

El derecho al cuidado en perspectiva comparada: un análisis jurídico entre España, Alemania y México

The Right to Care in Comparative Perspective: A Legal Analysis Between Spain, Germany and Mexico

Gabriela **Mendizábal Bermúdez**

 <https://orcid.org/0000-0003-3681-4025>

Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México

Correo electrónico: mgabriela@uaem.mx

Recepción: 4 de noviembre de 2025

Aceptación: 21 de abril de 2026

Publicación: 1 de junio de 2026

DOI: <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2026.176.20714>

Resumen: Este artículo tiene como objetivo analizar el reconocimiento jurídico del derecho al cuidado en España, Alemania y México a partir del análisis comparativo, con el fin de identificar los elementos normativos e institucionales que permitan proponer alternativas para la construcción de un sistema nacional de cuidados en México. A partir del método de derecho comparado, se examinan los marcos constitucionales, las estructuras institucionales y los modelos de financiamiento de los sistemas de cuidados de largo plazo en los tres países. El estudio revela que España y Alemania han desarrollado sistemas consolidados con cobertura pública, regulación específica y corresponsabilidad estatal, mientras que México se encuentra en una etapa inicial de reconocimiento normativo del cuidado como derecho humano. Persiste una marcada desigualdad en el acceso a servicios y en la protección laboral de las personas cuidadoras. La falta de un marco jurídico integral y de una estrategia de financiamiento sostenible constituye un obstáculo para la implementación de políticas de cuidado equitativas. El valor del artículo radica en ofrecer un análisis comparativo que articula la perspectiva de derechos humanos y seguridad social, y concluye en la necesidad de institucionalizar el cuidado como derecho universal y componente esencial del bienestar social.

Palabras clave: seguridad social; derecho al cuidado; derecho comparado; género; cuidados de largo plazo.

Abstract: The study reveals that Spain and Germany have developed consolidated systems with public coverage, specific regulation, and state co-responsibility, whereas Mexico is at an early stage of normative recognition of care as a human right. Significant inequality persists in

access to services and in the labor protection of caregivers. The lack of a comprehensive legal framework and a sustainable financing strategy represents a major obstacle to the implementation of equitable care policies. The value of this article lies in offering a comparative analysis that integrates the perspectives of human rights and social security, concluding with the need to institutionalize care as a universal right and an essential component of social well-being.

Keywords: social security; right to care; comparative law; gender; long-term care.

I. Introducción

El cuidado ha sido una necesidad constante del ser humano a lo largo de su vida, lo que ha generado respuestas jurídicas destinadas a garantizar protección y asistencia. El derecho, tanto en su dimensión civil como social, ha evolucionado para normar las obligaciones familiares y las responsabilidades del Estado en materia de cuidados. Este último ha asumido gradualmente un papel más activo, al crear sistemas que aseguren apoyo a las personas en situación de dependencia. En sus orígenes, los cuidados eran concebidos como una responsabilidad moral y doméstica, en gran medida atribuida a las familias. Con el paso del tiempo, esta función comenzó a compartirse con el Estado, especialmente en ámbitos como la atención infantil y la asistencia a personas con discapacidad o enfermedades crónicas.

Desde hace más de tres décadas, en diversos países se han desarrollado normativas que contemplan prestaciones sociales destinadas a compensar los costos del cuidado de personas mayores o con discapacidad. Estas ayudas, en especie o en efectivo, no cubren tratamientos médicos, sino necesidades cotidianas como alimentación, movilidad e higiene. Algunos ejemplos de ello son, en Europa, modelos como la *Pflegeversicherung* en Alemania ligada al aseguramiento social; el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de cuidados de España, que es una estructura multinivel de competencias compartidas entre el gobierno central y las comunidades autónomas; los sistemas comunales de Dinamarca y Suecia, que muestran distintos enfoques, desde seguros específicos hasta integración en la asistencia social; y en América Latina, sobresalen los avances significativos de Uruguay, quien, desde el 2015 crea un Sistema Nacional de Cuidados que despliega políticas orientadas al cuidado de largo plazo con un enfoque de corresponsabilidad y derechos.

Lo cierto es que cada país ha impulsado reformas para enfrentar la dependencia funcional, lo que ofrece lecciones útiles para diseñar un marco normativo en México. Así, a pesar de la creciente visibilización de los cuidados como un derecho humano emergente, en México persiste una problemática grave: la ausencia normativa y organizacional en la provisión de cuidados de largo plazo, particularmente para personas en situación de dependencia funcional, como adultos mayores, personas con discapacidad o con enfermedades crónicas. Esta dificultad genera una distribución desigual de responsabilidades, lo que recae de manera desproporcionada en las familias y, dentro de ellas, en las mujeres. Asimismo, la falta de articulación normativa, institucional y presupuestaria limita el acceso efectivo a prestaciones que garanticen condiciones dignas, tanto para quienes requieren cuidados como para quienes los proporcionan. En este contexto, surge la necesidad de analizar comparativamente modelos internacionales que permitan identificar elementos normativos y de política pública susceptibles de ser adaptados al caso mexicano, con el fin de avanzar hacia un sistema de cuidados más equitativo, sostenible y basado en derechos.

Es por ello por lo que la delimitación del objeto de investigación se sustenta en la selección de tres modelos jurídicos que representan distintos niveles de institucionalización del derecho al cuidado dentro de los sistemas de seguridad social: Alemania, como referente de un modelo asegurador consolidado; España, como ejemplo de un sistema de derechos subjetivos con gobernanza multinivel, y México, como un caso en transición, caracterizado por un marco normativo casi nulo. Esta elección permite un contraste analítico pertinente entre sistemas estructurados y no estructurados, lo que resulta metodológicamente adecuado para identificar brechas, avances y áreas de oportunidad en la configuración del derecho al cuidado.

Este análisis se desarrolla siguiendo el método comparativo, bajo el enfoque metodológico de Hans Joachim Bartels: “en la aplicación del método de derecho comparado, se le pueden dar diversos enfoques que permitan comparar la información de un fenómeno jurídico con otro de una mejor manera” (citado por Mendizábal Bermúdez, 2022). Por lo que las categorías de análisis seleccionadas para este comparativo fueron las siguientes: marco sociodemográfico, gobernanza y arquitectura institucional, marco jurídico, personas derechohabientes y prestaciones, que permiten examinar de mane-

ra integral tanto la dimensión normativa como la operativa de los sistemas de cuidados.

El análisis comparativo evidenció que si bien la normativa europea muestra avances significativos, aún requiere reformas para adaptarse a las nuevas realidades sociales, mientras que, en México, pese a diversas propuestas, no se ha logrado una concreción efectiva. El artículo se estructura en nueve apartados: el primero corresponde a esta introducción; el segundo analiza el concepto del cuidado como derecho humano emergente, con sus particularidades relacionadas con el trabajo productivo y reproductivo; el tercero aborda la crisis de los cuidados, para empezar el proceso comparativo desde el siguiente apartado. En el cuarto se analiza brevemente el marco socio-demográfico de los cuidados en los tres países para establecer un referente comparativo, y el quinto, titulado “Gobernanza y arquitectura institucional”, examina las estructuras organizativas y financieras que sustentan los sistemas de cuidado. El apartado sexto se aboca propiamente al comparativo del marco jurídico que constituye el andamiaje normativo para el otorgamiento de las prestaciones por cuidados. En el apartado séptimo se comparan los derechos de las personas beneficiarias y las prestaciones otorgadas en los tres países en casos de dependencia funcional, así como las normas que garantizan derechos para las personas cuidadoras, tanto en el ámbito familiar como en el profesional. El artículo cierra con el apartado octavo, en el que se presentan propuestas específicas para el contexto mexicano, y finaliza con el apartado noveno, que reúne las fuentes de investigación consultadas.

II. Marco conceptual del cuidado como derecho humano emergente

El ser humano siempre ha requerido cuidados a lo largo de las diferentes etapas de su vida y por diversos motivos. El derecho ha experimentado un desarrollo paulatino orientado a atender estas necesidades de cuidado, mediante la regulación de las obligaciones y responsabilidades que de ellas se derivan. De esa forma, actualmente se regulan tanto las relaciones jurídicas entre las personas (entendidas como miembros de una familia con derechos y obligaciones recíprocos), como las relaciones entre las personas y el Estado,

que tiene la responsabilidad de garantizar sus derechos, incluyendo el derecho al cuidado.

Desde esa perspectiva, es necesario esclarecer algunos conceptos de las personas y las actividades que se interrelacionan en torno al cuidado. El primero es la dependencia, que es la situación que genera la necesidad de cuidado. En este sentido, la Unión Europea desde el siglo pasado señaló en la Recomendación núm. (98) 9, emitida por el Comité de ministros a los Estados miembros del 18 de septiembre de 1998:

Designando por dependencia un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tiene necesidad de una asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar las actividades corrientes de la vida diaria; Considerando que el principio de respeto de la autonomía de la persona dependiente debe guiar toda política en favor de las personas dependientes. (Servicio de Información sobre Discapacidad, s. f.)

De la misma forma, la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) española, define formalmente la dependencia en su artículo 2o., apartado 1:

Se entiende por situación de dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. (Ley 39/2006)

Se considera que una persona necesita cuidados cuando ya no puede realizar por sí misma, de forma independiente, actividades cotidianas como la higiene personal, ducharse o lavarse, cepillarse los dientes, afeitarse, ir al baño, preparar y consumir alimentos, movilizarse (levantarse, acostarse, vestirse y desvestirse, subir escaleras), así como tareas del hogar (como lavar, lim-

piar la vivienda, hacer compras o lavar la ropa) y necesita ayuda externa para ello (Eichenhofer, 2024, p. 219).

Posteriormente, se debe analizar la actividad de cuidar, que nos lleva a entender el derecho humano emergente al cuidado. Al respecto, la Corte Interamericana de los Derechos Humanos (Corte IDH), en su Opinión Consultiva del 12 de junio de 2025, reconoció el derecho al cuidado como un derecho humano autónomo, esencial para la dignidad y el bienestar de las personas. Este derecho comprende el ser cuidado, cuidar y el autocuidado, y debe regirse por los principios de corresponsabilidad, solidaridad e igualdad. La Corte subrayó que los Estados tienen la obligación de garantizarlo mediante políticas públicas, sistemas integrales de cuidado y medidas que protejan tanto el trabajo de cuidado remunerado como no remunerado. Además, destacó la necesidad de distribuir equitativamente estas tareas entre personas, familias, sociedad, y Estado, y de erradicar estereotipos de género, y asegurar el acceso igualitario a educación, seguridad social y oportunidades, especialmente para los grupos en situación de vulnerabilidad (Opinión consultiva OC-31/25, 2025).

Desde esa perspectiva, juegan un rol importante las personas que intervienen:

- a) Personas dependientes o susceptibles de cuidado. Las personas dependientes o susceptibles de cuidado incluyen a la niñez, las personas adultas mayores y aquellas con discapacidad, grupos que requieren protección reforzada por su condición de vulnerabilidad. La niñez, derivada del latín *infans* (“que no habla”), abarca desde el nacimiento hasta los 18 años (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989). La Ley General de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2014) de México establece que corresponde a quienes ejercen la patria potestad garantizar condiciones de vida y cuidado adecuado (art. 44; UNICEF, 2023).
- b) Personas cuidadoras. Las personas cuidadoras son aquellas que brindan apoyo físico, emocional o social a personas dependientes, ya sea de forma remunerada o no. Los cuidadores informales (familiares o amigos) realizan la mayor parte del trabajo de cuidado, también denominado trabajo reproductivo, y es realizado predominantemente por las mujeres (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE],

2023). En México, siete de cada diez cuidadoras son mujeres (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2022, p. 26). Este fenómeno evidencia la familiarización y feminización del cuidado, donde la responsabilidad recae en los hogares y en las mujeres (Orozco Rocha y González González, 2023). Mientras que los cuidadores trabajadores son las personas trabajadoras que, dentro de la economía formal o informal, realizan actividades de cuidado y forman parte de la población económicamente activa.

La Organización Panamericana de la Salud dice que

Los cuidados a largo plazo han de abordar la salud, el cuidado personal y las necesidades sociales de las personas. Pueden ser continuos o intermitentes, pero deben prestarse durante períodos sostenidos a personas que presentan una capacidad intrínseca sustancialmente reducida y requieren apoyo y asistencia para mantener, recuperar u optimizar su capacidad funcional. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024, p. 9)

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala, en relación con los cuidados de largo plazo, que “Se brindan durante períodos prolongados por familiares, amigos u otros miembros de la comunidad (también llamados cuidadores informales) o por profesionales del cuidado (también llamados cuidadores formales)” (WHO, 2022).

En cuanto al trabajo de cuidados, abarca actividades y relaciones que contribuyen al bienestar, fortalecen las capacidades humanas, promueven la autonomía, la dignidad y la capacidad de decisión, y potencian tanto a quienes brindan cuidados como a quienes los reciben. Este tipo de trabajo corresponde a necesidades físicas, psicológicas, cognitivas, de salud mental, a lo largo de todas las etapas de vida, incluyendo a las infancias, los jóvenes, adultos, personas mayores, personas con discapacidad y a los propios cuidadores (Organización Internacional del Trabajo [OIT], s. f.). Consta de dos actividades superpuestas: actividades de cuidado directo, personal y relacional, como alimentar a un bebé o cuidar a una pareja enferma; y actividades de cuidado indirecto, como cocinar y limpiar (UN, s. f.) y también puede ser remunerado o no remunerado.

III. La crisis de los cuidados

La crisis de cuidados alude al desajuste entre la creciente necesidad de cuidados y la insuficiencia de recursos: familiares, institucionales y económicos, para satisfacerla de manera adecuada. Esta situación se agrava porque la provisión pública resulta limitada y, al mismo tiempo, los servicios de cuidado ofrecidos en el mercado suelen tener costos que muchas familias no pueden asumir (Todaro, 2012, p. 15).

Desafortunadamente, el origen de esta problemática se encuentra en la persistencia de estereotipos de género que han permanecido prácticamente inalterados, al asignar como una obligación casi indisoluble el cuidado de las personas al interior de las familias a las mujeres. A ello se suman las transformaciones del mercado laboral en las últimas décadas, particularmente la incorporación masiva de las mujeres al empleo remunerado, sin que ello haya sido acompañado por una redistribución equitativa de las tareas de cuidado. Asimismo, se advierte una insuficiente respuesta por parte de los Estados para atender los cambios sociales que esta dinámica implica, lo que ha contribuido a profundizar la actual crisis de los cuidados.

La participación femenina en el empleo creció de 16%, en 1970, a 40%, en 2005. Desde entonces, ha aumentado moderadamente, al oscilar entre 30% y 40% (Tapia Marchina, 2025, p. 296). Con esto en cuenta, es importante destacar que, desde la década de 1970, se registraron importantes transformaciones demográficas y, a partir de la década de 1980, ocurrieron cambios económicos vinculados con la globalización y la producción, lo que ocasionó el cambio del modelo de industrialización por sustitución de importaciones al de una industrialización orientado al mercado externo (Barba Solano, 2026, p. 168).

Las consecuencias de estos procesos se observaron en la precarización del trabajo, el aumento de la informalidad laboral, la reducción de la cobertura de seguridad social y el deterioro financiero de los sistemas de pensiones. Todo ello contribuyó a ampliar la pobreza y la vulnerabilidad social. Al mismo tiempo, la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral puso en evidencia la crisis del modelo familiar de cuidados, así como la fragilidad de las redes familiares para atender a niñas, niños, personas mayores y per-

sonas con discapacidad (Barba Solano, 2026, p. 169), pues las mujeres continúan con los cuidados.

Cabe señalar que, en México, la crisis de los cuidados tiene un carácter estructural. Tanto las familias como el Estado enfrentan serias limitaciones para proporcionar servicios de cuidado suficientes y adecuados a la población en situación de dependencia, entre ellas las infancias, las personas mayores y las personas enfermas. Este problema se ha vuelto cada vez más visible en un contexto de transformaciones demográficas y sociales profundas como el aumento de la esperanza de vida, lo cual, aunque representa un avance positivo, también implica que muchas personas vivirán más años con la necesidad de atención y apoyo si no existen condiciones adecuadas de cuidado.

Al mismo tiempo, el país experimenta un proceso de envejecimiento poblacional, relacionado con el incremento de la población mayor y con la disminución de la natalidad. Esta tendencia ha reducido el tamaño de las familias y, con ello, la cantidad de personas disponibles para brindar cuidados directos o para sostener económicamente su provisión. A esto se suma la creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado y la insuficiencia de servicios institucionales ofrecidos por el Estado, como guarderías, casas de día y servicios gerontológicos, lo que ha incrementado la demanda de trabajo doméstico y de cuidados.

Frente a este escenario, muchas familias mexicanas, especialmente de clase media, han recurrido a la terciarización de estas tareas mediante la contratación de otras mujeres en el mercado de trabajo doméstico. En otros casos, las responsabilidades se transfieren a otra integrante de la familia que, por lo general, también es mujer. Esto produce sobrecargas de trabajo y dobles jornadas. En ese sentido, la crisis de los cuidados responde a una estructura social y económica en la que ni el Estado, ni el mercado, ni las familias han conseguido resolver de manera efectiva el problema. Como resultado, persiste un déficit en el cuidado, sostenido en gran medida por trabajo no remunerado dentro del hogar o por trabajo remunerado en condiciones de informalidad.

La “escala de sobrecarga del cuidador” de Zarit es un instrumento ampliamente utilizado a nivel mundial para medir el nivel de sobrecarga que experimentan los cuidadores; ha sido validado en diversos países de Latinoamérica, incluido México (Rosales-Sánchez et al., 2025, p. 6). Consiste

en 22 preguntas que miden tres subescalas: el impacto de la atención, la relación interpersonal y las expectativas para la autosuficiencia (Instituto Nacional de Geriátrica, s. f.; Rosales-Sánchez et al., 2025, p. 6). La aplicación de esta escala permite evidenciar de manera objetiva la sobrecarga física, emocional y social que enfrentan las personas cuidadoras, particularmente en el ámbito familiar. Esta medición no sólo confirma la intensidad del trabajo de cuidados, sino que también visibiliza que dicha labor se realiza, en muchos casos, en condiciones inadecuadas y sin el respaldo institucional necesario.

Lo anterior constituye un elemento adicional de la crisis de los cuidados, en la medida en que no sólo existe una insuficiencia de personas cuidadoras y una limitada intervención estatal, sino que, quienes asumen estas responsabilidades (principalmente mujeres), lo hacen bajo esquemas de precariedad, desprotección y alta carga, lo que compromete tanto su bienestar como la sostenibilidad misma del sistema de cuidados. Por ejemplo, un estudio publicado en 2025 en la revista *SANUS* sobre la sobrecarga que presentaban los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica demostró que

La mayor parte de los CF (cuidadores familiares) no se encontraban en condiciones óptimas para prestar el papel de cuidador por lo que la sobrecarga por la actividad era bastante, al grado de generar agotamiento y desmotivación para brindar el cuidado a su familiar. (Rosales-Sánchez et al., 2025, p. 11)

IV. Comparación del marco sociodemográfico de los cuidados

En este trabajo, la categoría “marco sociodemográfico de los cuidados” se refiere al conjunto de condiciones demográficas y sociales que permiten identificar la demanda potencial de cuidados y las formas en que estos se organizan en cada país. Su análisis en Alemania, España y México evidencia tanto diferencias estructurales, como retos compartidos en la atención de cuidados de largo plazo. Por lo tanto, el análisis del marco sociodemográfico se centra exclusivamente en la información de las características de la población de los tres países analizados, que permite comprender las diferencias entre ellos, en cuanto a la realidad que enfrentan tanto las personas cuidadoras, como aquellas en situación de dependencia funcional. Para ello se consideran va-

riables clave, como el tamaño y composición de la población, la distribución por sexo, la esperanza de vida, así como la proporción de personas con discapacidad, de niñas y niños en edades que requieren cuidados y de personas adultas mayores.

En España, el envejecimiento poblacional constituye uno de los principales retos del sistema de bienestar. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2025), en 2025 la población ascendía a 49.3 millones, con una ligera mayoría femenina (25.1 millones). Más de 20% de los habitantes supera los 65 años, lo que consolida a España como uno de los países más envejecidos de Europa. Esta tendencia se combina con una natalidad decreciente, con sólo 322,034 nacimientos en 2024 (Rius, 2025) y una esperanza de vida alta (85.8 años para mujeres y 80.3 para hombres), lo que genera una presión creciente sobre los servicios de salud y de cuidados (Ministerio de Sanidad, 2024).

Además, en el 2023, un 31.3% de los nacimientos corresponde a madres extranjeras, lo que evidencia el papel de la migración como factor de compensación demográfica (INE, 2024). En este contexto, el sistema de cuidados español se apoya en un régimen público consolidado, que se complementa con la participación familiar y comunitaria, y enfrenta el desafío de atender a una población que envejece rápidamente.

Alemania representa el modelo clásico del aseguramiento social moderno. En 2024 contaba con 83.5 millones de habitantes (Destatis, 2024), de los cuales 19 millones eran personas mayores de 65 años, 10 millones niños y 7.8 millones personas con discapacidad (Destatis, 2025). El país experimenta una disminución sostenida de la natalidad reportando 677,117 nacimientos en 2024 frente a 795,492 en 2021, mientras que la esperanza de vida alcanza los 83 años para mujeres y 78 para hombres. La mitad de la población tiene más de 45 años, lo que refleja un marcado envejecimiento estructural. Aunque la migración ha contribuido a rejuvenecer parcialmente la población, el equilibrio demográfico depende cada vez más de políticas de integración y de sostenibilidad social. A diferencia de España y México, Alemania cuenta con un sistema de cuidados formalizado que se sustenta en su seguro social, específicamente en una rama de aseguramiento la *Pflegeversicherung*, que garantiza cobertura estatal tanto en prestaciones económicas como en servicios

de atención domiciliaria e institucional, lo que refleja un compromiso histórico con la protección de las personas dependientes (Eichenhofer, 2024).

En contraste, México enfrenta una transición demográfica acelerada y desigual. Con una población de 133.3 millones en 2025, de los cuales 68.1 millones son mujeres y 65.2 millones hombres, el país aún conserva una base poblacional joven, pero con un rápido crecimiento de las personas mayores: 17.1 millones de adultos mayores (12.8% del total) y una disminución constante en la natalidad, con 1.67 millones de nacimientos en 2024 (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2025). La esperanza de vida alcanza los 79 años en mujeres y 72.6 en hombres, con proyecciones que indican un aumento sostenido hacia 2070 (INEGI, 2025). Asimismo, existen 8.8 millones de personas con discapacidad (INEGI, 2024) y 10.3 millones de niños menores de cinco años, lo que implica que más de 30 millones de habitantes requieren o requerirán algún tipo de cuidado (INEGI, 2023). Sin embargo, la cobertura de cuidados aun depende en gran medida de las familias, particularmente de las mujeres, ante la ausencia de un sistema nacional articulado.

La numeralía por país en relación con las personas susceptibles de cuidados es la siguiente:

TABLA 1. INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN ESPAÑA, ALEMANIA Y MÉXICO EN RELACIÓN CON LOS CUIDADOS DE LARGO PLAZO

	España	Alemania	México
Población total en 2025	49,128,297	83,500,000	133,367,428
Personas susceptibles de cuidados Niñez de 0 a 12 años a julio 2022	5,543,833	11,103,000	28,045,557
Personas susceptibles de cuidados adultas mayores de 65 años julio 2022	9,063,493	467,000	10,325,860
Personas susceptibles de cuidados con discapacidad a 2020	4,380,000	7.795.340 ¹	6,179,890

FUENTE: elaboración propia a partir de INE, IMSERSO, DESTATIS, CONAPO e INEGI.

¹ Cabe aclarar que el dato de las personas con discapacidad en Alemania es del año 2021, porque DESTATIS lo maneja bianual (años impares).

V. Gobernanza y arquitectura institucional

Como se ha podido observar, para atender la necesidad de cuidados de largo plazo, cada país ha desarrollado herramientas diversas, que constituyen desde un sistema nacional de cuidados en España, hasta una rama de aseguramiento obligatoria en el seguro social alemán. Esto ha sido consecuencia de un desarrollo histórico normativo, al cual, desafortunadamente, México únicamente contribuye con las licencias por cuidados para hijos con cáncer, las prestaciones por cuidados asistenciales, las guarderías para niños y las pensiones por invalidez, en el caso de los seguros sociales. Para su mejor comprensión, se incluirá un breve comparativo histórico y la organización estatal de los cuidados en los tres países a comparar.

1. *Breve contexto histórico*

El desarrollo histórico de los cuidados en Alemania, España y México revela trayectorias distintas que reflejan la evolución del Estado social en cada contexto. En Alemania, la incorporación del seguro de cuidados (*pflegether-sicherung*) en 1995 marcó un hito al reconocer los cuidados de largo plazo como un riesgo social autónomo. Este seguro, añadido como quinta rama del sistema de seguridad social, estableció un marco jurídico y financiero para atender a las personas dependientes, al priorizar la atención domiciliaria y el apoyo a las familias cuidadoras, y reducir la carga económica sobre los municipios (Kienzle, 2024, pp.182 y 183).

En España, la atención a la dependencia transitó de la esfera familiar al ámbito público a partir de 1985, con la incorporación de ayudas por invalidez en la Ley General de la Seguridad Social (Ley 26/1985). Sin embargo, el verdadero cambio estructural llegó con la Ley 39/2006, que reconoció el derecho subjetivo a recibir cuidados y consolidó un sistema nacional de autonomía y atención a la dependencia (Ley 39/2006). Esta legislación institucionalizó las prestaciones económicas y en especie, al promover la profesionalización de los cuidados y la equidad territorial, que además ha sufrido diversos ajustes.

En México, el marco histórico se caracteriza por avances fragmentados. La Ley del Seguro Social de 1943 no contempló cuidados e incorporó pres-

taciones asistenciales hasta 1973. El surgimiento del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) en 1977 representó el primer esfuerzo estatal por coordinar la asistencia familiar y atender a las personas con discapacidad o adultos mayores en situación de dependencia.

2. Organización estatal de los cuidados en Alemania, España y México

La organización estatal en Alemania se desarrolló bajo la tradición del modelo de seguridad social impulsado por Otto Von Bismarck-Schönhausen,² en el cual el Estado asume un papel activo en la regulación, supervisión y estructuración de los seguros sociales, al incluir los cuidados de largo plazo. Este modelo se caracteriza por la articulación de mecanismos de aseguramiento vinculados al empleo, que permiten garantizar prestaciones a la población en función de su participación en el mercado laboral. De esta forma, la *pflgeversicherung* constituye una cobertura obligatoria financiada por aportaciones de trabajadores, Estado y empleadores. Su gestión recae en las cajas de seguros (*pflgekassen*), encargadas de evaluar grados de dependencia y otorgar prestaciones económicas o en especie, y priorizar la atención domiciliar y la corresponsabilidad familiar (Eichenhofer, 2024).

Por su parte, España adopta una estructura descentralizada bajo la Constitución de 1978. La gobernanza del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se distribuye entre el Estado y las Comunidades Autónomas, coordinadas mediante el Consejo Territorial de Servicios Sociales (Ley 39/2006, arts. 8-11). Este modelo multinivel combina la garantía estatal con la autonomía regional, permitiendo adaptar los servicios a las necesidades locales.

En México, desafortunadamente, no se ha organizado una rama de aseguramiento y menos un sistema estatal de cuidados. Aunque hay propuestas

² El modelo bismarckiano de seguridad social, desarrollado a finales del siglo XIX bajo el liderazgo de Otto von Bismarck en Alemania, se basa en un sistema de aseguramiento obligatorio vinculado al trabajo y financiado mediante contribuciones tripartitas (trabajadores, empleadores y Estado). Inicialmente orientado a grupos específicos de trabajadores industriales, este sistema se amplió progresivamente a otras ocupaciones, con el objetivo de cubrir riesgos como enfermedad, accidentes de trabajo, invalidez y vejez. Su lógica central radica en garantizar protección social a partir de la inserción laboral, a diferencia de modelos universales financiados exclusivamente por impuestos.

de reformas jurídicas e incluso la presidenta actual ha planteado la necesidad de un sistema nacional de cuidados, estas no se han concretado. La organización de prestaciones generales se estructura en torno a tres pilares: seguros sociales (IMSS, ISSSTE, ISSFAM), asistencia social (DIF, Secretaría de Salud) y beneficencia pública, con predominio de la responsabilidad familiar y escasa articulación entre niveles de gobierno, lo que se espera se considere en un futuro sistema nacional de cuidados.

3. *Financiación*

El financiamiento de las prestaciones por cuidados de largo plazo presenta diferencias sustanciales entre Alemania, España y México. Mientras que en Alemania el Seguro de Cuidados de Largo Plazo (*pflgeversicherung*), regulado en el Libro XI del Código Social, se financia mediante cotizaciones obligatorias compartidas entre trabajadores formales y empleadores, con una tasa de 3.4% del salario bruto y un esquema solidario que exenta a familiares dependientes de contribuir (Sozialgesetzbuch XI, 1995), que incluye también la aportación del Estado.

En España, la Ley 39/2006 establece un modelo mixto de corresponsabilidad entre el Estado, las comunidades autónomas y los beneficiarios, en el que el gobierno central cubre el nivel mínimo garantizado y los usuarios contribuyen según su capacidad económica (Ley 39/2006). En contraste, México carece de un fondo o seguro específico para la dependencia; la financiación de los cuidados proviene de los recursos generales de los seguros sociales y programas asistenciales, lo que evidencia la ausencia de un sistema estructurado y sostenible para garantizar la atención de largo plazo.

VI. Marco jurídico

El marco jurídico comparado de los cuidados en Alemania, España y México refleja distintas etapas de institucionalización del derecho al cuidado como parte de la protección social. Mientras Alemania lo reconoce desde 1995 como un riesgo social autónomo dentro de su sistema de seguros, España lo consolida en 2006 mediante una Ley integral de atención a la dependen-

cia. En contraste, México aún transita hacia su reconocimiento normativo pleno, y articula medidas dispersas entre seguridad y asistencia social. En seguimiento al orden normativo, que plantea la pirámide kelseniana, puede establecerse un comparativo que inicie por el análisis de las tres normas supremas, es decir, las constituciones de Alemania, España y México en relación con la atención de las personas en situación de dependencia y que requieren cuidados de largo plazo.

En Alemania, aunque su Constitución (*Grundgesetz*) no menciona explícitamente los cuidados, estos se sustentan en la protección de la dignidad humana y los derechos fundamentales del artículo 1o., así como en el principio del Estado social reconocido en el artículo 20, que obliga a garantizar bienestar mediante un sistema integral de seguros sociales (*sozialstaatsprinzip*) (*Grundgesetz*, arts. 1-20). En España, la Constitución de 1978 establece un mandato expreso a los poderes públicos para mantener un régimen de seguridad social que garantice asistencia y prestaciones suficientes, especialmente para personas mayores, con discapacidad o en situación de dependencia (Constitución Española, arts. 41, 49 y 50). En México, la Constitución Política reconoce el derecho al aseguramiento social de los trabajadores de la iniciativa privada y al servicio del Estado en el artículo 123, y la igualdad de género, en el artículo 4o., y establece bases para la corresponsabilidad y el bienestar familiar, aunque sin mencionar de forma expresa el derecho al cuidado (CPEUM, arts. 1o., 4o. y 123).

Como se puede apreciar, no existen artículos explícitos en la máxima norma de los tres países que regule el derecho humano al cuidado.³ Sin embargo, esto no ha sido obstáculo para que se desarrollen los cuerpos nor-

³ Cabe aclarar que en este análisis sólo se hace referencia a las normas supremas de cada país. Aunque, como sabemos, en México la Constitución Política de la Ciudad de México representa un avance significativo al reconocer expresamente el derecho al cuidado. En su artículo 9o., apartado B, establece que “toda persona tiene derecho al cuidado que sustente su vida y lo otorgue los elementos materiales y simbólicos para vivir en sociedad a lo largo de toda su vida. Las autoridades establecerán en un sistema de cuidados que preste servicios públicos, universales, accesibles, pertinentes, suficientes y de calidad y desarrollo políticas públicas. El sistema atenderá de manera prioridad de las personas en situación de dependencia por enfermedad, discapacidad, ciclo vital, especialmente la infancia y la vejez, y a quienes, de manera no remunerada, están a cargo de su cuidado” (Constitución Política de la Ciudad de México [CPCM], 2023).

mativos necesarios que a continuación se analizarán. El marco normativo nacional sobre los cuidados en Alemania, España y México muestra tres modelos jurídicos distintos que reflejan la manera en que cada país ha entendido y organizado la protección de las personas en situación de dependencia.

En Alemania, el sistema se caracteriza por su estructura integral y por su sólida base jurídica en los libros del Código Social (*Sozialgesetzbuch*), que articulan la totalidad de las prestaciones sociales dentro del modelo del Estado social de derecho (*sozialstaat*). El SGB XI regula el Seguro de Cuidados de Largo Plazo (*pflegeversicherung*), establecido en 1995 como la quinta rama de la seguridad social, y garantiza prestaciones económicas o en especie según el grado de dependencia. Junto a este, el SGB IX regula la rehabilitación y participación de las personas con discapacidad, y garantiza su integración social y laboral mediante servicios personalizados y apoyos económicos; el SGB VIII protege a la infancia y la juventud, y garantiza el acceso a guarderías, educación temprana y programas de apoyo familiar (Sozialgesetzbuch XI, 1995).

El sistema alemán no se limita a las prestaciones directas, sino que incorpora mecanismos subsidiarios a través del SGB XII (asistencia social), que cubre los gastos cuando las prestaciones del seguro no resultan suficientes. Este entramado normativo demuestra un enfoque integral y universal, en el que el Estado, las familias y las instituciones privadas comparten responsabilidades, pero bajo una clara regulación pública. Así, el modelo alemán garantiza la continuidad de cuidados a lo largo del ciclo de vida, desde la niñez hasta la vejez, priorizando la atención en el hogar y el respeto a la autonomía personal (Sozialgesetzbuch XI, 1995).

En España, el marco jurídico se consolida con la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, considerada la piedra angular del sistema de cuidados. Esta ley reconoce, por primera vez, el derecho subjetivo de toda persona dependiente a recibir atención y apoyo del Estado y define un catálogo de servicios que incluye la ayuda a domicilio, la teleasistencia, los centros de día y las residencias. Complementan esta norma la Ley General de Sanidad (1986), que garantiza la atención sanitaria integral para todos los grupos de población, y la Ley General de la Seguridad Social (2015), que regula las prestaciones económicas y asistenciales vinculadas a la dependencia, la invalidez y la familia. El país también ha desarrollado leyes específicas, como la Ley 2/2013

de Igualdad de Oportunidades y Accesibilidad Universal para las Personas con Discapacidad, y la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, que amplían la protección de los grupos más vulnerables. Este modelo se distingue por su carácter universal, su descentralización a través de las comunidades autónomas y su articulación en torno a la equidad territorial y la cooperación interinstitucional (Ley 39/2006).

Por contraste, en México el panorama normativo es fragmentado y carece de una ley específica que reconozca el derecho al cuidado como un derecho humano autónomo. Las disposiciones se encuentran dispersas en distintos cuerpos normativos: la Ley Federal del Trabajo, que regula las licencias de maternidad, paternidad y la obligación patronal de proveer servicios de guardería; la Ley del Seguro Social, que contempla prestaciones médicas y ayudas asistenciales,⁴ aunque con cobertura limitada; la Ley del ISSSTE, que ofrece beneficios similares para trabajadores del Estado; y la Ley de Asistencia Social, que dirige programas de apoyo a grupos vulnerables, administrados principalmente por el DIF. Si bien estas normas contienen elementos relacionados con los cuidados, su enfoque sigue siendo asistencialista, centrado en grupos sociales específicos, como la infancia o las personas con discapacidad, sin un marco articulado que garantice la corresponsabilidad entre el Estado, el mercado y las familias.

VII. Derechohabientes y prestaciones

En este apartado se aborda el análisis comparativo de las personas derechohabientes y las prestaciones por cuidados de largo plazo en Alemania, España y México, con el propósito de identificar los avances, diferencias y desafíos en la protección jurídica de quienes requieren cuidados y de quienes los proveen. Para ello se presenta primero el análisis de las personas con prerrogativas jurídicas para acceder a las prestaciones establecidas en la ley, en México, conocidas como derechohabientes y posteriormente las prestaciones, conocidas

⁴ La ayuda asistencial “es la prestación en dinero que se otorga al pensionado por invalidez, así como a los viudos o viudas pensionados, cuando su estado físico requiera forzosamente que lo asista otra persona de forma permanente o continua, de acuerdo a lo que señala la Ley del Seguro Social” (Ley del Seguro Social [LSS], 7/06/2025, art. 140).

como beneficios, que se otorgan en cada país para las personas en dependencia funcional y para las cuidadoras.

1. *Derechohabientes*

A. *Personas en situación de dependencia funcional*

El régimen de derechohabientes de las prestaciones por cuidados de largo plazo presenta diferencias significativas entre Alemania, España y México. En Alemania, los beneficiarios son las personas afiliadas al seguro médico obligatorio (*krankenversicherung*),⁵ así como sus familiares y parejas de hecho registradas, quienes reciben cobertura gratuita. Quienes cuentan con seguros de salud privados deben contratar un seguro de cuidados privado, conforme al artículo 2o. del Sozialgesetzbuch XI (SGB XI, 1995).

En España, las personas beneficiarias del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, regulado por la Ley 39/2006, son aquellas en situación de dependencia que acrediten residencia en territorio español por al menos cinco años, de los cuales dos deben ser inmediatamente anteriores a la solicitud. La norma también contempla a personas extranjeras que cumplan los mismos requisitos, garantizando así un marco inclusivo de cobertura, en armonía con la Ley Orgánica 4/2000 sobre los derechos de los extranjeros (Ley 39/2006).

En contraposición, México carece de prestaciones específicas para cuidados de largo plazo. Los beneficiarios de los seguros sociales nacionales IMSS,

⁵ En Alemania, el sistema de seguro de enfermedad (*krankenversicherung*) ofrece una cobertura prácticamente universal, sustentada en un modelo de aseguramiento social de origen bismarckiano. Este esquema se basa en la afiliación obligatoria vinculada principalmente al empleo y a las ocupaciones, como el caso de los estudiantes, complementada por mecanismos que permiten la inclusión de otros grupos de la población, como personas desempleadas, jubiladas o con bajos ingresos. El sistema se articula a través de dos regímenes: el seguro público (*gesetzliche krankenversicherung, GKV*), que cubre a la mayoría de la población, y el seguro privado (*private krankenversicherung, PKV*), al que acceden determinados sectores con mayores ingresos o condiciones específicas. Si bien no se trata de un modelo universal financiado exclusivamente mediante impuestos, en la práctica garantiza una cobertura de salud casi total, lo que permite considerarlo como un sistema de universalidad *de facto* dentro de un esquema contributivo (Bundesministerium für Gesundheit, s. f.).

ISSSTE e ISSFAM son las personas trabajadoras aseguradas, sus cónyuges, concubinos, hijos menores (o dependientes) y ascendientes que dependen económicamente del titular (LSS, 2024; LISSSTE, 2024). No obstante, estas disposiciones se limitan al ámbito laboral y médico, sin reconocer un derecho autónomo al cuidado. En consecuencia, las personas en situación de dependencia funcional y quienes les brindan cuidados pueden acceder a muy pocos beneficios de protección, como se verá en el siguiente inciso, lo que contrasta con los modelos europeos que avanzan hacia la configuración del cuidado como un derecho humano con contenido propio y con mecanismos institucionales específicos para su provisión.

B. Personas cuidadoras

La historia nos demuestra que, en los tres países que se analizan,⁶ las mujeres han desempeñado el rol central en los sistemas informales de cuidado, al asumir estas tareas como una extensión de su función materna. Este patrón de género ha sido reforzado por normas sociales que vinculan la femineidad con la responsabilidad emocional y física del cuidado. Sin embargo, con el desarrollo de los derechos humanos y los movimientos feministas se ha visibilizado el trabajo no remunerado que realizan las mujeres, lo que ha generado un llamado a construir un marco jurídico que reconozca y regule estas labores. Este proceso no ha buscado sustituir a los hombres, sino garantizar el derecho universal tanto a recibir cuidados como a proporcionarlos, en condiciones equitativas y dignas.

⁶ Sobre esta discusión, véase, para España, Larrañaga et al. (2008), sobre el carácter feminizado del cuidado informal, y Mosquera-Metcalfe et al. (2024), sobre las desigualdades de género en los cuidados. Para Alemania, Fuchs et al. (2023) y Ehrlich, (2022) quienes analizan la mayor participación femenina en el cuidado informal y su articulación con el empleo; y para México, Orozco-Rocha (2023) y Rea Ángeles et al. (2021), quienes estudian la familiarización y feminización del cuidado, así como el debate sobre su reconocimiento jurídico y la construcción de políticas de cuidado con perspectiva de género.

2. Prestaciones

A. Alemania

El derecho a la prestación por cuidados en Alemania requiere un tiempo mínimo de cotización de diez años en el seguro de cuidados alemán (art. 33, SGB XI). Por lo tanto, este derecho sólo se puede hacer efectivo si la persona beneficiaria reside en el país (SGB XI, art. 34). Y la ley considera una ausencia temporal de hasta seis semanas para no perder el derecho, en cuyo caso el derecho a la prestación monetaria por cuidados (SGB XI, art. 37) no se suspende para los asegurados que se encuentren dentro de la UE (Eichenhofer, 2018). El Libro XI del Código Social (SGB XI) concede el derecho a prestaciones en especie y prestaciones en dinero. También hace una distinción entre cuidadores profesionales y personas cuidadoras no profesionales (SGB XI, art. 28), que es importante al momento de otorgar prestaciones.

Por un lado, las prestaciones en especie sólo son proporcionadas por personal de cuidados profesional e incluyen:

- Cuidados en el hogar (SGB XI, art. 36).
- Ayudas técnicas y materiales auxiliares (SGB XI, art. 40) (desinfectantes, ayudas técnicas, dispositivos para el baño).
- Cuidado diurno o nocturno en centros especiales (SGB XI, art. 41).
- Cuidado de corta duración (SGB XI, art. 42).
- Cuidado temporal en caso de ausencia del cuidador principal (SGB XI, art. 39).
- Cuidado completo permanente (SGB XI, art. 43).

Las prestaciones en especie que se otorgan en el seguro de cuidados dependen de si una persona es clasificada en un grado de dependencia y qué tan alto es ese grado.

Por otro lado, las prestaciones económicas se regulan en el artículo 37 del SGB XI y sólo se conceden cuando la atención es proporcionada por personas cuidadoras no profesionales, como familiares. Su monto varía en función del nivel de dependencia reconocido. Esta prestación está condicionada a que el cuidado se brinde de manera privada y sin intermediación profesio-

nal, con el propósito de fomentar el cuidado en el entorno familiar. El sistema permite combinar prestaciones económicas con prestaciones en especie. En casos de ausencia temporal de la persona cuidadora, ya sea por enfermedad o vacaciones, puede solicitarse una prestación sustitutiva financiada por la caja de cuidados, de conformidad con el artículo 39 del SGB XI.

Asimismo, las cajas de cuidados celebran contratos con proveedores de servicios de atención domiciliaria y de cuidados institucionales, conforme a los artículos 69 y siguientes del SGB XI. Dichos convenios buscan garantizar la eficiencia y la calidad del servicio prestado. Para obtener la autorización correspondiente, los proveedores deben acreditar estándares mínimos de calidad y rentabilidad, en términos del artículo 72, apartado III del SGB XI.

A manera de resumen, Birgit Greif (2024, pp. 70-71) esboza las prestaciones de acuerdo con el grado de dependencia y conforme a la ley aplicable, de la siguiente forma:

Prestaciones en especie para el grado de dependencia 1:⁷

- Asesoramiento en cuidados.
- Asesoramiento en el hogar.
- Prestaciones adicionales para personas en grupos de atención ambulatoria.
- Suministro de ayudas técnicas.
- Medidas para la mejora del entorno habitacional.
- Asistencia en el uso o acceso a servicios digitales.
- Apoyo y orientación temporal en centros de cuidado residencial.
- Prestaciones adicionales durante ausencias breves del cuidador.
- Prestaciones adicionales para grupos ambulatorios.
- Cursos para familiares cuidadores y cuidadores informales.
- Apoyo en la creación de grupos de convivencia asistida.
- Hasta 125 euros mensuales para servicios de apoyo en la vida diaria (en centros residenciales o como subsidio en casa).

⁷ Grado de dependencia 1: discapacidad leve de la autonomía (de 12.5 y bajo 27 puntos) (Deutsche Rentenversicherung Rheinland, 2021).

Prestaciones para los grados de dependencia 2 a 5:⁸

- Asesoramiento sobre cuidados.
- Prestación monetaria para pago de cuidadores independientes (*pflegegeld*).
- Prestación de servicios profesionales de cuidado (*pfllegesachleistung*).
- Prestación combinada dinero y servicio de cuidados (*pflegegeld+sachleistung*).
- Sustitución temporal del cuidador (*verhinderungspflege*).
- Ayudas técnicas y materiales.⁹
- Cuidado de corta duración.
- Medidas para la mejora del entorno habitacional.
- Cuidados parciales (diurnos y nocturnos).
- Cuidados de corta duración (*kurzzeitpflege*).
- Cuidados permanentes en residencias.
- Cuidados en instituciones residenciales para personas con discapacidad.
- Atención y activación adicional en instituciones residenciales.
- Servicios de apoyo en la vida diaria (importe de alivio-*entlastungsbetrag*).¹⁰

⁸ Grado de dependencia 2: discapacidad considerable de la autonomía (de 27 y bajo 47.5 puntos). Grado de dependencia 3: discapacidad severa de la autonomía (de 47.5 y bajo 70 puntos). Grado de dependencia 4: discapacidad muy severa de la autonomía (de 70 y bajo 90 puntos). Grado de dependencia 5: discapacidad extremadamente severa de la autonomía con necesidades de atención especial (de 90 y bajo 100 puntos) (Deutsche Rentenversicherung Rheinland, 2021).

⁹ En el marco del sistema alemán de cuidados de larga duración, el artículo 40 del SGB XI regula el acceso a los Pflegehilfsmittel, que se dividen en dos grandes categorías. Por un lado, los “*technische Pflegehilfsmittel*”, que son ayudas técnicas reutilizables como camas especiales ajustables (*Pflegebett*), sillas de ruedas, andadores (*Rollator*) y elevadores de baño, las cuales generalmente se prestan al usuario, quien podría asumir una pequeña participación económica (SGB XI, art. 40, párr. 1). Por otro lado, los “*zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel*” regulados en el artículo 40, párr. 2 del SGB XI son productos de consumo diario, tales como guantes desechables, protectores para la cama (*einmal-Bettgeschutzeinlagen*), mascarillas y desinfectantes, que deben desecharse tras su uso. Para estos últimos, el seguro de cuidados cubre un monto mensual de hasta 40 euros, con posibilidad de ajuste según las disposiciones vigentes. Estas ayudas están dirigidas principalmente a personas con un grado reconocido de dependencia que reciben cuidados en el hogar.

¹⁰ El *entlastungsbetrag* es una prestación económica contemplada en el sistema alemán de seguro de cuidados (*pflgeversicherung*), cuyo objetivo es aliviar la carga de quienes brindan cuidados informales, como familiares, y al mismo tiempo fomentar la autonomía de las personas en situación de dependencia que residen en su hogar (SGB XI, art. 45b). Consiste en un monto mensual de 125 euros, el cual no se entrega directamente al beneficiario, sino que se reem-

- Prestaciones adicionales para personas necesitadas de cuidados en grupos residenciales asistidos ambulatoriamente.
- Financiación inicial para la creación de grupos residenciales asistidos ambulatoriamente.
- Apoyo complementario en el uso de aplicaciones digitales de cuidado.
- Derecho a prestaciones al utilizar aplicaciones digitales de cuidado.
- Cursos de cuidado para familiares y personas cuidadoras voluntarias.
- Prestaciones para la seguridad social de las personas cuidadoras.

Como puede observarse, el marco legal contempla un sistema estructurado y robusto que diferencia claramente entre prestaciones en especie y económicas, en función de si el cuidado es proporcionado por personal profesional o por cuidadores informales. Esta distinción, así como la posibilidad de combinar ambas modalidades, permiten una atención más flexible y adaptada a las necesidades reales de las personas en situación de dependencia. Además, el sistema reconoce y apoya explícitamente a los familiares cuidadores, tanto mediante prestaciones monetarias como por medio de formación, sustituciones temporales, seguridad social y asistencia técnica.

En comparación con otros países, estas prestaciones son significativamente más amplias y estructuradas, lo cual contribuye no sólo a garantizar cuidados de largo plazo a quienes los requieren, sino también a aliviar y respaldar a sus entornos familiares.

B. España

Los servicios fueron considerados como prioritarios por el legislador español. Es así como la Ley 39/2006 abarca prevención, teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día y de noche, así como atención residencial. Según el artículo 13, los objetivos de las prestaciones de dependencia buscan garantizar una mejor calidad de vida y autonomía personal, al promover la exis-

bolsa previa presentación de comprobantes válidos de gastos relacionados con el cuidado. Este apoyo puede destinarse, entre otros fines, a servicios de asistencia y acompañamiento en el hogar, apoyo en actividades cotidianas como compras o tareas domésticas, atención en centros de día o grupos de cuidados, así como a la contratación de cuidadores sustitutos cuando el cuidador principal no esté disponible.

tencia independiente en su entorno habitual y asegurando un trato digno, integral y participativo en la vida personal, familiar y comunitaria. Estas pueden ser provistas por la Red de Servicios Sociales, tanto públicos como privados acreditados por las comunidades autónomas.

Las prestaciones económicas se clasifican en tres modalidades:

- La primera es una prestación periódica vinculada a un servicio, subsidiaria, cuando no es posible acceder a un recurso público o concertado.
- La segunda es la ayuda económica para cuidados en el entorno familiar, destinada a quienes reciben atención de cuidadores no profesionales. Aunque es la forma más frecuente en España, la ley la concibe como excepcional. Los cuidadores deben cumplir con los requisitos de afiliación y cotización a la Seguridad Social.
- Finalmente, se contempla la prestación de asistencia personal, dirigida a personas con gran dependencia, cuyo fin es facilitar una vida más autónoma y apoyar la integración educativa o laboral mediante la contratación de un asistente personal por un número de horas determinado. Como señala Baviera Puig, “subsidiariamente se concederá una ayuda económica para obtener un servicio privado”, lo que refleja el carácter complementario de estas prestaciones frente a la prioridad de los servicios (Baviera Puig, 2007, p. 198).

Las prestaciones en especie, según lo establece la Ley en comento, se concretan en forma de servicios específicos, los cuales están garantizados para las personas beneficiarias conforme al artículo 15 y se pueden resumir de la siguiente forma:

- Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio, que incluye la atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.
- Servicio de centro de día y de noche, que contempla el centro de día para mayores, el centro de día para menores de 65 años, el centro de día de atención especializada y el centro de noche.

- Servicio de atención residencial, que otorga servicios en residencia de personas mayores en situación de dependencia y centros de atención para personas en situación de dependencia debido a los distintos tipos de discapacidad.

El otorgamiento y los trámites para la obtención de las prestaciones dependen de las comunidades autónomas, lo que ha generado una falta de uniformidad en aspectos comunes como la financiación, los requisitos y las condiciones de acceso (Martínez López, 2020, p. 119). Esta descentralización ha dado lugar a importantes divergencias en la gestión y disponibilidad de las prestaciones según el territorio.

C. México

En México no existen prestaciones específicas para los cuidados de largo plazo. Sin embargo, el marco jurídico contempla algunos derechos vinculados al cuidado en etapas concretas de la vida. La Ley Federal del Trabajo reconoce la licencia de maternidad (art. 170) y la de paternidad (art. 132), además del derecho a la lactancia. En el ámbito de la seguridad social, el IMSS y el ISSSTE otorgan licencias para padres de hijos con cáncer, servicios de guarderías, ayudas asistenciales y pensiones por invalidez, vejez o viudez. Estos mecanismos buscan brindar apoyo temporal ante situaciones de dependencia o vulnerabilidad, pero carecen de articulación como un sistema integral de cuidados. En consecuencia, la atención recae principalmente en las familias, lo que evidencia la necesidad de construir un marco normativo que reconozca el derecho al cuidado como un componente esencial de la seguridad social y promueva la corresponsabilidad entre Estado, familias y empleadores (LFT, 2024; LSS, 2024; LISSSTE, 2024).

3. Prestaciones para personas cuidadoras

El análisis comparativo de las prestaciones para las personas cuidadoras en Alemania, España y México permite observar distintos niveles de desarrollo normativo y de reconocimiento jurídico del trabajo de cuidados, así como diferencias profundas en la protección social que reciben quienes realizan

estas tareas. En Alemania, el Código Social (SGB XI) establece un conjunto de prestaciones amplias y articuladas para los cuidadores familiares de personas con un nivel de dependencia reconocido. Estas prestaciones incluyen contribuciones a la seguridad de vejez y al seguro de desempleo, cobertura mediante seguro de accidentes, incluidos los accidentes de trayecto, y acceso gratuito a cursos de formación en cuidados (SGB XI, arts. 44 y 45). Además, se ofrecen servicios de apoyo para la vida diaria, como asistencia doméstica, servicios de cuidado temporal y apoyo psicológico y de asesoramiento, con el fin de aliviar la carga física y emocional del cuidador. El sistema fomenta la profesionalización parcial del cuidado familiar, al mismo tiempo que protege la salud mental y la estabilidad económica de los cuidadores (SGB XI, 1995).

Asimismo, la Ley de Tiempo de Cuidados (*Pflegezeitgesetz*) amplía estos derechos al ámbito laboral, al otorgar hasta seis meses de licencia sin goce de sueldo para cuidar a un familiar dependiente, con derecho a conservar el empleo. También permite ausencias breves remuneradas de hasta diez días laborales en situaciones de emergencia mediante el subsidio de apoyo al cuidado (*pflegeunterstützungsgeld*). Además, la legislación prevé la posibilidad de reducir la jornada laboral hasta un mínimo de quince horas semanales durante un periodo de hasta dos años, con esquemas flexibles de distribución del tiempo. En conjunto, estas disposiciones reflejan la visión alemana del cuidado como una responsabilidad compartida entre el Estado, las familias y el mercado laboral.

En España, la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia establece las bases para la protección de las personas cuidadoras no profesionales. El artículo 18 regula las prestaciones económicas vinculadas al cuidado familiar, condicionadas a la convivencia y a la idoneidad del entorno doméstico. Además, la normativa exige la afiliación y cotización de los cuidadores al sistema de seguridad social, y les brinda cobertura en caso de enfermedad, maternidad o jubilación. Aun así, el 72.3% de las personas cuidadoras no profesionales siguen siendo mujeres (IMSERSO, 2026) y muchas de ellas desempeñan estas funciones de manera informal o precaria. Los programas de formación, apoyo y descanso representan un avance hacia la profesionalización del cuidado, aunque persiste

una fuerte feminización y una creciente dependencia del trabajo de mujeres migrantes (Baviera Puig, 2007).

México, en cambio, presenta un panorama fragmentado. Aunque la Ley del Seguro Social y la Ley del ISSSTE contemplan licencias médicas para madres y padres de hijos con enfermedades graves, así como programas piloto de atención domiciliaria, estos mecanismos son limitados y no conforman un sistema de apoyo estructural. La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha ampliado recientemente el alcance de las licencias parentales a enfermedades distintas del cáncer, al reconocer el derecho de los padres a acompañar a hijos con padecimientos crónicos o degenerativos (Suprema Corte de Justicia de la Nación [SCJN], 2023). No obstante, el país carece de una ley general que articule los derechos y prestaciones de las personas cuidadoras, por lo que estas continúan desempeñando sus funciones sin remuneración ni protección social efectiva. En suma, este análisis prestacional permite observar cómo cada país ha estructurado sus políticas de bienestar social en torno al derecho al cuidado, tanto desde la perspectiva de los beneficiarios como desde la de las personas cuidadoras.

VIII. Conclusiones

El análisis comparativo entre España, Alemania y México muestra tres grados de institucionalización del derecho al cuidado. Alemania consolida un modelo asegurador maduro (*pflegeversicherung*) que reconoce la dependencia como riesgo social autónomo y articula prestaciones monetarias y en especie con evaluación objetiva de grados, apoyos a cuidadores familiares y cobertura financiera solidaria. España configura un sistema de derechos subjetivos con cartera de servicios y prestaciones económicas, desplegado en gobernanza multinivel; si bien sufre asimetrías territoriales, constituye un estándar de referencia en el espacio *iberoeuropeo*. México, en contraste, mantiene un arreglo fragmentado; el cuidado aparece disperso entre seguridad social, asistencia y beneficencia, sin una ley marco, sin evaluación unificada de dependencia ni un esquema de financiamiento específico y sostenible.

De ello surgen tres hallazgos transversales que pueden abonar a la discusión para la implementación en México de las medidas necesarias para

atender la eminente crisis de los cuidados. El primero es que el cuidado es un derecho humano, recientemente reconocido por la Corte IDH como tal y, por lo mismo, en desarrollo legislativo. En segundo lugar, la efectividad del derecho al cuidado exige un cambio cultural que permita su legitimación social, y reconocer que los cuidados no son una responsabilidad exclusiva de las familias y, menos aún, particularmente de las mujeres, sino una función social compartida (Estado, sociedad, empresas, familias).

El tercero es que la sostenibilidad exige corresponsabilidad; es decir, sobre la base de la corresponsabilidad, resulta indispensable el desarrollo de una normativa integral que establezca con claridad los derechos, obligaciones y mecanismos de garantía. A partir de ello, es posible construir un sistema con financiación suficiente y sostenida, así como con una arquitectura institucional coherente. Este conjunto de elementos debe orientarse a reducir la desigualdad de género, prevenir la pobreza asociada a la dependencia y favorecer la vida independiente, de las personas con dependencia funcional y sus cuidadores.

Para México, el análisis comparado con Alemania y España permite identificar con claridad que la principal problemática radica en la ausencia de un sistema estructurado de cuidados frente a una transición demográfica en curso y a una fuerte feminización del cuidado no remunerado, profundamente arraigada en la cultura. A ello se suma la falta de coordinación efectiva entre los tres niveles de gobierno, lo que genera una fragmentación en las políticas públicas y en la provisión de servicios.

Si bien en los últimos años se han impulsado diversas propuestas en México que no se han concretado, pero que reconocen el cuidado como un derecho, estas carecen aún de una base legal sólida, de esquemas de gobernanza definidos y de mecanismos de financiamiento propios que garanticen su implementación efectiva. En este contexto, resulta imprescindible avanzar hacia la construcción de un sistema nacional de cuidados que tenga como pilar fundamental el aseguramiento social, como mecanismo de garantía del derecho y que permita su reconocimiento como un derecho universal a lo largo del ciclo de vida. No basta con ampliar los programas sociales, que sólo otorguen transferencias monetarias a las personas cuidadoras o las personas con dependencia funcional. Únicamente a través de un modelo con sustento jurídico, institucional y financiero será posible atender de manera integral

la crisis de los cuidados y reducir las desigualdades estructurales de las personas que cuidan y a quienes cuidan.

IX. Referencias

- Barba Solano, C. (2026). Las políticas familiares y de cuidado en México durante el siglo XXI, entre el familiarismo y el cuidado social. *Espiral (Guadalajara)*, 32(94), 161-206. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-05652025000300161&script=sci_arttext
- Baviera Puig, I. (2007). *La protección social de la dependencia: un estudio global*. Thomson Aranzadi.
- Birgit, G. (2024). *Das aktuelle Handbuch der Pflegegrade, Alle Ansprüche kennen und ausschöpfen*. Walhalla.
- Bundesministerium für Gesundheit. (s. f.). Ratgeber: Gesetzliche Krankenversicherung (GKV). <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gkv>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2025). *Indicadores demográficos de la República Mexicana 2025*. <https://conapo.segob.gob.mx/work/models/CONAPO/pry23/PP/index.html>
- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (s. f.). *Proyecciones de población: población a mitad de año, 1950-2070*. <https://datos.gob.mx/dataset/proyecciones-de-poblacion>
- Constitución Española (1978, diciembre 29). *Boletín Oficial del Estado*. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con)
- Constitución Política de la Ciudad de México [CPCM]. 24/12/2025. <https://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/leyes/constitucion>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [CPEUM]. 15/10/2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Deutsche Rentenversicherung Rheinland. (2021). *Neue Werte der Rentenversicherung ab 2022*. Deutsche Rentenversicherung Rheinland. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Rheinland/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/211208_rentenwerte.html

- Destatis. (2026). *Bevölkerung Deutschlands nimmt im Jahr 2025 um rund 100 000 Personen ab*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2026/01/PD26_032_124.html
- Destatis. (2025). Tabellen-Code 12411-0006: Bevölkerung: Deutschland, altersjahre, geschlecht & Tabellen-Code 22711-0001: menschen mit anerkannter Schwerbehinderung nach Altersgruppen, Geschlecht und Bundesland. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online>
- Destatis. (2024). *Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2024-basis-2022.html>
- Destatis. (2023). *Schwerbehinderte: Deutschland, Stichtag, Geschlecht*. <https://www-genesis.destatis.de/datenbank/online/statistic/22711/table/22711-0001/table-toolbar>
- Destatis. (s. f.). *15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland*. <https://service.destatis.de/bevoelkerungspyramide/>
- Eichenhofer, E. (2018). Internationale Wirkungen der deutschen Pflegeversicherung. *Pflegerecht*, (3). <https://pflugerecht.recht.ch/de/artikel/04pf0318for/internationale-wirkungen-der-deutschen-pflegeversicherung>
- Ehrlich, U. (2022). The association between family care and paid work among women in Germany: does the household economic context matter? *Work, Employment and Society*, 37(1), 117-136. <https://doi.org/10.1177/09500170211069841>
- Eichenhofer, E. (2024). *Sozialrecht* (13a. ed.). Mohr Siebeck.
- Fuchs, J., Gaertner, B., Rommel, A., y Starker, A. (2023). Informal caregivers in Germany - who are they and which risks and resources do they have? *Frontiers in Public Health*, 11, e1058517. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1058517>
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. (1949). https://www.gesetze-im-internet.de/gg/art_1.html
- Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] (s. f.). *Glosario*. IMSS. <https://www.imss.gob.mx/pensiones/glosario#:~:text=Ayuda%20Asistencial:%20Es%20la%20prestaci%C3%B3n,la%20Ley%20del%20Seguro%20Social>

- Instituto Nacional Electoral [INE]. (2025a). *Censo Anual de Población. Primeros resultados 2025. Ampliación 2022, 2023 y 2024*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Instituto Nacional Electoral [INE]. (2025b). *Estadística Continua de Población (ECP). 1 de julio de 2025. Datos provisionales*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- Instituto Nacional Electoral [INE]. (2024). *Movimiento Natural de la Población / Indicadores Demográficos Básicos. Año 2023*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177003&idp=1254735573002&menu=ultiDatos
- Instituto Nacional Electoral [INE]. (s. f.). *5.2 Personas ocupadas, cuidado de personas dependientes (niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores)*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259925472720&p=%5C%5C&pagename=ProductosYServicios%5FPYSLayou¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2025). *Esperanza de vida al nacimiento por entidad federativa según sexo, serie anual de 2010 a 2025*. https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Mortalidad_Mortalidad_09_f8730292-9487-4ad0-8dd5-f67acb085601
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2024). *Encuesta Nacional Demográfica (ENADID) 2023*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2023/doc/resultados_enadid23.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2023). *Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC)*. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASIC/ENASIC_23.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (s. f.). *Usa la estadística y la geografía para descubrir México*. <https://cuentame.inegi.org.mx/explora/poblacion/discapacidad/>
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f. a). *Población por edad (grupos quinquenales), españoles/extranjeros, sexo y año*. https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=01002.px#_tabs-tabla
- Instituto Nacional de Estadística. (s. f. a). *4.8 Discapacidad*. https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926668516&p=%5C%5C

5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

- Instituto Nacional de Geriátrica. (s. f.). *Test de la carga del cuidador (Zarit y Zarit)*. <https://www.utpl.edu.ec/carreras/sites/default/files/Zarit.pdf>
- Kienzle, T. (2024). *Recht für Pflegeberufe: lehrbuch für die Aus- und Weiterbildung* (2a. ed.). Kohlhammer.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Begiristáin, J. M., Valderrama, M. J., y Arregi, B. (2008). Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000500008&script=sci_arttext
- Ley 26/1985, de 31 de julio, medidas urgentes para la racionalización de la estructura y de la acción protectora de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, 183 de 1o. de agosto de 1985. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-16119>
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. *Boletín Oficial del Estado*, 299 de 15 de diciembre de 2006. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [LISSSTE]. 7/06/2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE.pdf>
- Ley del Seguro Social [LSS]. 7/06/2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LSS.pdf>
- Ley Federal del Trabajo [LFT]. 21/02/2025. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
- Martínez López, J. A. (Coord.). (2020). *La protección social a las personas en situación de dependencia en España*. Pirámide.
- Mendizábal Bermúdez, G. (2022). Hacia la construcción de un derecho social comparado. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, (162), 175-176. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2021.162.17073>
- Ministerio de Sanidad. (2024). *Esperanzas de vida en España, 2022*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2022.pdf

- Mosquera Metcalfe, I., Larrañaga Padilla, I., Río Lozano, M. del, Calderón Gómez, C., Machón Sobrado, M., y García Calvente, M. del M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e201910154. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272019000100154&script=sci_arttext
- Opinión consultiva OC-31/25. Corte IDH. Opinión consultiva del 12 junio solicitada por la república Argentina. https://corteidh.or.cr/docs/opiniones/resumen_seriea_31_es.pdf
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2023). *Health at a Glance 2023*. https://www.oecd.org/en/publications/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/full-report/informal-carers_d9627891.html
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (s. f.-a). *Economía del cuidado*. <https://www.ilo.org/es/temas-y-sectores/economia-del-cuidado>
- Organización Internacional del Trabajo [OIT]. (s. f.-b). *The care economy*. <https://www.un.org/en/observances/care-and-support-day>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2024). *Cuidados a largo plazo para las personas mayores: conjunto de intervenciones para alcanzar la cobertura universal de salud*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/66686>
- Orozco Rocha, K., y González González, C. (2023). Familiarización y feminización del trabajo de cuidado frente al trabajo remunerado en México. *Debate Feminista*, 62, 117-141. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2594-066X2021000200117
- Rea Ángeles, P., Montes de Oca Zavala, V., y Pérez Guadarrama, K. (2021). Políticas de cuidado con perspectiva de género. *Revista Mexicana de Sociología*, 83(3), 547-574. <https://doi.org/10.22201/iiis.01882503p.2021.3.60132>
- Rius, M. (2025, febrero 19). El número de nacimientos creció en 2024 por primera vez en la última década. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20250219/10400184/numero-nacimientos-crecio-2024-primera-vez-ultima-decada.html>
- Rosales-Sánchez, M. A., Rivas-Herrera, J. C., Reyes-Juárez, C., de la Peña-León, B., Salcedo-Álvarez, R. A., y Rodríguez-Estrada, M. del C. (2025). Habilidad de cuidado y sobrecarga percibida en cuidadores familiares

- de pacientes con enfermedad crónica. *Sanus*, 9, e477. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-60942024000100106&script=sci_arttext
- Servicio de Información sobre Discapacidad. (s. f.). Recomendación núm. (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia (Adoptada por el Comité de Ministros el 18 de septiembre de 1998, en la 641 g reunión de Delegados de Ministros). <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>
- Suprema Corte de Justicia de la Nación. (2023). Amparo en Revisión 590/2023. https://www.supremacorte.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2024-02/AR%20590.pdf
- Tapia Marchina, S. (2025). El sector privado en la corresponsabilidad de los cuidados en México. *Debate Feminista*, 70, 289-315. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2025.70.2436>
- Todaro, R., y Arriagada, I. (2012). *Cadenas globales de cuidados: el papel de las migrantes peruanas en la provisión de cuidados en Chile*. ONU Mujeres. <https://trainingcentre.unwomen.org/instraw-library/2012-R-MIG-CHL.pdf>
- Tonon de Toscano, G. (2011). La utilización del método comparativo en estudios cualitativos en Ciencia Política y Ciencias Sociales: diseño y desarrollo de una tesis doctoral. *Kairos: Revista de Temas Sociales*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3702607>

Este artículo se desarrolló durante dos estancias de investigación, la primera realizada en el Instituto Max Planck de Derecho Social y Política Social (Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, Múnich, Alemania), la cual fue financiada por dicha institución y la segunda en la Universidad de Sevilla en España. Ambas desarrolladas por la autora de julio a septiembre de 2025. Además, este artículo es producto del proyecto de investigación IH-2025-G-117 de la SECIHTI, denominado: Impacto de la migración y el género en la seguridad social con relación a los cuidados de largo plazo.

Declaración de conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de interés de ninguna naturaleza que dificulte la publicación del texto.

Cómo citar

IJJ-UNAM

Mendizábal Bermúdez, Gabriela, “El derecho al cuidado en perspectiva comparada: un análisis jurídico entre España, Alemania y México”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, México, vol. 59, núm. 176, 2026, e20714. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2026.176.20714>

APA

Mendizábal Bermúdez, G. (2026). El derecho al cuidado en perspectiva comparada: un análisis jurídico entre España, Alemania y México. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, 59(176), e20714. <https://doi.org/10.22201/ijj.24484873e.2026.176.20714>