salud— es decir, la no afiliación a ninguna institución de seguridad social, servicio médico privado, seguro popular o INSABI—, que venía disminuyendo desde el año 2000, aumentó en los años 2020 y 2022. Mientras en el año 2000, la población que carecía de acceso a servicios era de 58.6%, esta cifra se redujo a 16.2% en 2018, pero se duplicó en 2022 (gráfica 4). Sin embargo, la población con esta carencia ubicada en el primer decil de ingresos aumentó a más del doble entre 2018 y 2020 y creció 27.4 puntos porcentuales para 2022 (CONEVAL, 2023). Lo anterior promovió que las familias asumieran mayores trabajos y costos de cuidados a la salud.

**Gráfica 4. Población con carencias de acceso a servicios de salud**



Fuente: Elaboración con base en CONEVAL, 2023.

La cobertura de estos programas se vio afectada también por la medida de reconversión hospitalaria implementada durante la pandemia. Aunque esta medida era necesaria para afrontar los retos de la emergencia sanitaria, no se llevó a cabo de forma homogénea entre las distintas instituciones de salud pública. Se calcula que 47.5% de todas las unidades médicas empleadas para tratamiento exclusivo de COVID-19 pertenecían a la Secretaría de

Salud, es decir, 1229 unidades que habitualmente prestaban servicios a población sin derechohabencia dejaron de hacerlo. Mientras tanto, 21.6% de las unidades habilitadas de esta forma correspondieron al IMSS, y el 30% restante se repartió entre el ISSSTE, servicios privados y otros (CONEVAL, 2022).

La política de reconversión hospitalaria generó serias limitantes en el acceso a servicios médicos públicos por parte de personas con padecimientos distintos a la COVID-19, y pudo haber incidido en el aumento de mortalidad por diabetes mellitus, influenza, neumonía y enfermedades respiratorias crónicas registradas en 2020 y 2021 en comparación con 2019 (CONEVAL, 2022). Entre las personas que se reportaron como afiliadas al SP/INSABI, la proporción de ellas que reportaron tener problemas de salud y haber sido atendidas disminuyó en 6.4 puntos porcentuales al pasar de 74.3% en 2016 a 68% en 2020. De entre todas las instituciones públicas de salud, el SP/INSABI presentó la mayor disminución de población atendida (CONEVAL, 2022).

Otro factor que incrementó el trabajo de cuidado a la salud, realizado por las familias, es el tiempo que tardan las personas enfermas y sus familiares en llegar a un hospital público, y les provean cuidados. Mientras que entre la población afiliada al SP/INSABI el tiempo promedio es de 56 minutos; entre la población con seguridad social la media es 32 minutos (CONEVAL, 2022).

### **Disminución del gasto público y aumento del gasto privado en salud**

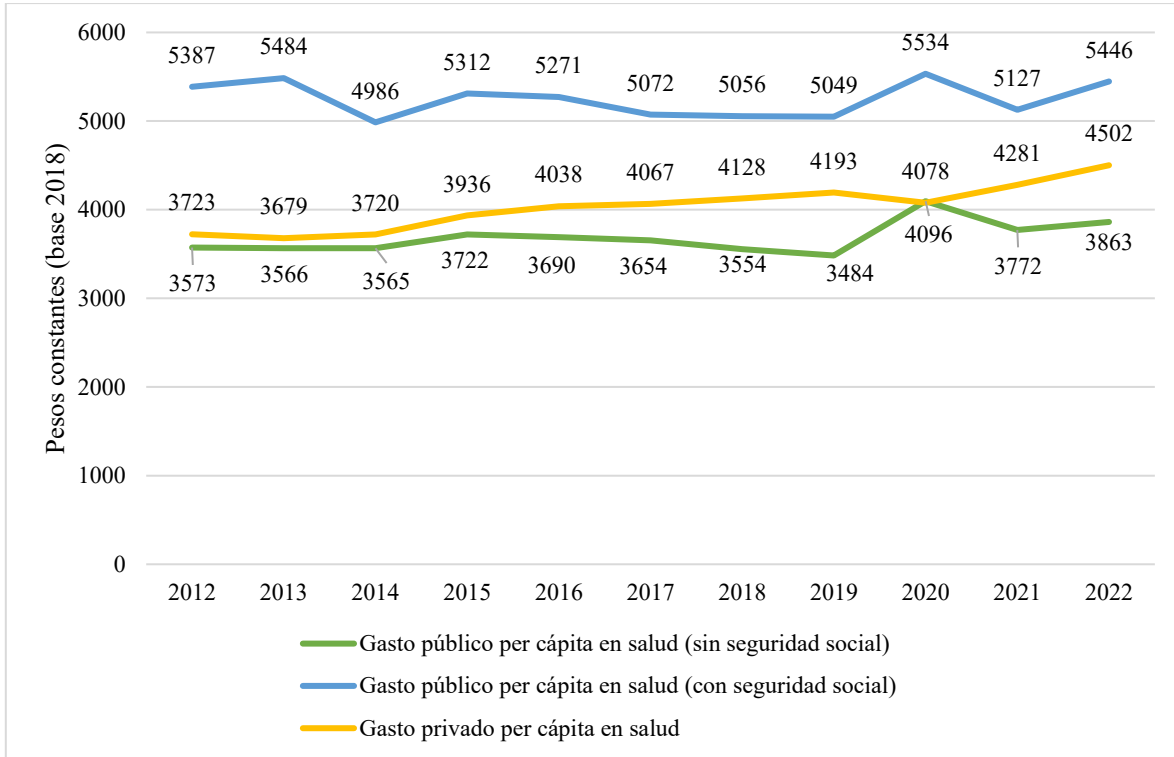
Desde 2006 el gasto público en salud para la población no derechohabiente<sup>6</sup> comenzó a aumentar debido a la creación del SP, llegó a concentrar entre 47 y 46 por ciento del gasto total del sector entre 2014 y 2018. Sin embargo, en 2019 este indicador tuvo un valor de 45%, en 2020 disminuyó a 42% y en 2021 fue 43% (Dirección General de Información en Salud, 2021). En 2018 el gasto per cápita en salud para la población no derechohabiente fue inferior al gasto de la población derechohabiente en 29.7%, mientras que en 2022 casi se mantiene la

---

<sup>6</sup> El gasto público en salud para la población sin seguridad social se compone de “los recursos que destina el gobierno federal y estatal a esta población: Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-PROSPERA (Ramo 19), SEDENA (Ramo 7), SEMAR (Ramo 13), Gasto Estatal y FASSA (Ramo 33)” (Dirección General de Información en Salud, 2023, p. 34).

misma diferencia (29%). De 2018 a 2019, el gasto para la población no derechohabiente disminuyó en 2%, aumentó en 17.6% en 2020 tras el inicio de la pandemia por COVID-19, en 2021 presentó una nueva reducción anual de 7.9% y un ligero aumento de 2.4% en 2022. En el periodo estudiado este indicador aumentó 8.7%; sin embargo, el aumento del gasto per cápita privado en salud fue mayor (9.1%) (ver gráfica 5).

**Gráfica 5. Gasto per cápita en salud en México**



Fuente: Elaboración con base en información de Dirección General de Información en Salud (2023)

La disminución en la cobertura y las variaciones en el presupuesto de los servicios de salud para la población sin seguridad social pudieron haber promovido un aumento en el uso de servicios médicos privados. Entre las personas que se reportaron afiliadas al SP o INSABI, 59.46% hizo uso de servicios médicos privados en 2020, lo que implicó un aumento de 15.4 puntos porcentuales con respecto a 2018. A su vez, entre las personas sin afiliación 84.2% reportó hacer uso de servicios privados en 2020 (CONEVAL, 2022). A la par, se calcula que entre 2018 y 2020 hubo un aumento en la incidencia del gasto catastrófico para las personas afiliadas al SP/INSABI, al pasar de 2.29% a 4.14% (CONEVAL, 2022).



En consecuencia, las políticas de salud implementadas para población sin seguridad social entre 2019 y 2022 —a pesar del aumento del gasto ejecutado que presentaron durante el periodo— no avanzaron hacia su nuevo objetivo de universalizar el acceso a la salud, en cambio, disminuyeron su acceso, aumentaron el gasto de bolsillo y catastrófico en salud y pudieron haber influido en el aumento de muertes por padecimientos diferentes al COVID-19 (CONEVAL, 2022).

## **Reducción de intensidad de las políticas de cuidados a personas mayores**

### **Densidad de las políticas de cuidado a personas mayores**

Durante el periodo en estudio, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ha sido la instancia encargada de diseñar las políticas para procurar el bienestar de los adultos mayores y coordinar acciones en la materia con otros órganos del Estado a nivel federal. En 2018 su finalidad era: “brindar servicios de atención relacionados con el desarrollo social y cultural” de las personas adultas mayores (PM) (Secretaría de Bienestar, 2018, p. 254). Este objetivo enfatizaba el papel del Estado como proveedor de servicios exclusivos para la población más vulnerable a fin de impulsar su desarrollo, mientras que delegan las tareas de cuidado de la mayoría de las PM a las familias.

En cambio, a partir de 2019 el INAPAM enfatizó el papel del Estado como proveedor de derechos humanos, sin embargo, no reconoció el cuidado a las personas mayores como uno de sus derechos. En ese año el objetivo del INAPAM fue: “contribuir a construir una sociedad igualitaria donde exista acceso irrestricto al bienestar social mediante acciones que protejan el ejercicio de los derechos de los Adultos Mayores” (Secretaría de Bienestar, 2019, p. 100). Los objetivos de la institución plantean que el Estado debe pasar “de ser gestor de oportunidades, a convertirse en garante de derechos” (INAPAM, 2021b, pp. 5–6).

En 2019 el gobierno continúa sin reconocer el derecho al cuidado de las personas mayores, se sigue asumiendo que la familia y los individuos son los principales responsables de su cuidado y el INSABI únicamente atiende al subsector más vulnerable con algunos servicios que se describen a continuación:

1. Albergues o centros gerontológicos de estancia permanente que se destinan a la población en estado de vulnerabilidad por no contar con apoyo familiar y recursos. Este tipo de medida permite atender a PM con dependencia severa y moderada.
2. Residencias de día, que brindan “alimentación, cuidado de la salud, activación física, estimulación cognitiva y terapia ocupacional” (Gobierno de México, 2023). Esta estrategia y las dos siguientes permite atender a la PM sin dependencia o con una dependencia moderada.
3. Centros culturales que promueven actividades de formación.
4. Los clubes proporcionan “actividades de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social que estimulan su creatividad y participación [de las PM]” (Secretaría de Bienestar, 2018, p. 255).
5. Centros de atención integral que ofrecen “servicios médicos integrales de primer nivel de atención” (Secretaría de Bienestar, 2018, p. 255). Esta medida puede cubrir a la población mayor con cualquier tipo de dependencia.

En 2021, se añadió una nueva estrategia asociada a la regulación y capacitación para instituciones públicas y privadas en materia de cuidados (INAPAM, 2021b,). Se creó una red nacional de servicios de atención a personas mayores, un modelo de atención para instituciones que ofrecen servicios a esta población, manuales, guías e impartición de cursos de formación profesional para personas cuidadoras. Estos nuevos instrumentos representan un avance, sin embargo, no contribuyen directamente a aminorar el trabajo de cuidados delegado a las familias.

Estos servicios de cuidados se dirigen a las PM que no cuentan “con recursos económicos y redes de apoyo insuficientes” (Gobierno de México, 2023). Esto supone que la responsabilidad del cuidado de este sector corresponde en primer lugar a su familia y sus redes de apoyo o a la propia persona mayor, en tanto pueda financiarlo.

Además, los programas se ofrecen principalmente a PM con dependencia moderada o sin ella y únicamente el servicio de albergue y servicios médicos estaría disponible para personas con dependencia severa. Esto hace que el Estado delegue a las familias la provisión y financiamiento de los cuidados de largo plazo para atender la dependencia severa que implica mayor trabajo, desgaste psico-emocional y costos económicos (Cafagna et al., 2019).

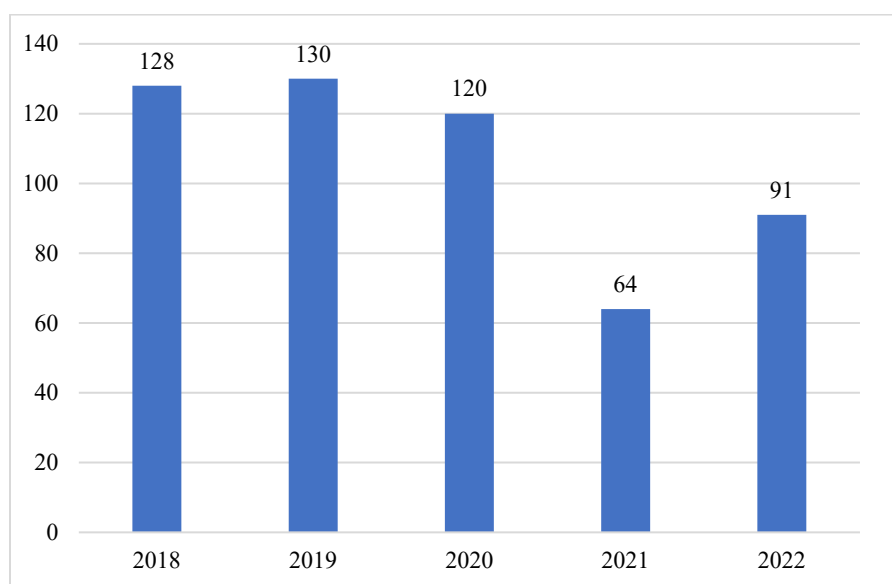
En suma, a pesar de que en los objetivos del INAPAM a partir de 2019 se contempla la garantía de los derechos de las PM de forma universal, no se reconoce su derecho al cuidado y, por lo tanto, se continúa promoviendo que su provisión y su costo se delegue a las propias personas que requieren cuidados y a sus familias. Además, ninguna de estas políticas atiende las necesidades de quienes continúan siendo las principales cuidadoras de las PM, las mujeres de su familia.

### **Disminución de la intensidad**

En 2019, 14% de las personas mayores de 60 años (2 941 589) poseían algún nivel de dependencia, ya sea leve (70%) o grave (30%). Mientras que en el primer grupo el 76% (1 564 925) reportó no tener apoyo de una persona cuidadora, en el segundo grupo 21% (189 161) expresó estar en esta misma situación (Lloyd-Sherlock, Montes de Oca, Arcos, Vivaldo, y Da Cunha, 2023, p. 173). La cantidad de personas que se atendieron en los servicios de cuidados del INAPAM de 2018 a 2022 es bastante limitada considerando las necesidades de cuidados no satisfechas en este grupo.

La intensidad de todos los servicios de cuidados que proporciona INAPAM se ha reducido a lo largo del periodo en estudio. La gráfica 6 muestra cómo ha evolucionado la cobertura en las estancias permanentes. En 2019 hay un aumento de dos personas, sin embargo, en 2020 y 2021 hay una disminución primero de 10 personas y posteriormente del 50% de beneficiarios. Esta disminución puede estar asociada a la emergencia sanitaria, sin embargo, aun con el aumento de residentes en 2022, las personas atendidas son 29% menos con respecto a 2018. En adición, la oferta de albergues se limita a seis instituciones, cuatro de las cuales se encuentran ubicadas en la Ciudad de México, una en Oaxaca y otra en Guanajuato (Gobierno de México, 2023).

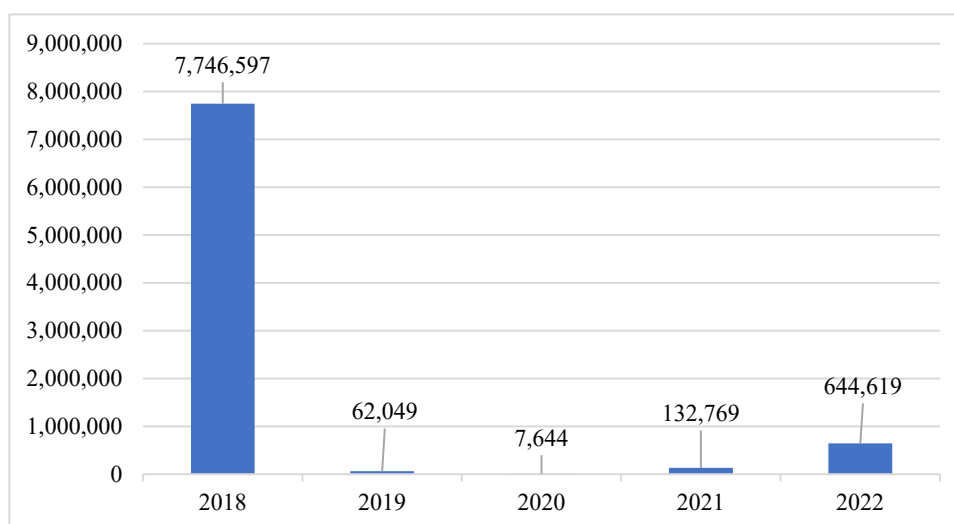
**Gráfica 6. Personas mayores residentes en albergues del INAPAM**



Fuente: Elaboración con base en INAPAM, 2021a, 2022; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b.

Con respecto a los servicios proporcionados en los clubes, la caída a lo largo del periodo de estudio es aún mayor. En 2019 hubo una disminución del 99% de los servicios con respecto a 2018. En 2020 la disminución anual fue del 88%. A pesar de que en 2021 y 2022 comienza a aumentar el valor de este indicador, de 2018 a 2022 los servicios cayeron en 91% (ver gráfica 7).

**Gráfica 7. Servicios proporcionados en clubes del INAPAM**

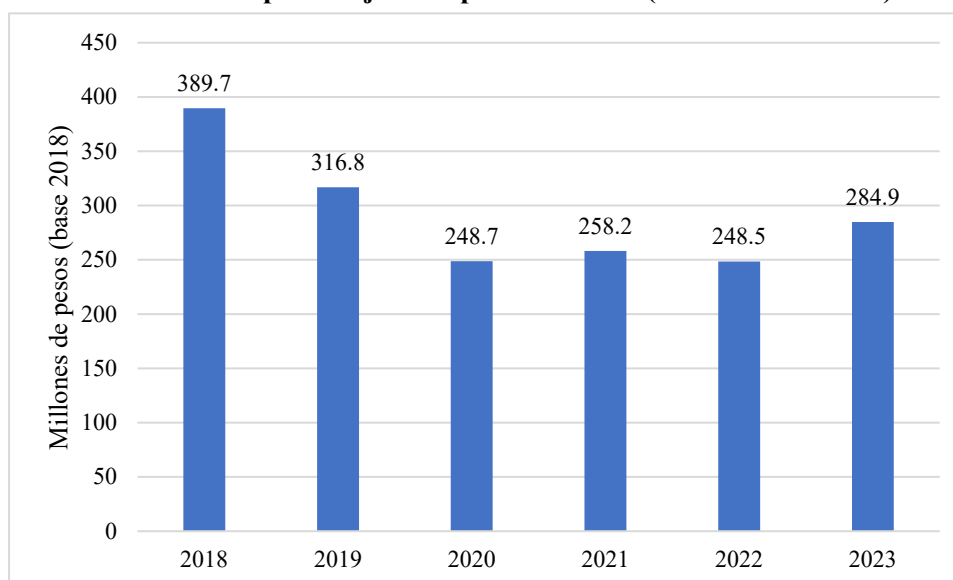


Fuente: Elaboración con base en INAPAM, 2021a, 2022; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b.

La cobertura del resto de actividades de atención a las PM que proporciona el instituto también ha disminuido de 2018 a 2019. Las actividades que se realizan en los centros culturales redujeron su cobertura de personas inscritas en un 95%, los servicios en los clubes disminuyeron 99% y las consultas médicas en los centros integrales también se redujeron en 6.5%. Entre 2018 y 2021 los servicios médicos disminuyeron un 93% (INAPAM, 2021b; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b). Esto indica que, durante la contingencia sanitaria, las actividades de cuidado propiciadas por el INAPAM fueron consideradas como no esenciales, por lo que disminuyeron drásticamente. Esto promovió que las familias y las propias personas con necesidades de cuidados asumieran la provisión y el costo de dichos trabajos.

La política de austeridad implementada a lo largo del periodo disminuyó el presupuesto del INAPAM de 2018 a 2023 en un 27%. En valores constantes, la caída fue del 19% en 2019, al siguiente año la reducción fue de 21.5%, en 2021 hubo un ligero aumento de 3.8% anual, en 2022 hubo una reducción casi igual al aumento del año anterior y en 2023 hubo un crecimiento anual de 15% (ver gráfica 8).

**Gráfica 8. Presupuesto ejercido por el INAPAM (valores constantes)**



Fuente: Elaboración con base en INAPAM, 2021a, 2022, 2023; Secretaría de Bienestar, 2018, 2019, 2020b. Nota: Los valores de 2023 corresponden al presupuesto autorizado, ya que el ejercido aún no se ha publicado.

En síntesis, entre 2018 y 2023 el INAPAM ofreció cuidados focalizados sólo a las personas mayores sin recursos económicos ni redes de apoyo, los cuales resultaron muy insuficientes para cubrir las necesidades insatisfechas de cuidados prevalecientes en esta población. Las medidas de austeridad redujeron el gasto ejecutado por esta institución, mientras que la población atendida también disminuyó. Tanto en los supuestos normativos de la política como en su austeridad material se observa que las familias y los individuos son considerados los responsables primarios de las personas mayores, por lo que se les delegaron tareas de cuidado previamente cubiertas por el gobierno.

#### **IV. Reflexiones finales**

El estudio de un conjunto de programas sobre cuidados permite dar cuenta de los patrones de cambio que ocurren en el conglomerado y las modificaciones que promueven en la organización social de este trabajo. En el caso de México, las políticas aquí estudiadas, destinadas a población sin seguridad social mantuvieron sus objetivos generales o los incrementaron entre 2018 y 2023. En 2019 dichas políticas reconocen discursivamente el derecho a la salud, pero no el derecho humano al cuidado de las infancias, las personas mayores y las personas cuidadoras; en consecuencia, persistió la focalización de estas políticas hacia la población más vulnerable sin tener en cuenta su diversidad cultural; mientras que todas las políticas disminuyeron su cobertura y el presupuesto ejercido.

Esto promovió la agudización del régimen de cuidados familista previamente establecido, ya que una parte importante del trabajo y los costos del cuidado a infantes, a la salud y a personas mayores que otorgaban el gobierno a la población sin seguridad social en 2018 se delegó a otras instancias, principalmente a las mujeres de los hogares con mayores carencias. Con ello se incentivó la ampliación de las desigualdades de género y por condición socioeconómica en el reparto del trabajo de cuidados, lo cual limita el desarrollo humano de las mujeres y fomenta el empobrecimiento de sus hogares.

Queda pendiente estudiar a fondo las modificaciones que hubo en los hogares y en otros actores del cuidado tras los cambios descritos en las políticas públicas. Así mismo, se

desconocen las variaciones en las políticas de cuidados destinadas a la población con seguridad social ocurridas en los últimos años en México. También se necesita estudiar los efectos de la segmentación por derechohabencia, la fragmentación territorial y la precarización de este tipo de políticas en la organización social del cuidado, así como en la experiencia, tanto de las personas que requieren estos servicios como de aquellas que los proveen.

### **Agradecimientos**

Agradezco el amable acompañamiento y apoyo constante para la realización de este documento a la Dra. Irene Casique. Igualmente, agradezco a la Dra. Mercedes Pedrero por la lectura atenta y la retroalimentación que brindó al trabajo. Y finalmente, extendiendo mi gratitud a las personas dictaminadoras, ya que sus comentarios y sugerencias fueron muy relevantes para mejorar el artículo.

### **Referencias bibliográficas**

- Batthyány, Karina. (2015). *Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Organización de las Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>
- Cafagna, Gianluca; Ibararán, Pablo; Oliveri, María Laura; Aranco, Natalia; Medellín, Nadin y Stampini, Marco. (2019). *Envejecer con cuidado. Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0001972>
- Cejudo, Guillermo y Gómez-Álvarez, David. (2023). Uncoordinated federalism: Subnational response to the pandemic crisis in Mexico. *Public Administration and Development*, 1(9), 1-10. <https://doi.org/10.1002/pad.2009>

Chappel, Louise. (2013). The State and governance. En Georgina Waylen, Karen Celis, Johanna Kantola y S. Laurel Weldo (Eds.), *The Oxford Handbook of Gender and Politics* (pp. 603-6026). New York: Oxford University Press.  
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199751457.001.0001>

Comas D'Argemir, Dolors. (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404.  
[https://doi.org/10.5209/rev\\_RASO.2015.v24.50663](https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. (2007). *Consenso de Quito. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Quito: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Organización de las Naciones Unidas.  
<https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/consensodequito.pdf>

Congreso de la unión. (2019). Ley de austeridad republicana. *Diario Oficial de la Federación, DOF*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFAR.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2023). *Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2022). *Evaluación estratégica de salud. Primer informe*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, CONEVAL. (2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a la seguridad social, 2018-2020*. Ciudad de México: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social.  
[https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP\\_2018\\_2020/Notas\\_po](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2018_2020/Notas_po)



[breza\\_2020/Nota\\_tecnica\\_sobre\\_la\\_carencia\\_por\\_acceso\\_a\\_la\\_seguridad\\_social\\_2018\\_2020.pdf](#)

Covarrubias, Karen. (2022). *Programas de cuidado infantil (2007-2022) y su influencia en la reconfiguración de estrategias de cuidado en las familias, y en las trayectorias laborales de las beneficiarias en Tijuana, B.C.* (Tesis de doctorado en Ciencias Sociales en el área de Estudios Regionales). El Colegio de la Frontera Norte, México. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2022/12/TESIS-Covarrubias-Balderas-Karen-Yenisse-DCSER.pdf>

Daly, Mary y Lewis, Jane. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>

Deusdad, Blanca; Comas-d'Argemir, Dolors y Dziegielewska, Sophia. (2016). Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice. *Journal of Social Service Research*, 42(2), 246-262. <https://doi.org/10.1080/01488376.2015.1129013>

Dirección General de Información en Salud. (2023). *Sicuentas. Gasto en Salud por fuentes de financiamiento e indicadores constantes*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_sicuentas\\_gob.mx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gob.mx.html)

Dirección General de Información en Salud. (2021). *Cierre Estadístico del Subsistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) 2019*. México: Secretaría de Salud. [http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Cierre\\_2017\\_SICUENTAS.pdf?V=1.1](http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/Cierre_2017_SICUENTAS.pdf?V=1.1)

Durán, María Ángeles. (2002). *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA.

Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (ONU Mujeres, CEPAL). (2022) *Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación*. Santiago: ONU MUJERES, CEPAL.

European Commission. (2021). 2021 *Long-Term Care Report. Trends, challenges and Opportunities in an Ageing Society, vol. II: Country Profiles*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/b39728e3-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1>

Fraser, Nancy. (2016). Las contradicciones de El capital y los cuidados. *New Left Review*, (100), 111-132. <https://newleftreview.es/issues/100/articles/nancy-fraser-el-capital-y-los-cuidados.pdf>

Gobierno de México. (2023). *Albergues y residencias de día INAPAM*. <https://www.gob.mx/inapam/acciones-y-programas/albergues-y-residencias-diurnas-inapam>

Grupo de Información en Reproducción Elegida, GIRE. (2021). *El camino hacia la justicia reproductiva: una década de avances y pendientes*. Ciudad de México: Grupo de Información en Reproducción Elegida. <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2022/06/ElCaminoHaciaLaJusticiaReproductiva.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2023a). *Portal de inflación. Banco de México*. <https://www.banxico.org.mx/tipcamb/main.do?page=inf&idioma=sp>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. (2023b). *Trabajo no Remunerado de los Hogares. Economía y sectores productivos*. [https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/#informacion\\_general](https://www.inegi.org.mx/temas/tnrh/#informacion_general)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. (2023). Informe de gestión sobre el desempeño general de la entidad correspondiente al tercer trimestre del ejercicio fiscal 2023. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM.

[https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/TransFoca/Informe\\_3er\\_Trimestre\\_2023-Certificado.pdf](https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/TransFoca/Informe_3er_Trimestre_2023-Certificado.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. (2022). *Informe anual de autoevaluación sobre el desempeño general de la entidad correspondiente al ejercicio fiscal 2022*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores INAPAM.

<https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InformeEF2022.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. (2021a). *Informe anual de autoevaluación sobre el desempeño general de la entidad, correspondiente al ejercicio fiscal 2021*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

<https://www.bienestar.gob.mx/pb/images/INAPAM/transparencia/PlanesProInf/InformeEF2021.pdf>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. (2021b). *Programa Institucional del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2021-2024. Avances y resultados, 2021*. México: Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/736176/Informe\\_Avance\\_y\\_Resultados\\_PI\\_2021\\_INAPAM.PDF](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/736176/Informe_Avance_y_Resultados_PI_2021_INAPAM.PDF)

Junta de Gobierno del Instituto de Salud para el Bienestar. (2020a). Estatuto Orgánico del Instituto de Salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación, DOF*. México.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5605322&fecha=19/11/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5605322&fecha=19/11/2020#gsc.tab=0)

- Junta de Gobierno del Instituto de Salud para el Bienestar. (2020b). Programa Institucional 2020-2024 del Instituto de Salud para el Bienestar. *Diario Oficial de la Federación, DOF*, México. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/programa-institucional-2020-a-2024-del-instituto-de-salud-para-el-bienestar>
- Knill, Christoph; Steinebach, Yves; Adam, Christian y Hurka, Steffen. (2020). Policy dismantling, accumulation and performance. En Giliberto Capano y Michael Howlett (Eds.), *A Modern Guide to Public Policy* (pp. 242-264). Cheltenham/Northampton: Edward Elgar Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.4337/9781789904987.00025>
- Lloyd-Sherlock, Peter; Montes de Oca, Verónica; Arcos, Arturo; Vivaldo, Marisa y Da Cunha, Fabiana. (2023). Cuidado de largo plazo para la vejez ante el Covid-19. *Revista Mexicana de Sociología*, 85(1)NE, 169-200. <https://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/60454>
- López, Andrés M. [Andrés Manuel López Obrador]. (3 de abril de 2019). Continúan estancias infantiles; inicia entrega de becas a beneficiarios. Conferencia presidente AMLO [Video]. *Youtube*. [https://www.youtube.com/watch?v=Q16Q\\_FWVb7o](https://www.youtube.com/watch?v=Q16Q_FWVb7o)
- López, Silvia. (2020). Hacia la (re)privatización del cuidado infantil en México. Las modificaciones al Programa de Estancias Infantiles Sedesol. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 6, 1-35. <https://doi.org/10.24201/reg.v6i0.480>
- Martínez, Juliana y Sánchez-Aconchea, Diego. (2019). Overcoming Segmentation in Social Policy? Comparing New Early Education and Childcare Efforts in Costa Rica and Uruguay. *Bulletin of Latin American Research*, 38(4), 423-437. <https://doi.org/10.1111/blar.12850>

Medina, Miguel Ángel; Hurtado, David; Muñoz, José; Ochoa, Dani eIzundegui, Gerardo. (2023). *Método mixto de investigación: cuantitativo y cualitativo*. Lima: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú. <https://doi.org/10.35622/inudi.b.105>

Méndez, Judith y Llanos, Alejandra. (2021). *De Seguro Popular a INSABI: Mayor población con menor atención*. <https://ciep.mx/de-seguro-popular-a-insabi-mayor-poblacion-con-menor-atencion/>

Oropeza, Janeth. (2021). *Fondo de salud para el bienestar: ¿una herramienta estratégica del INSABI para garantizar el derecho a la salud?* México: Fundar. Centro de Análisis e Investigación. <https://fundar.org.mx/wp-content/uploads/2021/12/Fondo-de-salud-para-el-bienestar.pdf>

Pautassi, Laura. (2018). El cuidado como derecho. Un camino virtuoso, un desafío inmediato. *Revista de la Facultad de Derecho de México*, 272, 717-742. <https://doi.org/10.22201/fder.24488933e.2018.272-2.67588>

Pierson, Paul. (1994). *Dismantling the WelfareState? Reagan, Thatcher, and the politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.

Presidencia de México. (2020). Decreto por el que se establecen las medidas de austeridad que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal bajo los criterios que en el mismo se indican. *Diario Oficial de la Federación DOF*, México. [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020&print=truehttps://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020&print=true](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020&print=truehttps://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5592205&fecha=23/04/2020&print=true)

Razavi, Shahra. (2007). *The Political and Social Economy of Care in a Development Context. Conceptual Issues, Research Questions, and Policy Options*. Geneva: United Nations

Research Institute for Social Development.  
<https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>

Rico, María y Robles, Claudia. (2019). Care as a pillar of social protection: Rights, policies and institutions in Latin America. En Rodrigo Martínez (Ed.), *Institutional Frameworks for Social Policy in Latin America and the Caribbean* (pp. 205-233). Santiago: Economic Commission for Latin America and the Caribbean.  
<https://doi.org/10.18356/0c0a8ef8-en>

Saraceno, Chiara. (2016). Varieties of familialism: Comparing four southern European and East Asian welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 26(4), 314-326.  
<https://doi.org/10.1177/0958928716657275>

Secretaría de Bienestar. (2023). *Cuarto Informe Trimestral 2023. Programas de subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar*.  
<https://www.gob.mx/bienestar/documentos/cuarto-informe-trimestral-2023>

Secretaría de Bienestar. (2022). *Cuarto Informe Trimestral 2022. Programas de subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar*.  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/797081/4toInfTrim2022Ramo-20.pdf>

Secretaría de Bienestar. (2021). *Cuarto Informe Trimestral 2021. Programas de subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar*.  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/694815/4\\_INFORME\\_TRIMESTRAL\\_2021\\_VFFF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/694815/4_INFORME_TRIMESTRAL_2021_VFFF.pdf)

Secretaría de Bienestar. (2020a). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2021. *Diario Oficial de la Federación, DOF*, México.

[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5609027&fecha=28/12/2020&print=true](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5609027&fecha=28/12/2020&print=true)

Secretaría de Bienestar. (2020b). *Cuarto Informe Trimestral 2020. Programas de subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar.*  
[https://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/4o\\_INFORME\\_TRIMESTRAL\\_2020.pdf](https://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/4o_INFORME_TRIMESTRAL_2020.pdf)

Secretaría de Bienestar. (2019). *Cuarto Informe Trimestral 2019. Programas de subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar.*  
[http://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/CUARTO\\_INFORME\\_TRIMESTRAL\\_2019\\_VF.pdf](http://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/CUARTO_INFORME_TRIMESTRAL_2019_VF.pdf)

Secretaría de Bienestar. (2018). *4to. Informe trimestral 2018. Programas de Subsidio del ramo administrativo 20-Bienestar.*  
[http://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto\\_Informe\\_Trimestral\\_2018.pdf](http://www.bienestar.gob.mx/work/models/Bienestar/Transparencia/InformesPresupuestoEjercido/Cuarto_Informe_Trimestral_2018.pdf)

Secretaría de Desarrollo Social y Secretaría de Salud. (2017). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Estancias Infantiles para Apoyar a Madres Trabajadoras, para el ejercicio fiscal 2018. *Diario Oficial de la Federación, DOF, México.*  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5509819&fecha=30/12/2017#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5509819&fecha=30/12/2017#gsc.tab=0)

Secretaría de Gobernación, SEGOB. (2020). Resolución del H. Consejo de Representantes de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos que fija los salarios mínimos generales y profesionales que habrán de regir a partir del 1 de enero de 2021. *Diario Oficial de la Federación, DOF, México.*  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5608587&fecha=23/12/2020#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5608587&fecha=23/12/2020#gsc.tab=0)

Secretaría de Salud. (2002). *Acuerdo por el que la Secretaría de Salud da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de gestión y evaluación del Seguro Popular de Salud*. [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/reglas\\_operacion.htm](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgpfs/reglas_operacion.htm)

Theobald, Hildegard y Luppi, Matteo. (2018). Elderly care in changing societies: Concurrences in divergent care regimes-a comparison of Germany, Sweden and Italy. *Current Sociology*, 66(4), 629-642. <https://doi.org/10.1177/0011392118765232>

Tronto, Joan. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

Tronto, Joan. (2017). There is an alternative: homines curans and the limits of neoliberalism. *International Journal of Care and Caring*, 1(1), 27-43. <https://doi.org/10.1332/239788217X14866281687583>

Velasco, María de Lourdes. (2023). *Los cuidados de largo plazo desde las agendas del BID y la CEPAL*. Ponencia presentada en Latin American Studies Association Congress.

Wichterich, Christa. (2020). Who Cares about Healthcare Workers? Care Extractivism and Care Struggles in Germany and India. *Social Change*, 50(1), 121-140. <https://doi.org/10.1177/0049085719901087>

#### **MARÍA DE LOURDES VELASCO DOMÍNGUEZ**

Es doctora en Investigación en Ciencias Sociales por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO México), maestra en Estudios de Género por El Colegio de México (Colmex) y licenciada en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). En 2023 su tesis doctoral obtuvo el primer lugar en el Premio “FLACSO México 2022”, y se publicó con el título, *Judicialización estratégica de homicidios y feminicidios*. A partir de marzo de 2023 realiza una estancia posdoctoral en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la UNAM y es cocoordinadora del seminario internacional “Políticas públicas y derecho al cuidado en América Latina y el



Caribe” de esa misma institución. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, nivel 1. Sus líneas de investigación son: estudios feministas sobre la violencia y los cuidados; estudios políticos a la procuración de justicia, y políticas de cuidados y desigualdades sociales en América Latina.