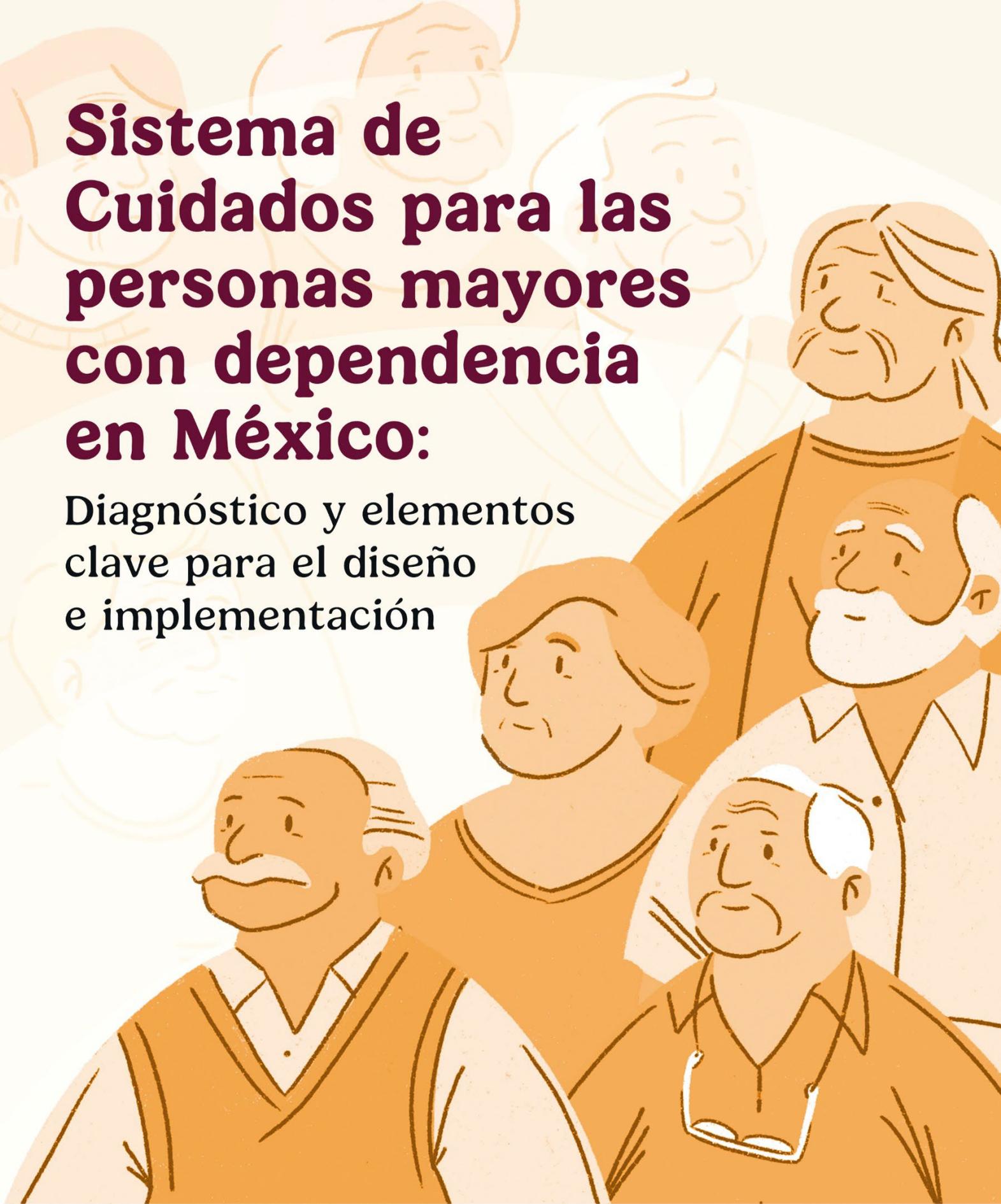


# Sistema de Cuidados para las personas mayores con dependencia en México:

Diagnóstico y elementos clave para el diseño e implementación





## **Instituto Nacional de Geriátría**

### **Directora General**

Dra. María del Carmen García Peña

### **Director de Enseñanza y Divulgación**

Dr. Eduardo Sosa Tinoco

### **Director de Investigación**

Dr. Raúl Hernán Medina Campos

### **Directora de Modelos de Atención**

Dra. Natalia Sánchez Garrido

### **Subdirectora de Administración**

M.A.P. Erika Plata Córdoba

### **Este documento fue elaborado por el equipo del Instituto Nacional de Geriátría:**

María del Carmen García Peña, Luis Miguel Gutiérrez Robledo\*, Mariana López Ortega, Rosa Estela García Chanes\*, Eduardo Sosa Tinoco, Jerónimo Monroy Figueroa, Diego Terán Páez, David J. Sánchez Mejía, José Ramón Cossío Barragán.

\*Responsables de Centro Colaborador en Atención Integrada para el Envejecimiento Saludable de OPS/OMS.

Sistema de cuidados para las personas mayores con dependencia en México:  
Diagnóstico y elementos clave para el diseño e implementación.

ISBN 978-607-99294-3-5

© 2025, Instituto Nacional de Geriátría.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> -----	<b>6</b>
<b>I. CUIDADOS</b> -----	<b>9</b>
1. Conceptualización.-----	9
2. Cuidado como derecho.-----	11
3. Sistemas de cuidados a largo plazo en el ámbito internacional.-----	13
<b>II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD.</b> -----	<b>16</b>
1. Envejecimiento poblacional en México.-----	17
2. Heterogeneidad geográfica y social.-----	18
<b>III. SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN MÉXICO.</b> -----	<b>20</b>
1. Situación de la demanda: Identificación de las personas mayores con necesidades de cuidados.-----	21
a) Personas mayores con discapacidad y dependencia funcional.-----	22
2. Situación de la oferta de cuidado de las personas mayores en México.-----	25
a) Instituciones de cuidados a largo plazo.-----	26
b) Personas cuidadoras en instituciones de cuidados a largo plazo (residencias permanentes).-----	28
c) Servicios de cuidados en el hogar.-----	29
d) Mercado laboral de cuidado.-----	29
e) Personas cuidadoras no-remuneradas de las personas mayores en hogares.-----	30
3. Valor económico de los bienes y servicios de cuidados y salud.-----	32
4. Retos de un sistema de cuidados en México.-----	34
<b>IV. ELEMENTOS PARA EL DISEÑO DE UN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS</b> -----	<b>36</b>
1. Gobernanza.-----	38
2. Población objetivo: criterios de elegibilidad y prioridad.-----	44
3. Servicios de cuidado.-----	46
a) Servicios residenciales.-----	48
b) Servicios de atención domiciliaria.-----	48
c) Servicios comunitarios.-----	48
d) Programas intergeneracionales.-----	49
e) Servicios de integración comunitaria.-----	49
f) Servicios de apoyo y complementarios.-----	49
g) Servicios de respiro.-----	50
h) Programas preventivos y de promoción de la salud.-----	50

<b>4. Regulación/Calidad.</b>	<b>50</b>
a) Formación y certificación de personas cuidadoras.	51
b) Red de prestadores de servicios para la formación y la certificación.	52
c) Mecanismos de supervisión y control.	52
d) Sistema de acreditación y certificación.	52
e) Gestión de la calidad y mejora continua.	53
f) Participación de personas usuarias y sus familias.	53
g) Evaluación y medición de resultados.	53
h) Innovación y adaptación.	53

#### **IV. CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS.**----- **54**

<b>1. Posibles rutas legislativas.</b>	<b>54</b>
a) Reforma constitucional.	54
b) Reforma legal.	55
<b>2. Etapas para la implementación del Sistema Nacional de Cuidados.</b>	<b>56</b>
a) Inicio del proceso.	58
b) Desarrollo y expansión.	58
c) Consolidación del sistema.	58
d) Aspectos transversales.	59

#### **Reflexiones finales.**----- **61**

#### **Glosario.**----- **63**

#### **Referencias bibliográficas.**----- **66**

# ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y FIGURAS

<b>Cuadro 1.</b> Características de las personas mayores con discapacidad en México. ....	<b>23</b>
<b>Cuadro 2.</b> Características de las personas mayores por grado de dependencia funcional en México. ....	<b>25</b>
<b>Cuadro 3.</b> Características de las personas ocupadas como trabajadoras y trabajadores del cuidado. ....	<b>30</b>
<b>Cuadro 4.</b> Características de las personas ocupadas como trabajadoras del cuidado. ....	<b>31</b>
<b>Cuadro 5.</b> Proporción del Trabajo no-remunerado en salud. ....	<b>32</b>
<b>Cuadro 6.</b> Porcentaje de producción de bienes y servicios del sector salud. ....	<b>33</b>
<b>Cuadro 7.</b> Determinación del nivel de dependencia según cuatro dimensiones. ....	<b>44</b>
<b>Cuadro 8.</b> Propuesta de clasificación de dependencia funcional. ....	<b>45</b>
<b>Cuadro 9.</b> Categorización para el nivel de dependencia funcional. ....	<b>47</b>
<b>Figura 1.</b> Porcentaje de población de 60 años y más (A) y porcentaje de población de 60 años y más con discapacidad (B) a nivel municipal México 2020. ....	<b>19</b>
<b>Figura 2.</b> Elementos clave para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados para las personas mayores	<b>38</b>
<b>Figura 3.</b> Etapas para la implementación del Sistema Nacional de Cuidados .....	<b>57</b>
<b>Gráfica 1.</b> Estructura demográfica México 1970-2050. ....	<b>18</b>
<b>Gráfica 2.</b> Tipos de limitaciones en personas mayores con discapacidad. ....	<b>24</b>

# INTRODUCCIÓN

Las actividades relacionadas con el cuidado han estado presentes desde el origen de la especie humana, y han permitido su supervivencia a lo largo de la historia. Cuando una persona nace, no puede alimentarse por sí misma y requiere apoyo para conservar el calor, y lo mismo ocurre cuando se enferma o tiene alguna limitación, por lo que somos desde el nacimiento una de las especies más vulnerables. El cuidado como actividad humana tiene por lo menos dos elementos de gran relevancia. Por un lado, su carácter necesario para el desarrollo de la vida y, por el otro, su carácter afectivo/solidario.

Desde la década de 1970, distintos movimientos sociales con perspectiva feminista introdujeron en la discusión pública los cuidados, a partir de diferentes terminologías como “trabajo doméstico”, “trabajo reproductivo”, “trabajo afectivo” y, finalmente, “cuidados” (1), visualizando ciertas características implícitas del cuidado, tales como invisibilidad del trabajo, falta de asignación de valor, desconsideración social, no-remuneración, jornadas sin horario determinado y sin vacaciones, y aislamiento de quien lo realiza (2,3).

Con el tiempo, y en gran parte debido a dichos movimientos sociales, los cuidados se reconocieron como derechos, tanto en el ámbito internacional como en la legislación de diversos países. Esto implica un cambio de paradigma de gran relevancia, que promueve el empoderamiento de las personas que reciben cuidados y de quienes los proporcionan. Por un lado, se reconoce la posibilidad jurídica de todas las personas de recibir cuidados y participar activamente en las decisiones sobre estos, fortaleciendo su autonomía y dignidad. Por otro lado, el brindar cuidados se transforma en una prerrogativa y no en

una obligación tradicionalmente asignada a las mujeres, lo que contribuye a una redistribución más equitativa de estas responsabilidades y al reconocimiento social de esta labor. Este empoderamiento doble sienta las bases de un sistema de cuidados que respeta tanto los derechos de las personas mayores a decidir sobre su bienestar como los derechos de las personas cuidadoras a elegir y ejercer esta actividad en condiciones dignas.

Actualmente, el tema del cuidado está en discusión no solo por la consecuente desigualdad de género que se agudiza por su creciente demanda, o por sus efectos en la vida económica de la sociedad, sino porque se ha convertido en una necesidad social imperante, en parte debido a los cambios demográficos observados en los últimos años.

México entró en la conversación en fecha reciente, y hoy se discute la necesidad de establecer un Sistema Nacional de Cuidados. Sin embargo, es necesario considerar que las necesidades y formas como se proveen socialmente los cuidados difieren profundamente en su naturaleza. Por ello, resulta necesario particularizar previamente quiénes necesitan cuidados, quién debe proveer esos cuidados y, sobre todo, ¿qué se entiende por cuidados?

La noción de cuidados puede entenderse en perspectivas muy diversas, y en este documento hemos elegido poner énfasis en la situación particular de las personas mayores con dependencia funcional en nuestro país, considerando escenarios alternativos a futuro y los enfoques pertinentes ante la posible creación de un Sistema Nacional de Cuidados. También discutiremos sobre cómo navegar en el entramado de los esquemas de cuidado ya existentes y aquellos por venir.

Los cuidados de las personas mayores constituyen una de las principales preocupaciones del Instituto Nacional de Geriátrica desde su creación, con una visión premonitoria que siempre consideró tanto el ámbito social como el de la salud. Con esta visión, nos hemos dado a la tarea de recopilar y sistematizar numerosas experiencias acumuladas a lo largo de 15 años de vida institucional para contribuir al desarrollo del Sistema de Cuidados en México desde la perspectiva del envejecimiento y con una visión de curso de vida (4).

El presente documento persigue diversos objetivos. En primer lugar, presenta una discusión de los conceptos de cuidado, una revisión diagnóstica de la necesidad de cuidados entre las personas mayores en México, la demanda potencial de las personas

mayores y sobre quienes recaen los cuidados en la actualidad y la situación de los cuidados en México. Prosigue con un análisis de los elementos que deben tomarse en cuenta para el diseño de un Sistema Nacional de Cuidados, desde la gobernanza hasta la importancia de la regulación y la calidad. Finalmente, se discuten algunas consideraciones para la implantación del sistema, incluidas las posibles rutas legislativas para conseguirlo y sus etapas de desarrollo.

Las consideraciones expuestas nos permiten plantear una propuesta para el diseño y establecimiento de un sistema que satisfaga la demanda, minimice las brechas de acceso a los cuidados y redistribuya socialmente de manera equitativa la responsabilidad de los cuidados entre el Estado, las familias, el mercado y la comunidad, con una articulación coordinada entre los diferentes actores. El escenario futuro que proponemos nos advierte de la presencia no solo de un envejecimiento demográfico acelerado, sino del previsible incremento en la demanda de cuidados por el deterioro de la salud y el aumento de la discapacidad y la dependencia funcional, incluso a edades más tempranas, lo que hace necesario el compromiso y la coordinación de todos los agentes de la sociedad (familia, gobierno, empresas y sociedad civil) que hagan suya la expresión de la voluntad política ya manifiesta para la creación del sistema. Como parte de los 100 compromisos de la actual Presidenta de México, la Dra. Claudia Sheinbaum Pardo, se iniciará la puesta en marcha de los centros de cuidados como iniciativa para conformar un Sistema Nacional de Cuidado. En este esfuerzo participará de forma activa el Estado, proporcionando los medios para que quienes requieran cuidados puedan acceder a ellos, y que no recaigan, como ha ocurrido históricamente, sobre las mujeres (5).

# I. CUIDADOS

## 1. Conceptualización

Definir de manera precisa los cuidados es una tarea compleja. Esta complejidad se deriva de una diversidad de factores, algunos semánticos, pero también históricos y sociales, que dificultan la determinación de sus límites conceptuales. Por esta razón, en ocasiones se utiliza el término en un dominio de casos tan amplio que permite referirse a casi cualquier actividad humana. Al mismo tiempo, se le utiliza para denotar actividades tan concretas que se eliminan elementos esenciales en los cuidados, como el aspecto afectivo y emocional que es intrínseco a ellos (6).

Por lo tanto, puede afirmarse que no hay una única definición de cuidados. Por ello, es posible aproximarse al concepto a través de distintos enfoques teóricos, como los siguientes:

- **Economía feminista:** busca visibilizar el hecho de que los cuidados constituyen una actividad necesaria para la reproducción económica de la sociedad, que por roles de género ha recaído sobre las mujeres; se destaca que con frecuencia son invisibilizados y no remunerados desde la esfera económica. La postura ha buscado enfatizar el costo de oportunidad para la persona que realiza los trabajos de cuidados (3). De ahí se desprende la importancia de conocer los perfiles de quiénes cuidan y bajo qué circunstancias lo hacen; es decir, si es una actividad voluntaria o impuesta.

- **Estado del bienestar:** afirma que las sociedades deben sostenerse sobre cuatro pilares: la salud, la educación, la seguridad social y los cuidados (7)(8). Desde este enfoque, la seguridad social protege ante ciertos riesgos sociales, porque entre sus prestaciones figuran la sostenibilidad económica ante situaciones extraordinarias como el desempleo, la enfermedad, los accidentes de trabajo, la vejez y la maternidad (9)(10).
- **Ética de los cuidados:** se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que los seres humanos estamos inmersos, y reconoce la responsabilidad hacia los otros. En su origen, este enfoque fue muy criticado por concebir que los cuidados se atribuían a las mujeres por su bondad y dedicación, un elemento fuertemente cuestionado por la economía feminista (8). El enfoque se afinó posteriormente al señalar que los cuidados partían de las relaciones humanas, y no exclusivamente de las mujeres.
- **Cuidados como derecho:** se conciben los cuidados, el autocuidado y el derecho a cuidar como valores que deben garantizarse, y el Estado debe generar mecanismos que contribuyan a ello. La perspectiva de derechos humanos debe estar presente para garantizar la dignidad humana (11)(3). Por su relevancia, este enfoque se analizará con mayor detenimiento en un apartado subsecuente.

Como puede observarse, hay falta de consenso no solo en torno a la definición misma de los cuidados, sino también con respecto a sus aproximaciones y objetivos. Ello es relevante, pues la conceptualización de los cuidados no es una cuestión puramente lingüística. Por el contrario, esta tiene consecuencias e implicaciones relevantes en aspectos económicos, sociales, culturales y jurídicos.

Los cuidados también se definen como la actividad de educación, salud, recreación, acompañamiento y atención psicoemocional a las personas con algún grado de dependencia funcional, con el fin de mejorar su calidad de vida; esta actividad debe emprenderse desde la corresponsabilidad (12).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (11), los cuidados comprenden todas las actividades que coadyuvan a la reproducción humana y el sostenimiento de la vida en un entorno adecuado, que contemple el resguardo de la dignidad de las personas y la integridad de sus cuerpos, la educación y formación, apoyo psicológico y emocional, y el sostenimiento de los vínculos sociales.

Sin embargo, el presente documento no pretende realizar un repaso histórico-semántico de las distintas conceptualizaciones de los cuidados. Por ello, proponemos, para efectos del mismo, el uso de una definición consensuada y reconocida por diversas personas expertas: *los cuidados se refieren a la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno, que incluye tareas de transformación directa del entorno y además una tarea de vigilancia, que principalmente requiere disponibilidad; los cuidados pueden realizarse en simultaneidad con otras tareas* (13).

Adicionalmente, los cuidados pueden ser directos e indirectos. Los indirectos se refieren a aquellos destinados a proporcionar las bases generales de confort y seguridad a la persona que los recibe, como la limpieza, gestiones, la preparación de alimentos y el mantenimiento de la vivienda. Los directos se refieren a las acciones que procuran beneficio inmediato a quien los recibe, como lavarlo o lavarla, darle de comer, ayudarlo o ayudarla a desplazarse, conversar y aplicar medidas terapéuticas (13).

## 2. Cuidado como derecho

Por su relevancia, tanto en su conceptualización como en los compromisos y las obligaciones que conlleva, es necesario analizar el concepto de derecho al cuidado, y cómo este se ha reconocido a escala internacional, poniendo énfasis especial en el continente americano.

El derecho al cuidado se ha reconocido en diversos instrumentos regionales. En primer lugar, se encuentran los consensos adoptados por los Estados parte en las distintas reuniones de la Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe:

- Consenso de Quito (14). Fue el primer acuerdo para el reconocimiento del cuidado como derecho. Los gobiernos de la región asumieron el compromiso de *“formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género, reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo. Asimismo, se acuerda adoptar medidas en todas las esferas de la vida particular, en los ámbitos económico y social, incluidas reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento y el aporte al bienestar de las familias y al desarrollo...”*

- Consenso de Brasilia (15). Los estados reconocen *“que el acceso a la justicia es fundamental para garantizar el carácter indivisible e integral de los derechos humanos, incluido el derecho al cuidado. Señalando que el derecho al cuidado es universal y requiere medidas sólidas para lograr su efectiva materialización y la corresponsabilidad por parte de toda la sociedad, el Estado y el sector privado”*.
- Consenso de Santo Domingo (16) y Montevideo (17). Se reafirma el cuidado como derecho humano y se establecen bases para el diseño de sistemas de provisión de cuidados basados en derechos. En particular, en la Conferencia de Montevideo se establece la vinculación entre reducción de los tiempos de trabajo productivo y cuidado, y se determina como medida concreta la reducción de la jornada laboral (para hombres y mujeres).

Por otro lado, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores (18) establece la obligación de los Estados parte de implantar medidas tendientes al desarrollo de un sistema integral de cuidado, y reconoce a estas personas un derecho a un sistema integral de cuidados que provea la protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda, promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. Este es el primer instrumento de derechos humanos vinculante/obligatorio que reconoce el derecho al cuidado.

De lo anterior se observa que en el ámbito internacional los cuidados se han reconocido como un derecho, en el sentido de refrendar el derecho al autocuidado, a ser cuidado y a proveer cuidados. Sin embargo, este derecho no tiene reconocimiento universal, en el sentido de ser aplicable a todas las personas, en todas las situaciones o circunstancias posibles, sino que retiene un elemento personal de validez preciso: las personas mayores.

Al conceptualizar los cuidados como un derecho, el Estado adquiere la responsabilidad de generar los mecanismos necesarios y ser garante de que las personas que los requieran puedan acceder a ellos. Por lo tanto, entre los mecanismos que permiten garantizar el derecho al cuidado o promover la independencia y autonomía se

encuentran los sistemas de cuidados a largo plazo.<sup>a</sup> Sin embargo, la experiencia internacional es heterogénea en lo que se refiere a la garantía de cuidados a largo plazo; hay ejemplos de agencias estatales, pero también abundan los casos en que estos se prestan de manera informal y no remunerada, generando mayor inequidad.

### 3. Sistemas de cuidados a largo plazo en el ámbito internacional

Los cuidados de largo plazo (CLP) pueden definirse como los servicios brindados a personas con capacidad funcional reducida, ya sea física o cognitiva, y que en consecuencia están en situación de dependencia funcional, requiriendo apoyo para realizar actividades de la vida diaria por un periodo extendido (19). Así, los CLP involucran una gran variedad de servicios diseñados para asegurar que las personas tengan la mejor calidad de vida posible, y reciban el apoyo necesario para mantener su independencia, dignidad, participación y autorrealización (20,21). Dependiendo del lugar en donde se proveen y de quién los provee, los CLP pueden ser institucionales o basados en el hogar; ser formales o informales, y ser remunerados o no.

Los CLP institucionales son aquellos que se proveen para tres o más personas no familiares en un mismo lugar (20,22), por parte de profesionales y auxiliares de la salud, que pueden ser médicos, enfermeros, trabajadores sociales, especialistas en rehabilitación, o quienes realizan cuidados personales y de apoyo en la vivienda. Por su parte, los servicios profesionales basados en el hogar pueden ser provistos en la casa exclusivamente o en combinación con cuidados/servicios en la comunidad, como los centros de día o centros de respiro para los cuidadores. Todos estos servicios pueden ser financiados y organizados públicamente, y los servicios pueden ser provistos por agencias del gobierno, asociaciones de la sociedad civil, o por instituciones del sector privado, mediante pago directo al momento de su utilización (19).

---

<sup>a</sup> Los sistemas de cuidados a largo plazo se refieren a la manera como se estructuran y se ofrecen los servicios o apoyos destinados a personas con dependencia prolongada o permanente, involucrando la participación del Estado, la familia, la comunidad y el mercado, y cuya configuración precisa depende del contexto.

En 2021, la Organización Mundial de la Salud elaboró un marco de referencia para que los países desarrollen un continuo integrado de CLP. Este marco propone elementos esenciales para construir y fortalecer sistemas de cuidados, incluyendo gobernanza y liderazgo, financiamiento sostenible, sistemas de información, fuerza laboral capacitada, prestación de servicios integrados y tecnologías de apoyo. La implantación de estos elementos debe adaptarse al contexto y a los recursos de cada país, pero mantiene como principios fundamentales la equidad en el acceso, la calidad de los cuidados y la sostenibilidad del sistema (23)

Por otra parte, en las últimas décadas se han generado distintas tipologías o clasificadores para caracterizar y evaluar los sistemas de CLP a escala mundial. Estas tipologías suelen incluir los siguientes componentes (24)(25):

- Nivel de acceso a los servicios (universal, focalizado, grupos de edad o necesidad de cuidado específico).
- Tipo de financiamiento (fondos públicos a través de impuestos generales, mixtos a través de sistemas de seguridad social, pago directo - copagos).
- Mecanismos de evaluación, calidad de la atención, impacto en la población y rendición de cuentas.
- Tipo de servicios o apoyos otorgados (servicios en el hogar, en instituciones, apoyo monetario a la persona con necesidades de cuidado o la persona que cuida, ya sea para adquirir servicios de cuidado o sin restricción de uso, servicios de respiro para la persona que cuida).
- Coordinación de los servicios de cuidados con otros servicios (salud, bienestar, servicios sociales).

Una propuesta adicional para clasificar los sistemas de CLP se basa en el nivel de intervención del Estado. Esta puede ir desde una intervención intensa, a través de servicios y apoyos monetarios extensos, una de mediana intensidad por medio de beneficios económicos, hasta una intervención leve, donde hay poco apoyo o servicios y las personas cuidadoras no-remuneradas tienen un papel fundamental (26).

De acuerdo con estas tipologías, la mayoría de los países de ingreso alto cuentan con sistemas o políticas integrales de CLP, con intervención fuerte del Estado en el financiamiento, la regulación-evaluación y la provisión de servicios, además de apoyos a

personas cuidadoras familiares. Sin embargo, hay una gran variabilidad en cuanto a los servicios o apoyos, incluyendo los mecanismos de financiamiento y la operación; por ejemplo, si es a nivel federal/nacional, territorial/estatal o local, distintos niveles de coordinación con otros servicios, etc. (26). Sin embargo, ello no quiere decir que no enfrenten retos; un claro ejemplo es el de Estados Unidos, donde solo poco más de la mitad de las personas de 55 años y más con alguna discapacidad reciben el cuidado que requieren, sin variación significativa entre los niveles de ingreso (27).

En América Latina, solo Argentina, Chile, Cuba y Uruguay cuentan con legislación reciente y servicios en materia de cuidados, mientras que Brasil, Costa Rica, México, Paraguay, Perú y República Dominicana se encuentran en distintas etapas de planeación de un sistema de cuidados (25). En consecuencia, la mayoría de los países de la región siguen dependiendo de personas cuidadoras familiares no-remuneradas para solventar las necesidades de cuidados relacionadas con la salud y dependencia funcional y, cuando el ingreso lo permite, en la contratación de personas cuidadoras informales remuneradas.

## II. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Antes de discutir el diseño normativo e institucional de un sistema de cuidados, es necesario considerar que las formas como se proveen socialmente los cuidados muestran grandes diferencias de acuerdo con su población objetivo. Por ejemplo, las necesidades y los requerimientos de cuidados de infancias sanas son radicalmente distintas de las de las personas mayores en situación de dependencia funcional.

Por lo tanto, se requiere comprender la situación de los grupos poblacionales que serán receptores de cuidados. En el presente documento abogamos por enfocar esfuerzos en los cuidados de las personas mayores con dependencia funcional, considerando que esto se justifica por diversas razones.

El envejecimiento es un fenómeno biológico en el que se presentan cambios fisiológicos, funcionales y psicosociales con consecuencias muy diversas. Si bien esta situación no es equiparable o conlleva necesariamente a una posición de vulnerabilidad, existen dentro de ese grupo de personas aquellas que en efecto son vulnerables. Asimismo, la vejez como categoría de fuente social (28) suele asociarse con un conjunto de prejuicios y atribuciones negativas, lo cual supone una situación de discriminación (29). Adicionalmente, debido a cambios recientes en la estructura demográfica del país, el número y la proporción de personas mayores van en aumento, lo cual supondrá grandes desafíos en la atención y los cuidados de este grupo etario.

Por lo anterior, las personas mayores son susceptibles de protección jurídica específica, mediante la creación de sistemas jurídicos diferenciados en los que, por un lado, se reconozcan derechos especiales para las personas mayores y se garantice su exigibilidad y, por otro, se impongan obligaciones prestacionales y programáticas a cargo de la Administración Pública para que en cumplimiento de estas diseño y ponga en marcha política pública en la materia.

En este contexto, al hablar de un sistema de cuidados para personas mayores debe incluirse una dimensión demográfica que nos permita caracterizar y situar a la población que enfrenta este nuevo reto, y determinar hacia dónde transita. El diseño de un sistema de cuidados para personas mayores debe contemplar el volumen poblacional y las condiciones de vida y de salud de quienes podrían requerir apoyo.

## 1. Envejecimiento poblacional en México

El envejecimiento poblacional es un proceso de cambio en la estructura por edad de la población, caracterizado por un incremento porcentual y absoluto de la población en edades avanzadas, asociado con el descenso en la fecundidad y el aumento en la esperanza de vida. Este proceso es inevitable e irreversible, y está ocurriendo en gran parte del mundo; sin embargo, en México, al igual que otros países de la región, está sucediendo a un ritmo acelerado.

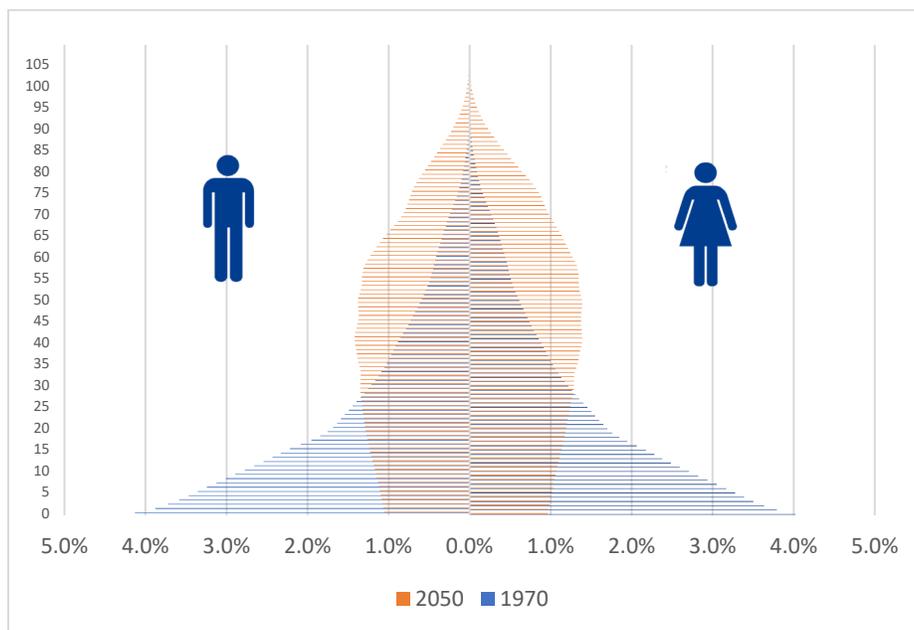
En lo que respecta a nuestro país, estos cambios en la estructura demográfica se deben, en parte, a la transición demográfica. Este proceso se caracteriza por dos factores: primero, la disminución de la mortalidad debido a los procesos de urbanización y modernización, lo que inicialmente provocó un crecimiento demográfico acelerado; y segundo, por la disminución de la fecundidad, lo que se traduce en un aumento en volumen y en porcentaje de las personas con 60 años y más (en adelante: 60+). En México, la tasa de natalidad pasó de 6.51 hijos por mujer en 1970 a 1.89 hijos por mujer en 2024 (30)(31). Esto redujo rápidamente la base de la pirámide poblacional. En 1970 había 2,954,345 personas de 60+, que representaban 5.7% de la población, y se proyecta que para 2050 esta cifra aumentará a 35,441,034 personas, equivalentes a 24.11% de la población (30)(31) (Gráfica 1). Un reto adicional se desprende del efecto de la dinámica migratoria del país, internacional e interna, en la que el desplazamiento de personas jóvenes desde poblaciones pequeñas a las ciudades o a otros países conlleva un proceso acelerado de envejecimiento relativo de la población (32).

Frente al desafío del envejecimiento y la mayor longevidad de la población, la principal problemática radica en que no estamos alcanzando edades avanzadas en las mejores condiciones. Esto se debe al aumento incontrolado en la prevalencia de enfermedades crónicas, que nos llevan a vivir más años con discapacidad y dependencia funcional, lo que puede resultar en un envejecimiento no-saludable. Ante este escenario, es oportuno pensar en la importancia de la prevención para vivir más tiempo de forma saludable e

independiente, así como establecer estrategias que permitan atender las necesidades de cuidados actuales y futuras.

Por lo anterior, es fundamental que el sistema de cuidados se enfoque en brindar atención a las personas que demandan ciertos cuidados. Además, debe incluir una estrategia preventiva orientada a retrasar, en la medida de lo posible, la aparición de enfermedades que afectan la calidad de vida de las personas, y principalmente el desarrollo de discapacidades y dependencia funcional.

**Gráfica 1.** Estructura demográfica, México, 1970-2050.



**Fuente:** Elaboración y estimación propia con base en datos de CONAPO (2023).

## 2. Heterogeneidad geográfica y social

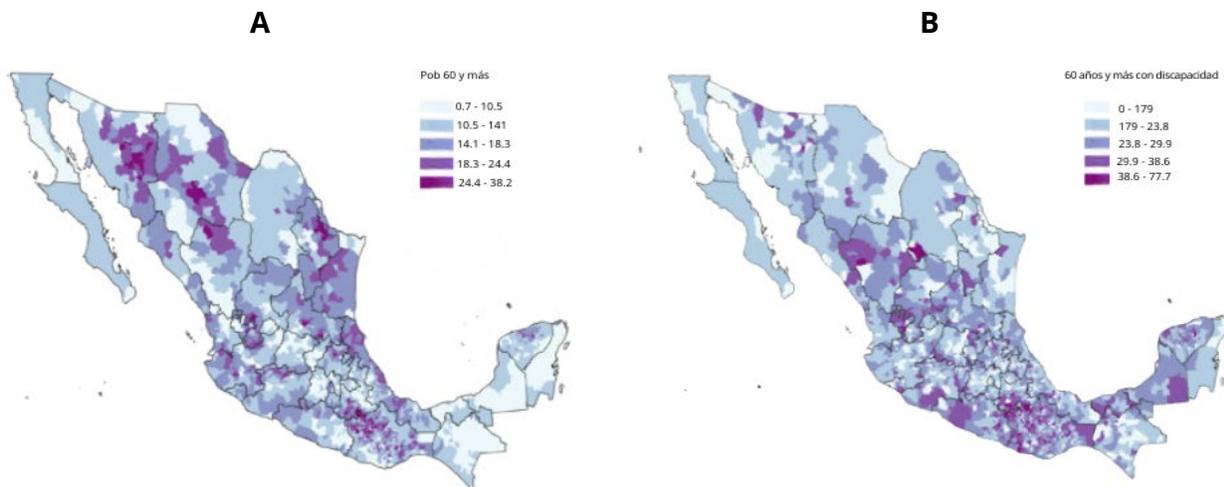
Para planear un sistema de cuidados dirigido a las personas mayores, con cobertura nacional, es importante considerar la distribución y heterogeneidad espacial del envejecimiento en el país. En la Figura 1A y 1B se muestra cómo estaba distribuida relativamente la población de 60+ en el país hacia 2020, mostrando que las posibles demandas de cuidados no son homogéneas, sino que hay lugares en donde la demanda será mayor por el propio proceso de envejecimiento poblacional.<sup>b</sup>

<sup>b</sup> Para más información sobre indicadores a escala nacional, estatal y municipal, consultar el Sistema de Información Estratégica en Salud, Dependencia Funcional y Envejecimiento, disponible en: <http://saludyenvejecimiento.inger.gob.mx/>.

Hay que precisar que actualmente las personas de 60+ no necesariamente tienen dependencia funcional y ni necesitan cuidados, por lo que la detección de necesidades de cuidados no debe planearse con base en la edad cronológica como criterio único.

Al comparar el porcentaje de personas de 60+ en la Figura 1A con aquellas que tienen alguna discapacidad (Figura 1B), puede verse que el patrón de envejecimiento no necesariamente se equipara con el patrón de discapacidad, y esta diversidad obedece más a razones de heterogeneidad espacial vinculadas con variables de rezago social (33).

**Figura 1.** Porcentaje de población de 60 años y más (A) y porcentaje de población de 60 años y más con discapacidad (B) en el ámbito municipal, México, 2020.



**Fuente:** Estimación y elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2020. INEGI.

### III. SITUACIÓN DE LOS CUIDADOS EN MÉXICO

Habiendo descrito la situación demográfica de las personas mayores en México y su distribución geográfica, es relevante conocer ahora y de manera detallada la situación y el contexto de aquellas que requieren cuidados, pero también de quienes los prestan; esto es, la demanda y la oferta de cuidados en el país.

Antes de ello es pertinente adelantar, a manera de justificación adicional para un sistema de cuidados dirigido a las personas mayores, que ambos componentes (demanda y oferta) han sido tradicionalmente desatendidos en el ámbito normativo-institucional. Por lo que se refiere a la demanda de cuidados de personas mayores, si bien se encuentra vigente desde 2002 la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, esta no se ha traducido en políticas públicas o esfuerzos gubernamentales apropiados para satisfacer las necesidades de cuidados de este grupo poblacional. En cuanto a la oferta, la NOM-031-SSA3-2012 es la única fuente normativa para los prestadores de servicios de cuidados; se trata de una regulación incompleta, deficiente y desactualizada, por lo que, en un gran número de casos, los servicios de cuidados se ofertan sin controles regulatorios.

La discapacidad y la dependencia funcional son dos condiciones que demandan apoyo y cuidados para mantener la salud, la calidad de vida y el bienestar. Generalmente, estos cuidados los brinda la familia de forma no-remunerada; sin embargo, el tamaño de esta reserva de apoyo está reduciéndose por el descenso en el número de hijos, el incremento en el número de hogares unipersonales, la migración y la participación laboral femenina, entre otros factores, ocasionando una crisis de cuidados, por lo que es necesaria la corresponsabilidad del Estado, la familia, el mercado y la comunidad para proveer cuidados integrados, en entornos más equitativos (25).

## 1. Situación de la demanda: Identificación de las personas mayores con necesidades de cuidados

Con el fin de avanzar en el establecimiento de un sistema de cuidados en México, es necesario contar con evidencia para identificar grupos prioritarios, como las personas mayores con dependencia funcional; estas enfrentan dificultades y necesidades específicas de cuidados que con frecuencia se hacen más complejas con el tiempo e incluso puede ser permanentes (cuidados a largo plazo) debido a la fragilidad de su salud y a la imposibilidad de realizar actividades cotidianas (34).

La dependencia funcional se define como la situación en la que, debido a limitaciones físicas o mentales, la persona experimenta dificultad o imposibilidad para llevar a cabo:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), incluyendo el vestirse, acostarse, levantarse, caminar, bañarse, comer y usar el baño.
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como realizar compras, preparar comida, manejar dinero y tomar medicamentos.

Generalmente, en los estudios de envejecimiento y salud se utiliza el número acumulado de actividades afectadas (46,14); sin embargo, este indicador es limitado, porque no refleja la intensidad de la limitación y, en consecuencia, la necesidad real de cuidados. Pocas fuentes de datos en México permiten este tipo de acercamiento.<sup>c</sup>

En cambio, en censos y encuestas nacionales se aplica una batería de preguntas sobre discapacidad<sup>d</sup> para medir la dificultad en dominios de funciones básicas (ver, oír, caminar, cognición, autocuidado y comunicación), de acuerdo con la propuesta del Grupo de Washington (WG, por sus siglas en inglés) (35). Mediante el set de preguntas

---

<sup>c</sup> La Encuesta Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) son instrumentos importantes, pero sufren limitaciones en el nivel de desagregación y el análisis del cuidado.

<sup>d</sup> La condición de discapacidad se establece cuando en la escala se responde si presenta mucha dificultad o no puede hacer alguna de las actividades básicas (ver, escuchar, caminar, recordar o concentrarse, realizar su cuidado personal y comunicarse).

de WG es posible medir de forma aproximada la dependencia funcional, identificando la discapacidad en funciones relacionadas con las ABVD (muchacha dificultad o no poder caminar, subir o bajar, bañarse, vestirse o comer) y sus combinaciones con discapacidad en otros dominios, originando así las necesidades de ayuda.

En este sentido, a continuación se presentará evidencia sobre la demanda de cuidados de personas mayores en México, a través de la prevalencia de discapacidad y sus características, para después profundizar en los grados de dependencia funcional más frecuentes en este grupo etario y sus particularidades. Para ello se empleará la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) 2023 (36). Asimismo, se utilizará la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022 (37) para analizar la forma como se provee cuidados a las personas mayores que se encuentran en condiciones de discapacidad, la forma como el grado de dependencia se traduce en una mayor demanda de cuidados, y los efectos de estas actividades en las personas cuidadoras.

#### a) Personas mayores con discapacidad y dependencia funcional

De acuerdo con la ENADID (36), en México hay un total de 8.5 millones (6.6%) de personas con alguna discapacidad;<sup>e</sup> de ellas, 50.6% son personas de 60+ (4.3 millones). Del total de personas mayores, 22.9% tienen alguna discapacidad. Algunos datos relevantes sobre las características de la población bajo estas condiciones se señalan en el Cuadro 1.

---

<sup>e</sup> Personas con discapacidad: persona que declaró mucha dificultad o no pueden hacer alguna de las siete actividades (caminar; ver; oír; mover o usar los brazos o las manos; recordar o concentrarse, bañarse, vestirse o comer; hablar o comunicarse). No se incluyó la dificultad para realizar sus actividades diarias por problemas emocionales o mentales.

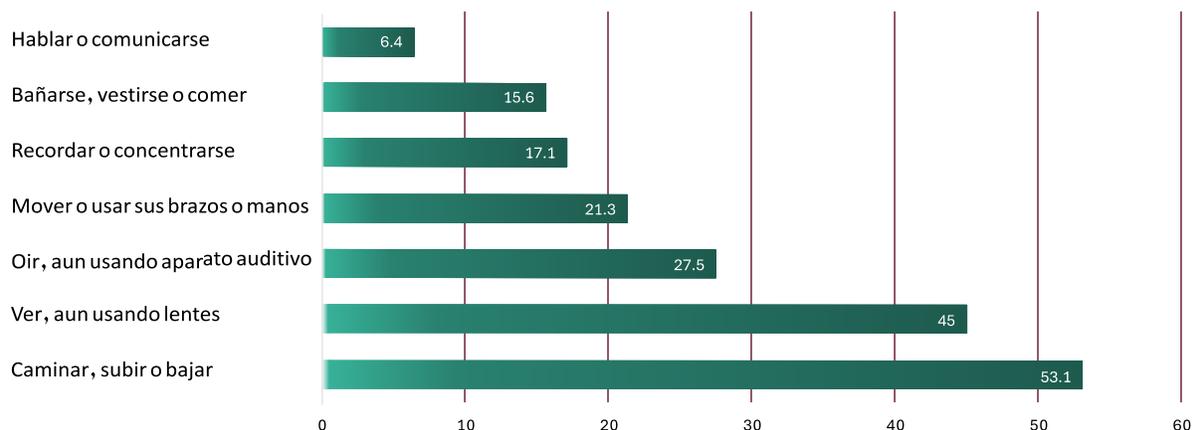
**Cuadro 1. Características de las personas mayores con discapacidad en México.**

<b>56.0%</b> son mujeres	<b>21.3%</b> 0 años de escolaridad	<b>56.1%</b> son menores de 75 años
<b>42.4%</b> usan servicios de salud por seguridad social	<b>21.5%</b> de estratos bajos	<b>24.1%</b> son económicamente activas
<b>26.0%</b> no tienen agua entubada dentro de la vivienda	<b>12.7%</b> viven en hogares unipersonales	<b>26.7%</b> residen en zonas rurales (menos de 2500 hab.)

*Fuente: Elaboración y estimación propia con base en datos de ENADID 2023, INEGI.*

Se observa que las personas mayores con discapacidad presentan mayor dificultad para caminar, subir o bajar (53.1%), ver (45.0%) y oír (27.5%) (Gráfica 2). Sin embargo, la condición de discapacidad suele presentarse de forma acumulada; por ello se construyó, a partir de la batería de preguntas de discapacidad, una escala con tres grados de dependencia funcional, considerando si refieren presentar mucha dificultad o que no pueden realizar las ABVD (caminar, subir o bajar escaleras; bañarse, vestirse o comer) y sus combinaciones en el resto de dominios funcionales (ver, aun usando lentes; oír, aun usando aparato auditivo; hablar o comunicarse; recordar o concentrarse, mover o usar sus brazos o manos). De acuerdo con la clasificación propuesta se estima que 46.9% (2.0 millones) de las personas mayores con discapacidad en México no tienen dificultad para caminar, pero sí otra discapacidad. Por otra parte, 39.6% (1.7 millones) tienen mucha dificultad o no pueden caminar, o sufren otra discapacidad, pero sin problemas para bañarse, vestirse o comer, y 13.6% (591 mil) tienen dependencia funcional total. Esta última podría estar relacionada con mayor demanda de cuidados, porque las personas tienen dificultad o no pueden caminar, bañarse, vestirse o comer o pueden tener otra discapacidad.

**Gráfica 2. Tipos de limitaciones en personas mayores con discapacidad.**



**Fuente:** Elaboración y estimación propia con base en datos de ENADID 2023, INEGI.

El análisis de las características revela que, a medida que aumenta el grado de dependencia funcional, se observa una mayor presencia de mujeres y de contextos más urbanizados, todo ello asociado con la supervivencia, pero en peores condiciones. Además, la dependencia funcional tiende a manifestarse a edades más tempranas, y menos de la mitad de las personas se atienden en algún servicio de salud proporcionado por la seguridad social (Cuadro 2).

**Cuadro 1. Características de las personas mayores por grado de dependencia funcional en México.**

Características	Grados de dependencia funcional		
	Moderada	Grave	Total
<b>Mujeres</b>	51.3%	60.5%	59.5%
<b>0 años de escolaridad</b>	21.1%	19.9%	26.4%
<b>Son menores de 75 años</b>	60.5%	58.1%	35.2%
<b>Usan servicios de salud por seguridad social</b>	40.6%	43.6%	45.3%
<b>De estratos bajos</b>	23.4%	20.5%	17.6%
<b>Son económicamente activas</b>	31.7%	22.2%	5.0%
<b>No tienen agua entubada dentro de la vivienda</b>	27.6%	24.6%	24.5%
<b>Viven en hogares unipersonales</b>	12.3%	14.1%	10.1%
<b>Residen en zonas urbanas</b>	57.7%	59.6%	62.1%

*Fuente: Elaboración y estimación con base en datos de ENADID 2023, INEGI.*

## 2. Situación de la oferta de cuidado de las personas mayores en México

Los apoyos a las personas mayores que requieren cuidados pueden ser provistos en el hogar o en instituciones, y conceptualmente los principales proveedores de servicios de cuidado son el Estado, las organizaciones de la sociedad civil, los familiares, vecinos y otras personas cercanas, y el sector privado a través del mercado (38). Además, estos servicios pueden ser remunerados o no-remunerados. A continuación se analiza la oferta de cuidados en México, clasificada en función del tipo de proveedor que los presta.

No se incluye un apartado específico para los servicios públicos de cuidados prestados por el Estado, debido a su poca relevancia. Históricamente, el rol del Estado mexicano en la provisión de cuidados ha sido casi inexistente, y se limita a unas pocas instancias de cuidado temporal (centros de día, centros gerontológicos) o permanente (residencias para personas mayores) pertenecientes al Sistema Nacional DIF y al Instituto Nacional

de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). Estas dos instituciones cuentan únicamente con diez establecimientos de residencia permanente para personas mayores en todo el territorio nacional. Por otra parte, los subsistemas de salud en el país (IMSS, ISSSTE, Secretaría de Salud) ofrecen escasos servicios de cuidados. En consecuencia, la mayoría de los cuidados se realizan en el ámbito de los hogares por parte de personas familiares que no son remuneradas, y predominantemente por mujeres. A la fecha, el IMSS cuenta con un centro de día para derechohabientes con discapacidad que se encuentra en fase piloto; de acuerdo con su directorio, el ISSSTE administra 22 centros de día en todo el país (39)(40).

### a) Instituciones de cuidados a largo plazo

Los CLP en instituciones permanentes o temporales en el país se proveen casi exclusivamente por organizaciones de la sociedad civil y por instituciones privadas. La ausencia de un registro único obligatorio para todas las instituciones y de una efectiva coordinación, certificación o evaluación de los aspectos de la atención a las personas usuarias significa que contamos con información fragmentada e incompleta sobre estas instituciones.<sup>f</sup> En consecuencia, hay poca certeza sobre el número de instituciones, el tipo de servicios que ofrecen, su costo y el número de personas que atienden, así como sobre la calidad de los servicios que proveen y su impacto en el bienestar y la calidad de vida de sus residentes.

Actualmente disponemos de tres fuentes de información que permiten armar parte del rompecabezas del universo de instituciones de CLP en el país y documentar algunas de sus características. Estas son el Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) y el Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS), ambos levantados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), y el Mapa de Cuidados, generado por el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y ONU Mujeres (41)(42)(43). Mientras el CAAS y el DENUE son fuentes primarias de datos, el Mapa de Cuidados utiliza estas y otras fuentes para generar, como su nombre lo indica, un sistema de geolocalización, estadísticas e infografías de las instituciones que prestan servicios de cuidados. A continuación se analizan estas fuentes de información y los datos contenidos en ellas.

---

<sup>f</sup> De conformidad con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, el Instituto Nacional de las Personas Mayores (INAPAM) es el organismo público rector de la política nacional a favor de las personas adultas mayores; tiene por objeto general coordinar, promover, apoyar, fomentar, vigilar y evaluar las acciones públicas, estrategias y programas en la materia. Sin embargo, la regulación existente no requiere la obtención de autorizaciones administrativas para la apertura y operación de instituciones de CLP, por lo que a la fecha no existe un registro único, ni tampoco una vigilancia efectiva de dichas instituciones.

CAAS. El CAAS 2015 identificó 1020 instituciones de residencia permanente para personas mayores, que representan 22.6% del total de instituciones identificadas por el censo ( $N = 5939$ ). De estos, 58% están constituidos como personas morales civiles (con o sin fines de lucro), 20% son asociaciones sin fines de lucro (Instituciones de Asistencia Privada, organizaciones de la sociedad civil, y asociaciones religiosas) y 8% son instituciones públicas, en tanto que 2% se constituyen como sociedades mercantiles. El resto (aproximadamente 12%) lo constituyen otros tipos de figuras jurídicas. Asimismo, reportó que 22,611 personas mayores vivían en estas instituciones, lo que representa 22% del total de personas que se encontraban viviendo en una institución. Del total de residentes, 60% son mujeres (44).

En 2020, en paralelo al Censo de Población y Vivienda, el INEGI actualizó el CAAS. Se observó un aumento de alrededor de 50% en el número total de residencias para personas mayores ( $n = 1504$ ), y un aumento de 22% en el número total de personas mayores que residen en estas ( $n = 27,590$ , contra 22,611 en 2015) (45)(44). Ambas cifras muestran un aumento importante tanto en la oferta de instituciones como en el número de personas usuarias de estos servicios en un periodo corto. Aplicando una estimación simple, tomando como base el Censo General de Población con el número total de personas 60+ en 2020, el total de residentes en instituciones permanentes de CLP reportados en el CAAS representaría alrededor de 0.2% del total de este grupo poblacional.

DENUE (42). En el levantamiento de 2024, el DENUE identificó 94,931 unidades económicas en el rubro de servicios de asistencia social; de ellas, solo 2.4% se enfocan en el cuidado de personas mayores ( $n = 2322$ ); 91% se enfocan en cuidado infantil, y 7% en personas que viven con discapacidad. En el segmento de Servicios de Salud y Asistencia Social a personas mayores, el DENUE incluye las siguientes clasificaciones: i) asilos y residencias para el cuidado de ancianos, y ii) centros dedicados a la atención y el cuidado diurno de ancianos. En total se identificaron 1096 instituciones en la clasificación de *asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos*; de ellos, 80% pertenecen al sector privado (lucrativo y no-lucrativo). Por otra parte, en la clasificación de *centros dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos* se identificaron 1226 instituciones, de las que 80% pertenecen al sector público.

Es importante notar que si bien 80% de los establecimientos identificados en el rubro de *centros dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos* pertenecen al sector público, se incluyen espacios o instituciones que cumplen funciones múltiples, por lo que no son

exclusivas para personas mayores. Como resultado, este dato para la medición de la oferta puede estar sobreestimando, al duplicarse en distintos subgrupos de población y rubros de atención. Por ejemplo, se encuentran casas ejidales, comedores comunitarios, oficinas de los sistemas DIF estatales/municipales y oficinas de atención a población vulnerable, entre otros. Finalmente, hay una gran variación en el número total de instituciones privadas registradas en cada Estado del país de acuerdo con el DENUE (42).

Mapa de Cuidados de México: Surge del esfuerzo conjunto del INMUJERES, ONU Mujeres y un equipo de investigación del Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales del Colegio de México. Su objetivo es contar con una herramienta de acceso libre que permita georreferenciar la oferta de servicios de cuidado en establecimientos formales en el país y estimar la demanda potencial de cuidado para tres grupos de población (infancia: 0 a 11 años; personas mayores: 65+, y población con alguna discapacidad). Asimismo, a través de los datos generados en fuentes oficiales, el sitio permite estimar la relación entre la oferta de servicios de cuidado formal y algunos datos sociodemográficos de la población, como la participación laboral, el acceso a seguridad social y la localidad (urbano/rural).

La existencia de las fuentes de información descritas constituye un avance en la identificación de la demanda de cuidados. Sin embargo, esta información solo captura una fracción del número de residencias para personas mayores, porque muchas no están registradas en ninguna institución pública local y operan en la economía gris. Otra limitante de los datos disponibles es que no permiten conocer con detalle los servicios que brinda cada institución. Por ejemplo, podemos conocer que hay una escuela para personas con discapacidad, pero no necesariamente qué tipo de discapacidad atienden, ni la formación o las competencias de las personas que ahí laboran.

#### b) **Personas cuidadoras en instituciones de cuidados a largo plazo (residencias permanentes)**

De acuerdo con el CAAS 2015, 14,582 personas trabajaban en las 1020 instituciones para personas mayores; es el mayor número de trabajadores de todas las instituciones incluidas en este censo, y representa 14.3% del total de trabajadores ( $N = 55,440$ ). Del total de trabajadores, 86% están empleados y 14% trabajan de manera no-remunerada. La mayoría son mujeres, quienes representan 78% de las personas trabajadoras remuneradas y 63% de las no-remuneradas o voluntarias. Para ahondar en las características del empleo realizado, el CAAS registró la disponibilidad de certificación en

competencias laborales por el personal de las instituciones, reportando que solamente 1% del personal que trabaja en estas instituciones cuentan con certificación en competencias laborales adecuadas (45)(44).

### c) Servicios de cuidados en el hogar

Al igual que los servicios de cuidado temporal o permanente en instituciones, la participación del Estado en la provisión de servicios de cuidado en el hogar es casi inexistente. Sin embargo, la creciente necesidad de cuidados para personas que viven con alguna discapacidad, incluyendo personas mayores, ha generado una oferta igualmente creciente de servicios de cuidado en el hogar, que opera sin regulación alguna. Entre estos existe un número muy pequeño de servicios de alta calidad, altamente estandarizados y monitoreados, basados en un estricto servicio de contratación, capacitación y colocación de personal. Desafortunadamente, estos suelen tener un costo elevado y, por lo tanto, son accesibles a un grupo pequeño de la población.

Por otro lado está la oferta de personal de enfermería, auxiliares de enfermería y personas cuidadoras que generalmente son contratadas directamente por las personas que necesitan atención y apoyo, o por sus familiares, o a través de una persona o “agencia” que los coloca, pero que no son parte de un servicio o institución formal, pública o privada.

Estos últimos suelen tener una formación y competencias muy diversas, desde personal de enfermería especializada contratado para llevar a cabo actividades de cuidados a la salud (administrar medicamentos o soluciones por vía intravenosa) hasta trabajadoras del hogar que realizan actividades de cuidados personales (aseo, alimentación, etc.) o supervisión como parte de sus tareas generales. La falta de regulación y de normas para supervisar estos servicios resulta en una variación muy amplia en su calidad (incluida la formación y las competencias del personal contratado) (46).

### d) Mercado laboral de cuidado

Un posible acercamiento para dimensionar la oferta de cuidados de las personas mayores se basa en la información de la población ocupada en actividades relacionadas. Si bien no es posible especificar si sus actividades se enfocan en las personas mayores, esta información nos permite cuantificar y caracterizar a este grupo ocupacional.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) (47), se estima que en México hay 339,849 personas que se ocupan de forma remunerada como trabajadoras en el cuidado de niñas, niños, personas con discapacidad y personas mayores (0.57% de la población ocupada). Algunos datos relevantes sobre las características sociodemográficas y laborales de estas personas pueden consultarse en el Cuadro 3.

**Cuadro 2. Características de las personas ocupadas en el trabajo de cuidado**

<b>97.3%</b> Son mujeres	<b>31.4%</b> Son personas de 50 años y más	<b>17.2%</b> Cursaron algún año de licenciatura y más
<b>\$5,327</b> Ingreso mensual promedio	<b>19.2%</b> Trabajan más de 48 horas a la semana	<b>73.3%</b> Laboran en casas particulares
<b>15.4%</b> Tienen acceso a atención médica por su empleo	<b>89.1%</b> Trabajadores subordinados y remunerados	<b>56.6%</b> Residen en zonas urbanas de más 100,000 personas

*Fuente: Elaboración y estimación propia con base en datos de ENOE, T3 2023, INEGI.*

Como puede observarse, el cuidado es un trabajo feminizado, con presencia importante de personas mayores, bajo nivel educativo y ubicado generalmente en contextos urbanos. En relación con sus características laborales, se muestra que el ingreso mensual es bajo comparado con el nacional (aproximadamente 8 mil pesos mexicanos) y el trabajo se realiza en su mayor parte en casas particulares. Si bien la mayoría de los trabajadores son asalariados, no cuentan con acceso a atención médica como prestación por parte de su empleo.

#### e) Personas cuidadoras no-remuneradas de las personas mayores en hogares

A partir de la información de la ENASIC (37), del total de población de 15 años y más, 32% (31.6 millones de personas) brindaron apoyo o cuidados a personas del hogar u otros hogares, y 28.6% (28.3 millones) solo brindaron cuidados a personas del hogar. Del total de personas cuidadoras, 16.9% (4.7 millones) dieron apoyo a personas mayores del hogar, y 6.6% (1.8 millones) y 10.3% (2.9 millones) lo dieron a personas mayores con y sin

discapacidad, respectivamente. Considerando la estimación de población de personas de 60+ en 2022, por cada 10 personas mayores hay 3 personas cuidadoras de 15 años y más, y 4 por cada 10 personas mayores con discapacidad.

Comparado con las personas cuidadoras de otros grupos etarios o poblacionales, en las cuidadoras de personas mayores se observa mayor presencia de hombres, de otras personas mayores, con menor escolaridad, una posición en el hogar diferente a jefe o cónyuge, y con menor participación laboral. En relación con quienes cuidan a personas mayores con discapacidad, cabe resaltar la mayor presencia de mujeres menores de 60 años, de otra posición en el hogar y con mayor participación económica (Cuadro 4).

**Cuadro 3. Características de las personas cuidadoras de 15 años y más al interior de los hogares.**

Características	No cuidan a personas mayores	Cuidan a personas mayores	Cuidan a personas mayores con discapacidad	Cuidan a personas mayores sin discapacidad
<b>Mujeres</b>	76.4%	67.5%	69.4%	66.7%
<b>Personas mayores (60+)</b>	8.3%	45.1%	38.1%	48.2%
<b>Con 0 o algún grado de primaria</b>	21.3%	35.1%	34.0%	35.8%
<b>Tienen una posición en el hogar diferente a jefe(a) o cónyuge</b>	22.3%	40.1%	46.1%	37.8%
<b>Económicamente activas</b>	62.9%	46.4%	55.9%	52.2%

*Fuente: Elaboración y estimación propia con base en ENASIC 2022. INEGI*

### 3. Valor económico de los bienes y servicios de cuidados y salud

Los cuidados no-remunerados, tanto personales como de salud, son realizados principalmente por familiares, especialmente la pareja y los hijos, así como por amigos o vecinos en el entorno del hogar, y recaen en gran medida sobre las mujeres. Aunque estos cuidados han constituido un pilar fundamental en la atención personal y en salud, el sector de salud y la seguridad social no solo no ha reconocido su valioso papel, sino que suele subestimar su relevancia como factores positivos del nivel de salud de la población, como la reducción en el número de hospitalizaciones y reingresos hospitalarios y el control de enfermedades crónicas.

Gracias a la creación de la Cuenta Satélite del Sector Salud (48), hoy se conoce la dimensión y el valor del trabajo no-remunerado en salud (TNRS). El TNRS incluye el tiempo que destinan los individuos a brindar cuidados de salud tanto preventivos como a personas con enfermedades temporales o crónicas, así como a personas con discapacidad, del propio hogar y de otros hogares, además del trabajo voluntario efectuado a través de instituciones no-lucrativas que brindan servicios de salud. El Cuadro 5 muestra la proporción del TNRS del total del PIB del sector salud para distintos años, así como su comparación con otros bienes y servicios del sector salud.

**Cuadro 4. Proporción del trabajo no-remunerado en salud.**

1	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022	2023
PIB salud (% del PIB total)	5.2	5.3	5.6	5.7	6.5	6.2	5.1	5.1
TNRS (% del PIB en salud)	20.5	19.3	26.6	29.1	28.7	25.5	15.7	16.8
Producción de bienes y servicios del sector salud (% del PIB en salud)	79.5	80.7	73.4	70.9	71.3	74.5	84.3	79.3

**Fuente:** elaboración propia a partir de: INEGI, 2023; 2022; 2020; 2018; 2016; 2014; 2012.

Cuando el gasto total se detalla por bien o servicio prestado y se contrasta con el TNRS, vemos que este representa entre 19% y 29% del PIB total del sector salud (Cuadro 6), un porcentaje mayor en varios años que los servicios hospitalarios y ambulatorios (consultorios médicos) (49–54).

**Cuadro 5. Porcentaje de producción de bienes y servicios del sector salud.**

	2012	2014	2016	2018	2020	2021	2022	2023
<b>TNRS (%del PIB en salud)</b>	<b>20.5</b>	<b>19.3</b>	<b>26.6</b>	<b>29.1</b>	<b>28.7</b>	<b>25.5</b>	<b>15.7</b>	<b>16.8</b>
<b>Producción de bienes y servicios del sector salud (%)</b>	<b>79.5</b>	<b>80.7</b>	<b>73.4</b>	<b>70.9</b>	<b>71.3</b>	<b>74.5</b>	<b>84.3</b>	<b>79.3</b>
Servicios hospitalarios	21.3	22.2	21.2	20.3	20.7	22.1	26.1	25.8
Consultorios médicos	17.1	17.5	17.2	17.0	15.7	17.5	19.2	19
Comercio de bienes y servicios relacionados con la salud	12.2	15.0	13.5	12.9	12.1			
Administración pública de la salud	9.7	9.4	7.7	6.6	6.0	5.6	6.2	5.8
Medicamentos, lentes o material de curación	11.4	8.7	5.4		4.2	4.4	7.0	6.8
Impuestos netos a productos netos de subsidios					3.9	3.7	1.6	
Centros, residencias y actividades auxiliares						1.7	2.5	2.3
Bienes para el cuidado de la salud				4.5				
Bienes conexos						3.2	4.4	4.1
Servicios conexos						16.3	17.1	17.7
Otros bienes y servicios	7.8	7.9	8.4	9.6	8.7			

**Fuente:** elaboración propia a partir de INEGI, 2023, 2022; 2020; 2018; 2016; 2014; 2012.

*Nota:* A partir de 2018 se introdujeron cambios en la forma de reportar otros bienes y servicios.

## 4. Retos de un sistema de cuidados en México

El presente análisis situacional de la demanda/necesidades y oferta de cuidados deja claro que es urgente la necesidad de desarrollar programas y servicios de cuidados para las personas mayores con dependencia funcional y para las personas que las apoyan en el hogar. Como se ha mencionado en varios reportes, la ausencia de una política estatal genera actualmente enormes inequidades en el acceso a los cuidados en situaciones de dependencia, donde solo los sectores más privilegiados de la población tienen acceso a los servicios privados especializados, los cuales además funcionan sin una regulación ad hoc. Ello perpetúa las grandes inequidades de género en la realización de trabajo en el hogar, incluyendo las actividades de cuidado.

Se han identificado al menos cuatro retos de gran magnitud, a título de ejemplo, que deben resolverse para avanzar hacia un sistema de cuidados que garantice la provisión de servicios y apoyo tanto a quienes tienen necesidad de cuidados como a las personas cuidadoras familiares no-remuneradas.

- 1) El primero estriba en generar información que permita incorporar las expectativas y preferencias de las personas mayores que requieren cuidados, y de las personas cuidadoras familiares no-remuneradas, en cuanto al tipo de servicios o apoyos que quisieran obtener, para no generar una oferta de servicios inutilizada. No tenemos ninguna información al respecto.
- 2) En el caso de las instituciones ya existentes, es necesario crear servicios para personas con dependencia funcional, para quienes la oferta de servicios de cuidados es hoy en día prácticamente inexistente. Se debe fomentar que los centros de día amplíen su oferta de servicios para incluir el cuidado para las personas mayores dependientes, de manera que puedan acudir a los servicios de rehabilitación, y desarrollar redes de servicios domiciliarios para el auxilio en la realización de actividades de la vida diaria, junto con acciones de capacitación y apoyo a los cuidadores familiares no-remunerados; por ejemplo, con apoyo emocional o grupos de apoyo, así como espacios y acciones que les den respiro y aminoren la carga que ahora sobrellevan.
- 3) Otro gran reto es lograr la profesionalización y certificación de las personas cuidadoras remuneradas (solo 1% de los trabajadores están certificados en competencias laborales; fuente: CENSO CAAS 2020), ya sean aquellas que trabajan en instituciones de cuidado temporal y permanente —es decir, centros

de día o residencias de personas mayores— como quienes proveen servicios de cuidados en el hogar (actualmente, 46% de los trabajadores en cuidados son informales, y 98% de ellos son mujeres; <https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/occupation/cuidadores-de-ninos-personas-con-discapacidad-y-ancianos-en-establecimientos#:~:text=Durante%20el%20tercer%20trimestre%20de%202024%2C%20la%20informalidad%20laboral%20de,el%20tercer%20trimestre%20de%202024.>)

- 4) A pesar de su exigüidad (contamos con apenas 1020 instituciones que ofrecen en total poco más de 20,000 camas en todo el país según el CAAS; esto es una cobertura de menos de 2% de las personas mayores dependientes; fuente: censo del CAAS 2020; [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/caas/2015/doc/caas\\_resultado\\_s.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/caas/2015/doc/caas_resultado_s.pdf)). Con respecto a las instituciones de residencia permanente, no podrá garantizarse una atención óptima sin la organización de los servicios existentes, su evaluación y, si fuera necesario, su adecuación, para asegurar que los servicios que ahí se proveen impacten de manera positiva en el bienestar de las personas mayores con dependencia funcional. Para lograr esto, es indispensable generar un registro nacional obligatorio de todas las residencias permanentes para personas mayores y personas con discapacidad, y la creación de una agencia especializada o comisión que desarrolle y supervise la aplicación de estándares de calidad en la atención. Esta comisión deberá también implantar mecanismos de certificación y evaluación para todas las instituciones y el personal que ahí trabaja (46).

Considerando lo anterior, en las secciones subsecuentes se perfilan algunas ideas, elementos y cuestiones que se estiman necesarias para el diseño de un sistema nacional de cuidados, que permita atender las necesidades de las personas mayores en México, corregir las problemáticas de la oferta de cuidados, y superar los retos planteados anteriormente.

## IV. ELEMENTOS PARA EL DISEÑO DE UN SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

Como se mencionó anteriormente, México ha ratificado la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. Con ello, adquirió la obligación de implantar medidas tendientes al desarrollo de un sistema integral de cuidados, que provea protección y promoción de la salud, cobertura de servicios sociales, seguridad alimentaria y nutricional, agua, vestuario y vivienda, promoviendo que la persona mayor pueda decidir permanecer en su hogar y mantener su independencia y autonomía. Sin embargo, ello no ha producido cambios normativos a escala nacional, mediante los cuales se establezcan mecanismos que den operatividad a este derecho.

En la legislación nacional, el derecho al cuidado se aborda en distintas regulaciones, entre ellas el derecho familiar y el laboral. Como parte del derecho familiar, se relaciona el cuidado con la obligación de los progenitores hacia sus descendientes en edad infantil, y también hacia ascendientes cuando estos se encuentran en situación de pérdida de autonomía.

En materia laboral, el cuidado forma parte de las normas de trabajo en lo relativo a las licencias (maternidad/paternidad/enfermedades crónicas), o mediante el establecimiento de estancias infantiles. Sin embargo, en este caso las disposiciones se vinculan con la actividad laboral remunerada y formalizada, pero no se ha logrado introducir en el ámbito nacional una definición normativa de cuidado que sea independiente del trabajo.

Por lo que se refiere a los cuidados de las personas mayores, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (55) se limita a establecer que las familias recibirán apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y la atención de las personas adultas mayores, pero sin establecer el monto de dichos apoyos ni las instituciones obligadas a proporcionarlos.

Dado que no existe una conceptualización normativa homogénea sobre el derecho al cuidado, resulta conveniente observar cómo han interpretado este derecho los tribunales mexicanos, para determinar si con ello es posible unificar el concepto. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en la resolución del Amparo Directo 6/2023, reconoció a escala nacional el cuidado como un derecho humano independiente, progresivo, universal e indivisible, que se compone de tres vertientes: el derecho a recibir cuidados, el derecho a cuidar y el derecho al autocuidado.

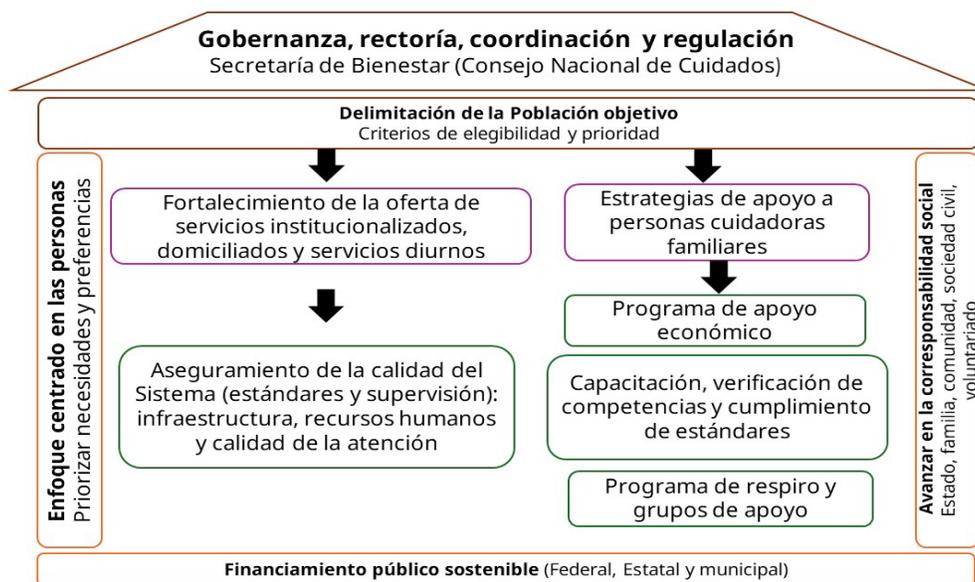
En lo que se refiere al derecho a recibir cuidados, la Corte reconoce que todas las personas son titulares de ese derecho, indistintamente de su grado de dependencia funcional, sin embargo, tienen prioridad las personas que requieren cuidados intensos, extensos y especializados, como las personas mayores, con discapacidad o con alguna enfermedad crónica avanzada. Por su parte, en lo que respecta al derecho a cuidar, se señala que el Estado tiene la obligación de garantizar los derechos de las personas que los proveen, que en su mayoría son mujeres, pero no se limitan a ellas. Finalmente, y en relación con el derecho al autocuidado, se reconoció el valor colectivo que resulta de este para la sostenibilidad misma de las labores de cuidado, por lo que se consideró que es un asunto de interés público (56).

Atendiendo a la definición del derecho al cuidado de la Suprema Corte, este implica una serie de obligaciones correlativas para el Estado. Las vertientes vinculadas con el derecho a cuidar y el derecho al autocuidado pueden garantizarse mediante modificaciones a la legislación laboral y familiar. Sin embargo, la primera vertiente, relativa al derecho a recibir cuidados, requiere la creación de un sistema que le dé operatividad (56).

Medellín y colaboradores (57) mencionan cuatro elementos fundamentales en el diseño de un sistema de cuidados: a) la población beneficiaria (cobertura universal, priorización por grupos de edades y priorización por nivel de dependencia funcional); b) la oferta de servicios (cuáles servicios y cómo/quién los provee); c) la calidad de los servicios (criterios de control, medición, evaluación y rendición de cuentas), y d) las fuentes de financiación (rentas generales, mecanismos de primas, cuotas o copagos).

A estos elementos habría que agregar los relativos a la gobernanza del sistema, con el fin de definir a los entes encargados de su rectoría, coordinación y supervisión. En su conjunto, el sistema estaría conformado por los elementos señalados en la Figura 2, que se analizarán individualmente a continuación.

**Figura 2. Elementos clave para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados para las personas mayores**



Fuente: Elaboración propia

## 1. Gobernanza

El presente documento propone la creación de un Sistema Nacional de Cuidados. Por lo tanto, su caracterización como “sistema” requiere la existencia de un ente rector que tenga a su cargo, por un lado, el establecimiento y la conducción de la política nacional en la materia y, por otro, la coordinación de las instituciones de los distintos ámbitos de gobierno que integrarán dicho sistema.

En la determinación del ente gubernamental en el que recaerá esta rectoría debe considerarse la materialidad de las acciones y políticas públicas que se pondrán en marcha con el sistema. En este sentido, la materialidad propuesta es, como se ha adelantado, el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional; por tanto, el contenido prestacional del sistema consiste en servicios y apoyos para estas personas y quienes las cuidan.

La materialidad y el contenido prestacional del sistema propuesto se analizarán más ampliamente en apartados subsecuentes; sin embargo, considerando lo hasta aquí dicho, puede observarse que estos van más allá del concepto de salud, pues los cuidados implican acciones adicionales a la prestación de servicios de atención médica, y dada la propuesta de incluir apoyos económicos en el contenido prestacional. Por ello, y derivado de esto último, se propone que el cuidado de las personas mayores en situación de dependencia funcional forme parte de una materia más amplia, como el bienestar/desarrollo social; en consecuencia, se propone que la rectoría del sistema recaiga en un órgano de dicho sector.

Conceptualizamos el bienestar entendiendo que el Estado no es un simple gestor de oportunidades, sino garante de derechos. Como se reflejó en el Plan Sectorial de Bienestar 2020-2024, el concepto de bienestar debe invocar el acceso efectivo a los derechos humanos como condición fundamental para el desarrollo de las personas. Debe, además, ser más social y humano, distinto a la visión en la que basta con garantizar pisos mínimos de derechos e ingresos, sino que debe basarse en el desarrollo de las capacidades que tiene cada persona para hacer efectivos sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (58).

De acuerdo con este enfoque, el bienestar se basa en la universalidad de los derechos humanos, el ciclo de vida de las personas, la participación social y comunitaria, la perspectiva territorial, la pertinencia cultural, la transparencia y la honestidad, todo ello bajo dos ejes transversales: inclusión productiva e igualdad de género. Para cumplir tal propósito, los programas impulsados por la Secretaría del Bienestar conllevan una atención específica hacia los sectores o las situaciones que requieren la atención prioritaria del Estado mexicano debido a un conjunto de factores que colocan a las personas en condiciones de desigualdad y riesgo. El acceso y ejercicio efectivo de los derechos humanos se ha impulsado desde la transversalidad, con el objetivo de transformar las desigualdades sociales de grupos específicos, como en este caso las personas en situación de dependencia.

Identificando el sector al que pertenecerá el órgano rector del sistema, es relevante presentar algunas ideas sobre la arquitectura institucional requerida para responder a la naturaleza multidimensional de los cuidados, considerando tanto los aspectos sociales y sanitarios como los económicos y territoriales que caracterizan la prestación de servicios de cuidados a largo plazo.

La arquitectura propuesta debe superar la fragmentación tradicional de los servicios sociales y de salud en México, estableciendo mecanismos de coordinación efectivos que garanticen una atención integral y continua a las personas mayores que requieren cuidados.

La complejidad del sistema requiere una estructura que opere en múltiples niveles y que sea capaz de articular las capacidades y los recursos existentes en las distintas instituciones públicas, al tiempo que incorpore las aportaciones del sector privado y de la sociedad civil. Esta arquitectura debe ser lo suficientemente robusta para asegurar la gobernanza del sistema, pero también flexible para adaptarse a las diferentes realidades territoriales y sociales del país.

El sistema se basa en tres principios organizativos fundamentales:

- **Integralidad:** la arquitectura institucional debe garantizar una respuesta integral a las necesidades de cuidados, articulando los servicios sociales, sanitarios y comunitarios.
- **Territorialidad:** el diseño reconoce la importancia de la proximidad en la prestación de servicios y la necesidad de adaptar las respuestas a los contextos locales.
- **Intersectorialidad:** la estructura promueve la coordinación entre diferentes sectores y niveles de gobierno, estableciendo mecanismos claros de articulación y complementariedad.

En el contexto mexicano, esta arquitectura institucional debe considerar las características específicas del federalismo, la diversidad territorial y la heterogeneidad en las capacidades institucionales de los diferentes niveles de gobierno. También debe tomar en cuenta la existencia de programas y servicios previos, buscando su integración y optimización dentro del nuevo sistema.

La estructura propuesta implica el establecimiento de un organismo, comisión o consejo nacional de cuidados como órgano rector, que articule la participación de las principales instituciones federales relacionadas con los cuidados de personas mayores. Este consejo se replicaría a nivel estatal y municipal, adaptándose a las realidades y necesidades locales, pero manteniendo la coherencia en las políticas y estándares de atención. Este organismo o consejo debería formar parte de la actual Secretaría de Bienestar.

Un aspecto crucial de esta arquitectura es su capacidad para promover la convergencia de los recursos y las capacidades institucionales existentes, evitando duplicidades y generando sinergias. Esto implica el establecimiento de mecanismos claros de coordinación intersectorial y la definición precisa de roles y responsabilidades para cada institución participante.

La implantación de esta arquitectura institucional requiere un proceso gradual y planificado, que permita el desarrollo de capacidades, la adaptación de marcos normativos y la construcción de consensos entre los diferentes actores involucrados. El éxito del sistema dependerá en gran medida de la efectividad de estos arreglos institucionales y de su capacidad para garantizar una gestión eficiente y la prestación de servicios de alta calidad.

Los desafíos que enfrenta esta arquitectura institucional son considerables, incluyendo la necesidad de:

- Asegurar un financiamiento sostenible.
- Desarrollar capacidades técnicas y operativas en todos los niveles.
- Establecer sistemas de información integrados.
- Garantizar la calidad y pertinencia de los servicios de cuidados.
- Promover la participación activa de todos los actores involucrados.

La construcción de esta arquitectura institucional representa un paso fundamental en el desarrollo de un sistema nacional de cuidados que responda efectivamente a las necesidades de las personas mayores de México, sentando las bases para una atención integral, equitativa y de alta calidad.

El Sistema Nacional de Cuidados de México requiere una articulación robusta y eficiente entre diferentes niveles de gobierno e instituciones para garantizar la prestación integral de servicios de cuidados. Esta articulación se fundamenta en una estructura organizacional que opera en tres niveles complementarios.

A nivel federal, el sistema se coordina a través de un organismo o comisión nacional de cuidados que funja como órgano rector, estableciendo políticas generales, estándares y lineamientos operativos. Este organismo podría contar con una secretaría técnica permanente que facilite la puesta en marcha de las decisiones y coordine a los diferentes sectores involucrados. La conformación de comités técnicos especializados por expertos en diferentes áreas proporcionaría asesoramiento específico y desarrollaría protocolos de cuidados.

En el ámbito estatal, los consejos estatales de cuidados podrían adaptar las políticas nacionales a las realidades locales y gestionarían la aplicación territorial. Las unidades de gestión estatal funcionarían como enlaces operativos, coordinando recursos y supervisando la prestación de servicios en su jurisdicción o distrito. Estas unidades son fundamentales para asegurar la coherencia entre las políticas nacionales y las necesidades locales.

A nivel municipal, los consejos municipales de cuidados actuarían como puntos focales de atención directa, funcionando como ventanillas únicas para el acceso a servicios de cuidados. Estos centros trabajarían en estrecha colaboración con las redes comunitarias existentes, integrando recursos locales y facilitando la participación de la comunidad en la prestación de los servicios de cuidados.

La arquitectura institucional del Sistema Nacional de Cuidados de México podría estructurarse en tres niveles principales de operación, con instituciones complementarias que apoyaran su funcionamiento:

### **Nivel federal**

- El Consejo Nacional de Cuidados (CNC) actuaría como órgano rector, presidido por la Secretaría de Bienestar.
- Integra instituciones clave: Secretaría de Salud, IMSS-BIENESTAR, IMSS, ISSSTE, INAPAM y DIF Nacional.
- Es responsable de políticas nacionales, normatividad y la asignación de recursos.
- Establece estándares y coordina la implantación nacional del sistema.

### **Nivel estatal**

- Los Consejos Estatales de Cuidados adaptan las políticas nacionales al contexto local.
- Los DIF Estatales y las Secretarías de Salud estatales operan servicios directos.
- Gestionan recursos y coordinan la implantación territorial del sistema.
- Supervisan la calidad y cobertura de los servicios.

### **Nivel municipal**

- Los Consejos Municipales de Cuidados ejecutan los servicios directos.
- Los DIF Municipales operan centros comunitarios y servicios locales.
- Realizan la evaluación de necesidades y el seguimiento de los usuarios.
- Mantienen vinculación directa con la comunidad.

### **Instituciones complementarias**

- Instituciones educativas: formación e investigación.
- Organizaciones de la sociedad civil: servicios especializados y contraloría social.
- Sector privado: servicios acreditados e infraestructura.

### **Mecanismos de articulación**

- Sistema de información integrado.
- Protocolos estandarizados de cuidados.
- Convenios de colaboración interinstitucional.
- Comisiones técnicas especializadas.

Esta arquitectura ayudaría a garantizar la atención integral y continua en cuidados, el uso eficiente de recursos, la calidad en los servicios de cuidados, la cobertura territorial adecuada y la participación coordinada de todos los actores.

## 2. Población objetivo: criterios de elegibilidad y prioridad

El Sistema Nacional de Cuidados para personas mayores en México debe diseñarse considerando las diversas necesidades, los niveles de dependencia funcional y la vulneración social que enfrenta este grupo poblacional. La creciente demanda de servicios de cuidados está relacionada con el envejecimiento acelerado de la población y el aumento en la prevalencia de problemas de salud en términos de multimorbilidad, fragilidad, demencia y otros síndromes geriátricos, que se asocia con discapacidad y la necesidad de cuidados. Es evidente que la demanda es significativa, considerando que 50.6% de las personas con discapacidad son mayores de 60 años (4.3 millones) o, visto de otra manera, 1 de cada 4 personas mayores presenta alguna discapacidad. Por ello, es fundamental establecer criterios claros de elegibilidad y prioridad para garantizar una distribución equitativa de los recursos, orientada a quienes presentan mayor necesidad de cuidados.

Respecto a los procesos para determinar el nivel de dependencia funcional y de necesidad de cuidados, en la mayoría de los países se consideran los siguientes pasos:

- i. Solicitud inicial
- ii. Evaluación preliminar
- iii. Evaluación integral
- iv. Determinación del nivel de dependencia funcional
- v. Plan de cuidados, y
- vi. Seguimiento y reevaluación

Como parte del paso iv, determinación del nivel de dependencia funcional, la mayoría de los países realizan evaluaciones sobre ABVD, AIVD, aspectos cognitivos y sociales, entre otras variables, en las cuales se consideran estas cuatro dimensiones (Cuadro 7).

**Cuadro 6. Determinación del nivel de dependencia según cuatro dimensiones.**

ABVD	AIVD	Aspectos cognitivos	Aspectos sociales
Alimentación. Higiene personal. Movilidad básica. Control de esfínteres.	Manejo de medicación. Gestión financiera. Uso de transporte. Tareas del hogar.	Orientación. Memoria. Capacidad de decisión. Comunicación.	Red de apoyo. Situación familiar. Condiciones de vivienda.

Entre las herramientas o los instrumentos que se utilizan para evaluar la dependencia funcional están los índices de Barthel y de Lawton, pruebas cognitivas estandarizadas e instrumentos adaptados propios.

Considerando el conjunto de elementos descritos, las características sociodemográficas de México, los recursos y las capacidades del sistema de salud y protección social existentes, así como de las necesidades específicas de las personas mayores del país, el presente documento propone un sistema de clasificación de la dependencia funcional que utiliza cuatro niveles (Cuadro 8).

**Cuadro 7. Propuesta de clasificación de dependencia funcional.**

Nivel de dependencia funcional	Descripción	Características
0	Autonomía con riesgo	Persona mayor independiente, pero con factores de riesgo. Enfoque en la prevención y vigilancia. Elegible para servicios preventivos.
1	Dependencia funcional leve	Requiere apoyo para 1-2 ABVD o 3-4 AIVD. Supervisión intermitente. Mantiene autonomía en las decisiones.
2	Dependencia funcional moderada	Requiere apoyo para 3-4 ABVD o 5+ AIVD. Supervisión regular. Autonomía parcial en las decisiones.
3	Dependencia funcional grave	Requiere apoyo para 5+ ABVD Supervisión constante. Dependencia significativa en la toma de decisiones.

*Fuente: Elaboración propia*

Los niveles de dependencia funcional no son puramente descriptivos de la situación de las personas. Por el contrario, se propone que esta categorización tenga un carácter normativo mediante la asignación de consecuencias jurídicas, en la forma de servicios o prestaciones correspondientes a cada categoría. Estos se analizarán en el apartado respectivo a dichos servicios y prestaciones.

Hecho lo anterior, es necesario establecer criterios de elegibilidad y prioridad, lo cual es clave para un diseño eficiente del Sistema Nacional de Cuidados. Estos criterios deben alinearse con los principios de justicia social, igualdad y acceso universal, considerando tanto el estado funcional como la vulnerabilidad social. Este enfoque garantizará que las personas mayores más necesitadas reciban cuidados adecuados y oportunos, contribuyendo a su bienestar y calidad de vida.

### 3. Servicios de cuidado

El establecimiento claro de los criterios de elegibilidad, con base en la intensidad de los cuidados requeridos, es una tarea fundamental en el diseño del sistema. Pero es crucial considerar que, a partir del análisis de la población objetivo del sistema, es necesario determinar los derechos que las personas tendrán con relación al sistema de cuidados y promover su empoderamiento para ejercerlos. Estos derechos, para que sean efectivos y exigibles, deberán traducirse en obligaciones correlativas y concretas de los órganos públicos facultados para la operación del sistema, garantizando que las personas mayores sean participantes activos en las decisiones sobre sus cuidados.

Estos servicios deberán ser prestados de acuerdo con el nivel de dependencia funcional de la persona usuaria, de conformidad con la categorización analizada como parte del elemento de elegibilidad, y en los términos expresados en el siguiente cuadro:

**Cuadro 8. Categorización para el nivel de dependencia funcional.**

Nivel de dependencia funcional	Descripción	Características	Servicios de cuidados
0	Autonomía con riesgo	<p>Persona mayor independiente, pero con factores de riesgo.</p> <p>Enfoque en la prevención y vigilancia.</p> <p>Elegible para servicios preventivos.</p>	<p>Programas preventivos.</p> <p>Talleres de envejecimiento saludable.</p> <p>Monitoreo periódico.</p> <p>Teleasistencia básica.</p>
1	Dependencia funcional leve	<p>Requiere apoyo para 1-2 ABVD o 3-4 AIVD.</p> <p>Supervisión intermitente.</p> <p>Mantiene autonomía en las decisiones.</p>	<p>Asistencia domiciliaria parcial.</p> <p>Centros de día.</p> <p>Teleasistencia avanzada.</p> <p>Adaptaciones menores del hogar.</p>
2	Dependencia funcional moderada	<p>Requiere apoyo para 3-4 ABVD o 5+ AIVD.</p> <p>Supervisión regular.</p> <p>Autonomía parcial en las decisiones.</p>	<p>Asistencia domiciliaria regular.</p> <p>Centros de día especializados.</p> <p>Servicios de respiro.</p> <p>Adaptaciones mayores del hogar.</p>
3	Dependencia funcional grave	<p>Requiere apoyo para 5+ ABVD</p> <p>Supervisión constante.</p> <p>Dependencia significativa en la toma de decisiones.</p>	<p>Asistencia domiciliaria continua.</p> <p>Cuidados en residencias de personas mayores.</p> <p>Atención especializada.</p> <p>Apoyo integral a las personas cuidadoras.</p>

A continuación se describen algunos de los principales servicios que idealmente formarían parte de la oferta del Sistema Nacional de Cuidados:

### a) Servicios residenciales

Suelen proporcionar atención y apoyo las 24 horas a personas mayores con problemas de salud de diversa gravedad, capacidad funcional o vulnerabilidad social, ya sea de forma continua o intermitente (como cuidados de relevo). Además de brindar asistencia en necesidades básicas (alimentación, higiene, desplazamiento, sueño), los centros pueden ofrecer otros servicios, incluidos atención médica y asistencial, rehabilitación y cuidados al final de la vida. Algunos centros también proporcionan cuidados de relevo a las personas cuidadoras o un periodo de cuidados con apoyo para aumentar la independencia. En sentido estricto, las residencias de tiempo completo o institucionalización deberían ser la última opción después de los cuidados comunitarios o domiciliarios, pero es cierto que, dadas las condiciones sociales y la estructura familiar, un sistema de cuidados a largo plazo debe considerar esta alternativa.

### b) Servicios de atención domiciliaria

La atención domiciliaria representa el primer nivel de servicios de cuidados, y se estructura en diferentes niveles de intensidad para responder a las diversas necesidades de las personas mayores. El servicio esencial incluye apoyo en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como higiene personal, alimentación, movilidad y administración de medicamentos. Este apoyo se complementa con acompañamiento social y emocional, fundamental para mantener el bienestar integral de la persona.

Los servicios especializados a domicilio incorporan atención de enfermería, rehabilitación, terapia ocupacional y atención psicológica. Estos servicios se coordinan a través de un plan personalizado de cuidados, que considera tanto las necesidades físicas como las psicosociales de la persona mayor.

### c) Servicios comunitarios

Los servicios comunitarios se diseñan como espacios de encuentro y apoyo que complementan la atención domiciliaria. Los centros de día funcionan como ejes articuladores de estos servicios, ofreciendo programas estructurados que combinan actividades terapéuticas, sociales y recreativas. Estos centros también sirven como puntos de encuentro intergeneracional, donde se desarrollan actividades que promueven el intercambio entre diferentes grupos de edad. Los horarios deberían ser extendidos para apoyar a las familias en las que todos los miembros tienen horario laboral.

#### d) Programas intergeneracionales

Los programas intergeneracionales constituyen un elemento innovador del sistema, diseñados para promover un intercambio significativo entre diferentes generaciones. Estos podrían incluir:

- Huertos comunitarios, donde personas mayores comparten sus conocimientos con niñas, niños y jóvenes.
- Programas de narración oral, que conectan a personas mayores con niñas y niños a través de historias y tradiciones.
- Talleres de oficios tradicionales, donde las personas mayores enseñan habilidades artesanales.
- Proyectos de historia local, que documentan las memorias y experiencias de las personas mayores.
- Actividades culturales y artísticas, que fomentan la colaboración entre generaciones.

#### e) Servicios de integración comunitaria

La integración comunitaria se promueve a través de diversos programas, que buscan mantener y fortalecer los vínculos sociales de las personas mayores:

- Redes vecinales de apoyo y vigilancia
- Grupos de voluntariado intergeneracional
- Clubes de intereses específicos (lectura, música, jardinería, artesanías)
- Programas de turismo social adaptado
- Actividades culturales y recreativas inclusivas

#### f) Servicios de apoyo y complementarios

El sistema incorpora servicios de teleasistencia que combinan tecnología y atención humana para proporcionar seguridad y apoyo las 24 horas. Estos servicios incluyen:

- Monitoreo remoto de la salud
- Sistemas de alerta y emergencia
- Recordatorios de medicación y citas
- Videollamadas de seguimiento
- Aplicaciones de conectividad social

### g) Servicios de respiro

Los servicios de respiro son fundamentales para apoyar a las familias cuidadoras. Ofrecen a las personas cuidadoras (generalmente no-remuneradas, como familiares o amigos) un alivio temporal de las exigencias de la prestación de cuidados. Pueden proporcionarse a través de servicios de apoyo domiciliario (por ejemplo, trabajadores de cuidado personal, asistentes de salud domiciliaria), en la comunidad, por servicios diurnos como los centros de día, o por una estadía de corto plazo en un centro de cuidados a largo plazo (por ejemplo, residencia de personas mayores, hogar de atención residencial, hogar de ancianos, etc.).

### h) Programas preventivos y de promoción de la salud

- Talleres de envejecimiento saludable
- Programas educativos sobre derechos en salud y cuidados
- Programas de actividad física adaptada
- Orientación alimentaria y nutricional
- Estimulación cognitiva
- Prevención de caídas

## 4.Regulación/Calidad

Para garantizar que los servicios definidos en la sección anterior se presten de manera correcta y con la calidad suficiente, deben establecerse regulaciones vinculantes que determinen el estándar ideal de referencia para estas actividades, y permitan a los entes reguladores verificar su conformidad. Ello debe ser así tanto para los servicios de cuidados que preste directamente el Estado como los que brinden particulares.

La regulación de los servicios de cuidados debe fundamentarse en un marco normativo integral que establezca los requisitos mínimos para la prestación de servicios, tanto en entornos institucionales como domiciliarios. Este marco contempla aspectos fundamentales como la seguridad, la calidad y la dignidad en los cuidados, estableciendo protocolos específicos para cada modalidad de servicio.

Los servicios regulados incluyen desde la atención domiciliaria básica hasta los cuidados más especializados en centros de día y residencias de personas mayores. Cada modalidad debe contar con lineamientos específicos que consideren las particularidades del servicio y las necesidades de las personas usuarias. La regulación abarca aspectos como la infraestructura necesaria, los procedimientos de cuidados, los sistemas de registro y la cualificación del personal. Entre estos, la base de todo el sistema es la formación y certificación del personal, que se discutirá a continuación:

### a) Formación y certificación de personas cuidadoras

El Sistema Nacional de Cuidados debe incorporar un programa integral de formación y certificación para personas cuidadoras, el cual podría ponerse en marcha en colaboración con el Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (CONOCER). Este programa se fundamentaría en estándares de competencia diseñados específicamente para atender las necesidades de la población mayor con dependencia funcional. El Comité de Gestión por Competencias de la Geriátrica actualizó recientemente el estándar de competencia EC1519.01, “Prestación de cuidados centrados en la persona mayor con dependencia funcional”, que representa el principal referente para la formación y certificación de personas cuidadoras y describe los conocimientos, las habilidades y las actitudes que se requieren para brindar cuidados con un enfoque centrado en la persona, basados en un trato humano y digno, que fomenta la autonomía y el involucramiento de la persona mayor en sus propios cuidados. Este estándar de competencia está estructurado con base en tres elementos: 1. Identificar los cuidados requeridos por la persona mayor, lo que incluye entrevistas iniciales, evaluación de necesidades y establecimiento de acuerdos; 2. Apoyar en las actividades básicas de la vida diaria, como alimentación, higiene personal, movilidad, uso del sanitario y vestido; 3. Apoyar en las actividades instrumentales, como administración de medicamentos, uso de ayudas técnicas, actividades recreativas y monitoreo de signos vitales.

Los cuidados definidos en este estándar de competencia se brindan bajo principios de respeto a la dignidad, promoción de la autonomía y consideración de las preferencias de la persona mayor. Se enfatiza además la importancia de la documentación sistemática, la comunicación efectiva y el manejo ético de la información.

El proceso formativo basado en estándares de competencia combina elementos teóricos y prácticos, asegurando que las personas cuidadoras desarrollen no solo conocimientos técnicos, sino también habilidades prácticas y emocionales indispensables para el cuidado centrado en la persona. La formación incluye módulos sobre derechos humanos, ética del cuidado, seguridad y prevención de riesgos, así como técnicas específicas de cuidados. La certificación en este estándar de competencia no requiere título profesional, lo que permite profesionalizar también a personas cuidadoras informales familiares, contribuyendo así a optimizar la calidad de los servicios de cuidados para personas mayores en México.

### b) Red de prestadores de servicios para la formación y la certificación

La implantación de una red nacional de prestadores de servicios constituye un elemento crucial del sistema. Esta red integraría instituciones formadoras, centros evaluadores y prestadores de servicios certificados, creando un ecosistema que facilite el acceso a servicios de cuidados de alta calidad en todo el territorio nacional.

### c) Mecanismos de supervisión y control

La supervisión se ejecuta a través de un sistema multinivel, que combina diferentes estrategias de monitorización y evaluación. Las inspecciones regulares programadas constituyen la base del sistema, complementadas con visitas no anunciadas que permiten verificar las condiciones reales de operación. Estas supervisiones las realizan equipos multidisciplinarios capacitados específicamente para evaluar servicios de cuidados.

El sistema de control incluye la verificación de documentación, la observación directa de la prestación de servicios, entrevistas con personas usuarias y el personal, y la revisión de indicadores de desempeño. Se pone especial énfasis en aspectos críticos como la seguridad, el trato digno, la capacitación del personal y el cumplimiento de los planes individualizados de cuidados.

La participación de las personas usuarias y sus familiares es un elemento fundamental en el proceso de supervisión y control. Puede realizarse a través de comités consultivos, evaluaciones periódicas y mecanismos de retroalimentación sistemática que permitan identificar áreas de mejora y desarrollar soluciones centradas en las necesidades reales de quienes reciben los servicios de cuidados.

### d) Sistema de acreditación y certificación

La acreditación de los servicios podría establecerse como un proceso gradual que permite a los prestadores alcanzar y mantener los estándares requeridos. El proceso comienza con una acreditación básica, que garantiza condiciones mínimas de seguridad y calidad, avanzando hacia niveles superiores que reconocen la excelencia en la prestación de los servicios.

La certificación del personal constituye otro elemento crucial del sistema de calidad. Se establecen requisitos de formación y actualización continua para todo el personal involucrado en la prestación de servicios, desde personas cuidadoras directas hasta personal administrativo y de supervisión. Esta certificación podría vincularse con el sistema de estándares de competencia desarrollado por CONOCER.

#### e) Gestión de la calidad y mejora continua

El sistema debe promover la implantación de ciclos de mejora continua en todos los niveles de operación. Estos ciclos incluyen la planificación de mejoras, la aplicación de cambios, la evaluación de resultados y el ajuste de estrategias con base en evidencias.

Se fomenta una cultura de calidad, que involucra a todo el personal en la identificación de áreas de mejora y la propuesta de soluciones.

La gestión de incidencias y eventos adversos forma parte integral del sistema de calidad. Se establecen protocolos claros para el reporte, análisis y seguimiento de incidentes, enfatizando el aprendizaje organizacional y la prevención de situaciones similares en el futuro. La transparencia en el manejo de estas situaciones es fundamental para mantener la confianza de las personas usuarias y sus familias.

#### f) Participación de personas usuarias y sus familias

La voz de las personas usuarias y sus familias es fundamental en el sistema de calidad. Se pueden implantar mecanismos sistemáticos de retroalimentación, incluyendo encuestas de satisfacción, grupos focales y comités de personas usuarias. Esta información se utiliza activamente para identificar áreas de mejora y ajustar los servicios a las necesidades y preferencias de la población.

Se establecen también mecanismos claros para la presentación y atención de quejas y sugerencias, garantizando respuestas oportunas y un seguimiento efectivo de las situaciones reportadas. La protección de los derechos de la población usuaria es una prioridad, y se establecen procedimientos específicos para atender situaciones de vulneración de derechos.

#### g) Evaluación y medición de resultados

El sistema incorpora un conjunto de indicadores que permiten medir y evaluar diferentes aspectos de la calidad de los servicios. Estos indicadores cubren áreas como la satisfacción de las personas usuarias, resultados en salud, calidad de vida, participación social y eficiencia en el uso de recursos. La información generada se utiliza para la toma de decisiones y la mejora continua de los servicios.

#### h) Innovación y adaptación

El sistema de calidad mantiene un enfoque dinámico y adaptativo, incorporando nuevas evidencias y mejores prácticas conforme estas se desarrollan. Se promueve la innovación en la prestación de servicios, siempre en un marco de seguridad y calidad establecido. La investigación aplicada y la evaluación de nuevas estrategias son componentes importantes del sistema.

## IV. CONSIDERACIONES PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL SISTEMA NACIONAL DE CUIDADOS

Definidos los elementos clave para el diseño del Sistema Nacional de Cuidados, presentamos algunas consideraciones relevantes para su puesta en marcha. La prestación de servicios de cuidados para personas mayores en México requiere un marco regulatorio robusto. Para ello, es necesario contar con un fundamento jurídico sólido y de suficiente jerarquía normativa, por lo que podría estar contemplado de manera expresa en la Constitución, o en una ley en sentido formal y material.

### 1. Posibles rutas legislativas

En este sentido, a continuación, se presentan los posibles caminos que podrán seguirse para crear una norma general que regule el sistema de cuidados.

#### a) Reforma constitucional

El artículo 73 constitucional (59) establece las materias sobre las cuales compete legislar al Congreso de la Unión. En este sentido, la legislación de dichas materias será de carácter federal, mientras que las no previstas ahí serán de carácter local, al ser competencia legislativa de los Congresos de las entidades federativas. Al respecto, no se encuentra incluida en el artículo 73 constitucional una fracción específica sobre la materia de cuidados o su sistematización.

Por lo tanto, una primera opción de ruta normativa para la creación de un sistema de cuidados podría ser la modificación del artículo 73, a fin de adicionar una fracción en la que se establezca la competencia del Congreso de la Unión para legislar en esta materia. Sin embargo, debe recordarse que las modificaciones constitucionales requieren un proceso más riguroso, lo que puede implicar más tiempo, recursos y el involucramiento de distintas fuerzas políticas.

#### b) Reforma legal

No obstante lo anterior, el artículo 73 constitucional en su fracción XXIX-D sí establece como competencia del Congreso de la Unión el expedir “leyes sobre planeación nacional del desarrollo económico y social”. A partir de una interpretación literal de dicha fracción se considera que el Congreso está facultado para expedir leyes de planeación nacional del desarrollo, como es el caso de la Ley de Planeación. Es pertinente observar que la Ley General de Desarrollo Social fue expedida utilizando dicha fracción como fundamento, sin que a la fecha se hayan promovido controversias constitucionales por parte de los gobiernos de las entidades federativas.

En este sentido, los contenidos materiales del desarrollo social no se encuentran previstos de manera expresa por la Constitución, sino que estos son determinados por la propia Ley General de Desarrollo Social, por lo que se considera viable que se incluya en dicha norma al Sistema Nacional de Cuidados como contenido material del desarrollo social.

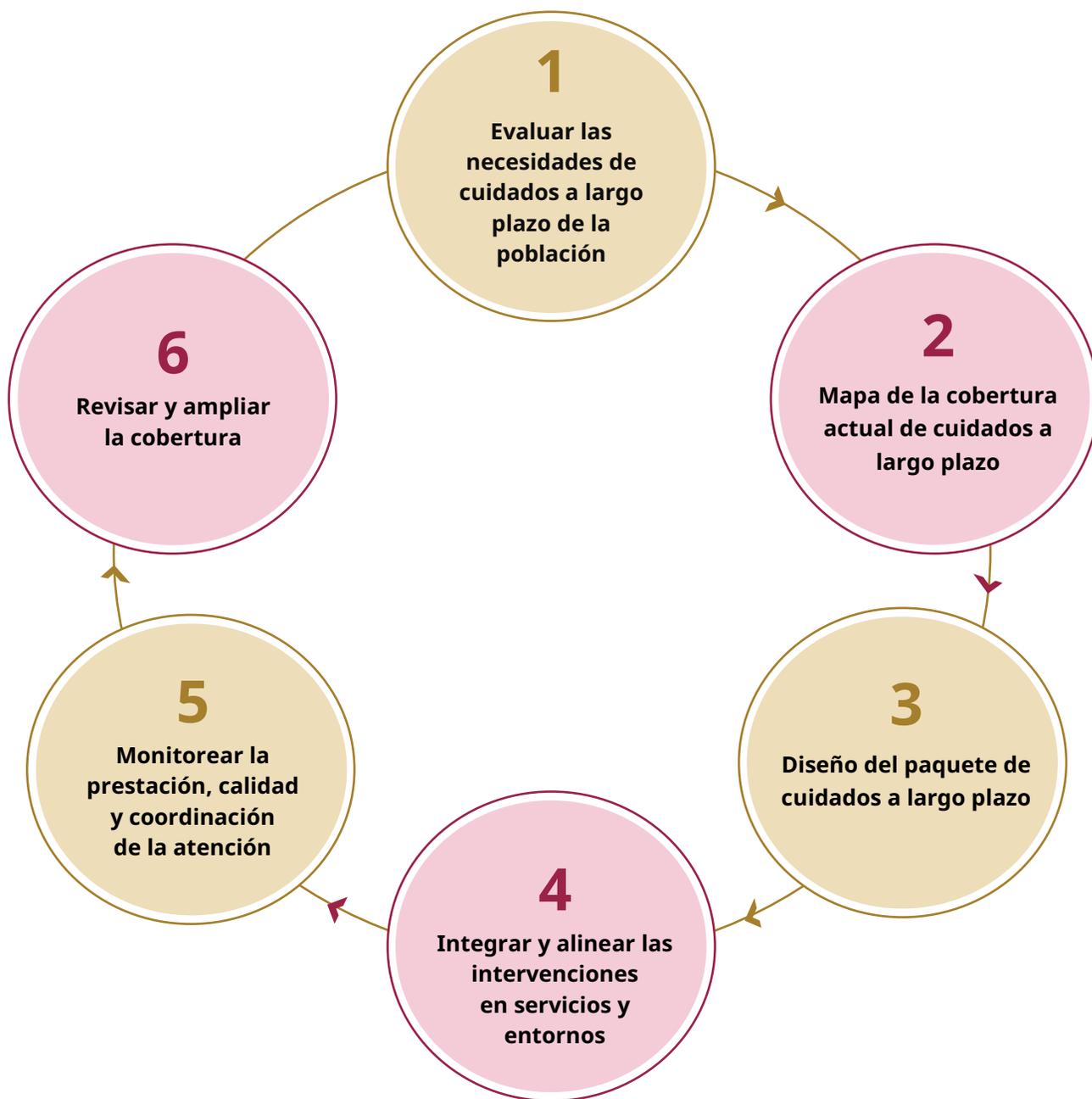
Por tanto, otra posible ruta normativa sería la modificación del artículo 14 de la Ley General de Desarrollo Social, a efecto de adicionar a las vertientes de la Política Nacional de Desarrollo Social el sistema de cuidados. Posterior a ello, deberá emitirse la ley específica del Sistema, en cuyo caso, la Secretaría del Bienestar podrá ejercer la rectoría de este.

## 2.Etapas para la puesta en marcha del Sistema Nacional de Cuidados

La implantación de la prestación y la regulación de servicios en el Sistema Nacional de Cuidados requiere un enfoque gradual y estratégico, que permita construir bases sólidas mientras se responde a las necesidades inmediatas de la población. Este proceso se desarrolla a través de etapas claramente definidas, que permiten un crecimiento ordenado y sostenible del sistema.

Desde la OMS (20) se define una propuesta global e integral de los aspectos básicos que podrían considerarse, priorizarse y proporcionarse para la implantación de la prestación de servicios de cuidado a largo plazo, integrada a los sectores de salud y de asistencia social. Esta propuesta se complementa con el marco para que los países desarrollen un continuo integrado de cuidados a largo plazo (23), estableciendo componentes esenciales. Ambas propuestas podrían ayudar a orientar la adaptación del sistema, de acuerdo con las necesidades y los recursos en México, considerando el contexto local y las capacidades institucionales existentes (Figura 3).

**Figura 3.** Etapas para la implementación del Sistema Nacional de Cuidados.



**Fuente:** Traducido al español de: *Long-term care for older people: package for universal health coverage.* Geneva: World Health Organization; 2023.

### a) Inicio del proceso

El punto de partida para la puesta en marcha del sistema debe centrarse en establecer los cimientos fundamentales, que se basan en el modelo de la OMS (20). Durante los primeros meses, es esencial desarrollar el marco normativo básico que guiará todas las operaciones. Esto implica la creación de lineamientos generales, la definición de estándares mínimos de calidad y el establecimiento de protocolos básicos de cuidados. No puede avanzarse en la prestación de servicios sin tener claridad sobre las reglas que deberán seguirse y los parámetros de calidad que se esperan.

En la etapa inicial, es fundamental comenzar con servicios básicos pero esenciales. Los cuidados domiciliarios representan el primer nivel de cuidados y podrían ser la prioridad inicial, porque permiten mantener a las personas mayores en su entorno familiar mientras se desarrolla el resto del sistema. Al mismo tiempo, debe establecerse un sistema de registro y acreditación que permita tener control sobre quiénes están prestando servicios de cuidados y en qué condiciones.

### b) Desarrollo y expansión

Una vez establecidas las bases, durante los siguientes meses el sistema debe entrar en una fase de desarrollo más amplio. En esta etapa, la prioridad es expandir la cartera de servicios de manera ordenada. Los servicios domiciliarios básicos se complementan con atención más especializada, y se comienza la puesta en marcha de centros de día y residencias de personas mayores en zonas estratégicas. Es crucial en esta fase desarrollar los servicios de respiro para personas cuidadoras, reconociendo que el apoyo a las familias es fundamental para la sostenibilidad del sistema.

La supervisión cobra especial relevancia en esta etapa. Podrían organizarse visitas de inspección programadas y establecer un sistema de reportes periódicos que permita monitorear la calidad de los servicios. La retroalimentación de las personas usuarias representa una herramienta fundamental para la mejora continua, y podrían establecerse mecanismos claros para la gestión de quejas y sugerencias.

### c) Consolidación del sistema

La fase de consolidación, que se extiende por varios años tras la implantación, representa el momento cuando el sistema alcanza su madurez operativa. En este periodo se incorporan servicios más especializados y complejos, como la atención a

casos que requieren cuidados específicos más demandantes, como personas con demencia avanzada o alteraciones conductuales disruptivas, o personas con enfermedades en situación terminal que requieran cuidados paliativos y atención al final de la vida, o programas especializados de rehabilitación para personas sometidas a cirugías ortopédicas, o que sufrieron accidentes cerebrovasculares, etc. El sistema de gestión de calidad debería volverse más refinado, con procesos de acreditación avanzada y auditorías integrales que aseguren el mantenimiento de altos estándares de calidad.

Un aspecto crucial de esta fase es la integración efectiva de todos los servicios de cuidados. Se implanta un expediente único electrónico que permite dar seguimiento integral a cada persona usuaria, y se establecen mecanismos eficientes de referencia y contrarreferencia entre diferentes niveles de atención. La coordinación intersectorial se fortalece, permitiendo una respuesta más efectiva a las necesidades complejas de la población.

#### d) Aspectos transversales

A lo largo de todo el proceso de puesta en marcha, ciertos elementos requieren atención constante. La gobernanza y coordinación entre diferentes instituciones y niveles de gobierno deben fortalecerse continuamente. La gestión eficiente de recursos, tanto humanos como materiales, es fundamental para el escalonamiento y la sostenibilidad del sistema. La formación continua del personal y el desarrollo de competencias específicas deben ser una prioridad constante.

El monitoreo y la evaluación continua permiten aplicar ajustes oportunos y documentar aprendizajes que mejoran la operación del sistema. La participación comunitaria y el involucramiento de todos los actores relevantes son esenciales para asegurar que los servicios respondan efectivamente a las necesidades locales.

La implantación exitosa del sistema de cuidados requiere un balance fino entre la necesidad de avanzar rápidamente en la prestación de servicios y la importancia de construir bases sólidas. Es fundamental mantener la flexibilidad para adaptarse a las realidades locales, mientras se aseguran estándares de calidad consistentes en todo el territorio.

El proceso debe ser inclusivo y participativo, involucrando a todos los actores relevantes en la toma de decisiones y en la puesta en marcha de los servicios. La comunicación clara y constante con todos los involucrados, incluyendo personas usuarias, familias, prestadores de servicios y comunidades, es esencial para el éxito del sistema.

La sostenibilidad financiera y operativa debe ser una consideración constante, asegurando que el sistema pueda mantenerse y crecer de manera ordenada en el largo plazo. El desarrollo de alianzas estratégicas y la optimización en el uso de los recursos disponibles son elementos clave para lograr este objetivo.

## Reflexiones finales

El presente documento engloba un compromiso social que el INGER asume hacia la población de México, con la convicción de que la búsqueda incansable de los derechos de las personas mayores contribuye al bienestar de las familias y la sociedad en su conjunto. El presente esfuerzo institucional busca ayudar como guía para dar los primeros pasos en la implantación de la iniciativa, ya en marcha en México, de crear un Sistema Nacional de Cuidados, en el que deben involucrarse todos los sectores de la sociedad. En particular, el proceso de empoderamiento de las personas mayores debe ser un elemento clave para liberarlas de prejuicios y discriminación, reconocer su papel y acotar las decisiones a las necesidades de quien se considera persona sujeta de cuidados.

El panorama demográfico y de envejecimiento en México ilustra un reto que es inevitable encarar, y al cual hay que hacer frente ahora con perspectiva de largo plazo para garantizar los derechos de las personas, y sobre todo la dignidad y bienestar. Ante el planteamiento de un posible diseño para un Sistema Nacional de Cuidados surgen preguntas muy concretas: ¿quiénes son sujetos de cuidado? ¿Quiénes cuidan? ¿Todos debemos recibir cuidados de un sistema? ¿De quién es la obligación de proveer los cuidados? ¿Debe ser un sistema integral o fragmentado? Estas preguntas surgirán con frecuencia desde el diseño del propio sistema y hasta su implantación.

Este documento, más que una contextualización conceptual-histórica y un diagnóstico plasmado en pocas páginas, se presenta como una propuesta para los hacedores de política pública, considerando que puede ser el referente para la puesta en marcha de un Sistema Nacional de Cuidados desde la perspectiva de las personas mayores. Propone una metodología para la identificación de las personas sujetas de cuidado, en el sentido

de que un sistema que busque cuidar a todas las personas mayores de 60 años es inviable financieramente, pero aún más: carga de estigmas a este grupo poblacional, porque las personas mayores siguen siendo un pilar importante en la vida económica, política y social de nuestro país.

La propuesta hacia un Sistema Nacional de Cuidados para las personas mayores presentada en este documento parte de una visión de integración, en la cual contempla a los actores presentes en los sistemas de salud del país, y propone una coordinación en los niveles federal, estatal y municipal. Dicha coordinación es tutelada por el Estado, pero debe estar abierta a la integración de otros actores de la sociedad.

El sistema parte de la legislación jurídica, y los primeros pasos para su puesta en marcha dependen de los distintos niveles de gobierno. Incluye una perspectiva integradora, en la cual la estructura del sistema considera a quienes actualmente realizan actividades de cuidado para su capacitación y formación, no solo orientada a la certificación, sino también para promover el autocuidado. Además, una propuesta clave es aprovechar los elementos existentes, bajo una regulación y certificación más ordenada, en la medida en que la oferta esté regulada y cuente con certificaciones mínimas.

El INGER, entre sus tareas y compromisos con las personas mayores y la sociedad mexicana, hace entrega a la población de esta propuesta hacia un Sistema Nacional de Cuidados. Con ello cumple su misión de promover el bienestar y el respeto de los derechos de las personas mayores.

# Glosario

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Tareas esenciales que una persona necesita realizar diariamente para su cuidado personal, como bañarse, vestirse, comer y usar el baño. El grado de independencia para realizar las ABVD puede medirse con índices como el de Katz o el de Barthel.

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Acciones más complejas que permiten la independencia, como manejar dinero, preparar alimentos, realizar otras labores del hogar, usar medicamentos o hacer compras. El grado de independencia para realizar las AIVD puede medirse con índices como el de Lawton.

**Autonomía:** Capacidad de una persona para tomar decisiones y actuar por sí misma, incluso si requiere apoyo para realizar ciertas actividades.

**Capacidad funcional:** Aptitud de una persona para realizar actividades físicas, mentales y sociales necesarias para una vida independiente.

**Certificación de competencia laboral:** Reconocimiento con validez oficial en toda la República mexicana de la competencia laboral demostrada por una persona, independientemente de la forma en que la haya adquirido, en un proceso de evaluación realizado con base en un estándar de competencia. Implica la entrega de un documento oficial expedido por el CONOCER donde se acredita a una persona como competente, asegurando que el desempeño de la persona se ajusta a lo que requieren las empresas o instituciones.

**CONOCER:** Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales, entidad paraestatal del gobierno federal mexicano, sectorizada en la Secretaría de Educación Pública, encargada de promover el Sistema Nacional de Competencias para fortalecer el capital humano y contribuir a la competitividad económica, el desarrollo educativo y el progreso social mediante la certificación de competencias laborales y la formación para el trabajo.

**Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores:** Instrumento internacional de la Organización de Estados Americanos que establece derechos y obligaciones relacionadas con el cuidado, la salud y la autonomía de las personas mayores.

**Cuidados:** Acciones destinadas a gestionar el bienestar propio o ajeno, cubriendo necesidades físicas, emocionales y sociales para proteger, mantener o recuperar la capacidad funcional y la autonomía. Involucran asistencia en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, realizadas por cuidadores informales, profesionales o ambos, con el objetivo de mejorar la calidad de vida, respetando la dignidad, la autonomía y las preferencias individuales.

**Dependencia funcional:** Condición en la que una persona no puede realizar actividades básicas o instrumentales sin ayuda debido a limitaciones físicas o cognitivas.

**Derechos humanos:** Principios fundamentales inherentes a todas las personas, que incluyen la dignidad, la igualdad y el acceso a cuidados y servicios básicos.

**Envejecimiento saludable:** Es el proceso de fomentar y mantener los atributos relacionados con la salud que permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas y tener bienestar en la vejez. Depende de las interacciones positivas entre la capacidad intrínseca (herencia genética, características personales y características de salud) de las personas y los entornos donde estas se encuentran.

**Estándar de Competencia:** Es el documento oficial aplicable en toda la República mexicana que sirve como referente para evaluar y certificar la competencia de las personas, y que describe en términos de resultados el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes a que alude el que requiere una persona para realizar actividades en el ámbito laboral con un alto nivel de desempeño.

**Fragilidad:** Es un síndrome geriátrico caracterizado por una disminución de las reservas fisiológicas y un aumento de la susceptibilidad a los estresores. Se asocia con un mayor riesgo de resultados adversos de salud, incluida la discapacidad, la dependencia funcional con necesidad de cuidados, las hospitalizaciones evitables y la muerte prematura.

**Gobernanza:** Estructura y procesos para planificar, coordinar y supervisar políticas públicas y servicios.

**Multimorbilidad:** Presencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona, común en personas mayores.

**Persona cuidadora:** Se refiere a aquella persona que proporciona apoyo para satisfacer diariamente las necesidades físicas, emocionales y sociales de una persona con discapacidad, dependencia funcional o limitaciones que afectan su capacidad para realizar actividades de la vida diaria o mantener relaciones sociales. Las personas cuidadoras pueden brindar diferentes grados de asistencia, desde apoyo ocasional hasta cuidados progresivos y complejos. Pueden ser formales o informales, así como remuneradas o no-remuneradas, dependiendo de las circunstancias y el contexto en el que desempeñan su labor. Abarca los términos cuidador, cuidadora, trabajador o trabajadora de cuidados.

**Regulación:** Conjunto de normas y estándares que rigen la prestación de servicios para garantizar su calidad y seguridad.

**Seguridad social:** Sistema de protección garantizado por el Estado para mitigar riesgos como enfermedad, desempleo, vejez y maternidad.

**Sistemas de información:** Herramientas tecnológicas y bases de datos que recopilan y analizan información sobre usuarios y servicios de cuidado.

**Sostenibilidad:** Capacidad de un sistema para mantenerse en el tiempo, asegurando la disponibilidad de recursos y la efectividad.

**Universalidad:** Principio que busca garantizar el acceso igualitario a servicios y derechos para toda la población.

**Vejez:** Construcción social de la última etapa del curso de vida, que define las normas, las funciones y las responsabilidades que cabe esperar de una persona mayor.

**Vulnerabilidad:** Condición de riesgo incrementado frente a daños o exclusión, frecuente en personas con dependencia funcional o en contextos de desventaja social.

# Referencias bibliográficas

1. Del Rio S, Pérez Orozco A. La economía desde el feminismo: trabajos y cuidados. 2002;(2):15-36.
2. Gil SL. Nuevos feminismos : sentidos comunes en la dispersión : una historia de trayectorias y rupturas en el Estado español. Madrid: Traficantes de Sueños; 2011. (Movimiento; 11).
3. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, ONU Mujeres. Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe: elementos para su implementación. s.l: CEPAL; 2022.
4. Gutiérrez Robledo LM, García Peña M del C, Jiménez Bolón JE. Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.anmm.org.mx/acerca-historia-aniversario.php>
5. Sheinbaum C. 100 pasos para la Transformación de la Dra. Claudia Sheinbaum [Internet]. 2024. Disponible en: [https://alertas-v2.directoriolegislativo.org/pkenu2d3z0v9v27fr73p7cce\\_CSP100.pdf](https://alertas-v2.directoriolegislativo.org/pkenu2d3z0v9v27fr73p7cce_CSP100.pdf)
6. Pérez Orozco A, López Gil S. Desigualdades a flor de piel : cadenas globales de cuidados : concreciones en el empleo de hogar y articulaciones políticas. Santo Domingo (República Dominicana): ONU Mujeres Santo Domingo; 2011. (Cadenas globales de cuidado).
7. Bango J. Los cuidados como cuarto pilar de los sistemas de protección social. [Internet]. 2023. Disponible en: [https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-01/care\\_as\\_a\\_fourth\\_pillar\\_of\\_welfare\\_and\\_social\\_protection\\_es.pdf](https://www.unwomen.org/sites/default/files/2024-01/care_as_a_fourth_pillar_of_welfare_and_social_protection_es.pdf)
8. Batthyány K. Miradas Latinoamericanas a los cuidados. Primera edición. Ciudad de México, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2021.
9. Terán D. La seguridad Social hoy frente al envejecimiento del futuro [Internet]. 2021. Disponible en: <https://home.ciess.org/wp-content/uploads/2022/11/ADISS-CASS-2020-10.pdf>
10. Teran D, Ordelin JL. Pisos de protección social y población adulta mayor, retos en la postpandemia [Internet]. 2022. Disponible en: <https://home.ciess.org/wp-content/uploads/2022/10/CADAM-CAJS-Pisos-de-protección-social-y-población-adulta-mayor-retos-en-la-postpandemia.pdf>
11. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género. s.l: CEPAL;
12. Instituto Nacional de las Mujeres. Corresponsabilidad social en el cuido [Internet]. 2011. Disponible en: [https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/DOCS/cuadernillo\\_3web.pdf](https://formatos.inamu.go.cr/SIDOC/DOCS/cuadernillo_3web.pdf)

13. Durán M. Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En: El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas. México; 2018.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL. Consenso de Quito. 2007.
15. Comisión Económica para América Latina el Caribe CEPAL. Consenso de Brasilia. 2010.
16. Comisión Económica para América Latina el Caribe CEPAL. Consenso de Santo Domingo. 2013.
17. Comisión Económica para América Latina el Caribe CEPAL. Consenso de Montevideo. 2014.
18. Organización de Estados Americanos OEA. Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores. 2015.
19. Colombo F, Llena-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care [Internet]. OECD; 2011 [citado 24 de octubre de 2024]. (OECD Health Policy Studies). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en)
20. Organización Mundial de la Salud OMS. Long-term care for older people: package for universal health coverage [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086555>
21. Organización Internacional del Trabajo OIT. Universal social protection for all carers. A necessity for securing long-term care in the context of population ageing [Internet]. 2024. Disponible en: [https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-06/USP%20for%20all%20carers.May\\_24\\_sb.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-06/USP%20for%20all%20carers.May_24_sb.pdf)
22. Organización Mundial de la Salud OMS. Home-Based and Long-Term Care, Report of a WHO Study Group. 2000.
23. Organización Mundial de la Salud OMS. Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/349911>
24. Dyer SM, Valeri M, Arora N, Ross T, Winsall M, Tilden D, et al. Review of international systems for long-term care of older people [Internet]. First Edition. [Adelaide, South Australia]: Royal Commission into Aged Care Quality and Safety; 2020. (Australia; 2). Disponible en: <https://nla.gov.au/nla.obj-2924408498>
25. Montes de Oca Zavala V. Políticas y sistemas integrales de cuidados de largo plazo para las personas mayores: análisis de experiencias en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).;
26. Pavolini E, European Commission Directorate-General for Employment SA and I. Long-term care social protection models in the EU [Internet]. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022. Disponible en: [https://op.europa.eu/publication/manifestation\\_identifier/PUB\\_KE0722772ENN](https://op.europa.eu/publication/manifestation_identifier/PUB_KE0722772ENN)

27. Forden J, Ghilarducci T, Schwartz center for economic policy analysis. U.S Caregiving system leaves significant unmet needs among aging adults [Internet]. 2023. Disponible en: [https://www.economicpolicyresearch.org/images/Retirement\\_Project/Policy\\_Notes/2023/December\\_Caregiving/Unmet\\_Care\\_Needs\\_Among\\_Aging\\_Adults.pdf](https://www.economicpolicyresearch.org/images/Retirement_Project/Policy_Notes/2023/December_Caregiving/Unmet_Care_Needs_Among_Aging_Adults.pdf)
28. Berger P, Luckmann T. The Social construction of reality. Garden City New York; 1967.
29. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Comité DESC. Observación General núm. 20, La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales. 2009.
30. Consejo Nacional de Población CONAPO. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2020-2070 [Internet]. 2023. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070>
31. Consejo Nacional de Población CONAPO. Proyecciones de población a nivel municipal 2015- 2030 del Consejo Nacional de Población. 2019.
32. Consejo Nacional de Población CONAPO. Índices de Intensidad migratoria México-Estados Unidos 2010. [Internet]. 2010. Disponible en: [http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad\\_migratoria/pdf/Efectos.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/intensidad_migratoria/pdf/Efectos.pdf)
33. García C, García R, Teran D, Vázquez J, Roussos K. Structural factors of disability and ageing: Spatial patterns in Mexico. En prensa.
34. Organización Panamericana de la Salud OPS, Banco Interamericano del Desarrollo BID. La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina [Internet]. 2023. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57356/9789275326879\\_spa.pdf?sequence=1](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57356/9789275326879_spa.pdf?sequence=1)
35. Washington Group. The Washington Group Short Set on Functioning (WG-SS) [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Washington\\_Group\\_Questionnaire\\_\\_1\\_-\\_WG\\_Short\\_Set\\_on\\_Functioning\\_\\_October\\_2022\\_.pdf](https://www.washingtongroup-disability.com/fileadmin/uploads/wg/Washington_Group_Questionnaire__1_-_WG_Short_Set_on_Functioning__October_2022_.pdf)
36. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. 2023.
37. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados. 2022.
38. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México [Internet]. Inter-American Development Bank; 2019 ago [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-mexico>

39. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE. Directorio de Centros de Día. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/directorio-de-casas-de-dia?idiom=es>
40. Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. Centro de Asistencia Social a la Salud de las y los Adultos Mayores, CASAAM. [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202311/561>
41. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020. 2020.
42. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/app/mapa/denue/default.aspx>
43. Gobierno de México, Inmujeres, El Colegio de México, ONU Mujeres. Mapa de Cuidados de México [Internet]. 2023. Disponible en: <https://mapadecuidados.inmujeres.gob.mx/buscador/>
44. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Censo de Alojamientos de Asistencia Social. 2020.
45. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Censo de Alojamientos de Asistencia Social. 2015.
46. López-Ortega M. Long-Term Care in Mexico: Identifying Challenges and Future Strategies. Public Policy Aging Rep. 2024;34(1):22-6.
47. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. ENCUESTA NACIONAL de Ocupación y Empleo. 2023.
48. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud. 2011.
49. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2012: preliminar: año base 2008. [Internet]. 2008. Disponible en: [https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/derivada/satelite/salud/2012\\_prelim/702825062477.pdf](https://inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/derivada/satelite/salud/2012_prelim/702825062477.pdf)
50. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2014. Comunicado de prensa número 136 /16 [Internet]. Disponible en: [https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016\\_03\\_04.pdf](https://inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2016/especiales/especiales2016_03_04.pdf)
51. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2016. Comunicado de prensa número 133 / 18. [Internet]. 2016. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/StmaCntaNal/csssm2018\\_03.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/StmaCntaNal/csssm2018_03.pdf)
52. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2018. Comunicado de prensa número 690/19. [Internet]. 2018. Disponible en:

<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/StmaCntaNal/CSSS2018.pdf>

53. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2022. Comunicado de prensa número 771/23 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/CSSSM/CSSSM2022.pdf>
54. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI. Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) 2023. Comunicado de prensa número 774/24 [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/CSSSM/CSSSM2023.pdf>
55. Diario Oficial de la Federación DOF. Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. 2002.
56. Diario Oficial de la Federación DOF. Ley General de Desarrollo Social. 2004.
57. Medellín N, Ibararán P, Matus M, Stampini M. Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados [Internet]. Inter-American Development Bank; 2018 may [citado 24 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/8909>
58. Diario Oficial de la Federación DOF. Programa Sectorial de Bienestar 2020-2024, Diario Oficial de la Federación. 2020.
59. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 2024.