



**Diagnóstico del perfil, necesidades e intereses
de las personas cuidadoras en el
Área Metropolitana de Guadalajara
del estado de Jalisco.**



GOBIERNO DE
MÉXICO

INMUJERES
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES



Igualdad Sustantiva
entre Mujeres y Hombres





MT-20-1

Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres.

INFORME

Fecha de Elaboración: Diciembre de 2020

Meta referente al tema de cuidados y personas cuidadoras
Modalidad I, Documento de Investigación Aplicada

"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa" (Numeral 11.1, ROP 2020).

"Este producto es generado con recursos del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género. Empero el Instituto Nacional de las Mujeres no necesariamente comparte los puntos de vista expresados por las (los) autoras(es) del presente trabajo" (Cláusula DÉCIMA SEGUNDA, CRÉDITO Y RECONOCIMIENTO del Convenio Específico de Colaboración).

ÍNDICE

Justificación	3
Objetivo	14
Desarrollo	17
Recomendaciones.....	121
Bibliografía.....	123

Justificación

El presente diagnóstico se inscribe dentro del marco del Programa de Fortalecimiento a la Transversalidad de la Perspectiva de Género (PFTPG) emisión 2020, cuyo objetivo se enuncia a continuación de acuerdo al documento “Criterios para el diseño y elaboración de documentos meta y medios de verificación” (INMUJERES, 2020):

“Fortalecer institucionalmente a los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM) para que contribuyan a la igualdad de oportunidades y el ejercicio de los derechos de las mujeres en las entidades federativas, en los municipios y en las alcaldías de la Ciudad de México con el propósito de disminuir las brechas de desigualdad de género mediante el diseño y ejecución de acciones de atención y medidas especiales de carácter temporal”.

Una de las nueve metas aprobadas por la Comisión para la Validación de Proyectos de especial interés para el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) del gobierno de México corresponde a las metas referentes al tema de cuidados y personas cuidadoras, en específico a la Meta 20.1 orientada al diagnóstico sobre la profesionalización de las personas cuidadoras con énfasis especial en las mujeres.

Se trata de una meta asociada al cumplimiento de los derechos humanos reconocidos en la Constitución mexicana, ya que como lo señala el documento “Criterios para la ejecución de las metas tipo Modalidad I” la situación actual del cuidado representa una sobrecarga de trabajo principalmente para las mujeres que ven reducidas sus opciones de inserción laboral y participación en la vida pública, así como sus condiciones de bienestar (INMUJERES, 2020).

La centralidad del cuidado como un problema público asociado a la división sexual del trabajo (Batthyáni, 2015) y componente esencial que requiere una atención especial para contribuir al bienestar social ha sido abordado desde distintas disciplinas como la psicología, sociología, antropología, ciencia política, ciencias de la salud, lo cual refleja las múltiples dimensiones que se cruzan y abarcan desde

una perspectiva necesariamente relacional entre las personas cuidadoras y las personas sujetas del cuidado, estas últimas integradas por niñas y niños, personas con discapacidad y personas adultas mayores.

De igual forma la autora señala que considerar el cuidado como un problema público requiere de respuestas colectivas, mientras que, por otro lado, para avanzar hacia la creación de políticas públicas de largo alcance es preciso su abordaje como un derecho universal y de obligaciones compartidas entre mujeres y hombres, que para ser garantizado necesita de arreglos institucionales y presupuestarios que sean articulados por el Estado.

Precisamente debido a que su reconocimiento como derecho se encuentra en proceso de construcción en la mayoría de los países en desarrollo (situación contraria a los países nórdicos y algunos europeos como Alemania, Francia, Bélgica, España y Reino Unido) requiere de los cambios jurídicos y normativos que equilibren la inequitativa distribución del trabajo remunerado y no remunerado entre mujeres y hombres, y que como producto de esa división sexual del trabajo ha desfavorecido notablemente a las mujeres al colocarlas, independientemente de su elección, como las principales responsables del cuidado de personas dependientes, máxime si se trata de su propia unidad familiar, lo cual reduce de nuevo el problema a la esfera privada al considerarlas “proveedoras naturales de cuidados”, reforzando el estereotipo de la feminización del cuidado.

Entretanto, actualmente países latinoamericanos como Uruguay, Chile, Ecuador, Costa Rica y Colombia están poniendo en marcha los esfuerzos más avanzados en la región al incursionar en lo que se ha denominado el “cuarto pilar del bienestar”, que se refiere a las políticas de cuidados que buscan romper precisamente con esa división sexual tradicional del trabajo.

Es así como en los últimos años estas economías han tenido un papel destacado en su intento por instaurar sistemas de cuidados para distintas poblaciones que requieren de cuidados como lo son la primera infancia, personas adultas mayores, y personas enfermas de manera temporal o permanente; teniendo como base rectora un enfoque de derechos que permita generar un modelo de

responsabilidad compartida en primera instancia entre mujeres y hombres (estimulando la paternidad responsable), e incorporar la participación de las familias, el Estado, la sociedad, la comunidad y el mercado, que además permita responder eficazmente a las necesidades de integración de las mujeres al mercado laboral.

Este modelo en tanto que es concebido como una máxima aspiración para la construcción de políticas y sistemas de cuidado debería estar integrado por los siguientes componentes. No obstante, cabe señalar que ninguno de estas naciones reúne todos los elementos y mucho menos han alcanzado una cobertura universal, están, por decirlo de alguna manera, incursionando de manera escalonada, aunque quizás exista una tendencia a considerar más representativos los avances en el caso de Uruguay, en donde a partir de 2015 ha permeado una mayor regulación en materia legislativa, al tiempo que ha podido identificar con mayor oportunidad las necesidades de sus diferentes grupos poblacionales dependientes, y con ello la incorporación de servicios novedosos y creativos para atender a estas poblaciones. Lo anterior sin dejar de lado a las personas cuidadoras, lo cual justamente explica su reciente notoriedad en el panorama regional.

De manera general algunos países de la región han fortalecido más las políticas de cuidado infantil y primera infancia, mientras que otros han entrado en sinergia con la iniciativa privada para reforzar las estrategias de cuidado a las personas adultas mayores según su nivel de dependencia, prevaleciendo los servicios de cuidados mixtos por encima de los públicos.

Desde esta perspectiva el primer componente del modelo estaría representado por la oferta de servicios de cuidados que buscan la descentralización territorial o lo que se conoce como servicios de cercanía. Estos pueden ser de carácter público, privado o mixto, y están dirigidos a las personas dependientes, con apoyos domiciliados, de asistentes personales, teleasistencia y/o en espacios institucionalizados como los centros de trabajo o comunitarios que son habilitados para tales fines.

Una segunda característica tiene que ver con el dinero disponible para cuidar, por un lado, a través de financiamientos y créditos en condiciones flexibles a centros de cuidado para la mejora en la prestación de sus servicios, así como la capacitación y formación de sus recursos humanos y, por otro, la puesta en marcha de acciones compensatorias en calidad de transferencias para entregar apoyos monetarios directos a las personas cuidadoras (el reto sigue siendo elevar esas contribuciones económicas para abandonar el estado de precariedad en el que generalmente se encuentran).

El tercer elemento, pero no por ello menos importante y, de hecho, en el que se debe prestar especial atención es la formación en cuidados, capacitación y profesionalización para personas cuidadoras, tanto familiares como formales. El objetivo es generar condiciones de trabajo decentes, diferenciando a estos(as) trabajadores(as) por edades y/o el grupo poblacional al que pertenece la persona receptora de sus cuidados para perfilar una mejor sectorización de estas actividades productivas ya que, finalmente, la situación de estos(as) trabajadores(as) depende de cómo está organizada la prestación de los servicios de cuidados. Lo anterior con un enfoque de género, derechos humanos y salud integral, con énfasis en la continuación de sus trayectorias educativas y/o laborales para que no se fragmenten ni sean inestables; además de asegurarles el acompañamiento de profesionales de la salud mental a través de grupos de autoayuda, autocuidado y redes de apoyo que minimicen los riesgos que tienen ellos(as) mismos (as) de enfermar.

Lamentablemente en cuanto al grado de profesionalización de las personas cuidadoras este es uno de los temas menos estudiados sin importar el país del que se trate. En virtud de ello se requiere una mayor producción de conocimiento y generación de datos y estadística comparable, e información que sea representativa, esté sistematizada y permita mostrar evidencias fiables para su análisis.

De manera general se pueden documentar ciertas experiencias (aunque con resultados heterogéneos) para el trabajo de cuidados remunerado en función del lugar en donde éste se realiza: trabajo remunerado a domicilio y, trabajo

remunerado en instituciones o para la comunidad. No obstante, estos estudios deben verse con reserva ya que en no pocas ocasiones no distinguen el trabajo propiamente de cuidados que tiene como población objetivo a personas dependientes ya sea por ciclo de edad o enfermedad, del trabajo doméstico, en donde el trabajo de cuidados puede formar parte o no de las actividades diarias, más no tiene como principal objetivo proveer de cuidados exclusivos a personas dependientes para procurar su bienestar físico y emocional, y por lo tanto tampoco destinan la mayor cantidad de tiempo a su atención. Esto sin considerar que muchas veces las personas cuidadoras que trabajan en domicilios de entrada por salida también se contratan para agencias, geriátricos o instituciones de salud.

En la primera situación existen algunos estudios de caso en comunidades de países como España en donde personas cuidadoras no familiares cuya principal actividad es cuidar de personas adultas mayores a tiempo completo (generalmente se trata de cuidadoras mujeres migrantes en condiciones irregulares que viven en el domicilio) manifiestan estar bien preparadas para ejercer su trabajo, a pesar de tener niveles bajos de escolaridad, y de no haber recibido ningún curso o capacitación en las tareas de cuidado (obteniendo salarios que oscilan entre los 600 y 900 euros mensuales). El principal motivo para no capacitarse es la falta de tiempo, aunado al desconocimiento de que exista una oferta formativa. Además, se suman otras limitantes como la negativa de las familias de las personas receptoras de los cuidados ya que ello implicaría la salida del domicilio por parte del cuidador (ra), generando un conflicto de intereses en donde dicha formación lejos de verse en términos positivos como una inversión que permitiría mejorar la calidad de su trabajo, se percibe con una mirada de corto plazo en donde el tiempo destinado a los cuidados se vería reducido (Casedemont, 2019).

Siguiendo con ese segmento de población, a través de una investigación exploratoria realizada en la ciudad de Buenos Aires en Argentina se encontró que la mayoría de las personas cuidadoras de adultos(as) mayores dependientes tienen la secundaria incompleta, con jornadas laborales de 10 horas en promedio, y comparten la característica de haber iniciado su trayectoria laboral con el cuidado de sus propios familiares o bien, desempeñándose de forma remunerada en el trabajo doméstico. En los últimos años agencias e instituciones públicas tales como

hospitales y universidades, así como ONG's les han ofrecido e impartido varios cursos de formación, lo cual les ha permitido capacitarse, teniendo como objetivo acceder a mejores oportunidades laborales. Aquellas personas que han optado por las capacitaciones ofrecidas por las universidades, hospitales y ONG's manifiestan que no solo han mejorado la calidad de su trabajo, sino que experimentaron una transformación personal al decidirse muchas de ellas a concluir la primaria e incluso iniciar carreras como enfermería o formarse como asistentes terapéuticos(as), es decir, en el camino encontraron una profesión y más y mejores herramientas y recursos afectivos y psico-emocionales para cuidar de sí mismos (as). Por el contrario, las capacitaciones que ofrecen las empresas de colocación (agencias) son vistas como de baja calidad y escasa formación, centradas en una lógica de mercado (Findling, Lehner y Cirino, 2015)

Por lo que hace al trabajo de cuidado remunerado en instituciones, estudios de caso también en Argentina documentan que las ocupaciones del cuidado se concentran en los sectores de la salud, educación y servicio doméstico, compartiendo la característica de estar altamente feminizadas y ejercerse en condiciones laborales precarias, por lo que no es difícil anticipar que la calidad de la atención se vea comprometida en mayor o menor medida, dependiendo de la ocupación analizada. Por medio de la comparación de tres ocupaciones: educación inicial y primaria, enfermería y, trabajo doméstico, las autoras encuentran variaciones significativas que, no obstante, acentúan la desvalorización social y económica en su conjunto.

Por ejemplo, aunque tanto la docencia como la enfermería son ocupaciones que requieren de estudios superiores para desempeñarse (avalados por un título de licenciatura), mientras que entre el 80% y 90% del personal educativo está titulado y más del 70% continúa tomando cursos de capacitación después de haber sido formado, en el caso de la enfermería y a pesar de que su normativa establece estudios superiores de tres años como mínimo, en la práctica el 48% de estos trabajadores(as) es personal denominado "auxiliar de enfermería" cuyos requerimientos se limitan solo a un año de instrucción en cuidados y de baja complejidad, e incluso antes de 2007 solo se requerían estudios de primaria concluida para poder ejercer, en lugar de certificarse como profesional de

enfermería. En el otro extremo se sitúan las trabajadoras domésticas donde el 70% no logra completar la educación secundaria y solo el 1.9% tiene un título de educación superior, aunque ciertamente dada la naturaleza de esas funciones tampoco se esperaría que lo tuvieran (Esquivel y Pereyra, 2017).

En el plano local, como parte de los Mecanismos de Adelanto de las Mujeres (MAM) en las entidades federativas, municipios y alcaldías, se considera importante la realización de diagnósticos sobre el estado de profesionalización de las personas cuidadoras, preferentemente mujeres, quienes representan la mayoría de quienes ejercen este rol de acuerdo a los estudios empíricos en la materia.

Como antecedente de estudios en el área metropolitana de Guadalajara (AMG) sobre el tema del cuidado, se pueden mencionar dos, la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS) del año 2012 realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) a solicitud y con la colaboración del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES) y el segundo, se trató de un diagnóstico sobre la situación que viven las mujeres adultas mayores cuidadoras a través de una encuesta realizada en el año 2016.

Los datos que arrojó la Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social mostraron que en el 53.6% de los hogares del AMG vive al menos una persona con necesidad de cuidado. Del mismo modo, considerando el total de los hogares, esta medición registró que 4.8% de los hogares requieren de cuidados para personas con limitaciones permanentes, 47.4% para personas menores de 15 años y 7.2% para personas enfermas temporales. En el 12.1% del total de hogares se contratan trabajadores y personas cuidadoras, siendo 98.4% personas trabajadoras domésticas y 2.0% personas cuidadoras tanto de entrada y salida como de planta.

El gasto semanal reportado por los hogares en cuanto al pago para personas trabajadoras domésticas fue de 550 pesos, mientras que en el caso de enfermeros(as) y personas cuidadoras de 817 pesos.

Con respecto a las personas cuidadoras, en el siguiente cuadro se puede apreciar que el 81.6% de las personas cuidadoras de personas con discapacidad, así como el

87.3% de quienes cuidan a menores de 15 años y el 79.6% de quienes cuidan a personas enfermas temporales son integrantes del mismo hogar, mientras que sólo un porcentaje muy pequeño (entre 1.5% y 3.0%) son personas de otros hogares que lo hacen por un pago. Otro aspecto importante de resaltar es que el 75% de las personas cuidadoras de las personas con limitaciones permanentes o menores de edad y el 60.7% de las personas cuidadoras de personas enfermas temporales son mujeres de acuerdo a esta misma fuente de datos de ELCOS (INEGI, 2012).

Cuadro 1. Personas que realizaron actividades de cuidado en el área metropolitana de Guadalajara.

Personas que realizaron actividades de cuidado	Total	Tipo de cuidador			
		Miembros del mismo hogar	Personas de otros hogares que lo hacen de manera gratuita	Personas de otros hogares que lo hacen por un pago	No Especificado
Para personas con limitaciones permanentes	87,077	71,130	14,672	1,275	0
Para menores de 15 años	853,178	744,985	85,459	20,688	2 046
Para enfermos temporales	102,026	81,259	15,767	3,069	1 931

Fuente: Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS), (INEGI, 2012).

En el caso del segundo estudio referido, es decir, la encuesta aplicada en el año 2016 tuvo como objetivo la elaboración de un diagnóstico situacional sobre las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares dentro del hogar, sus implicaciones en el respeto de los derechos humanos y su salud física y mental.

En este estudio se abordan características sociodemográficas de las mujeres cuidadoras y las personas dependientes del cuidado, en donde el 97% no ha recibido algún tipo de capacitación o curso para ser cuidadora y 59% de las mujeres entrevistadas mencionó su interés en certificarse en el cuidado y atención a personas adultas mayores en domicilio particular, especialmente mujeres más jóvenes entre 50 y 59 años de edad, en donde la certificación podría significar una visibilización y valoración de la actividad.

Posteriormente, en el año 2018 el Instituto Jalisciense de las Mujeres (IJM) elaboró un estudio diagnóstico sobre la política social y de cuidados en el Estado de Jalisco. Ese diagnóstico de carácter cualitativo tuvo como propósito evaluar si la política social del Estado en el periodo 2013-2018 estaba provista de una política pública de cuidados, a través de la revisión principalmente de la capacidad instalada y la cobertura de una selección de programas y acciones sociales relacionados con los servicios de cuidados en el hogar, en las instituciones y/o en los centros de trabajo, en función de tres segmentos de población considerados en situación de dependencia: 1) infancia, 2) personas adultas mayores y, 3) personas con discapacidad.

Los principales hallazgos del diagnóstico fueron: la falta de perspectiva de género y de enfoque interseccional en la mayoría de las intervenciones; un interés centrado solo en las personas que requieren los cuidados, dejando de lado a las personas cuidadoras a las que no se les reconoce como titulares de derechos, como consecuencia, la preparación y profesionalización de cuidadoras (es) no forma parte de la agenda pública. A ello se suma la falta de estadísticas que indiquen cuántos de los adultos mayores tienen un grado de dependencia que conlleve la necesidad de cuidados, como resultado, no se generan datos sobre sus cuidadoras (es); lo mismo sucede con las personas cuidadoras de personas con discapacidad, en el mejor de los casos sólo se identifican parcialmente, pero no se les brinda algún tipo de atención u orientación especializada. No obstante, independientemente del segmento de la población analizada, se estima que un porcentaje muy alto de las personas cuidadoras (en algunos casos cerca del 80%) son familiares mujeres (madre, abuela u otra figura femenina) sin remuneración económica (IJM, 2018)

La mayor aportación del estudio fue evidenciar que como tal no existe una política pública de cuidados para garantizar los derechos y atender las necesidades de las personas cuidadoras en el marco de la política social del Estado de Jalisco, ya que, si bien existe una oferta de programas y acciones dirigidas a las mujeres (concentrada en el AMG) que, además de no estar suficientemente articulada, no contempla en su diseño el rol de cuidadoras que la gran mayoría de ellas ejerce, por lo tanto, se sigue desperdiciando la oportunidad de eliminar las desigualdades

de género en las tareas de cuidado, perpetuando el rol de la mujer como cuidadora, y obstaculizando su acceso a empleos remunerados y/o desarrollar actividades productivas incluso desde casa.

Con ese marco de referencia y, ante el enorme desafío que representa colocar el tema de los cuidados en la agenda de gobierno no solo en el centro de la política social sino incluso de la política económica, en 2019 la Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres (SISEMH) generó un primer ejercicio de acercamiento cualitativo para diagnosticar la situación de cuidadoras primarias en seis municipios del AMG, definiendo como tal a la mujer que cuida gratuitamente a personas dependientes que requieren cuidados especiales, ya sea por enfermedad o porque vivan con alguna discapacidad (el documento hace explícito el no contemplar a otro tipo de poblaciones como la primera infancia o personas menores de 15 años a menos que se encuentren en alguna de las dos condiciones de interés). El objetivo de ese trabajo fue aproximarse al conocimiento de ciertas características sociodemográficas de las personas cuidadoras primarias así definidas, las condiciones generales en las que realizan su trabajo, sus necesidades y la oferta de servicios disponibles para cubrirlas.

Con base en la realización de 71 entrevistas semiestructuradas a mujeres cuidadoras primarias residentes en alguno de los seis municipios conurbados del AMG (excluye Juanacatlán, Ixtlahuacán de los Membrillos y Zapotlanejo), el estudio identificó que el 38% de las cuidadoras tiene de 51 a 60 años de edad, seguido del grupo de 41 a 50 años (18.3%) y de 31 a 40 años (14.1%); en cuanto a su situación conyugal el 50.7% están casadas, pero también existe una proporción muy alta de solteras (31.0%). En general, el 77.5% tienen de 1 a 4 hijos, solo el 15.5% manifestó no ser madre. El 36.6% tiene una escolaridad de secundaria o menos, mientras que llama poderosamente la atención que un porcentaje muy alto (32.4% de los casos) son mujeres con estudios de licenciatura concluidos, pero en donde intuitivamente se podría suponer que la combinación de ser mujer, no tener ingreso fijo, estar en una relación de parentesco directa con la persona dependiente y convivir en el mismo hogar, parece determinar el rol de género que culturalmente se le asigna como cuidadora primaria (SISEMH, 2019).

Por otro lado, las principales personas receptoras de cuidado son, en primer lugar, las mamás (26.8%), seguido de hijas/hijos (21.1%) y del conyugue (11.3%). Además, el estudio evidencia la presencia del síndrome del cuidador que ha generado un estado de agotamiento y deterioros en la salud emocional (estrés, angustia, tristeza, enojo) y mental (depresión) que condicionan negativamente la calidad de vida de estas mujeres, al no formar parte ellas mismas de una política de servicios y cuidados integrales que tendrían que ser garantizadas fundamentalmente por el Estado, pero también incluir alianzas con otros actores estratégicos como el sector empresarial, la sociedad civil, la comunidad u otros organismos competentes.

Aunque pareciera una contradicción, las mujeres cuidadoras consideran que su trabajo no requiere profesionalización, es decir, existe la tendencia a desvalorizar ellas mismas este tipo de actividades, lo cual puede explicarse por la falta de pago (aunque desafortunadamente no se recogió el dato sobre si recibían una remuneración). No obstante, el 61.9% señaló que no ha recibido ningún tipo de capacitación para realizar los cuidados especiales, principalmente porque no saben a dónde acudir por ellos ni quién tendría que proveérselos, además de señalar que no tienen el tiempo para buscarlos; empero, se muestran interesadas en mejorar sus habilidades para asistir de mejor manera a las personas dependientes que están a su cargo, en tareas de cuidado como rehabilitación, terapia especial, manejo de emociones, psicología, enfermería etc.

Objetivo

El objetivo de la **Meta 20-1** es promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías obtengan información sobre necesidades y características de los cuidados en su demarcación para generar una estrategia integral de cuidados.

A partir de este objetivo, se deriva la elaboración de un diagnóstico para determinar la ubicación, necesidades e intereses, así como el perfil, prestaciones sociales, apoyos gubernamentales, movilidad, situaciones de desempleo y tipo de atención que brindan los y las cuidadoras.

Por su parte, los objetivos específicos, se describen a continuación:

- 1) Conocer las áreas, de entre el área metropolitana de Guadalajara y las zonas rurales de su cercanía, donde se concentra la mayor parte de las viviendas en que se lleva a cabo la tarea de las y los cuidadores; y si estas coinciden con el domicilio de residencia de estas.
- 2) Reflejar las necesidades, ya sea en aspectos económicos, sociales, emocionales o de salud, de los y las cuidadoras y los intereses y/o metas a futuro (corto, mediano y largo plazo) de las personas que se encuentran desarrollando la actividad de cuidadores.
- 3) Tener conocimiento del perfil de los y las cuidadoras; entendido como: edad, ocupaciones, estado civil, rol familiar, ingreso mensual, tiempo dedicado a la tarea de cuidado (por día, por semana y por mes), descripción de la persona o personas a quienes brindan dichos cuidados (edad, condición, cuidados especiales y rutina de cuidados), tiempo que llevan desarrollando la actividad de cuidadores en total (por semanas, meses o años), descripción de ocupaciones u oficios que realicen ajeno a su tarea de cuidadoras (empleos de jornada completa, informal, jornada media, pasatiempos, estudios, etc.).

- 4) Tener un diagnóstico que muestre las prestaciones sociales o beneficios y/o apoyos gubernamentales (y la naturaleza de estos) que obtienen- en caso de que los reciban- gracias a su labor de cuidadores.
- 5) Visibilizar si el o la cuidadora requiere transportarse al lugar donde llevará a cabo la tarea de cuidador, y de ser el caso el medio de transporte utilizado, así como el tiempo de traslado.
- 6) Identificar las situaciones de vulnerabilidad a las que se enfrentan los y las cuidadoras con respecto a condiciones laborales o impedimentos al momento de solicitar empleo o mantener un trabajo, resultantes de tener que llevar a cabo tarea de cuidadores.
- 7) Realizar deducciones basadas en el cruce de datos obtenidos en el diagnóstico, que reflejen el estatus quo y las condiciones en las que se desarrollan las y los cuidadores que residen y/o laboran en el área metropolitana de Guadalajara y las zonas rurales cercanas a esta.

Los beneficios esperados de esta meta consisten en la generación de información precisa, actualizada y confiable para la formulación de políticas públicas que atiendan el problema público que viven las personas que requieren el servicio de cuidados y aquellas que brindan los cuidados en el área metropolitana de Guadalajara.

Con este fin se hizo un análisis georreferenciado sobre la demanda y oferta del cuidado por Área Geoestadística Básica (AGEB), para lo cual en el primer caso se utilizaron los datos censales del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) respecto a población de 0 a 15 años, personas con discapacidad y personas adultas mayores. Y en el caso de la oferta, se llevó a cabo la geolocalización de los centros de cuidado infantil del Sistema Estatal DIF ubicados en el área metropolitana de Guadalajara.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Del mismo modo, como parte del estudio de la oferta, se realizó una encuesta estadísticamente representativa en hogares en el área metropolitana de Guadalajara, dirigida a personas cuidadoras y entrevistas semiestructuradas considerando la actividad del cuidado remunerado y no remunerado.

Desarrollo

El estudio consideró diferentes etapas divididas en dos vertientes para estudiar la demanda y la oferta de servicios de cuidado:

Cuadro 2. Etapas de estudio respecto a la demanda y oferta de servicios de cuidado.

Análisis de la demanda de servicios de cuidados	<ol style="list-style-type: none">1. Análisis de georreferenciación de la demanda a partir de información censal por AGEB de las tres poblaciones receptoras de cuidado en el área metropolitana de cuidado.2. Encuesta estadísticamente representativa de hogares dirigida a las personas cuidadoras principales no remuneradas y remuneradas, en donde se recoge información de las personas receptoras del cuidado.
Análisis de la oferta de servicios de cuidados	<ol style="list-style-type: none">3. Análisis de georreferenciación de la oferta de servicios de cuidado infantil de los centros de cuidado infantil del Sistema Estatal DIF de Jalisco y los municipios del área metropolitana de Guadalajara.4. Encuesta estadísticamente representativa de hogares dirigida a las personas cuidadoras principales no remuneradas y remuneradas.5. Entrevistas semiestructuras a personas cuidadoras principales.

Fuente: Elaboración propia.

Análisis de la demanda de los servicios de cuidados

En este apartado se hace una revisión de la distribución espacial de la demanda potencial constituida por los grupos de población infantil, población con alguna discapacidad y la población adulta mayor. Para ello, se parte de la construcción de una base de datos espaciales a partir del cruce de los datos vectoriales del marco geoestadístico municipal del año 2020 y los datos por AGEB y manzana urbana del censo nacional de población y vivienda del año 2020.

Respecto a los datos disponibles del censo, es importante aclarar que la estructura de las bases de datos públicas y que fueron consultadas para este respecto, poseen arreglos predefinidos que limitan la inferencia y tratamiento de las variables que

ellas integran. Se considera importante exponer estas limitaciones porque reflejan las dificultades para la construcción del análisis¹.

Una de las principales limitaciones, tiene particular importancia en la representación de la población infantil originalmente correspondiente al grupo de los 0 a los 15 años de edad (ver cuadro 3). Sin embargo, este grupo de población no está disponible en su desagregado por área geoestadística básica urbana, en cuyo caso se considera solamente la población de menos de 15 años para su representación en el mapa, tal como se muestra en la figura 1.

Cuadro 3. Distribución de la población de 15 años o menos por municipio del área metropolitana de Guadalajara². Con base en datos del Censo Nacional de población y vivienda del INEGI, 2020.

Municipio	Población de 14 años o menos*	Población de 15 años*	Población de 15 años o menos	Porcentaje de población de 15 años o menos
Zapopan	328,031	23,111	351,142	26.1%
Guadalajara	272,081	20,307	292,388	21.7%
Tlajomulco de Zúñiga	215,808	14,348	230,156	17.1%
San Pedro Tlaquepaque	175,311	12,257	187,568	13.9%
Tonalá	152,833	10,783	163,616	12.1%
El Salto	65,557	4,423	69,980	5.2%
Ixtlahuacán de los Membrillos	20,689	1,334	22,023	1.6%
Zapotlanejo	18,415	1,194	19,609	1.5%

¹ No existe una correspondencia exacta entre la población por AGEB dispuesta en los tabulares básicos del censo 2020 y la clave de AGEB de las entidades vectoriales del marco geoestadístico del mismo año, por lo cual, la población para cada grupo de interés varía según el caso. Por ello, para la representación cartográfica se utiliza la población de las AGEBs por municipio que reportan datos y para las que además existe una entidad vectorial válida de correspondencia, mientras que aquellas AGEBs con dato poblacional y para las que no hay una entidad vectorial vinculante, se clasifican como sin dato (SD).

² El Área Metropolitana de Guadalajara incluyó en el año 2019 al municipio de Acatlán de Juárez, sin embargo, en el presente diagnóstico no se considera por su reciente incorporación que todavía no lo integra de manera consolidada en materia de políticas públicas metropolitanas.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Municipio	Población de 14 años o menos*	Población de 15 años*	Población de 15 años o menos	Porcentaje de población de 15 años o menos
Juanacatlán	9,832	532	10,364	0.8%
Total	1,258,557	88,289	1,346,846	100.0%

**Nota: Se integra el desglose de la variable de interés para exponer el proceso de construcción de acuerdo con los datos disponibles solo para las municipalidades.*

Finalmente, señalar que, en el marco de referencia vectorial del 2020, existen algunas deficiencias propias de su estructura y en cuyo caso se realizó un cruce para comprobar, la existencia de la entidad geométrica y su correspondencia con la información demográfica de las bases de datos.

De esta manera en el caso de no reportarse información poblacional para la entidad vectorial (AGEB), se estableció el código "SD" que refiere a que no se cuenta con información y que se puede visualizar en las representaciones espaciales de la información aquí expuestas.

a) Demanda de Servicios de Cuidado Infantil

La población menor a los 15 años de edad representa cerca del 26% de la población total del conjunto metropolitano, a saber, 5 millones 243 mil 392 habitantes. De acuerdo con los resultados obtenidos, cinco de los nueve municipios agrupan cerca del 91% de la población infantil, siendo el municipio de Zapopan el de mayor aportación con el 26.1%, tal como se muestra en el cuadro seis de este documento. Mientras que El Salto, Ixtlahuacán de los Membrillos, Zapotlanejo y Juanacatlán suman el 9.1% de la demanda potencial de servicios de cuidado.

Por otra parte, la estructura población de los municipios varía según el municipio metropolitano en cuestión, de tal manera que, siete de los nueve municipios cuentan con una población infantil mayor al 25% y solamente Zapopan (23.8%) y Guadalajara (21.1%) tienen una estructura por debajo de este porcentaje.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Cuadro 4. Distribución porcentual de la población de 15 años o menos con respecto a la población total del municipio.

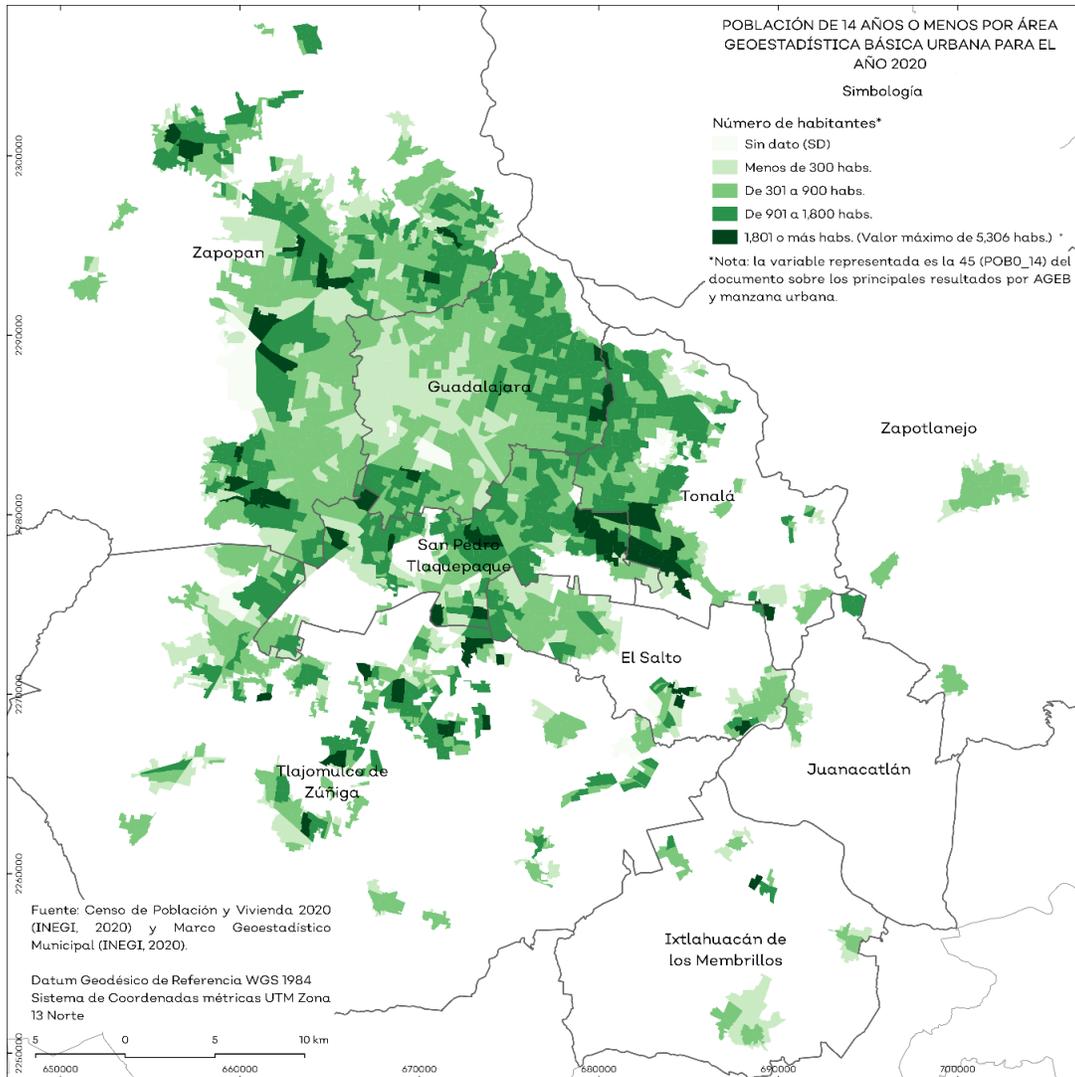
Municipio	Porcentaje de población de 15 años o menos
Juanacatlán	33.6%
Ixtlahuacán de los Membrillos	32.4%
Tlajomulco de Zúñiga	31.6%
Zapotlanejo	30.3%
El Salto	30.1%
Tonalá	28.7%
San Pedro Tlaquepaque	27.3%
Zapopan	23.8%
Guadalajara	21.1%
Área metropolitana de Guadalajara	25.7%

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI, 2020.

Estos datos son particularmente importantes cuando observamos la oferta de servicios de cuidado distribuidos en el área metropolitana de Guadalajara, en cuyo caso los municipios con una considerable composición de población infantil disponen de una menor accesibilidad a estos servicios.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 1. Distribución de la población infantil por Área Geoestadística Básica Urbana (AGEB) y municipio.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Cuadro 5. Estratificación de AGEBs del Área Metropolitana de Guadalajara según el tamaño de población menor de 15 años de edad.

Número de AGEB por municipio de población de 0 a 14 años de edad						
Nombre	Menos de 300 habitantes	De 301 a 900 habitantes	De 901 a 1,800 habitantes	1,801 o más habitantes	No especificados	Total*
Guadalajara	114	209	113	3	3	442
Zapopan	154	234	112	14	15	529
Tlaquepaque	62	86	68	13	5	234
Tonalá	70	86	62	7	3	228
El Salto	51	56	17	3	2	129
Juanacatlán	11	3	4	0	0	18
Tlajomulco de Zúñiga	136	125	76	11	29	377
Ixtlahuacán de los Membrillos	17	15	3	1	1	37
Zapotlanejo	26	15	0	0	4	45
Total	641	829	455	52	62	2,039

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI, 2020.

b) Demanda de Servicios de Cuidado para Personas con Discapacidad

En cuanto a la población con alguna discapacidad o limitación, se observa que este grupo tiene mayor presencia en los municipios de Guadalajara (32.8%) y Zapopan (24.1%), seguido de San Pedro Tlaquepaque (12.8%) y Tlajomulco de Zúñiga (11.3%).

Por su parte, el 19.0% está integrado por cinco municipios, siendo Juanacatlán el territorio que guarda la menor proporción de personas con discapacidad (0.5%). También, en lo que respecta a la distribución de esta población y su peso en el municipio, se obtiene un promedio metropolitano aproximado del 4% tal como se observa en el cuadro diez.

Cuadro 6. Distribución de la población con alguna discapacidad por municipio del área metropolitana de Guadalajara.

Municipio	Población con alguna discapacidad	Porcentaje de población con alguna discapacidad
Guadalajara	73,785	32.8%
Zapopan	54,121	24.1%
San Pedro Tlaquepaque	28,756	12.8%
Tlajomulco de Zúñiga	25,325	11.3%
Tonalá	23,641	10.5%
El Salto	10,873	4.8%
Zapotlanejo	3,707	1.6%
Ixtlahuacán de los Membrillos	3,351	1.5%
Juanacatlán	1,201	0.5%
Total	224,760	100.0%

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI, 2020.

Cuando se analiza la distribución de la oferta de servicios de cuidado y la demanda en su conjunto, se observa que en municipios como, Juanacatlán, Tlajomulco de Zúñiga, Zapotlanejo e Ixtlahuacán de los Membrillos, existe una escasa o nula presencia de servicios de cuidado y atención, lo cual podría pasar por desapercibido de considerarse solamente el tamaño poblacional del grupo de interés.

Sin embargo, de asumir la aparente proporcionalidad de la oferta (servicios de cuidado) con respecto a la demanda (población de interés), se estaría asumiendo a su vez que la cantidad, localización y distribución espacial de dicha oferta, es adecuada o suficiente para atender las necesidades presentes y emergentes de dichas poblaciones (ver mapa 2).

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

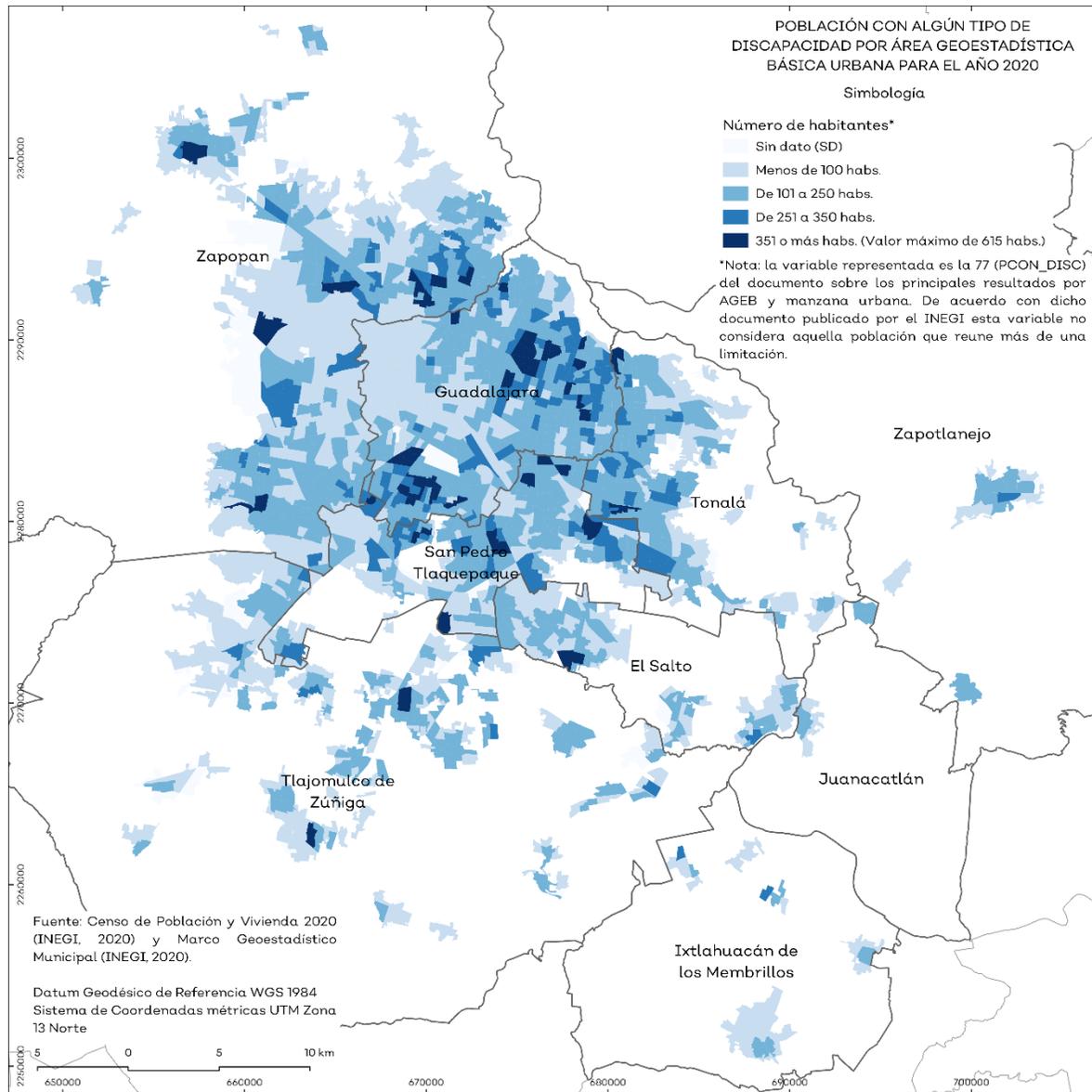
Cuadro 7. Distribución porcentual de la población con alguna discapacidad con respecto a la población total del municipio.

Municipio	Porcentaje de población con alguna discapacidad
Ixtlahuacán de los Membrillos	5.5%
Guadalajara	5.3%
Zapotlanejo	5.2%
El Salto	4.7%
San Pedro Tlaquepaque	4.2%
Tonalá	4.1%
Juanacatlán	3.9%
Zapopan	3.7%
Tlajomulco de Zúñiga	3.5%
Área metropolitana de Guadalajara	4.3%

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI, 2020.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 2. Distribución de la población con alguna discapacidad por Área Geoestadística Básica Urbana (AGEB) y municipio.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Cuadro 8. Estratificación de AGEBs del Área Metropolitana de Guadalajara según el tamaño de población con alguna discapacidad.

Número de AGEB por municipio de población con algún tipo de discapacidad						
Nombre	Menos de 100 habitantes	De 101 a 250 habitantes	De 251 a 350 habitantes	351 o más habitantes	No especificados	Total*
Guadalajara	133	219	60	27	3	442
Zapopan	267	192	29	9	32	529
Tlaquepaque	107	88	20	10	9	234
Tonalá	114	79	17	3	15	228
El Salto	76	42	1	2	8	129
Juanacatlán	10	6	0	0	2	18
Tlajomulco de Zúñiga	222	92	6	2	55	377
Ixtlahuacán de los Membrillos	24	7	2	0	4	37
Zapotlanejo	24	10	1	0	10	45
Total	977	735	136	53	138	2,039

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI, 2020.

c) Demanda de Servicios de Cuidado para Personas Adultas Mayores

La población adulta mayor está constituida por personas de 65 años o más de edad. Este grupo de población se distribuye de forma heterogénea en la metrópoli, el municipio de Guadalajara concentra el 42% de personas de la tercera edad con respecto al total metropolitano (400,107 habitantes).

En seguida, se encuentran municipios como Zapopan con cerca del 28% y San Pedro Tlaquepaque con el 10.8%. Mientras tanto, los seis municipios restantes agrupan en conjunto el 18.7% de las personas de 65 años o más que viven en el área metropolitana de Guadalajara.

Cuadro 9. Distribución de la población adulta mayor por municipio del área metropolitana de Guadalajara.

Municipio	Población adulta mayor (65 años o más)	Porcentaje de población adulta mayor (65 años o más)
Guadalajara	168,417	42.1%
Zapopan	113,576	28.4%
San Pedro Tlaquepaque	43,111	10.8%
Tonalá	28,914	7.2%
Tlajomulco de Zúñiga	26,105	6.5%
El Salto	9,906	2.5%
Zapotlanejo	5,257	1.3%
Ixtlahuacán de los Membrillos	3,295	0.8%
Juanacatlán	1,526	0.4%
Total	400,107	100.0%

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de población y vivienda del INEGI, 2020.

En cuanto al peso poblacional que tiene este grupo etario con respecto a la población total del municipio correspondiente, se observa que poco más del 12% de la población que vive en Guadalajara pertenece a este grupo de población. Además, este municipio agrupa la mayor oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Así mismo, cuando se comparan estos datos con la distribución espacial de la oferta de servicios de cuidado para este grupo de población, se observa que no hay una cobertura metropolitana que permita satisfacer la demanda en municipios como El Salto, Tlajomulco de Zúñiga, Tonalá, Juanacatlán o Zapotlanejo, en cuyos casos se trata de entre el 3.6% y el 5.1% de la población del municipio que no tendría acceso a estos servicios de cuidado.

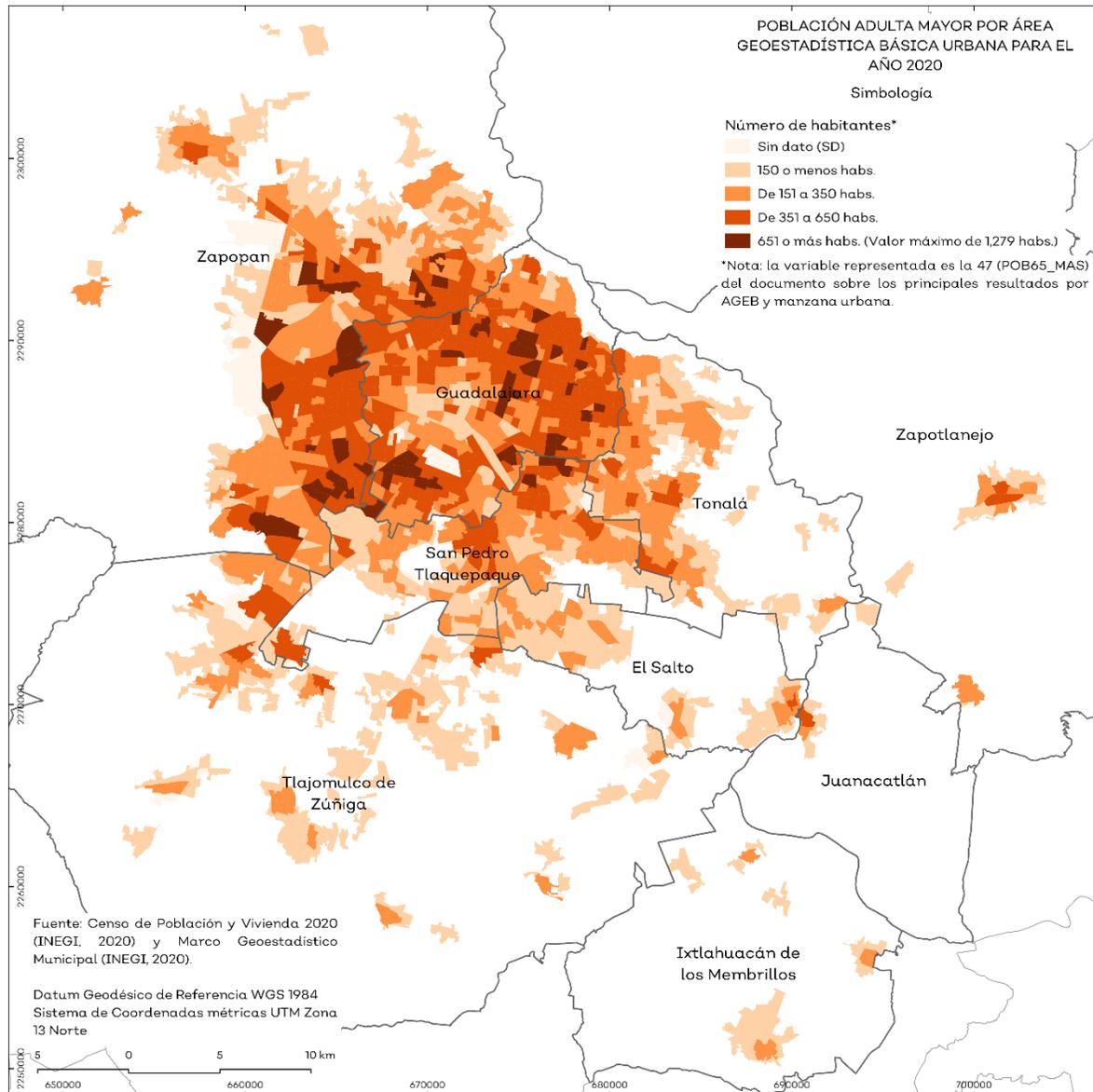
Cuadro 10. Distribución porcentual de la población adulta mayor con respecto a la población total del municipio.

Municipio	Porcentaje de población adulta mayor (65 años o más)
Guadalajara	12.2%
Zapotlanejo	8.1%
Zapopan	7.7%
San Pedro Tlaquepaque	6.3%
Tonalá	5.1%
Juanacatlán	4.9%
Ixtlahuacán de los Membrillos	4.8%
El Salto	4.3%
Tlajomulco de Zúñiga	3.6%
Área metropolitana de Guadalajara	7.6%

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de población y vivienda del INEGI, 2020.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 3. Distribución de la población adulta mayor por Área Geostadística Básica Urbana (AGEB) y municipio.



Cuadro 11. Estratificación de AGEBs del Área Metropolitana de Guadalajara según el tamaño de población adulta mayor de 65 años o más.

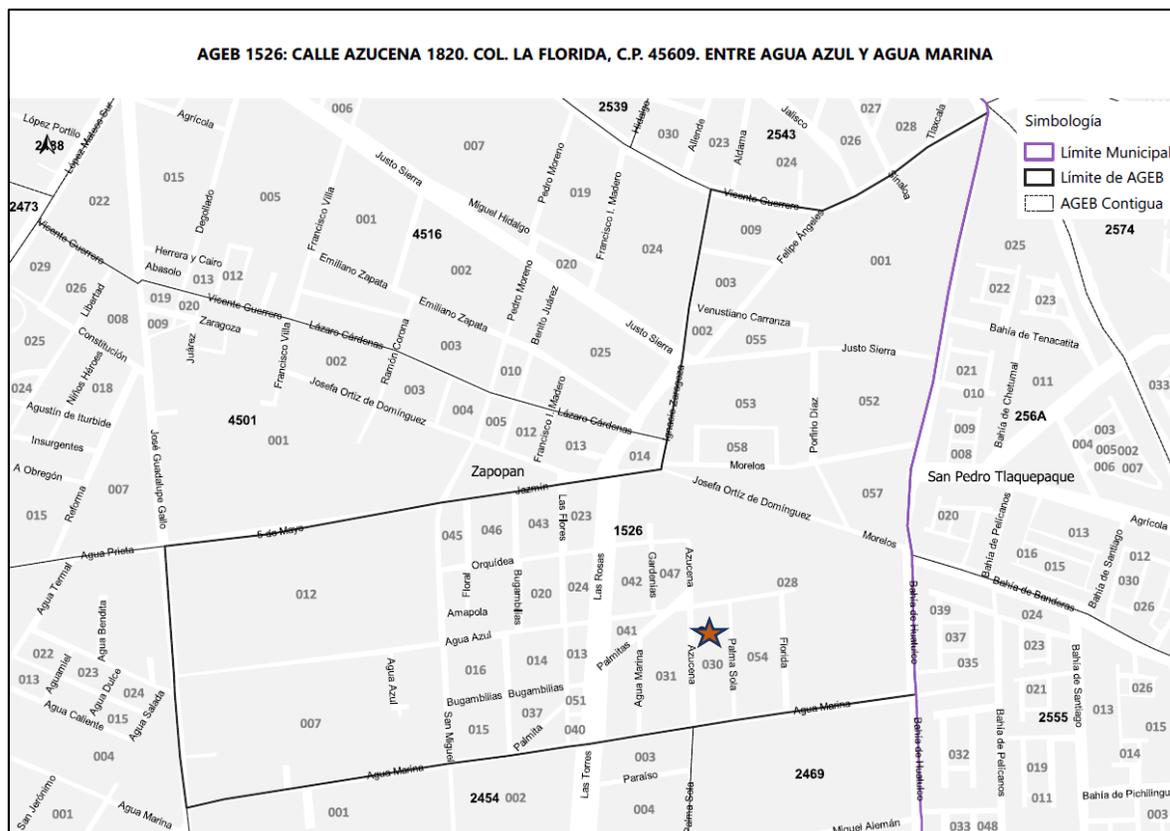
Número de AGEB por municipio de población de 65 o más años						
Nombre	Menos de 150 habitantes	De 151 a 350 habitantes	De 351 a 650 habitantes	651 o más habitantes	No especificados	Total*
Guadalajara	44	165	194	34	5	442
Zapopan	231	150	98	21	29	529
Tlaquepaque	110	76	32	5	11	234
Tonalá	141	67	12	0	8	228
El Salto	96	21	1	0	11	129
Juanacatlán	14	1	1	0	2	18
Tlajomulco de Zúñiga	289	36	5	0	47	377
Ixtlahuacán de los Membrillos	31	5	0	0	1	37
Zapotlanejo	28	6	3	0	8	45
Total	984	527	346	60	122	2,039

Fuente: Con base en datos del Censo Nacional de población y vivienda del INEGI, 2020.

La encuesta estadísticamente representativa de hogares con población receptora de cuidados y se administró a la población de 18 años y más que ejercen actividades de cuidados de manera regular (remunerada o no remunerada) en el área metropolitana de Guadalajara. Para ello, se utilizó un diseño muestral probabilístico bietápico por conglomerados, se eligieron como unidades primarias de muestreo (UPM) las Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBs), La selección de la vivienda se hizo con brinco sistemático y arranque aleatorio, mientras la persona sujeta a entrevista fue elegida a partir de criterios de aleatoriedad asegurando que cumpliera con el perfil de elegibilidad.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 4. Ejemplo de AGEB y manzana de arranque seleccionados aleatoriamente como parte de la muestra de la encuesta.



En total se visitaron 25 áreas geostatísticas básicas (AGEBs) y 27 manzanas de arranque.

Cuadro 12. Relación de puntos de muestreo y domicilio de manzana de arranque aleatorio.

NOMBRE	AGEB	DOMICILIO
EL SALTO	0420	CALLE SAN PATRÍCIO 13-3. COL. HERMOSILLO , C.P. 45690. ENTRE PERLA (SAN PEDRO) Y NOCHEBUENA
GUADALAJARA	3586	CALLE LEALTAD 3058. COL. JARDINES DE SANTA ISABEL , C.P. 44300. ENTRE SABIDURÍA Y ABUNDANCIA
GUADALAJARA	0492	CALLE HACIENDA DE GUADALUPE 1354. COL. SANTA ROSA , C.P. 44700. ENTRE SAN EUGENIO Y GRAL. GENOVEVO RIVAS GUILLÉN

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

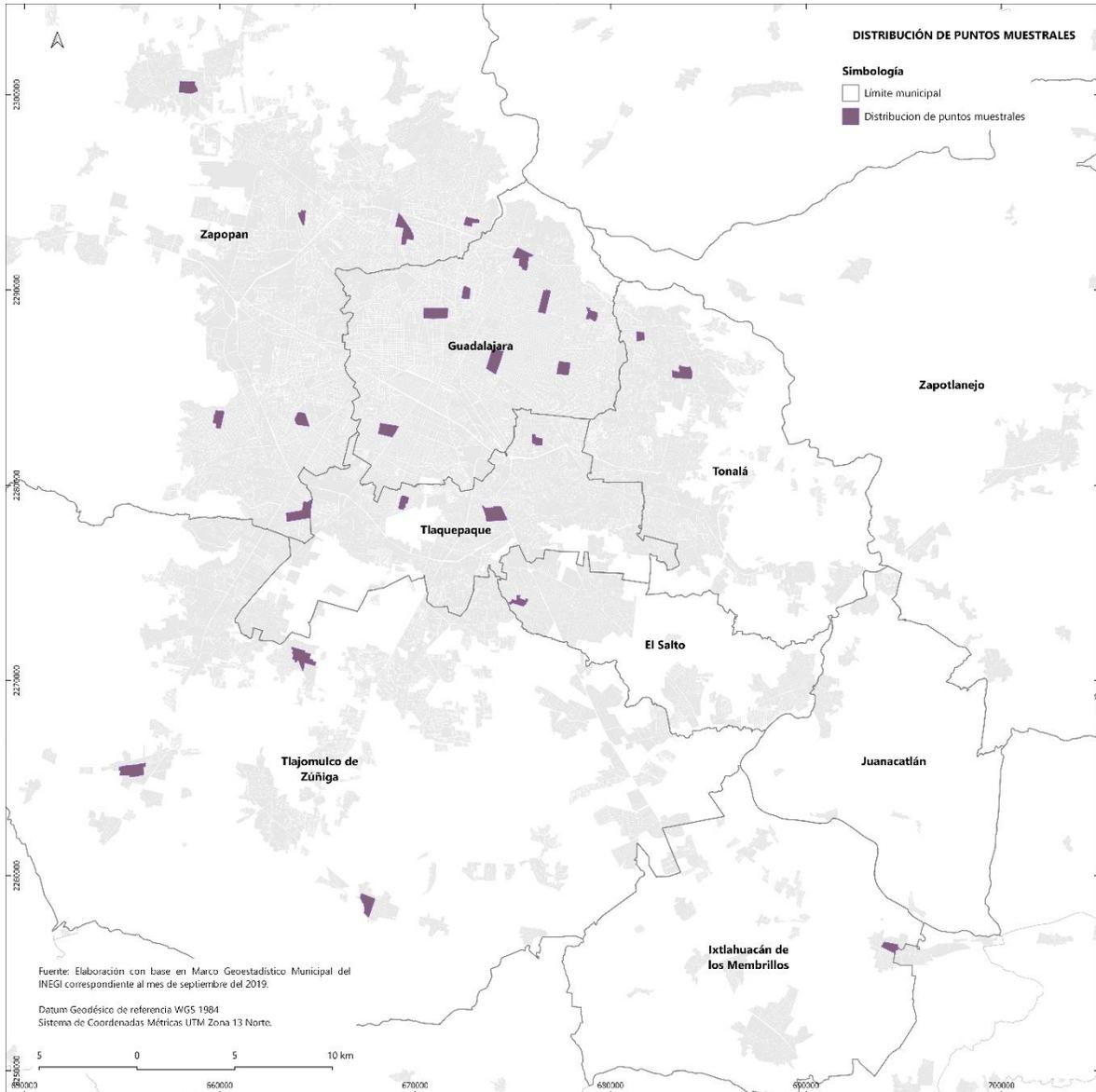
NOMBRE	AGEB	DOMICILIO
GUADALAJARA	037A	CALLE J. AGUIRRE BERLANGA 787. COL. JARDINES ALCALDE , C.P. 44298. ENTRE VASCO DE QUIROGA Y PASEO DE LOS FILÓSOFOS
GUADALAJARA	0651	CALLE NICÓLAS ROMERO 902. COL. MEZQUITÁN COUNTRY , C.P.44360. ENTRE MIRAFLORES Y AV. DE LOS MAESTROS
GUADALAJARA	165A (PARTE 1)	CALLE ROMÁN MORALES 79. COL. OBLATOS , C.P. 44700. ENTRE JAVIER MINA Y ÁLVARO OBREGÓN
GUADALAJARA	165A (PARTE 2)	CALLE BAJÍO 36. COL. REAL , C.P. 44400. ENTRE GIGANTES Y VALENTÍN GÓMEZ FARÍAS
GUADALAJARA	165A (PARTE 3)	CALLE ALDAMA 878. COL. REAL , C.P. 44400. ENTRE MAGNOLIA Y DR. LEONARDO OLIVA
GUADALAJARA	172A	CALLE CAIRO 347. COL. SANTA MA. DE SILO , C.P. 44750. ENTRE DIONISIO RODRÍGUEZ Y JOSEFA ORTIZ DE DOMÍNGUEZ
GUADALAJARA	4226	CALLE HACIENDA LAS FLORES 2642A. COL. LOMAS DE OBLATOS , C.P. 44720. ENTRE CATARINO ISAAC Y MIGUEL ARROYO
GUADALAJARA	2709	CALLE ISLA TAZMANIA 2060. COL. JARDINES DE LA CRUZ , C.P. 44950. ENTRE PLAZUELA ISLA MILOS Y ISLA COZUMEL
IXTLAHUACÁN DE LOS MEMBRILLOS	0115	CALLE EMILIANO ZAPATA 17. COL. ATEQUIZA CENTRO , C.P. 45850. ENTRE MORELOS Y MIGUEL HIDALGO
TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA	0053	CALLE GUERRERO 127-105. COL. CENTRO DE SAN SEBASTIÁN EL GRANDE , C.P. 45640. ENTRE CONSTITUCIÓN Y GUERRERO
TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA	0373	CALLE ALVARO OBREGÓN SUR 20A. COL. SANTA CRUZ DE LAS FLORES , C.P. 45640. ENTRE GONZÁLEZ ORTEGA PONIENTE Y EMILIO CARRANZA
TLAJOMULCO DE ZÚÑIGA	0956	CALLE REPÚBLICA 41. COL. SAN MIGUEL CUYUTLÁN , C.P. 24630. ENTRE JOSÉ RAMÍREZ PONIENTE Y CALLE LIRIO
TLAQUEPAQUE	135A	CALLE STA. JULIA 749. COL. FELIPE ÁNGELES , C.P. 45590. ENTRE STA. ROSA Y STA. INÉS
TLAQUEPAQUE	0794	CALLE SAN JOSÉ 38. COL. FRANCISCO I. MADERO 2A. SECC. , C.P. 45530. ENTRE CENTRAL Y STA. VIRGINIA
TLAQUEPAQUE	2165	CALLE REPÚBLICA DE BRASIL 75. COL. DE SANTIAGO , C.P. 45500. ENTRE HERRERA Y CAIRO Y EMILIO CARRANZA

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

NOMBRE	AGEB	DOMICILIO
TONALÁ	0734	CALLE TAMAZULA DE GORDIANO 107. COL. JALISCO IV SECC. , C.P. 45403. ENTRE OJUELOS Y ZAPOTLANEJO
TONALÁ	1997	CALLE PINAR PONIENTE 51. COL. LOS PINOS , C.P. 45404. ENTRE PINAR DEL NORTE Y PINABETES
ZAPOPAN	5887	CALLE PINO SUÁREZ 52-96. COL. CENTRO DE TESISÁN , C.P. 45100. ENTRE HUERTO Y PUEBLA
ZAPOPAN	3325	CALLE AGAPANDO 637. COL. LAS BÓVEDAS , LOS GIRASOLES, C.P. 45130. ENTRE AV. JESÚS Y SAN MATEO
ZAPOPAN	2929	CALLE PRIVADA ING. V.E. GÓNGORA 355-34. COL. CONSTITUCIÓN , C.P. 45184. ENTRE PROF. ALFONSO HERRERA Y PROF. SAÚL RODILES
ZAPOPAN	1649	CALLE YAHUALICA 4582. COL. BENITO JUÁREZ , C.P. 45199. ENTRE GUELATAO Y COCULA
ZAPOPAN	1526	CALLE AZUCENA 1820. COL. LA FLORIDA , C.P. 45609. ENTRE AGUA AZUL Y AGUA MARINA
ZAPOPAN	4450	CALLE VOLCÁN PARICUTÍN 5039. COL. COLI URBANO , C.P. 45070. ENTRE MAUNALOA Y CITLALTEPEC
ZAPOPAN	4658	CALLE CEDRO SN. COL. COLINAS DE LA PRIMAVERA , C.P. 45066. ENTRE PAROTA Y FRESNO

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 5. Distribución muestral de AGEBs en donde se llevó a cabo la aplicación de la encuesta.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

El instrumento de recolección incluyó 45 preguntas cerradas, semicerradas y semicerradas en respuesta a los objetivos del proyecto, el cual fue revisado y aprobado por la Dirección de Transversalización e Institucionalización de la Perspectiva de Género de la Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres (SISEMH) del gobierno del estado de Jalisco que se tradujeron en 162 variables de estudio.

Las encuestas se levantaron de forma personal (cara a cara) a través de equipos compactos integrados por cuatro investigadoras(es) de campo y un(a) supervisor(a), identificados con gafete y debidamente capacitados en el tema de estudio y en el desarrollo logístico de campo.

Fotografía 1. Sesión de capacitación con equipo de investigación de campo.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Como medida protocolaria y de protección por motivo del COVID-19, todo el personal participante portó mascarilla cubre bocas, gel antibacterial y material sanitizante para los vehículos en que se realizaron los traslados.

Fotografías 3 y 4. Aplicación de encuesta en hogares los días 13 y 14 de diciembre de 2020.



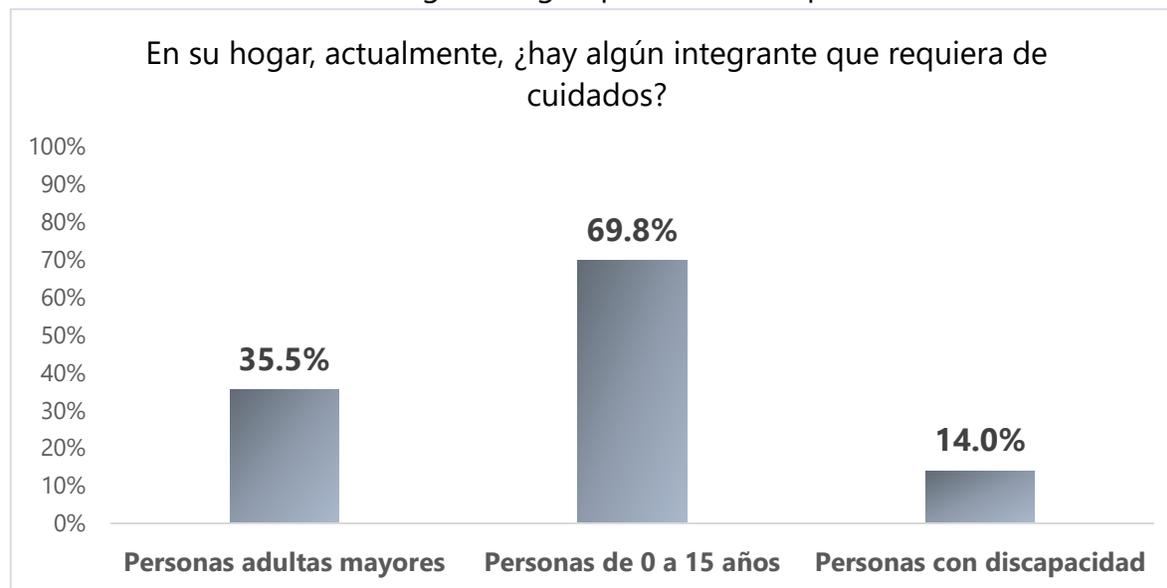
La información del universo de estudio y parámetros estadísticos de la medición se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 13. Parámetros de confianza y margen de error de la encuesta.

Universo de estudio	Población de 18 años y más que ejercen actividades de cuidados de manera regular
Tamaño de muestra	400 casos
Nivel de confianza	95 %
Margen de error	+/-5 %

Los resultados de la encuesta indicaron que los hogares en donde viven personas que requieren cuidados, son principalmente aquellos con población infantil y adolescente entre 0 y 15 años, en segundo lugar, con población adulta mayor y en un porcentaje menor, pero no por ello menos significativo de población con alguna discapacidad.

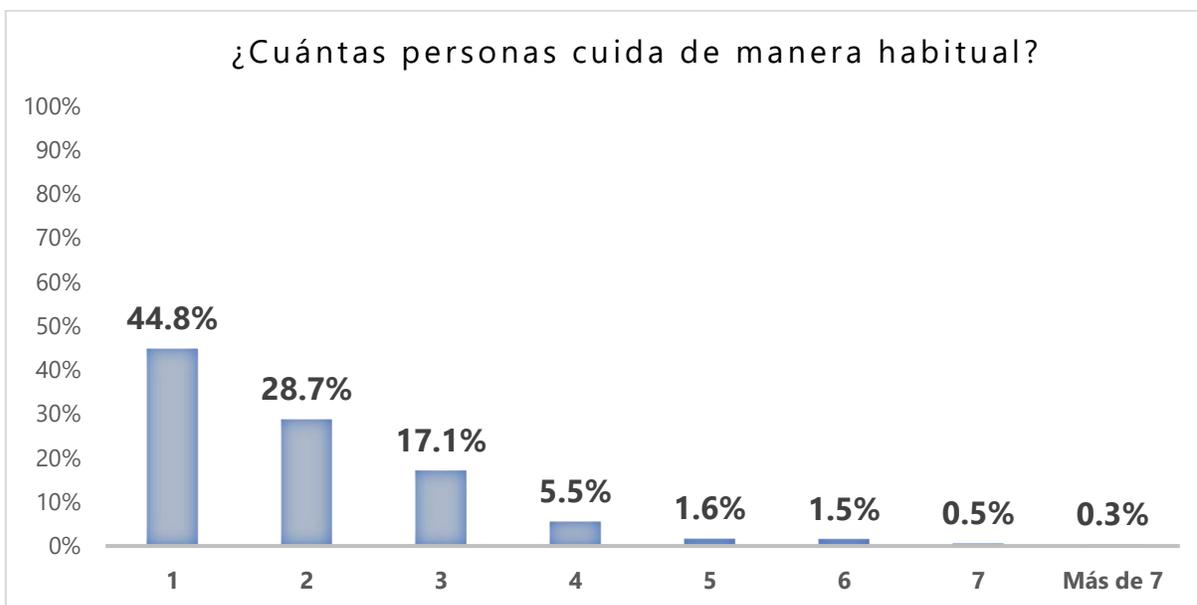
Gráfico 1. Distribución de hogares según población receptora de cuidados.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

En cuanto al número de personas receptoras de cuidado por hogar, se encontró que en el 45.8% de los hogares con población que requiere cuidados, son 2 o 3 de sus integrantes quienes los reciben.

Gráfico 2. Número de personas que receptoras de cuidado en los hogares.



Las personas receptoras de cuidado muestran una distribución por sexo que sigue los parámetros de la población general al mostrar 52% de mujeres y 48% de hombres y en cuanto a edad, se concentran principalmente en el rango de 0 a 15 años.

Lo anterior está relacionado directamente con la distribución del tipo de población receptora de cuidados mostrada en el gráfico 1, donde se observa que la mayoría pertenece a menores de 15 años. Mientras, el segundo grupo de población receptora corresponde al grupo de 60 o más años de edad como se muestra en el gráfico 4.

Gráfico 3. Perfil de las personas receptoras del hogar: Sexo.

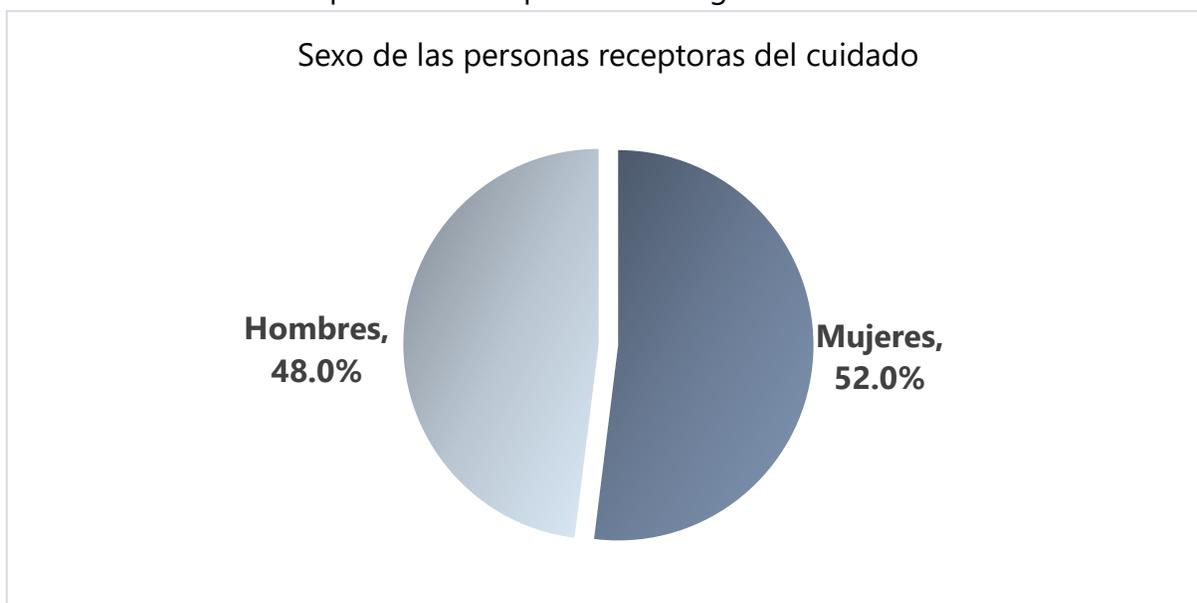
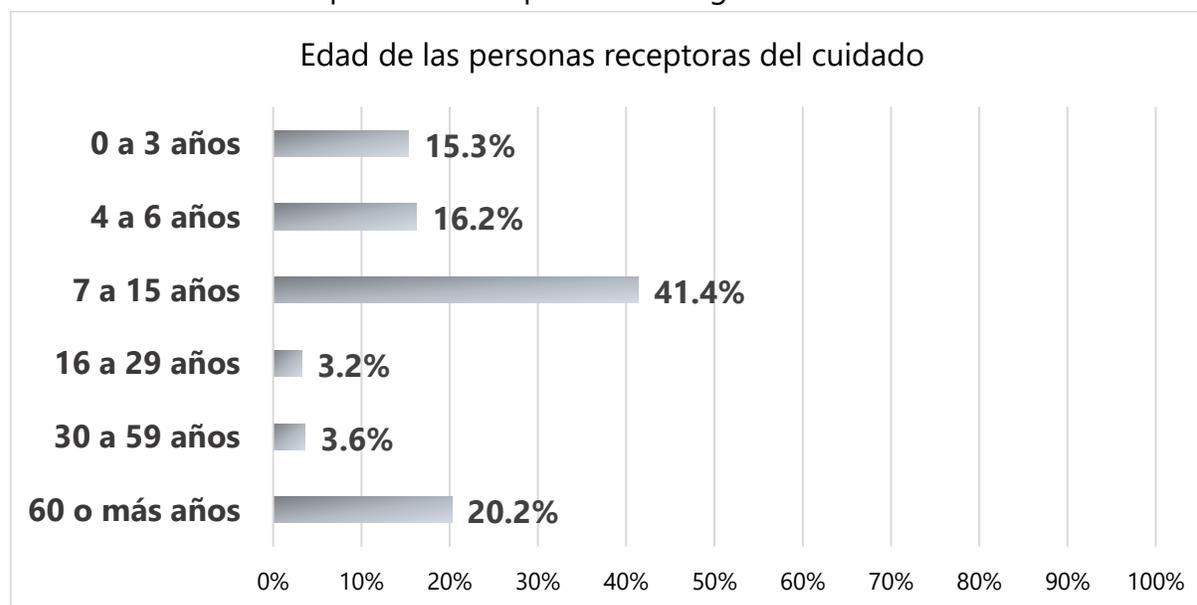


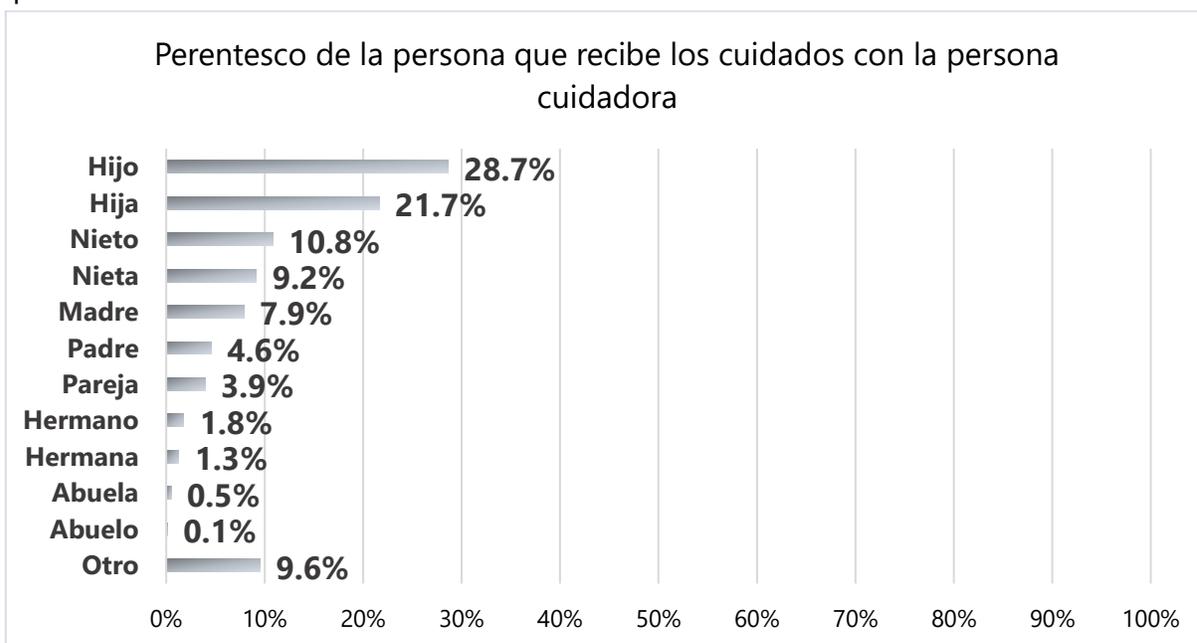
Gráfico 4. Perfil de las personas receptoras del hogar: Edad.



Sobre el tema del parentesco que las personas receptoras de cuidados tienen con quien los brinda, prácticamente la totalidad de los casos tienen un lazo familiar, de forma muy excepcional aparecen relaciones fuera del núcleo familiar.

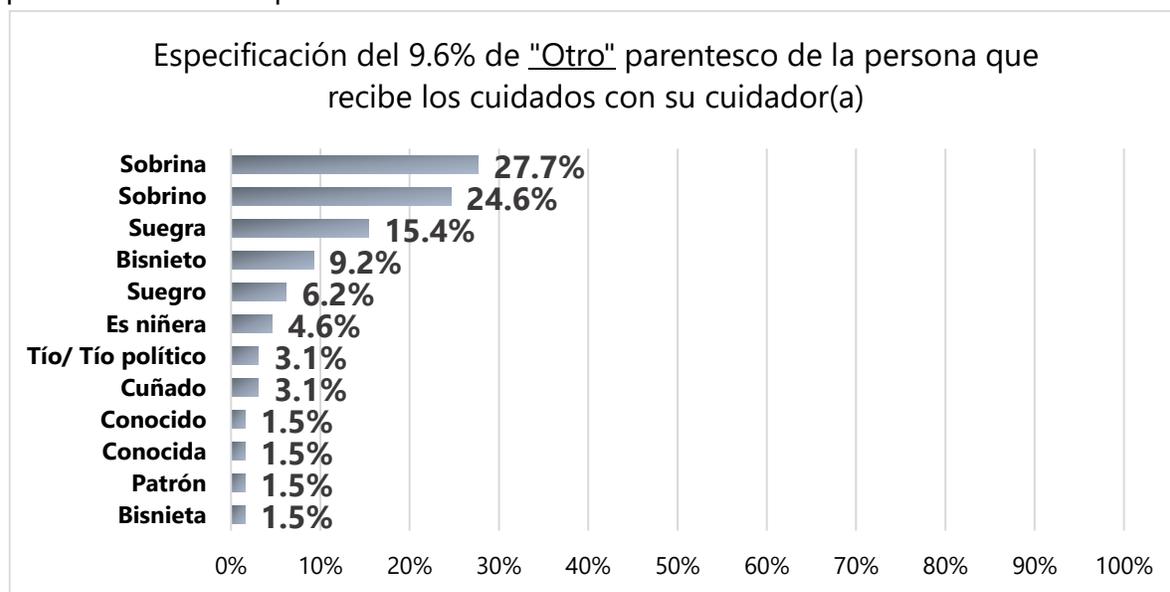
Lo más común es encontrar que quien recibe los cuidados sea hija, hijo, nieta o nieto de la persona cuidadora. Estos parentescos en conjunto suman el 70.4% del total, sugiriendo con ello que en una proporción de casi tres de cada cuatro personas que requieren cuidados encuentran satisfecha dicha necesidad en alguien dentro del núcleo familiar.

Gráfico 5. Perfil de las personas receptoras del hogar: Parentesco con la persona que recibe los cuidados



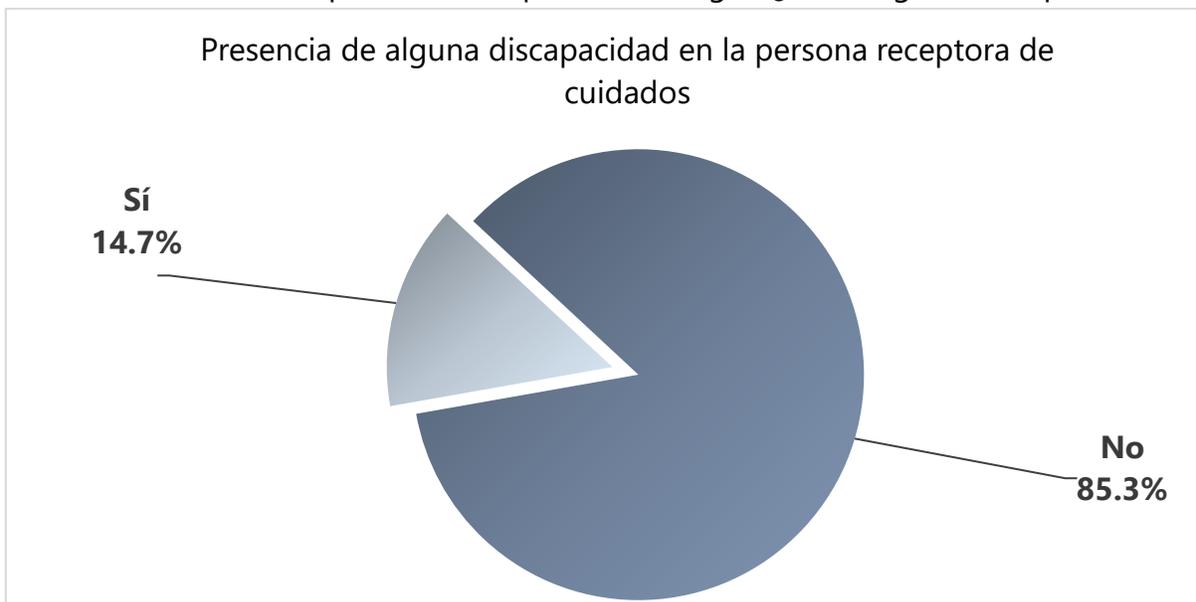
El detalle de la respuesta "Otro" en el gráfico 6 sobre el parentesco, deja ver que los sobrinos y las sobrinas de la persona cuidadora también son una población a la que se le brinda atención.

Gráfico 6. Perfil de las personas receptoras del hogar: Detalle de la respuesta "Otro parentesco" con la persona cuidadora.



Del total de las personas que reciben cuidados, se refirió que el 14.7% tiene alguna discapacidad. Aun cuando la proporción es relativamente pequeña, las implicaciones en el cuidado que este escenario ocasiona son varias y multiplica los esfuerzos de los cuidados, por lo que resulta muy importante tomar en cuenta.

Gráfico 7. Perfil de las personas receptoras del hogar: ¿Tiene alguna discapacidad?

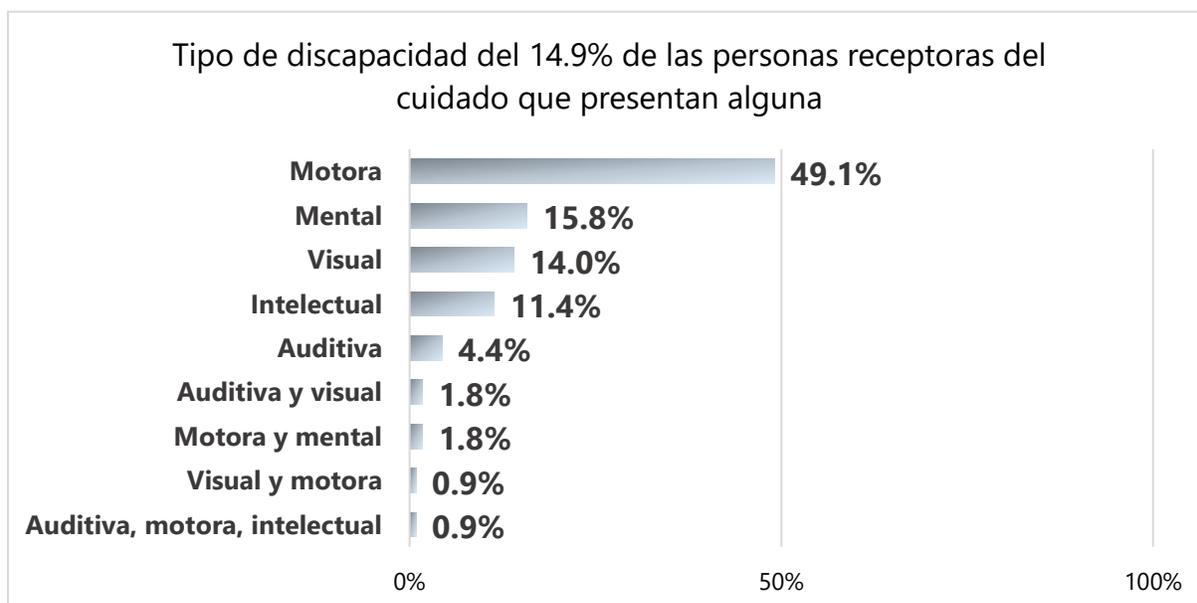


Del 14.7% de las personas receptoras del cuidado, la discapacidad motora es la que se presenta con mayor frecuencia como se puede ver en el gráfico número 8, acumulando prácticamente la mitad de los casos con el 49.1% de quienes presentan alguna discapacidad.

En segundo término, se encuentran los tipos de discapacidad mental con 15.8%, visual con 14.0% e intelectual con 11.4%, las cuales en conjunto alcanzan el 41.2% de los casos.

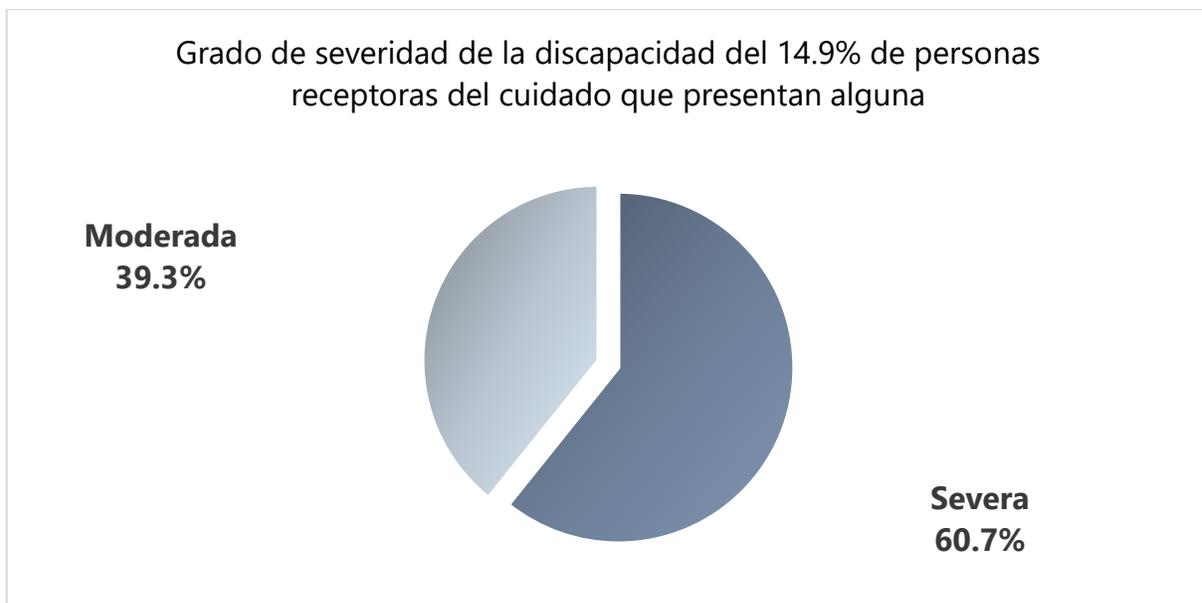
Cabe mencionar que el tipo de discapacidad motora que es el más frecuente resulta uno de los más problemáticos para las personas cuidadoras, ya que requiere de infraestructura adecuada y en algunos casos de esfuerzos físicos para solventar los desplazamientos y las actividades que utilizan espacios específicos para su realización, como el aseo personal.

Gráfico 8. Perfil de las personas receptoras del hogar: Tipo de discapacidad.



En complemento a lo anterior, también se exploró el grado de severidad de la discapacidad, señalándolo como severa en el 60.7% y como moderada el 39.3%.

Gráfico 9. Perfil de las personas receptoras del hogar: Grado de severidad de la discapacidad.

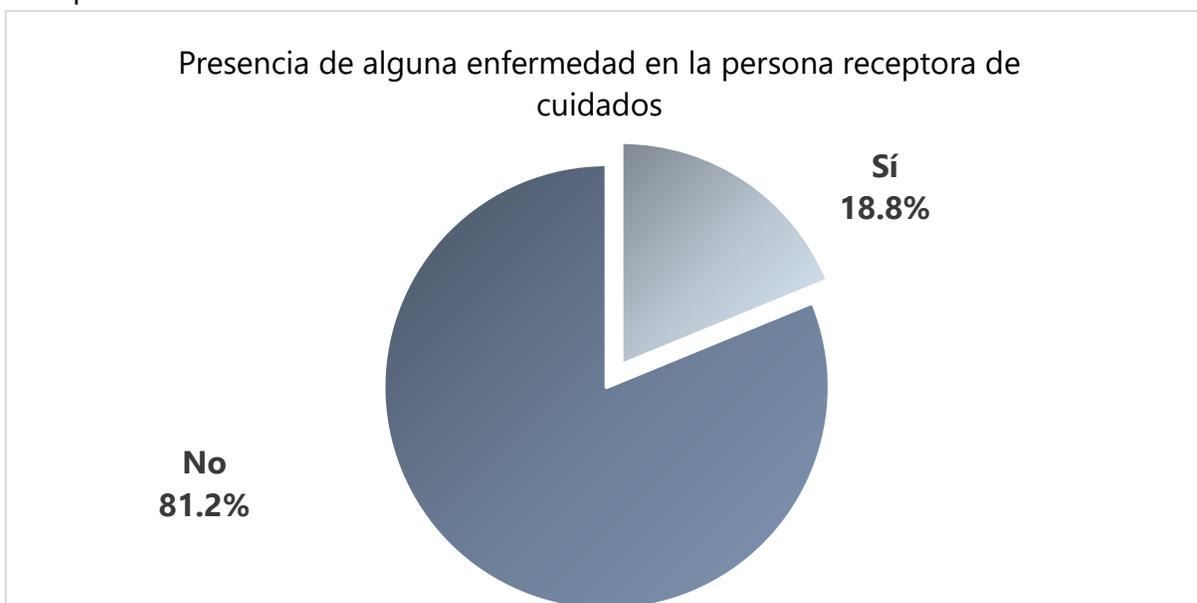


La presencia de alguna enfermedad en la persona que recibe los cuidados es otro factor que debe considerarse debido a las implicaciones que puede tener.

Además de los casos donde el padecimiento es incapacitante para la persona que lo tiene, de acuerdo con lo mencionado por las personas cuidadoras, la presencia de alguna patología en quien recibe los cuidados implica que su cuidador(a) conozca algunos procedimientos técnicos de salud básicos, como el cambio de vendajes, inyectar, limpiar heridas, o en casos más específicos conocer procedimientos como diálisis.

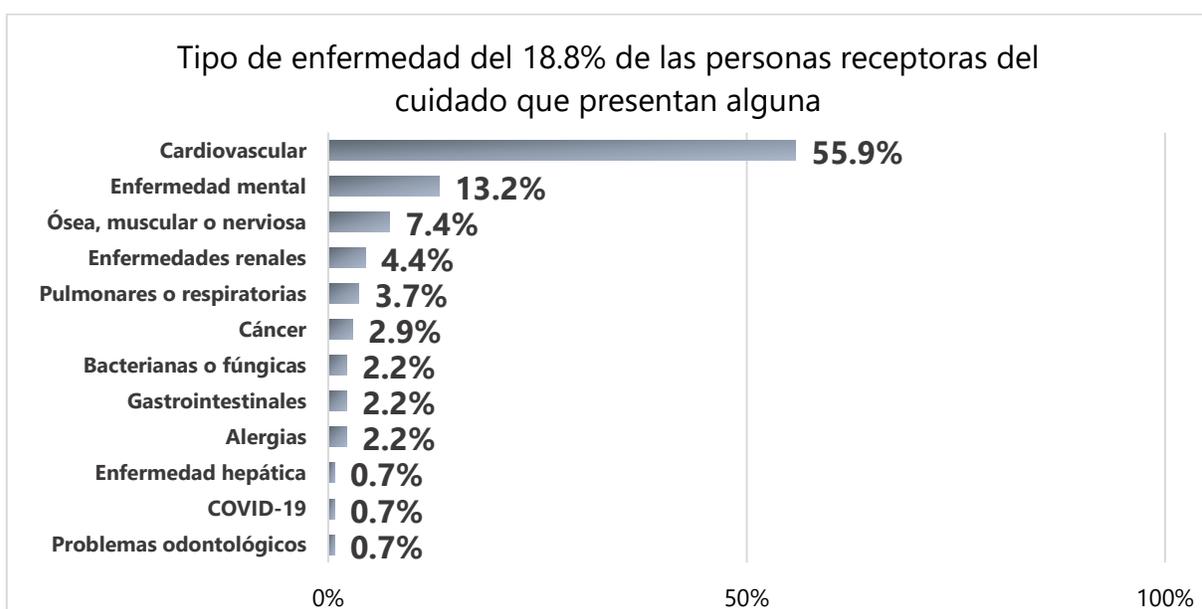
Por lo anterior, resulta relevante observar que el 18.8% de las personas que reciben cuidados presentan alguna enfermedad.

Gráfico 10. Perfil de las personas receptoras del hogar: Grado de severidad de la discapacidad.



Respecto al detalle del tipo de enfermedad que las personas receptoras del cuidado presentan, más de la mitad de los padecimientos, el 55.9%, es cardiovascular, seguido por alguna enfermedad mental con el 13.2%, daño óseo, muscular o nervioso con el 7.4%, enfermedades renales con el 4.4%, y pulmonares o respiratorias con el 3.7%, conforman así las cinco más frecuentes.

Gráfico 11. Perfil de las personas receptoras del hogar: Tipo de enfermedad



b) Análisis de la oferta de los servicios de cuidados

Conceptualizar la oferta de servicios de cuidado resulta una tarea compleja, debido, principalmente, a la necesidad de definir una estructura cuyos límites argumentativos y características específicas posibiliten el cumplimiento de forma oportuna, responsable y sinérgica de la diversidad de requerimientos que pueden ser demandados por la población.

En un primer momento, se destaca el carácter institucional del servicio, que viene dado por su tipología, esto es, definir si se trata de un servicio de cuidado de orden público o privado. De acuerdo con Medina (2015)³, estos servicios suelen representar los sectores: educativo, de salud, asistencial y de estancias o residencias temporales, dependiendo de las características de la población de interés.

También, en relación con lo anterior, los servicios prestados por instituciones privadas, conciernen a la oferta de trabajo doméstico remunerado y los servicios privados de educación, salud y cuidados especializados para personas con alguna discapacidad o adultas mayores.

En este apartado, se considera una oferta de servicios de cuidado con un carácter exclusivo, determinado por la letra "E", es decir, aquellos dirigidos a una población objetivo y que es posible identificar con claridad en las fuentes de datos consultadas.

Por otro lado, aquella oferta, cuyas características permiten la incorporación de más de un tipo de población que requiere cuidados y que guarda su especificidad en función del tipo de institución y las actividades que desarrollan, se le denomina aquí oferta de servicios compartidos representados con la letra "C" (ver cuadro 14).

³ Medina Ortiz, Makieze. (2015). El cuidado infantil: limitaciones públicas, problematizaciones actuales y aportes desde un enfoque de derechos. CLACSO, Red de posgrados, número 54, pp. 5-22. Recuperado en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/posgrados/20150925045157/Medina_Final_Paz.pdf

Cuadro 14. Porcentaje del tipo de servicios por tipo de población que atienden y su carácter. La letra "E" representa los servicios exclusivos de la población de interés y la letra "C" constituye aquellos que son compartidos por más de un grupo de interés.

Población infantil	Carácter	Porcentaje
Escuelas de educación preescolar del sector público	E	41.9%
Escuelas de educación preescolar del sector privado	E	28.9%
Guarderías del sector privado	E	13.3%
Guarderías del sector público	E	5.1%
Centros de Desarrollo Infantil (CDI)	E	0.4%
Centros de Atención Infantil Comunitario (CAIC)	E	0.3%
Centros asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI)	E	0.1%
Población con alguna discapacidad	Carácter	Porcentaje
Escuelas de educación para atención de necesidades especiales del sector público	E	4.0%
Escuelas de educación para atención de necesidades especiales del sector privado	E	1.3%
Centros de atención y cuidado diurno privado de discapacitados	C	0.2%
Residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental del sector privado	E	0.2%
Residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental del sector público	E	0.1%
Centros de atención y cuidado diurno público de discapacitados	C	0.0%
Población adulta mayor	Carácter	Porcentaje
Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos	E	2.9%
Centros de atención y cuidado diurno privado de ancianos	C	0.5%
Centros de atención y cuidado diurno público de ancianos	C	0.4%
Servicios de enfermería a domicilio	C	0.2%
Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de ancianos	E	0.0%

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Población adulta mayor y con alguna discapacidad	Carácter	Porcentaje
Centros de atención y cuidado diurno privado de ancianos y discapacitados	C	0.2%
Total		100.0%

A partir de estas premisas, la representación espacial de la oferta de servicios para el cuidado de las poblaciones de interés, es decir, población infantil (15 años o menos), población con alguna discapacidad y población adulta mayor (65 años o más); parte de la revisión del Directorio Estadístico Nacional de Unidades Económicas (DENUE) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México para el cierre del año 2020.

Se empleó la categoría de la actividad del establecimiento, su nombre y su situación en el territorio para la construcción de las variables de análisis espacial. De esta manera, se obtuvieron un total de 2,413 unidades económicas situadas en el ámbito de los servicios, constituidas por actividades prestadas por instituciones públicas y privadas como escuelas preescolares, guarderías y centros de cuidado infantil pertenecientes al sistema DIF, en lo concerniente a la población infantil (90.1%).

En el caso de la población con alguna discapacidad se inscriben escuelas para la atención de necesidades especiales, así como, centros de atención y cuidado de discapacitados(os) y residencias de cuidado para personas diagnosticadas(os) con discapacidad intelectual y mental que abarca el 5.8% de la oferta en el área metropolitana.

Por otra parte, en cuanto a la oferta de servicios para adultos mayores se integran, los servicios de enfermería a domicilio, centros de atención y cuidado de ancianos(as), asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de personas adultas mayores, representando el 4.0%.

Al respecto, cabe mencionar que el 0.2% constituye servicios mixtos que atienden, por una parte, a población con alguna discapacidad y por otra a personas adultas

mayores, y en cuyo caso se trata de casas de labor social y asociaciones civiles que brindan algún tipo de servicio especializado.

En cuanto a la distribución metropolitana de estos servicios se observa que los municipios de Guadalajara y Zapopan concentran poco más del 66% del total de servicios, mientras que San Pedro Tlaquepaque, Tlajomulco de Zúñiga y Tonalá agrupan el 29.2%. Respecto a los municipios de El Salto, Juanacatlán, Zapotlanejo e Ixtlahuacán de los Membrillos, se obtiene el 4.6% de la oferta total.

Cuadro 15. Oferta de servicios de cuidado para la atención de población infantil por municipio metropolitano.

Servicios para población infantil	El Salto	Guadalajara	Ixtlahuacán de los Membrillos	Juanacatlán	San Pedro Tlaquepaque	Tlajomulco de Zúñiga	Tonalá	Zapopan	Zapotlanejo	Total
Guarderías del sector privado	7	121	0	0	35	27	20	111	1	322
Guarderías del sector público	2	55	2	1	13	5	8	34	3	123
Escuelas de educación preescolar del sector privado	10	307	0	1	71	43	45	217	3	697
Escuelas de educación preescolar del sector público	46	285	13	3	143	119	131	279	12	1,031

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Subtotal	65	768	15	5	262	194	204	641	19	2,173
Porcentaje	3.0%	35.3%	0.7%	0.2%	12.1%	8.9%	9.4%	29.5%	0.9%	100.0%

Cuadro 16. Oferta de servicios de cuidado para la atención de población con alguna discapacidad por municipio metropolitano.

Servicios para población con alguna discapacidad	El Salto	Guadalajara	Ixtlahuacán de los Membrillos	Juanacatlán	San Pedro Tlaquepaque	Tlajomulco de Zúñiga	Tonalá	Zapopan	Zapotlanejo	Total
Centros de atención y cuidado diurno público de discapacitados	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Centros de atención y cuidado diurno privado de discapacitados	0	2	0	0	0	1	1	1	0	5
Escuelas de educación para atención de necesidades especiales del sector privado	0	18	0	0	2	1	1	10	0	32
Escuelas de educación para atención	0	37	1	0	6	7	10	34	1	96

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

de necesidades especiales del sector público										
Centros de atención y cuidado diurno público de discapacitados	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental del sector privado	0	3	0	0	0	0	0	1	0	4
Residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental del sector público	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2
Subtotal	0	62	1	0	8	10	12	46	1	140
Porcentaje	0.0%	44.3%	0.7%	0.0%	5.7%	7.1%	8.6%	32.9%	0.7%	100.0%

Cuadro 17. Oferta de servicios de cuidado para la atención de población adulta mayor por municipio metropolitano.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Servicios para población adulta mayor	El Salto	Guadalajara	Ixtlahuacán de los Membrillos	Juanacatlán	San Pedro Tlaquepaque	Tlajomulco de Zúñiga	Tonalá	Zapopan	Zapotlanejo	Total
Centros de atención y cuidado diurno público de ancianos	0	5	1	0	1	0	1	0	1	9
Centros de atención y cuidado diurno privado de ancianos	0	5	0	0	3	0	0	3	0	11
Asilos y otras residencias del sector privado para el cuidado de ancianos	0	38	0	1	6	1	1	21	1	69
Asilos y otras residencias del sector público para el cuidado de ancianos	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Servicios	0	2	0	0	0	2	0	2	0	6

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

de enfermería a domicilio										
Subtotal	0	51	1	1	10	3	2	26	2	96
Porcentaje	0.0%	53.1%	1.0%	1.0%	10.4%	3.1%	2.1%	27.1%	2.1%	100.0%

Cuadro 18. Oferta de servicios de cuidado para la atención de población con alguna discapacidad y población adulta mayor por municipio metropolitano.

Servicios para población con alguna discapacidad y población adulta mayor	El Salto	Guadalajara	Ixtlahuacán de los Membrillos	Juanacatlán	San Pedro Tlaquepaque	Tlajomulco de Zúñiga	Tonalá	Zapopan	Zapotlanejo	Total
Centros del sector privado dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados	0	2	0	0	0	0	0	2	0	4
Subtotal	0	2	0	0	0	0	0	2	0	4
Porcentaje	0.0%	50.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	100.0%

a) Servicios para el Cuidado Infantil

Respecto a la oferta de servicios de cuidado disponibles para la población infantil se identifica equipamiento de asistencia que ofrece el sistema DIF en los municipios metropolitanos. Primeramente, los Centros asistenciales de Desarrollo Infantil, por sus siglas CADI, atienden a grupos de población menores de 5 años 11 meses de edad, hijas e hijos de madres trabajadoras y se encarga de brindar servicios de educación preescolar y servicios de salud integral.

De manera similar, los Centros de Desarrollo Infantil o CDI, se ocupan de ofrecer servicios de atención psicológica, médica, alimentaria, además de brindar servicios

de educación inicial y preescolar, en ocasiones con horario extendido según el municipio, para población de entre los 6 meses y los 6 años de edad.

Mientras que los Centros de Atención Infantil Comunitario o CAIC, atienden a población de entre los 2 años 8 meses y 6 años de edad. Su principal objetivo es el brindar espacios de protección temporal y poner a disposición de la población, espacios de formación integral de niñas y niños en situación de vulnerabilidad social.

Un aspecto relevante de esta última, es que está dirigida a reforzar el apoyo de madres trabajadoras y jefas de familia que carecen de los servicios asistenciales y educativos para el cuidado y formación integral de sus hijas e hijos, quienes ante la necesidad de generación del ingreso familiar o de continuación de su preparación académica requieren algún tipo de apoyo para el cuidado de sus hijas e hijos.

Si bien, estos servicios prestados por el DIF se insertan en las actividades relacionadas con la educación preescolar del sector público de acuerdo con el INEGI, poseen rasgos específicos que invitan a su descripción; en conjunto con el resto de escuelas preescolares suman el 42.7% de los servicios de cuidado infantil. En cuanto a las guarderías, el sector privado posee una mayor oferta disponible en los municipios metropolitanos con el 13.3%.

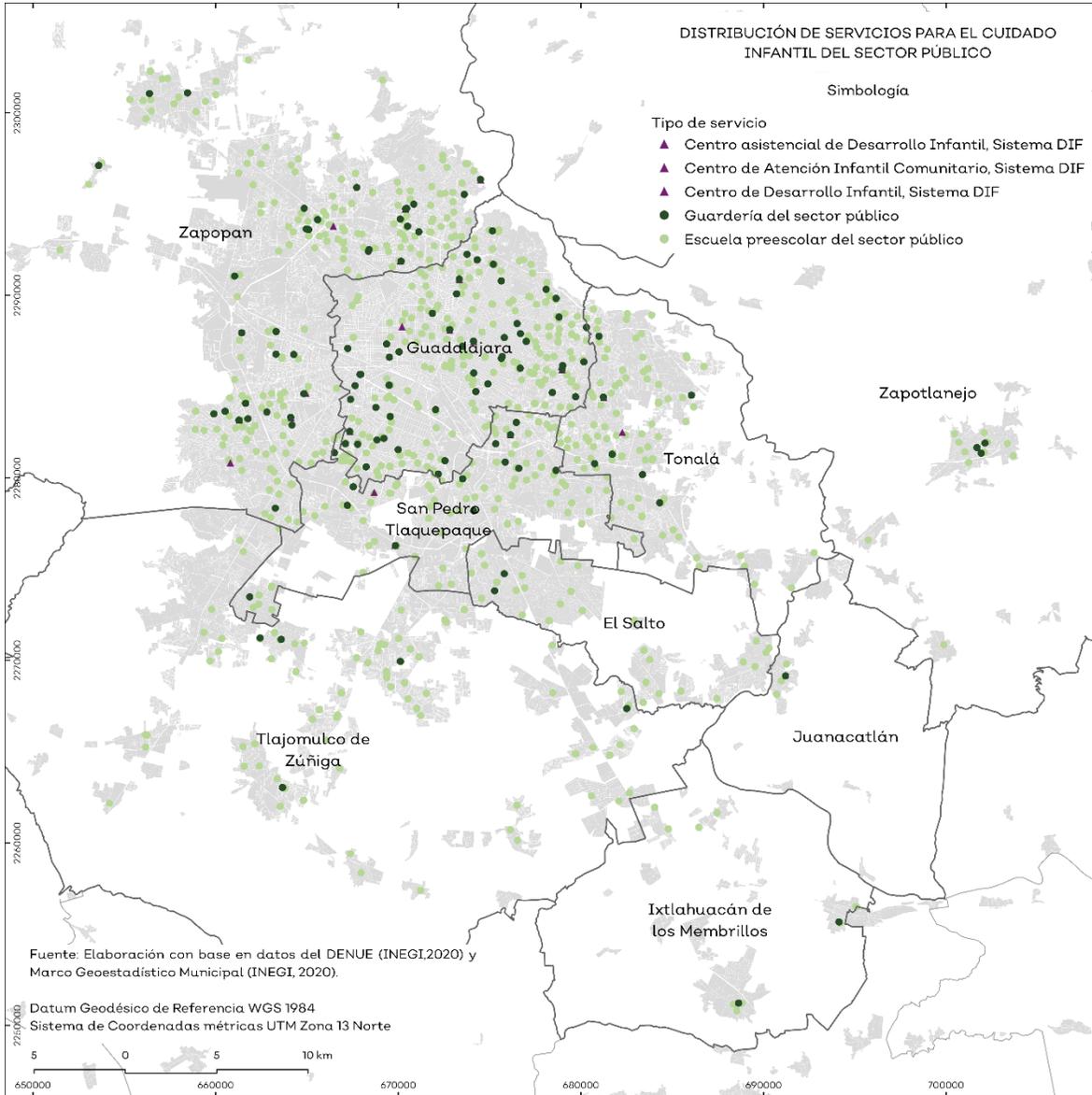
Al margen de la representación espacial de la información señalada, la distribución geográfica de la oferta total disponible para la población infantil tiene un comportamiento desigual en la región. De esta manera, los municipios de Guadalajara y Zapopan concentran el 64.8% de la oferta de servicios de cuidado infantil.

Por otra parte, los municipios de San Pedro Tlaquepaque, Tlajomulco de Zúñiga y Tonalá acumulan el 30.4%, en tanto que El Salto, Juanacatlán, Zapotlanejo e Ixtlahuacán de los Membrillos reúnen tan solo el 4.8%. Sin embargo, la distribución espacial de la oferta no solo contempla su presencia o ausencia en el espacio geográfico, sino su concentración o dispersión en el mismo.

De acuerdo con lo anterior, y considerando las figuras uno y dos, es posible observar, por una parte, que la oferta de servicios de cuidado del sector público tiende a disminuir en los cinturones periféricos de las municipalidades, mientras que los servicios brindados por la iniciativa privada tienen mayor cobertura metropolitana y logra reforzar estas carencias en dichas zonas.

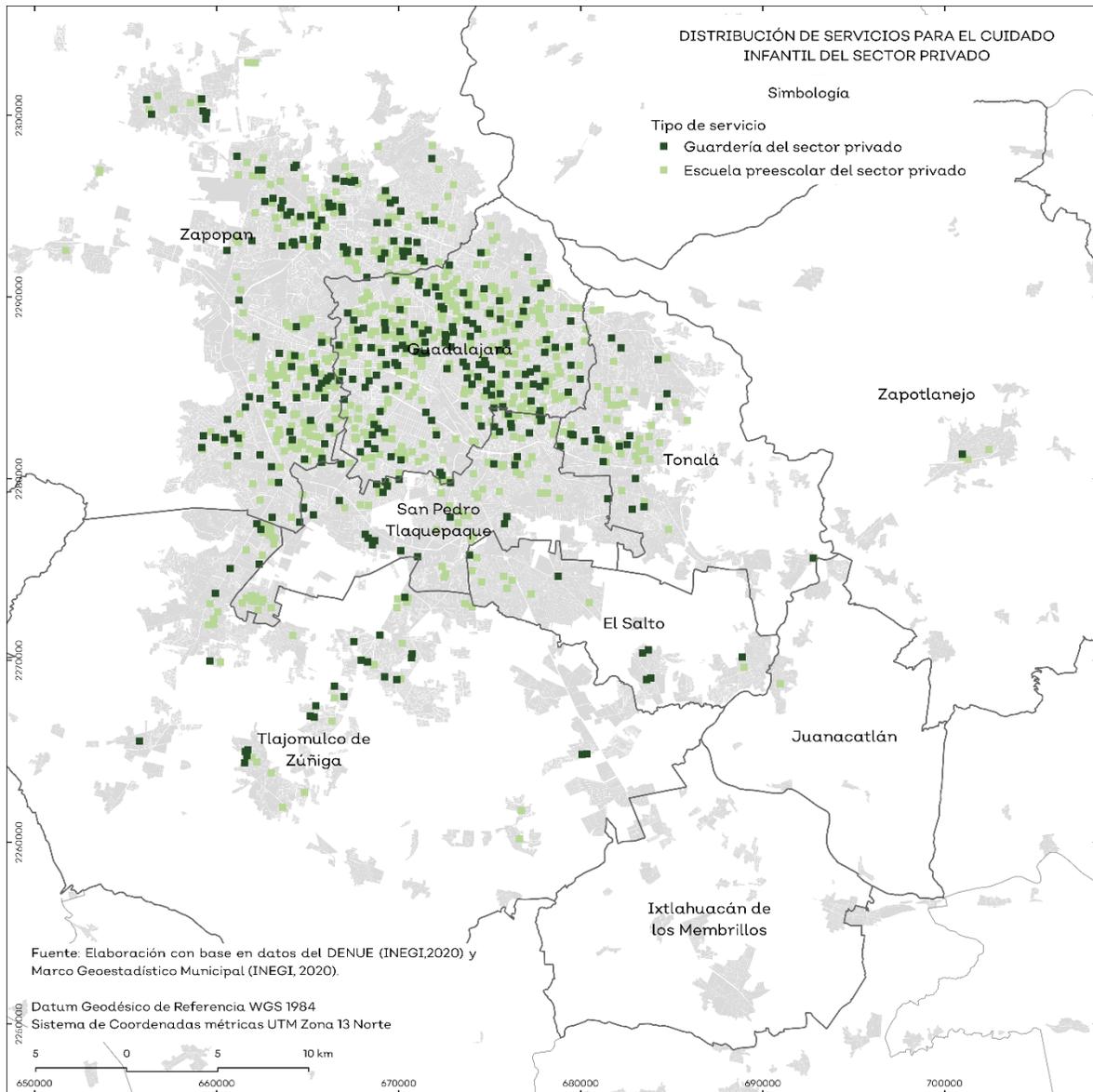
Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 6. Distribución de servicios para el cuidado infantil proporcionados por el sector público.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 7. Distribución de servicios para el cuidado infantil proporcionados por el sector privado.



b) Servicios para el Cuidado de Personas con Discapacidad

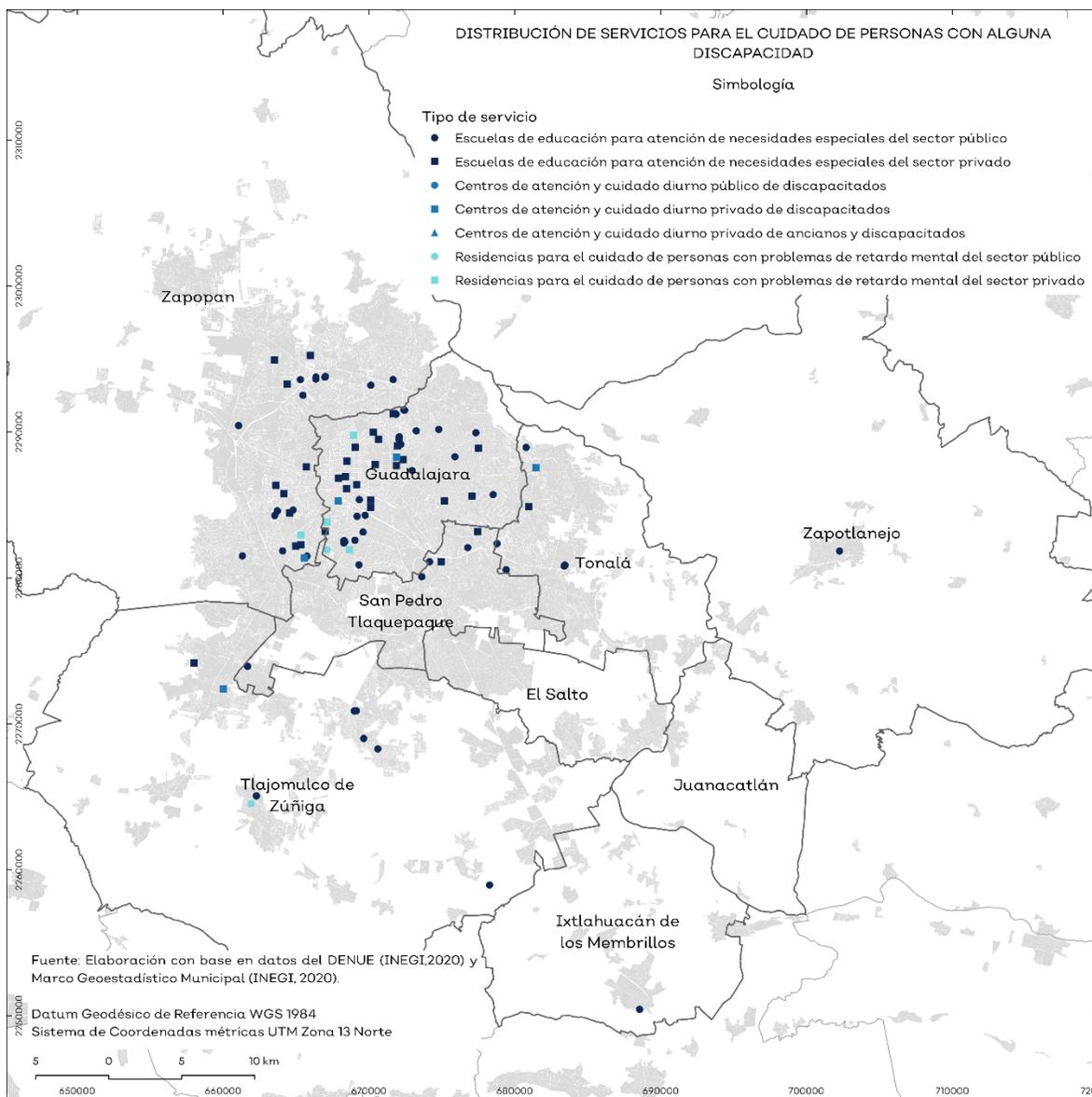
Respecto a los servicios que integran la oferta para la atención de personas con alguna discapacidad se inscriben las denominadas escuelas para la atención de necesidades especiales, centros de atención y cuidado diurno de la población discapacitada, así como, residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental con un total del 5.8% de la oferta metropolitana.

Lo anterior se desglosa de la siguiente forma, las escuelas que atienden a población con necesidades especiales constituyen el 5.3% de la oferta y es encabezada por el sector público, mientras que en el caso de centros dedicados a la atención y cuidado diurno de las personas que así lo requieran agrupan el 0.2% y las residencias para el cuidado de personas con problemas de retardo mental el 0.3%.

Por otra parte, en cuanto a la distribución espacial de dicha oferta, se observa una concentración del 77.1% de los servicios de cuidado en los municipios de Guadalajara y Zapopan, seguido de los municipios de San Pedro Tlaquepaque, Tlajomulco de Zúñiga y Tonalá que en conjunto reúnen el 21.4%.

En cuanto a los municipios de El Salto, Juanacatlán, Zapotlanejo e Ixtlahuacán de los Membrillos se integra el 1.4% del total de servicios disponibles para esta población de la región. De esta forma, las tendencias muestran una reducida disponibilidad de servicios de cuidado para poblaciones con alguna discapacidad, y en cuyo caso se incrementa la necesidad de desplazamiento de las personas cuidadoras en conjunto con las personas sujetas de cuidados.

Mapa 8. Distribución de servicios para el cuidado de personas con alguna discapacidad de los sectores público y privado.



De acuerdo con el mapa 8, se observa que el norponiente de la ciudad, en la zona limítrofe entre los municipios de Guadalajara y Zapopan se concentra el mayor número de servicios disponibles para esta población y decrece en número y ocurrencia conforme incrementa la distancia con respecto a esta zona (ver figura 3). También, resulta importante destacar que conforme incrementa la distancia respecto a esta zona de aglomeración, también incrementa el número de servicios de orden público.

c) Servicios para el Cuidado de Personas Adultas Mayores

La oferta de servicios de cuidado para personas adultas mayores radica en la integración, por una parte, de servicios especializados de enfermería a domicilio, también, se suman los centros de atención y cuidado diurno; asilos y otras residencias para el cuidado de población de la tercera edad.

En conjunto, los servicios antes mencionados, representan el 4.0% de los servicios disponibles del total captado a través del DENUE del INEGI y se distribuyen de la siguiente manera. Primeramente, se presentan los asilos y otro tipo de residencias para el cuidado de las personas adultas mayores que constituye el 2.9%, mientras que 0.9% está conformado por centros de atención y cuidado para la vejez y finalmente los servicios de enfermería que agrupan apenas el 0.2% de la oferta total.

Por otra parte, en cuanto a la distribución espacial se observa que el 80.2% de los servicios se agrupan en los municipios de Guadalajara y Zapopan, siendo Guadalajara el municipio que concentra la mayor proporción. También, San Pedro Tlaquepaque presenta un porcentaje significativo de servicios disponibles con el 10.4%, aunque posee una mayor dispersión en la metrópoli.

Los municipios de Tlajomulco de Zúñiga, Tonalá, Juanacatlán, Zapotlanejo e Ixtlahuacán de los Membrillos agrupan el 9.4%. Es de gran interés que, de acuerdo con los datos consultados a través Instituto Nacional de Estadística y Geografía, el municipio de El Salto no cuenta con los servicios descritos anteriormente.

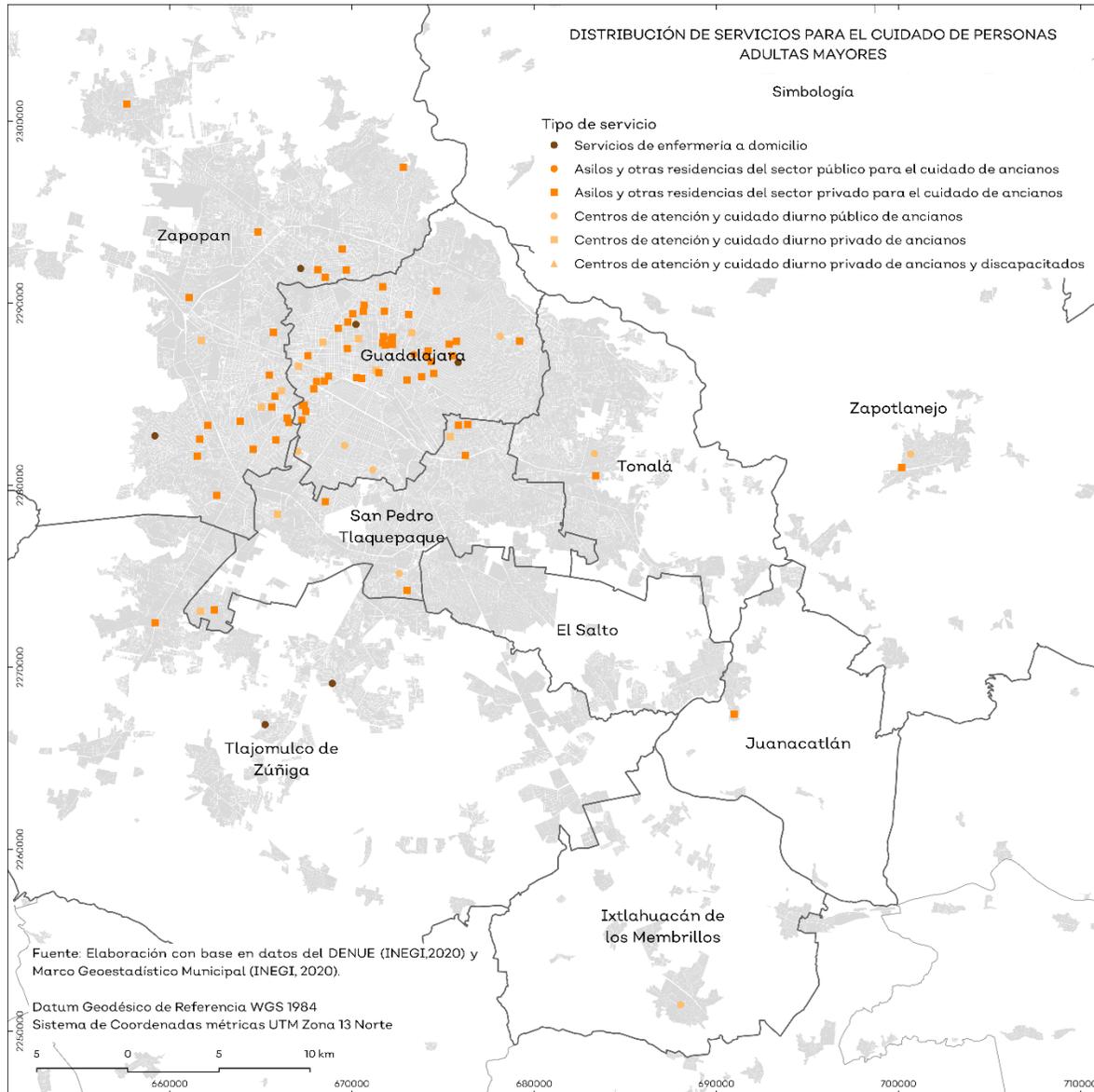
También, cabe señalar que la lectura de los datos muestra una mayor proporción de servicios de cuidado para adultos mayores ofertados por instituciones privadas, situación que se observa mejor en la figura 4.

Es importante comentar que tanto para la población que presenta alguna discapacidad, como para la población adulta mayor se obtuvo un 0.2% de servicios que atienden ambas poblaciones y corresponden a centros de atención y cuidado

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

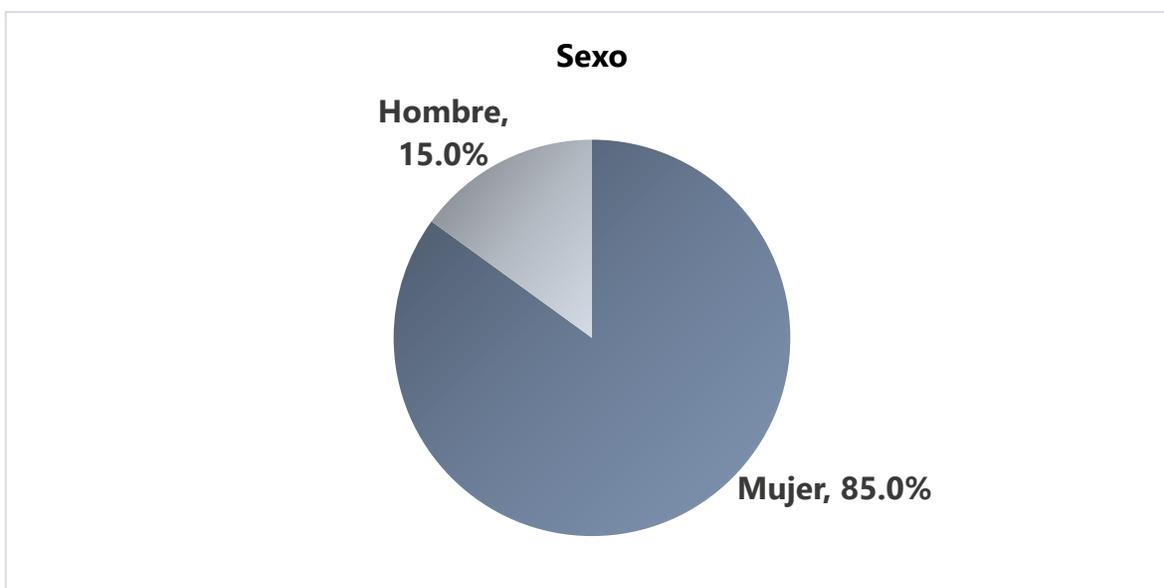
caracterizados por ser casas de estar y asociaciones cuyas capacidades permiten considerar y tratar las necesidades de ambas poblaciones.

Mapa 9. Distribución de servicios para el cuidado de personas adultas mayores de los sectores público y privado.



Ahora, en relación a la información recolectada a través de la encuesta aplicada los días 13 y 14 diciembre de 2020 a personas cuidadoras principales, a continuación, se presentan algunos de los indicadores más representativos, en donde se confirma la composición mayoritariamente de mujeres entre quienes tienen a su cargo la responsabilidad del cuidado.

Gráfico 12. Perfil de las personas cuidadoras principales: Sexo.



Por su parte en cuanto a edad, se puede observar que la mayoría de las personas cuidadoras tienen una edad entre 30 a 59 años de edad y su situación conyugal es con pareja, ya sea casadas o en unión libre.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Gráfico 13. Perfil de las personas cuidadoras principales: Rango de edad.

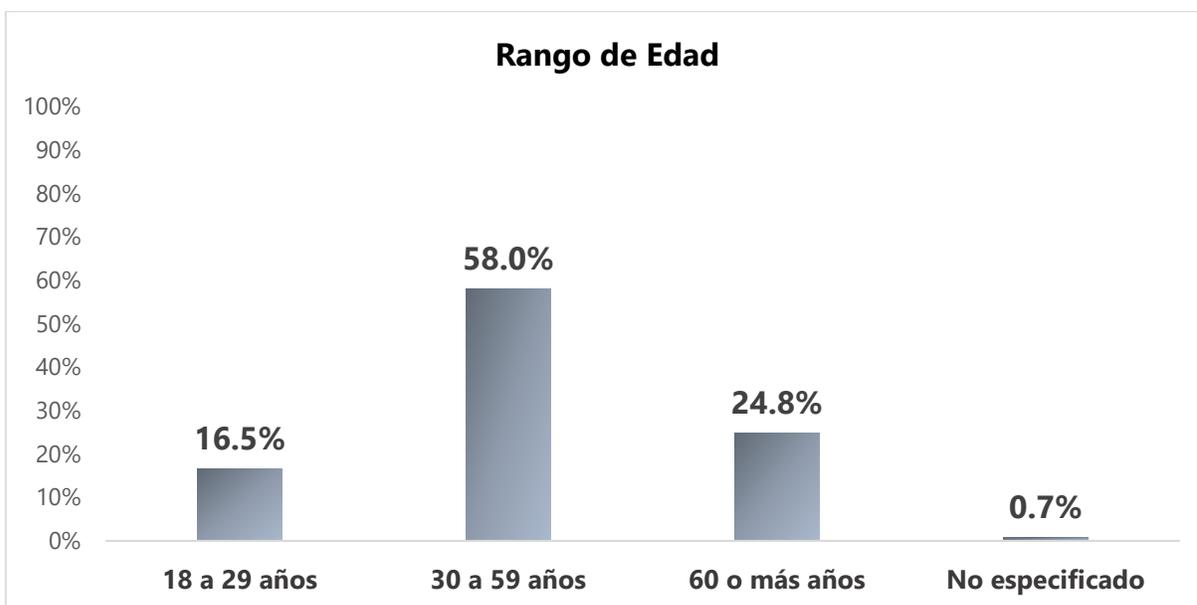
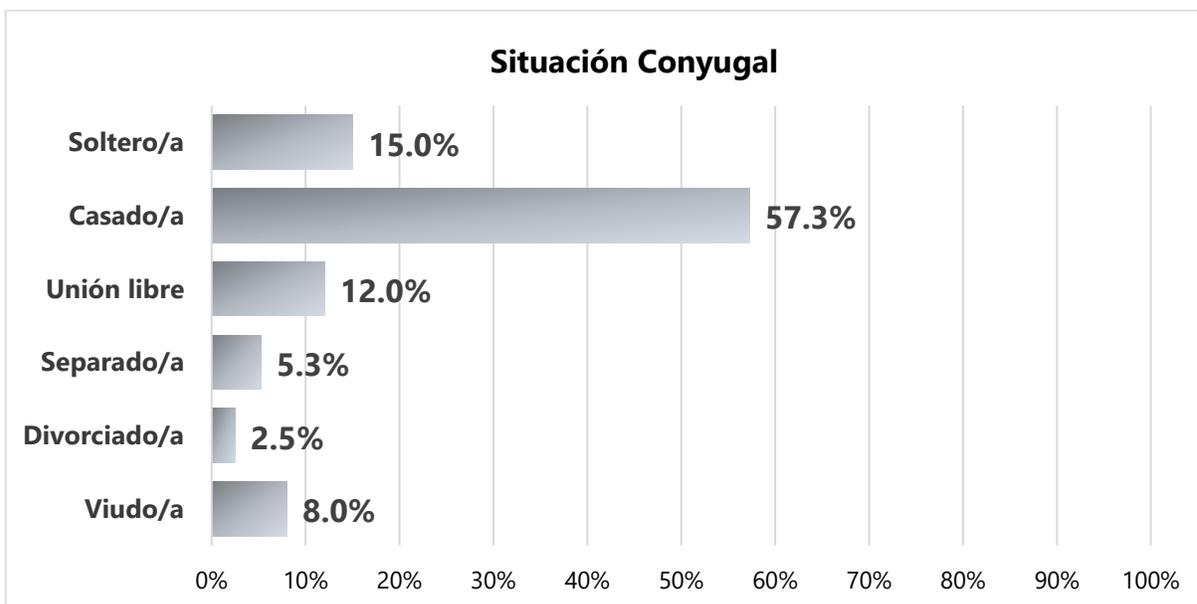


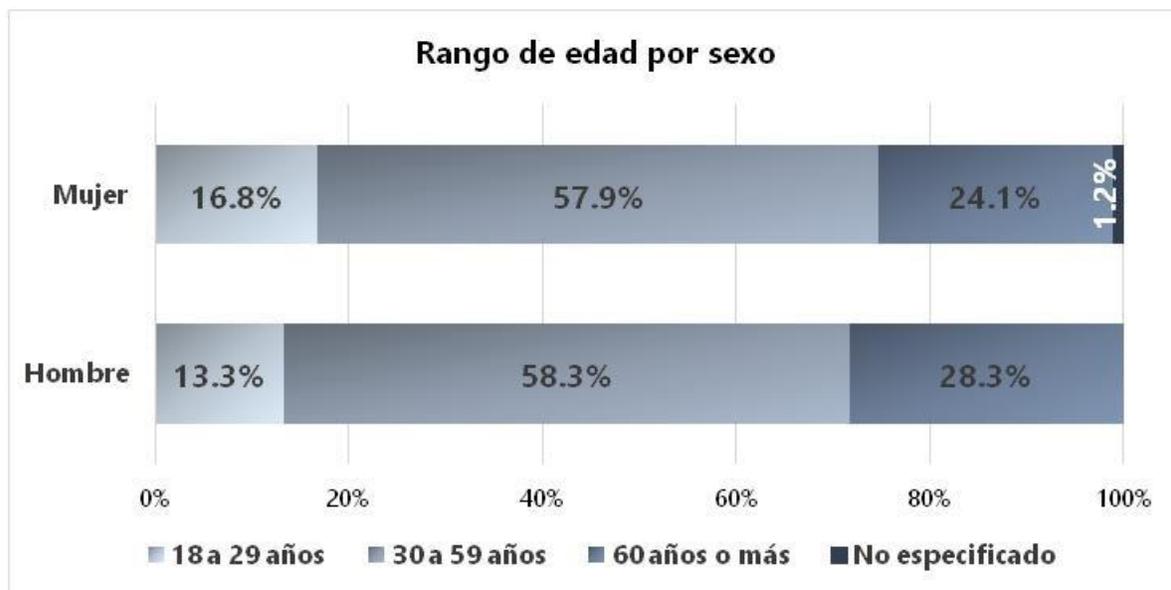
Gráfico 14. Perfil de las personas cuidadoras principales: Situación conyugal.



Es posible observar la distribución del rango de edad de las personas cuidadoras de acuerdo con su sexo, dejando claro, como lo muestra el gráfico 15, que la distribución no varía significativamente entre hombres y mujeres.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Gráfico 15. Perfil de las personas cuidadoras principales: Rango de edad por sexo



El 68.4% de las personas cuidadoras reportaron una escolaridad de secundaria o menos, mientras la frecuencia con que realizan el trabajo de cuidado mencionan casi en su totalidad que es de forma permanente (92%).

Gráfico 16. Perfil de las personas cuidadoras principales: Escolaridad.

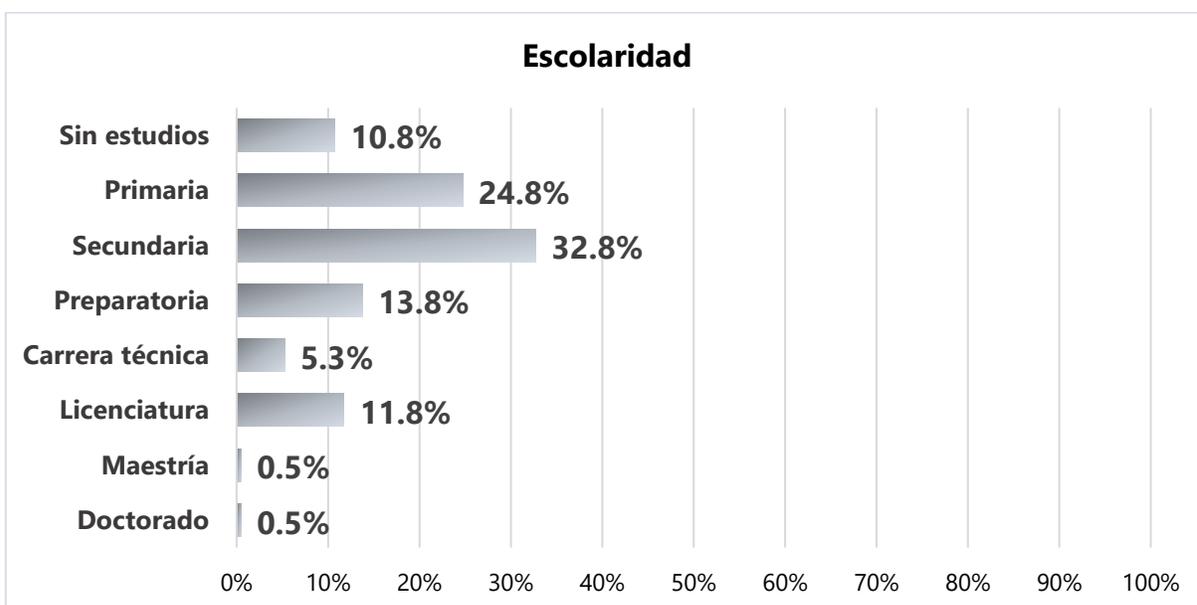
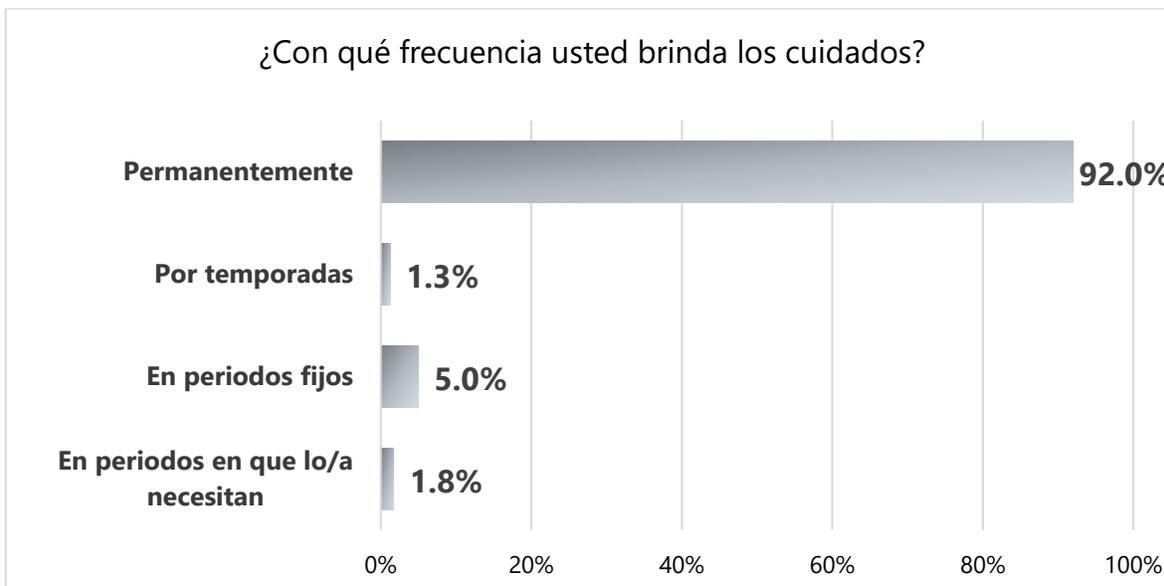


Gráfico 17. Frecuencia con que se realizan los trabajos de cuidados.



Las respuestas obtenidas respecto al proceso de decisión sobre los arreglos familiares de cuidados reflejan la naturalización de las creencias y prácticas culturales al considerar que es una iniciativa asumida de forma personal, en donde sólo el 8.3% recibe una remuneración por su trabajo como cuidador(a) principal.

Gráfico 18. Proceso de decisión sobre los cuidados.

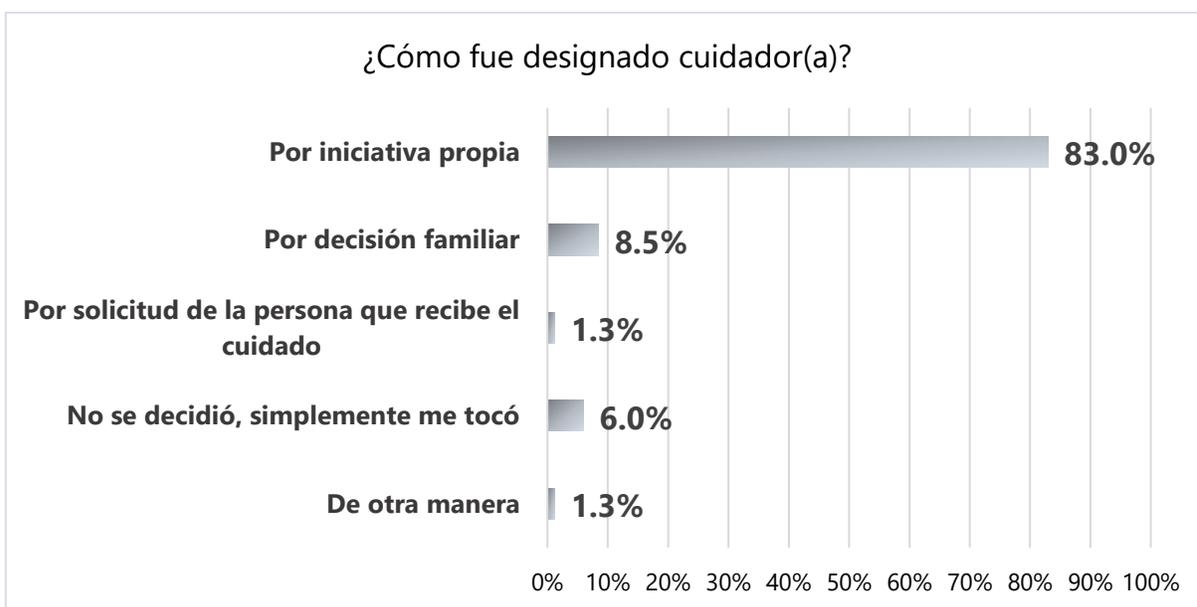
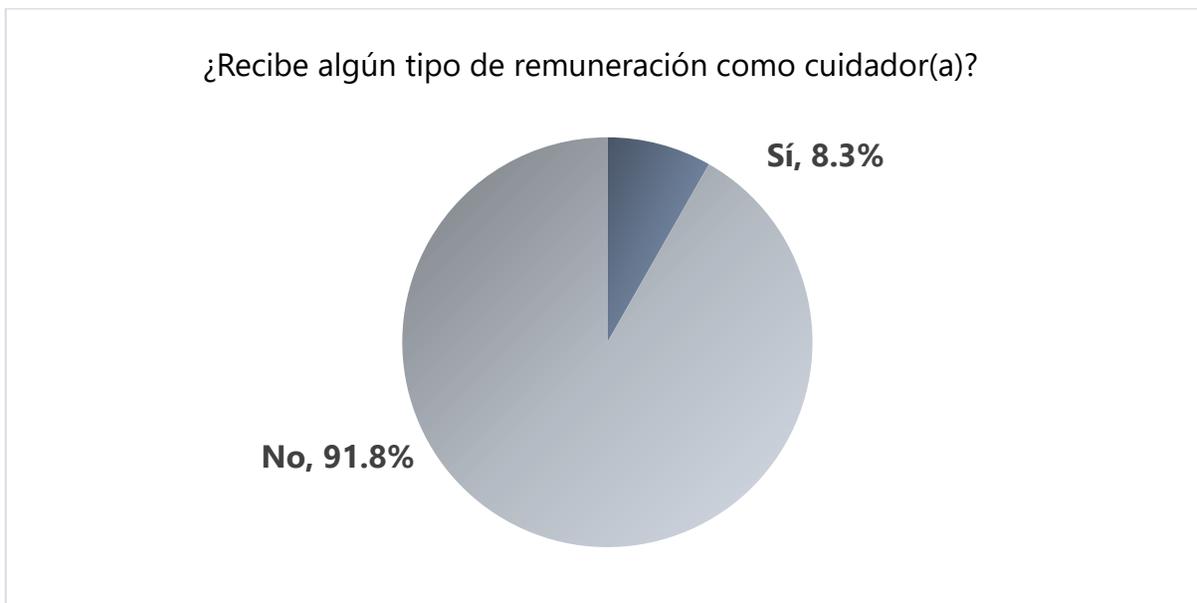
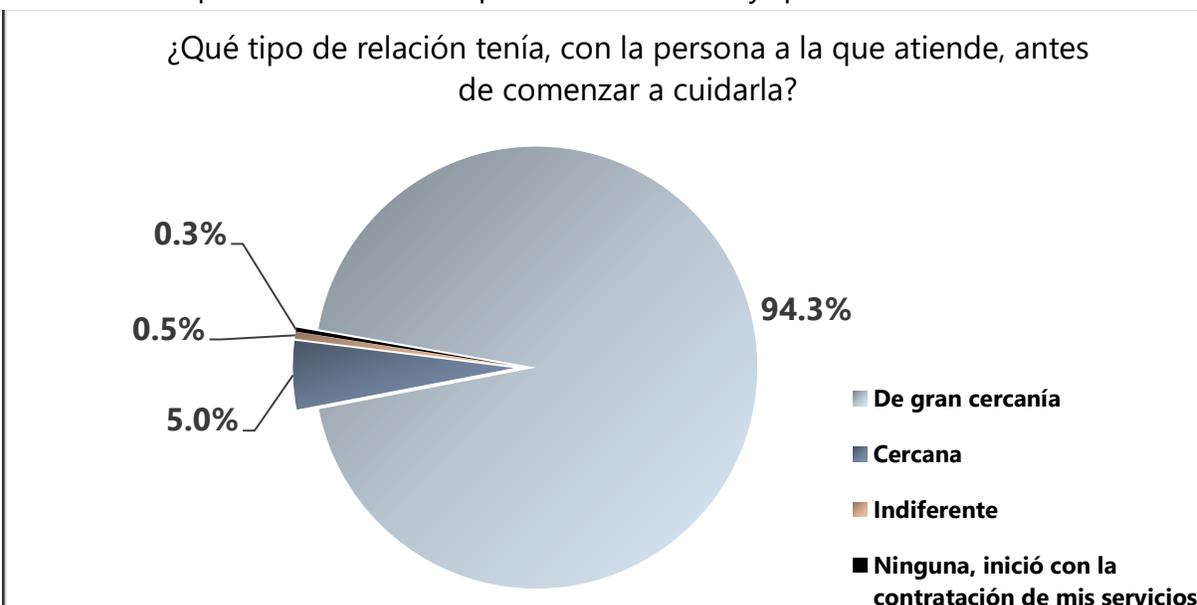


Gráfico 19. Remuneración al trabajo de cuidados.



Otro factor que se relaciona con las características de parentesco, tiene que ver con el tipo de vínculo preexistente que existía entre las personas cuidadoras y quienes reciben los cuidados, en el 99.3% de los casos es descrito como de gran cercanía o cercana, conformando prácticamente la totalidad de las personas cuidadoras.

Gráfico 20. Tipo de vínculo entre persona cuidadora y quien recibe los cuidados.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

La remuneración se recibe principalmente con periodicidad semanal y sin prestaciones laborales para la mayoría de las personas cuidadoras principales.

Gráfico 21. Periodicidad de la remuneración por el trabajo de cuidados.

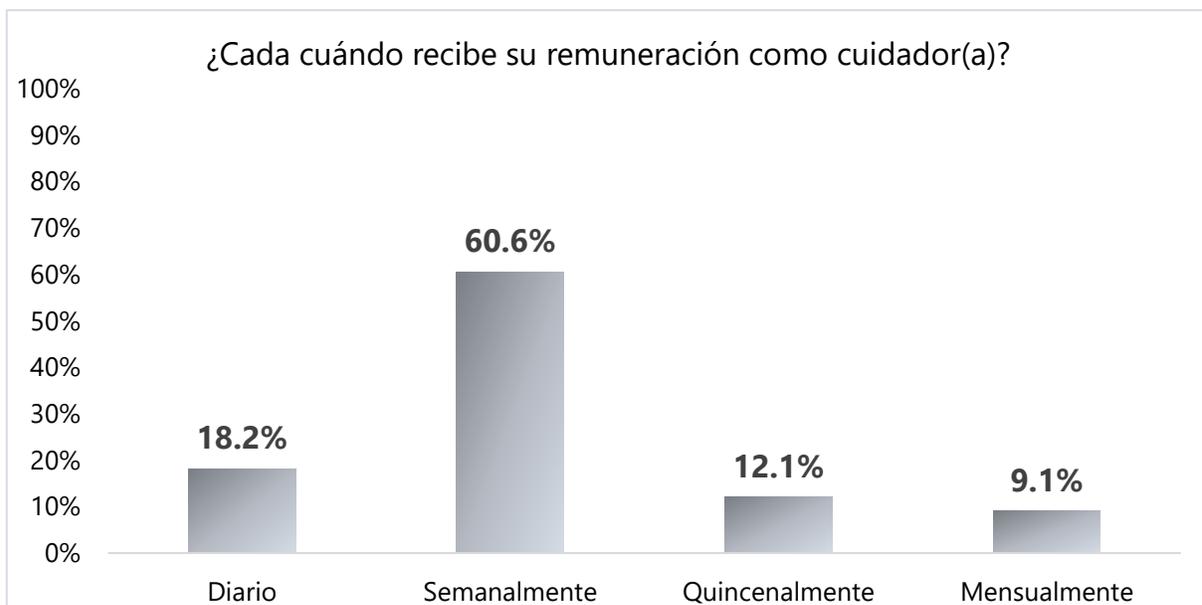
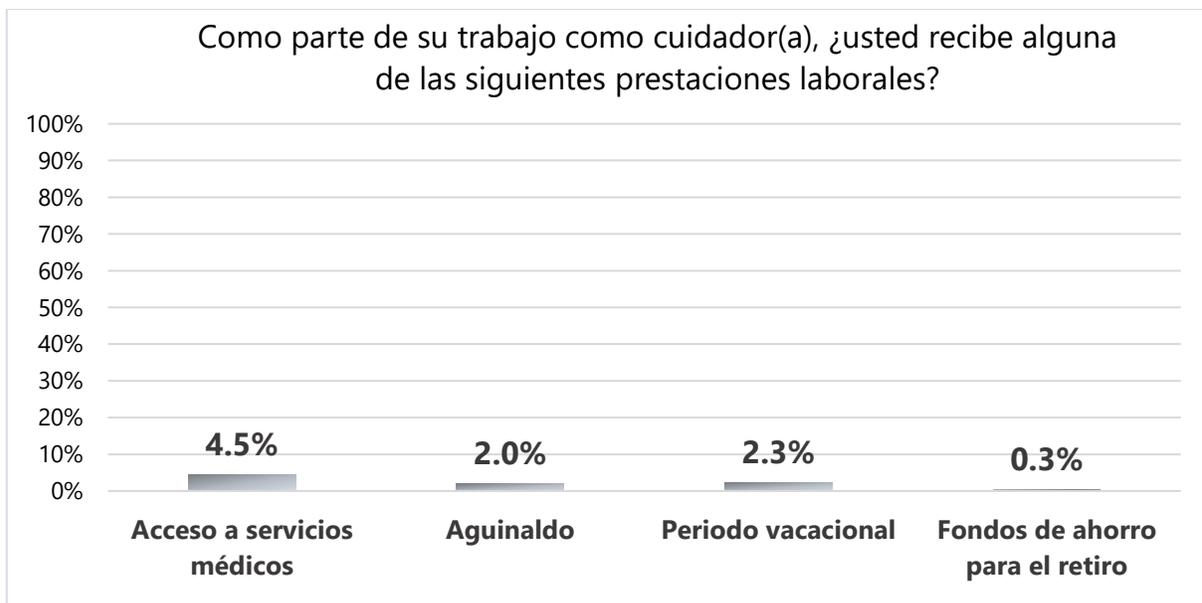


Gráfico 22. Acceso a prestaciones laborales por el trabajo de cuidados.



Los trabajos de cuidado se llevan a cabo en su mayoría por integrantes de la familia que viven dentro del mismo hogar, por lo que los traslados para llegar al lugar de los cuidados, son realizados por una minoría que habita en un lugar distinto y estos se hacen mayoritariamente a pie, en vehículo privado o en camión.

Gráfico 23. Lugar en donde se brindan los cuidados.

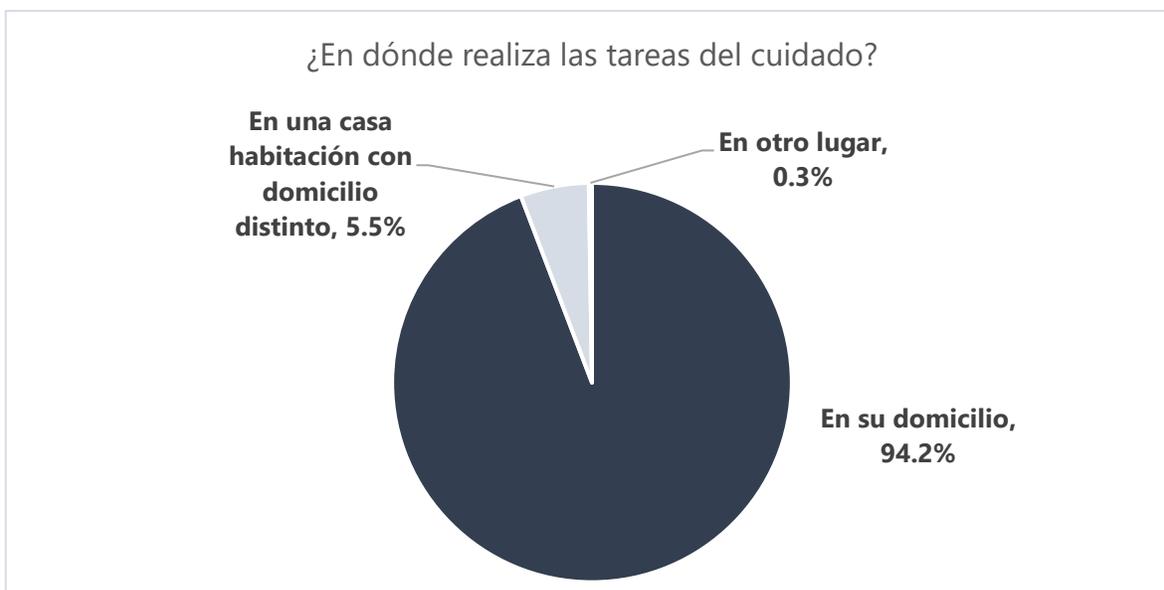
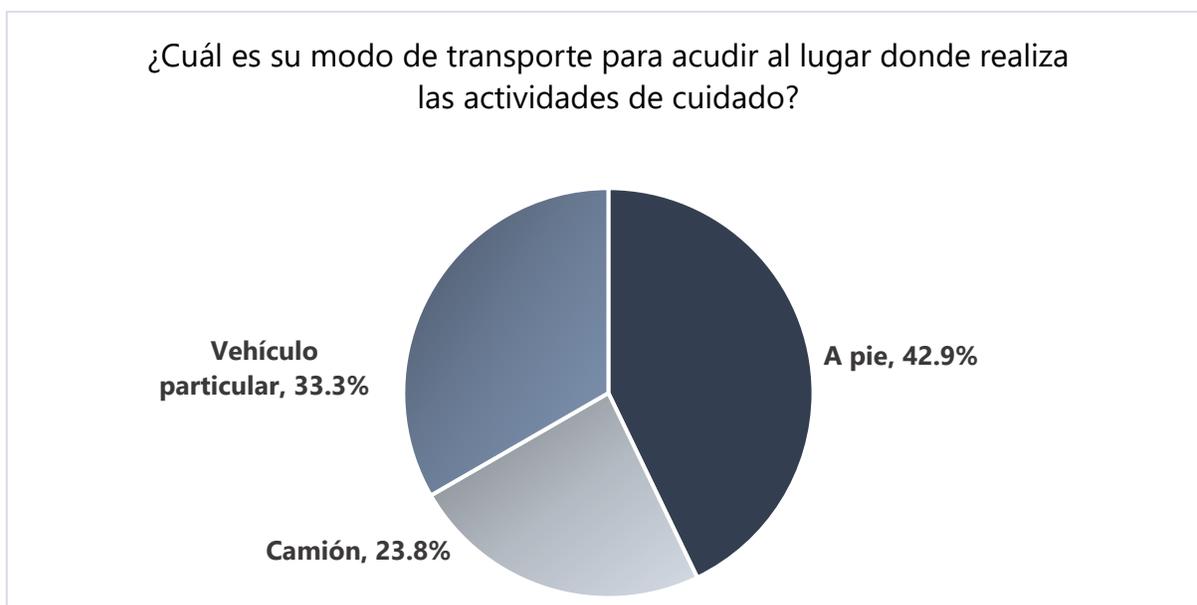
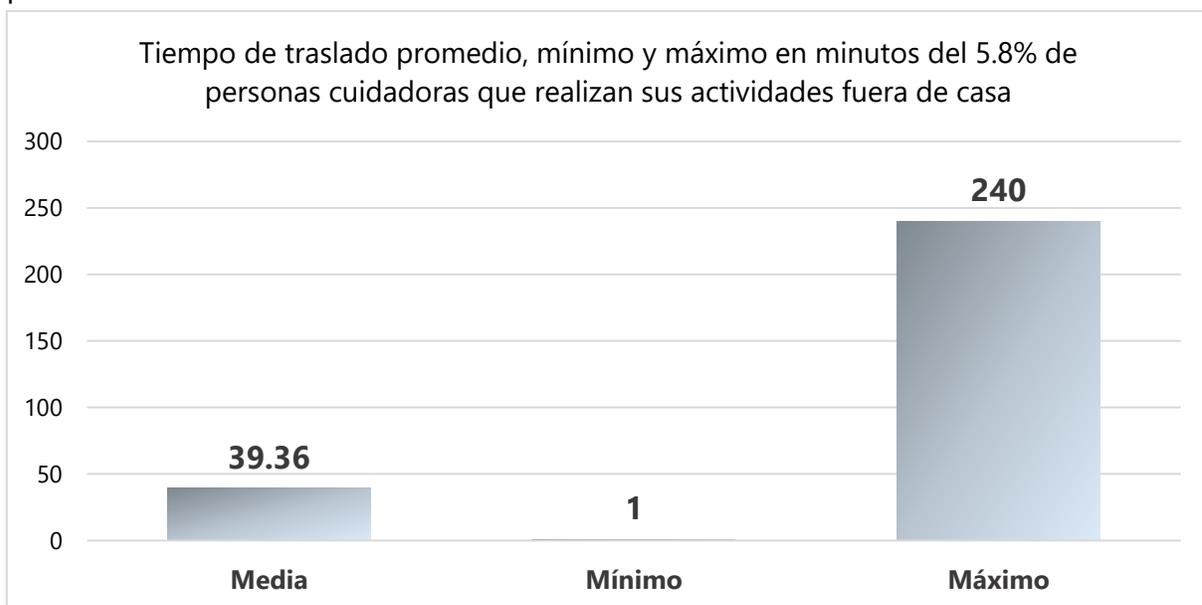


Gráfico 24. Modo de transporte para llegar al lugar en donde se brindan los cuidados.



Cuando existe la necesidad de realizar algún traslado el tiempo que le toma a la persona cuidadora arribar a su destino es muy variable, desde un minuto hasta cuatro horas, la duración promedio ronda los 40 minutos.

Gráfico 25. Medidas de tendencia central del tiempo destinado al traslado de las personas cuidadoras.



Respecto al tema de las actividades que las personas cuidadoras realizan, un primer acercamiento permite conocer qué tipo de tareas son las que demandan mayor tiempo.

El acompañamiento, estar al pendiente y dar apoyo emocional supera el tiempo promedio del resto de acciones, colocando una media de 6.4 horas al día dedicadas al tema.

En un segundo término las actividades de ayuda o apoyo en tareas de escuela o trabajo, preparación y dar alimentación, llevar a recoger o que reciba rehabilitación, y apoyar en actividades relacionadas con clases en línea, son las siguientes en términos de carga horaria con un promedio de 2.5 horas al día.

Gráfico 26. Promedio de horas al día dedicadas por la persona cuidadora a cada tipo de actividad de cuidado

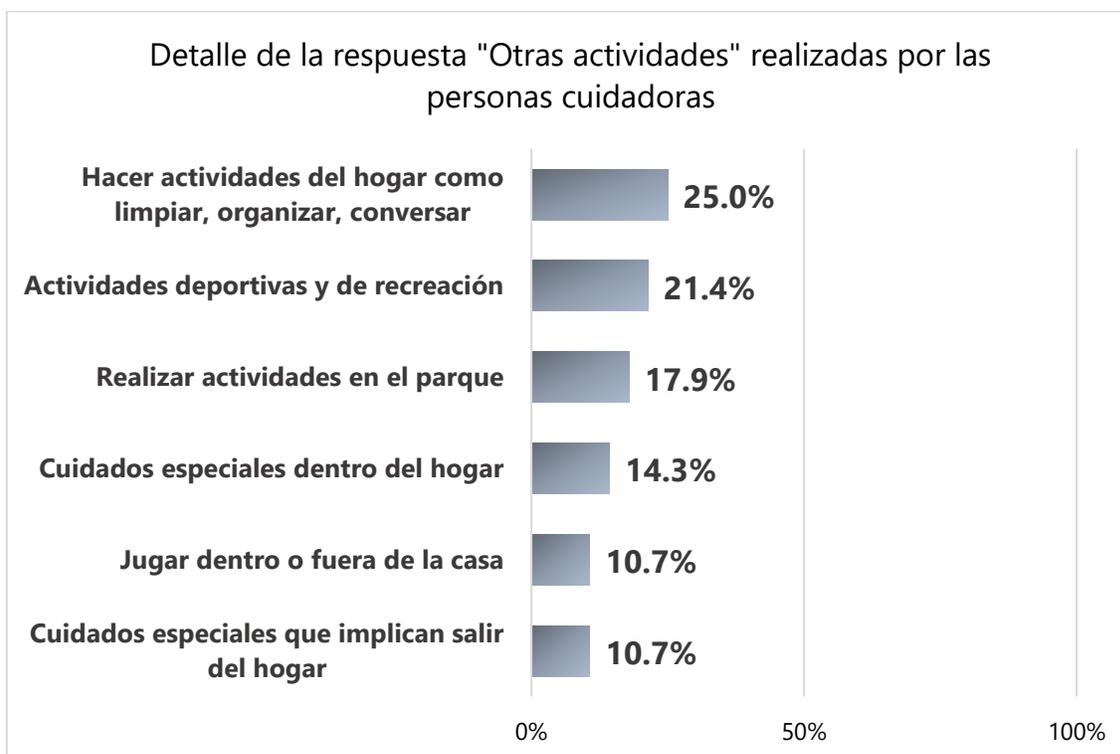


El resto de actividades cuyo detalle puede observarse en el gráfico 26 presentan un promedio de horas al día dedicadas entre 1.3 y 1.8, pues se trata de acciones u eventos más eventuales que es menos común que se realicen todos los días (como la asistencia a algún festival o el dar rehabilitación), o que se refieren a momentos puntuales (dar medicamento, asear a la persona).

Al respecto del apartado "otras actividades", en el gráfico 27 podemos encontrar el detalle de las especificaciones que las personas cuidadoras encuestadas mencionaron.

La mitad son actividades de tipo lúdicas (50%) o relacionadas con el esparcimiento (actividades deportivas o de recreación, actividades en el parque, jugar dentro o fuera de la casa), mientras la otra mitad implican limpieza u organización del hogar.

Gráfico 27. Distribución de respuestas contenidas en la categoría de "Otras actividades" de la cantidad promedio de horas dedicadas por la persona cuidadora.

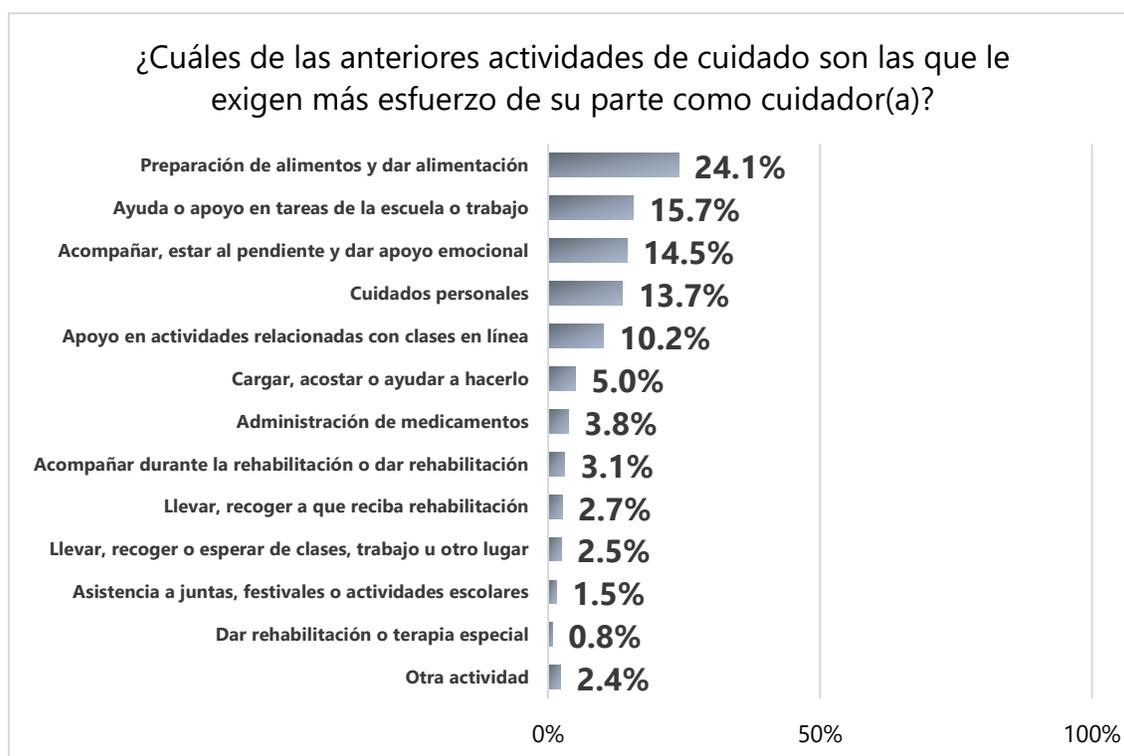


En relación con el tipo de actividad y el tiempo promedio que le dedican a cada uno, en términos de esfuerzo, encontramos cierta coincidencia, aunque en orden distinto, con aquellas que consumen más tiempo.

Las cinco actividades que de acuerdo con la percepción de la persona cuidadora requieren más esfuerzo son: la preparación y dar alimentos (24.1%), ayuda o apoyo en tareas de la escuela o trabajo (15.7%), acompañar y dar apoyo emocional (14.5%), cuidados personales (13.7%), y apoyo en actividades relacionadas con clases en línea.

Se puede apreciar entonces que varias actividades como la preparación de alimentos o el apoyo en cuestiones laborales o escolares, además de demandar mucho tiempo diario, también implican un esfuerzo significativo; otras, como los cuidados personales, se realizan en menos tiempo, pero también se considera que requieren mucho esfuerzo.

Gráfico 28. Actividades de cuidado que exigen el mayor esfuerzo por parte de la persona cuidadora



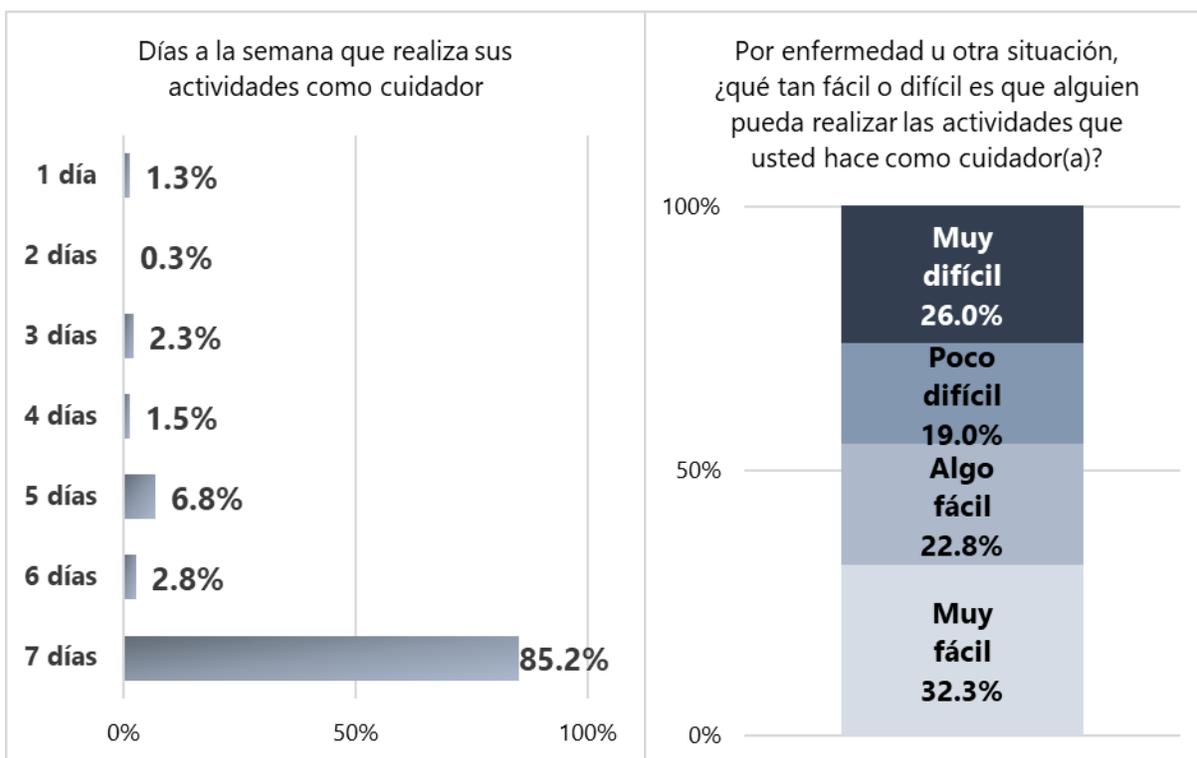
Un componente más en la exigencia, compromiso y dedicación que son necesarios en el rol de cuidador(a) se relaciona con los días semanales que deben dedicar a las actividades de cuidado y la facilidad o dificultad con que alguien puede sustituir a la persona cuidadora.

El 80% de las personas cuidadoras realiza actividades de cuidado los siete días a la semana, y menos del 15% cuentan con al menos un día de descanso.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Aunado a lo anterior, casi la mitad (45%) encuentra difícil que en caso de necesidad por enfermedad o por cualquier situación, otra persona le apoye realizando las actividades de cuidado necesarias, y una de cada cuatro personas cuidadoras encuentra esta posibilidad muy difícil.

Gráfico 29. Días a la semana que realiza actividades como cuidador(a) y facilidad para encontrar a alguien de remplazo



Como consecuencia de los trabajos de cuidado, el 53.9% de las personas cuidadoras sienten cansancio con mucha o algo de frecuencia, 53.0% se siente estresada, 47.6% deja de hacer actividades que disfruta, 37.9% se ha sentido sola, 27.8% ha tenido dificultades para encontrar trabajo y 20.6% ha visto deterioradas sus relaciones familiares.

Cuadro 19. Con motivo de su rol como cuidador(a), ¿con qué frecuencia le ha sucedido cada una de las siguientes situaciones? Se ha sentido solo(a) para llevar a cabo las tareas de cuidado

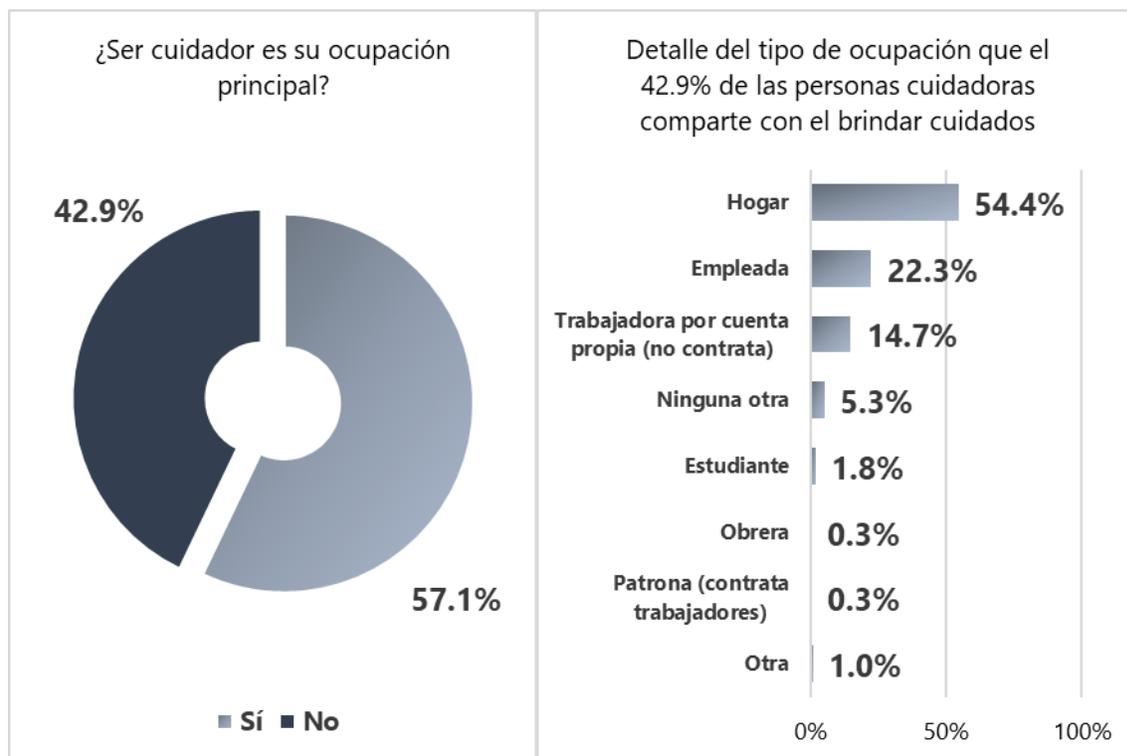
	Muy frecuente	Algo frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
Se ha sentido solo(a) para llevar a cabo las tareas de cuidado	17.1%	20.8%	15.5%	46.6%
Siente cansancio	29.8%	24.1%	22.6%	23.6%
Deja de hacer actividades de ocio personal que usted disfruta hacer	30.2%	17.4%	15.1%	37.3%
Se siente estresado(a)	29.6%	23.4%	19.8%	27.1%
Ha tenido dificultades para obtener un empleo remunerado	18.2%	9.6%	8.6%	63.6%
Ha tenido problemas/dificultades con la propia familia debido al trabajo de cuidado	8.8%	11.8%	8.6%	70.8%

A pesar de lo descrito anteriormente sobre el trabajo que resulta demandante y las consecuencias comunes del rol de cuidador, casi la mitad (42.9%) de las personas cuidadoras no definen esta ocupación como la principal, sino que realizan otra adicional al mismo tiempo.

La mayoría de quienes tienen otra ocupación se dedica también al hogar (54.4%), mientras que otra fracción importante comparte sus responsabilidades con el área laboral, trabajando como empleada (22.3%) o por cuenta propia (14.7%).

El resto se reparte en pequeñas proporciones en ocupaciones como estudiante, obrera, patrona o ninguna otra actividad.

Gráfico 29. Personas cuidadoras con otra ocupación y detalle sobre el tipo.



En la otra cara del rol de cuidador o cuidadora, se les pidió a las personas cuidadoras que expresaran cuáles son las mayores satisfacciones que encuentran en realizar las tareas de cuidado, la mayoría (27.1%) mencionó que acompañar y estar cercano a la persona que recibe los cuidados mientras desarrollan su proceso de vida les trae bienestar.

En el mismo sentido, las siguientes respuestas más frecuentes fueron: alegría de poder convivir con ellas(os) (13.6%), saber que están siendo bien cuidados(as) (13.3%), y satisfacción de poder ayudar o apoyar (12.1%).

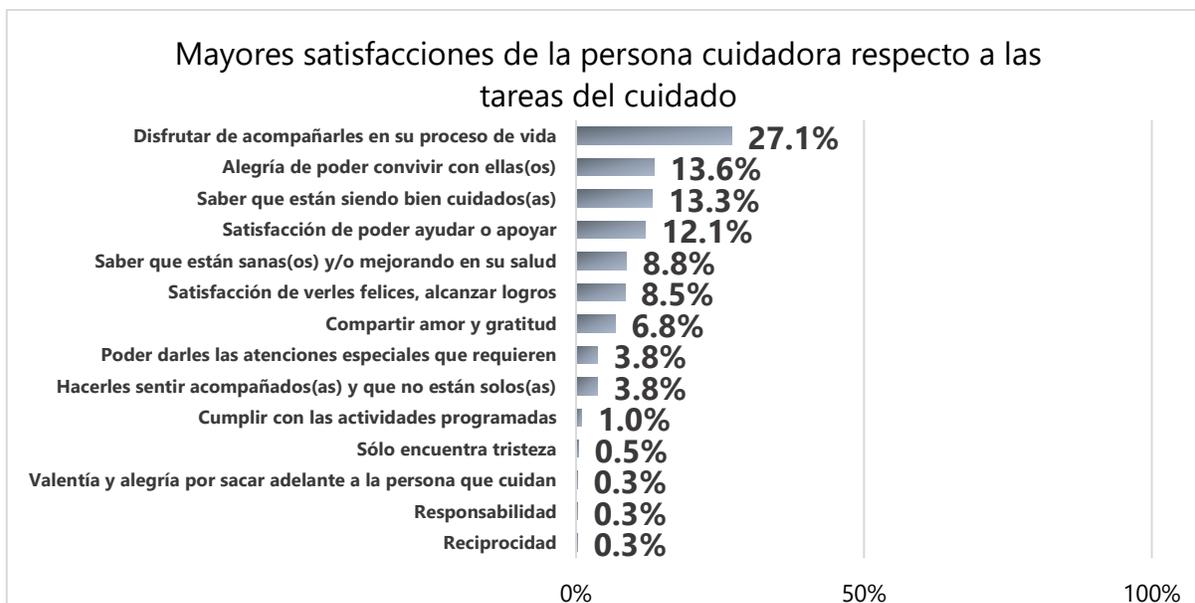
Observamos que las cuatro satisfacciones más comunes, que encuentran dos de cada tres (66.1%) personas cuidadoras, están relacionadas con el crecimiento personal de quien recibe los cuidados o la certeza de que está en buenas manos.

A la luz de los datos previos, donde se observó que lo más común era encontrar un vínculo familiar de gran cercanía entre las personas cuidadoras y quienes reciben sus cuidados, resulta entendible que estas sean las mayores satisfacciones.

Con respecto a otras satisfacciones, con excepción de saber que la persona que receptora de cuidados está sana o mejorando su salud (8.8%), prácticamente todas las respuestas estuvieron también relacionadas con satisfacciones subjetivas derivadas del vínculo afectivo, encontrando respuestas como: verles felices y alcanzar logros (8.5%), compartir amor o gratitud (6.8%), brindar la atención que requieren (3.8%) o hacerles sentir acompañado(a) (3.8%).

Resulta necesario aclarar que la respuesta "sólo encuentra tristeza" (0.5%) agrupó menciones donde la persona cuidadora refería no encontrar ninguna satisfacción, sino tristeza al observar la condición de su familiar o persona que recibe los cuidados.

Gráfico 30. Mayores satisfacciones de las personas cuidadoras al respecto de las actividades de cuidado que realiza.



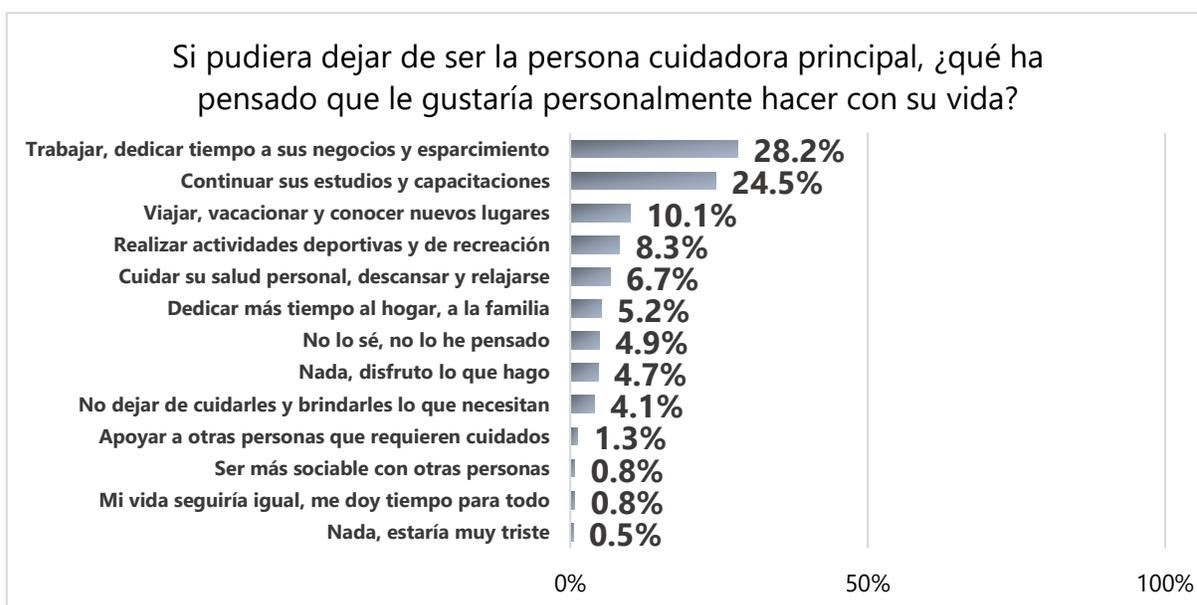
Por otra parte, se preguntó a las personas cuidadoras qué les gustaría hacer con su vida si no fueran cuidadores(as) principales.

Las dos principales respuestas, mencionadas por más de la mitad de la población (52.7%), están relacionadas con temas de formación profesional o estudios, dividiéndose en “trabajar, dedicar tiempo a los negocios y esparcimiento” (28.2%) y “continuar los estudios y capacitaciones” (24.5%).

Un segundo grupo de actividades que las personas cuidadoras conciben viable únicamente dejando su rol de cuidador se refiere al esparcimiento y recreación. Mencionadas en conjunto por una de cada cuatro cuidadoras(es) (25.1%), estas respuestas fueron: viajar, vacacionar y conocer nuevos lugares (10.1%), realizar actividades deportivas y de recreación (8.3%), y cuidar su salud, descansar y relajarse (6.7%).

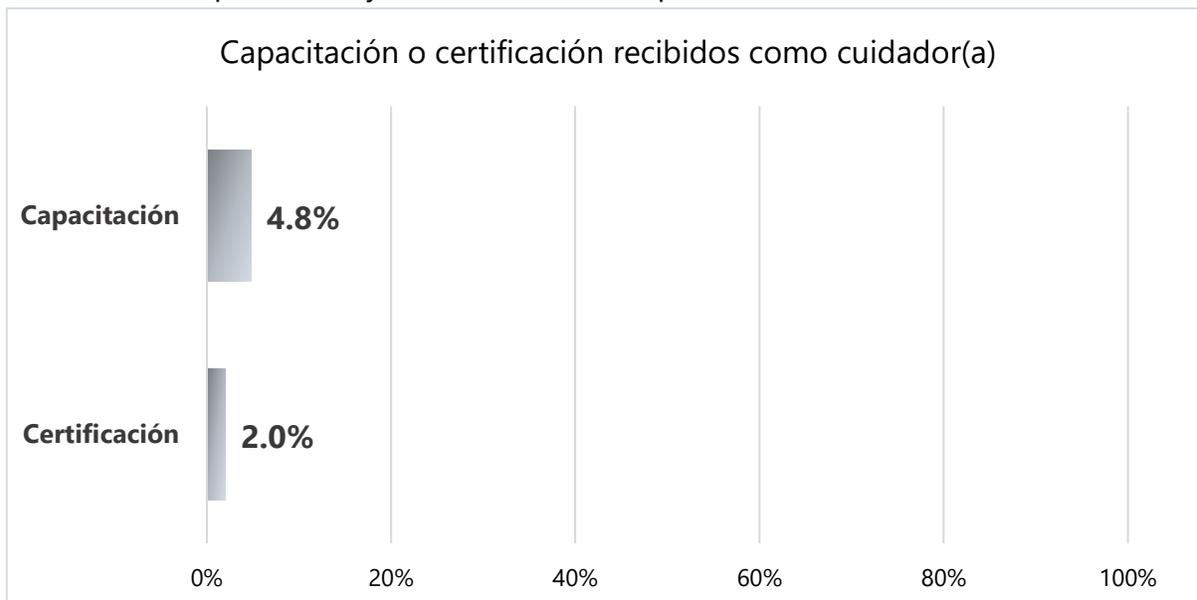
Aunque con una frecuencia relativamente baja, resulta interesante resaltar un grupo de respuestas donde las personas cuidadoras, de alguna u otra manera, dejan entrever que no conciben otros alcances fuera del rol de cuidador(a). Este conjunto (15.5%) se integra por las respuestas: no lo sé, no lo he pensado (4.9%); nada, disfruto lo que hago (4.7%); no dejar de brindarles lo que necesitan (4.1%), apoyar a otras personas que requieren cuidados (1.3%), y “nada, estaría muy triste” (0.5%).

Gráfico 30. Expectativas de las personas cuidadoras más allá de cumplir con su rol de cuidador(a).



El porcentaje de personas cuidadoras que han tomado alguna capacitación o han recibido algún tipo de certificación es muy pequeño, de 4.8 y 2.0% respectivamente.

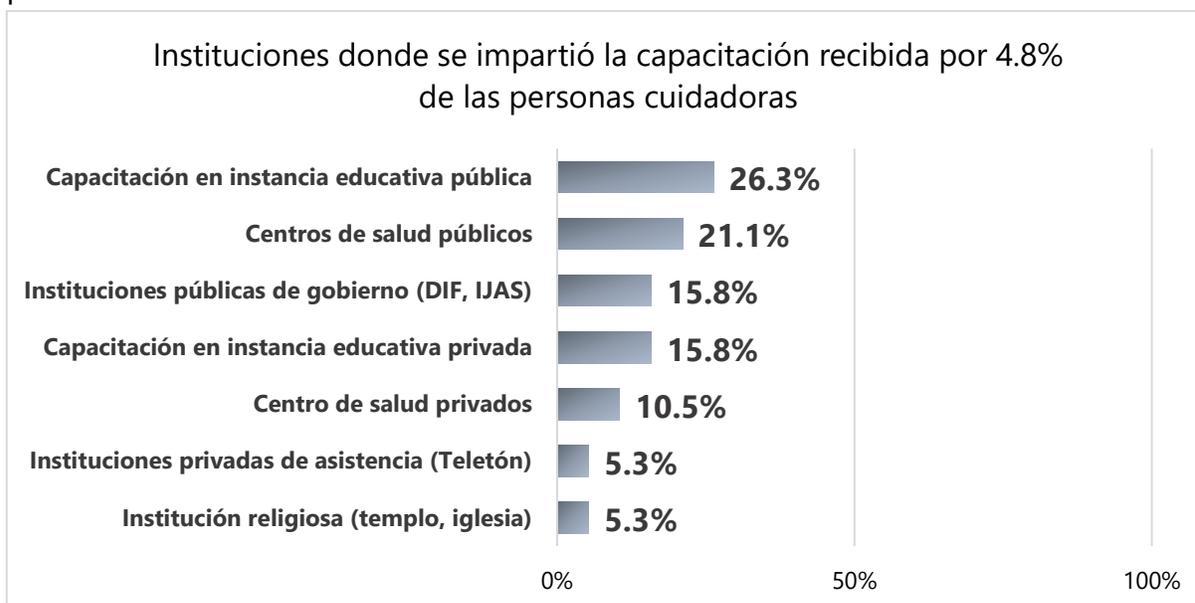
Gráfico 31. Capacitación y certificación de las personas cuidadoras.



Quienes ofrecen más comúnmente este tipo de acercamientos de capacitación son las instancias educativas públicas con 26.3%, y los centros de salud públicos con 21.1% de las menciones, que en conjunto cubren casi la mitad de los tipos de instituciones donde se han realizado estos ejercicios.

Otros sitios donde se ha impartido algún tipo de capacitación son: instituciones públicas de gobierno (15.8%), instancias educativas privadas (15.8%), centros privados de salud (10.5%), instituciones privadas de asistencia como teletón (5.3%), e instituciones religiosas (5.3%).

Gráfico 32. Tipo de institución donde se recibieron los cursos de capacitación la persona cuidadora



Respecto a la duración de dichas capacitaciones, las extensiones temporales son variadas, pero existe una tendencia hacia las opciones más cortas. Así, por ejemplo, cuando se exploró cuántas semanas y meses fue el periodo en que se brindaron estas capacitaciones, las respuestas una semana (55.6%) y tres meses (33.3%) respectivamente, fueron los más comunes.

Cuando la duración puede ser medida en días, encontramos que es igual de común que la capacitación se imparta en un solo día que en siete (28.6%), lo cual resulta consistente con la distribución de la temporalidad medida en semanas.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Gráfico 33. Duración en días y semanas de las capacitaciones recibidas por las personas cuidadoras

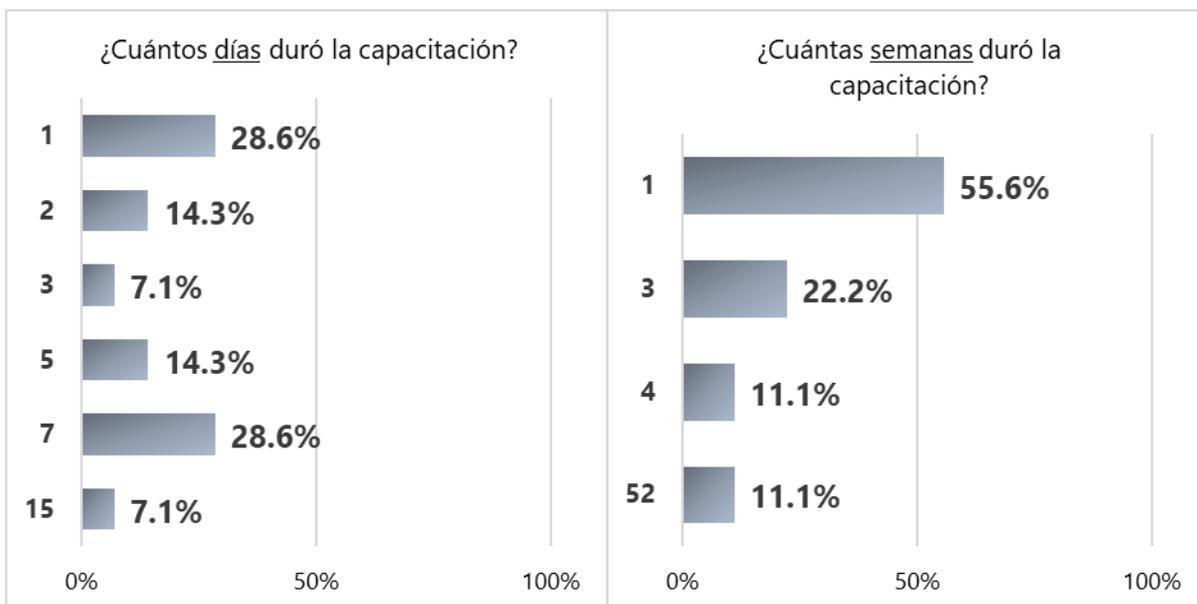
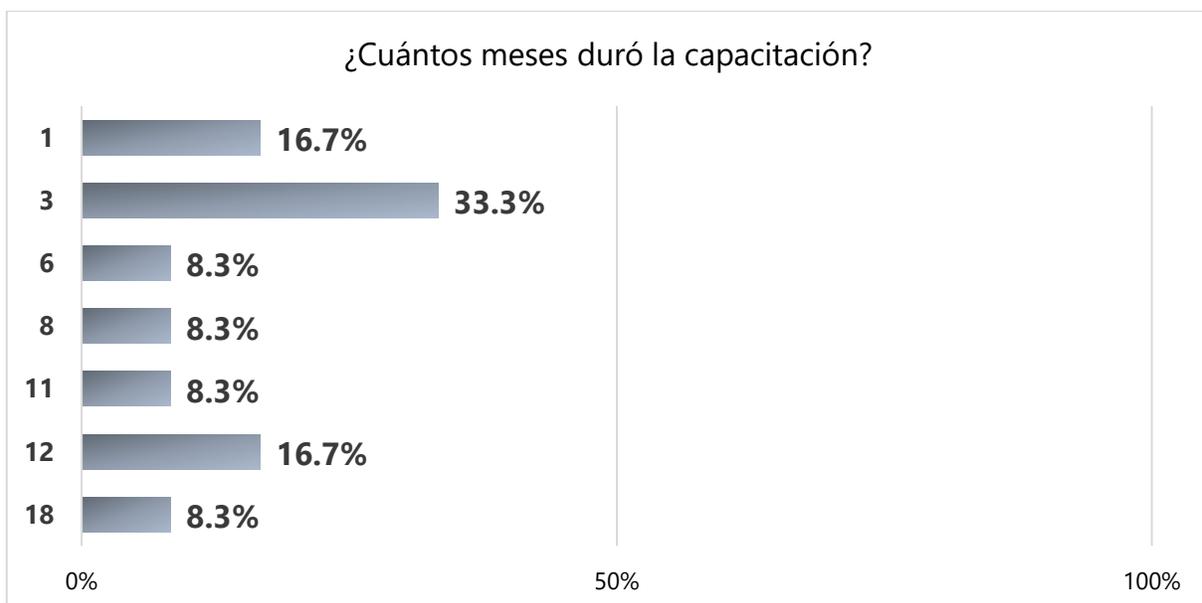


Gráfico 34. Duración en meses de las capacitaciones recibidas por las personas cuidadoras



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Los temas que las personas cuidadoras encontrarían más valiosos en alguna capacitación relacionada con los temas de cuidado son, en primer lugar, los relativos a apoyo psicológico, buen trato y educación emocional (28.0%); seguido de primeros auxilios, enfermería y nutrición (22.6%); y herramientas pedagógicas para asistencia a niños y jóvenes (13.7%).

Las anteriores tres respuestas, que fueron las más frecuentes y en conjunto concentran las menciones de cerca de dos de cada tres personas cuidadoras (64.3%), ponen de manifiesto que la principal preocupación e interés es mejorar en las actividades que brindan, así como buscar la mayor satisfacción de las personas que reciben los cuidados.

Las capacitaciones con temas relacionados con su propio bienestar o autocuidado aparecen en los últimos lugares de frecuencia, demostrando que temas como emprendedurismo y superación personal (1.5%); actividades artísticas y manualidades (1.2%) y; autocuidado y autocontención emocional (0.9%); a pesar de su importancia, no son prioritarios para la mayoría.

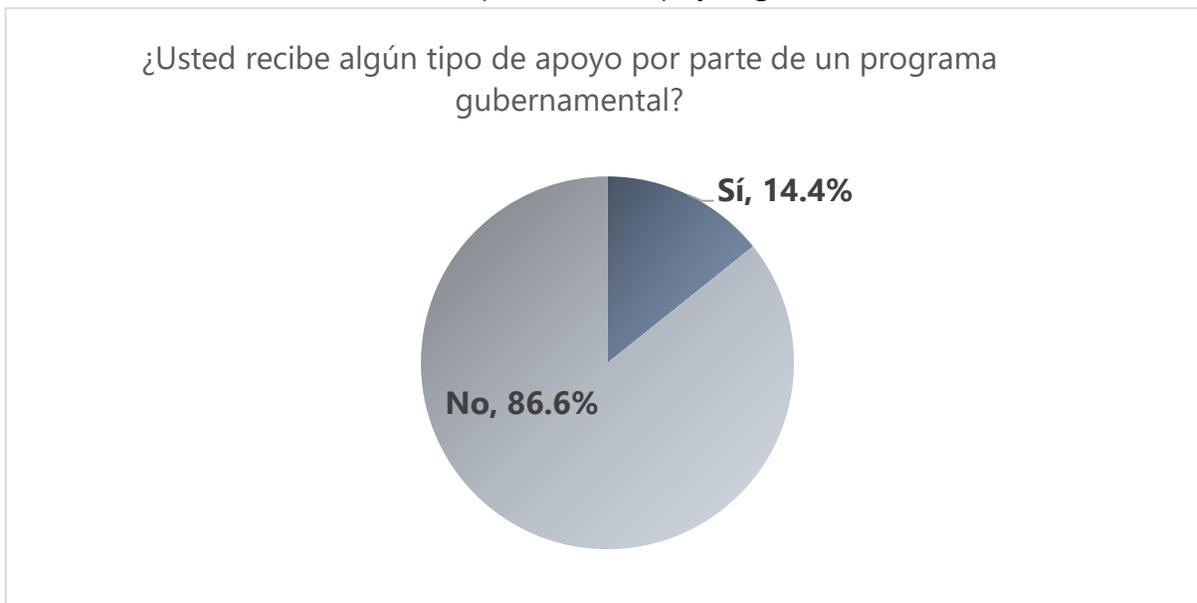
Gráfico 35. Temas sobre los que les gustaría recibir capacitación a las personas cuidadoras.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

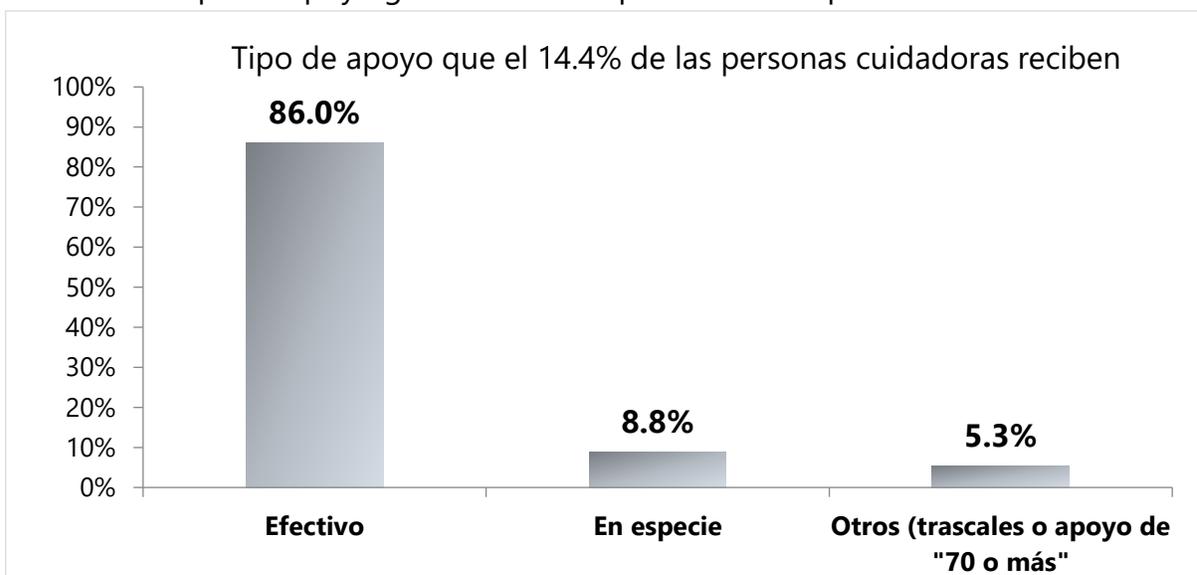
Por otra parte, el porcentaje de personas cuidadoras que reciben algún apoyo gubernamental es bajo, al sólo alcanzar al 14.4%.

Gráfico 36. Personas cuidadoras que reciben apoyos gubernamentales.



Al ver el detalle del tipo de apoyo que reciben las personas cuidadoras se observa que la mayoría (86.0%) recibe un monto en efectivo, mientras que menos de uno de cada diez (8.8%) cuidadoras(es) accede a un apoyo en especie.

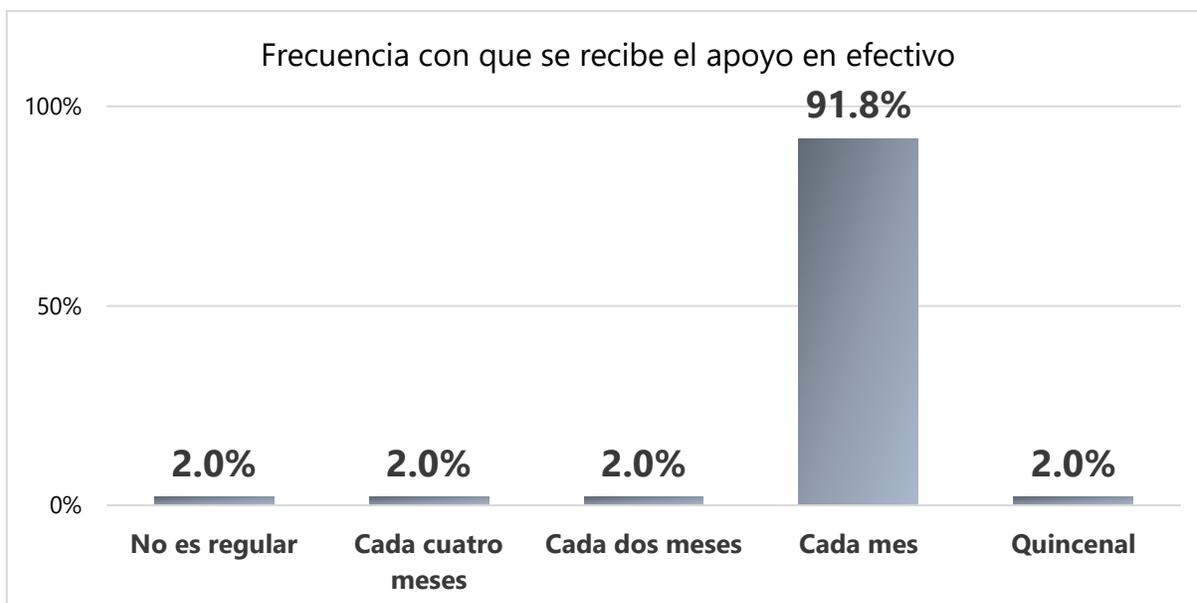
Gráfico 37. Tipo de apoyo gubernamental que reciben las personas cuidadoras



En los casos donde el apoyo gubernamental que las personas cuidadoras reciben es de tipo económico, las cantidades mensuales van desde los \$800 pesos como mínimo hasta los \$5,000 como máximo. Sin embargo, la cantidad promedio es de \$2,200, un monto muy similar al sueldo mensual referido (\$2,500) por las personas cuidadoras en la sección de condiciones laborales.

Lo anterior se cumple para 91.8% de las personas cuidadoras que reciben el apoyo con frecuencia mensual, sin embargo, hay quienes reciben el monto cada dos o cuatro meses, e incluso, se da el caso de quien lo hace de forma quincenal o de manera irregular.

Gráfico 38. Frecuencia con que las personas cuidadoras con apoyo gubernamental en efectivo reciben el monto.

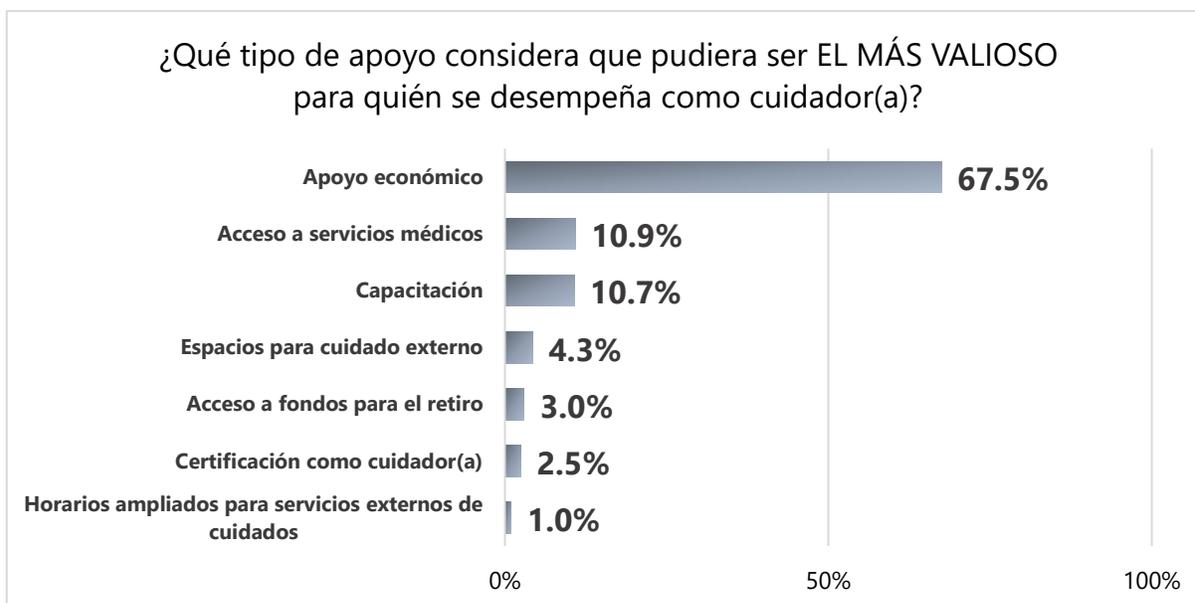


Con respecto al apoyo en especie, los pocos casos que son beneficiarios de este tipo mencionaron recibir despensa o leche LICONSA de forma periódica.

Finalmente, el tipo de apoyo que las personas cuidadoras consideran el más valioso es el económico, dos de cada tres (67.5%) cuidadoras(es) lo refirieron así. En segundo término, con frecuencia muy similar, se encuentra el acceso a servicios médicos (10.9%) y capacitación en temas pertinentes para sus actividades (10.7%).

Otras respuestas que también aportan luz sobre las necesidades de las personas cuidadoras que, aunque fueron menos frecuentes también resultan importantes, son la necesidad de espacios para cuidado externo (4.3%), acceso a fondos para el retiro (3.0%), certificación como cuidador(a) (2.5%), y horarios ampliados para servicios externos de cuidados (1.0%).

Gráfico 39. Tipo de apoyo que las personas cuidadoras consideran sería el más valioso recibir



A través de la aproximación cualitativa, se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales son una técnica que privilegia el diálogo libre y profundo sobre la base de una lista de temas o preguntas con una secuencia flexible y cuestionamientos abiertos, con el fin de aproximarse a los sentidos, significados e interpretaciones de experiencias particulares de los sujetos entrevistados (Vela, 2013).

Esta técnica es adecuada para explorar y comprender los significados de las experiencias de las personas cuidadoras en diferentes aspectos: sus tareas de cuidado y las relaciones con las personas que atienden; los lugares de cuidado; sus necesidades económicas, sociales, emocionales y de salud; la planeación de sus vidas a diferentes plazos; sus formas y tiempos de desplazamiento a los lugares donde cuidan a otras personas; sus actividades laborales complementarias al cuidado de personas; otras condiciones de las labores de cuidado.

Se llevaron a cabo entrevistas cualitativas semiestructuradas de acuerdo con los siguientes criterios:

- Cuidadoras(es) de personas entre los 18 y los 29 años de edad, remunerados y no remunerados.
- Cuidadoras(es) de personas entre los 30 y los 59 años de edad: remunerados y no remunerados.
- Cuidadoras(es) de personas de 60 años y más: remunerados y no remunerados.

Las entrevistas fueron diseñadas y realizadas por investigadoras con experiencia en estudios cualitativos. La información de las entrevistas se registró por medio de audios y se llevaron a cabo transcripciones para su organización, sistematización y análisis. La información fue segmentada y codificada sobre la base de términos que dieron cuenta de los significados expresados por los entrevistados(os), con el fin de identificar regularidades y diferencias. Estos códigos, a su vez, fueron integrados en categorías para identificar e interpretar sus relaciones.

De esta manera, el análisis contribuyó a conocer en profundidad las experiencias y significados de la experiencia de cuidados desde la perspectiva de quienes los hacen para emitir las recomendaciones orientadas a mejorar sus condiciones.

La entrevista cualitativa semiestructurada, como toda técnica de investigación, tiene límites. En particular, no tiene el alcance en cuanto a la extensión en el número de población que se puede lograr mediante la aplicación de los cuestionarios de encuesta, pero sí en cuanto a la profundidad en la exploración de las experiencias de los encargados de cuidar personas. En este sentido, contribuyó a la complementariedad de datos provenientes de la aplicación de métodos cuantitativos y cualitativos.

En el siguiente cuadro se describen las veintidós entrevistas realizadas, considerando como variables de segmentación si el trabajo del cuidado se realiza de manera remunerada o no, el rango de edad de las personas cuidadoras y las características de las personas que reciben los cuidados. Dos de las entrevistas fueron realizadas en el marco de cuidados institucionales y otra más se realizó a una agencia de niñeras.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Siete entrevistas se hicieron presencialmente siguiendo las medidas de protección por COVID-19 mencionadas para el caso de la investigación de campo de la encuesta, once se realizaron por teléfono y cuatro a través de la plataforma Google Meet:

Cuadro 20. Perfil de las personas cuidadoras entrevistadas.

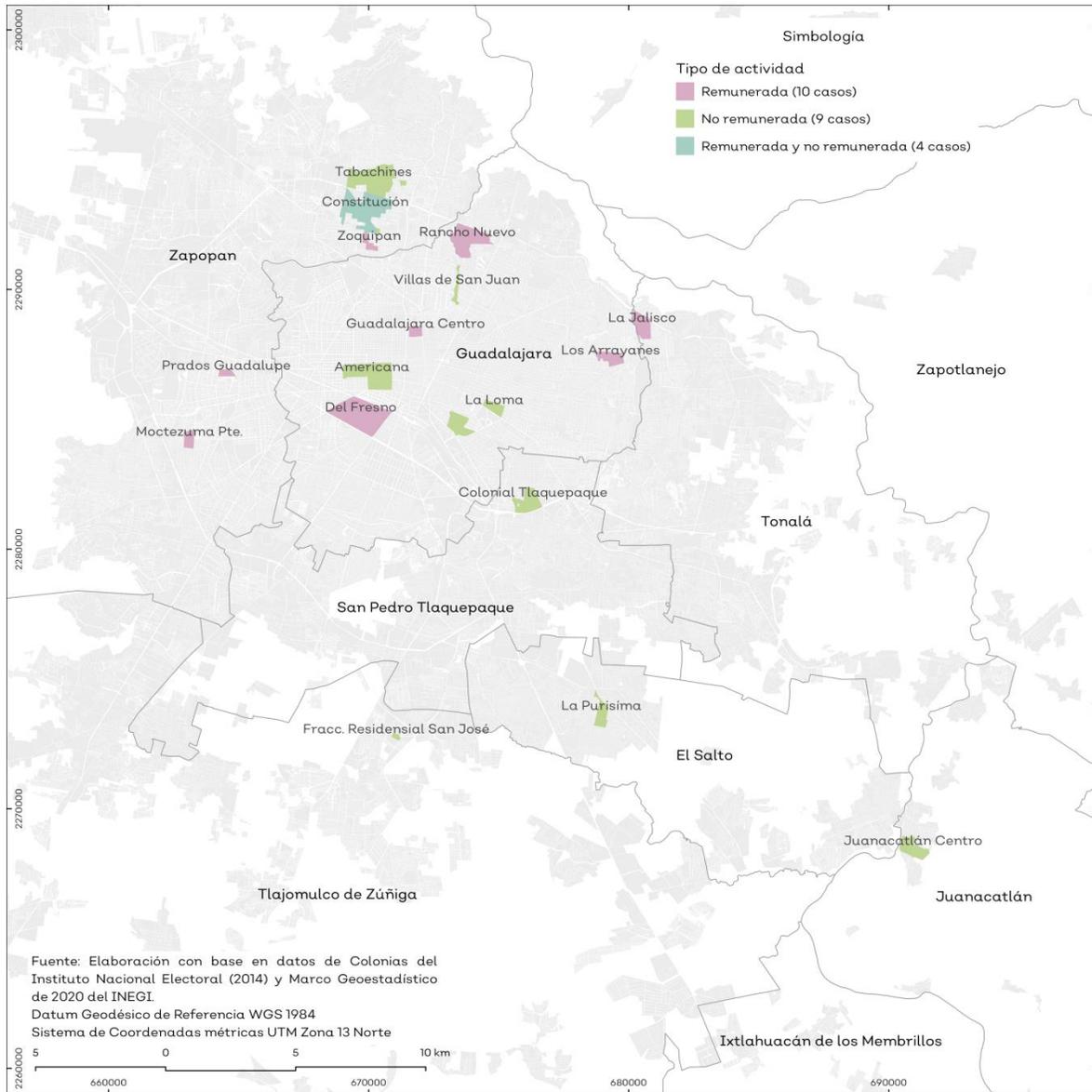
TIPO DE ACTIVIDAD	CUIDADORA	EDAD	POBLACIÓN QUE CUIDA	MUNICIPIO	COLONIA	FECHA DE ENTREVISTA	MODALIDAD DE LA ENTREVISTA
REMUNE- RADA	Karla	18-29	Tercera Edad	Guadalajara	Los Arrayanes	14 de diciembre	Virtual
	Ramses	18-29	Discapacidad	El Salto	Obrera	11 de diciembre	Telefónica
	Fany	18-29	Tercera Edad	Zapopan	Zoquipan	11 de diciembre	Presencial
	Martha	60 o más	Tercera Edad	Guadalajara	El Fresno	11 de diciembre	Telefónica
	Ma. Eugenia	30-59	Infantil	Guadalajara	Rancho Nuevo	15 de diciembre	Presencial
	Cuquita	60 o más	Infantil	Zapopan	Constitución	15 de diciembre	Presencial
	Paola (Agencia de niñeras)	18-29	Infantil	Zapopan	Moctezuma Poniente	9 de enero	Telefónica
	Caro (Asilo)	18-29	Tercera Edad	Zapopan	Prados Guadalupe	11 de enero	Telefónica
	Ivonne	18-29	Tercera Edad	Tonalá		13 de enero	Telefónica
	Rosalinda	30-59	Tercera Edad	Tlajomulco de Zúñiga	Fracc. San José Residencial	16 de enero	Telefónica
	Juana y Paty (FAEE)		Discapacidad	Guadalajara	Centro	14 de enero	Virtual
NO REMUNE- RADA	Jessica	18-29	Infantil	Guadalajara	El Porvenir	17 de diciembre	Virtual
	Rosaura	30-59	Infantil	Guadalajara	Villas de San Juan	14 de diciembre	Presencial

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

	Rosa	30-59	Tercera Edad	Zapopan	Constitución	15 de diciembre	Presencial
	Elizabeth	30-59	Discapacidad	Zapopan	La Gusa	11 de diciembre	Presencial
	Esther	30-59	Discapacidad	Guadalajara	Quinta Velarde	16 de diciembre	Telefónica
	Patricia	30-59	Infantil	Zapopan	Constitución	11 de diciembre	Presencial
	Alfonso	60 o más	Tercera Edad	Guadalajara	La Loma	17 de diciembre	Telefónica
	Patricia	60 o más	Discapacidad	Guadalajara	Americana	11 de enero	Virtual
	Rosa C.	60 o más	Discapacidad	San Pedro Tlaquepaque	Álamo oriente	15 de enero	Telefónica
	Vianney	18-29	Infantil y Discapacidad	El Salto/ San Pedro Tlaquepaque	La Purísima/ Colonial	17 de diciembre	Telefónica
	Berti	30-59	Infantil y Discapacidad	Zapopan	Tabachines	11 de enero	Telefónica

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Mapa 10. Colonias en donde habitan las personas cuidadoras entrevistadas.



El análisis de los hallazgos de las entrevistas se divide entre las y los cuidadoras(es) con y sin remuneración:

Personas cuidadoras no remuneradas

I. Características personales de la persona cuidadora principal

Las entrevistas realizadas muestran que el rango de edad de las cuidadoras y los cuidadores no remunerados se encuentra comúnmente en etapas maduras. Esto se relaciona directamente con dos factores, en primer lugar, ningún(a) cuidador(a) no remunerado(a) realiza sus actividades desde un campo profesional; así mismo, íntimamente vinculado con ello, encontramos que todos(as) son familiares de la persona que recibe los cuidados.

En consecuencia, los horarios dedicados al cuidado por parte de la población no remunerada son más amplios y menos definidos, encontrando descripciones como "24 horas, los 7 días de la semana", "todos los días más de 12 horas", o "24 horas según se requiera", sugiriendo que, si bien reconocen que no están proporcionando servicios de cuidado directo todo el día, sí deben estar disponibles en cualquier momento de acuerdo a la dinámica o características de la persona que recibe los cuidados, o que bien, también se ocupan de otros cuidados de tipo indirecto como, por ejemplo, la limpieza de los espacios y la preparación de alimentos.

Aunque en todos los casos de personas cuidadoras no remuneradas se trata de una relación familiar, es pertinente señalar que los tipos de vínculos de estos coinciden con los que socialmente son concebidos como íntimos e indisolubles. Siendo madres, hijo(a) o esposo(a) de quien recibe los cuidados, resulta claro que, más allá de otros criterios (disponibilidad, carrera profesional, recursos, etc.), el tipo de vínculo que impera sobre la decisión de elegir ser la persona cuidadora principal.

Respecto a las otras ocupaciones de las(os) cuidadoras(es), estas se caracterizan por ser de baja demanda horaria, flexibles, informales y bajo condiciones precarias. La mayoría se dedican al cuidado del hogar, algunas comparten sus labores de cuidado con empleos de ayudante en un negocio familiar, venta de comida o productos, o actividades por evento. Estas características laborales derivan de la

falta de empleos formales con un horario que les permita conciliar su labor de cuidadora y que al mismo tiempo brinden la posibilidad de solventar los gastos que pudieran surgir al solicitar los servicios de un tercero que se haga cargo de los cuidados; por otro lado, la limitada oferta de espacios que cumplan con las necesidades de quien requiere de cuidados y de quien está a cargo de la responsabilidad también condiciona esta situación.

En relación con el punto anterior, quienes cuentan con alguna afiliación a servicios de salud es debido a que lo reciben por parte del esposo, mientras el resto cuenta con INSABI, ISSSTE, o no tienen afiliación. A su vez, los ingresos propios que reciben las cuidadoras, son variables y dependen de las ventas o dinámica específica de su ocupación.

II. Contexto del cuidado y proceso de decisión sobre la atribución de responsabilidad de la(s) persona(s) cuidadora(s) principal(es)

En congruencia con lo observado en el parentesco, la antigüedad de las(os) cuidadoras(es) no remuneradas(os) prácticamente coincide con la duración del vínculo familiar, principalmente cuando se trata del cuidado de hijos. Por tanto, las duraciones de la relación entre cuidador(a) y persona que recibe los cuidados son amplias, yendo de los 3 o 5 años en el caso de los niños pequeños, hasta los 31 años ya sea porque existe la presencia de una discapacidad o porque se han hilado varios niños que requieren atención.

Siguiendo la misma línea, todas las(os) cuidadoras(es) no remuneradas(os) realizan sus actividades dentro de su propio hogar, pues al tratarse de un familiar muy cercano, es ahí donde naturalmente habitan.

Por otro lado, quienes requieren transporte dependen ya sea de otros familiares con vehículo, que en algunos casos les ofrecen el apoyo, o en su mayoría hacen uso de aplicaciones como Uber para movilizarse a actividades específicas como consultas médicas o terapias, mostrando indirectamente que no se cuenta con un medio propio suficiente para sus necesidades ocasionales, limitándose a salir sólo a lo considerado meramente necesario, situación que se acentúa cuando su única opción para trasladarse es el transporte público.

*Intenté llevarla a los talleres del Agua Azul, la estuve llevando un tiempo, como unos dos meses, pero la verdad como me quedaba retirado y sin carro y sin vehículo... gastaba mucho en camiones. Además no era algo que a ella le llamara mucho la atención [...] pero sí se me dificultaba mucho, tenía al niño más pequeño. [...] Hay muy pocos lugares a dónde llevarla. Andar en camiones con ella no está tan fácil, estar subiendo y bajando... por eso es que se me dificultó seguirla llevando. **[Mujer, 30-59 años de edad, con una hija con discapacidad intelectual moderada-severa, expresa sobre el tema de transporte]***

*Trasladarlo también es difícil porque no tengo cómo, porque tú sabes que es caro estar pagando taxi, en el camión no me lo puedo llevar [...] le jalaba el cabello a la gente, escuchaba ruidos y me tiraba cabezazos **[Mujer, 30-59 años de edad, con un hijo con discapacidad visual y autismo]***

En cuanto a la designación como cuidador(a), aunque ninguno expresa desacuerdo explícito, todas las narraciones sugieren cierta aceptación pasiva del rol de cuidador, justificando su situación "porque es lo lógico" o "lo que debe ser", por ejemplo, mencionan que nadie cuida mejor a los hijos que su propia madre, o que es su deber que el marido se encargue de su esposa, más que entusiasmo expresan resignación implícita.

*Había que quedarse uno con ella y otro trabajar y pues es más fácil que se quede la mamá como sigue la cultura, que la mamá es la que se queda con el hijo, el papá es el proveedor. No sé si se tomó ya por lo mismo de las costumbres y la cultura como que se da por sentado[...] porque anteriormente trabajaba yo también pero ya cuando tuve que llevarla a la escuela especial que era que me tenía que quedar con ella toda la mañana, tuve que dejar de trabajar [...] pero sí, no era como que nos sentamos a decidir quién se quedaba, ¡no!, fue como automático, ¡la mamá!. **[Mujer, 30-59 años de edad, con una hija con discapacidad Intelectual moderada-severa de 22 años,]***

Pues por mi marido, porque siempre él fue el que me dijo que pues que él trabajaba y que yo me dedicara a los niños[...] pues era la única posible

porque no teníamos quien nos ayudara a cuidar a los niños y no teníamos la posibilidad de pagar a alguien. [Mujer, rango de edad 30-59 años con tres hijos entre 2 y 16 años]

En todos los casos, otros familiares participan en el cuidado, ayudando al cuidador(a), sin embargo, se describe que estos apoyos se brindan en acciones concretas o tareas muy puntuales y en momentos del día muy específicos, por ejemplo, cuando el esposo llega de trabajar por la noche o cuando tiene un día de descanso, revelando que se trata de ayudas que no disminuyen significativamente la carga de actividades de cuidado demandadas.

Para la opción de contratación de servicios de cuidados, ya sea de forma particular o institucional, existen algunos obstáculos que se presentan con cierta frecuencia, en el primer caso la falta de solvencia económica es la razón principal; respecto al segundo, se presenta cierta resistencia hacia las guarderías, pues consideran que los niños se encuentran mejor cuidados con su madre, eliminando la viabilidad de este tipo de organizaciones por causa del imaginario de inseguridad que tienen de ellas. Contraria a esta última percepción, en el caso de cuidadoras de personas con discapacidad, hay una evidente necesidad y deseo de apoyo de tipo institucional, truncados por distintas limitaciones como lo son el costo, la distancia, conflictos de movilidad para trasladarse al lugar o incluso requisitos que no alcanzan a cumplir, por ejemplo, el límite de edad, el coeficiente intelectual, y cierto grado de independencia.

Respecto al tipo de apoyo que más se ha solicitado, coinciden en señalar los servicios de salud en general o de apoyo en necesidades específicas de atención, ya sea en el área de educación o de rehabilitación (si nos referimos a personas con alguna discapacidad), como los más necesarios y valorados. El sistema DIF es identificado como un apoyo básico útil para la población con discapacidad, al igual que los Centros de Atención Múltiple (CAM), sin embargo, en la medida que aumenta la edad, las opciones de espacios que atienden las necesidades de educación y atención se reducen significativamente. Las madres cuidadoras de niños sin discapacidad sólo han acudido para solicitar atención psicológica en situaciones de índole emocional en sus hijos.

El gobierno tiene lo que se llama los CAM (Centros de Atención Múltiple) que es donde les dan la capacitación a los chicos, sin embargo, ellos los atienden hasta los 18 años aproximadamente y sí les dan unos talleres de capacitación laboral. También existen los talleres protegidos que están en Colomos donde es específicamente capacitación laboral. No es muy amplia la gama de oportunidades que tienen ellos en ese sentido. De manera privada también existen algunos lugares donde se trabaja eso y asociaciones civiles como nosotros que también trabajan las cuestiones de capacitación laboral. Existen diferentes opciones, sin embargo, no son muy amplias, no es mucha la gama de opciones [FAEE]

En cuanto a la calidad sería muy aventurado decir si es buena o es mala o regular. Conocemos varias instituciones, sabemos que los atienden adecuadamente, sin embargo, no sabría decir. En cuanto al número de espacios son insuficientes, sobre todo a partir de los 18 años en adelante. Existen más centros que atienden a los chiquitos, estimulación temprana, primaria, secundaria y a nivel público es aún más la gama de posibilidades que ellos tienen, pero hasta la edad de 18 años, ya jóvenes y adultos son pocos los espacios que hay. Y a nivel de discapacidad entre mayor edad, el nivel de discapacidad, o sea, si tienen una discapacidad severa es más difícil que encuentren un espacio donde sean atendidos. [FAEE]

III. Perfil sociodemográfico de las personas a las que se cuida de forma regular

Aunque el número máximo de personas que reciben cuidados por cada cuidador(a) puede ser menor en esta población que en la remunerada, es más común que den cuidado a más de una. Además, por su propia relación de parentesco en el caso de los no remunerados, las personas a quienes cuidan demandan la atención al mismo tiempo de forma paralela (por ejemplo, los hijos), situación que no ocurre para la población de cuidadores(as) remunerados(as) comúnmente.

Los perfiles de quienes reciben los cuidados en los casos no remunerados pueden enmarcarse en menores y adultos mayores, por tanto, son personas que estudian, están jubilados(as), o que se dedican al hogar. En el caso de quienes son mayores de edad pero que tienen alguna discapacidad, su ocupación suele tener que ver

más con seguir asistiendo a recibir algún tipo de atención terapéutica ya sea uno o varios días a la semana.

La presencia de enfermedades es más común en la población adulta mayor, aunque también pueden estar presentes en los menores. Para el primer caso se trata de padecimientos crónicos-degenerativos asociados principalmente a la edad avanzada; mientras que, en los menores, la enfermedad o discapacidad más frecuente es de tipo congénita, ya que se presentan desde el nacimiento. En algunos casos han requerido de diversas cirugías y hospitalización.

IV. Descripción de tareas de cuidado

A diferencia de los casos de cuidadoras(es) remuneradas(os) que cuentan con turnos y tareas bien establecidos, las cuidadoras no remuneradas tienen en común que sus rutinas de cuidado están mezcladas constantemente con otras actividades asociadas a las tareas domésticas o personales. Las cuidadoras que además trabajan desde su casa, difícilmente encuentran espacio y tiempo para concentrarse en sus propias actividades por lo que suelen dejarlas para después de que sus hijos se vayan a la cama. Las tareas visibles de cuidado no terminan sino cuando, quienes son cuidados, se van a dormir.

En este contexto, se considera la clasificación de Garfias (2021) para analizar las tareas de cuidados dentro de tres categorías: cuidados directos, cuidados indirectos, y gestión mental y emocional. De tal manera que las tareas de cuidado que describieron las(os) cuidadoras(es) quedarían categorizadas de la siguiente forma: en cuidados directos, se encuentran principalmente actividades como alimentar, bañar o ayudar con tareas escolares; en los cuidados indirectos está el lavado de ropa, la preparación de alimentos, realizar compras y asear los espacios que se requieren para poder llevar a cabo los cuidados de tipo directo; y por último, en la gestión mental y emocional, se hizo referencia a actividades de organización, planeación, tener presente la agenda de citas y horarios, etcétera.

Los fines de semana, en algunos casos, existe variación en las tareas, ya que es común combinar las actividades cotidianas con salidas al supermercado, eventos familiares y sociales, o actividades recreativas. Sin embargo, en algunos casos donde la persona que recibe los cuidados tiene condiciones particulares en el área

de la salud o alguna discapacidad que requiere atención o de cuidados intensivos, los fines de semana se llevan a cabo las mismas actividades que se realizan entre lunes y viernes, optando por quedarse en casa, pues las limitaciones económicas y de movilidad reducen la posibilidad de un cambio de dinámica. Otro factor que determina estas rutinas, es la presencia de algunas condiciones específicas como en el caso del autismo o la discapacidad intelectual, donde se tiene que seguir una rutina rigurosa para mantener la estabilidad mental y emocional, y con ello evitar estados de crisis. Cabe destacar que las cuidadoras que se encuentran en estas circunstancias son también quienes han tenido un mayor impacto en su salud mental, con padecimientos graves como lo son los cuadros de depresión.

Entre las tareas de cuidado que son consideradas más difíciles se encuentran: la realización de tareas escolares y la educación emocional en el caso de los niños, la administración de medicamentos en el caso de los adultos mayores, y la necesidad de atención constante y focalizada en el caso de personas con discapacidad, sobre todo cuando requieren de supervisión y apoyo en todo momento. La actividad que generalmente demanda más tiempo suele ser la preparación de alimentos; las que requieren más recursos son la compra de medicamentos y las citas al médico (particularmente cuando es necesario acudir con algún especialista de forma recurrente como lo es en el caso de personas con discapacidad y/o alguna enfermedad).

Lo más complicado es darle su medicamento porque ella de su dictamen no se toma nada y nomás es bien lista, nada más está viendo "¿qué me vas a dar?", "¿qué voy a comer?" y todo... [...] cuando mi mamá está muy alterada, yo dejo todo y tengo que estar con ella al pendiente, tengo que dedicarme a ella. Cuando yo la tengo, tengo que estar más con ella que en mi trabajo, hasta que ya la veo más controlada entonces yo ya le sigo a mi trabajo. [Mujer, rango de edad 30-59 años que cuida a su mamá de 88 años diagnosticada con esquizofrenia]

V. El impacto de la pandemia por COVID-19 en los cuidados

Las principales modificaciones que han tenido un impacto significativo en la dinámica de las(os) cuidadoras(es) por la actual crisis sanitaria de COVID-19, pueden resumirse, primeramente, en el cambio e implementación de hábitos de

salud e higiene; y en segundo lugar, en las alteraciones de sus horarios y rutinas diarias, donde incluso se han visto obligadas a dejar de lado actividades que solían hacer ya sea dentro de las tareas cotidianas del hogar o incluso de actividades de esparcimiento, para poder dar espacio a las nuevas necesidades derivadas de la pandemia.

Yo siento que cuando estaban en la escuela mi casa estaba mucho más limpia, muchísimo más recogida y ahorita me es imposible[...] Los horarios, porque yo estaba muy acostumbrada a realizar la comida, el quehacer, y todo, mientras ellos estaban en la escuela, o aventajar mis cosas, cosa que ahorita no puedo realizar. [Mujer, rango de edad 30-59 años con dos hijos de 4 y 10 años]

En cuanto al tiempo dedicado a las tareas diarias de cuidado, se pudo notar que quienes cuidan adultos mayores no tuvieron aumentos significativos de tiempo en sus labores, más allá de incrementar sus hábitos de higiene; mientras tanto, quienes son cuidadoras de niños en edad escolar, tuvieron un incremento de hasta cinco horas diarias debido a la educación en casa, pues ahora deben encargarse también de supervisar la toma virtual de clases, que estén atentos, la realización de sus trabajos y tareas (en las que además tienen que apoyar explicando los temas, ya que no se ven a profundidad debido al breve tiempo de conexión), y toma de fotos para subir actividades y reportes a las plataformas que se implementaron, las cuales también han tenido la necesidad de aprender a utilizar.

En consecuencia, las(os) cuidadoras(es) enfrentan nuevos retos de índole muy variada, pero que están relacionados también con las necesidades específicas de las personas a las que cuidan. Cabe señalar que más allá de los retos de índole técnico como el aprender a usar una plataforma nueva o el ajuste a las nuevas normas y recomendaciones de las autoridades, se expresó también que han tenido una afectación de las relaciones parentales debido a la falta de actividades recreativas y al tiempo sin descanso que han pasado reunidos en sus hogares durante algunos periodos de confinamiento pues la convivencia permanente y la falta de esparcimiento, aumentó los niveles de estrés entre los integrantes del hogar.

Todas las descripciones que compartieron las cuidadoras acerca de su estado anímico durante la crisis sanitaria de Covid-19, pertenecen al espectro negativo. Las más ligeras comienzan por aburrimiento, el enfado y la intranquilidad, seguido del estrés y la ansiedad, hasta llegar incluso, en algunos casos, a fuertes depresiones.

Agotada, un poco ansiosa, con mucho estrés y pues en realidad ni siquiera me puedo dar el lujo de estresarme o de agobiarme porque los recibos y los pagos no dejan de llegar y no me van a esperar [...]. Yo siento que incrementó todo esto por lo del cuidado de mis hijos porque ha sido muy cansado y me ha absorbido la mayor parte del día y la mayor parte del tiempo y eso ha hecho que mi rendimiento personal haya bajado mucho. [...]. Emocional sí, al iniciar la pandemia, como en junio sí me llegó como una crisis de ansiedad muy, muy fea, creo que fue en depresión porque caí con una psicóloga de que no podía más, luego me contagié y fue mucho estrés y tuve que acudir a especialistas por lo mismo de que todo me estaba pasando. [...] Me empezó a dar mucha ansiedad, ya ni sabía qué hacer, antes de la pandemia hacía mucho ejercicio de hecho pues iba con un chico que daba clases de baile, de zumba y eso y pues dejó de dar y empecé a subir mucho de peso y a comer mucho por ansiedad. [...] A raíz del contagio de Covid, me quedaron secuelas como la falta de aire, no puedo caminar cuerdas muy largas o cargar cosas pesadas porque me agito mucho. [Mujer, rango de edad 18-29 años con una hija de 3 años y un hijo de 8, expresa cómo se ha sentido durante la crisis sanitaria de Covid-19]

VI. Redes de apoyo y consecuencias de las responsabilidades del cuidado.

Las redes de apoyo de las madres cuidadoras suele venir por parte de su madre o padre quienes les ofrecen ayudarles cuando lo requieran, sin embargo, sus respuestas coinciden en que sienten cierta incomodidad o culpa al pedir apoyo, ya que algunas consideran que son sólo la madre y el padre y no los abuelos u otro familiar, quienes deben llevar la responsabilidad del cuidado de los hijos. Como consecuencia de esta creencia procuran solicitar el apoyo menos posible. Esto se agudiza cuando existe una discapacidad pues, al reconocer que se tratan de

cuidados con mayor complejidad, encuentran inviable el pedir apoyo, ya sea porque no sienten la confianza de que otra persona pueda manejar las situaciones que pudieran llegar a presentarse, o porque lo ven como una carga que no deben transferir a otra persona.

Dentro de los casos entrevistados, las cuidadoras de personas adultas mayores fueron todas hijas de quien recibe los cuidados. Esta población refiere tener grandes dificultades para que sus hermanos varones se interesen o participen en el cuidado de su madre, presentando conflictos incluso cuando se trata sólo de apoyo económico o en tareas muy concretas, pues comentan que no las realizan o las realizan de "mala gana".

A la luz de esta situación, es posible matizar la afirmación realizada en la primera sección, donde se mencionó que contar con algún parentesco concebido socialmente como íntimo e indisoluble (Madre-hija(o), por ejemplo), resulta el factor que prima sobre la elección o designación del cuidador. Habría que agregar que existe además distinción de acuerdo al sexo de los involucrados en esta relación, siendo las mujeres a quienes se suele asociar con las tareas del cuidado. Esto demuestra que este tema se encuentra atravesado y condicionado por cuestiones de género.

Sí, mis papás me apoyan bastante y mi hermano también, pero a la vez a veces siento, no sé, como que es mi responsabilidad, no sé, no me gusta que me apoyen tanto o cargarles la mano con el cuidado de él, que ellos me dicen: " no cuando tú necesites aquí estamos, para eso estamos" [...] mis otros hermanos hacen comentarios que son incómodos a veces para mí, de que ellos cuidan todo el tiempo a mi hijo, y es incómodo. [Mujer, rango de edad 18-29, madre soltera trabajadora con un hijo de 8 años]

El único que me ayuda un poco es mi marido, pero llega tarde por su trabajo, no es tanto. Mi familia también me ha dicho que los días que necesite me pueden ayudar, pero la mayoría trabaja también [...] me dan el apoyo, pero yo sé bien que no pueden. [...] cuando yo no puedo moverme sola con los dos niños a veces le hablo a una prima, a veces a una hermana y me ayudan a llevarlo. [...] los quito de hacer sus cosas a

ellos. [Mujer, 30-59 años de edad, con un hijo con discapacidad visual y autismo]

Al indagar acerca de los proyectos personales se pudieron notar diferentes respuestas: por un lado, quienes actualmente atraviesan por una fuerte depresión les causó dificultad visualizarse en circunstancias diferentes a las que han estado viviendo, por otra parte, las cuidadoras más jóvenes expresaron principalmente estar deseosas de tener un seguimiento o crecimiento en su preparación académica y desarrollo profesional, o incluso realizar actividades recreativas, de esparcimiento y sociales, que les brinden bienestar.

Los principales problemas de salud que padecen las cuidadoras como consecuencia de la propia dinámica en que se desenvuelven son: constante estrés por la carga de trabajo; angustia derivada de la preocupación por la salud y el bienestar de las personas que tienen a su cargo; depresión ocasionada por un panorama de pocas alternativas para cambiar sus circunstancias actuales; cansancio físico, migraña, pérdida de apetito y deterioro de la salud por enfermedades que ya venían padeciendo y que han empeorado por no seguir las recomendaciones médicas (por ejemplo, cuando se recomienda reposo y tranquilidad, pero no pueden efectuarlo porque no cuentan con el apoyo suficiente).

Relacionado al contexto y dinámica determinada de cada situación que enfrentan las cuidadoras, las relaciones familiares sí han tenido una afectación significativa. En algunos casos la causa es el estrés y la sobrecarga de tareas en una sola persona, ya sea tratándose del cuidado de niños y niñas, discapacidad o incluso personas adultas mayores, pues al ser más de un hijo(a) consideran que lo más justo sería una participación equilibrada. En el caso concreto de familias con un miembro con cualquier tipo de discapacidad, las relaciones familiares se tensan porque este se convierte en la prioridad o el centro de la atención, lo que es causa de malestar o inseguridad en los hermanos(as) o que incluso entre la misma pareja llegan a existir roces o reproches.

Hubo un tiempo en el que yo tenía depresión. Tenía como que el síndrome del cuidador, estaba cansada, ¡muy cansada!, ¡muy irritada!, creo que me alteraba muy fácilmente con los niños, con los dos. Con la niña obviamente porque era la que tenía que estarle poniendo mucha

atención, ahorita ya no tanto porque ya está grande, pero en su tiempo era darle terapia de lenguaje, ayudarle con las tareas que dejaban en el CAM y estar toda la mañana con ella en el CAM, y después del CAM era como 100% estar con ella todo el tiempo, me centraba tanto en ella, que avanzara y todo, que sí me llegó a afectar mucho el estado emocional, ahora sí que tenía como depresión. [Mujer, 30-59 años de edad, con una hija con discapacidad Intelectual moderada-grave de 22 años, expresa sobre las consecuencias que ha tenido en su salud a causa de sus labores como cuidadora]

Lo que veo yo es el cansancio y el estrés que ellos tienen por la conducta disruptiva, porque los niños sí demandan mucha atención. Sí es mucho este estrés que demanda el estar al pendiente[...] yo creo que es mucho cansancio, es el cambio en la rutina, el cambio en el aspecto de lo social, que dejan de salir por los problemas de la conducta de los niños, que dejan de frecuentar amigos, dejan de hacer su vida normal. La pareja también se conflictúa mucho por esos problemas del cansancio y porque por lo regular se carga más el trabajo a la mamá, la mamá por lo regular se queda con los hijos en la casa, hay muchos roces, enfrentamientos de la pareja por lo mismo. [Psicoterapeuta infantil que trabaja con padres de niños con discapacidad]

Aun cuando las tareas de las(os) cuidadoras(es) conllevan un ejercicio que puede resultar agobiante, ninguna(o) titubeó cuando reflexionaron acerca de las satisfacciones que tienen por su labor como cuidador(a). Estas satisfacciones pueden resumirse en: la alegría de ver bien a quienes tienen a su cuidado, reconociendo su labor como un pilar para ello; la certeza de que son quienes pueden brindarles las mejores atenciones porque conocen sus necesidades específicas, y, por último, el cariño y agradecimiento que les demuestran quienes reciben los cuidados. Queda claro que más allá de un trabajo, es una labor que tiene una atmósfera repleta de afectos, sobre todo cuando la persona que se cuida tiene un vínculo familiar tan estrecho.

Pues que los disfruto el 100% a los dos, no los he dejado de cuidar yo presencialmente, porque nunca los va a cuidar otra persona como los

cuida su mamá y ha sido una aventura difícil pero es muy satisfactoria, yo creo que no lo cambiaría por nada. [Mujer, rango de edad 18-29 con una hija de tres años y un hijo de siete años con TDAH y TEA]

Cuando se habló de la satisfacción personal, las(os) cuidadoras(es) refirieron sentirse regularmente no muy satisfechas(os) o insatisfechas(os). Señalaron como principales causas el haber postergado o abandonado sus metas personales, el contraste del plan de vida que se habían formado y el que actualmente están viviendo, y la falta de realización laboral y profesional que les hubiese gustado tener. Así, sus metas para el futuro están muy relacionadas con ese espacio de insatisfacción. Lo que principalmente les gustaría hacer es concluir sus estudios, tener un empleo de tiempo completo o desenvolverse profesionalmente en el área de su interés. Esto está más acentuado en madres jóvenes o quienes cuentan con una carrera trunca.

Yo creo que a lo mejor un 80% porque yo siento que me faltó realizarme en lo laboral, terminar mi carrera, haber hecho un poquito más de cosas. [Mujer, rango de edad 30-59 años con un hijo de 4 años y una hija de 10 años, carrera trunca en diseño de interiores]

Pues me siento satisfecha, pero quiero lograr más cosas porque muchas veces mis cosas personales se han visto afectadas porque las he dejado de lado por cuidar a mis hijos, pero yo sé que ellos van a crecer y voy a poder hacerlas, tengo la esperanza todavía. Me gustaría viajar, disfrutar a mi pareja, ir de vacaciones con ellos, que a veces uno no puede por la economía [...] me gustaría un día trabajar con mi familia, porque la mayoría es enfermera y me gustaría estar ahí algún día [Mujer, rango de edad 18-29 con una hija de tres años y un hijo de siete años con TDAH y TEA, carrera trunca en pedagogía y deseo de estudiar enfermería]

VII. Certificación como cuidador(a).

La mayoría de las personas cuidadoras muestran entusiasmo y disposición por conocer diversos temas y recibir capacitación que les ayude en sus actividades diarias. Los tópicos más frecuentemente mencionados fueron el área de inteligencia emocional, temas como asertividad, manejo emocional de poblaciones específicas como niños y tercera edad, e incluso la adecuada intervención y manejo en berrinches o crisis.

Gran parte de los casos refieren que una remuneración entre 1,500 y 2,000 pesos semanales sería suficiente para cubrir los gastos que sus actividades implican. Sin embargo, en aquellos casos donde la persona que recibe los cuidados padece una enfermedad, el monto se puede elevar significativamente debido al gasto en medicamentos y la atención de especialistas.

Hay constancia en señalar que el apoyo más útil sería de tipo económico seguido por el de especie, sin embargo, también se considera de suma importancia otros apoyos como el incremento de espacios que atiendan a población con discapacidad o becas para que puedan asistir a un espacio que se adapte a sus necesidades tanto en atenciones como en infraestructura, más guarderías que brinden cuidados de calidad, pero también que acepten un rango de edad más alto y que cuenten con horarios extendidos para que se adhieran a las necesidades de las(os) cuidadoras(es) que desean realizar un proyecto personal, terminar sus estudios o tener un empleo de tiempo completo. Estos apoyos serían un beneficio para quien requiere cuidados, pero también para quien los provee, para que tenga la posibilidad de realizar su proyecto personal de vida.

*Más que apoyo económico, sería más centros gratuitos para la atención a los niños porque pues no hay, sale muy costoso estarlos llevando por fuera o muy difícil, por ejemplo, los que entran al teletón, hay lista de espera, no cualquiera entra. También hay que ver los traslados, ya sería como apoyo al transporte y más centros de atención [...] porque como hay muy pocos están muy distanciados, es más difícil trasladarlos a ellos por lo mismo de sus limitaciones. **[Mujer rango de edad 30-59 con una hija con discapacidad intelectual de 22 años de edad]***

*Pues sería genial que hubiera un apoyo a mamás que tenemos al cuidado niños especiales y mamás jóvenes que quieren terminar estudios y emprender un negocio, yo creo que eso me describiría al 100% y estaría muy bien recibir esa ayuda. [...] Me podría beneficiar una beca de estudios, un monto económico para yo poder solventar los gastos de mis hijos, sin embargo, también estaría bien una beca para Dilan, para las escuelas para niños de mamás que tienen a cuidado a sus hijos las 24 horas [...] De hecho tuve que meterlo a particular porque en la pública no me lo aceptaron. **[Mujer, rango de edad 18-29 con una hija de tres años y un hijo de siete años con TDAH y TEA]***

Personas cuidadoras remuneradas

I. Características personales de la persona cuidadora principal

En el caso de las y los cuidadoras(es) remunerados sus edades suelen ser menores con respecto a aquellas personas que no reciben remuneración, pues se trata de personas que realizan sus labores desde una dimensión profesional, por ello, es menos común que exista parentesco entre ellos y la persona que recibe los cuidados. En consecuencia, el nivel de escolaridad también es distinto, siendo más común encontrar personas con estudios superiores.

Además de las tareas de cuidado, las otras ocupaciones de las y los cuidadores presentan mayor diversidad en comparación con la población no remunerada. Aquellos quienes no tienen un vínculo familiar con la persona que recibe los cuidados manifiestan un desarrollo profesional más complejo, principalmente en el área de la salud (enfermería) y en el área de la educación (pedagogía, puericultura, psicología), así además de sus empleos como cuidadoras(es), cuentan con otras fuentes de ingresos como la docencia y la psicoterapia, mientras que quienes sí son familia presentan ocupaciones complementarias similares a las de la población no remunerada: informales, flexibles y más precarias (arreglos de costura, trabajadora doméstica de fines de semana).

En contraste con los puntos anteriores, la situación de prestaciones laborales es casi idéntica a la de la población no remunerada, quienes cuentan con seguridad social es por parte de su esposo, y solo en un caso la fuente de dichas prestaciones es su empleo.

Respecto al horario en que prestan sus servicios, actualmente se ha visto impactado con motivo de la pandemia, aumentando significativamente tanto por el incremento en la demanda de los servicios de salud, como por la escuela en línea. Sin embargo, sí cuentan con horarios definidos con claridad en mayor medida en comparación con la población no remunerada, ya que pueden ofrecer sus servicios por turnos o incluso cobrar por horas trabajadas.

II. Contexto del trabajo como cuidador(a)

En comparación, la antigüedad de los cuidadores remunerados es menor que la de los no remunerados. Quienes superan los cinco años acumulados de brindar cuidados (7 años un caso, 14 años el otro), son los(as) cuidadores remunerados que sí tienen una relación de parentesco con quien recibe los cuidados. Quienes no cuentan con dicho vínculo refieren antigüedades que rondan los 3 o 4 años de forma más común.

La mayoría de esta población acude al hogar de la persona que recibe los cuidados para realizar su actividad, mientras que la otra mitad lo hacen desde su propia casa. Nuevamente el parentesco aparece como un diferenciador clave que define esta situación, pues aquellas que sí lo tienen, son quienes reciben en su hogar a la persona que cuidan.

Casi todos los procesos de contratación se realizaron a través de redes de recomendación profesionales o personales. La excepción surge en las cuidadoras que tienen algún vínculo familiar, como lo son las abuelas, debido a que se ofrecieron directamente a cuidar a sus nietos.

De entre las(os) cuidadoras(es) remuneradas(os), se tiene en común que no cuentan regularmente con contrato, quienes cuentan con uno es de tiempo indefinido o por lapsos cortos de un mes. Esta situación pone de manifiesto que para este tipo de actividades no es usual que la relación laboral se formalice, pues los acuerdos se realizan principalmente de palabra a menos que se trabaje por medio de una agencia que se encargue de la mediación entre las partes o de una institución que sí cuente con lo establecido por la ley.

Congruente con el punto anterior, la mayoría no cuenta con prestaciones laborales, incluso quien sí tiene contrato refiere no contar con ellas, quien sí cuenta con prestaciones pueden venir por parte de otra fuente o porque labora como cuidador(a) en una institución. Esta situación configura la actividad de cuidador(a) como una ocupación que se encuentra en la informalidad y está precarizada y que tiene su raíz en que, incluso las agencias o instituciones que ofrecen estos servicios, no se encuentran formalmente constituidas o reguladas.

Al tratarse principalmente de contactos por recomendación, los(as) cuidadores(as) refieren que no se les solicitaron mayores requisitos para su contratación, aunque sí se mencionan algunos casos donde existen requerimientos específicos cuando la persona que recibirá los cuidados y su situación, así lo demanden, por ejemplo, si es un hombre, se suelen buscar hombres cuidadores para que puedan manejar su peso con mayor facilidad, si es un bebé se prefiere que sea una enfermera con experiencia, si es un niño con necesidades educativas especiales se prefiere una psicóloga o una pedagoga, etc.

Quienes laboran en alguna organización que atiende en el área de la salud refieren que otros especialistas y auxiliares intervienen en el cuidado de la persona de acuerdo con su propia área de especialidad. Mientras que aquellos que laboran con familiares mencionan ayudas ocasionales por parte de algún otro integrante de la familia, pero, al igual que en el caso de las(os) cuidadores(as) no remunerados(as), el apoyo es en acciones muy concretas y poco significativas con respecto al trabajo general que implica ser cuidador(a).

El rango de los montos de remuneración es muy amplio, pero es posible distinguir que los más bajos pertenecen a aquellos(as) cuidadores(as) que tienen un vínculo de parentesco con quien cuidan, para quienes monto de pago tiene un carácter más bien simbólico, por ejemplo, una abuela que cuida a su nieta de 8:00 am a 7:30 pm de lunes a viernes, recibe 700 pesos semanales, cabe señalar que ella ofrece desayuno, comida y cena todos los días a su nieta; caso similar el de otra abuela que cuida a tres de sus nietos para que la madre de estos pueda trabajar, en este caso su remuneración no es precisamente económica pues su hija se hace más bien cargo de algunos pagos como internet, teléfono y TV por cable, además, mensualmente le surte la despensa y ocasionalmente le da algún monto económico cuando recibe aguinaldo o alguna otra prestación (*no especificó cuánto, menciona que es de acuerdo a las posibilidades de su hija*).

Aquellas personas que no tienen un vínculo cercano o familiar perciben un poco más. El esquema de pago, cuando lo acuerdan de forma directa, suele ser semanal si se trata de una actividad fija, o diario en los trabajos de tipo eventual. Cuando trabajan por medio de una agencia esta les paga por semana en función de lo que laboraron. El monto promedio por día va de los \$200 a los \$650, este monto suele

estar relacionado, nuevamente, con las variables fijo o eventual, pero también por el tipo de profesionalización o especialización, por ejemplo, una niñera con título de licenciatura y que domine el idioma inglés, o un(a) enfermero(a) que se encuentre titulado(a), son mejor remunerados(as). Aun así, todos coinciden en señalar que los sueldos son muy bajos y que no se reconoce o valora la complejidad y cantidad de actividades que realizan como cuidadores(as).

Cuando estaba en la agencia era por semana y cuando las agarraba y hacia el trato directamente con los familiares era por día, Yo cobraba mínimo \$500 por día y siempre regatean, se les hace caro, piensan que un enfermero solo sirve para inyectar y la verdad es que no. Los sueldos son muy bajos, tal vez suenen fácil las actividades, pero al final del día termina uno muy cansado y aparte, se va a escuchar muy mal, pero tienes que aguantar el humor del paciente porque a veces los pacientes están enojados con la vida, con Dios por la enfermedad que tienen y recalcan con uno. Igual los familiares, son muy especiales y sin que tu tengas alguna intención de hacer algo te andan cuidando las manos, ¡uno va a trabajar no a robar! Entonces sí, uno tiene que aguantar este tipo de cosas para la miseria que quieren pagar y los mismos compañeros han contribuido a que quieran pagar eso porque a veces uno tiene la necesidad y lo he visto que publican que "una guardia de 12 horas la pagamos en \$300" y eso es una burla y se pelean por ganársela y como ven que hay mucha demanda la gente sigue pagando igual. [Hombre rango de edad 18-29 años licenciatura en enfermería, expresa a cerca de los sueldos]

III. Perfil sociodemográfico de las personas a las que cuida de forma regular

El caso más común es que el/la cuidadora tenga a su cuidado a una persona a la vez, sin embargo, hay quienes realizan actividades en instituciones y en este caso pueden estar a cargo de un grupo de adultos mayores, por ejemplo, o en el caso de las niñeras pueden atender a más de un niño al mismo tiempo en el caso de hermanos(as).

Los perfiles de quienes reciben los cuidados en los casos no remunerados son principalmente menores de edad y adultos mayores, por tanto, son personas que estudian, están jubilados(as), o que se dedican al hogar. En el caso de quienes son

mayores de edad pero que tienen alguna discapacidad, su ocupación suele tener que ver más con seguir asistiendo a recibir algún tipo de atención terapéutica ya sea uno o varios días a la semana.

La presencia de discapacidad se encuentra principalmente en las personas adultas que requieren cuidado y en algunos adultos mayores, y en la mayoría de los casos se trata de problemas de movilidad descritas como parálisis y hemiplejias; sólo hubo una mención a la demencia (Parkinson).

Así mismo, la presencia de enfermedades se encuentra en los adultos y adultos mayores, tratándose principalmente de padecimientos crónicos degenerativos, que se relaciona con la discapacidad (en los casos donde la hay) y agudizan la necesidad de cuidados en mayor medida.

IV. Descripción de tareas de cuidado

Para explicar estas tareas, se recurre nuevamente a Garfias (2021), quien realiza una clasificación correspondiente a los tipos de cuidados que una persona puede requerir. Según esta clasificación existen cuidados simples o cotidianos que todas las personas necesitan y que un adulto en condiciones regulares de salud pueden auto proporcionarlos a su persona, sin embargo, hay otros dos tipos de cuidados que son de los que mayoritariamente se encargan los(as) cuidadores(as) remunerados(as) entrevistados(as) y que resaltan en sus rutinas de cuidados; primeramente los cuidados intensos y extensos propios de la infancia, la vejez, enfermedad, recuperación o convalecencia, carga que se suma a la del apoyo en tareas cotidianas (traer mandado, alimentar, asear a la persona) y en la dimensión escolar en los casos donde la persona receptora estudia; los cuidados de tipo especializados o a largo plazo, donde se encuentran tareas que requieren capacitación o conocimiento, por ejemplo, la curación de heridas, monitoreo, seguimiento e intervención de tipo médico como dializar o manejar una sonda, ejercicios de fisioterapia, traslados de personas que perdieron movilidad, etc.

La mayor parte de esta población refiere que los fines de semana son más relajados, ya sea porque no trabajan o porque disminuye considerablemente el tiempo en que se requieren sus servicios, aun así, en función de las particularidades

del caso que atienden, para algunas(os) cuidadores no hay mucha diferencia al comparar los días de entre semana con los fines de semana.

Las actividades que representan mayor dificultad para las y los cuidadores son específicas de cada población: para las personas con problemas de movilidad, el baño se vuelve complicado pues implica diversas acciones delicadas que deben coordinarse para evitar riesgos (cambiarlos, cargarlos al baño, tener cuidado de no resbalar, asearlos, regresarlos a su habitación, vestirlos).

*El baño, porque por ejemplo el último paciente que tuve tenía hemiplejía y no movía la parte derecha del cuerpo y media 1.90, me sacaba 10 cm y pesaba alrededor de 100 k. Entonces ahí si me tocaba a mí solo bañarlo, moverlo y trasladarlo de su cuarto al baño, era muy difícil. Otra, las curaciones, llegue a tener una paciente que tuvo un absceso, no era difícil hacer la curación era difícil la reacción del paciente. El baño demanda más tiempo. (Actividades que requiere capacitación) Las terapias, un fisioterapeuta está capacitado para eso, pero como ellos van 1 hora al día entonces uno como enfermero se tiene que hacer cargo el resto del día en hacerles terapia entonces nos capacitaban en cómo teníamos que hacerlo para no lastimar al paciente o no hacerle un daño más grave del que ya tenía. **[Enfermero, rango de edad 18-29 años, expresa sobre actividades de cuidado más difíciles]***

En cuanto a los menores, la necesidad de apoyo en cuestión escolar puede volverse algo muy complicado, pues además de la demanda de tiempo, son necesarios conocimientos técnicos y pedagógicos con los que no siempre se cuentan, a esta dificultad puede sumarse otra complicación si existe alguna necesidad educativa especial.

A diferencia de los casos sin remuneración, en esta población sí se suele contar con un vehículo propio para trasladar a sus diferentes necesidades a quien es cuidado, esto suele ser por parte de sus familiares a cargo, por ejemplo, los(as) hijos(as) de adultos mayores o la madre o el padre de niños (as). Contrario a lo anterior, los cuidadores(as) se trasladan a los lugares donde realizan los cuidados principalmente por medio del transporte público u ocasionalmente por medio de Uber, haciéndolo por excepción cuando se les ha hecho tarde.

Los tiempos de traslado son muy variables, yendo desde los diez minutos hasta las cinco horas al día, sin embargo, los mismos(as) cuidadores(as) mencionan que es difícil especificar un tiempo promedio pues este depende del domicilio de la persona a la que cuidarán, ya que como se mencionó anteriormente, tienen más de una persona a la que asisten a cuidar y muchas veces no es de forma fija por lo que existen constantes variaciones entre los lugares a los que se van a dirigir.

V. El impacto de la pandemia por COVID-19 en los cuidados

Los cambios más significativos que se han llevado a cabo durante la pandemia son el cuidado minucioso de la higiene y las precauciones sanitarias correspondientes. Estas medidas cobran énfasis principalmente en aquellos cuidadores que no tienen parentesco con la persona que recibe los cuidados, pues su traslado y llegada a casa agudiza estas necesidades.

Por su parte, quienes sí tienen un vínculo de parentesco, mencionan que el principal cambio ante la pandemia fue el aumento en los tiempos demandados por la persona que recibe los cuidados, pues al detenerse o modificarse las actividades cotidianas ahora pasa más tiempo a cargo.

En algunos casos la carga laboral ha disminuido debido a la suspensión de actividades en centros laborales, por lo tanto, se menciona que la misma ha sido un poco menor o en otros casos reajustada (por ejemplo, más horas diarias, pero menos días, para evitar movilidad), en algunos casos sí se ha mantenido igual y es el caso de quienes asisten a un hogar a realizar los cuidados. Únicamente en un caso donde quien recibe los cuidados es una menor, se menciona que el trabajo aumentó debido a la escuela en línea, pues ahora se requiere monitoreo y asesoría durante el horario de clases.

En cuestión de ingresos estos se han mantenido igual en algunos de los(as) cuidadores(as), pero tomando en cuenta que en otros casos sus fuentes de ingresos son más de una, sí hubo afectaciones y estos ingresos disminuyeron debido a que, por ejemplo, el lugar donde se trabajaba cerró o los servicios que ofrecían se dejaron de solicitar. A su vez, algunos mencionaron que, aunque sus

ingresos no disminuyeron, los precios en general aumentaron y ahora les rinde menos su recurso.

*Cuando empezó la pandemia, bye todas las casas, nadie salió, pero ya en este ciclo escolar ya comencé a tener casas fijas para ser sobre todo ese apoyo en la escuela en particular [...]. De varias casas fijas que tenía antes me quedé sólo con una durante un periodo y de las eventuales, ¡nadie!, fue eso a raíz que comenzó en marzo, y ya ahora sí en agosto, septiembre que comenzaron otro ciclo escolar pues sí, ya las familias pues buscaron quién les apoyara. [...] ya ahorita ya tengo más casas fijas que eventuales, pero sí disminuyó [el trabajo] un 95% cuando comenzó la pandemia [...]. Más que nada como esa frustración en cuestión de las niñeras de que no encuentran trabajo porque la mayoría se quedó sin trabajo, incluso yo también, bueno yo me salí porque era super negligencia, pero de todas formas me iban a bajar el sueldo a mí en el kinder. **[Mujer rango de edad 18-29 años quien tiene una agencia de niñeras, expresa sobre la situación de su empresa durante la crisis sanitaria Covid-19]***

Los niveles de estrés, preocupación e incluso depresión, aumentaron por causa de la pandemia, en aquellos casos donde hay niños al cuidado, por ejemplo, al no poder salir de casa, la inquietud natural de los menores y su falta de gasto de energía hace que se generen más roces y aumente la tensión en las relaciones; quien se encarga de atender adultos mayores sienten un gran temor de llegar a contagiar a quien cuidan.

*Muy ansiosa, sé que estoy a cargo de una población muy vulnerable, entonces me da mucho miedo de que a mí me pase algo y sin saberlo les lleve algo, o que los contagie, entonces siento mucha responsabilidad y de la mano de eso va mi angustia, mi ansiedad. **[Mujer rango de edad 18-29 expresa cómo se ha sentido durante la crisis sanitaria Covid-19, empleada en una casa de descanso para adultos mayores]***

VI. Certificación como cuidador(a).

En contraste con la población no remunerada, los(as) cuidadores(as) remunerados tienen opiniones más diversas respecto a las certificaciones. Sin embargo, tienen en común que, o no han recibido una capacitación, o quienes la recibieron ha sido en temas muy específicos y muy focalizados en ciertas actividades del cuidador (enfermería, cuidado de heridas). Hace falta, desde la concepción del cuidado hasta la implementación, pensar en las capacitaciones en temas de cuidados y sus implicaciones en las diversas dimensiones que se incluyen.

Quienes laboran en el ámbito institucional tienen mayor capacitación debido a que se les brindan estos beneficios por medio de su lugar de trabajo o bien, porque son requisitos que se les piden dentro del mismo. Esto no es algo que suceda en el ámbito de lo informal, donde en muchas ocasiones se contrató a alguien tomando en consideración el nivel de confianza que se le tiene más que su preparación o la eficiencia que pueda llegar a tener en actividades o áreas de cuidado.

*Cursos de primeros auxilios básicos, conocer qué hacer en ciertas situaciones de alguna caída, algún atragantamiento o que algún paro respiratorio, eso sería lo primero. lo segundo creo que necesitan conocer sobre la movilización del adulto mayor, cómo manipular una silla de ruedas, si el adulto mayor no está en silla de ruedas y deambula, pues cómo puedo apoyarle yo para que se apoye sobre mí y yo ser una buena palanca, a veces necesitan agarrarse de la pared o agarrarse de alguien más, [...] moverlos, esa es otra de las cosas que ellos necesitan saber [...] conocer sobre los fármacos, saber qué enfermedades tiene y para qué es cada pastilla[...], conozcan un poquito sobre el tratamiento de sus pacientes. por último, sería algo de concientización sobre lo que es el adulto mayor, de esta forma podemos conectarnos a un nivel más personal. **[Neuropsicóloga rango de edad 18-29 que labora en una casa de descanso para adultos mayores, expresa acerca de las necesidades de capacitación en personas que se dedican a los cuidados]***

Contexto de los cuidados externos a través de organizaciones de la sociedad civil, agencias o instituciones privadas

Adicionalmente a las entrevistas realizadas a personas cuidadoras remuneradas y no remuneradas, se decidió incluir una aproximación a las experiencias de cuidados desde arreglos institucionalizados, ya sea a través de organizaciones de la sociedad civil o el mercado para lo cual se añadieron algunas entrevistas con personas que dirigen las instituciones o colaboran en ellas.

En el ámbito de los cuidados infantiles se tuvo la participación de una agencia de niñeras. De esta entrevista se extraen diferentes datos, primeramente, el perfil de quienes requieren sus servicios, quienes suelen ser familias de nivel socioeconómico medio-alto a alto. La agencia se encarga del cuidado de bebés desde cero meses hasta niños de 12 años o más, según lo requiera la familia, pero lo más común es la asistencia para niños en edad preescolar, estos cuidados comúnmente se llevan a cabo en el hogar de la familia que los contrata, pero si así lo solicita la familia, también pueden llevarse a cabo en un evento social, una plaza comercial o incluso en un viaje fuera de la ciudad. Relacionado con lo anterior, las tarifas se establecen en función del tipo de contrato y en todos los casos se cobra por hora. Si se requiere de una niñera que trabaje de forma fija, la tarifa que se cobra es más baja, si se trata de un horario nocturno la tarifa incrementa. Actualmente la agencia emplea alrededor de 12 niñeras, todas cuentan con un contrato de tiempo indefinido y se les paga entre \$52 y \$60 por hora, según su desempeño y tipo de evento, pero también por su preparación profesional.

La mayoría de las niñeras usan el transporte público por lo que se busca que los domicilios a los que asistan, sean lo más cercano posible a sus hogares, excepcionalmente algunas cuentan con auto. Los requisitos que se les piden es que sean mayores de edad, tengan disponibilidad de tiempo, gusto por los(as) niños(as) y una carrera técnica o licenciatura en enfermería, puericultura, pedagogía, psicología o afín. La edad más frecuente que solicita este empleo va de los 20 a los 25 años.

Las tareas de cuidados que desempeñan las niñeras están bien delimitadas en un contrato que firman las familias, y son únicamente cuidados de tipo directo. La administradora de la agencia se encarga de monitorear semana a semana tanto a niñeras como a las familias para verificar que ambas partes se encuentren cómodas.

Por último, por medio de la agencia se les brinda capacitación gratuita en temas de primeros auxilios, estimulación temprana y actividades lúdicas, por especialistas en el área, pero se mencionó que un tema que para ellas resulta difícil de manejar en los(as) niños(as) es el emocional y conductual, pues al ser ellas personas externas a la familia, puede incomodar o crear tensión que alguien más intervenga en la disciplina de los hijos(as), refieren que es una de sus mayores dificultades, incluso habiendo ocasiones que las niñeras han sido insultadas y golpeadas por los infantes y no siempre hay apertura de la madre o el padre para llegar a acuerdos en estos temas.

Otra de las entrevistas, se realizó con la directora y una profesora de la Fundación de Apoyo para la Educación Especial, A.C. fundada desde el año 1997, la cual se dedica a atender niñas(os), jóvenes y personas adultas con discapacidad intelectual o multidiscapacidad (actualmente están inscritas personas desde 7 hasta 40 años de edad), esta atención se brinda principalmente por medio de talleres que promueven el desarrollo de sus capacidades y habilidades, incluyendo un espacio de inserción laboral⁴ dentro de un espacio seguro que atiende necesidades específicas provenientes de las distintas discapacidades. Esta institución cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 am a 1:30 pm con opción a extenderse hasta las 5:00 pm. Su personal se encuentra conformado por profesionales de diferentes áreas como psicología, educación especial y pedagogía para el área de educación; reposteros, maestra de baile regional y maestra de karate, para los talleres; y adicionalmente asisten voluntarios que no reciben remuneración. En este sentido, los cuidados se llevan a cabo en tiempo compartido y con tareas específicas desde el área profesional de cada una de las clases y talleres, el monto de retribución para el personal es de forma quincenal, el pago en promedio es de 180 pesos por hora y varía la cantidad de horas en relación a los

⁴ Proyecto Damor a través de un taller de repostería bajo condiciones controladas que permitan un lugar seguro para las y los alumnos que están inscritos en la Fundación.

talleres que imparten, ya que algunos no asisten todos los días. Por tanto, la fuente de ingresos de este personal proviene también de otros empleos complementarios y, al menos por medio de la fundación, no cuentan con prestaciones ni seguridad social, siendo la única prestación que sí reciben, el aguinaldo.

Referente al nivel socioeconómico de la población que es beneficiaria de los servicios que ofrece esta institución suele ser de bajo a medio, o medio-alto, ya que es accesible en términos económicos (2,500 pesos mensuales) y además cuentan con posibilidades de becas, dicha posibilidad surge a partir de una iniciativa para emplear a los asistentes y obtener recursos que permitan que la fundación pueda ofrecer más becas, haciendo que se posicione como una opción viable en general.

A través de su experiencia como fundación han logrado identificar las principales dificultades por las que atraviesan los familiares de sus alumnos, en estas principalmente se encuentran: el transporte, pues aunque sea transporte público (y es el caso de la mayoría), es necesario que se le acompañe y luego se le recoja en la institución, incrementando con ello la cantidad de pasajes que necesitan pagar (por lo menos seis pasajes, dos para llegar a la asociación, uno de regreso a casa de la persona cuidadora, otro para ir a recoger a la persona con discapacidad inscrita en la asociación y dos pasajes de vuelta a casa), lo que ocasiona que a veces falten a sus sesiones por escasez de recursos para la transportación; la dificultad económica, por las mismas necesidades de atención que requiere una persona con discapacidad, muchas veces un miembro de la familia se dedica exclusivamente al cuidado y se pierde una potencial fuente de ingresos para hogar; la necesidad de orientación, esta área es importante tanto para quien requiere el cuidado como para su cuidador(a) (90% son mujeres), los temas que consideran más necesarios son la educación sexual, el manejo de crisis en sus hijos(as) y la atención a la crisis de la madre y el padre que puede surgir a partir de tener un hijo(a) con discapacidad; la médica, cuando existe una discapacidad que puede venir acompañada de complicaciones físicas que suelen requerir de capacitación para poder atender las demandas de las mismas.

El tercer caso dentro del contexto institucional fue el de un asilo. La población que recibe los cuidados se conforma mayoritariamente por personas pensionadas o que cuentan con familiares que se hacen cargo de los gastos. En ambos casos es notorio que la población cuenta con solvencia económica y, aunque el asilo ofrece apoyos (descuentos) a quienes no cuentan con la liquidez suficiente, estos serían casos excepcionales. Quienes cuentan con familiares, ocasionalmente salen a eventos o paseos con los mismos, aunque siempre regresan a dormir a la casa de descanso. Por elección de la familia, algunos de los internos cuentan adicionalmente con cuidadores(as) externos que son contratados para asegurarse de que su familiar cuente con la atención necesaria, ya que el asilo sólo ofrece dos enfermeros(as) por turno para un total de 20 personas adultas mayores. Además de los(as) enfermeros(as) también se cuenta con otros especialistas, como fisioterapeutas, médico general, y una neuropsicóloga que se encarga de dar talleres que eviten el deterioro cognitivo del adulto mayor. En cuanto a capacitaciones estas se le solicita al personal que las tomen externamente.

Los turnos de los(as) cuidadores(as) son de entre 8 y 10 horas al día. Los espacios del asilo están diseñados de tal modo que facilitan y fomentan la independencia para el traslado seguro de los adultos mayores, y al mismo tiempo para que faciliten a los cuidadores(as) la movilización, ya sea mediante sillas de ruedas o con apoyo corporal. La casa consiste en un solo piso, cuenta con rampas poco inclinadas en lugar de escalones y hay pasamanos colocados en los lugares donde se consideran necesarios. Un área de oportunidad que se expuso, es la capacitación del personal en el trato humanizado, pues además de atender las necesidades físicas, existen otras que incluso pueden estimular al adulto mayor para ejercitar su mente, por ejemplo, conversar. No se obtuvieron datos referentes a los ingresos, sin embargo, sí se sabe que los únicos que cuentan con una planta son los(as) enfermeros(as) y el resto del personal no cuenta con prestaciones, incluso es el caso de los especialistas que asisten con regularidad, por lo que al igual que ocurre en otros casos, cuentan con más de una fuente de ingresos ya sea ofreciendo sus servicios de forma privada o por medio de otras instituciones.

En los tres casos antes referidos, que atienden a cada una de las poblaciones que requieren cuidados, puede advertirse que no se cuentan con prestaciones de seguridad social y laboral por parte de quienes participan en las tareas del cuidado.

Otra similitud que tienen es el hecho de que, en los tres casos, los(as) cuidadores(as) tienen más de una fuente de ingresos lo cual deja claro que los ingresos que reciben por su profesión, no son suficientes. En referencia a quienes reciben los cuidados puede notarse que en el caso del asilo y de la agencia de niñeras, el servicio lo solicitan con mayor regularidad personas con mayor solvencia económica, mientras que en el caso de la fundación que atiende a población con discapacidad intelectual, su experiencia es distinta y sensibilizada en torno a la problemática económica de la población que atienden, buscaron empoderarse a través de su proyecto de elaboración y venta de galletas, el cual ha sido abordado tanto por el personal, como por los(as) chicos(as) que asisten y sus familiares, quienes de forma conjunta han hecho posible el proyecto y han conseguido fondos para que más personas puedan recibir una beca para asistir. Para finalizar, cabe destacar que en los tres casos destacaron la necesidad de estar capacitadas(os), como algo fundamental, además de ello, tienen interés y preocupación por ofrecer un servicio que cumplan con cuidar la integridad física, emocional y mental, preocupación que no se evidenció de la misma forma por quienes ofrecen cuidados de forma particular, lo cual lleva a pensar que cuando se trabaja con un equipo, es más posible de lograr.

Movilidad de cuidado

Adicionalmente al trabajo de campo, en este apartado se hace una reflexión en torno a la movilidad de cuidado a partir de la revisión de la literatura. La movilidad del cuidado es entendida como los desplazamientos diarios que efectúan las personas para realizar las labores de cuidado. Estas incluyen, normalmente, actividades no remuneradas que los adultos llevan a cabo para niños y otras personas dependientes como personas enfermas y personas adultas mayores (Sánchez-de Madariaga, I. y Zucchini, 2020).

La movilidad de cuidado incluye todos los viajes realizados para llevar a cabo las tareas cotidianas del cuidado: acompañar a los menores a la escuela, a actividades extraescolares o a practicar deporte; hacer la compra; hacer recados en oficinas públicas y privadas; visitar o acompañar personas familiares enfermas y ancianas.

Estos traslados implican viajar a lugares específicos de la ciudad, a horas específicas del día; utilizar sistemas de transporte disponibles con diferentes condiciones de precio, ergonomía y seguridad; combinar y compatibilizar actividades con el empleo remunerado. Estos viajes pueden generar limitaciones en las vidas de las personas; obligarlas a trabajar a tiempo parcial; disponer poco tiempo libre personal; tener que renunciar completamente a trabajar en un empleo remunerado (Sánchez-de Madariaga, I. y Zucchini, 2020).

La movilidad de cuidado es un tema relevante para la agenda pública por varias razones. Una de ellas es que los programas de atención están dirigidos a las personas que reciben los cuidados y no a quienes los ofrecen o realizan. Para cuidadoras y cuidadores, los desplazamientos diarios representan un gasto que afecta su economía familiar y que puede disminuir su capacidad adquisitiva. Por otro lado, el tiempo dedicado a las labores de cuidado se relaciona con la limitación de oportunidades para acceder a mejores condiciones de trabajo remunerado y a precarizar sus condiciones de vida.

Otro aspecto para considerar es la interdependencia entre las personas que reciben los cuidados y las personas cuidadoras. Los desplazamientos y las estrategias de movilidad generan los vínculos entre sujetos que se apoyan para realizar y organizar sus actividades diarias. Es decir, se complementan para recibir y prestar un servicio clave para la salud y el bienestar de las personas que reciben los cuidados y que puede estar basado en las relaciones afectivas o en un contrato (Jirón, 2017). Aún cuando los cuidados se lleven dentro del hogar y los traslados no sean largos, e independientemente de que éstos impliquen una remuneración o no, debe considerarse que hay necesidades de desplazamientos para atender actividades especiales relacionadas con los cuidados, como las citas médicas y las sesiones de terapias físicas o psicológicas. Estos desplazamientos representan una inversión de tiempo y dinero para cuidadoras y cuidadores.

Al mismo tiempo, hay que tomar en cuenta que los programas sociales vinculados con la movilidad y el transporte público en Jalisco, como Mi pasaje, están dirigidos a una población objetivo que excluye a las personas cuidadoras. Las modalidades de apoyo consisten en subsidiar el 50% y el 100% de los pasajes del transporte

público. Actualmente, la población objetivo de este programa se compone de: estudiantes, personas mayores, personas con discapacidad, niñas y niños de 5 a 12 años de edad, maestras y maestros, y mujeres jefas de familia entre los 25 y 65 años de edad que vivan en zonas de alto grado de marginación del Área Metropolitana de Guadalajara y que tengan un ingreso menor a los 5,700 pesos mensuales (<https://programamipasaje.jalisco.gob.mx/>). No obstante que el programa incluye a algunas mujeres jefas de familia, quienes realizan labores de cuidado que normalmente no son remuneradas, no toma en cuenta a otros tipos de cuidadoras y cuidadores.

No considerar a cuidadoras y cuidadores es negar su derecho a la movilidad, a ser incluidas e incluidos en las oportunidades que la ciudad ofrece. Es decir, cuidadoras y cuidadores deben acceder a lugares y servicios a un costo, tiempo, distancia y facilidad razonables. Los sistemas de transporte en la metrópoli representan un factor clave para que sean integrados a las dinámicas urbanas, accedan al trabajo y se desplacen a sus hogares, se acerquen a hospitales y servicios de salud, usen y se apropien el espacio público. En cierto sentido, esto significa que cuidadoras y cuidadores ejerzan su derecho a la ciudad, tomando en cuenta sus atributos y los de las personas que cuidan, en relación con el territorio donde se desplazan diariamente. (Social Exclusion Unit, 2003; Miralles-Guasch y Cebollada i Frontera, 2003). En el contexto actual del AMG el transporte público no cumple con las características de accesibilidad universal que brinde un servicio adecuado a las necesidades de las personas adultas mayores y personas con discapacidad. Esto ha generado que algunas personas cuidadoras principales opten por servicios de transporte privado. Por todo lo anterior el tema de la movilidad de cuidado debe visibilizarse para tomarse en cuenta junto con otros factores propios de la labor de las personas cuidadoras.

Formulación del problema público:

A partir de los resultados del diagnóstico que considera el problema público alrededor de las necesidades y provisiones del cuidado (demanda y oferta de los servicios), es posible advertir la importancia de reconocer la heterogeneidad de los arreglos familiares para el cuidado, las **presiones y consecuencias que recaen en gran parte de las personas cuidadoras principales, que en su mayoría son mujeres en cuanto a las limitaciones para acceder a fuentes de ingresos propios, al sistema de protección social y espacios de bienestar personal que se ven afectados por el cansancio, estrés y hasta depresión por la alta carga horaria dedicada al trabajo de cuidados.**

Recomendaciones

El análisis de la información recolectada a través del diagnóstico apunta a la necesidad de diseños de intervenciones públicas diferenciadas de acuerdo a los perfiles de personas receptoras de cuidado (niñas, niños y adolescentes de 0 a 15 años, personas adultas mayores y personas adultas mayores) que presentan condiciones distintas para el cuidado y que repercuten en las experiencias y demandas que afectan de manera diversa a las personas cuidadoras principales, mayoritariamente mujeres.

Ante este panorama, en Jalisco es improrrogable comenzar a implementar las medidas, acciones, programas y estrategias que permitan configurar la generación de una política pública de cuidados con identidad propia y que, aunque seguramente encontrará correspondencia con otras políticas de carácter social, económico e incluso laboral, no se confunda y reduzca a políticas de combate a la pobreza y/o de corte meramente asistencial. El punto de partida es el reconocimiento y la garantía del derecho que toda persona en situación de dependencia tiene a recibir cuidados en forma sostenible y en condiciones de igualdad, y que éstos sean de calidad.

Para ello, es indispensable que las personas cuidadoras sean capacitadas como cuidadoras formales y empleadas en trabajos remunerados que les permitan generar los ingresos propios para su sostenimiento, con el reconocimiento de sus derechos humanos y la provisión de los recursos necesarios (disposición de tiempo personal y prestaciones sociales) que tendrían que serles asegurados por desempeñar estas actividades.

La clave está en cambiar el paradigma de la valoración socialmente construida que apela al reconocimiento moral y emocional de estas tareas de cuidado realizadas en su mayoría por mujeres, por la exigibilidad del derecho a dar y recibir cuidados y su consecuente valoración económica, teniendo el cuidado de no restringirlo a una simple prestación de servicios (públicos, privados o mixtos) que ponen el énfasis en la calidad, ya que como derecho deberá ser operacionalizado en la esfera que como derecho le corresponde, al igual que otros derechos como los económicos, al trabajo, a la educación, a la salud, una vida libre de violencia, confiriéndole a las personas la titularidad de derechos y garantías.

En ese sentido, continuar conociendo y determinando las necesidades y características específicas de cuidado en el AMG es un primer paso para visibilizar a las personas cuidadoras y considerarlas también como una población objetivo, buscando la redistribución de los trabajos de cuidado entre mujeres y hombres, tanto en el espacio privado como público, y teniendo como principio transversal la igualdad de género.

En correspondencia con lo anterior, será necesario estimular los mecanismos para la formación de personal profesional en las tareas de cuidado en la entidad, y de políticas de reconversión que permitan nivelar a aquellos(as) que tengan las más bajas calificaciones o escaso nivel de instrucción. En la medida en la que se atiendan estos aspectos será posible colocar en la agenda el tema de la regularización de sus condiciones de trabajo (descanso, vacaciones, salario digno, seguro de desempleo, prestaciones sociales, promoción laboral, pensión, entre otros), y alcanzar los arreglos institucionales entre las personas cuidadoras y sus empleadores (as) que contribuyan a la construcción de sociedades más justas e igualitarias.

El relevamiento de datos en cuanto a la capacitación y certificación dio cuenta del interés por abarcar una formación integral que incluya desde las nociones del cuidado, sus dimensiones hasta temas muy específicos relacionados con primeros auxilios, autocuidado y acompañamiento emocional y psicológico, atención de necesidades de salud en condiciones especiales, administración y uso de medicamentos, y la movilización del adulto mayor para evitar lastimar o lesionarse durante el proceso.

Asimismo, es importante incluir la dimensión cultural como parte de la planeación de intervenciones dirigidas a resolver el problema público del cuidado con el fin de reconocer y abordar los obstáculos provenientes de los mandatos de género y, para ello, se requiere trabajar no sólo en la esfera de promoción de instituciones de cuidado, sino también generar campañas de comunicación para transformar creencias y prácticas culturales que atrapan a las mujeres en roles de cuidadoras principales.

Siguiendo esto, también es indispensable que las guarderías puedan contar con espacios confiables para la tranquilidad de las familias, que proporcione horarios eficientes de acuerdo a las necesidades de madres y padres que trabajan o estudian y que se ubiquen estratégicamente cerca de sus hogares para evitar conflictos con el traslado a estos espacios

Para las personas con discapacidad existe una urgencia de que se abran más espacios de atención, en estos espacios se debe atender a las necesidades específicas y particulares de cada situación para no excluir a quienes cuentan con mayores complicaciones derivadas de su discapacidad. Aunado a esto es de suma importancia que se proporcione o resuelva el tema del transporte para que puedan acudir a recibir atención quien así lo requiera. La infraestructura de nuevos espacios debe ser adecuada y estratégica, pensada para facilitar las tareas de cuidados.

Con el propósito de llevar a cabo una etapa de pilotaje que permita afinar el diseño de intervenciones, se presenta una propuesta de espacios territoriales. La geolocalización de AGEBS dentro del territorio que comprende el área metropolitana de Guadalajara con mayor concentración de población receptora de cuidados en sus cruces con otras variables como estratificación social para

identificar áreas con mayores carencias sociales, es lo que se tomó en consideración para establecer como prioritarias para emprender fases de pilotaje para capacitación y certificación remunerada para personas cuidadoras, transferencias económicas no condicionadas y la habilitación de centros públicos o comunitarios de cuidado que permitan la liberación de tiempo para el desarrollo de proyectos personales que pueden considerar el acceso a fuentes de ingreso a través de una inserción laboral formal y su incorporación al sistema de protección laboral y prestaciones laborales, incluyendo fondos para el retiro que reduzcan la probabilidad de situaciones de pobreza y privación en la vejez.

Como se señaló en el apartado de análisis de la demanda, la población infantil, menor a los 15 años de edad representa cerca del 26% de la población total del conjunto metropolitano, mientras que las personas con alguna discapacidad ocupan poco más del 4% de la población total y la población adulta mayor cerca del 8%.

Por otra parte, la distribución geográfica de la oferta de servicios disponibles para la atención y el cuidado de estos grupos de población es desigual en los nueve municipios metropolitanos. De esta manera, tenemos municipios como Guadalajara y Zapopan que agrupan la mayor oferta de estos servicios e Ixtlahuacán de los Membrillos, El Salto, Juanacatlán y Zapotlanejo en donde estos son escasos y en ocasiones inexistentes.

Así pues, oferta y demanda se entrelazan en una compleja organización espacial que integra, a su vez, la cuestión socioeconómica de la población metropolitana y cuyas implicaciones son de gran relevancia para conocer, por ejemplo, bajo qué circunstancias las personas cuidadoras llevan a cabo su trabajo o bien, en qué circunstancias vive la población susceptible de cuidados.

Para profundizar en este aspecto se recoge la propuesta de Jaramillo y Saucedo (2016: 79), quienes plantean un análisis espacial del fenómeno de la segregación urbana y la desigualdad en la ciudad de Guadalajara. De acuerdo con su propuesta, en la metrópoli la segregación socioeconómica parece ser una de las más consolidadas del territorio nacional, al respecto señalan que:

"[...] la segregación urbana en Guadalajara revela una serie de anclajes y representaciones simbólicas de la territorialidad que van más allá de lo material, retroalimentándose y reproduciéndose con la desigualdad material, es decir, las desigualdades materiales y simbólicas en Guadalajara van de la mano."

Para aproximarnos a la comprensión de la desigualdad por las que atraviesan los distintos sectores de la población y específicamente la población receptora de cuidados en la metrópoli, se emplea el abordaje realizado por Jaramillo (2021), para lo cual recoge el marco conceptual y metodológico empleado en Jaramillo y Saucedo (2016: 88), haciendo un tratamiento de cinco variables del censo nacional de población y vivienda 2020 del INEGI para la construcción del índice resumen de estratificación social.

Cuadro 21. Puntuaciones del índice de Estratificación Social propuesto por Jaramillo (2021)⁵.

Clase	Código	Puntaje del índice de Estratificación Social
Muy bajo	1	De 1.5 a 7.6
Bajo	2	De 0.6 a 1.5
Medio bajo	3	De -0.2 a 0.6
Medio	4	De -1.5 a -0.2
Medio alto/alto	5	De -6.1 a -1.5

Este índice integra las variables de grado de escolaridad, población sin derechohabencia, población derechohabiente con seguridad social, hogares con jefatura femenina, ocupantes por cuarto y viviendas con internet. De esta manera es posible medir aspectos como el rezago educativo, acceso a servicios de salud, características de la vivienda y acceso a servicios básicos, así como, sexo de la persona que aporta el mayor ingreso al hogar (ídem).

⁵ Recuperado de:
https://rpubs.com/rojo_neon/estrat_ageb_amg_2020?fbclid=IwAR1ho_5bgqFMpmUxSGjzZhl5XLC-j-v1v5O8upH_s0iaOU3cHP3ATdoVJoo

Las variables sugeridas anteriormente son intrínsecas y guardan cierta relación con el llamado índice de rezago social del CONEVAL de 2015, sin embargo, son indicadores diferentes y refieren a momentos en el tiempo distintos. Es por ello, y por las razones planteadas anteriormente que se considera el índice de estratificación social una variable importante en la selección de las AGEBs de interés.

La metodología empleada por Jaramillo (2021) estima cinco estratos de acuerdo con el rango de puntuación que se observa en el cuadro quince de este documento. Estratos con puntajes muy bajo y bajo presentan niveles de capital económico y cultural más bajos, así como mayor precariedad laboral, de seguridad social, y suelen vincularse con los ámbitos periurbano y rural (Jaramillo et al., 2016). Por su parte, puntuaciones correspondientes al estrato medio bajo mantienen una proximidad con los estratos muy bajo y bajo, particularmente en el componente del ingreso familiar. Mientras que AGEBs con puntuaciones por debajo del -0.2 constituyen estratos representados por población con condiciones más favorables, tales como mayor nivel de instrucción escolar, mayor acceso a servicios básicos y seguridad social, cabe señalar que estos suelen estar asociados al ámbito urbano (idem).

El cruce de estas tres variables de referencia, a saber, distribución de la población receptora de cuidados, densidad de la oferta de servicios de cuidado y los resultados del índice de estratificación social sugerido con anterioridad, permiten caracterizar algunas áreas geoestadísticas básicas urbanas (AGEB) seleccionadas para emprender fases de pilotaje.

A su vez, al conocer la densidad de servicios de cuidado en la metrópoli es posible detectar lugares donde sea posible la habilitación de centros públicos o comunitarios de cuidado que permitan, por un lado, la liberación de tiempo para el desarrollo de proyectos personales de las y los cuidadoras(es), y por otro, su incorporación al sistema de protección laboral que contribuyan a reducir la probabilidad de situaciones de pobreza y la privación en la vejez.

a) POBLACIÓN INFANTIL

Para la selección de la AGEB de interés referida a la población de 14 años de edad o menos, se parte de la premisa de que se trata de una porción del territorio metropolitano que comprende un número reducido de manzanas con alta concentración de población infantil, baja densidad de servicios disponibles para su atención, así como un índice de estratificación social bajo y muy bajo (ver cuadro 23).

Cuadro 22. Rango de población infantil por AGEB y clase. Elaboración con base en censo nacional de población y vivienda de 2020 del INEGI.

Estrato	Código	Rango de población infantil por AGEB Urbana
Bajo	1	De 1 a 300 hab.
Medio bajo	2	De 301 a 900 hab.
Medio	3	De 901 a 1,800 hab.
Medio alto/alto	4	1,801 o más hab.

Cuadro 23. Densidad de servicios de cuidado para la población infantil por cada 25 kilómetros cuadrados. Elaboración con base en directorio estadístico nacional de unidades económicas (DENUE) de 2020 del INEGI.

Estrato	Código	Densidad de servicios de cuidado para la población infantil por cada 25 km²
Bajo	1	De 0 a 0.50
Medio bajo	2	De 0.51 a 3.00
Medio	3	De 3.01 a 5.00
Medio alto/alto	4	Más de 5.01

Esta AGEB tiene un tamaño poblacional de 7 mil 85 habitantes, de los cuales 36% de la población tienen edades de 14 años o menos, cuenta con una densidad de servicios baja (0.28) y un índice de estratificación social bajo de 1.225. Además, integra la colonia Fraccionamiento Prados de La Cañada y San Francisco de la Soledad, ambas pertenecientes al municipio de Tonalá y está constituido por un conjunto de 54 manzanas urbanas (ver Mapa 12).

Mapa 12. Croquis de AGEB de interés con clave 2317 del municipio de Tonalá.



c) POBLACIÓN CON ALGUNA DISCAPACIDAD

De igual manera, para la selección de la AGEB de interés referida a la población con alguna discapacidad, se parte de la premisa de que se trata de una porción del territorio metropolitano que comprende un número reducido de manzanas con alta concentración de población con alguna discapacidad, baja densidad de servicios disponibles para su atención, así como un índice de estratificación social bajo y muy bajo (ver cuadro 24).

Cuadro 24. Rango de población discapacitada por AGEB y clase. Elaboración con base en censo nacional de población y vivienda de 2020 del INEGI.

Estrato	Código	Rango de población discapacitada por AGEB Urbana
Bajo	1	De 1 a 100 habs.
Medio bajo	2	De 101 a 250 habs.
Medio	3	De 251 a 350 habs.
Medio alto/alto	4	351 o más habs.

Cuadro 25. Densidad de servicios de cuidado para la población discapacitada por cada 25 kilómetros cuadrados. Elaboración con base en directorio estadístico nacional de unidades económicas (DENUE) de 2020 del INEGI.

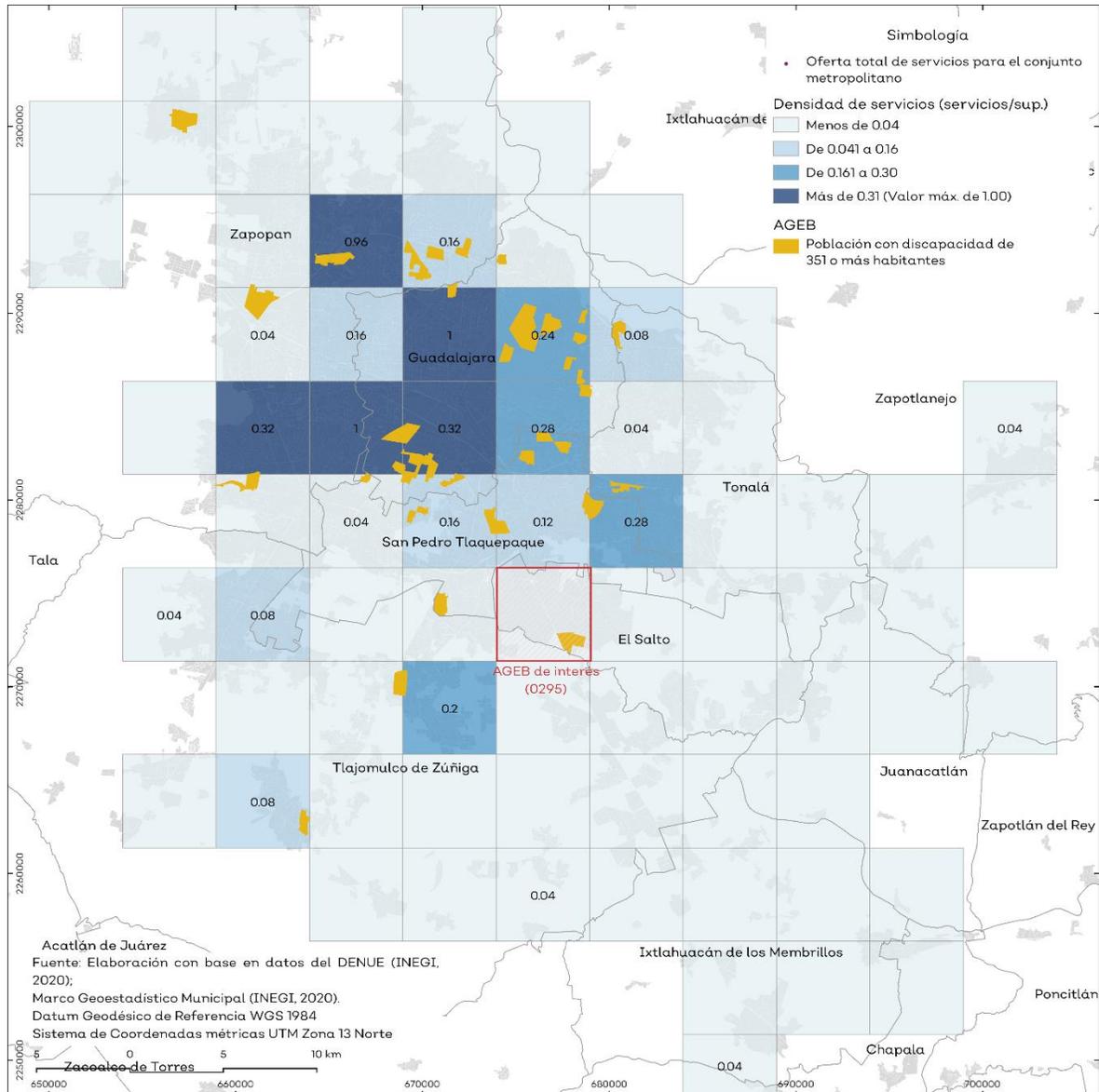
Estrato	Código	Densidad de servicios de cuidado para población discapacitada por cada 25 km ²
Bajo	1	De 0 a 0.04
Medio bajo	2	De 0.041 a 0.16
Medio	3	De 0.161 a 0.30
Medio alto/alto	4	Más de 0.31

También, al sureste del área metropolitana de Guadalajara, en el municipio de El Salto, y próximo a la frontera con Tlajomulco de Zúñiga se observa la AGEB 0295,

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

misma que presenta un índice de estratificación social muy bajo del 1.989 (ver Mapa 13).

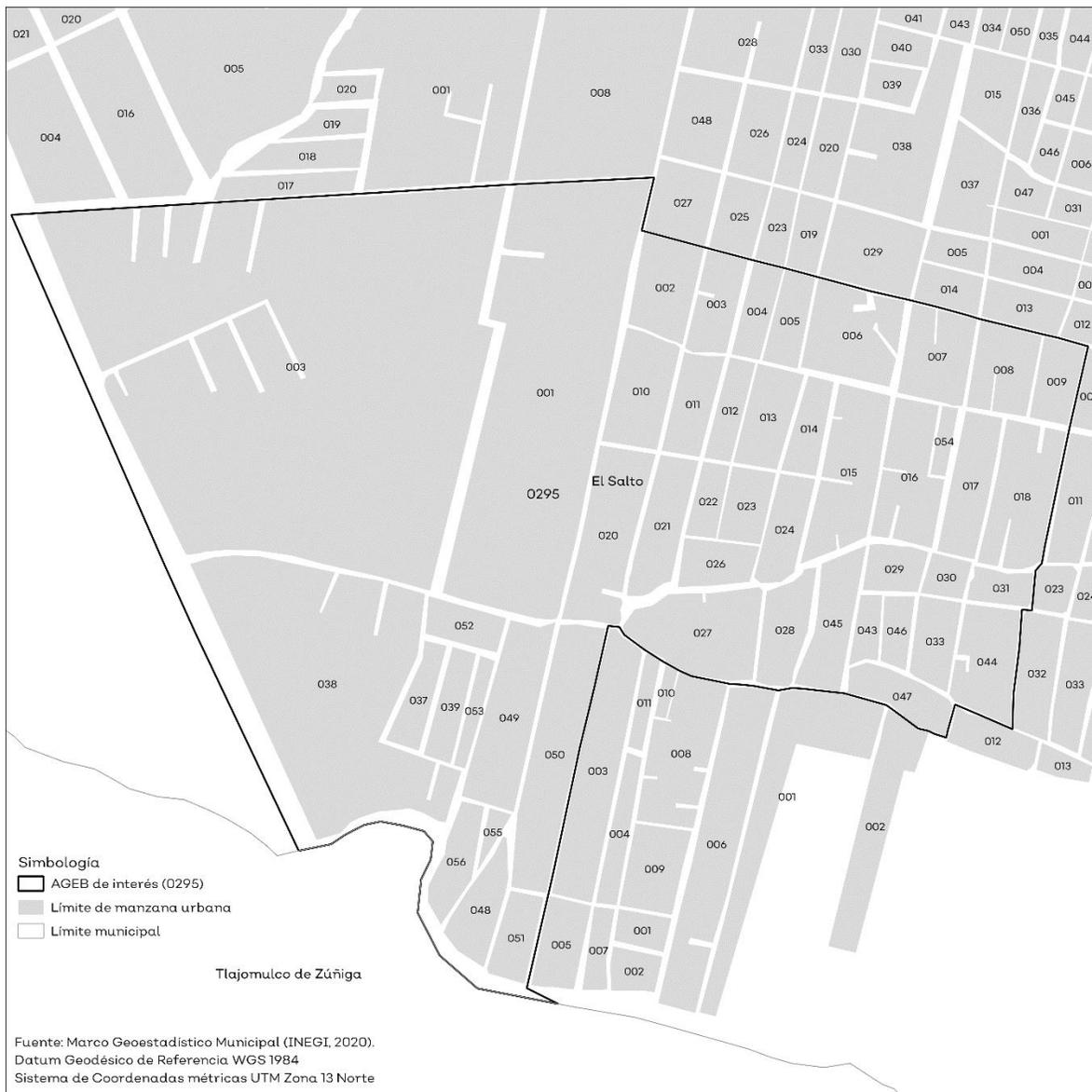
Mapa 13. Representación del cruce de las variables sobre la densidad de la oferta y la demanda potencial de cuidados para la población discapacitada.



Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Esta AGEB tiene un tamaño población de 4 mil 98 habitantes de los cuales 9 de cada 100 son personas con alguna discapacidad. Aunado a esto, en 25 kilómetros cuadrados no hay disponibilidad de servicios donde esta población pueda realizar actividades de rehabilitación y terapia, o bien centros de educación especial (ver Mapa 14).

Mapa 14 Croquis de AGEB de interés con clave 0295 del municipio de El Salto.



Así mismo, es importante mencionar que esta AGEB forma parte de la colonia San José El Quince, colinda con las colonias de Las Pintas y San José El Verde y cuenta con un total de 48 manzanas urbanas dentro de su delimitación.

b) POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Finalmente, en el caso de la población adulta mayor se plantean dos escenarios. Por una parte, se considera un AGEB perteneciente al ámbito urbano debido a que la ciudad concentra el problema del cuidado y por tanto, se acentúan las necesidades de contar con espacios de cuidado y atención para esta población.

Por otra parte, dado que un sector importante de la población adulta mayor habita lugares periurbanos, rural-urbanos y rurales que complementan la demanda de servicios de cuidado en la metrópoli y prestan una baja densidad de servicios de cuidado, se considera además, que contar con las experiencias en este ámbito territorial es de gran relevancia.

En ambos casos el planteamiento sugerido es que se trata de una porción del territorio metropolitano con características diferenciadas (urbano y rural-urbano) que comprende un número reducido de manzanas con una concentración de población adulta mayor medio alto/alto en el primer caso y medio en el caso de la AGEB rural-urbana, baja densidad de servicios disponibles para su atención en ambos casos, así como un índice de estratificación social que va de bajo a muy bajo (ver cuadro 15).

Cuadro 26. Rango de población adulta mayor por AGEB y clase. Elaboración con base en censo nacional de población y vivienda de 2020 del INEGI.

Estrato	Código	Rango de población adulta mayor por AGEB Urbana
Bajo	1	De 1 a 150 hab.
Medio bajo	2	De 151 a 350 hab.
Medio	3	De 351 a 650 hab.
Medio alto/alto	4	651 o más hab.

Cuadro 27. Densidad de servicios de cuidado para la población adulta mayor por cada 25 kilómetros cuadrados. Elaboración con base en directorio estadístico nacional de unidades económicas (DENUE) de 2020 del INEGI.

Estrato	Código	Densidad de servicios de cuidado para población adulta mayor por cada 25 km²
Bajo	1	De 0 a 0.10
Medio bajo	2	De 0.11 a 0.20
Medio	3	De 0.21 a 0.40
Medio alto/alto	4	Más de 0.41

El primer caso, corresponde a la AGEB urbana, para la que se emplea la clase cuatro para enunciar que esta porción del territorio concentra en sus manzanas urbanas una población de 651 o más habitantes de la tercera edad.

Si bien Guadalajara y Zapopan concentran la mayor oferta de servicios, se observa un incremento de la población adulta mayor en prácticamente todos los municipios de la metrópoli con respecto al año 2010 (ver cuadro 22). Este elemento propio del cambio demográfico en la región se observa con mayor impacto en los municipios de Tlajomulco de Zúñiga y El Salto, en donde la población de 65 años y más se duplicó para el año 2020.

Cuadro 28. Cambio poblacional de personas de 65 años y más para los años 2010 y 2020. Elaboración con base en Censo Nacional de Población y Vivienda del INEGI (2010, 2020).

Municipio	Población de 65 o más (2010)	Población de 65 o más (2020)	Diferencia (2020-2010)	Cambio (%)
Guadalajara	121,590	168,417	46,827	39%
Zapopan	60,103	113,576	53,473	89%
San Pedro Tlaquepaque	24,914	43,111	18,197	73%
Tonalá	15,114	28,914	13,800	91%
Tlajomulco de Zúñiga	10,735	26,105	15,370	143%
El Salto	4,725	9,906	5,181	110%

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Municipio	Población de 65 o más (2010)	Población de 65 o más (2020)	Diferencia (2020-2010)	Cambio (%)
Zapotlanejo	4,095	5,257	1,162	28%
Ixtlahuacán de los Membrillos	1,871	3,295	1,424	76%
Juanacatlán	877	1,526	649	74%
Total	244,024	400,107	156,083	64%

Por dichos motivos, se enfatiza la necesidad de hacer una revisión de las características que presenta esta población respecto a la oferta de servicios existente y las implicaciones que devienen de este cambio en la estructura poblacional del conjunto metropolitano.

El AGEB aquí propuesto para el ámbito urbano es la 1452 del municipio de Guadalajara, la cual presenta un índice de estratificación social bajo del 0.7271 y un tamaño poblacional de 4 mil 217 habitantes, de los cuales 11% son personas de la tercera de edad.

Respecto a sus características urbanas, el área de interés cuenta con un total de 42 manzanas y representa a la colonia Cuauhtémoc, sin embargo, colinda con colonias como San Isidro, Blanco y Cuéllar, Jardines de Guadalupe y colonia Libertad.

Mapa 15. Croquis de AGEB de interés con clave 1452 del municipio de Guadalajara.



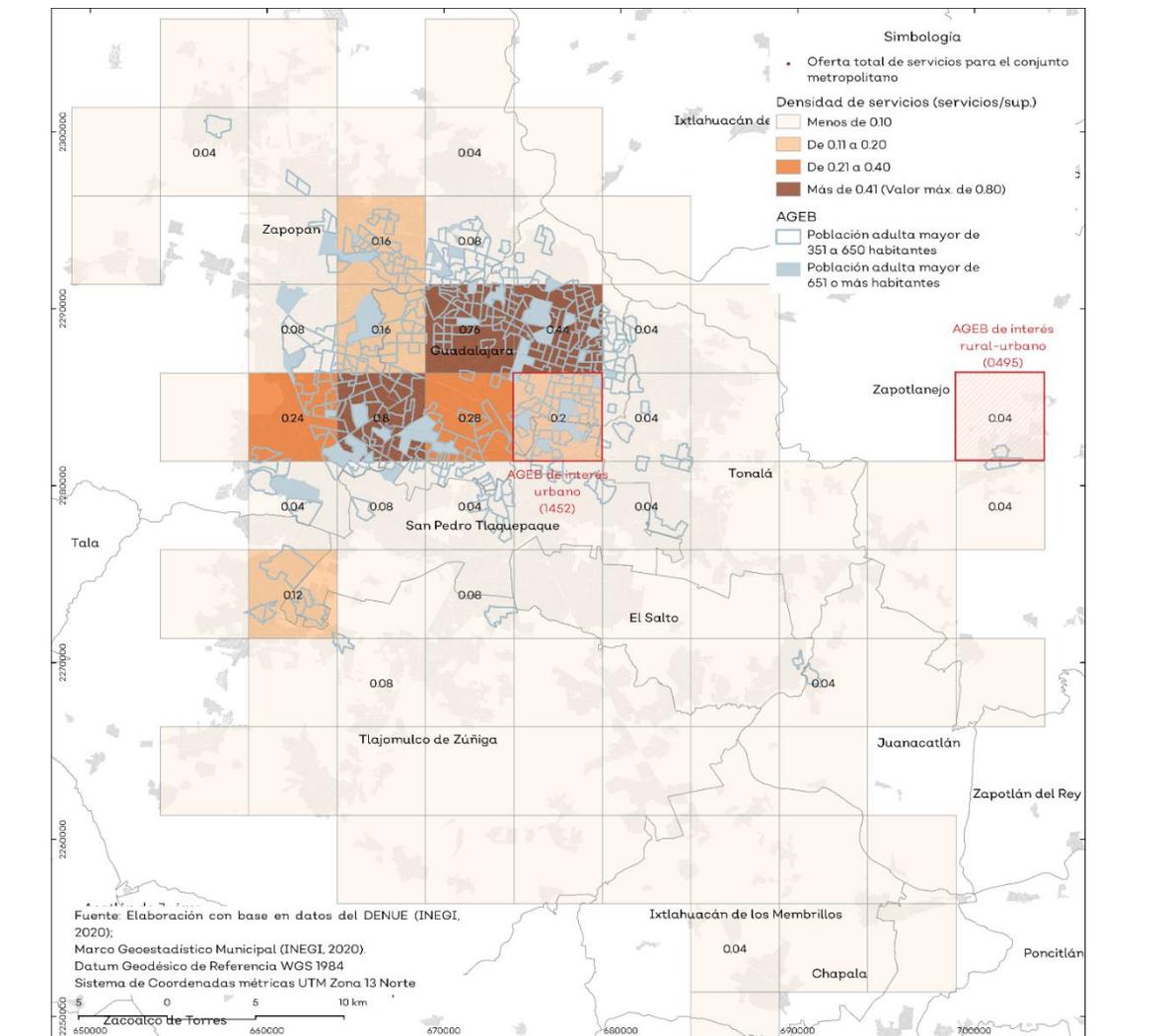
Mientras tanto, en el segundo caso, referido a la AGEB rural, se considera un tamaño poblacional menor, pasando de la clase cuatro del cuadro 20 a la clase tres, con población de entre los 351 y los 650 habitantes (ver figura 7). En este caso se observa una mayor dispersión de este grupo etario y una menor densidad de servicios de cuidado.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Así pues, en lo concerniente a la AGEB perteneciente al ámbito rural-urbano se observa que el AGEB de interés es el 0495 y pertenece al municipio de Zapotlanejo. Dicha área geostatística cumple las características referidas previamente, se inserta en la cabecera municipal y presenta un índice de estratificación bajo del 1.242.

Esta AGEB, forma parte del ámbito rural-urbano del conjunto metropolitano y cuenta con un tamaño poblacional de 3 mil 190 habitantes, de los cuales cerca del 12% son personas de la tercera edad, y tiene una densidad de servicios baja del 0.04. Así mismo, esta superficie comprende un total de 40 manzanas.

Mapa 16. Representación del cruce de las variables sobre la densidad de la oferta y la demanda potencial de cuidados para la población adulta mayor.



Mapa 17. Croquis de AGEB de interés con clave 0495 del municipio de Zapotlanejo.



Bibliografía

- Bango, J. (2020). Cuidados en América Latina y el Caribe en tiempos de COVID-19. Hacia sistemas integrales para fortalecer la respuesta y la recuperación. CEPAL.
- Batthyáni, K. (2015). Las políticas y el cuidado en América Latina. Una mirada a las experiencias regionales. Serie Asuntos de Género Núm. 124. Santiago de Chile: CEPAL.
- Casedemont, X. (2019). Cuidando las 24 horas del día. Un estudio de caso sobre cuidadoras familiares y no familiares en la comarca de La Garrotxa (Girona). Cuadernos de Trabajo Social. Ediciones Complutense. España.
- Esquivel, V. y F. Pereyra. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. Trabajo y Sociedad Núm. 28. Santiago del Estero, Argentina.
- Findling, L.; María Paula, L. y Cirino, E. (2015): "Los itinerarios de cuidadores remunerados en el Gran Buenos Aires: estrategias de formación y cuidado de sí", en Borgeaud, N (comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 55-77). Buenos Aires, Argentina: Fundación Medifé Edita, 2018.
- Garfias, M. (22 de enero de 2021). *Lo que toda persona debe saber sobre los cuidados*: Animal Político. Recuperado de <https://www.animalpolitico.com/24-7/lo-que-toda-persona-debe-saber-sobre-los-cuidados/>
- INEGI (2012). Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social (ELCOS).
- INMUJERES (2020). Programa de fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de género, 2020 Criterios para el diseño y elaboración de documentos meta y medios de verificación.

INMUJERES (2020). Programa de fortalecimiento a la transversalidad de la perspectiva de género, 2020 Criterios para la ejecución de las metas tipo Modalidad I.

Instituto Jalisciense de las Mujeres (2016). Diagnóstico situacional en la zona metropolitana de Guadalajara, sobre las mujeres adultas mayores cuidadoras de familiares dentro del hogar.

Instituto Jalisciense de las Mujeres (2018). Diagnóstico sobre la política social y de cuidados en el Estado de Jalisco.

Jaramillo, Máximo y Saucedo, Alejandra (2016). "De la calzada para allá": Fronteras materiales y simbólicas de desigualdad, segregación y estigmatización en la ciudad de Guadalajara. Memorias del 5 Congreso Nacional de Ciencias Sociales, Consejo Mexicano de las Ciencias Sociales, CUCSH, pp. 77-106. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/335690429_De_la_Calzada_para_al_la_Fronteras_materiales_y_simbolicas_de_desigualdad_exclusion_y_estigmatizacion_en_la_ciudad_de_Guadalajara

Jaramillo, Máximo (2021). Índice de estratificación social de Área Metropolitana de Guadalajara, 2020. Recuperado de: https://rpubs.com/rojo_neon/estrat_ageb_amg_2020?fbclid=IwAR1ho_5bggFMpmUxSGjzZhI5XLC-j-v1v5O8upH_s0ia0U3cHP3ATdoVJoo

Jirón, P. (2017). Capítulo XIII. Planificación urbana y del transporte a partir de relaciones de interdependencia y movilidad del cuidado. María Nieves Rico y Olga Segovia (eds.). *¿Quién cuida en la ciudad? Aportes para políticas urbanas de igualdad*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), pp. 405-432.

Miralles Guasch, C. y Cebollada i Frontera, A. (2003). *Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad*. Barcelona: Fundación Alternativas.

Meta 20-1 Promover que los Mecanismos para el Adelanto de las Mujeres (MAM), en las Entidades Federativas, Municipios y Alcaldías diagnostiquen el estado de profesionalización de personas cuidadoras, preferentemente mujeres

Sánchez-de Madariaga, I. y Zucchini, E. (2020). "Movilidad del cuidado" en Madrid: nuevos criterios para las políticas de transporte. *Ciudad Y Territorio Estudios Territoriales (CyTET)*. 52(203), pp. 89-102.

Secretaría de Igualdad Sustantiva entre Mujeres y Hombres (2019). Diagnóstico de la situación de cuidadoras primarias en el Área Metropolitana de Guadalajara. Programa Asociaciones por la Igualdad.

Social Exclusion Unit (2003). *Making the Connections: Final report on Transport and Social Exclusion*. London: Office of the Deputy Prime Minister.

Vela, F. (2013). Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa. Tarrés, M. (coord.). *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social*. México: El Colegio de México/Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Sede México, pp. 63-92.

Anexo 1. Programas, intervenciones y redes de apoyo para personas cuidadoras, personas receptoras de cuidados y estancias de cuidado en países de Latinoamérica (Uruguay, Chile, Costa Rica, México) y Europa (España)

Uruguay:

El Sistema de Cuidados de Uruguay se creó en 2015 con el objetivo de generar un modelo de responsabilidad compartida de los cuidados, entre familias, Estado, comunidad y mercado. Las poblaciones objetivo han sido primera infancia (niños y niñas menores de 3 años), personas mayores de 65 años en situación de dependencia y en personas en situación de dependencia. Otra población clave son las cuidadoras y los cuidadores, su valorización, el reconocimiento como trabajo remunerado y el estímulo a la profesionalización.

Programas para personas en situación de dependencia:

Asistentes Personales: Su objetivo es cuidar y brindar asistencia personal para las actividades de la vida diaria de las personas en situación de dependencia severa, es decir, que precisan ayuda para las necesidades básicas (alimentarse, higienizarse, vestirse, movilizarse, trabajo, estudio y recreación, entre otras). La asistencia cubre 80 horas mensuales.

Centros de día: Su objetivo es contribuir a la autonomía de las personas mayores y la permanencia en su entorno habitual. Además, brindar un apoyo a las familias cuidadoras. Realizar actividades culturales, recreativas y de estimulación física y cognitiva junto a un equipo de profesionales. Las personas mayores podrán asistir con una frecuencia de 2, 3 o 5 días por semana.

Teleasistencia en casa: Es un servicio que permite que las personas mayores de 70 años, avisen a su familia, vecinas/os o servicio médico ante cualquier incidente que ocurra en su hogar. Funciona a través de una pulsera o collar que al ser presionado activa una conexión con un centro de atención, disponible 24 horas durante todo el año. Para acceder a este servicio, el hogar debe contar con instalación de

teléfono fijo para llamadas salientes y electricidad. Se brinda subsidios en función de los ingresos del hogar y el número de personas con las que vive.

Programas para niñas y niños:

Casas comunitarias de cuidado: Son un servicio de cuidado para la primera infancia brindado por un(a) cuidador(a) autorizado(a), que desarrolla su labor en su hogar o en un espacio físico comunitario habilitado.

Se propone como solución de cuidados para niños y niñas a partir de 45 días y menores de 12 meses. En casos excepcionales se puede otorgar la prestación hasta los 36 meses. Cada persona que cuida puede atender hasta dos niños(as) en forma simultánea, y hasta un máximo de cuatro, con una carga horaria que no exceda de 40 horas.

Soluciones de cuidados para hijas e hijos de estudiantes: Los espacios de cuidados para hijos e hijas de estudiantes son servicios socioeducativos cercanos a centros educativos de ANEP (Administración Nacional de Educación Pública) que brindan cobertura en horarios en que los centros de atención a la infancia no poseen cobertura. Constituyen ambientes educativos y de cuidados para favorecer el desarrollo integral de niñas y niños, así como la promoción y ejercicio de sus derechos, considerando específicamente la condición de estudiantes de sus madres y/o padres. No son centros de educación inicial, por tanto, el niño o niña puede asistir a su centro educativo y también al espacio de educación y cuidados del programa.

El horario de cuidado es de cuatro horas diarias, debiendo establecerse de acuerdo con los días y horarios en los cuales sus madres y padres asistan a clases. En los casos de horarios nocturnos, se procura que cada niño/a no extienda su horario más allá de las 21:30 horas.

La inscripción es para hijos e hijas menores de 5 años de estudiantes que asisten a liceos o UTU. El centro educativo es el que postula a las personas interesadas y realiza el seguimiento educativo a las mismas.

Becas de Inclusión Socioeducativa (BIS): Brinda servicios de cuidado y educación a niños y niñas de 0 a 2 años (en excepciones, de 3 años) pertenecientes a familias integradas a los programas de Acompañamiento Familiar del MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) e INAU (Instituto del Niño y Adolescente), que residan en territorios con insuficiencia de oferta de estas características. De esta forma, se busca contribuir en la ampliación y consolidación de la oferta de cuidados y educación infantil, mediante mecanismos de gestión asociativa con centros privados de educación y cuidados, que permita la mejora continua en la calidad de sus servicios.

Los requisitos para acceder al programa son:

- Un operador de los programas vinculados realiza la derivación a través de un formulario en línea.
- La Secretaría de Cuidados recibe la información y se encarga de la gestión de la beca. Analiza la residencia del niño/a, las necesidades específicas de la familia y hace una búsqueda por zona de la información e identifica un centro educativo habilitado con plazas disponibles. Se toma en cuenta: la distancia del hogar al centro educativo y el transporte disponible, las necesidades y dificultades específicas de la familia, que la familia pueda cubrir los requisitos solicitados por el centro, la capacidad de la familia para sostener la rutina y actividades asociadas a la inclusión del niño/a en el centro educativo, el apoyo para el desarrollo personal de los adultos referentes.
- Esta información es devuelta al operador territorial para que junto a la familia evalúe la mejor alternativa.
- Una vez resuelto, el operador informa a la Secretaría de Cuidados para iniciar la habilitación de la beca.

Programas de financiamiento a estancias de cuidado:

Cuidados+Calidad: fomento a la mejora de hogares y residenciales privados: El objetivo es facilitar el acceso a financiamiento para que los centros de cuidados ejecuten proyectos de mejora de sus servicios y acciones que les ayuden a completar su proceso de habilitación. El Sistema de Cuidados, a través de República Microfinanzas, otorga créditos de hasta \$550.000 (pesos uruguayos) en condiciones flexibles, a las instituciones privadas que presenten un proyecto de mejora de la calidad que sea aprobado.

El financiamiento está dirigido a reformas de infraestructura, mejoras en el equipamiento existente y capacitación del personal para una mejor atención y gestión de los centros.

Cuidados+Calidad: fomento a la mejora en servicios de primera infancia: Sistema de Cuidados habilita una línea de crédito para que los jardines privados puedan invertir en mejorar la calidad de los servicios de educación y cuidados para niñas y niños de 0 a 3 años. la línea de crédito va dirigido a las siguientes instituciones de cuidado a la primera infancia:

- Centros de educación infantil privados autorizados por el MEC o habilitados por ANEP, en todo el territorio nacional. (Hasta \$ 250.000 pesos uruguayos).
- Centros de educación infantil privados autorizados por el MEC o habilitados por ANEP, que estén en convenio con el Sistema de Cuidados a través del programa BIS, de todo el territorio nacional. No es excluyente tener niños o niñas becados. (Hasta \$ 450.000 pesos uruguayos)
- Casas Comunitarias de Cuidados, que hayan completado el proceso de autorización de INAU. (Hasta \$ 250.000 pesos uruguayos)

Los rubros a financiar son en infraestructura, equipamiento o mobiliario y formación y capacitación de recursos humanos.

Personas que cuidan, formación en cuidados:

Formación en cuidados: La estrategia de formación del Sistema de Cuidados instrumenta, entre otras acciones, una oferta de formación que garantiza la calidad de los servicios para la población en situación de dependencia, favoreciendo la construcción de trayectorias educativas para quienes se desempeñan en el sector.

El curso básico de atención a la dependencia consta de 90 horas. El perfil de ingreso son personas mayores de 18 años con primaria completa con o sin experiencia laboral en cuidados.

Diseño curricular. Módulos formativos:

- Abordaje de la dimensión del cuidado de personas en situación de dependencia desde una concepción integral con enfoque de DDHH y perspectiva de género.
- El rol de las personas que cuidan: tareas y cometidos.
- La ocupación del tiempo libre y el ocio de las personas en situación de dependencia.
- Derechos, deberes y obligaciones de las personas que cuidan y empleadores.

Las personas que cuidan son capacitadas para desarrollar la asistencia personal y el cuidado de la persona en situación de dependencia, tanto en las actividades básicas, instrumentales, como avanzadas de la vida diaria, promoviendo su autonomía e intereses, brindando especial atención desde una perspectiva de salud integral, derechos humanos y género.

Para desempeñarse en la atención a la primera infancia es necesario contar con el Curso Introductorio de la Formación Básica en Primera Infancia.

El curso tiene una extensión total de 90 horas. Combina la modalidad presencial (72 horas) con un componente virtual (18 horas). Las 90 horas comprenden un módulo transversal sobre el Sistema de Cuidados, desde una perspectiva de género y derechos. Este bloque consiste en 16 horas totales de curso, 12 de ellas presenciales y 4 virtuales.

El perfil de Ingreso son personas mayores de edad, contar con ciclo básico completo y durante la oferta de curso estar trabajando en atención a la primera infancia.

Diseño curricular. Módulos formativos:

- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay y Sistema de Cuidados.
- La importancia de los primeros años de vida y caracterización de la primera infancia.
- Roles, funciones y tareas en la atención a la primera infancia.
- Trayectoria de la atención a la primera infancia en Uruguay.
- Marcos jurídico y académico en la atención a la Primera Infancia.

Las personas que cuidan incorporan herramientas conceptuales básicas en cuanto a las características de los niños y niñas pequeñas, sus necesidades y proceso de desarrollo; la especificidad de las funciones de educación y cuidado y las actitudes y aptitudes que éstas demandan del adulto, así como el conocimiento de los marcos regulatorios e institucionales para el desempeño laboral.

Chile:

Chile Cuida forma parte del Sistema de Protección Social. Comenzó en el año 2015 y entrega apoyo a las personas en situación dependencia, sus cuidadores y cuidadoras. El programa está destinado a entregar cuidado a personas mayores de 60 años en situación de dependencia moderada y severa; apoyar a sus familias y cuidadoras; capacitar y dar empleo a mujeres sin trabajo o que buscan mejorar su situación laboral.

El tipo de apoyo puede ser asistencia técnica o asistencia domiciliaria dos veces por semana dependiendo el nivel de necesidad que se presente. Un equipo de profesionales integrado por psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, entre otros, son quienes evalúan las necesidades requeridas. El servicio de cuidados domiciliarios permite que las y los beneficiarios permanezcan en sus hogares en las mejores condiciones y a su vez le permite a la persona cuidadora liberar tiempo de la carga horaria dedicada a los cuidados.

A las personas cuidadoras se le ofrece participar en grupos de autoayuda 1 vez por semana, dirigidos por profesionales de la salud; talleres de capacitación, formación especializada de cuidados, habilitación laboral y actividades educativas-recreativas. Se capacita y da trabajo como Cuidadoras Formales a mujeres de la comuna que están sin empleo o que buscan incrementar sus ingresos.

Costa Rica:

Red de Cuido y Desarrollo Infantil se creó en el año de 2010 con el objetivo de garantizar el derecho de todos los niños y las niñas, prioritariamente en edades de cero a seis años, a participar en programas de cuidado, dedicado a su desarrollo integral, según las distintas necesidades y de conformidad con las diferentes modalidades de atención que requieran.

Los servicios que ofrece son atención diurna (6:00 am a 6:00 pm), nocturna (6:00 pm a 6:00 am) donde se garantiza la satisfacción de las necesidades básicas y promueve su desarrollo integral, como complemento a la atención familiar; y atención para hijos e hijas de personas trabajadoras de temporada que busca apoyar a las personas trabajadoras que no cuentan con el soporte familiar para la atención y desarrollo de sus hijos e hijas en horario de trabajo y tampoco con un lugar seguro para proteger a sus hijos de las condiciones ambientales externas que puedan dañar su integridad y salud. Busca solventar la inclusión de la totalidad de las personas menores. La población atendida comprende de los 0 a los 13, dependiendo la modalidad de atención:

- *CECUDI Municipal* enfocado a beneficiarios en condición de pobreza;
- *CECUDI* privado personas o empresas privadas brinda atención a población de 0 a 12 años;
- *CEN - CINAI* brindan servicios de cuidado y alimentación a población entre los 0 y los 13 años, en condiciones de pobreza, malnutrición o con vulnerabilidad social o de salud;
- *Centros Infantiles Diurnos de Atención Integral* (atención no residencial) dirigido a menores de 0 a 12 años de edad;

- *Organizaciones de Bienestar Social* centros de organizaciones sin fines de lucro, los que en su mayoría se ubican en zonas urbanas o rurales, con población de escasos recursos económicos;
- *Hogares Comunitarios* hasta los 12 años de edad en condición de pobreza y subsidiada por el IMAS (Instituto Mixto de Ayuda Social);
- *Casas de la alegría* servicios de cuidado temporales y culturalmente adaptados para niños y niñas indígenas que viajan con sus familiares durante el tiempo de la cosecha.

México:

Apoyo a cuidadoras y cuidadores de 58 a 64 años inició en el año 2019 en la alcaldía de Azcapotzalco en la Ciudad de México. El objetivo del programa es beneficiar hasta 700 mujeres y hombres en un rango de edad de 58 a 64 años que se dedican al cuidado de personas que, derivado de la edad, ciclo de vida, condiciones físicas, mentales o por afectaciones a su salud, se encuentran temporal o permanentemente en condiciones de dependencia o requieren cuidados específicos, que residan en la Alcaldía de Azcapotzalco. El tipo de apoyo es monetario, entregando la cantidad de \$1,500.00 al bimestre.

Los requisitos generales para acceder al programa son los siguientes:

- Ser mujer u hombre cuidador o cuidadora en un rango de edad de entre 58 a 64 años con una residencia mínima de un año en Azcapotzalco.
- Ser cuidador(a) de personas con discapacidad, de menores de edad hasta 12 años 11 meses y que sean familiares directos o cuidador(a) de personas con enfermedades crónico degenerativas que afecten su movilidad.
- No ser familiar directo del personal de estructura de la Alcaldía de Azcapotzalco, del Gobierno la Ciudad de México o del Gobierno Federal con el fin evitar un posible conflicto de interés.
- No ser beneficiario de otro programa social ejecutado por la Alcaldía de Azcapotzalco, el Gobierno de la Ciudad de México o el Gobierno Federal.

España:

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) es el conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

El acceso al servicio de asistencia personal se puede realizar de diferentes formas: Recibiendo una prestación económica a través del SAAD, hay dos opciones:

1. Realizar una contratación directa del profesional de la asistencia personal. En este caso, este profesional tiene que estar dado de alta en el régimen especial de los trabajadores autónomos de la Seguridad Social.
2. A través de entidades sociales cogestoras debidamente acreditadas, Oficinas de Vida Independiente o de otras entidades y/o empresas que se encarguen de prestar este tipo de servicios.

De forma independiente, fuera del SAAD, se puede acceder al servicio de asistencia personal de forma privada, sin necesidad de tener reconocido ningún grado de dependencia.