

I. INTRODUCCIÓN

El cuidado son aquellas actividades y servicios provistos por personas informales o por profesionales para asegurar que otra persona, que tiene dificultades para proveerse so la su autocuidado, pueda mantener la mejor calidad de vida posible. Lo anterior, con el mayor grado de independencia, de acuerdo con sus preferencias, garantizando su autonomía, participación, realización personal y dignidad humana¹.

Históricamente, los gobiernos han asumido que el cuidado es una responsabilidad que reside en los hogares y que la provisión pública debería ser un complemento para aquellas familias que no pudieran resolverlo por sí mismas, por lo que, en el contexto de sociedades patriarcales, en América Latina han sido las mujeres quienes han desarrollado el trabajo de cuidados en sus vertientes directa e indirecta, mientras que los hombres han estado a cargo del trabajo productivo fuera de los hogares².

Un Sistema Integral de Cuidados puede definirse como el conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados –que hoy realizan mayoritariamente las mujeres– desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural. Dichas políticas han de implementarse con base a la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social –con la participación de la sociedad civil, el sector privado y las familias– y de género³.

Si bien en la provisión y recepción de los cuidados las mujeres, las infancias y adolescencias, las personas con discapacidad, las personas mayores y las personas dependientes con enfermedades graves cobran especial importancia, es imprescindible analizar las realidades de estas poblaciones desde sus intersecciones con otras categorías identitarias. Esto con el fin de visibilizar las brechas de desigualdad existentes con mayor precisión, al tiempo de comprender que también otros grupos de población requieren cuidados y participan en la provisión de los mismos. Entre estas categorías se encuentran las orientaciones sexuales, identidades de género y características sexuales no normativas.

Bajo este contexto, resulta del interés de la Red de Litigantes LGBTIQ+ de las Américas que la Corte IDH observe el derecho al cuidado desde una mirada interseccional y haga énfasis en la obligación que tienen los Estados Americanos de atender las necesidades diferenciadas que las poblaciones de la diversidad sexual, de género y corpórea presentan en torno a la satisfacción de este derecho.

¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social, *Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores*, Ciudad de México, México, CONEVAL, 2019, p. 12

² Pautassi, Laura, “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social”, en Montaña, Sonia, and Coral Calderón (coords.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, 2010, p. 74.

³ ONU Mujeres, *Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados*, 2023.

II. SOBRE EL CUIDADO.

El cuidado son aquellas actividades y servicios provistos por cuidadoras informales (familia, amigos y/o vecines) o por profesionales (servicios de salud y sociales) para asegurar que una persona que no es completamente capaz del autocuidado pueda mantener el grado más posible de calidad de vida, de acuerdo con sus preferencias, con el más grado alto de independencia, autonomía, participación, realización personal y dignidad humana⁴. El derecho al cuidado está compuesto por derechos específicos ya reconocidos como el derecho a una alimentación adecuada, el derecho a la salud, a la educación, a la seguridad social, entre otros. En el sistema universal, el derecho al cuidado puede encontrarse directa o indirectamente garantizado en instrumentos como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, el Convenio número 156 sobre responsabilidades familiares de la Organización Internacional del Trabajo, la Recomendación General número 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos del Comité CEDAW, entre otros.

En el Sistema Interamericano, por su parte, el derecho al cuidado encuentra en instrumentos como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), la Declaración de San José sobre el Empoderamiento Económico y Político de las Mujeres de las Américas, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará).

El primer acuerdo para el reconocimiento del cuidado como derecho se adoptó en el Consenso de Quito, en el marco de la X Conferencia Regional de la Mujer (2007), en el cual, los gobiernos de la región acordaron:

“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”⁵.

Las cinco posteriores conferencias, celebradas en Brasilia (2010), República Dominicana (2013), Uruguay (2016), Santiago de Chile (2020) y Buenos Aires (2022), reafirmaron que el cuidado es un derecho humano, con lo que ampliaron las bases para el diseño de sistemas de provisión de cuidado basado en derechos y presentaron resultados concretos⁶.

⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social, Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores, Ciudad de México, México, CONEVAL, 2019, p. 12.

⁵ Pautassi, Laura Cecilia. "El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato.", 2018, p. 732.

⁶ Pautassi, Laura, “El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo”, Friedrich Ebert Stiftung, marzo 2023, p. 7.

En el acuerdo de Brasilia, adoptado durante la XI Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe, los Estados reconocieron que:

“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”⁷.

Por su parte, en la Estrategia de Montevideo del 2016, se identificó a la división sexual del trabajo y la injusta organización social del cuidado como uno de los nudos estructurales a modificar de manera explícita para alcanzar sociedades más justas y sostenibles, afirmando los Estados que:

“cerrar la brecha entre la igualdad de jure y de facto mediante el fortalecimiento de las políticas públicas para garantizar la autonomía y el ejercicio pleno de los derechos humanos de todas las mujeres y niñas, superando discriminaciones, prejuicios y resistencias”⁸.

Finalmente, en noviembre de 2022, se adoptó el Compromiso de Buenos Aires, donde se adoptó la siguiente definición de cuidado:

“Reconocer el cuidado como un derecho de las personas a cuidar, a ser cuidadas y a ejercer el autocuidado sobre la base de los principios de igualdad, universalidad y corresponsabilidad social y de género y, por lo tanto, como una responsabilidad que debe ser compartida por las personas de todos los sectores de la sociedad, las familias, las comunidades, las empresas y el Estado, adoptando marcos normativos, políticas, programas y sistemas integrales de cuidado con perspectiva de interseccionalidad e interculturalidad, que respeten, protejan y cumplan los derechos de quienes reciben y proveen cuidados de forma remunerada y no remunerada, que prevengan todas las formas de acoso sexual y laboral en el mundo del trabajo formal e informal y que liberen tiempo para que las mujeres puedan incorporarse al empleo y a la educación, participar en la vida pública, en la política y en la economía, y disfrutar plenamente de su autonomía”⁹.

Sobre la base de los principios de derechos humanos, el derecho al cuidado debe ser entendido como un derecho universal, indivisible e interdependiente. Esto significa que el derecho al cuidado corresponde a toda persona a lo largo del curso de su vida, sin discriminación alguna, como parte consustancial de la dignidad humana, y que es interdependiente con otros derechos y relaciones sociales y ambientales. De igual manera, el derecho al cuidado deber estar basado en el principio de igualdad y no discriminación, que garantiza su acceso y disfrute a todas las personas sin perjuicio de su género, orientación sexual, identidad de género, características sexuales, autoadscripción étnico-racial, edad, religión, contexto de movilidad humana, actividad laboral, condición de discapacidad, privación de la libertad, enfermedad, entre otras¹⁰.

⁷ Pautassi, Laura Cecilia. "El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato.", 2018, p. 721.

⁸ Pautassi, Laura, “El derecho al cuidado. De la conquista a su ejercicio efectivo”, Friedrich Ebert Stiftung, marzo 2023, p. 8.

⁹ Ídem.

¹⁰ CEPAL, Naciones Unidas, La sociedad del cuidado: horizonte para una recuperación sostenible con igualdad de género, Chile, 2022, p. 165.

En torno al derecho al cuidado, la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales (REDESCA) de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), en su V Informe Anual de 2021, reconoció que este comprende una concepción doble; por un lado, el derecho a recibir cuidados en las distintas etapas del ciclo vital, y por el otro, el derecho de las personas cuidadoras a cuidar en condiciones de dignidad y protección social que aseguren que puedan seguir ejerciendo sus derechos sociales al realizar el trabajo de cuidado¹¹. Asimismo, la CIDH ha reconocido la obligación estatal de diseñar sistemas de protección que determinen políticas públicas que atiendan progresiva e integralmente la situación de las poblaciones en situación de vulnerabilidad¹².

El cuidado comprende tres dimensiones relevantes: los cuidados personales, los cuidados de salud y los cuidados para el desarrollo integral¹³. Éstas son actividades y servicios que tienen como propósito promover, satisfacer y proteger las capacidades humanas.

Diversos grupos de personas requieren de cuidados, dados los contextos particulares, tales como infancias y adolescencias, personas con discapacidad, personas mayores, personas que viven con alguna enfermedad, entre otras. Sin embargo, en la provisión de los cuidados la mirada interseccional debe siempre estar presente, por lo que resulta indispensable analizar las realidades diferenciadas de subgrupos identitarios dentro de las categorías enlistadas. Por su parte, los cuidados suelen suministrarse a personas que dependen de forma permanente, temporal o intermitente de otras para realizar actividades básicas de la vida diaria. Estos pueden ser institucionales (a través de profesionales) o en el hogar, a través de redes de cuidado familiar, y pueden ser financiados de forma pública o privada¹⁴.

En términos generales, el cuidado puede ser dividido como cuidados directos e indirectos. El primero de ellos se refiere a todas las actividades de cuidado que reciben directamente las infancias de 0 a 14 años, las personas que viven con alguna enfermedad, las personas mayores y las personas con alguna discapacidad permanente o temporal. Por otro lado, el cuidado indirecto es aquel relacionado con el trabajo doméstico, la organización y gestión de las labores del hogar (limpieza, compras, provisión de alimentos, provisión de servicios básicos, etcétera)¹⁵.

Particularmente, los cuidados tienen efectos positivos sobre quien los recibe, tales como el aumento en la autoestima, sentimientos de pertenencia, menor riesgo de enfermedades físicas y mentales, así como mayor resiliencia a la pérdida o crisis¹⁶. Sin embargo, la provisión y acceso a cuidados se encuentra ampliamente determinado por condiciones económicas, así como de interseccionalidades como lo pueden ser la raza, la pertenencia a grupos originarios, la educación,

¹¹ CIDH, REDESCA, “V informe Anual de la Relatoría Especial sobre Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales”, 2021, párr. 1641.

¹² CIDH, “Derechos Humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas”, diciembre 2022, serie OEA/Ser.L/V/II.doc.397/22, p. 49.

¹³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México, Ciudad de México, CONEVAL, 2023, p. 35.

¹⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social, Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores, Ciudad de México, México, CONEVAL, 2019, p. 9.

¹⁵ Kánter Coronel, Irma, “Trabajo de cuidado no remunerado y propuestas legislativas sobre el derecho al cuidado digno”, Mirada Legislativa, núm. 195, diciembre 2020.

¹⁶ Schilling II, Robert F, “Limitations of Social Support”, Social Service Review, vol. 61, núm. 1, 1987, p. 20.

el nivel socioeconómico, la familia, así como por factores de políticas públicas, programas asistenciales, subsidios gubernamentales, entre otros.

Históricamente, los gobiernos han asumido que el cuidado es una responsabilidad que reside en los hogares y que la provisión pública debería ser un complemento para aquellas familias que no pudieran resolverlo por sí mismas¹⁷. Por tanto, en términos regulatorios, las escasas consideraciones en torno al cuidado se han concentrado en disposiciones de derecho de familia, particularmente vinculado con las responsabilidades de las progenitoras y/o tutoras sobre infancias y adolescencias, así como sobre las ascendientes (padres que son personas mayores) en situación de pérdida de autonomía. En el caso del cuidado de personas con discapacidad, la ausencia es aún más notoria, no existiendo disposiciones específicas y estableciendo marcos regulatorios especiales y separados de la regulación general. Por último, en el caso de enfermedades, sean de corto plazo o crónicas, es prácticamente nulo su reconocimiento, teniendo que valerse en muchos casos las trabajadoras de licencias por salud propias para atender a familiares con algún caso agudo de salud¹⁸.

Un Sistema Integral de Cuidados puede definirse como el conjunto de políticas encaminadas a concretar una nueva organización social de los cuidados con la finalidad de cuidar, asistir y apoyar a las personas que lo requieren, así como reconocer, reducir y redistribuir el trabajo de cuidados –que hoy realizan mayoritariamente las mujeres– desde una perspectiva de derechos humanos, de género, interseccional e intercultural. Dichas políticas, han de implementarse con base a la articulación interinstitucional desde un enfoque centrado en las personas, donde el Estado sea el garante del acceso al derecho al cuidado sobre la base de un modelo de corresponsabilidad social –con la participación de la sociedad civil, el sector privado y las familias– y de género¹⁹.

Esta obligación de establecer sistemas nacionales de protección responde a una obligación de derecho internacional de garantizar el desarrollo integral y un orden social que hagan efectivos los derechos y libertades de las personas. Los sistemas deben garantizar la vida digna de las poblaciones que, por motivos ajenos a su voluntad, se encuentran o alcanzan una situación de discriminación histórica que impide o restringe sus posibilidades de subsistencia²⁰.

Por su parte, la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA) diseñó la Ley Modelo Interamericana de Cuidados que parte de la resignificación del trabajo de cuidados con el objeto de sentar las bases de una nueva comprensión de la organización social y de la economía, al enfocarse en los procesos que sostienen la vida²¹. Conforme a esta Ley Modelo, tres son las premisas básicas de la nueva resignificación de los cuidados: a) los cuidados evidencian nuestra vulnerabilidad; b) nuestra vulnerabilidad hace latente nuestra dependencia; y c) los cuidados sostienen el sistema económico. Así, la CIM concluye que las tres premisas anteriores nos llevan a afirmar que somos

¹⁷ Pautassi, Laura, “Cuidado y derechos: la nueva cuestión social”, en Montaña, Sonia, and Coral Calderón (coords.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. CEPAL, 2010, p. 74.

¹⁸ Pautassi, Laura Cecilia. "El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato.", 2018, p. 721

¹⁹ ONU Mujeres, *El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres*, 2019.

²⁰ *Ibidem*, p. 52

²¹ CIM, *Ley Modelo Interamericana de Cuidados, Exposición de Motivos, Sección VI*, pág. 14.

seres interdependientes, que no existe la vida independiente y que la existencia en solitario es simplemente inviable²².

La Ley Modelo Interamericana de Cuidados está dividida en cinco capítulos. El Capítulo I establece los principios y disposiciones generales que sustentan a la Ley Modelo, misma que tiene por objeto la regulación de los cuidados, su redistribución, provisión y promoción, el reconocimiento del trabajo de cuidados no remunerado como trabajo, así como el reconocimiento y garantía universal de todas las personas al acceso y el disfrute del derecho al cuidado, esto es, el derecho a cuidar, ser cuidado y al autocuidado, con base en el principio de la interdependencia social de los cuidados y la corresponsabilidad social entre mujeres y hombres, familias, comunidad, sector privado, sociedad civil organizada y el Estado.

El Capítulo II recoge la necesidad de reconocer los cuidados como trabajo y del derecho universal al cuidado, así como la obligación del Estado de construir cuentas satélites del trabajo doméstico y de cuidados no remunerados, así como la garantía de su frecuencia y operacionalización en el diseño de políticas públicas. El Capítulo III consagra el derecho al cuidado en sus diferentes dimensiones: el derecho a ser cuidado de las personas en situación de dependencia y el derecho a cuidar de las personas cuidadoras, independientemente de su remuneración, reconociendo la calidad y dignidad de esta labor como trabajo.

El Capítulo IV, reconoce la necesidad de redistribuir los trabajos de cuidado que desproporcionadamente han recaído en las mujeres. El Capítulo V, establece la necesidad de establecer un sistema nacional de cuidados, como forma de garantizar y concretar el derecho al cuidado, estableciendo directrices de acceso público, universal y de financiamiento solidario.

Finalmente, en el Capítulo VI, establece la corresponsabilidad social de los actores económicos en las cadenas globales de valor, posicionando al Estado como el promotor e impulsor de medidas como regímenes de licencias y permisos.

1. LA DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO Y LA CARGA DE PROPORCIONAR CUIDADOS.

Históricamente puede decirse que en América Latina han sido las mujeres quienes han desarrollado el trabajo de cuidados en sus vertientes directa e indirecta, mientras que los hombres han estado a cargo del trabajo productivo fuera de los hogares. Esta desproporcionada distribución de las tareas de cuidado asignada en función del género de las personas corresponde a uno de los descriptores del concepto denominado división sexual del trabajo²³.

La división sexual del trabajo de cuidados cuenta con evidencia consistente. Por ejemplo, en Chile son mayoritariamente los hombres quienes proveen el sustento económico a la familia, en un rol productivo, mientras que las mujeres son quienes cumplen con labores domésticas y de cuidado no remunerados, en un rol reproductivo²⁴. En México, en 2019 más del 94% de las mujeres realizaban actividades que tenían que ver con preparación de alimentos (94.4%),

²² Ibidem, págs. 14-15.

²³ ONU Mujeres, Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados, 2023, p. 10.

²⁴ Ídem.

limpieza del hogar (95.1%) y cuidado de la ropa y calzado (92.7%), en contraste con el porcentaje promedio de los hombres que dedicó tiempo a estas actividades (68.8%)²⁵.

Esta tendencia hace eco con el porcentaje elevado de las mujeres que se dedica desproporcionadamente al cuidado de las integrantes del hogar, especialmente el cuidado de infancias. Para 2019, según datos de la Encuesta Nacional del Uso del Tiempo de México, el 43.5 % de las mujeres declaró cuidar a alguna infancia menor de 14 años y el 23.6 % realizaron trabajos de cuidados de infancias menores de 5 años. Mientras tanto, la tasa de participación de los hombres se reduce al 31.9% para el caso del cuidado de infancias menores de 14 años y a 15.6% para el cuidado en la primera infancia²⁶.

Debe decirse que la división sexual del trabajo y la desigual distribución de la carga de las actividades de cuidado perpetúan la desigualdad, puesto que las mujeres suelen renunciar a su participación en el mercado laboral en favor de realizar los servicios de cuidado no remunerados al interior de la familia²⁷. Lo anterior deriva en que un número significativo de mujeres que no cuenta con ingresos propios, así como en que se encuentran sobrerrepresentadas en los trabajos informales, de baja calificación y también en los hogares en situación de pobreza²⁸.

En Chile, de acuerdo con cifras del INE de 2021, más de un millón y medio de mujeres declaraba no estar en el mercado laboral debido a sus responsabilidades en el cuidado de un familiar, entre ellas, el cuidado de infancias, adolescencias, personas mayores, o con discapacidad²⁹. Por su parte, en el caso de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo de México, el 75.1% de las mujeres que no buscan empleo no lo hacen por las mismas razones³⁰.

En la misma línea, un proyecto de investigación desarrollado para ocho países de la región permitió demostrar, a través de herramientas de análisis cuantitativo y cualitativo, que, en general, las mujeres que viven en pareja (casadas o unidas), con hijos pequeños que no concurren a centros de cuidado infantil y no cuentan con servicio doméstico, tienden a ver restringidas sus posibilidades de participación en el mercado laboral³¹.

Un factor interseccional para observar es la situación de las mujeres que son madres en la adolescencia. Así, por ejemplo, existe evidencia de que las madres adolescentes mexicanas suelen

²⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil, CONEVAL, 2022, p. 19.

²⁶ Ídem.

²⁷ Pautassi, Laura, "Educación, cuidado y derechos: Propuestas de políticas públicas." *Ser Social*, vol.13, núm. 29, 2011, p. 22; Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil, CONEVAL, 2022, p. 19.

²⁸ Pautassi, Laura Cecilia. "El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato.", 2018, p. 719 - 720.

²⁹ ONU Mujeres, *Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados*, 2023, p. 10.

³⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Principales hallazgos y rutas de acción para el ejercicio del derecho al trabajo*, Ciudad de México, CONEVAL, 2022, p. 12.

³¹ ONU Mujeres, *El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres*, 2019, pp. 8 - 9.

abandonar los estudios en edades tempranas y no suelen participar de modo alguno en el mercado de trabajo, sino que permanecen en tareas domésticas no remuneradas³².

Por otra parte, se ha encontrado que la carga de cuidados y la falta de servicios para el cuidado infantil y el servicio doméstico afectan la calidad del empleo de las mujeres ya que tienden a insertarse en empleos informales³³. Asimismo, se ha documentado que aquellas mujeres que sí cuentan con empleos reportan trabajar jornadas menores que los hombres. En México, 33.9% de las mujeres trabaja menos de 35 horas semanales en comparación con el 17.4% de los hombres. En aquellas mujeres son madres, la falta de acceso a guarderías podría estar impidiendo que amplíen su jornada de trabajo³⁴.

Respecto a la duración de la jornada laboral, el estudio previamente citado encontró que las mujeres que viven en pareja tienden a reducirla, mientras que los hombres la aumentan. Lo mismo ocurre cuando tienen hijos/as menores de cinco años: mientras se extiende la jornada laboral de los hombres, se reduce la de las mujeres, sobre todo para las que están ocupadas como cuenta propia o en el servicio doméstico³⁵.

Paralelamente, estudios sobre uso del tiempo en México, señalan que los hombres gozan de más tiempo en actividades recreativas o no productivas, tales como realizar deportes, asistir a actividades artísticas, utilizar medios de comunicación y tiempo para cubrir necesidades básicas. Se ha estimado que, en 2014, en promedio, los hombres dedicaban 10 horas a la semana más que las mujeres a realizar actividades recreativas; mientras que las mujeres invertían esa misma cantidad de horas en trabajos no remunerados (actividades domésticas y de cuidado)³⁶. En prácticamente todos los hogares, las madres son las responsables de realizar las actividades de cuidados de las infancias menores de cinco años, es decir, preparan sus alimentos y les dan de comer, se encargan de su ropa y de que no sufran accidentes o se enfermen³⁷.

Esta distribución desigual suele tener efectos en la salud mental de las mujeres, la cual suele ser peor que la de los hombres, dado la doble carga de cuidado y empleo. De acuerdo con el Centro de Estudios para el Logro de la Igualdad de Género, durante el 2013, en México, el 49% de las mujeres reportaron que sus niveles de estrés habían aumentado en los últimos cinco años, frente al 39% de los hombres³⁸. En el caso Colombiano se observa que en cuanto a las personas que ayudan a realizar las actividades de la vida diaria a las personas con discapacidad que lo requieren,

³² Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio, Ciudad de México, CONEVAL, 2022, p. 14.

³³ ONU Mujeres, El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres, 2019, p. 9.

³⁴ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Principales hallazgos y rutas de acción para el ejercicio del derecho al trabajo, Ciudad de México, CONEVAL, 2022, p. 12.

³⁵ ONU Mujeres, El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres, 2019, p. 9.

³⁶ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil, CONEVAL, 2022, p. 20.

³⁷ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México, Ciudad de México, CONEVAL, 2023, p. 43.

³⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil, CONEVAL, 2022.

lo más frecuente (17,1%) es que el cuidado y apoyo esté a cargo de una mujer del hogar o de la familia³⁹.

Así pues, resulta evidente que la organización social del cuidado, además de estar históricamente organizada de manera injusta, se transforma en un vector de reproducción y profundización de la desigualdad para las mujeres⁴⁰. Esta situación conlleva a restricciones en su involucramiento en los mercados laborales, un menor goce del tiempo libre, afectaciones en su vida social, e incluso menores posibilidades de participación política. Esto representa un obstáculo para su empoderamiento económico y el disfrute de sus derechos en igualdad de condiciones⁴¹.

2. EL AUTOCUIDADO.

El autocuidado ha sido definido por la Organización Mundial de la salud como “la capacidad de las personas, las familias y las comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a enfermedades y discapacidades, con o sin el apoyo de un profesional de la salud”⁴². En el marco de la demarcación del contenido y alcance del derecho al cuidado, el autocuidado es particularmente relevante entre personas cuidadoras, puesto que las condiciones de jornadas extensas, los gastos, la falta de pago o la falta de remuneración pueden provocar un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio⁴³.

El agotamiento de los cuidadores también produce que éstos se dediquen exclusivamente a las tareas del cuidado, dejando de lado actividades de ocio y diversión, experimentando sentimientos de tristeza, soledad y aislamiento social⁴⁴. Se ha reconocido la importancia del autocuidado en personas cuidadoras, precisamente para evitar el síndrome de la sobrecarga (o *burnout*) y para ello, se han sugerido una serie de estrategias como:

- La distribución del cuidado entre las distintas integrantes de la familia.
- Capacitación constante en materia de cuidados.
- Evitar la soledad y el aislamiento, manteniendo las relaciones sociofamiliares.

En el caso de las personas que se reconocen como LGBTIQ+ es importante considerar la carga desproporcionada que imponen los contextos de discriminación para el autocuidado.

³⁹La madre (4.9%), la hija (5.3%), la hermana (2.6%), otra familiar mujer (3.3%) o la abuela (1.0%). Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015. PROFAMILIA. 2015. Pág.149. <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2018/12/ENDS-TOMO-I.pdf>

⁴⁰ Enríquez, Corina Rodríguez, Gabriela Marzonetto, and Virginia Alonso. "Organización social del cuidado en la Argentina." *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo*, núm. 58, 2019, p. 5.

⁴¹ ONU Mujeres, *Cuidados en Chile: Avanzando hacia un sistema integral de cuidados*, 2023, p. 10.

⁴² OMS, *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar*, revisión 2022: resumen ejecutivo, 2022.

⁴³ Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, *Autocuidado y bienestar para personas cuidadoras*, 3 de junio de 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc88tv4x>.

⁴⁴ Martínez Pizarro, Sandra, “Síndrome del cuidado quemado”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, vol. 13, no. 1, febrero 2020. Disponible en <https://tinyurl.com/byse4ra6>.

3. LOS CUIDADOS DESDE EL ENFOQUE BASADO EN DERECHOS HUMANOS HACIA LA POLÍTICA PÚBLICA.

La perspectiva de los derechos humanos hacia la política pública insta a los Estados a adoptar como marco referencial de su actuación los principios y las normas que reconocen los derechos fundamentales plasmados tanto en instrumentos internacionales como en sus constituciones y normas nacionales. En otras palabras, busca fomentar que los Estados no entiendan a los derechos humanos de manera complementaria o ajena a la elaboración de políticas públicas, sino precisamente como el eje central de todo proceso de diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estas⁴⁵.

Esta perspectiva se sustenta en dos pilares fundamentales. Por un lado, en el Estado como garante de los derechos y sujeto responsable de su promoción, defensa y protección, y por el otro, en las personas y grupos sociales como sujetas titulares de derechos con la capacidad y el derecho de reclamar y participar — en contraste con la visión que les considera meras beneficiarias de una política, un programa o un plan⁴⁶.

Es importante aclarar que la perspectiva de los derechos humanos no responde a todos los desafíos de quienes diseñan las políticas públicas. Incorporar decisiones de gestión pública basadas en evidencia es también esencial para garantizar que los programas sean efectivos. Sin embargo, al estar inspirada en las obligaciones internacionales de los Estados, la perspectiva de los derechos humanos limita los cursos de acción a aquellas políticas públicas que no sean violatorias de derechos y a aquellas que se alinean de mejor manera a los principios y estándares de derechos humanos⁴⁷.

En términos generales, el enfoque basado en derechos humanos implica la verificación de una secuencia lógica de etapas a lo largo del ciclo completo de diseño, ejecución, monitoreo y evaluación de las políticas públicas. En el caso concreto del derecho al cuidado, este ciclo implica: a) la estandarización de la normativa nacional y local a los estándares internacionales en materia del derecho al cuidado; b) el relevamiento de datos para la toma de decisiones considerando la perspectiva de género, el enfoque territorial y la mirada interseccional; c) el análisis de las capacidades institucionales al interior de los gobiernos; d) la observación de los principios de derechos humanos (igualdad y no discriminación, acceso a la información y participación, y acceso a la justicia) en el diseño de intervenciones; e) el análisis de los presupuestos desde la perspectiva de derechos; f) la observación de los principios de derechos humanos en la ejecución de las políticas; y g) la formulación de indicadores de derechos humanos para el monitoreo y evaluación de las políticas.

Considerando la Guía de Implementación de la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, a continuación, se enlistan diversas consideraciones en torno a la garantía del derecho al cuidado con miras a la adopción de políticas públicas tendientes a la satisfacción plena de este derecho.

⁴⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. “Políticas públicas con enfoque de derechos humanos”, 2018.

⁴⁶ Instituto de Políticas Públicas, en Derechos Humanos del MERCOSUR, y (IPPDH). “Lineamientos para la formulación de políticas públicas basadas en derechos”, septiembre de 2014.

⁴⁷ Sepulveda, Magdalena. “The Legal and Human Rights Case for Universal Child Benefits”, s/f, 64.

Adopción de una ley nacional de cuidados y armonizar todas las leyes en vigor relacionadas con los cuidados

En adición a la ratificación de las normas internacionales relacionadas con los cuidados, resulta necesaria la adopción de una ley nacional de cuidados que considere cuando menos los siguientes ejes: a) institucionalidad; b) participación; c) comunicación; d) normativa y construcción de capacidades; e) financiamiento; f) monitoreo y evaluación; g) sistemas de información; h) cooperación⁴⁸.

Por su parte, dada la multidisciplinariedad de los temas que inciden en una política de cuidados, se propone mapear, identificar y analizar, con perspectiva de género, mirada interseccional y enfoque territorial:

- 1) Las disposiciones constitucionales referentes al derecho al cuidado, a la protección de la maternidad y la corresponsabilidad de los cuidados.
- 2) Las leyes referentes a:
 - a) Los sistemas de cuidado, derecho al cuidado, medición del trabajo de cuidados no remunerado, sistemas de cuentas nacionales y cuentas satélites;
 - b) Temas laborales: régimen laboral, régimen de protección de maternidad, regímenes de licencias de paternidad y parentales, licencias de cuidados, reglas de flexibilidad laboral y conciliación trabajo y familia, leyes referentes al trabajo doméstico y de cuidados remunerado;
 - c) Derecho de familia: obligaciones parentales, divorcio, nulidad, adopción;
 - d) Adopción y derechos de las adoptantes;
 - e) Derechos de las personas LGBTIQ+;
 - f) Seguridad social;
 - g) Sistemas de salud y prestaciones de salud;
 - h) Derechos humanos de las infancias, las personas mayores, las personas con discapacidad, enfermedades crónicas y en general toda ley que establezca regímenes de protección jurídica de personas en situación de dependencia;
 - i) Estatuto del funcionariado público, en lo que respecta a la protección de maternidad, licencias de paternidad y parentales y conciliación trabajo y familia;
 - j) Cuentas nacionales;
 - k) Compras públicas;
 - l) Regímenes tributarios;
 - m) Movilidad humana;
 - n) Educación, y mecanismos de capacitación y certificación; y
 - o) Inversión pública.
- 3) Las normas que establecen las autoridades y/o órganos públicos en materia de cuidados y la naturaleza y alcance de sus competencias en materias de cuidados⁴⁹.

⁴⁸ OEA, CIM, Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, pág. 25.

⁴⁹ Ibidem, págs. 23-24.

Gestión de información y conocimiento

Para la ejecución de políticas de cuidado efectivas, se requiere de sistemas de información robustos que aporten insumos para la construcción y mejora permanente de los sistemas de cuidados. Asimismo, se necesitan soluciones innovadoras desde el enfoque territorial que vinculen la estadística con la geografía y permitan visualizar en el territorio aquellos espacios en que ocurren las desigualdades y en que es necesario priorizar las acciones⁵⁰.

Entre otros, la Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados contempla la aplicación periódica de instrumentos de encuesta como las encuestas de uso de tiempo y del trabajo de hogar no remunerado, un catastro nacional sobre la oferta pública y privada de los servicios de cuidados y un Registro Nacional que presente la información actualizada y sistematizada de las instituciones, organizaciones, empresas y personas prestadoras de servicios de cuidados; de las personas usuarias de los sistemas de cuidados, así como de las personas capacitadas y especializadas para brindar servicios de cuidados y las entidades que provean la capacitación de las personas que cuidan⁵¹.

Buena gobernanza de un Sistema Nacional de Cuidados

Conforme a los desarrollos de la CIM, los Sistemas Nacionales de Cuidados son dependientes de contextos robustos de gobernanza que permitan garantizar su operación de forma sostenible. Entre otros elementos, un Sistema Nacional de Cuidados debe contar con un marco jurídico e instituciones adecuadas, así como procesos políticos, administrativos y de gestión necesarios para responder a las necesidades de cuidados de la población⁵².

De esta forma, la normatividad de cuidados será tendiente al establecimiento de instituciones con responsabilidades y competencias claras y habilitadoras, procesos, procedimientos y prácticas transparentes, mecanismos de rendición de cuentas y participación ciudadana, y con capacidad de respuesta. Así, la CIM ha propuesto un esquema de institucionalidad tripartito compuesto por: a) un consejo intersectorial de alto nivel como órgano de decisión; b) una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propios encargada de las actividades y responsabilidades encomendadas por el ente rector; y c) un consejo asesor integrado por representantes de la sociedad civil organizada a través de organizaciones representativas en el ámbito del contenido de la ley, del sector académico especializado y de las entidades privadas y comunitarias que prestan servicios de cuidados⁵³.

Presupuestos en materia de cuidados

Como premisa básica, es esencial que los recursos presupuestarios asignados a los sistemas de cuidados sean suficientes para garantizar su sostenibilidad financiera, aspirando a que las prestaciones relacionadas con los cuidados se integren gradualmente a los sistemas de protección

⁵⁰ Ibidem, págs. 25-26.

⁵¹ Ibidem, págs. 31, 70.

⁵² Ibidem, pág. 62.

⁵³ Ibidem, pág. 63.

social universal⁵⁴. Conforme a la Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, siendo que el Sistema Nacional de Cuidados debiera ser integrado por una amplia diversidad de entidades públicas, el etiquetamiento presupuestal destinado al derecho al cuidado debe contemplar los montos necesarios para que cada entidad satisfaga las prestaciones que le corresponden⁵⁵.

Una herramienta útil para su confección es la elaboración de presupuestos sensibles al género que aspiran a conseguir la igualdad entre las mujeres y los hombres centrada en la manera en que se recaudan y se gastan los recursos públicos. Quienes suscribimos este instrumento consideramos que los presupuestos son susceptibles de analizarse a la luz de las desigualdades que otros grupos de población enfrentan a fin de contar con políticas públicas financiadas para la reducción de brechas⁵⁶.

Observancia del principio de acceso a la información y participación

En materia de acceso a la información, la población tiene el derecho de que se produzca, sistematice y difunda información estadística relacionada con la progresión de la garantía del derecho al cuidado. Un ejemplo de la información que tendría que estar a disposición del público son los resultados de encuestas e investigaciones que los gobiernos desarrollen. Paralelamente, la labor de difusión también implica la necesidad de realizar campañas mediáticas de sensibilización sobre la corresponsabilidad social y familiar de los cuidados⁵⁷.

Por su parte, tanto las personas cuidadoras como las personas receptoras de cuidado tienen derecho a participar en mecanismos de consulta y participación a efecto de mejorar la calidad y cobertura de los sistemas de cuidado. Los mecanismos de participación debiesen aspirar a la constitución de comisiones asesoras de composición multisectorial para llevar a cabo procesos de evaluación, revisión y reforma de los sistemas laborales y de protección social en materia de cuidados⁵⁸.

Mecanismos de reclamación y remediación

En apego con el principio de acceso a la justicia, las personas destinatarias de los sistemas de cuidado deben tener a su disposición mecanismos de reclamación para desahogar los casos de incumplimiento de la normativa, atención inadecuada, discriminación y violencia que pudiesen experimentar con ocasión o por motivo de la provisión de cuidados⁵⁹.

Incorporación de la mirada interseccional

La mirada interseccional nos permite tener una visión compleja de la opresión, pues supone comprender que las personas ocupamos diferentes posiciones al mismo tiempo dependiendo del

⁵⁴ Ibidem, pág. 25, 51.

⁵⁵ Ibidem, pág. 70.

⁵⁶ Ibidem, pág. 64.

⁵⁷ Ibidem, pág. 90.

⁵⁸ Ibidem, pág. 89.

⁵⁹ Ibidem, pág. 77.

contexto que habitamos y de las identidades que conviven en nuestra individualidad⁶⁰. Por tanto, si bien en la provisión y recepción de los cuidados las mujeres, las infancias y adolescencias, las personas con discapacidad, las personas mayores y las personas dependientes con enfermedades graves cobran especial importancia, es imprescindible analizar las realidades de estas poblaciones desde sus intersecciones con otras categorías identitarias a fin de visibilizar las brechas de desigualdad existentes con mayor precisión, al tiempo de comprender que también otros grupos de población requieren cuidados y participan en la provisión de los mismos.

Monitoreo y evaluación

Finalmente, la propia Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados realiza el apunte de que los organismos estatales deben incorporar acciones de monitoreo y evaluación de las políticas puestas en marcha, al tiempo de garantizar los mecanismos de exigibilidad del derecho al cuidado⁶¹. Con el objetivo de desarrollar con mayor claridad los mecanismos de monitoreo y evaluación en torno al derecho al cuidado, a continuación, proponemos una batería de indicadores a fin de que sean considerados en la reflexión regional.

4. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL DERECHO AL CUIDADO.

La incorporación de la perspectiva de los derechos humanos en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas posibilita la adopción de los principios y normas del derecho internacional de los derechos humanos como pautas o lineamientos de intervención en aras de garantizar de forma más efectiva los derechos de personas, comunidades y pueblos. Para el análisis de la incorporación de la perspectiva del derecho humano al cuidado diseñamos una matriz de indicadores de derechos humanos. Estos indicadores son medidas que responden al contenido normativo de los derechos y a las obligaciones correlativas de los Estados que se derivan de las normas del derecho internacional de los derechos humanos⁶².

Los indicadores de derechos propuestos en torno al derecho al cuidado se definieron partiendo de la clasificación tripartita de indicadores de estructura-proceso-resultado utilizada por el Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador de la Organización de los Estados Americanos,⁶³ considerando las propuestas contenidas en la Guía de Implementación de la Ley Modelo Interamericana de Cuidados.

Por indicadores estructurales nos referimos a aquellos que determinan la existencia de una base normativa e institucional proclive a la puesta en práctica de los derechos. Los indicadores de proceso tienen por objetivo medir la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para

⁶⁰ UNFPA, Metrópoli, Guía para la incorporación de la interseccionalidad en las políticas de diversidad sexual y de género, 2019, pág. 46.

⁶¹ OEA, CIM, Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, pág. 77.

⁶² Pautassi, Laura, y Laura Royo. “Enfoque de derechos en las políticas de infancia: indicadores para su medición”, s/f, 64.

⁶³ OEA, Grupo de Trabajo para el Análisis de los Informes Anuales previstos en el Protocolo de San Salvador, Indicadores de progreso para la medición de derechos contemplados en el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales “Protocolo de San Salvador”, OEA/Ser.D/XXVI.11 2015.

implementar los derechos. Y los indicadores de resultado miden el cumplimiento de metas de las políticas públicas, estrategias y planes dispuestos por el Estado en el cumplimiento de los derechos⁶⁴. A su vez, conforme a la metodología referida, los indicadores son organizados bajo tres categorías conceptuales (recepción del derecho, contexto financiero y compromiso presupuestario y capacidades estatales) y tres principios transversales (igualdad y no discriminación, acceso a la información y participación, y acceso a la justicia)⁶⁵.

Los indicadores de la categoría conceptual recepción del derecho analizan la incorporación de los principios de derechos humanos en la normativa del Estado, sus políticas públicas y últimamente en la garantía del derecho. Los indicadores de la categoría conceptual contexto financiero y compromiso presupuestario analizan la disponibilidad efectiva de recursos del Estado y la importancia que el Estado asigna al derecho a través de la asignación de recursos. Los indicadores de la categoría conceptual capacidades institucionales describen los aspectos administrativos, técnicos y políticos de las instituciones del Estado, para evaluar en qué medida estas contribuyen — o dificultan — el respeto, protección y la garantía del derecho al cuidado.

El principio de igualdad y no discriminación implica la adopción de medidas concretas, deliberadas y específicas para asegurar la erradicación de cualquier tipo de discriminación en el ejercicio de los derechos. La creación de programas universales es la mejor manera de asegurar el cumplimiento del principio de igualdad y no discriminación. El principio de acceso a la información y participación considera las condiciones básicas que deben existir para que la población pueda acceder a información pertinente y oportuna, así como participar de manera efectiva en relación con los derechos. El principio de acceso a la justicia conlleva la existencia y funcionamiento adecuado de recursos judiciales y administrativos para la protección de los derechos y para exigir su garantía

⁶⁴ Ibidem.

⁶⁵ Ibidem.

	ESTRUCTURALES	DE PROCESO	DE RESULTADO
RECEPCIÓN DEL DERECHO	<p>-Ratificación por parte del Estado de los siguientes Tratados Internacionales que reconocen directa o indirectamente el derecho al cuidado:</p> <p>a) Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.</p> <p>b) Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.</p> <p>c) Convención de los Derechos del Niño.</p> <p>d) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.</p> <p>e) Convenios de la OIT: Convenios fundamentales sobre la libertad sindical y la negociación colectiva (Convenios núms. 87 y 98); sobre la eliminación del trabajo infantil (Convenios núms. 138 y 182), y sobre la no discriminación y la igualdad de remuneración (Convenios núms. 100 y 111); los convenios y recomendaciones sobre la protección de la maternidad (Convenio núm. 183), las normas mínimas en materia de seguridad social (Convenio núm. 102) y los pisos de protección social (Recomendación núm. 202); sobre los trabajadores con responsabilidades</p>	<p>-Existencia de un Sistema Nacional de Cuidados (y, en su caso, estatales o provinciales).</p> <p>-Incorporación de la información producida por instancias internacionales y nacionales relacionada con los cuidados en el diseño de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p>	<p>-Distribución por género del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.</p> <p>-Participación desagregada por género en el sector formal laboral.</p> <p>-Tiempo dedicado a actividades de ocio y recreación diferenciado por género.</p> <p>-Porcentaje de infancias y adolescencias cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.</p> <p>-Porcentaje de personas mayores cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.</p> <p>-Porcentaje de personas con discapacidad cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.</p> <p>-Porcentaje de personas dependientes con enfermedad grave o crónica cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.</p> <p>-Porcentaje de personas cuidadoras dedicadas al trabajo no remunerado que son beneficiarias del régimen de seguridad social.</p>

	<p>familiares, el cuidado infantil y los cuidados de larga duración, la licencia parental y modalidades de trabajo favorables a la familia (Convenio núm. 156); sobre las trabajadoras y los trabajadores domésticos (Convenio núm. 189); y sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo (Convenio núm. 190).</p> <p>d) Protocolo de San Salvador.</p> <p>e) Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.</p> <p>f) Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.</p> <p>g) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.</p> <p>h) Convención Interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia.</p> <p>-Incorporación en la Constitución Política (y constituciones estatales o provinciales) del derecho al cuidado.</p>		<p>- Porcentaje de personas cuidadoras remuneradas que son beneficiarias del régimen de seguridad social.</p>
--	---	--	---

	<p>-Legislación específica interna del Estado en materia de derecho al cuidado que contemple los siguientes supuestos:</p> <p>a) Reconocimiento del derecho a cuidar, ser cuidado y al autocuidado.</p> <p>b) Reconocimiento del trabajo de cuidado no remunerado como trabajo.</p> <p>c) Inclusión de la redistribución, reducción, regulación y provisión de los cuidados como obligaciones estatales.</p> <p>d) Consideración de los principios de interdependencia y corresponsabilidad.</p>		
<p>CONTEXTO FINANCIERO Y PRESUPUESTARIO</p>	<p>-Existencia de disposiciones constitucionales y legales que dispongan formas de financiamiento para los sistemas de cuidados (nacional y locales).</p> <p>-Existencia de disposiciones legales que dispongan la creación de presupuestos sensibles al género.</p> <p>-Existencia de recursos asignados a las instancias ejecutoras de los sistemas de cuidados.</p>	<p>-Porcentaje del presupuesto nacional asignado al financiamiento del cuidado.</p> <p>-Incorporación de las proyecciones económicas y demográficas en la asignación de fondos para los planes nacional y provinciales de cuidados.</p> <p>-Existencia de presupuesto para responder eficazmente a conmociones, crisis, cambios socioeconómicos o cambios sociodemográficos que aseguren la continuidad de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p>	<p>-Nivel de inversión asignado a los cuidados en contraste con los estándares internacionales / nivel de inversión de países de ingreso similar.</p>

<p>CAPACIDADES ESTATALES</p>	<p>-Existencia de instancias encargadas de la implementación de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p> <p>-Existencia de un marco legal que establezca claramente las funciones y responsabilidades de las instancias ejecutoras de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p> <p>-Existencia de mecanismos de coordinación interinstitucional y multisectorial entre instancias ejecutoras de todos los niveles de gobierno relacionadas con los planes nacional y provinciales de cuidados.</p> <p>-Existencia de mecanismos institucionales para responder eficazmente a escenarios de emergencias, catástrofes y desastres naturales, que aseguren la continuidad de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p>	<p>-Existencia de procesos institucionalizados, manuales de operación y otras directrices para la implementación de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p> <p>-Existencia de personal suficiente y capacitado para implementar los planes nacionales y provinciales de cuidados en apego al enfoque basado en derechos humanos.</p>	<p>-Existencia de indicadores socioeconómicos dentro del aparato del Estado que permitan dar seguimiento al impacto de los planes nacional y provinciales de cuidados.</p>
<p>IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN</p>	<p>-Inclusión del principio de igualdad y no discriminación en la legislación específica interna del Estado en materia de derecho al cuidado.</p>	<p>-Existencia de planes de proyección hacia la universalización de las prestaciones de los sistemas de cuidados como parte de la red de protección social provista por el Estado.</p> <p>-Inclusión del enfoque territorial (concentración de la pobreza, incidencia de violencias), la perspectiva de género y la mirada interseccional para la focalización y asignación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.</p>	<p>-Incorporación de la mirada interseccional en los indicadores que corresponden a la recepción del derecho.</p>

		<p>-Consideración de obstáculos económicos, legales, administrativos y físicos que enfrentan los grupos prioritarios en el diseño e implementación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.</p> <p>-Accesibilidad (desde el enfoque territorial, la perspectiva de género y la mirada interseccional) de los mecanismos de convocatoria, aplicación, entrega e implementación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.</p> <p>-Incorporación del enfoque territorial, la perspectiva de género y la mirada interseccional en los requerimientos u otras condicionalidades de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados con el fin de que no resulten en exclusión.</p>	
<p>ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN</p>	<p>-Existencia de normativa que garantice el derecho a buscar, recibir y difundir información sobre los sistemas de cuidado de manera sencilla, accesible y rápida.</p> <p>-Existencia de normativa que garantice el derecho a participar en el diseño, monitoreo y evaluación de los sistemas de cuidado de manera sencilla, accesible y rápida.</p>	<p>-Participación de las derechohabientes considerando el enfoque territorial, la perspectiva de género y una mirada interseccional en el diseño, monitoreo y evaluación de los sistemas de cuidado.</p> <p>-Publicidad de las reglas de operación vigentes de los sistemas de cuidado en medios diversos de información,</p>	<p>-Encuestas y/o estudios sobre el reconocimiento, entendimiento y satisfacción de los sistemas de cuidado.</p>

	<p>-Existencia, accesibilidad, cobertura, presupuesto y jurisdicción de sistemas estadísticos relacionados con los sistemas de cuidados.</p> <p>-Incorporación de los estándares internacionalmente aceptados de privacidad y confidencialidad en los programas a evaluar, incluyendo la no divulgación información personal o el uso de información para fines diferentes a los sistemas sin consentimiento de las derechohabientes.</p> <p>-Número de organizaciones de la sociedad civil registradas que participan en la promoción y protección del derecho a los cuidados.</p>	<p>considerando el enfoque territorial, la perspectiva de género y una mirada interseccional.</p> <p>-Claridad de los criterios para la inscripción y selección de las derechohabientes, considerando la utilización de un lenguaje ciudadano, culturalmente accesible e incluyente.</p> <p>-Existencia de padrones de personas derechohabientes públicos con sujeción a las legislaciones de protección de datos personales de los sistemas de cuidados.</p> <p>-Publicación de los presupuestos y otros mecanismos financieros.</p> <p>-Existencia y publicación de informes de ejercicio del gasto.</p> <p>-Existencia y publicación de informes de resultados de los sistemas de cuidado.</p> <p>-Existencia, cobertura y periodicidad de campañas de difusión de los sistemas de cuidado.</p> <p>-Existencia, cobertura y periodicidad de campañas de sensibilización sobre la corresponsabilidad social y familiar de los cuidados.</p>	
--	---	---	--

<p>ACCESO A LA JUSTICIA</p>	<p>-Existencia de mecanismos e instancias que permitan presentar sugerencias, quejas y denuncias relativas a los sistemas de cuidado, observando el enfoque territorial, la perspectiva de género y una mirada interseccional.</p> <p>-Existencia de oficinas públicas de mediación o conciliación para resolver cuestiones vinculadas con los sistemas de cuidado.</p> <p>-Existencia de servicios jurídicos gratuitos e integrales para garantizar el derecho al cuidado.</p>	<p>-Difusión y claridad de los criterios para la presentación de sugerencias, quejas y denuncias sobre los sistemas de cuidados, considerando el uso de medios de comunicación y un lenguaje ciudadano, culturalmente accesible e incluyente.</p> <p>-Difusión de la posibilidad de accionar los mecanismos de protección de los derechos humanos y prevención de la discriminación ante actos violatorios por parte de las autoridades ejecutoras de los sistemas de cuidados.</p>	<p>-Porcentaje de sugerencias, quejas y denuncias relativas a los sistemas de cuidados recibidas, investigadas y resueltas por las instancias ejecutoras; las instancias nacionales de defensa de los derechos humanos y prevención de la discriminación; y tribunales de justicia</p> <p>-Encuestas y/o estudios sobre el grado de satisfacción sobre los mecanismos de contraloría social de los sistemas de cuidado.</p> <p>-Antecedentes jurisprudenciales existentes en torno a la garantía del derecho al cuidado.</p>
------------------------------------	---	---	--

III. SISTEMAS DE CUIDADO Y GRUPOS PRIORITARIOS.

Como se ha dicho, si bien en la provisión y recepción de los cuidados las mujeres, las infancias y adolescencias, las personas con discapacidad, las personas mayores y las personas dependientes con enfermedades graves cobran especial importancia, es imprescindible analizar las realidades de estas poblaciones desde sus intersecciones con otras categorías identitarias a fin de visibilizar las brechas de desigualdad existentes con mayor precisión, al tiempo de comprender que también otros grupos de población requieren cuidados y participan en la provisión de los mismos.

En su calidad de derecho social, el derecho al cuidado es susceptible de ser analizado conforme a los antecedentes construidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de Naciones Unidas, organismo que ha establecido que la no discriminación y la igualdad son esenciales a los efectos del goce y el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales⁶⁶.

El Comité DESC ha constatado que la discriminación contra algunos grupos subsiste, es omnipresente, está fuertemente arraigada en el comportamiento y la organización de la sociedad y a menudo implica actos de discriminación indirecta o no cuestionada. Esta discriminación sistémica puede consistir en normas legales, políticas, prácticas o actitudes culturales predominantes en el sector público o privado que generan desventajas comparativas para algunos grupos y privilegios para otros. Así, si bien el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no hace referencia directa a la discriminación por orientación sexual, expresión de género, identidad de género y/o características sexuales, el Comité DESC ha entendido que estas categorías son motivo prohibido de discriminación que encajan en la expresión “cualquier otra condición social” contenida en el artículo 2.2 del Pacto⁶⁷.

Por tanto, en la última parte de esta sección abordaremos factores que esta Corte IDH debe considerar al momento de desarrollar el contenido de la opinión consultiva que fije el contenido y alcance del derecho al cuidado de las personas LGBTIQ+.

1. INFANCIAS, ADOLESCENCIAS Y CUIDADOS.

Los cuidados en la infancia son definidos como el conjunto de acciones públicas y privadas de cuidado social, salud y educación para infancias dependientes durante los primeros años de su vida. Tienen un doble objetivo: cuidar y asistir a las infancias, y asistir y apoyar a sus cuidadoras, en la mayoría de los casos sus progenitoras, especialmente las madres. Los cuidados de infancia incluyen tres grandes tipos de intervenciones: licencias, subsidios y servicios de cuidado, estos últimos sin duda, la columna principal de los subsistemas de cuidado a las infancias⁶⁸.

El cuidado de infancias no se limita a la existencia de una persona adulta acompañándolas, en tanto, sobre todo en la primera infancia, no son autónomas para resolver sus necesidades vitales básicas. Quienes trabajan en el cuidado deben promover entornos seguros, inclusivos, estimulantes y

⁶⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 20, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, E/C.12/TC/2, 2 de julio de 2009.

⁶⁷ Ídem.

⁶⁸ Galián, Carlos, Rubio, Mónica, Escaroz, Gerardo, Alejandre, Florencia, Los sistemas de Cuidado y Apoyo en América Latina y el Caribe: un marco para a acción de UNICEF, Panamá, 2023, UNICEF, p. 94

favorables para el desarrollo y aprendizaje, y contribuir a que les madres y cuidadoras se involucren. Se debe asegurar que todas las infancias gocen de una salud adecuada nutrición y oportunidades de aprendizaje por medio de cuidados receptivos, protectores y estables⁶⁹.

Como tendencia regional, se ha encontrado que en prácticamente todos los hogares en los que hay niños menores a cinco años, son las madres quienes se encargan de realizar las actividades de cuidado (preparación de alimentos, vestido, cuidados habituales y durante enfermedad, entre otros)⁷⁰. Esta asignación social y cultural del cuidado no remunerado de infancias y adolescencias, que recae primordialmente en las mujeres, condiciona su participación económica en el mercado laboral⁷¹.

Aliviar la carga de cuidado de las familias, y particularmente, de las mujeres, requiere cerrar las brechas de acceso a cuidados en la primera infancia, y encontrar los espacios de financiamiento para garantizar su acceso universal. Algunos países han intentado flexibilizar el acceso, permitiendo a los trabajadores independientes contribuciones voluntarias o soluciones no contributivas, pero con requisitos de acceso tan restrictivos que apenas cierran la brecha para las madres sin cobertura de seguridad social. En la región, la elevada informalidad supone que una parte importante de las familias no tienen derecho a las licencias de cuidados, ya sean por enfermedad o por nacimiento⁷².

2. PERSONAS MAYORES Y CUIDADOS.

En el caso de personas mayores resulta fundamental hablar de cuidados a largo plazo (CLP). Los CLP han sido definidos como un rango de servicios requeridos por personas mayores de sesenta años con un grado reducido o disminuido de capacidad funcional, física o cognitiva, y que son, en consecuencia, dependientes durante un periodo extendido de ayuda o apoyo con las actividades básicas de la vida diaria, mismos que son provistos por medio de cuidadores informales (familia, amistades y/o vecinas) o profesionales (servicios de salud y sociales) para asegurar que una persona que no es completamente capaz del autocuidado pueda mantener el grado más alto posible de calidad de vida⁷³.

En México, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del 2014, muestra que la mayoría de las personas de 60 años o más (62.1%) en el país viven con alguna discapacidad o limitación: 4.7 millones tienen alguna limitación y 3.4 millones, discapacidad, mientras que el 37.9% de las personas de 60 años o más no presentan limitaciones ni discapacidad (4.9 millones). Estos datos revelan que el 47.4% del total de personas con discapacidad son, a su vez, personas mayores.

En Estados Unidos, de las personas de setenta años y más, quienes vivían en casa y que viven con al menos una limitación física para sus actividades diarias, 38% no recibían ningún tipo de ayuda;

⁶⁹ Ibidem, p. 96 - 97.

⁷⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México, Ciudad de México, CONEVAL, 2023, p. 43.

⁷¹ Pautassi, Laura, "Educación, cuidado y derechos: Propuestas de políticas públicas." Ser Social, vol.13, núm. 29, 2011, p. 22.

⁷² Galián, Carlos, Rubio, Mónica, Escaroz, Gerardo, Alejandro, Florencia, Los sistemas de Cuidado y Apoyo en América Latina y el Caribe: un marco para la acción de UNICEF, Panamá, 2023, UNICEF, p. 108.

⁷³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social, Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores, Ciudad de México, México, CONEVAL, 2019, p. 12.

48% recibía cuidado informal, 5% recibía cuidado formal y 9% recibía cuidado mixto. En un estudio similar en Canadá, de las personas mayores de sesenta años que vivían en casa y que recibían ayuda con actividades de la vida diaria, 42% de ellos recibían apoyo informal, el 34% recibía cuidado formal y 24% cuidado mixto⁷⁴.

En países como Estados Unidos, respecto a los cuidados informales, de los cuidados personales recibidos por personas mayores, 85% recibió asistencia con labores de limpieza 46% recibían cuidado personal y el 29% recibía cuidados de enfermería⁷⁵.

Asimismo, se ha encontrado que, en muchos países, sólo las personas mayores que durante su vida activa tuvieron una inserción asalariada formal cuentan con servicios de seguridad social; dejando pocas opciones para aquellas personas que se desempeñaron en actividades informales⁷⁶. En el caso de mujeres viudas, suelen gozar de pensiones derivadas de un vínculo marital con un antiguo asalariado⁷⁷.

3. PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADOS.

Las personas con discapacidad enfrentan inequidades persistentes en ámbitos sociales, económicos, de la salud y políticos y suelen tener mayores probabilidades de vivir en pobreza que personas sin discapacidad. Asimismo, suelen enfrentar mayores retos para acceder a servicios esenciales de salud, medicinas y tratamientos debido a barreras sociales ambientales, financieras y legales, incluidas la discriminación y la estigmatización. Dado que muchas personas con discapacidad enfrentan formas múltiples e interseccionales de discriminación, suelen correr un mayor riesgo de tener necesidades de salud insatisfechas⁷⁸.

Respecto a infancias y juventudes con discapacidad, estas tienen altos niveles de necesidades de salud no detectadas y no gestionadas dado los retrasos en sus diagnósticos, largas listas de espera, inelegibilidad para recibir atención y el alto costo de los servicios retrasan el acceso al tratamiento⁷⁹.

Infancias y juventudes con discapacidad suelen vivir con peor salud comparadas a sus pares debido a factores sociales como la pobreza, la exclusión social, la violencia y la discriminación, el difícil acceso a servicios de salud y a la educación. Dichas deferencias son injustas y parcialmente evitables⁸⁰.

⁷⁴ Paraponaris, Alain, Bérengère Davin, y Pierre Verger. "Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs." *The European journal of health economics*, vol. 13, 2012, p. 333.

⁷⁵ Kok, Lucy, Berden, Caroline y Sadiraj, Klarita, "Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores", *The European Journal of Health Economics*, marzo 2015, vol. 16, no. 2, p. 124.

⁷⁶ Pautassi, Laura Cecilia. "El cuidado como derecho: Un camino virtuoso, un desafío inmediato.", 2018, p. 73

⁷⁷ Pautassi, Laura, "Cuidado y derechos: la nueva cuestión social", en Montaña, Sonia, and Coral Calderón (coords.). *El cuidado en acción: entre el derecho y el trabajo*. Cepal, 2010, p. 72 - 73.

⁷⁸ World Health Assembly, *The highest attainable standard of health for persons with disabilities* WHA74.8. 31 de mayo 2021.

⁷⁹ UNICEF, *Global report on children with developmental disabilities: from the margins to the mainstream*. Executive summary. 2023.

⁸⁰ Ídem.

Muchos Estados no solamente no asignan recursos suficientes para la atención de infancias y juventudes con discapacidad, sino que incluso han reducido el presupuesto para su atención. Los Estados tienen la obligación de asignar fondos suficientes junto con directrices para la prestación de servicios. Los recursos asignados a las infancias con discapacidad deben ser suficientes para cubrir todas sus necesidades⁸¹.

De conformidad con el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Estados parte deben prestar servicios de apoyo adecuados a las cuidadoras de la familia a fin de que puedan, a su vez, apoyar a su hijo o su familiar a vivir de forma independiente en la comunidad. Ese apoyo debe incluir servicios de atención temporal, servicios de guardería y otros servicios de apoyo a la crianza de los hijos. También es crucial el apoyo financiero para los cuidadores familiares, que a menudo viven en situaciones de extrema pobreza sin posibilidad de acceder al mercado de trabajo. Los Estados parte deben prestar igualmente apoyo social a las familias y fomentar el desarrollo de servicios de orientación, círculos de apoyo y otras opciones de apoyo adecuadas. Resulta fundamental destacar que se considera contrario a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que las personas sufragan por sí mismas los gastos relacionados con la discapacidad⁸².

De conformidad con las obligaciones impuestas a los Estados por el artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, éstos deben asignar recursos al desarrollo de servicios de apoyo apropiados y suficientes, autogestionados y dirigidos por la persona interesada o usuaria para todas las personas con discapacidad, como asistencia personal, guías, lectoras e intérpretes profesionales de lengua de señas o de otro tipo⁸³.

4. PERSONAS QUE VIVEN CON UNA ENFERMEDAD QUE COMPROMETE SU INDEPENDENCIA Y CUIDADOS.

La presencia de enfermedades y el deterioro cognitivo pueden afectar la capacidad de una persona para llevar una vida autónoma e independiente; por ejemplo, la presencia de enfermedades crónicas, aumentan la posibilidad de que una persona mayor se encuentre en una situación de dependencia de cuidados⁸⁴. Diversos estudios han encontrado que pacientes con hipertensión, artritis, diabetes o embolia cerebral tienen mayor riesgo de desarrollar una situación de dependencia de cuidados, respecto de otras personas en igualdad de condiciones, pero sin enfermedades crónicas⁸⁵.

La CIDH ha recalado que las tareas de cuidado de las personas que viven con enfermedades que comprometen su independencia o necesitan de atención especial recaen fundamentalmente en las mujeres⁸⁶. En el caso de las enfermedades no transmisibles, éstas generan cargas económicas y sociales desproporcionadas en ciertos grupos sociales. Los gastos generados para acceder a servicios

⁸¹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General No. 9 Los derechos de los niños con discapacidad, CRC/C/GC/9, 27 de febrero de 2007.

⁸² Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5, 27 de octubre de 2017.

⁸³ Ídem.

⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud y Banco Interamericano de Desarrollo, La situación de los cuidados a largo plazo en América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/5xw285jm>

⁸⁵ Ídem.

⁸⁶ CIDH, Pandemia y Derechos Humanos, OEA/Ser.L/V/II.doc.396/22, 9 de septiembre, 2022, p. 125.

médicos y bienes de salud en el tratamiento suelen superar la capacidad económica de muchas familias, sobre todo cuando no cuentan con un seguro de gastos médicos. Estos pagos podrían limitar los recursos que las familias pueden destinar a la obtención de alimentos de buena calidad u otros bienes necesarios para una vida digna. Además, las enfermedades no transmisibles provocan ausentismo y pérdidas de productividad, tanto en quienes las padecen como en sus proveedores de cuidados, que, nuevamente, suelen ser mujeres que realizan estas actividades sin remuneración⁸⁷.

5. INTERSECCIONALIDAD, PERSONAS LGBTIQ+ Y CUIDADOS.

La jurisprudencia del sistema interamericano ha empleado el concepto de interseccionalidad para el análisis de la discriminación, considerando aquellos casos en que se presenta la confluencia en forma transversal de múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a una serie de condiciones particulares. La intersección de identidades y riesgos pueden acentuar violaciones de derechos humanos contra personas, grupos y colectividades en especial situación de vulnerabilidad y discriminación histórica en el hemisferio⁸⁸.

En el contexto de los cuidados, si bien existen poblaciones prioritarias que han sido reconocidas como las principales destinatarias de los cuidados (infancias, adolescencias, personas mayores, con discapacidades y que viven con alguna enfermedad), resulta imprescindible analizar dichas poblaciones desde sus intersecciones con la orientación sexual, la identidad de género y las características sexuales de las personas, a fin de no replicar los fenómenos de exclusión que las personas LGBTIQ+ han enfrentado históricamente. Además, resulta necesario considerar que las personas proveedoras de cuidados pueden también identificarse con orientaciones sexuales, identidades de género y características sexuales disidentes. Así, consideramos importante llamar la atención sobre una serie de factores que pueden condicionar el acceso de las personas LGBTIQ+ a la plena satisfacción de su derecho al cuidado.

- **Carencia de datos en los sistemas de información sobre la orientación sexual, identidad de género y/o características sexuales de las personas, y la imperiosa necesidad de reconocer la identidad de género.**

La CIDH ha reconocido el papel del acceso a la información facilitador para el ejercicio de otros derechos, en función de que la posesión de información es, en muchos casos, imprescindible para que las personas puedan hacer efectivos otros derechos⁸⁹. Por tanto, puede entenderse que el objeto del derecho a la información radica en “toda la información que está bajo custodia, administración o tenencia del Estado; la información que el Estado produce o que está obligado a producir; la información que está bajo poder de quienes administran los servicios y los fondos públicos,

⁸⁷ CIDH, Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.doc.192/23, 28 de agosto, 2023, p. 3.

⁸⁸ CIDH, Compendio sobre la igualdad y no discriminación: estándares interamericanos, Washington, D.C., 2019. párr. 43.

⁸⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe Acceso a la Información, Violencia contra las Mujeres y la Administración de Justicia en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.154.Doc 19, 27 de marzo de 2015, párr. 14.

únicamente respecto de dichos servicios o fondos; y la información que el Estado capta, y la que está obligado a recolectar en cumplimiento de sus funciones”⁹⁰.

Respecto de la obligación de producir o capturar información, la Corte IDH ha señalado que los Estados tienen la obligación de garantizar la disponibilidad y el acceso a la información que es necesaria para el cumplimiento de sus obligaciones, a través de su recolección, registro o producción⁹¹. En particular, acerca de los grupos que viven en situación de vulnerabilidad, la CIDH ha enfatizado que la producción de la información debe ser diligentemente desagregada con el objetivo de brindar a estos sectores atención especial y prioritaria⁹².

En el caso de las personas LGBTIQ+, la recopilación y la gestión adecuada de los datos relevantes son esenciales para abordar adecuadamente el problema de la violencia y la discriminación. Sin embargo, como resultado de las barreras creadas por la criminalización, la patologización, la demonización y demás factores que conducen a la estigmatización, no existen estimaciones precisas sobre la población mundial afectada por la violencia y la discriminación basadas en la orientación sexual o la identidad de género⁹³.

Consecuentemente, la Corte IDH ha ordenado, por ejemplo, el diseño e implementación de sistemas de recopilación de datos y cifras vinculadas a los casos de violencia contra las personas LGBTI, con el fin de evaluar con precisión y de manera uniforme el tipo, la prevalencia, las tendencias y las pautas de la violencia y la discriminación contra las personas LGBTI, desglosando los datos por comunidades, el origen étnico, la religión o las creencias, el estado de salud, la edad, y la clase o la situación migratoria o económica⁹⁴.

Siguiendo las recomendaciones del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, estimamos pertinente que la Corte IDH reitere la necesidad de la incorporación de las variables de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los sistemas de información de los cuidados de tal forma que permitan hacer visibles las brechas y desafíos que las personas LGBTIQ+ enfrentan en el marco de su derecho a dar y recibir cuidados⁹⁵.

Concretamente, los registros administrativos son posiblemente la herramienta más próxima de la que los Estados pueden echar mano para la recolección de información relacionada con personas

⁹⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, El derecho de acceso a la información en el marco jurídico interamericano, Segunda Edición, OEA/Ser.L/V/II. CIDH/RELE/INF. 9/1, 7 de marzo de 2011, párr. 21.

⁹¹ Corte IDH. Caso Gomes Lund y otros (“Guerrilha do Araguaia”) Vs. Brasil. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia de 24 de noviembre de 2010, Serie C No. 219, párr. 211.

⁹² CIDH, Relatoría Especial para la Libertad de Expresión, El derecho de acceso a la información en el marco jurídico interamericano, Segunda Edición, 7 de marzo de 2011, párr. 36.

⁹³ Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, Recopilación y gestión de datos como medio para fomentar la sensibilización acerca de la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, A/HRC/41/45, 14 de mayo de 2019, p. 5. Disponible en: <https://tinyurl.com/7bupd2jz>.

⁹⁴ Corte IDH. Caso Vicky Hernández y otras Vs. Honduras. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 26 de marzo de 2021. Serie C No. 422, párr. 179.

⁹⁵ OEA, GTPSS, Guía para la operacionalización de los indicadores del Protocolo de San Salvador desde una mirada transversal LGBTI, págs. 44-45.

LGBTQI+. En particular, la desagregación de información por identidad de género es una posibilidad de relativa sencilla tramitación por lo que se vuelve imprescindible el reconocimiento legal de la identidad de género auto-percibida, incluyendo las identidades no binarias⁹⁶.

- **Expulsión del hogar y condicionamiento de acceso a derechos económicos, sociales y culturales.**

En las últimas décadas, las poblaciones LGBTI han comunicado sus orientaciones sexuales e identidades de género a sus familias a edades cada vez más tempranas, lo que les ha colocado en posiciones de rechazo. De ser este el caso, usualmente las juventudes LGBTI terminan en situación de calle, lo que les expone a diversos peligros y violaciones de derechos humanos y en la necesidad inmediata de ser sujetas de los sistemas de cuidado, particularmente en el caso de infancias y adolescencias.

La CIDH ha documentado que una importante proporción de las personas LGBTI que viven en situación de calle fueron expulsadas de sus hogares o huyeron de la violencia sufrida en su seno familiar. En el mismo sentido, la Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto de las Naciones Unidas ha referido que las personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intersex jóvenes están sobrerrepresentadas en las poblaciones sin hogar en algunos países y se enfrentan a la estigmatización y la exclusión social adicionales de sus familias y comunidades⁹⁷.

De acuerdo con la *National Coalition for the Homeless* de los Estados Unidos, en 2017, 40% de la población joven en situación de calle se identificaba como LGBT, y 26% de la población LGBTI joven en situación de calle reportaba haber sido expulsada de sus casas debido a sus orientaciones sexuales o identidad de género⁹⁸. Por su parte, un informe de sociedad civil en Jamaica encontró que las personas jóvenes identificadas como LGBT en el país conformaban, en 2014, hasta el 40% de la población joven en el país que no tiene vivienda⁹⁹. A su vez, un estudio de 2013 en Canadá, encontró que 1 de cada 5 personas encuestadas en un albergue para personas jóvenes, se autoidentificó como LGBTQ (lesbiana, gay, bisexual, trans y queer)¹⁰⁰.

En el caso de infancias y adolescencias trans, la violencia y discriminación a menudo comienzan a experimentarse en dicha etapa, especialmente en el hogar y en la escuela, por ejemplo, mediante el acoso¹⁰¹. Les adolescentes trans suelen ser objeto de persecución, lo que incluye maltrato y violencia,

⁹⁶ Ibidem, pág. 125.

⁹⁷ Relatora Especial sobre una vivienda adecuada como elemento integrante del derecho a un nivel de vida adecuado y sobre el derecho de no discriminación a este respecto, *Informe A/HRC/31/54* (2015), párr. 44.

⁹⁸ LGBTQ Homelessness, National Coalition for the Homeless, junio 2017. Disponible en <https://tinyurl.com/bdfvh73w>

⁹⁹ CIDH, *Violencia contra las personas LGBTI en América* (2015), párr. 376; Human Rights Watch, *Not safe at home: Violence and Discrimination against LGBT People in Jamaica*, 2014, pág. 45, citando estadísticas proporcionadas por la organización Caribbean Vulnerable Communities.

¹⁰⁰ CIDH, *Violencia contra las personas LGBTI en América* (2015), párr. 374; Toronto City Council, *Street Needs Assessment 2013: Results*, 2014, pág. 24.

estigmatización, discriminación, intimidación, exclusión de la enseñanza y la formación, así como falta de apoyo familiar y social, y de acceso a la información y los servicios sobre salud sexual y reproductiva. En casos extremos, se ven expuestas a agresiones sexuales, violaciones e incluso la muerte. Estas experiencias han sido asociadas a la baja autoestima, el aumento de las tasas de depresión, el suicidio y la falta de hogar¹⁰²

- **El acceso a servicios de salud para infancias y adolescencias trans.**

La identidad de género es un rasgo de la personalidad, inherente a todas las personas, incluyendo infancias y adolescencias.

A los 2 años de edad, les niños suelen ser capaces de identificar diferencias entre sexos y, a los 3 años, la mayoría puede identificar su género con facilidad. En el transcurso de los años preescolares (de 3 a 5 años), les niños desarrollan la noción de que el género es estable a lo largo de la vida. Sin embargo, les niños en edad preescolar no suelen reconocer el género como una identidad, sino que (y principalmente) lo atribuyen a características y apariencias externas. Están muy en sintonía con los roles y comportamientos de género, a menudo se relacionan estrechamente con aquellos del mismo género y expresan preferencias por juguetes o actividades que están estereotipadas asociadas con su género. Investigaciones recientes sugieren que desde los 2 o 3 años de edad, les niños pueden reconocer el "desajuste" entre su identidad de género y el sexo asignado al nacer¹⁰³.

Resulta importante destacar que la mayoría de las investigaciones sobre el desarrollo de la identidad de género se han realizado con niños cisgénero, con una visión blanca y eurocéntrica. La trayectoria de desarrollo de los niños que no se identifican con el sexo asignado al nacer es un foco activo de estudio científico, y las caracterizaciones de las identidades de género en desde una perspectiva interseccional a penas comienza a ser reconocida en la literatura dominante¹⁰⁴.

En general, las juventudes con diversidad de género corren un mayor riesgo de experimentar dificultades psicológicas que sus pares cisgénero de la misma edad, como resultado de enfrentar experiencias traumáticas y malos tratos derivados del rechazo relacionado con la diversidad de género¹⁰⁵.

¹⁰¹ Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, A/HRC/35/36, 19 de abril de 2017, párr. 35, p.13. Disponible en: <https://tinyurl.com/34ny9sj7>

¹⁰² Informe del Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, A/73/152/ 12 de junio de 2018, párr. 34

¹⁰³ Vander Morris, Ashley, and Daniel L. Metzger. "An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth." *Paediatrics & Child Health*, vol. 28, no. 7, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrys2kx4>

¹⁰⁴ Vander Morris, Ashley, and Daniel L. Metzger. "An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth." *Paediatrics & Child Health*, vol. 28, no. 7, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrys2kx4>

¹⁰⁵ Coleman, Eli, Asa E. Radix, Walter P. Bouman, George R. Brown, Annelou LC De Vries, Madeine B. Deutsch, R. Ettner et al. "Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8." *International Journal of Transgender Health*, vol. 23, no. 1, 2022, p. 67.

La juventud trans o de género no conforme suelen enfrentar un riesgo elevado de sufrir resultados de salud adversos como depresión, ansiedad, trastornos alimenticios, autolesiones e incluso, suicidio. Esto es atribuible al fenómeno de “el estrés de las minorías”, definido como aquellos estresores crónicos que experimentan las poblaciones de identidades estigmatizadas y que enfrentan prejuicio y discriminación¹⁰⁶.

Resulta trascendental señalar que, de forma general en la región, las infancias y adolescencias trans enfrentan contextos adversos para acceder a servicios de salud competentes, adecuados y oportunos. Durante 2022 en Estados Unidos, 23 estados introdujeron leyes criminalizan la prestación de ciertos servicios de atención médica relacionados con transición de género a jóvenes trans o de género no conforme. Estas leyes abogan por postergar la atención médica hasta la mayoría de edad. Si bien estos proyectos de ley suelen afirmar tener como intención la protección de les niñes, la evidencia científica sugiere que los modelos de atención de estos proyectos de ley podrían causar daño a las infancias trans y de género no conforme¹⁰⁷.

Relativo a los procesos de transición en infancias, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero (WPATH por sus siglas en inglés), ha sugerido basar la atención médica y psicológica, de acuerdo con los siguientes principios: 1) La diversidad del género en la infancia es un aspecto general del desarrollo humano; 2) los niños de género diverso no sufren de patología o de trastorno mental alguno; 3) la expresiones de género no conforme no necesariamente resultan en una identidad de género trans; 4) el acompañamiento de profesionales de la salud mental, expertas en infancias de género no conforme pueden jugar un papel fundamental en el desarrollo de les niñes, así como para identificar las eventuales necesidades relativas a la identidad de género; 5) los esfuerzos para corregir o modificar la identidad y expresión de género son prácticas dañinas¹⁰⁸.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, la Asociación Mundial para la Salud Transgénero ha señalado que la atención a infancias y adolescencias debería considerar (entre otras) lo siguiente:

- Los profesionales de la salud deben estar debidamente capacitados, además de recibir capacitación constante basada en evidencia científica y deben tener experiencia en la diversidad de género en la infancia y adolescencia.
- Los servicios de psicoterapia deben estar disponibles para infancias y adolescencias, así como para sus familias y/o cuidadores, con el fin de asegurar el correcto desarrollo de las infancias y su bienestar.

¹⁰⁶ Vander Morris, Ashley, and Daniel L. Metzger. "An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth." *Paediatrics & Child Health*, vol. 28, no. 7, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/mrys2kx4>

¹⁰⁷ American Psychological Association, *Criminalizing Gender Affirmative Care with Minors*. Disponible en: <https://tinyurl.com/y4ns8w69>

¹⁰⁸ Coleman, Eli, Asa E. Radix, Walter P. Bouman, George R. Brown, Annelou LC De Vries, Madeine B. Deutsch, R. Ettner et al. "Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8." *International Journal of Transgender Health*, vol. 23, no. 1, 2022, p. 67.

- Para niñas que se acercan a la pubertad, el personal médico deberá proveer información sobre potenciales intervenciones médicas de afirmación de género, sus principales riesgos sobre la fertilidad y opciones de preservación de la fertilidad.
- Las profesionales de la salud deberían considerar trabajar con organizaciones de la sociedad civil para promover el bienestar de niñas y adolescentes de género diverso, buscando minimizar las adversidades que pudieran enfrentar con motivo de sus transiciones¹⁰⁹.

La atención médica y psicológica como tratamiento afirmativo de la identidad de género, enfocado para infancias y adolescencias trans muestran resultados positivos y una mejoría para su calidad de vida, por lo que se considera fundamental que los servicios de salud contemplen la atención especializada para este grupo¹¹⁰.

- **La exclusión de las personas trans de los mercados laborales.**

La CIDH ha documentado que las personas trans enfrentan las formas más severas de discriminación laboral, que van desde la imposibilidad de obtener documentos que reconozcan su identidad de género; el irrespeto de su nombre elegido; la no aceptación de su expresión de género con respecto a su forma de vestir; la prohibición de utilizar baños acordes con su género; así como el sufrimiento de mayor hostigamiento y acoso por compañeras de trabajo¹¹¹.

Asimismo, las personas trans suelen ser expuestas a condiciones de trabajo peligrosas y en muchos casos se ven forzadas a ejercer el trabajo sexual como mecanismo de supervivencia¹¹², a pesar de las situaciones de grave riesgo de ser víctimas tanto de explotación como de extrema violencia por parte de clientes, agentes de seguridad o incluso de aquellas personas que residen en las inmediaciones cuando se ejerce de manera callejera¹¹³.

En consecuencia, tanto la inestabilidad laboral, como la ausencia de fuentes de empleo formal y la carencia de esquemas de seguridad social para personas trabajadoras sexuales, les sitúa en escenarios de exclusión de los regímenes de seguridad social y cobertura sanitaria, comprometiendo su posibilidad de acceder a los esquemas de prestaciones relacionadas a los sistemas de cuidado.

Ante este contexto de adversidad e injusticia, es relevante recordar que la jurisprudencia interamericana reconoce que el derecho al trabajo y sus condiciones justas y equitativas son esenciales para la realización de otros derechos humanos y constituyen una parte inseparable e

¹⁰⁹ Coleman, Eli, Asa E. Radix, Walter P. Bouman, George R. Brown, Annelou LC De Vries, Madeine B. Deutsch, R. Ettner et al. "Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8." *International Journal of Transgender Health*, vol. 23, no. 1, 2022, p. 69.

¹¹⁰ Coleman, Eli, Asa E. Radix, Walter P. Bouman, George R. Brown, Annelou LC De Vries, Madeine B. Deutsch, R. Ettner et al. "Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8." *International Journal of Transgender Health*, vol. 23, no. 1, 2022, p. 48.

¹¹¹ CIDH, Informe Empresas y Derechos Humanos: Estándares Interamericanos, 1 de noviembre de 2019, párr. 383.

¹¹² CIDH, Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, 7 de agosto de 2020, párr. 250.

¹¹³ *Ibidem*, párr. 276

inherente de la dignidad humana, sirviendo, al mismo tiempo, a la supervivencia de la persona y de su familia¹¹⁴. Por tanto, los Estados deben velar por la protección de las personas trabajadoras, adoptando todas las medidas necesarias para erradicar las prácticas discriminatorias por los empleadores¹¹⁵. Esta protección debe extenderse a quienes desempeñan una actividad laboral, como a quienes se encuentran en la búsqueda de un empleo, de tal modo que se encuentren protegidas ante tratos o decisiones discriminatorias en el marco de los procesos de selección¹¹⁶.

- **La relevancia de contar con servicios de salud sin discriminación.**

Conforme a la jurisprudencia interamericana desarrollada a partir del contenido del artículo 26 de la Convención Americana, los Estados se encuentran obligados a garantizar la plena vigencia de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESCA) – incluyendo el derecho a la salud – a través del cumplimiento de dos tipos de obligaciones principales: aquellas de exigibilidad inmediata, y aquellas de carácter progresivo¹¹⁷.

Respecto a las obligaciones de exigibilidad inmediata, la Corte IDH ha establecido que la vigencia del principio de igualdad y no discriminación en el acceso a los DESCAs es impostergable, de forma que los Estados deben adoptar medidas eficaces a fin de garantizar el acceso, sin discriminación, a las prestaciones reconocidas para cada derecho social, incluyendo el derecho a la salud.

En contraste con estas obligaciones, las personas trans, de género no conforme e intersex, han sostenido en diversas investigaciones que la patologización de estas poblaciones ha ocasionado su estigmatización social¹¹⁸. Dicha estigmatización se ve reflejada en diversos prejuicios sociales que se materializan en las dificultades que la población trans enfrenta, como el acceso a servicios de salud oportunos, competentes y apropiados¹¹⁹.

Las personas trans se ven particularmente afectadas en el acceso a servicios de salud puesto que enfrentan barreras creadas por el prejuicio hacia sus identidades y que impiden el acceso oportuno, apropiado y libre de discriminación que finalmente tienen por efecto perpetuar un ciclo de violencia, estigmatización, prejuicio y resultados pobres en el acceso a la salud. Entre las poblaciones trans más afectadas se encuentran aquellas personas en situación de pobreza y personas trans racializadas, puesto que en comparación a otras minorías sexuales y de género suelen experimentar tasas más altas de discriminación en el acceso a servicios de cuidado competentes y comprehensivos¹²⁰.

¹¹⁴ Ibidem, párr. 247.

¹¹⁵ Corte IDH, Condición Jurídica y Derechos de los Migrantes Indocumentados. Opinión Consultiva OC-18/03 de 17 de septiembre de 2003. Serie A No. 18, párr. 149.

¹¹⁶ CIDH, Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales, 7 de agosto de 2020, párr. 287

¹¹⁷ Corte IDH. Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de marzo de 2018. Serie C No. 349, párr. 104.

¹¹⁸ Funk, Jaydi, Funk, Steven y Whelan, Sylvia Blaise, “Trans*+ and intersex Representation and Pathologization: An Interdisciplinary Argument for Increased Medical Privacy”, Berkley Journal of Gender, Law and Justice, vol. 34, núm. 1, 2019, pp. 127.

¹¹⁹ Powell, Tia, Shapiro, Sophia y Stein, Ed, “Transgender Rights as Human Rights”, AMA Journal of Ethics, vol. 18, núm. 11, 2016, p. 1126; Stroumsa, Daphna, “The State of Transgender Health Care: Policy, Law, and Medical Frameworks”, American Journal of Public Health, vol. 104, núm. 3, 2014, pp. 31 – 38.

¹²⁰ Stroumsa, Daphna, “The State of Transgender Health Care: Policy, Law, and Medical Frameworks”, American Journal of Public Health, vol. 104, núm. 3, 2014, pp. 31 – 38.

A este respecto, por ejemplo, *Human Rights Watch* y Amicus DH, en conjunto con la Red de Juventudes Trans y Colmena 41, documentaron las consecuencias de la falta de reconocimiento legal de la identidad de género en el estado mexicano de Guanajuato, particularmente en temas de empleo, educación y salud. Respecto a este último rubro, las personas entrevistadas manifestaron que el personal de hospitales públicos expuso su identidad de género frente a otras trabajadoras o pacientes al llamarles por su nombre legal, en lugar del elegido. Como consecuencia de estas acciones y otros actos de discriminación, una buena parte afirmó preferir obtener atención médica privada a un costo elevado, en tanto es menos probable ser víctima de discriminación¹²¹.

- **Los servicios de salud mental especializada como parte del derecho al cuidado de las personas LGBTIQ+.**

Las personas LGBTIQ+ presentan niveles de salud física y mental menos favorables en contraste con las personas cisgénero y heterosexuales. En materia de salud mental, la población de la diversidad sexual muestra tasas más altas de depresión y ansiedad, abuso de sustancias y suicidio.¹²² En México, por ejemplo, la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género reveló que mientras el 7.9 % de las personas heterosexuales y cisgénero han tenido ideas suicidas y 4.2 % lo ha intentado a lo largo de la vida, la personas LGBTIQ+ mexicanas han tenido ideas suicidas en un 26.1% y 14.1% ha intentado suicidarse¹²³.

Los trastornos mentales pueden ser o convertirse en padecimientos discapacitantes por los que se requiera la provisión de servicios de cuidado, por lo que, en el caso de las personas de la diversidad sexual y de género, es esencial que la atención que reciban considere estos atributos de sus identidades. Así, la promoción de la salud mental, la participación en procesos que incluyan la educación en salud, identificación y manejo de problemas y trastornos mentales, rutas de atención, derechos y deberes, participación en grupos de apoyo y grupos de ayuda mutua, así como organización y movilización social en pro de la defensa de los derechos de las personas con problemas y trastornos mentales y/o enfermedades crónicas discapacitantes y sus cuidadoras, deberán contemplar la mirada transversal de la diversidad sexual y de género.

Por su parte, reconociendo que las personas LGBTIQ+ pueden ser también cuidadoras, es fundamental vincularles a redes sociales de apoyo y herramientas de autocuidado para garantizar su salud física y mental que sean sensibles a su orientación sexual e identidad de género.

- **La necesidad del reconocimiento del matrimonio entre personas del mismo género y la familia elegida.**

¹²¹ Human Rights Watch, México: Obstáculos para las personas trans en el estado de Guanajuato, 21 de junio de 2022. Disponible en <https://tinyurl.com/mrykx7kj>.

¹²² Medina-Martínez, Jorge, Carlos Saus-Ortega, María Montserrat Sánchez-Lorente, Eva María Sosa-Palanca, Pedro García-Martínez, and María Isabel Mármol-López. "Health inequities in LGBT people and nursing interventions to reduce them: A systematic review." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 18, núm. 22, 2021, p. 2.

¹²³ INEGI, La Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y Género (ENDISEG), 2021.

En la Opinión Consultiva 24/17, la Corte IDH reafirmó que la Convención Americana protege, en virtud del derecho a la protección de la vida privada y familiar, así como del derecho a la protección de la familia, el vínculo familiar que puede derivar de una relación de una pareja del mismo sexo¹²⁴. La Corte estimó también que deben ser protegidos, sin discriminación alguna con respecto a las parejas entre personas heterosexuales, de conformidad con el derecho a la igualdad y a la no discriminación, todos los derechos patrimoniales que se derivan del vínculo familiar protegido entre personas del mismo sexo, situación que es relevante en el contexto de la provisión de cuidados.

Sin embargo, reconociendo los contextos de rechazo familiar que las personas LGBTIQ+ experimentan desde edades tempranas, es momento de que la Corte IDH haga un reconocimiento expreso de la familia elegida como concepto protegido por los artículos 11.2 y 17 de la Convención Americana. Una familia elegida es un grupo de personas que se eligen libremente entre sí para desempeñar papeles importantes en sus vidas. Una forma de entender a una familia elegida es como un grupo de personas que comparten vínculos afectivos y se reconocen como integrantes de una familia, aunque no compartan vínculos biológicos o legales¹²⁵.

Las familias elegidas tienen gran relevancia histórica para las personas LGBTIQ+. Por ejemplo, en el contexto de la pandemia de VIH, muchas pacientes en estado terminal fueron cuidadas principalmente por amistades integrantes de su familia elegida, ante la negativa de las familias biológicas de cuidarles¹²⁶. Esta realidad se replica hasta nuestros días en entornos diversos como las personas que viven con VIH, trabajadoras sexuales y, en general, personas LGBTIQ+ que reconstruyeron su red de apoyo familiar en entornos ajenos a sus familias biológicas.

Asimismo, el 21% de las personas mayores LGBTQ+ han brindado atención a sus amigos, en comparación con solo el 6% de personas mayores, no identificadas como LGBTQ+¹²⁷.

- **El cuidado de las personas en contexto de movilidad humana LGBTIQ+.**

Según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), el número de personas desplazadas forzosamente en el mundo ha aumentado drásticamente de 33,9 millones en 1997 a 79,5 millones a finales de 2019. Dentro de esta población, ha aumentado considerablemente el número de personas que han sido obligadas a huir debido a la persecución en sus países de origen,

¹²⁴ Corte IDH. Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo. Obligaciones estatales en relación con el cambio de nombre, la identidad de género, y los derechos derivados de un vínculo entre parejas del mismo sexo (interpretación y alcance de los artículos 1.1, 3, 7, 11.2, 13, 17, 18 y 24, en relación con el artículo 1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos). Opinión Consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017. Serie A No. 24, párr. 199.

¹²⁵ Kim, Seohyun, and Israel Fisseha Feyissa. "Conceptualizing "family" and the role of "chosen family" within the LGBTQ+ refugee community: A text network graph analysis.", *Healthcare*, vol. 9, no. 4, p. 2

¹²⁶ Jackson Levin, Nina, Shanna K. Kattari, Emily K. Piellusch, y Erica Watson. "'We just take care of each other': Navigating 'chosen family' in the context of health, illness, and the mutual provision of care amongst queer and transgender young adults." *International journal of environmental research and public health* vol. 17, no. 19, 2020, p. 2

¹²⁷ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTQ+*, mayo 2021, p. 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

motivada por su orientación sexual, identidad o expresión de género¹²⁸. Aun así, en el contexto regional sigue siendo extremadamente difícil conocer con exactitud el número de personas LGBTI que migran en la región, dada la falta de sistemas de información desagregada por variables como sesión, expresión o identidad de género y orientación sexual¹²⁹.

En esta línea de investigación, ACNUR ha señalado que la violencia de género, poco denunciada y estadísticamente invisible, es uno de los principales factores que llevan a mujeres, niñas y personas LGBTI a huir de sus hogares en El Salvador, Honduras y Guatemala. Al mismo tiempo, es uno de los principales riesgos a los que se enfrentan en su búsqueda de seguridad¹³⁰.

Las personas LGBTI suelen sufrir daños continuos a lo largo del proceso migratorio: al principio, durante y al llegar a su destino. Este daño incluye, pero no se limita, a la estigmatización, la violencia sexual y de género, el abuso o la falta de protección por parte de las fuerzas de seguridad, la detención arbitraria, la devolución y la exclusión del acceso a los servicios básicos esenciales. Las personas LGBTI que cruzan una frontera nacional pueden llegar a países en los que se enfrentan a riesgos similares o mayores de violencia homofóbica, bifóbica y transfóbica tanto por parte de los nacionales del país de acogida como de otras personas desplazadas. Estos riesgos se ven agravados por otros factores, como la hostilidad xenófoba, la misoginia, la situación de migración irregular, la marginación socioeconómica, el aislamiento de las redes de apoyo tradicionales y la coacción emocional inducida por el trauma¹³¹.

Las personas en situación de movilidad suelen enfrentar diversas violaciones a sus derechos humanos, entre las que destacan:

- a) Derecho al trabajo: suelen enfrentar mayores obstáculos para acceder a empleos formales; asimismo, suelen sufrir desproporcionadamente de prácticas de explotación laboral.
- b) Derecho a la salud: al no contar con una situación migratoria regular, suelen verse impedidos de acceder a servicios de salud.
- c) Derecho a la identidad: particularmente para las personas migrantes que también son trans, debido a discrepancias entre su identidad legal y expresión de género¹³².

El contexto narrado cobra relevancia en la posibilidad de ser beneficiarias de las redes de protección social y cuidados en los estados receptores, por lo que, en términos interseccionales, el cruce entre la movilidad humana y la diversidad sexual y de género no debe ser ignorado en el diseño de los sistemas de cuidados.

- **El cuidado de las personas mayores LGBTIQ+.**

¹²⁸ Kim, Seohyun, and Israel Fisseha Feyissa. "Conceptualizing "family" and the role of "chosen family" within the LGBTQ+ refugee community: A text network graph analysis.", *Healthcare*, vol. 9, no. 4, p. 2

¹²⁹ OEA, *Desafíos de las personas LGBTI en la movilidad humana*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3ppsnsdz>

¹³⁰ CIDH, *Movilidad humana y obligaciones de protección*. Hacia una perspectiva subregional, OEA/Ser.L/V/II, 21 de julio, 2023, p. 38

¹³¹ OEA, *Desafíos de las personas LGBTI en la movilidad humana*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3ppsnsdz>

¹³² Ídem.

Las personas mayores LGBTIQ+ suelen ser invisibles, tanto en datos demográficos como en programas y políticas públicas. La orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales de las personas mayores raramente es incluida en estudios de investigación o censos poblacionales¹³³.

Resulta trascendental considerar que las personas mayores LGBTIQ+ vivieron durante un contexto histórico donde el simple hecho de ser abiertamente LGBTIQ+ (e inclusive la sola sospecha de serlo) podía exponerles al arresto, al despido de sus trabajos, entre otras formas de discriminación. Esta discriminación fue tolerada e incluso promovida por la sociedad a través de leyes, políticas y normas culturales. El 82% de los adultos mayores LGBTIQ+ reporta haber experimentado por los menos un acto de discriminación como amenazas, acoso e incluso agresiones físicas¹³⁴.

Aunque no existen estudios respecto al tamaño de la población de adultos mayores LGBTIQ+, se estima que para 2030 en Estados Unidos habrá aproximadamente 7 millones de personas 50 años o más que se identifican como LGBTIQ+¹³⁵.

Relativo al derecho a la salud y a la atención médica adecuada y oportuna, se ha reportado que las personas mayores LGBTIQ+ han recibido atención médica negligente o se les ha negado por completo la atención¹³⁶.

Las investigaciones sugieren que los adultos mayores LGBTIQ+, además de presentar resultados subóptimos en materia de salud, poseen menores posibilidades —en comparación con sus pares cisheterosexuales— de acceder a servicios como centros de adultos mayores o programas asistenciales, pues temen ser discriminados o acosados si se conoce su identidad LGBTIQ+; lo que les lleva a hacer uso de estos servicios manteniendo en privado su orientación sexual o identidad de género¹³⁷.

Por otra parte, se ha encontrado que esta población es más susceptible a no recibir los cuidados que requieren pues sus redes de apoyo son reducidas o viven solas sin estar en contacto con sus familias

¹³³ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Preguntas inclusivas para adultos mayores. Una guía práctica para recopilar datos sobre orientación sexual e identidad de género*, marzo 2023, p. 3. Disponible en: <https://tinyurl.com/2kr5traa>

¹³⁴ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTIQ+*, mayo 2021, p. 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

¹³⁵ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTIQ+*, mayo 2021, p. 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

¹³⁶ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTIQ+*, mayo 2021, p. 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

¹³⁷ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Preguntas inclusivas para adultos mayores. Una guía práctica para recopilar datos sobre orientación sexual e identidad de género*, marzo 2023, p. 3. Disponible en: <https://tinyurl.com/2kr5traa>

biológicas por el rechazo a su orientación sexual y/o identidad de género¹³⁸. En Estados Unidos, uno de cada 4 (34%) de los adultos mayores LGBTIQ+ vive solo, mientras que el 40% de ellos manifiesta que sus redes de apoyo se han reducido con el tiempo¹³⁹.

En especial, las personas trans que dependen de la asistencia de personal de cuidado enfrentan problemáticas específicas por la falta de conocimiento y sensibilización en materia de diversidad de género. En este contexto, la CIDH documentó experiencias de personas trans en instituciones geriátricas que han sufrido maltrato y humillaciones y que temen exigir respeto por miedo a la expulsión de su lugar de acogida¹⁴⁰.

El 88% de las personas mayores LGBTQ+, dicen que se sentirían más cómodos con los servicios de largo plazo si supieran que el personal ha sido entrenado específicamente sobre las necesidades propias de los pacientes LGBTQ+. Más de 2/3 dicen que esto los haría sentir mucho más cómodos¹⁴¹.

La CIDH ha reconocido la interseccionalidad de las personas mayores en relación con su identidad de género, señalando que “la mayor parte de ellas vivieron su vida durante una época en la que no sólo no existía ningún tipo de protección legal contra la discriminación por identidad expresión de género, sino que, por el contrario, en muchos Estados existían normas que criminalizaban explícitamente a personas trans y de género diverso, así como políticas públicas persecutorias del Estado y su omisión frente a la persecución y actos de violencia en contra de personas LGBTI”¹⁴².

Estudios llevados a cabo en Costa Rica, El Salvador y Panamá concluyen que las leyes nacionales de protección de personas mayores no contemplan las particularidades de las LGBTI, por lo que colocan a las personas mayores diversas en una doble condición de vulnerabilidad y dificultan el respeto igualitario de sus derechos. En la misma línea, un estudio sobre la autopercepción de las personas adultas mayores LGBT en Guatemala señala como importantes obstáculos la ausencia de apoyo por parte del Estado, tanto en la formulación de las leyes como en su papel de defensor de los derechos vigentes¹⁴³.

Respecto de aquellos adultos mayores LGBTIQ+ que viven en zonas rurales, se ha encontrado que estos tienden a reportar peor salud física y mental que sus contrapartes que viven en zonas urbanas.

¹³⁸ Oxfam, “Tiempo para el cuidado. El trabajo de cuidados y la crisis global de desigualdad”, 2020, pág 47. Disponible en: <https://tinyurl.com/567jdama>

¹³⁹ Services & Advocacy for GBLT Elder, *Out & Visible. The experiences and attitudes of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults, ages 45 - 75*, 2014. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7rt8hz>

¹⁴⁰ CIDH, “Informe sobre Personas Trans y de Género Diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales”, 2020, párr. 109. Disponible en: <https://tinyurl.com/4ayjtnr6>

¹⁴¹ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTQ+*, mayo 2021, p. 2. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

¹⁴² Ibidem, págs. 50-51.

¹⁴³ CIDH, Derechos humanos de las personas mayores y sistemas nacionales de protección en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.doc.397/22, 31 de diciembre de 2022, págs. 75 - 76.

Esto podría deberse en gran medida a la dificultad de trasladarse a las ciudades para acceder a atención médica, salud mental y servicios sociales necesarios¹⁴⁴.

Resulta importante destacar que se ha encontrado que aquellos adultos mayores LGBTIQ+ que viven en áreas rurales tienen mayores probabilidades de haber criado hijos, en comparación con la misma población que vive en zonas urbanas. Esta es una diferenciación importante porque podría indicar que los adultos mayores que viven en áreas rurales podrían disponer de más cuidadores; sin embargo, tienen menos probabilidades de contar con apoyo relativo a su identidad de género u orientación sexual¹⁴⁵.

En cuanto hace a las personas adultas mayores LGBTIQ+ de color, éstas no solo enfrentan discriminación por edadismo, sino que además hacen frente al racismo, la homofobia, la transfobia, el clasismo y otras formas de marginación, todo lo cual afecta a su salud, bienestar y seguridad económica¹⁴⁶.

En Estados Unidos, las personas afrodescendientes que viven en residencias de adultos mayores son sometidos con mayor frecuencia a restricciones físicas, suelen desarrollar úlceras por estrés y menor probabilidad de recibir tratamientos para el dolor. Asimismo, resulta preocupante que los adultos mayores afrodescendientes constituyen la mayoría de la población de adultos mayores que viven con VIH/SIDA¹⁴⁷.

En cuanto hace a servicios de salud, las personas trans afrodescendientes de 50 años o más, tienen muchas menos probabilidades que sus pares cisgénero de acceder a revisiones médicas preventivas rutinarias y adecuadas derivado de las experiencias de discriminación en centros de salud; lo que les lleva a crear redes estrechas con sus familias elegidas para desarrollar de seguridad y atención¹⁴⁸.

Otro tema de gran preocupación para las personas adultas mayores LGBTIQ+ es la seguridad económica. De acuerdo con estudios relacionados en Estados Unidos, el 51% de la población LGBTIQ+ adulta mayor manifiesta sentirse muy preocupada o angustiada en extremo de no tener los recursos suficientes para hacerse cargo de sí mismos. Al respecto, el 42% manifestaron el temor

¹⁴⁴ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Datos sobre el envejecimiento en adultos mayores LGBTQ+ en áreas rurales*, julio 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycysvede>

¹⁴⁵ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Datos sobre el envejecimiento en adultos mayores LGBTQ+ en áreas rurales*, julio 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycysvede>

¹⁴⁶ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Equidad en salud para los adultos mayores LGBTQ+ de color*, julio 2023, p. 1. Disponible en: <https://tinyurl.com/e59ppxfm>

¹⁴⁷ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Equidad en salud para los adultos mayores LGBTQ+ de color*, julio 2023, p. 13. Disponible en: <https://tinyurl.com/e59ppxfm>

¹⁴⁸ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Equidad en salud para los adultos mayores LGBTQ+ de color*, julio 2023, p. 18. Disponible en: <https://tinyurl.com/e59ppxfm>

de agotar el dinero de su retiro antes de morir, mientras que el 44% manifestó preocupación de tener que trabajar más allá de la edad de retiro para poder ahorrar suficiente dinero¹⁴⁹.

Asimismo, el 32% de las poblaciones de la diversidad sexual y de género manifestaron temor a envejecer en soledad¹⁵⁰, aunado al hecho de que el 59% de los adultos mayores LGBTIQ+ manifiestan necesitar compañía, mientras que el 53% expresó sentirse aislado. Esto resulta particularmente preocupante, puesto que 2 de cada 5 adultos mayores han experimentado pensamientos suicidas¹⁵¹.

En cuanto hace a las personas adultas mayores intersex, la CIDH ha documentado que han vivido gran parte de sus vidas sin protecciones contra la discriminación y han experimentado el secreto médico y el paternalismo como norma, enfrentando situaciones como la falta de apoyo psicosocial, invisibilidad y aislamiento. Asimismo, su diversidad corporal puede representar un obstáculo para acceder y recibir atención médica adecuada y oportuna, acceso a registros médicos personales y la imposibilidad de obtener reparaciones por las violaciones a sus derechos humanos¹⁵².

- **El cuidado de las personas con discapacidad LGBTIQ+.**

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas ha reconocido que las personas con discapacidad lesbianas, gay, bisexuales, transgénero, queer e intersexuales deben disfrutar de igual protección con arreglo al artículo 19 y, por lo tanto, del respeto hacia sus relaciones personales e identidades¹⁵³.

Según una investigación publicada en 2012, el 36% de las mujeres LGBTQ y el 30% de los hombres de la comunidad también se identifican como personas con discapacidad. El 26% de los hombres gay y el 40% de los hombres bisexuales revelaron tener una discapacidad, al igual que el 36% de las mujeres lesbianas y el 36% de las mujeres bisexuales. Una investigación del *Movement Advancement Project* estimó que entre 3 y 5 millones de personas LGBTQ en los Estados Unidos viven con una o más discapacidades¹⁵⁴.

¹⁴⁹ Services & Advocacy for GBLT Elder, *Out & Visible. The experiences and attitudes of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults, ages 45 - 75*, 2014, p. 8. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7rt8hz>

¹⁵⁰ Services & Advocacy for GBLT Elder, *Out & Visible. The experiences and attitudes of lesbian, gay, bisexual and transgender older adults, ages 45 - 75*, 2014, p. 8. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n7rt8hz>

¹⁵¹ National Resource Center on LGBTQ+ Aging y Services & Advocacy for GBLT Elder, *Hechos acerca el envejecimiento de personas LGBTIQ+*, mayo 2021, p. 4. Disponible en: <https://tinyurl.com/2p8kf75f>

¹⁵² CIDH, CIDH llama a garantizar los derechos de las personas intersex mayores, 26 de octubre de 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/ycmhsf43>

¹⁵³ Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General núm. 5 (2017) sobre el derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, CRPD/C/GC/5, 27 de octubre de 2017.

¹⁵⁴ GLAAD, *LGBTQ People with Disabilities*. Disponible en: <https://tinyurl.com/3bz2uxhk>

De acuerdo con una investigación reciente, la discapacidad en las personas LGBTIQ+ es un 156% más prevalente que en personas cisheterosexuales, y esto aumenta a un 281% más prevalente para las personas trans en comparación con las personas cisgénero¹⁵⁵.

Los adultos LGBTIQ+, particularmente adultos trans, fueron significativamente más propensos que las poblaciones cishetero, a reportar vivir con al menos una discapacidad. De manera general, uno en cada tres adultos LGBTIQ+ reportaron vivir con discapacidad, en comparación a uno en cada cuatro adultos cisheterosexuales¹⁵⁶.

Respecto al tipo de discapacidad, los adultos LGBTIQ+ reportaron con mayor frecuencia vivir con discapacidad cognitiva. Aproximadamente una cuarta parte (24%) de los adultos cisgénero LGBQ+ y un tercio (35%) de los adultos trans informaron esto, en comparación con menos de uno de cada diez (9%) adultos cisheterosexuales¹⁵⁷.

Resulta importante destacar que las personas LGBTIQ+ y las personas con discapacidad experimentan niveles más altos de exclusión social en una variedad de entornos, incluidos los servicios comunitarios y de atención médica, así como las escuelas, los lugares de trabajo y los eventos sociales. Además, las personas LGBTIQ+ que viven con discapacidad pueden experimentar discriminación capacitista dentro de los proveedores de servicios especializados para personas de la diversidad sexual y de género, a la vez que podrían experimentar discriminación basada en la orientación sexual, identidad o expresión de género y características sexuales, por parte de proveedores de servicios especializados en personas con discapacidad¹⁵⁸.

En el mismo sentido, los profesionales de la salud a menudo carecen del conocimiento y habilidades para brindar servicios apropiados a las personas LGBTIQ+ con discapacidad, y tienden a no recibir capacitación, recursos y otros apoyos adecuados para mejorar su práctica¹⁵⁹.

Aunado a lo anterior, existe evidencia relativa a las dificultades de las personas LGBTIQ+ que viven en zonas rurales para acceder a servicios de salud accesibles, inclusivos y competentes. Las personas que viven en áreas rurales tienen más probabilidades de vivir con alguna discapacidad y

¹⁵⁵ Surfus, Chris R., "A Statistical Understanding of Disability in the LGBT Community", *Statistics and Public Policy Journal*, vol. 10, núm. 1, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/247df7pk>

¹⁵⁶ Human Rights Campaign, *Understanding Disability in the LGBTQ+ Community*, diciembre 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/yfn3ktns>

¹⁵⁷ Human Rights Campaign, *Understanding Disability in the LGBTQ+ Community*, diciembre 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/yfn3ktns>

¹⁵⁸ O'Shea, Amie, J. R. Latham, Ruth McNair, Nathan Despott, Mellem Rose, Ruby Mountford, and Patsie Frawley. "Experiences of LGBTIQ+ people with disability in healthcare and community services: Towards embracing multiple identities." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21, 2020, p. 3. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bma85hp>

¹⁵⁹ O'Shea, Amie, J. R. Latham, Ruth McNair, Nathan Despott, Mellem Rose, Ruby Mountford, and Patsie Frawley. "Experiences of LGBTIQ+ people with disability in healthcare and community services: Towards embracing multiple identities." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21, 2020, p. 3. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bma85hp>

frecuentemente se miran obligadas a viajar grandes distancias para acceder a atención especializada y oportunidad, lo que les coloca en un mayor riesgo de aislamiento y discriminación¹⁶⁰.

Resulta preocupante que en países como Estados Unidos existe una sobrerrepresentación de personas privadas de su libertad que se identifican como personas LGBTIQ+ y viven con algún tipo de discapacidad.

De acuerdo con investigaciones de 2017, las mujeres privadas de su libertad y casi el 60% de las niñas en centros de justicia juvenil pertenecen a una minoría sexual, de las cuales, hasta el 85% de la población joven LGBTIQ+ es de color. Estimaciones recientes apuntan que el 32% de las personas en prisión y el 40% de aquellas que se encuentran privadas de su libertad viven con al menos una discapacidad. Dadas estas altas tasas, es probable que las personas LGBTIQ+ y los jóvenes LGBTQ con discapacidades representen una gran proporción de la población en las prisiones, cárceles y centros de detención juvenil¹⁶¹.

Por otra parte, respecto a las redes de apoyo para personas LGBTIQ+ que viven con discapacidad, éstas han manifestado dificultades al intentar gestionar las diversas intersecciones de sus personas. Participantes en un estudio llevado a cabo en Australia señalaron sentirse "divididos" entre diferentes partes de sí mismos, el estrés de salir constantemente del armario de diferentes maneras ante diferentes personas y las dificultades para tomar decisiones sobre cuándo, cómo y a quién podían revelar información, y cuándo necesitaban hacerlo¹⁶².

Finalmente, las personas LGBTIQ+ que viven con discapacidad han denunciado vivir maltrato, no solo a través de prestadores de servicios, sino también al interior de sus propias comunidades. Esto incluyó experiencias de homofobia, bifobia y transfobia dentro de las comunidades de personas con discapacidad; mientras que al interior de comunidades LGBTIQ+ manifestaron haber vivido experiencias de capacitismo e ignorancia; lo que les llevó a experimentar sentimiento de marginación, exclusión e inseguridad¹⁶³.

En este contexto, también se debe prestar atención que, en el marco de la provisión de cuidados, la información relacionada con educación integral en sexualidad como la relacionada con igualdad de género, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la paternidad y el comportamiento

¹⁶⁰ Movement Advancement Project, Center for American Progress, National Center for Lesbian Rights, National LGBTQ Task Force, *LGBTQ People with Disabilities*, 2017. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n6u3rnb>

¹⁶¹ Movement Advancement Project, Center for American Progress, National Center for Lesbian Rights, National LGBTQ Task Force, *LGBTQ People with Disabilities*, 2019. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n6u3rnb>

¹⁶² O'Shea, Amie, J. R. Latham, Ruth McNair, Nathan Despott, Mellem Rose, Ruby Mountford, and Patsie Frawley. "Experiences of LGBTQIA+ people with disability in healthcare and community services: Towards embracing multiple identities." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21, 2020, p. 6. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bma85hp>

¹⁶³ O'Shea, Amie, J. R. Latham, Ruth McNair, Nathan Despott, Mellem Rose, Ruby Mountford, and Patsie Frawley. "Experiences of LGBTQIA+ people with disability in healthcare and community services: Towards embracing multiple identities." *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, núm. 21, 2020, p. 9. Disponible en: <https://tinyurl.com/4bma85hp>

sexual responsables, así como a la prevención de la violencia, los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual estén en formatos disponibles para personas con discapacidad y que éstos contemplen la perspectiva de la diversidad sexual y de género. Lo anterior, es particularmente relevante en el caso de las adolescencias con discapacidad¹⁶⁴.

IV. SISTEMAS DE CUIDADO EN AMÉRICA LATINA

Los sistemas nacionales de cuidado deben buscar dos grandes objetivos: en primer lugar, asegurar y garantizar el derecho al cuidado a todas las personas en situación de dependencia y, en segundo lugar, superar la división sexual del trabajo y la carga desproporcionada de trabajo de cuidados no remunerado de las mujeres estableciendo la corresponsabilidad social de los cuidados¹⁶⁵.

Si bien, todos los ordenamientos jurídicos de la región contemplan leyes que regulan, de una u otra forma, los cuidados o que inciden en las distintas dimensiones que comprenden la política de cuidados, incluso con rango constitucional, estos avances no resignifican los cuidados como tema estructural de empoderamiento económico de las mujeres, y no se realizan de manera integral y estructural¹⁶⁶. Así, conforme a la Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, el porcentaje del trabajo de cuidados no remunerados realizado por mujeres en América Latina ronda entre el 71% y 86%.

A continuación se presentan los marcos jurídicos y programáticos de algunos de los países de la región latinoamericana que se encuentran más avanzados en la garantía del derecho al cuidado. Sin embargo, cabe hacer el señalamiento de que, conforme al objeto del presente escrito de observaciones, ninguno de los sistemas de cuidados enlistados contemplan la perspectiva de la diversidad sexual y de género.

1. URUGUAY

Uruguay cuenta con el único sistema integral de cuidados consolidado en la región, que se creó luego de un largo proceso impulsado por la sociedad civil y la academia¹⁶⁷. El derecho al cuidado como un derecho social fue reconocido tras la aprobación de la Ley de Cuidados N° 19.353 en noviembre del dos mil quince. Ello permitió que todas las personas en situación de dependencia tuvieran derecho a cuidados de calidad, donde el Estado asumió la responsabilidad de garantizar su provisión efectiva¹⁶⁸. Este sistema se organiza en un esquema de prestaciones orientado a las personas mayores con dependencia, personas con discapacidad e infancias y adolescencias.

¹⁶⁴ Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 20 (2016): sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia (CRC/C/GC/20), párr. 61.

¹⁶⁵ CIDH, Guía de Implementación para la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, OEA/Ser.L/II.6.36, 2022, p. 61

¹⁶⁶ Ibidem, p. 23

¹⁶⁷ Bango, Julio y Piñero, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 36.

¹⁶⁸ Ministerio de Desarrollo Social, Conocé el Sistema Integrado de Cuidados. Disponible en <https://www.gub.uy/sistema-cuidados/comunicacion/publicaciones/conoce-sistema-nacional-integrado-cuidados>. Consultado el 10 de agosto de 2023.

El Sistema de Cuidados se integra por una Junta Nacional de Cuidados, como órgano que fija los lineamientos de la política de cuidados en el país; la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, encargada de la ejecución de los objetivos del Sistema Nacional Integrado de Cuidados; y el Comité Consultivo de Cuidados, encargado de asesorar a la Secretaría Nacional de Cuidados por medio de la Junta Nacional de Cuidados. Este último cuenta con la particularidad de encontrarse integrado por organizaciones no gubernamentales vinculadas a los temas de cuidado, instituciones académicas, trabajadoras y entidades privadas que prestan servicios de cuidado¹⁶⁹.

Relativo al ejercicio de los cuidados, de conformidad con la Encuesta sobre Uso del Tiempo y Trabajo No Remunerado, publicado por el Instituto Nacional de las Mujeres, dos terceras partes del trabajo no remunerado es realizado por mujeres, trabajando de manera remunerada siete horas en promedio menos que los hombres. Asimismo, en comparación a los hombres, las mujeres dedican diez horas semanales más al trabajo doméstico y cinco horas más al cuidado¹⁷⁰.

El condicionante al acceso a las prestaciones y servicios del Sistema Integrado de Cuidados es el estar o no en situación de dependencia y el nivel de ésta¹⁷¹. Resulta importante destacar que uno de los principios que rigen al Sistema Integrado de Cuidados es el de equidad territorial, donde se procura que todas las habitantes del país tengan oportunidad de desarrollo social equitativo, procurando evitar la segregación residencial¹⁷².

Según los datos de la Encuesta Longitudinal de Protección Social de 2013, el 11.5% de la población de más de 60 años tiene cierto grado de dependencia funcional, y esta proporción llega al 24% entre las personas mayores de 80 años. Estimaciones a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social muestran que un 12.9% de las personas de 65 años y más se encuentran en situación de dependencia¹⁷³.

Entre los servicios de atención a la dependencia, se destaca el Programa de Asistentes Personales que busca facilitar el acceso a la contratación de cuidados y/o asistencia de calidad para personas en situación de dependencia severa. Este programa ofrece un subsidio que varía entre el 33%, 67% o 100%, según el nivel de ingresos per cápita del hogar y la carga de cuidados para la contratación de una persona asistente personal durante ochenta horas mensuales¹⁷⁴. La prestación de personas asistentes personales busca facilitar el acceso a cuidados de calidad por parte de las personas en situación de dependencia severa que residen en sus domicilios particulares, en un marco de corresponsabilidad y equidad¹⁷⁵.

¹⁶⁹ Ídem.

¹⁷⁰ INE, INMUJERES, MIDES. Encuesta de uso del tiempo y trabajo no remunerado 2022.

¹⁷¹ Ministerio de Desarrollo Social, Plan Nacional de Cuidados 2021 - 2025, 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/4a9y6yma>.

¹⁷² ONU Mujeres, El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres, 2019, página 12.

¹⁷³ Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, Humanización de los cuidados. Cuidados centrados en las personas. Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia.

¹⁷⁴ ONU Mujeres, El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres, 2019, p. 21.

¹⁷⁵ Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad, Humanización de los cuidados. Cuidados centrados en las personas. Guía para cuidadores y cuidadoras en la atención de personas en situación de dependencia, p.15.

En cuanto a las infancias y adolescencias, existe un Programa de Casas Comunitarias, que constituyen un servicio de cuidado educativo dirigido a familias con infancias de 45 días hasta dos años, cuyas personas adultas referentes estén trabajando, estudiando o pretendan hacerlo. Estas casas tienen una cobertura máxima de doce plazas de atención de ocho horas diarias. Como peculiaridad, este programa pretende atender a las localidades pequeñas y al medio rural, donde se hace difícil llegar con servicios más convencionales¹⁷⁶.

Sin embargo, debe destacarse que un número importante de trabajadoras del cuidado se mantienen en condiciones de salarios bajos y precariedad laboral, puesto que la mitad de ellas no están registradas en la seguridad social. Esto debido a que realizan su trabajo en domicilios particulares y su nivel educativo es muy bajo (principalmente en el caso de las cuidadoras de personas adultas)¹⁷⁷.

2. CHILE

En Chile existe una amplia demanda de cuidados desde varios sectores de la población: infancias, adolescencias, personas mayores, y personas que viven con alguna enfermedad o condición de dependencia¹⁷⁸.

Los programas y medidas en Chile para el cuidado se encuentran dispersas en diferentes instituciones públicas como el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia, el Ministerio de la Mujer y Equidad de Género, entre otros. Estas instituciones albergan una variedad de programas destinados al cuidado de la población; sin embargo, existe una falta de coordinación y articulación entre ellos, lo que resulta en una insuficiencia de servicios de cuidado¹⁷⁹.

En 2009, se estableció un Sistema Intersectorial de Protección Social, cuya administración, coordinación y evaluación estuvo a cargo del Ministerio de Desarrollo Social; en 2010 se agregó un subsistema de Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Discapacitados; y en 2016, un subsistema Nacional de Apoyo y Cuidados, focalizado en las personas con dependencia moderada y severa que se encuentran en el 60% de la población de menores ingresos.¹⁸⁰

Desde el Estado chileno se implementan políticas y programas de cuidados que buscan, por un lado, satisfacer las demandas de personas con necesidades de cuidados y; por otro, garantizar sus derechos¹⁸¹. Recientemente, en el marco del nuevo período de gobierno se ha anunciado la creación e implementación de un Sistema Nacional de Cuidados, creado con perspectiva de género, que

¹⁷⁶ Ministerio de Desarrollo Social, Plan Nacional de Cuidados 2021 - 2025, 2021. Disponible en: <https://tinyurl.com/4a9y6yma>.

¹⁷⁷ ONU Mujeres, El sistema nacional integrado de cuidados en Uruguay: una oportunidad para el empoderamiento económico de las mujeres, 2019, p. 17.

¹⁷⁸ Arriagada Acuña, Irma, “La injusta organización social de los cuidados en Chile”, en Hirata, Helena y Araujo Guimarães, Nadya (coord.), El cuidado en América Latina, Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, 2020, p. 135.

¹⁷⁹ Bango, Julio y Piñero, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 56.

¹⁸⁰ Arriagada Acuña, Irma, “La injusta organización social de los cuidados en Chile”, en Hirata, Helena y Araujo Guimarães, Nadya (coord.), El cuidado en América Latina, Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, 2020, p. 127.

¹⁸¹ Bango, Julio y Piñero, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 20.

buscará asumir con corresponsabilidad social los cuidados que recaen fundamentalmente sobre las mujeres, teniendo como foco las infancias y adolescencias, personas con discapacidad, personas mayores con y sin dependencia y personas cuidadoras. Esta propuesta también incorpora como población objetivo del sistema a las personas que cuidan de forma no remunerada, propiciando su desarrollo y autocuidado, generando prestaciones y servicios específicos para ellas¹⁸².

Durante el año 2022, el Ministerio de Desarrollo Social y Familia creó el Registro de Personas Cuidadoras, que lleva el registro, visibilización y reconocimiento de esta población¹⁸³. Tanto las personas que ejercen cuidados como aquellas que los necesitan pueden registrarse en el Registro Social de Hogar. Estos registros tienen como objetivo recolectar información de la situación actual de las condiciones de vida de las cuidadoras. Asimismo, se les entrega una identificación que les permite acceder a atención preferente en diversos servicios públicos. A febrero del 2023, existe más de cuarenta y dos mil personas registradas¹⁸⁴.

El Plan AUGE es el instrumento que el Ministerio de Salud de Chile ha diseñado para garantizar la atención de los problemas de salud que causan más muertes, con tiempos de espera definidos por ley, copagos que protegen financieramente a las familias y estándares de calidad homogéneos, independientes del nivel de ingreso de las personas. Consiste básicamente en explicitar un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda la población¹⁸⁵.

Las garantías ofrecidas son: a) *garantía de acceso*, conforme a la cual todas las personas deberán recibir atención y ser parte de una red de salud en su lugar de residencia; b) *garantía de oportunidad*, según la cual habrá un límite máximo de tiempo, preestablecido, para asegurar tanto la primera atención de las personas, como la atención post diagnóstico; c) *garantía de calidad*, según la cual las prestaciones seguirán patrones de exigencia técnica preestablecidos y contruados a partir de pruebas de evidencia medica; d) *garantía de cobertura financiera*, en virtud de la cual el pago de las prestaciones no será un obstáculo para recibir los servicios asociados al sistema AUGE y sus patologías; e) *Medicamentos ambulatorios*, se garantiza cobertura financiera (20% de arancel de referencia) cuando el tratamiento AUGE requiera de este tipo de medicamentos; y f) *Examen de medicina preventiva*, las instituciones de salud previsional privada (ISAPRES) deben proporcionar a todos sus afiliados un examen preventivo sin costo¹⁸⁶.

De acuerdo con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, en 2006, la oferta de cuidado infantil era insuficiente y de baja calidad; una de cada tres mujeres chilenas entre los 30 y 39 años reportaba no buscar trabajo porque no tenía con quién dejar a sus hijos. Para 2010, Chile se encontraba entre los países de América Latina con mayor inversión y oferta pública de servicios sociales para infancias¹⁸⁷.

¹⁸² Ibidem, p. 22.

¹⁸³ Ídem.

¹⁸⁴ Bango, Julio y Piñeiro, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 23.

¹⁸⁵ Arriagada, Irma. "La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile." Santiago: ONU Mujeres-CEM, 2010, p. 18.

¹⁸⁶ Ídem.

¹⁸⁷ Arriagada, Irma. "La organización social de los cuidados y vulneración de derechos en Chile." Santiago: ONU Mujeres-CEM, 2010, p. 24.

Desde el 2003, el Ministerio de Salud de Chile ha adoptado medidas de protección de la salud para población migrante, con énfasis en la atención de mujeres embarazadas. Todas las personas migrantes tienen derecho a acceder a prestaciones de salud pública, tales como: métodos de regulación de fertilidad, controles nutricionales, vacunas, mamografías, papanicolaou, atención de infecciones de transmisión sexual, entre otras. En casos de urgencias médica que signifique un riesgo para la vida y con independencia de la situación migratoria, las personas migrantes tienen derecho a su atención en cualquier establecimiento público o privado de salud¹⁸⁸.

Resulta interesante que de acuerdo con la Ley 21325 sobre migración y extranjería, las personas migrantes gozan de la protección de derechos laborales, acceso a la salud, seguridad social, educación, vivienda, entre otros. En el caso de migrantes que no tengan regularizada su situación migratoria y que no poseen cédula de identidad chilena, tienen derecho a la atención gratuita en igualdad de condiciones que las nacionales chilenas, a través de salud a través del sistema público de salud en casos de urgencia, embarazo y parto¹⁸⁹.

Respecto a la situación de personas en situación de dependencia, sus cuidadores y red de apoyo, desde 2015 opera el programa *Chile Cuida*; éste es un subsistema de apoyos que consiste en visitas a los hogares con el objetivo de facilitar el acceso a la red de servicios que entrega el Estado, como ayudas técnicas, orientación, atención domiciliaria, adaptaciones en el hogar, entre otros¹⁹⁰.

Respecto al cuidado de personas mayores, existe el programa de Política Integral de Envejecimiento Positivo (2012 – 2025), mismo que establece un modelo a largo plazo para atender la funcionalidad y autonomía de las personas mayores en el país. Esta política se tradujo en tres programas sociales fundamentales, diferenciados de acuerdo con el nivel de dependencia: i) centros diurnos para los mayores con nivel de dependencia leve; ii) cuidados domiciliarios para las personas mayores con dependencia moderada o severa, que pueden continuar residiendo en sus casas y iii) un subsidio a los establecimientos de larga estadía administrados por instituciones sin fines de lucro, para personas mayores con dependencia severa¹⁹¹.

Respecto al cuidado de infancias y sus familias, existe el subsistema de protección integral a la infancia, llamado *Chile Crece Contigo*, cuya misión es acompañar, proteger y apoyar a través de un sistema de intervenciones sociales de carácter universal y otras prestaciones diferenciadas para infancias en situación de vulnerabilidad. Chile Crece Contigo entrega a las infancias un acceso expedito a los servicios y prestaciones que atienden sus necesidades y apoyan su desarrollo en cada

¹⁸⁸ Organización Panamericana de la Salud, “Intervenciones de “Duplas Sociosanitarias” en Chile llegan a casi 10 mil personas durante el primer trimestre del año”, consultado el 1 de agosto, 2023, disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/21-4-2023-intervenciones-duplas-sociosanitarias-chile-llegan-casi-10-mil-personas-durante>.

¹⁸⁹ Ministerio de Salud, Salud del Migrante, consultado el 1 de agosto 2023, disponible en <https://www.minsal.cl/salud-del-inmigrante/>.

¹⁹⁰ Bango, Julio y Piñero, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 22

¹⁹¹ Arriagada Acuña, Irma, “La injusta organización social de los cuidados en Chile”, en Hirata, Helena y Araujo Guimarães, Nadya (coord.), El cuidado en América Latina, Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, 2020, p. 144.

etapa de su crecimiento. Adicionalmente, apoya a las familias y a las comunidades donde las infancias crecen y se desarrollan, de forma que existan las condiciones adecuadas en un entorno amigable, inclusivo y acogedor¹⁹².

Chile contigo se compone de diversos programas como el Programa de Apoyo al Desarrollo Social (dirigido al control prenatal, atención del parto, controles posnatales), Programa de Apoyo al Recién Nacido (orientado a proveer las mejores condiciones de crecimiento y cuidado de las infancias desde su nacimiento a través de elementos educativos, cuidados básicos, entre otros), Prestaciones de acceso preferente (dirigidas a infancias y sus familias que formen parte del 40% más pobre del país), entre otros¹⁹³.

Asimismo, existen servicios gratuitos de salas de cuna y jardines infantiles para estudiantes con hijos pequeños. En algunos casos, los centros de cuidados son exclusivos para los hijos de los estudiantes de las universidades y en otros, tienen acceso preferencial. Destacan la Universidad de Chile, de Santiago, de Los Lagos, de Talca, del Biobío, de Magallanes, de la Frontera, UMCE, entre otras. Asimismo, son importantes los beneficios que ofrecen para apoyar a los estudiantes que tienen hijos, como becas, mayor flexibilidad en la toma de ramos, justificaciones de ausencia a las clases; entre otras, que impulsan la corresponsabilidad de género en el cuidado¹⁹⁴.

La protección de la maternidad se creó como una forma de resguardar la salud de la madre y la infancia por nacer durante sus primeras semanas de vida. Si bien no se estableció con el objetivo explícito de conciliar vida laboral y familiar, ha tenido efectos importantes en esa línea. De hecho, esta protección es básicamente la única medida con efectos conciliatorios presente en la legislación laboral de Chile. El Código del Trabajo establece el derecho a un descanso de maternidad de prenatal de seis semanas antes del parto y de posnatal de doce semanas después del parto. También existe el posnatal parental: doce o dieciocho semanas (dependiendo de si la madre se queda en casa o si regresa a trabajar por media jornada) después del posnatal. Durante ese período, las trabajadoras percibirán un subsidio a cargo del Estado, equivalente a la totalidad de las remuneraciones y asignaciones anteriores. A esto se suma el fuero que establece que, durante el período de embarazo y hasta un año después de expirado el descanso de maternidad, la trabajadora no puede ser despedida de su puesto de trabajo¹⁹⁵.

3. ARGENTINA

¹⁹² Chile Atiende, Chile Crece Contigo, consultado el 1 de agosto, 2023. Disponible en <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/2161-chile-crece-contigo>.

¹⁹³ Ídem.

¹⁹⁴ Bango, Julio y Piñeiro, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 28.

¹⁹⁵ Arriagada Acuña, Irma, “La injusta organización social de los cuidados en Chile”, en Hirata, Helena y Araujo Guimarães, Nadya (coord.), El cuidado en América Latina, Buenos Aires, Fundación Medifé Edita, 2020, p. 140.

En sintonía con lo que ocurre en América Latina y el Caribe, Argentina se caracteriza por un contexto familiar y feminizado de la organización social del cuidado. Esto significa que el cuidado se resuelve principalmente en el ámbito privado de los hogares¹⁹⁶.

En Argentina, el trabajo doméstico y de cuidados es realizado mayormente por mujeres. Datos correspondientes a 2013, informan que las mujeres dedicaban cuatro horas y veintiocho minutos diarios al cuidado no remunerado, en comparación a los hombres, quienes dedicaban una hora y cincuenta y cinco minutos. Según los datos provenientes de la Encuesta de Uso del Tiempo, en el año 2016, para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el tiempo diario promedio destinado por las mujeres al trabajo doméstico era de 3 horas 27 minutos (frente a 1 hora 57 minutos de los varones) y 5 horas 27 minutos al trabajo de cuidado de miembros del hogar (frente a 3 horas 42 minutos de los varones). Mientras tanto, el tiempo diario promedio destinado por las mujeres al trabajo para el mercado solo disminuye en una hora, frente a las casi 9 horas que alcanzan los varones; lo que indica la mayor carga global de trabajo que realizan las mujeres¹⁹⁷.

En Argentina, el 9.5% de las personas mayores presenta dependencia básica, mientras que el 21.9% tiene dependencia instrumental. Ambos tipos de dependencia aumentan en el grupo de edad más avanzada. En el caso de la dependencia básica, la incidencia pasa de 4.9% en el grupo de personas de 60 a 74 años y al 20.7% para las personas de 75 años y más. En el caso de la dependencia instrumental, el porcentaje casi se triplica al pasar del 14% al 41%. Respecto a los trabajos de cuidado, éste recae fundamentalmente en la familia (77.4%) o en personas allegadas (amigas, vecinas, otras) (7%), y en menor medida es derivado a personas que realizan estas tareas de manera remunerada (15,7%), tratándose tanto de personas cuidadoras especializadas o no especializadas¹⁹⁸.

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores se encarga de la coordinación de acciones públicas federales relacionadas a las personas mayores, mientras que el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados se especializa en la atención sanitaria y social de las personas mayores¹⁹⁹.

La principal política pública nacional de cuidado directo para las personas mayores es el programa de cuidadores domiciliarios. El programa está destinado a personas mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas o terminales que por diversas razones necesitan ayuda en su domicilio para las actividades de la vida diaria. Este programa cuenta con un componente destinado a la formación de personas cuidadoras, y otro de prestación directa de cuidado en los domicilios de las personas beneficiarias. Este último está destinado a las personas mayores que se encuentran en situación de pobreza por ingresos y/o si tiene familiares, que no lo puedan atender por razones de distancia, laborales, composición familiar, enfermedad o incapacidad física o psíquica u otras evaluadas por la o el trabajador social; o que los familiares obligados por ley a prestar asistencia tengan ingresos insuficientes²⁰⁰.

¹⁹⁶ Rodríguez Enríquez, Corina y Fraga, Cecilia, *La organización social del cuidado. Una mirada global a los principales desafíos y las posibles alternativas para una agenda sindical feminista*, 2021, p. 15.

¹⁹⁷ *Ibidem*, pp. 9 – 10.

¹⁹⁸ Enríquez, Corina Rodríguez, Gabriela Marzonetto, and Virginia Alonso. "Organización social del cuidado en la Argentina." *Estudios del Trabajo. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo*, núm. 58, 2019, p. 15.

¹⁹⁹ *Ibidem*, pp. 15 – 16.

²⁰⁰ *Ídem*.

Además de lo anterior, la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores cuenta con un programa de cuidado directo en domicilios y un servicio de residencias de larga estadía, contando a 2019 con nueve residencias en Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires que brindan cuidados y atención integral a personas mayores²⁰¹.

Respecto al cuidado de personas con discapacidad, existe un certificado único de discapacidad que otorga cobertura total de salud en medicamentos, tratamientos y prótesis; acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia; turismo accesible y exención de impuestos municipales, pensiones específicas de acuerdo con el tipo de discapacidad, entre otras²⁰².

Por otra parte, relativo a quienes ejercen cuidados de forma remunerada, Argentina fue ubicada por la Organización Internacional del Trabajo en el nivel medio a alto de empleo en los sectores de cuidados, con alta proporción en el servicio doméstico. Si bien ha habido avances para la formalización de los empleos del sector de cuidados, como la sanción de la Ley 26.844 sobre el régimen especial de contrato de trabajo para el personal de casas particulares, en la práctica continúa siendo un trabajo de baja remuneración, reconocimiento y menor grado de protección en la seguridad social²⁰³.

Asimismo, las trabajadoras del cuidado cuentan con condiciones de empleo precarias, particularmente quienes realizan trabajo doméstico y de cuidado en casas particulares. Este sector es mayormente femenino y compuesto por una gran cantidad de personas migrantes, particularmente de Bolivia, Paraguay y Perú. De forma general, las personas trabajadoras migrantes se concentran en las ocupaciones con remuneraciones más bajas y peores condiciones. En el sector de los cuidados, la concentración de población migrante es alta en el trabajo en casas particulares, pero también en los sectores más precarizados del cuidado de la salud²⁰⁴.

4. MÉXICO

De los más de 33 millones de hogares que existen en México, el 72% brinda cuidado a alguna de sus integrantes ya sea porque requieren los cuidados propios de su edad o por la razón de que necesitan atención especial. Del total de hogares que proporcionaron cuidado a alguno de sus integrantes, el 14.3% lo dio a personas de 60 o más años, y el 11.6%, cuidados especiales por enfermedad crónica, temporal o discapacidad de alguna integrante del hogar²⁰⁵.

El problema central identificado es que existen necesidades insatisfechas de cuidados de largo plazo en la población mayor; es decir, las personas mayores que han perdido su autonomía parcial o

²⁰¹ Enríquez, Corina Rodríguez, Gabriela Marzonetto, and Virginia Alonso. "Organización social del cuidado en la Argentina." *Estudios del Trabajo*. Revista de la Asociación Argentina de Especialistas en Estudios del Trabajo, núm. 58, 2019, p. 17.

²⁰² *Ibidem*, p. 23.

²⁰³ Rodríguez Enríquez, Corina y Fraga, Cecilia, *La organización social del cuidado. Una mirada global a los principales desafíos y las posibles alternativas para una agenda sindical feminista*, 2021, p. 19.

²⁰⁴ *Ídem*.

²⁰⁵ Consejo Nacional de Evaluación de la Política Pública de Desarrollo Social, *Qué funciona y qué no en cuidados de largo plazo para personas adultas mayores*, Ciudad de México, México, CONEVAL, 2019, p. 9.

totalmente y requieren ayuda de otra persona para sus actividades en la vida diaria no reciben atención de manera adecuada, accesible y oportuna²⁰⁶.

En México no existe una política nacional ni programas específicos enfocados en la provisión de cuidados de largo plazo. Se tienen dos esferas principales: el cuidado institucional y el cuidado, formal o informal, que se brinda en el hogar. En cuanto a los cuidados y la atención institucional, se considera, por una parte, las instituciones públicas y, por otra, las privadas, las cuales, dependiendo de su naturaleza jurídica y objetivo, pueden ser lucrativas, o no. Aunque los servicios privados lucrativos podrían impactar de modo importante en la oferta de servicios para las personas mayores, estos permanecen fuera del alcance de la mayoría por sus altos costos. A su vez, las instituciones no lucrativas con servicios gratuitos o cuotas mínimas de recuperación no cubren la creciente demanda²⁰⁷.

Los servicios sociales y de salud organizados en estrategias de cuidados de largo plazo para las personas mayores en México son todavía escasos y divididos entre distintas instituciones, al no haber una política nacional ni programas específicos de cuidados de largo plazo. En el ámbito federal, existe un programa cuya población objetivo son personas mayores, mientras que en el estatal existen 40 programas en 20 estados. Sin embargo, ninguno de ellos se puede clasificar como de cuidados de largo plazo²⁰⁸.

En el ámbito federal, el Programa Nacional de Pensión para Adultos Mayores otorga apoyos monetarios a personas mayores cada dos meses. En el ámbito estatal, algunos programas se enfocan a las necesidades de esta población: 14 entidades implementan programas que buscan atender requerimientos de salud o de bienestar en general; 11 ofrecen programas que atienden necesidades económicas; y 7, programas orientados a capacitar o asesorar a las personas mayores en diversas áreas²⁰⁹.

Resulta pertinente destacar que México cuenta con el Programa Beca de Apoyo a la Educación de Madres Jóvenes y Jóvenes Embarazadas, mismo que busca atender los efectos derivados del embarazo adolescente, cuyo objetivo es propiciar que aquellas jóvenes embarazadas o que son madres, entre los doce y los dieciocho años accedan, permanezcan y concluyan la educación básica por medio de una transferencia monetaria. Sin embargo, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, a través de una evaluación de dicho programa, concluyó que este programa no es decisivo para que su población objetivo concluya la educación básica, aunque sí tiene un impacto positivo en la reinscripción escolar, posterior al embarazo o maternidad adolescente²¹⁰.

Respecto al cuidado de infancias, la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social del 2017, encontró que la principal persona que se hace cargo de los cuidados de las infancias menores de cinco años son las madres de los infantes (73.9%), seguido de las abuelas (14.1%) y de otras

²⁰⁶ Ibidem, p. 16.

²⁰⁷ Ibidem, p. 9.

²⁰⁸ Ibidem, p. 19.

²⁰⁹ Ídem.

²¹⁰ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, El embarazo en la adolescencia y el acceso a educación y servicios de salud sexual y reproductiva: un estudio exploratorio, Ciudad de México, CONEVAL, 2022, p. 16.

personas, ya sean familiares o no familiares (7.1%)²¹¹. Si bien, existen apoyos para la alimentación para los hogares más vulnerables (como el Programa de Abasto Social de Leche), las familias beneficiarias de éstos reportan recibirlos esporádicamente o por única ocasión²¹².

En materia de centros de atención infantil, estos están regulados en México por la Ley General de Prestación de Servicios para la Atención, Cuidado y Desarrollo Integral Infantil, misma que norma a los sectores privados como sociales que prestan servicios de atención. Esta Ley define a los Centros de Atención Infantil (CAI), como “... espacios, cualquiera que sea su denominación de modalidad pública, privada o mixta, donde se prestan servicios para la atención, cuidado y desarrollo integral infantil en un marco de ejercicio pleno de los derechos de niñas y niños desde los cuarenta y tres días de nacido...”²¹³.

Para el caso de los centros infantiles públicos, el horario de atención en casi todos los casos es diurno (de 7:00 a 18:00 horas) solo con algunas excepciones, lo que provoca que aquellas personas cuyos trabajos son nocturnos no puedan acceder a estos servicios²¹⁴. Por otra parte, de acuerdo con cifras del gobierno federal, en México viven 6.2 millones de personas con discapacidad. Uno de los programas federales para favorecer el acceso a mejores niveles de bienestar y abatir la desigualdad social de este grupo es el programa de Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente, el cual consiste en un apoyo económico de dos mil novecientos cincuenta pesos entregados de manera bimestral. Sin embargo, debe destacarse que, para acceder a este programa, la persona debe tener entre cero y veintinueve años y vivir con una discapacidad, lo que deja fuera a otros grupos de población como personas mayores²¹⁵.

Respecto a la situación de cuidados de este grupo de población, *Disability Rights International*, organización dedicada a la promoción de los derechos de las personas con discapacidad, encontró que en México existe una gran falta de apoyo para las familias de infancias y adolescencias que viven con discapacidad, lo que obliga a padres a entregar a sus hijos a instituciones de asistencia²¹⁶.

Para su informe *Crímenes de lesa humanidad. Décadas de violencia y abuso en las instituciones para niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad*, esta organización visitó veintiún instituciones de asistencia para infancias y adolescencias con discapacidad, encontrando que el 86% de estas utilizaba métodos de sujeción física, química y aislamiento y en el 25% de los casos, estas se aplicaban a infancias y adolescencias²¹⁷.

Asimismo, se halló que ninguna de las instituciones visitadas contaba con planes individualizados para reintegrar a las infancias y adolescencias a un entorno familiar y que en el 65% de los casos, éstos no estaban recibiendo ningún tipo de habilitación o rehabilitación y no recibían educación.

²¹¹ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México, Ciudad de México, CONEVAL, 2023, p. 38.

²¹² *Ibidem*, p. 98.

²¹³ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, Diagnóstico y mapeo de evidencia sobre cuidado infantil, CONEVAL, 2022, p. 26 - 27.

²¹⁴ *Ibidem*, p. 29.

²¹⁵ Programas para el Bienestar, Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad, consultado el 12 de agosto, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/2pnxcbu6>.

²¹⁶ *Disability Rights International, Crímenes de lesa humanidad. Décadas de violencia y abuso en las instituciones para niñas, niños, adolescentes y adultos con discapacidad*, 2020, p. 7

²¹⁷ *Ídem*.

Resulta preocupante que, de acuerdo con estos hallazgos, las infancias y adolescencias son detenidos indefinidamente y permanecen segregados de la sociedad incluso después de cumplir la mayoría de edad²¹⁸.

5. COSTA RICA

Desde 2014, Costa Rica implementó la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil a través de la Ley no. 9220, cuyos objetivos son los de prestar atención integral al cuidado de la población infantil, permitiendo la incorporación de las mujeres al mercado laboral²¹⁹. Este sistema de cuidado y desarrollo infantil pretende ser de acceso público, universal, con financiamiento solidario, que articula diferentes modalidades de prestación pública y privadas de servicios para infancias de 0 a 6 años. El programa se plantea como objetivos adicionales promover la corresponsabilidad social y articula diferentes actores, alternativas y servicios de cuidado y desarrollo infantil²²⁰.

En 2016 la Ley para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad estableció derechos para esta población y deberes para sus familiares o personas responsables creando además el Programa para la Promoción de la Autonomía Personal de las Personas con Discapacidad, como una prestación económica estatal, y la Unidad de Autonomía Personal y Vida Independiente del Consejo Nacional de Personas con Discapacidad (CONAPDIS), a cargo del programa²²¹.

Por otra parte, en 2021, Costa Rica lanzó la Política Nacional de Cuidados, con un horizonte hacia 2031. El modelo nació como respuesta a dos fenómenos: las tendencias de envejecimiento de la sociedad, y la carga desproporcionada sobre las mujeres en esas labores de cuidado. Los objetivos de esta política son dos: llegar al 80% de las personas en situación de dependencia severa y el 60% de las personas en situación de dependencia. Para lograrlo el país tendrá que invertir un 0.5% del PIB anual hasta 2030²²².

6. COLOMBIA

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de Colombia, realizada en 2015, se encontró que el 80% de las actividades domésticas de cuidado y de mantenimiento del hogar recaen en las mujeres y en un 50% lo que hace respecto al cuidado de hijos²²³.

²¹⁸ Ídem.

²¹⁹ CEPAL, Ley N° 9.220. Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil en Costa Rica: un ejemplo de sistemas públicos de cuidados, 2014. Disponible en: <https://tinyurl.com/mumax9ma>.

²²⁰ Bango, Julio y Piñeiro, Viviana, Políticas de cuidados en América Latina y el Caribe. Avances y desafíos en su implementación, Madrid, 2022, p. 25.

²²¹ Ídem.

²²² Olmos, R. y Toledo, M., Sistema Nacional de Cuidados: las lecciones que llegan desde Uruguay y Costa Rica, 16 de mayo de 2022, consultado el 2 de agosto de 2023, disponible en <https://tinyurl.com/bdcmkkr2p>.

²²³ Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia", 2015, p. 44. Disponible en: <https://tinyurl.com/2dpfdr95>

La misma encuesta refiere que 10.4% de las mujeres entre 13 y 49 años se encarga del cuidado de otros parientes, personas enfermas o personas con discapacidad, mientras que sólo el 1.4 % de las hombres en el mismo rango de edad asumen estas labores²²⁴.

En cuanto hace a la proporción de gastos entre hombres y mujeres que viven en unión, se ha encontrado que, en la mayoría de los casos, los hombres aportan todos o más de la mitad de sus ingresos a los gastos del hogar. Sin embargo, se han encontrado casos donde las mujeres aportan al menos la mitad de su salario a este concepto, sin que ello implique una mayor participación de los hombres en el ámbito doméstico y del cuidado, lo que termina por evidenciar la injusta distribución de los trabajos de cuidados²²⁵.

Esta injusta distribución de los trabajos de cuidado puede ser observada a través de los datos de la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2016 – 2017. De acuerdo con este instrumento, las personas que cuidan invierten 5 horas y 42 minutos en el trabajo no remunerado y sólo 2 horas en cuidados directos. El 90% de las mujeres participan en la provisión de este trabajo, dedicando en promedio 7 horas y 14 minutos diarios en promedio, el doble de tiempo en comparación con los hombres, quienes dedican 3 horas y 25 minutos por día en promedio, con una participación del 62%²²⁶.

De acuerdo con los datos de la misma encuesta para el período comprendido entre 2020 – 2021, el tiempo dedicado a las actividades de trabajo no remunerado se han ha aumentado para las mujeres (/ horas y 44 minutos diarios en promedio), mientras que los hombres ahora dedican menos tiempo (3 horas y 6 minutos diarios en promedio)²²⁷.

Respecto a políticas exitosas de cuidado, cabe destacar el Sistema Distrital de Cuidados de Bogotá, mismo que articula programas y servicios que buscan atender las demandas de cuidado, mediante un enfoque de corresponsabilidad social entre el Distrito, la Nación, el sector privado, las comunidades y los hogares. Los objetivos de dicho sistema son el reconocer el trabajo de cuidado y valorar la tarea de quienes lo realizan, redistribuir el cuidado entre hombres y mujeres y reducir los tiempos de trabajo de cuidado no remunerado²²⁸.

Uno de los dispositivos que se han implementado son las “Manzanas del Cuidado”. Se trata de áreas que concentran servicios de cuidado, nuevos y existentes con un criterio de proximidad que permite

²²⁴ Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia. "Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia", 2015, p. 47. Disponible en: <https://tinyurl.com/2dpfdr95>

²²⁵ Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, “Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDS Colombia. Resumen Ejecutivo”, 2015, p. 89. Disponible en: <https://tinyurl.com/bzkd2wz2>

²²⁶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, *Tiempo de cuidados: las cifras de la desigualdad*, ONU Mujeres, 2020. Disponible en: <https://tinyurl.com/33ey8ue8>

²²⁷ Departamento Administrativo Nacional de Estadística, *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2020 – 2021*. Disponible en: <https://tinyurl.com/33ey8ue8>

²²⁸ Política de cuidados en América Latina y el Caribe, avances y desafíos en su implementación, Madrid, Julio Bango y Viviana Piñero, 2022, p. 24.

que las usuarias accedan a ellos sin tener que caminar más de 20 minutos. Esto busca asegurar la provisión de servicios tanto a quienes cuidan como a quienes requieren cuidados²²⁹.

Entre los servicios que se ofrecen se encuentra la educación flexible para terminar los estudios de primaria o bachillerato, talleres de emprendimiento, certificación en saberes de cuidado, actividades físicas como gimnasia y yoga, talleres sobre la redistribución del cuidado, entre otras. Entre los servicios que se ofrecen a las personas que requieren cuidado se encuentran actividades lúdicas para niños, actividades físicas enfocadas en adultos mayores, rehabilitación basada en comunidad enfocada a personas que viven con discapacidad, entre otras²³⁰.

Cabe mencionar que las Manzanas del Cuidado, priorizan la pobreza, la densidad de cuidadoras y el presupuesto participativo. Este programa también cuenta con unidades móviles, mismas que han dado más de siete mil atenciones: 2.8 mil en zonas rurales y 4 mil en zonas urbanas²³¹.

Resulta importante señalar que este sistema cuenta con una Comisión Intersectorial de Cuidado, que cuenta con mecanismos de participación y seguimiento, integrado, entre otros, por el Consejo Consultivo LGBT. Esta integración busca coordinar, articular y gestionar la intersectorialidad del Sistema²³².

7. PROPUESTA DE INDICADORES PARA EL MONITOREO DEL DERECHO AL CUIDADO DE LAS PERSONAS LGBTIQ+.

Coincidiendo con el criterio del Grupo de Trabajo del Protocolo de San Salvador, conviene decir que, en virtud de que el principio de igualdad y no discriminación es rector de la metodología empleada para elaborar la propuesta de los indicadores sobre el derecho al cuidado, la mayor parte de ellos son susceptibles de observarse desde la mirada de la diversidad sexual y de género. No obstante, la complejidad de relevar información varía en dificultad de indicador a indicador. Así, a continuación, se realiza una selección de los indicadores que se estiman más operacionalizables, además de una serie de recomendaciones acerca de herramientas que pueden asistir a los Estados Parte a allegarse de los datos necesarios para monitorear la satisfacción del derecho al cuidado de las personas LGBTIQ+²³³:

RECEPCIÓN DEL DERECHO

Indicadores de Proceso

²²⁹ Política de cuidados en América Latina y el Caribe, avances y desafíos en su implementación, Madrid, Julio Bango y Viviana Piñeiro, 2022, p. 24.

²³⁰ Laura Judith Ramírez, *53,178 personas fueron beneficiadas con las Manzanas del Cuidado en 2021*, 3 de enero de 2022. Disponible en: <https://tinyurl.com/3h2rdxkm>

²³¹ ONU, *Sistema Distrital del Cuidado*, 2023. Disponible en: <https://tinyurl.com/yc5j7yak>

²³² Política de cuidados en América Latina y el Caribe, avances y desafíos en su implementación, Madrid, Julio Bango y Viviana Piñeiro, 2022, p. 24.

²³³ OEA, GTPSS, Guía para la operacionalización de los indicadores del Protocolo de San Salvador desde una mirada transversal LGBTI, pág. 45.

-Incorporación de la información producida por instancias internacionales y nacionales relacionada con los cuidados en el diseño de los planes nacional y provinciales de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los datos relacionados con acceso a derechos, discriminación y violencia hacia personas LGBTIQ+.

CONTEXTO FINANCIERO Y PRESUPUESTARIO

Indicadores Estructurales

-Existencia de legislación que disponga la creación de presupuestos sensibles al género.

Consideración: Considerar la existencia de anexos presupuestales que den cuenta de la inversión pública destinada a las personas de la diversidad sexual y de género.

CAPACIDADES ESTATALES

Indicadores Estructurales

-Existencia de mecanismos de coordinación interinstitucional y multisectorial entre instancias ejecutoras de todos los niveles de gobierno relacionadas con los planes nacional y provinciales de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta a las instituciones públicas encargadas del diseño, ejecución y evaluación de las políticas LGBTIQ+.

Indicadores de Proceso

-Existencia de procesos institucionalizados, manuales de operación y otras directrices para la implementación de los planes nacional y provinciales de cuidados.

Consideración: Inclusión de las personas LGBTIQ+ como beneficiarias de los sistemas de cuidado.

-Existencia de personal suficiente y capacitado para implementar los planes nacionales y provinciales de cuidados en apego al enfoque basado en derechos humanos.

Consideración: Considerar la capacitación en materia de diversidad sexual y de género al personal encargado de las prestaciones del sistema de cuidados.

Indicadores de Resultado

-Existencia de indicadores socioeconómicos dentro del aparato del Estado que permitan dar seguimiento al impacto de los planes nacional y provinciales de cuidados.

Consideración: Inclusión de indicadores que referencien a las poblaciones de la diversidad sexual y de género.

IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN

Indicadores Estructurales

-Inclusión del principio de igualdad y no discriminación en la legislación específica interna del Estado en materia de derecho al cuidado.

Consideración: Inclusión de la orientación sexual, identidad de género, expresión de género y características sexuales como categorías protegidas.

Indicadores de Proceso

-Inclusión del enfoque territorial (concentración de la pobreza, incidencia de violencias), la perspectiva de género y la mirada interseccional para la focalización y asignación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Consideración de obstáculos económicos, legales, administrativos y físicos que enfrentan los grupos prioritarios en el diseño e implementación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Accesibilidad (desde el enfoque territorial, la perspectiva de género y la mirada interseccional) de los mecanismos de convocatoria, aplicación, entrega e implementación de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Incorporación del enfoque territorial, la perspectiva de género y la mirada interseccional en los requerimientos u otras condicionalidades de las prestaciones que conforman los planes nacionales y provinciales de cuidados con el fin de que no resulten en exclusión.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

Indicadores de Resultado

-Distribución por género del trabajo doméstico y de cuidado no remunerado.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Participación desagregada por género en el sector formal laboral.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Tiempo dedicado a actividades de ocio y recreación diferenciado por género. **Consideración:** Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Porcentaje de infancias y adolescencias cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Porcentaje de personas mayores cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Porcentaje de personas con discapacidad cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Porcentaje de personas dependientes con enfermedad grave o crónica cubiertas por las prestaciones contempladas por el PNC o su equivalente a nivel nacional.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Porcentaje de personas cuidadoras dedicadas al trabajo no remunerado que son beneficiarias del régimen de seguridad social.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

- Porcentaje de personas cuidadoras remuneradas que son beneficiarias del régimen de seguridad social.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

ACCESO A LA INFORMACIÓN Y PARTICIPACIÓN

Indicadores Estructurales

-Existencia de normativa que garantice el derecho a participar en el diseño, monitoreo y evaluación de los sistemas de cuidado de manera sencilla, accesible y rápida.

Consideración: Inclusión de las personas de la diversidad sexual y de género en los mecanismos de participación.

-Existencia, accesibilidad, cobertura, presupuesto y jurisdicción de sistemas estadísticos relacionados con los sistemas de cuidados.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los sistemas estadísticos.

-Incorporación de los estándares internacionalmente aceptados de privacidad y confidencialidad en los programas a evaluar, incluyendo la no divulgación información personal o el uso de información para fines diferentes a los sistemas sin consentimiento de las derechohabientes.

Consideración: Observar los estándares de protección de datos personales del Experto Independiente SOGI de las Naciones Unidas.

-Número de organizaciones de la sociedad civil registradas que participan en la promoción y protección del derecho a los cuidados.

Consideración: Inclusión de las organizaciones que se dedican a la defensa y promoción de los derechos de las personas de la diversidad sexual y de género.

Indicadores de Proceso

-Participación de las derechohabientes considerando el enfoque territorial, la perspectiva de género y una mirada interseccional en el diseño, monitoreo y evaluación de los sistemas de cuidado.

Consideración: Inclusión de las personas de la diversidad sexual y de género en los mecanismos de participación.

-Claridad de los criterios para la inscripción y selección de las derechohabientes, considerando la utilización de un lenguaje ciudadano, culturalmente accesible e incluyente.

Consideración: Utilización de un lenguaje inclusivo y no estigmatizante de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Existencia de padrones de personas derechohabientes públicos con sujeción a las legislaciones de protección de datos personales de los sistemas de cuidados.

Consideración: Observar los estándares de protección de datos personales del Experto Independiente SOGI de las Naciones Unidas.

-Existencia y publicación de informes de resultados de los sistemas de cuidado.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Existencia, cobertura y periodicidad de campañas de difusión de los sistemas de cuidado.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

-Existencia, cobertura y periodicidad de campañas de sensibilización sobre la corresponsabilidad social y familiar de los cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

Indicadores de Resultado

-Encuestas y/o estudios sobre el reconocimiento, entendimiento y satisfacción de los sistemas de cuidado.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

ACCESO A LA JUSTICIA

Indicadores de Proceso

-Difusión de la posibilidad de accionar los mecanismos de protección de los derechos humanos y prevención de la discriminación ante actos violatorios por parte de las autoridades ejecutoras de los sistemas de cuidados.

Consideración: Tomar en cuenta los contextos diferenciados de las personas de la diversidad sexual y de género.

Indicadores de Resultado

-Porcentaje de sugerencias, quejas y denuncias relativas a los sistemas de cuidados recibidas, investigadas y resueltas por las instancias ejecutoras; las instancias nacionales de defensa de los derechos humanos y prevención de la discriminación; y tribunales de justicia.

Consideración: Inclusión de categorías de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los instrumentos de medición.

-Antecedentes jurisprudenciales existentes en torno a la garantía del derecho al cuidado.

Consideración: Desagregar resoluciones relacionados con el acceso a la justicia de personas de la diversidad sexual y de género.

V. RECOMENDACIONES

En consecuencia y bajo el contexto anteriormente enunciado, se solicita a la Corte Interamericana de Derechos Humanos la consideración de las siguientes recomendaciones a los Estados Americanos:

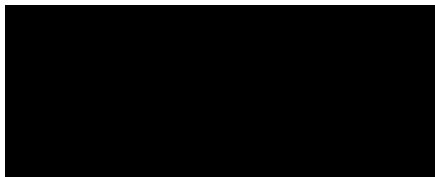
- i. El reconocimiento del derecho al cuidado a nivel constitucional como derecho universal, sin encontrarse sujeto a determinación específica.
- ii. La adopción de legislaciones nacionales y subnacionales con base en el contenido de la Ley Modelo Interamericana de Cuidados, con mención expresa de la orientación sexual e identidad de género dentro del enfoque de género.
- iii. La armonización de la legislación nacional y subnacional vigente relacionada con los cuidados
- iv. El desarrollo de sistemas nacionales de cuidado, preferentemente siguiendo el esquema de institucionalidad tripartito sugerido por la Comisión Interamericana de Mujeres.
- v. La existencia de mecanismos de coordinación interinstitucional y multisectorial entre instancias ejecutoras de todos los niveles de gobierno relacionadas con los planes nacional y provinciales de cuidados.
- vi. La incorporación de sistemas de monitoreo y evaluación de las políticas públicas que componen los sistemas de cuidados, incluyendo el desarrollo de indicadores con enfoque de derechos.
- vii. La asignación de recursos presupuestales suficientes para garantizar la sostenibilidad financiera de los sistemas de cuidados.
- viii. La creación de presupuestos sensibles al género y otros anexos presupuestales que permitan la reducción de brechas de desigualdad por medio de las políticas públicas de cuidado.
- ix. La confección de sistemas de información que aporten insumos para la construcción y mejora permanente de los sistemas de cuidados.
- x. Garantizar la protección de los datos personales que sean empleados con motivo de la adopción de los sistemas que compongan los sistemas de cuidado.

- xi. Garantizar que tanto las personas cuidadoras como los receptores de cuidado puedan participar de los mecanismos de consulta para la mejora continua de los sistemas de cuidado.
- xii. Creación de campañas de sensibilización sobre la corresponsabilidad social y familiar de los cuidados que incluyan la diversidad sexual y de género.
- xiii. La adopción de mecanismos de reclamación para el desahogo de casos de incumplimiento de la normativa, atención inadecuada, discriminación y violencia que pudiesen presentarse por motivo de la provisión de cuidados.
- xiv. Capacitación de las personas encargadas de la impartición de justicia, en torno al contenido y alcance del derecho al cuidado con enfoque interseccional y de género incluyendo en éste la orientación sexual y la identidad de género.
- xv. La previsión de mecanismos institucionales para responder a escenarios de emergencia, catástrofes y desastres naturales que aseguren la continuidad de los sistemas de cuidados.
- xvi. Garantizar la mirada interseccional en la provisión en los servicios de cuidados.
- xvii. Incorporar las variables de orientación sexual, identidad de género y características sexuales en los mecanismos de producción de información que compongan los sistemas de cuidado.
- xviii. Adopción de políticas públicas para la atención de las personas LGBTIQ+ en situación de calle, prestando especial atención en infancias y adolescencias.
- xix. Adoptar políticas de inclusión laboral, dirigidas a las personas trans que permitan incorporarles a los esquemas de seguridad y protección social.
- xx. Adoptar políticas tendientes a la erradicación de la discriminación y violencia, motivada en la orientación sexual, identidad y expresión de género y características sexuales, en los espacios laborales.
- xxi. Reconocimiento del trabajo sexual como trabajo, incluyendo esquemas de seguridad social para las personas trabajadoras sexuales.
- xxii. Garantizar el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación para personas LGBTIQ+, que pueda implicar, inclusive, la creación de clínicas especializadas en salud para las poblaciones de la diversidad sexual y de género.
- xxiii. Garantizar el acceso en condiciones de igualdad y no discriminación para personas LGBTIQ+, que pueda implicar, inclusive, la creación de clínicas especializadas en salud para las poblaciones de la diversidad sexual y de género.
- xxiv. Vincular a las personas LGBTIQ+ cuidadoras, a redes sociales de apoyo y herramientas de autocuidado que sean sensibles con sus identidades.

- xxv. Reconocer los vínculos familiares en todas sus expresiones, incluyendo el matrimonio y uniones civiles entre personas del mismo género y la familia elegida.
- xxvi. Garantizar la inclusión de las personas en contexto de movilidad humana, en los sistemas nacionales de cuidado, incluyendo a las personas LGBTIQ+.
- xxvii. Erradicar las prácticas violentas y discriminatorias hacia las personas LGBTIQ+ mayores, en las instituciones de cuidado y entre el personal de prestación de estos servicios.
- xxviii. Brindar esquemas de reparación a las personas mayores intersex, derivadas de la falta de atención médica oportuna y adecuada a las variaciones del desarrollo sexual.
- xxix. Garantizar que, en el marco de la prestación de servicios de cuidados a las personas con discapacidad, se incluya la información y servicios sobre educación sexual integral.

Agradecemos las atenciones provistas al presente escrito; para cualquier comunicación posterior podemos ser contactadas a través de los siguientes correos electrónicos:

[Redacted]



KAREN ANAYA CORTEZ
Secretaria Técnica
Red de Litigantes LGBTI+ de las
Américas



Lista de integrantes de la Red de Litigantes LGBTI+ de las Américas:

a) List of LGBT Litigants Network of the Americas

- Argentina - Abogades por los Derechos Sexuales (AboSex)
- Argentina - CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales)
- Bolivia - IGUAL
- Brasil - GADVS - grupo de abogados para la diversidad sexual y de género
- Brasil - Rede Feminista de Juristas - deFEMde
- Chile - Asociación OTD Chile
- Chile - Fundación Iguales Chile
- Colombia - Asociación Líderes En Acción
- Colombia - Dejusticia
- Colombia - Colombia Diversa
- Colombia - Diversas Incorrectas
- Colombia - Fundación Grupo Acción y Apoyo a personas Trans - GAAT
- Ecuador - Fundación Pakta
- EE. UU – Robert F. Kennedy Human Rights
- EE.UU – Synergía, Initiatives for Human Rights
- Honduras – Cattrachas
- Guatemala - Fundación Lambda
- México - Amicus DH, A.C.
- México - Equis justicia para las mujeres AC
- México - Letra eSe
- México - Red de Juventudes Trans México
- Panamá - Fundación Iguales
- Perú - Promsex